LE

MONITEUR DES HOPITAUX.

II.

A MES LECTEURS.

Rien n'est beau que le vrai!

Quiconque, tenant une plume de critique, prend au sérieux cette belle devise, doit s'attendre à heurter dans son chemin et à exciter contre lui de sottes vanités et d'astucieuses intrigues. Ce triste privilége ne m'a pas plus fait défaut qu'aux critiques consciencieux de tous les temps. Comme eux, je m'en console, et comme eux je trouve ma récompense dans la sympathie des esprits honnêtes et judicieux qui savent distinguer la franchise des actes, et qui veulent bien apprécier la pureté des intentions.

H. de Castelnau.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

RÉDIGÉ PAR

H. DE CASTELNAU

INSPECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS ET DU SERVICE SANITAIRE
DES PRISONS DE FRANCE.

Rien n'est beau que le vrai.....

TOME DEUXIÈME.

PARIS

RUE DE L'ODÉON, N° 22.

1854

LE MONITEUR DES HOPITAUX.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SECOND.

A.

B.

C.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Z.

Paris. — Typographie de GAITTET et C[ie], rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série Tome 2. — N° 1. 2e année. Mardi 3 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 2 Janvier 1854.

Enterrement de la syphilisation à l'Académie de Turin.

A Monsieur le professeur Freschi.

Très-cher et excellent correspondant,

D'après la teneur de votre dernière lettre, personne ne peut conserver de doute sur votre qualité ; d'un autre côté, votre correspondance est empreinte d'un trop grand cachet de science, de jugement et d'impartialité ; sous tous les rapports, elle fait trop d'honneur à votre nom, pour qu'il y ait un intérêt quelconque à le taire désormais. Permettez-moi donc de vous adresser mes publics remercîments pour le témoignage d'estime toute particulière que vous m'avez donné en m'adressant vos lettres, et laissez-moi surtout vous féliciter hautement du talent avec lequel vous avez su défendre du souffle empesté de l'ignorance et du charlatanisme, le flambeau de la science et de la raison. Permettez-moi cependant, tout en m'associant aux égards que l'Académie a gardés pour M. Spérino, qui, à l'encontre de certains autres, paraît être un homme honorable, permettez-moi de regretter que vous n'ayez pas repoussé de votre troisième conclusion ces mots : « *dans l'état actuel de la science,* » lesquels sembleraient laisser croire que l'Académie n'a pas été suffisamment éclairée et qu'il reste encore quelque chose à faire pour démontrer définitivement que la prétendue doctrine n'est pas indigne d'occuper des hommes sains d'esprit. Ces mots sont non-seulement en contradiction avec le savant rapport de la commission, ils sont en contradiction avec tout ce que la science compte de mieux démontré, dans ses principes les plus élémentaires.

Sous le bénéfice de cette restriction, je m'associe de grand cœur aux conclusions de la commission et au vote de l'Académie ; je jette volontiers ma poignée de terre sur le cercueil de cette pitoyable conception que vous venez d'inhumer, en attendant que je puisse vous apprendre ce que le monde scientifique ne sait pas bien encore, combien sa honteuse naissance était digne de ses honteuses funérailles.

H. de Castelnau.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Turin, ce 27 décembre 1853.

Mon cher et très-honoré confrère,

Je viens de terminer l'histoire des séances de notre Académie, sur la syphilisation.

Ainsi que je vous l'ai annoncé, dans ma lettre du 25, l'Académie s'est réunie en séance privée pour délibérer sur les conclusions du rapport de la commission, ainsi formulées :

1° La syphilisation, quels que soient ses modes d'application parmi ceux observés par la commission, est une pratique longue, sans règles certaines, douloureuse, non sans inconvénients, et qui est cause ou directe ou indirecte d'accidents morbides plus ou moins graves.

2° La syphilisation, dans l'état actuel des connaissances, ne peut être considérée comme une méthode curative sûre des maladies vénériennes, lesquelles, *quelquefois*, ou ne sont pas guéries par elle, ou se prolongent, ou empirent pendant ce traitement.

3° La syphilisation n'a aucune vertu prophylactique contre la syphilis.

Après une discussion de quelques moments sur la clôture des séances, c'est-à-dire de la discussion, cette clôture a été prononcée à une grande majorité.

On a disserté ensuite sur la manière de voter les conclusions, c'est-à-dire ou en bloc ou une à une ; la commission tenait pour ce dernier mode.

Un membre a proposé de supprimer, comme inutile, la première des conclusions, acceptant les deux autres.

Un autre a voulu montrer que le mot *quelquefois*, mis dans la deuxième des conclusions, impliquait une contradiction, et la commission, après avoir combattu d'abord cette objection, a consenti à supprimer ce mot.

M. Spérino n'a pas voulu assister à cette séance ; l'Académie l'a attendu une demi-heure avant d'ouvrir la séance. Ses amis, d'ailleurs peu nombreux, l'ont très-mal soutenu, car la commis-

sion leur ayant porté le défi de contester les réponses qu'elle avait opposées aux dernières accusations de M. Spérino, ils ont gardé le silence. Enfin, voyant que l'Académie était disposée à prendre une décision, les amis de *M. Spérino, MM. Demarchi, Battalia, Bertini* et *Fiorito* ont proposé un ordre du jour, dans lequel on disait que les faits et les raisonnements produits par *M. Spérino* et par la commission étant en opposition, l'Académie suspendait sa délibération jusqu'à des éclaircissements plus complets. La commission a énergiquement repoussé cette espèce d'ordre du jour suspensif, et l'Académie l'a rejeté; cinq membres seulement l'ont appuyé, et un membre s'est abstenu de voter.

Le docteur *Bonacossa* avec le professeur *Girola,* ont présenté ensuite un ordre du jour, conçu à peu près dans ces termes :

« L'Académie, vu le rapport exact de la commission sur la syphilisation, considère l'examen critique du même rapport, fait par *M. Spérino;* après avoir écouté tous les raisonnements et faits exposés par la commission dans sa réplique à cet *examen critique;* louant les intentions généreuses de *M. Spérino,* et le remerciant de ses efforts faits dans le but d'avancer le progrès de la science, dans lequel but il priait l'Académie de nommer une commission avec le mandat de vérifier les faits par lui exposés, et d'assister à ses ultérieures expériences, pour en référer à la compagnie; l'Académie, convaincue que le temps montrera mieux encore les conséquences de l'inoculation du virus syphilitique dans l'homme; bref, considérés et appréciés tous raisonnements et faits exposés d'un côté et de l'autre, dans l'état actuel des connaissances, adopte les conclusions de la commission. »

Le docteur *Porporati* en a présenté un autre dans le même but de sauver le plus possible le collègue, en louant ses intentions généreuses; il avait le mérite, sur celui de *Bonacossa,* d'être mieux conçu et plus bref. La commission ne repoussait pas le premier, mais préférait le second. La priorité ayant été donnée à celui de *Bonacossa, M. Porporati* a retiré le sien, qui était appuyé par *M. Carmagnola.* Cet ordre du jour a été adopté presque à l'unanimité; *M. Demarchi* a seul voté contre; *MM. Battalia* et *Bertini* se sont abstenus du vote.

Le professeur *Demaria* a proposé ensuite d'envoyer au ministre de l'intérieur le rapport de la commission, un résumé de la discussion et l'adoption de l'ordre du jour voté; l'Académie, à la même majorité, a approuvé cette proposition.

Voilà la dernière parole qui ait été prononcée sur la syphilisation, qui aurait dû être morte avant de naître; l'Académie de Turin a sanctionné le décret de condamnation prononcé par l'Académie de médecine de Paris. Seulement, nous avons dû sauver, sinon tout ce qu'a fait *M. Spérino,* du moins ses intentions, car il était membre de l'Académie, et nous ne pouvions ni ne devions le sacrifier comme nous avons sacrifié son utopie. Nous savons qu'il n'est pas content de la délibération; qu'il veut publier un autre volume, et protester, parce qu'il ne peut pas souffrir sa terrible chute, alors qu'il se croyait déjà sur la colonne de *Jenner.* Il faut déplorer cet aveuglement et voilà tout. Adieu, mon cher et très-honoré confrère, agréez mes assurances d'estime et d'amitié.

Votre affectionné, F. Fr.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Kystes multiples dus à la dilatation des glandes sudoripares.— Nouvelle variété de tumeur sous-cutanée,

Par le Dr Ar. Verneuil, *agrégé de la Faculté.*

Observation. — Un homme de 40 ans environ, couché dans une des salles de l'hôpital du Midi, porte à la région supérieure du cou une tumeur du volume d'une grosse amande. Elle est située au-dessous et un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, sur la face externe du muscle sterno-mastoïdien, plus haut et plus en arrière que le bord postérieur de la parotide. Peu mobile, quoique indépendante du squelette, cette tumeur est mollasse, sans fluctuation manifeste. Le toucher y reconnaît des bosselures, et elle offre la consistance de certaines productions vasculaires veineuses. La peau qui la recouvre est mobile et peut être soulevée en pli; elle n'offre, du reste, aucune altération de couleur ni de consistance, et on n'aperçoit à sa surface aucun pertuis. La tumeur n'est point réductible à la pression et ne présente pas de battements; elle s'est développée lentement, sans cause connue; elle n'a jamais été douloureuse, mais elle s'accroît, et le malade désire en être débarrassé.

Le diagnostic de la nature de cette production est assez obscur. La fixité, le peu de consistance excluent l'idée d'un engorgement ganglionnaire; l'insensibilité, l'absence de battements et de changement de coloration de la peau ne permettent pas de songer à une production vasculaire. Restent deux hypothèses : celle d'une tanne, c'est-à-dire d'un kyste formé par un follicule sébacé hypertrophié, et celle d'un lipôme. L'état de la peau, l'absence du pertuis qu'on retrouve si souvent sur la surface des loupes d'un petit volume, nous engagent à pencher vers la seconde opinion.

M. Follin procède à l'ablation : une incision longitudinale divise la peau suivant le grand axe de la tumeur. Le tégument aminci étant disséqué à droite et à gauche, on arrive sur une masse rougeâtre molle formée de plusieurs bosselures à parois minces et distendues par du liquide. Les adhérences assez fortes de cette masse rendent l'énucléation impossible. On est obligé de disséquer toute sa circonférence, et le bistouri ouvre ainsi successivement plusieurs poches d'où s'écoule un fluide clair, ténu, semblable à cette sérosité sanguinolente qui remplit certaines phlyctènes. L'extirpation est achevée avec les ciseaux courbes.

Je procède immédiatement à l'examen de cette production. Deux petits kystes étaient restés intacts au milieu de la masse; à un faible grossissement, ils se présentent sous la forme de vésicules translucides munis d'une paroi bien distincte et assez épaisse. Une pression entre deux plaques de verre fait crever ces poches d'où s'écoule un liquide semblable à celui qui remplissait les poches plus volumineuses. Ce liquide, examiné à un grossissement de 500 diamètres environ, renferme une grande quantité de cellules épithéliales libres; ce sont des cellules d'épithélium pavimenteuses très-bien conservées, à parois claires et munies d'un noyau bien caractéristique. On voit, de plus, nager un grand nombre d'épithéliums nucléaires pâles, réguliers, arrondis ou à peine polygonaux. Ces éléments sont mélangés d'une assez notable proportion de globules sanguins et de quelques rares corpuscules granuleux.

Indépendamment de ces éléments flottants, on voit : 1° des plaques plus ou moins étendues, en forme de membranes, et constituées, celles-ci par des couches d'épithélium nucléaires d'une parfaite régularité, rendues polygonales par la pression réciproque de leurs bords, et en tout semblables aux noyaux flottants décrits plus haut : ces épithéliums ne sont point stratifiés; ils forment une couche unique. 2° Des plaques tout à fait semblables sont formées par des cellules complètes d'épithélium pavimenteuses à bords irréguliers par pression réciproque, mais qui pourraient également servir de type de cet élément anatomique; ces cellules sont assez variables en volume, presque aucune d'elles n'atteint le diamètre des cellules pigmentaires, et elles ne présentent pas traces de granulations graisseuses.

Au reste, l'élément graisseux manque absolument dans les diverses parties de cette production.

J'examinai également le liquide que je pus exprimer du reste de la masse et qui distendait préalablement les grandes vésicules, et j'obtins des résultats tout à fait identiques.

La tumeur, après l'évacuation du liquide, se trouvait réduite à un très-petit volume qui semblait seulement un lambeau de tissu cellulaire. J'en soumis plusieurs échantillons au microscope, et je ne trouvai qu'un tissu cellulaire délicat; pourtant, en plusieurs points, je retrouvai des fragments plus ou moins longs, mais très-reconnaissables, de glandes sudoripares. Avant et après l'examen microscopique, plusieurs hypothèses se présentèrent à mon esprit. Je pensai d'abord, d'après la ténuité des parois, la multiplicité des loges et l'aspect du liquide, à la possibilité d'un hygroma; on sait, en effet, que les environs de l'oreille et de l'apophyse mastoïde présentent quelquefois des bourses séreuses sous-cutanées accidentelles. Une production de cette nature aurait pu devenir le siége d'un épanchement; mais si la durée de la maladie écartait déjà cette hypothèse, la présence d'un revêtement épithélial la renversait complétement, car, jusqu'à ce jour, je n'ai jamais rencontré d'épithélium ni dans les bourses séreuses sous-cutanées normales, ni dans celles qui se développent autour des tumeurs et qui deviennent le siége d'hygromas accidentels.

Je pus me demander avec M. Follin, en présence de ce liquide rougeâtre et de la multiplicité des poches, s'il ne s'agissait point de cette variété de kystes multiloculaires dus à une altération particulière des tumeurs érectiles : lésion sur laquelle MM. Holmes Coote et Bickerstesh ont récemment attiré l'attention et qui vient a l'appui d'une théorie depuis longtemps for-

mulée par M. Cruveilhier, théorie dans laquelle on suppose que des oblitérations partielles dans le système vasculaire peuvent donner naissance à des kystes.

L'absence de traces d'une tumeur vasculaire antécédente, la présence des épithéliums m'engagèrent, nonobstant l'abondance assez grande des globules sanguins mêlés au liquide, à rejeter cette hypothèse.

Il s'agissait donc évidemment, dans ce cas, d'un kyste ayant pour point de départ une glande. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce genre de lésions ne laissent dans mon esprit aucun doute ; mais cela n'est pas tout, et il faut déterminer le véritable point de départ. La dilatation kystique siége-t-elle dans quelques granulations écartées de la parotide? Je ne le pense pas, d'abord à cause du siége et de l'indépendance de la tumeur, puis par les caractères de l'épithélium nucléaire, qui diffère notablement de celui qui tapisse les culs-de-sacs de la glande salivaire. Avons-nous affaire à une dilatation des follicules sébacés de la peau, mais la masse est bien évidemment sous le derme, elle est formée de plusieurs poches, remplies d'un liquide aqueux entièrement dépourvu de graisse.

Par élimination, nous arrivons à une opinion qui est pour nous presque une certitude. Les glandes sudorifères de la peau sont le siége d'une dilatation kystique. Plusieurs glandes sont envahies par cette altération, ou bien le tube qui constitue l'une de ces glandes présente des dilatations multiples. Au reste, nous ne fondons pas notre assertion seulement sur des arguments négatifs; car non-seulement la nature du liquide exclut l'idée du produit d'une glande sébacée, non-seulement l'épithélium n'est pas celui de l'une de ces glandes ni d'un tissu parotidien, mais ses caractères le rapprochent tout à fait de l'épithélium nucléaire qu'on voit chez les fœtus, par exemple, tapisser l'intérieur des glandes tubuleuses de la peau. M. Robin, avec lequel j'ai répété l'examen de la pièce, s'est complétement rallié à mon hypothèse, en se fondant surtout sur la ressemblance anatomique.

Une seule objection se présente, elle est tirée de la présence de cellules complètes d'épithéliums pavimenteux. Les glandes sudoripares, en effet, n'en présentent ordinairement pas; mais qui ne sait que dans les hypertrophies glandulaires, les épithéliums nucléaires passent facilement à l'état de cellules complètes, comme j'ai eu l'occasion de le dire dans d'autres communications. J'attache beaucoup d'importance dans la détermination du point de départ des kystes glandulaires au caractère fourni par les épithéliums, et surtout lorsqu'il s'agit de kystes d'un volume très-minime dans lesquels la paroi et sa sécrétion ont encore presque tous les caractères anatomiques et physiologiques normaux.

J'ai donné beaucoup d'extension à cette note, j'ai été prolixe dans la description et dans la discussion, et c'est à dessein que j'en ai agi ainsi. Depuis longtemps, je cherchais à observer des kystes des glandes sudoriferes pour compléter la série de ces altérations, qu'au jour actuel j'ai pu constater directement ou par les faits publiés, dans la plupart des organes sécréteurs. Ces kystes de la peau n'ont pas encore, que je sache, été décrits ni ni même soupçonnés parce que, d'abord, les exemples en sont rares, et que, d'ailleurs, personne n'a été conduit comme moi à les rechercher par l'induction. L'observation qui précède me paraît donc établir que certaines tumeurs sous-cutanés sont formées par des kystes sudoripares. Le volume que peuvent acquérir, dans l'état morbide, les glandes si ténues de la peau, ne constitue nullement une fin de non-recevoir, quand des corpuscules de Malpighi acquièrent dans le rein, quand des vésicules de de Graaf révèlent dans l'ovaire, etc., etc., des proportions minimes par rapport à leurs dimensions normales.

(*Gaz. méd.*).

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôpital de Tours. — M. Herpin.

Tétanos général chez un enfant de huit ans. — Guérison par les opiacés.

François, âgé de 8 ans, gardait une vache dans un pré; pour l'empêcher plus sûrement de s'éloigner, il avait passé une corde autour des cornes de l'animal, et s'était attaché l'autre bout au poignet. C'était au mois de septembre.

L'enfant s'endormit, tenant toujours attachée à la main la corde qui retenait la vache. Pendant son sommeil, la vache, effrayée par on ne sait quoi, s'emporta, se mit à galoper, entraînant avec elle l'enfant dans un champ voisin rempli de broussailles et de rochers. Lorsque l'enfant fut réveillé par cette course vagabonde, et qu'il se vit entraîné ainsi par l'animal et couvert de sang, il cria, et quelques laboureurs qui étaient près de là, attirés par ses cris, purent arrêter la vache et emporter l'enfant dans une ferme. On remarquait des contusions considérables sur tout le corps du malheureux François; mais ce fut surtout la tête qui attira l'attention : tout le cuir chevelu avait été lacéré, haché, pour ainsi dire, par les rochers sur lesquels il avait été traîné; il pendait en lambeaux détachés de chaque côté de la tête en grande partie dénudée. Il s'écoulait, par la plaie, une assez grande quantité de sang qui ne tarda pas à s'arrêter.

Peu de temps après, l'enfant était pris de trismus, d'une violente contraction des muscles de la mâchoire qui ne pouvait plus s'ouvrir, et, le lendemain, le tétanos était devenu général, il s'était étendu à tous les muscles soumis à la volonté. Le corps était roide comme une statue, et se levait tout d'une pièce, lorsqu'on le prenait par la tête ou par les pieds.

C'est dans cet état qu'il fut amené à l'hôpital de Tours, où M. Herpin le vit pour la première fois. Ce chirurgien constata que les os du crâne étaient dénudés dans une assez grande partie de leur étendue; tout le vertex était privé de son périoste et de sa peau qui était en partie enlevée, en partie pendante sur les côtés de la tête. On réappliqua les lambeaux qui restaient sur les os, et on pansa à plat. Mais ce n'était pas là qu'était surtout le danger; il fallait d'abord songer à l'horrible complication qui s'était manifestée peu de temps après l'accident; il fallait aussi nourrir l'enfant. On essaya alors de faire cesser le trismus de la mâchoire, en appliquant de chaque côté, vers l'angle du maxillaire, au niveau de l'insertion inférieure du masséter, au moyen de la pommade de Gondret, un centigramme d'acétate de morphine (qui paraît être la préparation opiacée la meilleure en pareil cas); en même temps, on fit prendre au petit malade un bain qui avait été préparé avec six têtes de pavots par litre; enfin, on donna un lavement avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Cette dose considérable d'opium ne produisit aucun effet, ni d'intoxication, ni de résolution de la contraction musculaire. Cependant, il fallait nourrir l'enfant; on se décida alors à lui enlever deux dents, et par l'espace laissé au moyen de l'avulsion de ces deux dents, on put lui faire prendre un peu de bouillon.

Du reste, même traitement que la veille, seulement on augmenta la dose d'acétate de morphine, qui fut portée à 4 centigrammes, dont deux appliqués le matin, et les deux autres le soir.

Le surlendemain, l'état du malade n'avait pas empiré, mais rien aussi ne s'était amélioré; la dose énorme d'opium administrée avait été parfaitement tolérée. La plaie marchait bien; on continua le même traitement; la dose d'acétate de morphine ne fut pas augmentée.

Pendant les jours suivants, ce traitement fut suivi, et chaque jour amena une amélioration notable dans l'état du jeune malade. La plaie marchait bien, commençait à se cicatriser, et la table externe des os du crâne s'exfoliait insensiblement. Enfin, au dix-neuvième jour, tous les symptômes de tétanos disparurent,

et l'exfoliation continuant, on n'eut plus qu'à attendre la cicatrisation de la plaie, qui guérit parfaitement au bout de trois mois, au moyen d'un tissu cicatriciel qui ne se rétracta pas beaucoup, et après lesquels le jeune malade put reprendre ses occupations, se promettant bien de ne plus renouveler l'imprudence qui avait failli lui coûter la vie.

Ce cas est remarquable sous plusieurs rapports : par le temps considérable pendant lequel le tétanos a persisté, par la tolérance vraiment extraordinaire avec laquelle le jeune malade a pu supporter, sans qu'il se soit déclaré le moindre accident, les quantités considérables d'opium qui lui étaient administrées chaque jour, enfin par l'efficacité des opiacés, qu'on a un peu trop laissés de côté jusqu'ici.

Certes, si un médicament peut être déclaré efficace dans certaines circonstances, c'est quand on le voit produire de pareils résultats. Nous dirons plus, par la manière vraiment particulière avec laquelle les préparations opiacées agissent dans le tétanos, on peut presque dire qu'elles sont le spécifique de cette affection, comme le mercure l'est de la syphilis. Et ce que nous avançons n'est pas basé sur le seul fait qui vient d'être rapporté (une observation unique, quelque probante qu'elle soit, ne suffit pas pour établir la certitude que l'on doit attendre en pareille circonstance), notre assertion est fondée sur un assez grand nombre d'observations, car sur sept cas de tétanos, qui se sont présentés dans le service de M. Herpin, pendant un assez court espace de temps et qui ont été traités par la même méthode, par les opiacés à haute dose, un seul a péri. A. L.

Mort subite par suite de la rupture d'un kyste hydatique dans le poumon,

Par le Dr Alfter.

Caroline H...., âgée de 24 ans, avait joui jusqu'à sa seizième année d'une bonne santé. Onze mois à peu près avant sa mort, la malade commença à éprouver, dans l'hypochondre droit, des douleurs d'abord gravatives, puis lancinantes, accompagnées bientôt d'une toux sèche et d'un amaigrissement général. Trois mois plus tard environ, apparition, sous les fausses côtes droites, d'une tumeur ronde, sans changement de couleur de la peau, élastique, mate à la percussion. La sonorité était complétement mate en avant jusqu'à un travers de doigt au-dessus du mamelon droit, jusque dans l'aisselle, et en arrière jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans toute cette étendue, on n'entendait pas la respiration ; plus haut, elle était puérile. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal. Supposant la présence d'un kyste hydatique du foie avec un épanchement dans la plèvre droite, on pratiqua des émissions sanguines locales, on administra du calomel jusqu'à salivation sans aucun résultat avantageux. Vers la fin de septembre, après une nuit calme et tranquille, la malade ressentit tout à coup, en s'habillant, une douleur dans la poitrine avec oppression, puis toux intense et rejet d'une grande quantité de matière spumeuse par le nez et la bouche. La malade devint tout à coup pâle et succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva à la face supérieure du foie un kyste hydatique volumineux qui avait perforé et usé le diaphragme pour se mettre en contact avec le poumon. Le kyste contenait une poche mère hydatique rompue et des débris nombreux de poches hydatiques nageant dans un liquide jaunâtre et visqueux. Le liquide avait pénétré dans les bronches communiquant avec le kyste et la tumeur hépatique, et avait ainsi déterminé la mort par suffocation. La plèvre droite contenait un peu de liquide séreux.

(*Deutsche Klinik*, 1853, n° 39.)

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157, tome 1er.*)

Mais ces derniers matériaux sont formés de la réunion de plusieurs *substances organiques simples,* savoir :

A. L'albumine qui forme presque en entier le blanc d'œuf et le sang.

B. La fibrine et la musculine qui forment presque en entier la viande.

C. La caséine qui forme presque en entier le lait.

D. Les substances qui donnent la gélatine, comme le tissu cellulaire, la matière organique des os, des tendons, etc.

Ces corps forment un groupe naturel, au point de vue de leurs propriétés alimentaires, au point de vue de leurs propriétés physiques ; elles forment aussi un groupe naturel, au point de vue de leur composition chimique.

Voir les formules de Liébig.

	Oxygène.	Hydrogène.	Carbone.	Azote.	Soufre.
Albumine du sang.........	68	169	216	27	2
Albumine des œufs.........	68	169	216	27	3
Substance des muscles......	68	169	216	27	2

Quelques-uns sont un peu moins semblables.

	Oxygène.	Hydrogène.	Carbone.	Azote.	Soufre
Fibrine du sang...........	92	228	298	40	2
Caséine................	90	228	288	36	2
Tissus donnant la gélatine...	32	67	82	13	»
Tissus donnant la chondrine..	32	59	72	9	»

De même que chacune a ses propriétés particulières, chacune a aussi sa composition chimique spéciale.

Le physiologiste ne se serait expliqué, par ce qui précède, que la manière dont les animaux se nourrissent de chair.

Mais la chimie lui a montré que les plantes contiennent des principes identiques à ceux précipités ; c'est ainsi qu'ils contiennent une albumine végétale, une caséine végétale, une fibrine végétale qu'on appelle le gluten et qui est abondante dans les graines de céréales, une gélatine végétale, etc.

Il y a similitude, non-seulement entre les propriétés, mais entre la composition chimique du gluten avec la fibrine animale, de l'albumine animale avec l'albumine végétale, etc.

Dès lors s'explique de la manière la plus naturelle comment le bœuf, par exemple, peut faire sa chair, composée de fibrine avec le gluten végétal, ou la caséine végétale, aussi bien que l'homme se nourrit avec la fibrine animale du bœuf.

Herbivores, carnivores, omnivores donc, s'alimentent, en définitive, avec les mêmes principes, dont la seule différence est d'avoir revêtu la forme de viande ou de pain, par exemple, différence de forme, dis-je, et non de fonds. Mais toutes ont besoin que l'albumine, la fibrine soient toutes faites, pour s'alimenter, c'est-à-dire qu'il faut, pour que nous puissions vivre, ingérer dans notre corps des substances chimiquement voisines de celles qui font notre substance et toutes formées, des substances qui aient déjà reçu une organisation, recélant encore une aptitude à vivre, pour ainsi dire.

Leurs éléments, carbone, hydrogène, etc., auraient beau nous être présentés à profusion, notre machine n'est point assez artiste pour en faire seulement de l'albumine et de la fibrine.

Et cependant, ce que nous sommes impuissants à faire, la première herbe des champs venue travaillant ces éléments le fera, vous donnera cette albumine toute faite et organisée !

Exemple entre mille de notre subordination organique aux êtres de la création !

Aliments et nutriments de l'albumine. — L'albumine est très-répandue dans les animaux qui nous servent d'aliments. Le sérum du sang, du chyle, etc., la chair musculaire, le blanc des œufs, la plupart des tissus en renferment une grande quantité. Abstraction faite de l'eau, elle entre pour 1|5 dans le poids de la chair musculaire, pour 1|3 dans celui du sang, pour moitié dans celui du cerveau.

Les végétaux (pommes de terre, blanc des graines oléagineuses, etc.) en renferment aussi de grandes proportions : ce qui fait qu'en faisant bouillir la plupart d'entre eux, l'eau se trouble, car leur albumine se prend comme se prendrait le blanc d'œuf.

L'albumine doit donc être considérée réellement comme l'un des aliments azotés dont nous faisons l'usage le plus journalier et le plus étendu, soit dans le régime animal, soit dans le régime végétal.

Dans l'alimentation, l'albumine se présente sous divers états :

1° A l'état de crudité ;

2° A l'état de coction, c'est-à-dire solidifiée par une exposition de trois ou quatre minutes à une température voisine de celle qui fait bouillir l'eau ;

3° A l'état de cuisson, c'est-à-dire soumise avec de l'eau à cette température, mais pendant une durée prolongée.

1° *Albumine crue.* — L'albumine crue est liquide, molle, écumeuse, soluble dans l'eau ; une chaleur de 76° la fait prendre en masse, ainsi qu'un courant électrique; l'alcool, la noix de galle, le chlore, les sels de cuivre, de mercure, de platine, l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique, la coagulent; l'acide acétique, l'acide phosphorique, les alcalis la conservent ou la rendent soluble.

Les qualités physiques et chimiques d'une substance si éminemment absorbable l'ont toujours fait regarder comme un aliment d'une très-facile digestion. Muller (1) la regarde comme l'aliment par excellence, qui n'a pas besoin de digestion préparation (on voit quelle confusion Muller fait de l'aliment avec ce que j'appelle nutriment).

M. Blondlot pense aussi qu'elle n'a pas besoin d'être digérée.

La chose est facile à juger.

Si l'albumine a besoin d'être digérée ou modifiée dans sa nature, pour être assimilée, en l'injectant à son état naturel dans les veines d'un animal, l'économie s'en débarrassera et la chassera par les urines dans lesquelles il sera possible de la reconnaître à ses caractères chimiques. Or, l'albumine est précisément l'une des trois substances que MM. Bernard et Barreswil (2) ont injecté dans les veines (sucre de canne, albumine, gélatine).

Ils ont injecté une solution aqueuse de 50 centigrammes d'albumine dans la veine jugulaire d'un chien à jeun et bien portant.

Trois heures après l'expérience, les urines de ce chien ont permis d'y retrouver l'albumine.

L'albumine crue n'a donc point la qualité nutrimentaire, celle qui fait qu'une substance absorbée est assimilable telle quelle ; l'albumine n'est qu'un aliment brut, qui a besoin d'être façonné pour s'élever au degré de nutriment.

2° *Albumine de coction.* — L'albumine d'œuf devenue concrète par la coction se présente comme une substance cassante, molle, friable, blanche, que tout le monde connaît dans le blanc d'œuf. En cet état, 100 grammes n'en représentent en réalité que 15, parce qu'elle contient 85 grammes d'eau.

Privée d'eau, l'albumine sèche devient demi-transparente, d'une couleur d'ambre, et susceptible d'être réduite en poudre.

Elle est insoluble dans l'eau à la température du corps. Dans cet état, est-elle donc un nutriment? Loin de là.

Comment pourrait-elle former nos organes, puisque, étant solide, insoluble, non absorbable, elle ne pourrait pas seulement traverser leur trame !

A ce point de vue, l'albumine de coction est moins nutrimentaire, je dirai même moins alimentaire que l'albumine crue.

En effet, en injectant l'albumine de coction dans les veines, quelque divisée qu'elle soit, ses molécules trop grosses obstruent les capillaires et tuent les animaux, en produisant chez eux une pneumonie, pour ainsi dire traumatique, qui passe au troisième degré, vers le dixième ou douzième jour, ou bien en produisant une asphyxie progressive en huit ou dix heures.

Mais, quoique l'albumine concrète soit insoluble, on peut en extraire, par le lavage, une faible quantité d'une substance albuminoïde qui n'est point de l'albumine. Nous avions supposé, dans un précédent mémoire, que cette substance était le *nutriment* de l'embryon de l'œuf, parce qu'elle présente, comme on le verra par le tableau ci-dessous, de grandes analogies dans ses réactions chimiques avec l'albuminose qui résulte chez l'animal parfait de la digestion de l'albumine ; en effet, elle précipite exactement par les mêmes réactifs, à part qu'elle prend une teinte louche par la pepsine.

Les expériences qui suivent montrent combien il faut éviter de juger, par les caractères chimiques, si un aliment est *nutrimentaire* ou non, et combien seul est irréfragable le caractère physiologique.

Soit qu'on ait coagulé l'albumine d'œuf dans sa coque, puis qu'on l'ait ensuite lavée à l'eau ; soit qu'on l'ait coagulée en la versant liquide dans l'eau bouillante, on trouve dans l'eau cette matière animale albuminoïde qui représente le 1/16 de l'albumine coagulée.

Vingt blancs d'œufs furent cuits dans leur coque, ils furent pilés et lavés ; après avoir filtré et recueilli le liquide clair, 30 grammes de ce liquide contenant, en dissolution, 1 gramme de cette matière évaluée sèche, furent chauffés à la température du corps (+40°) et injectés en totalité dans les veines d'un lapin bien portant, à jeun, dont les urines des douze heures qui précédèrent et les urines qui suivirent furent recueillies.

Le tableau suivant expose clairement les résultats :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINE 1 heure après.	URINES des 12 h. suivantes.	URINES 1 heure avant.	URINES des 12 h. précédentes
Solution de noix de galle.	Précipité abondant.	Précipité abondant.	Précipité abondant.	Rien.	Nubécule.
Alcool	Précipite soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.
Chaleur	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Potasse	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique	Trouble très-léger soluble dans un excès de réactif.	Trouble très-léger et soluble.	Trouble très-léger et soluble.	Rien.	Rien.
Acétate de plomb	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlorure de zinc	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Protochlorure d'étain.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Sulfate d'alumine	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Alun	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Bichlorure de platine.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Chlore	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Pepsine	Trouble extrêmement léger.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.

La substance injectée passa donc aussitôt dans la sécrétion urinaire ; car les urines, qui, avant l'injection, ne troublaient point ou ne donnaient qu'un nubécule extrêmement faible, par la solution de noix de galle, précipitèrent abondamment après elles, ainsi que faisait lui-même le liquide injecté.

Cette expérience montra que j'avais supposé à tort, à cette substance, *la propriété nutrimentaire.*

Cette substance n'est point directement utilisable par l'éco-

---

(1) *Manuel de physiologie*, trad. de Jourdan, 1845, t. 1, p. 383.

(2) *Recherches physiologiques sur les substances alimentaires*, par MM. Bernard et Barreswil. — *Compte rendu de l'Académie des sciences*, t. 18, p. 783.

nomie; elle n'est point assimilable; ainsi que l'albumine crue et l'albumine de coction, elle n'est qu'aliment.

Trois autres expériences donnèrent exactement lieu aux mêmes conclusions.

3° *Albumine de cuisson.* — L'usage dans les préparations culinaires de faire bouillir l'albumine longtemps dans l'eau est tellement répandu, que nous dûmes chercher si l'albumine, par cette opération acquérait quelque propriété nouvelle au point de vue de l'alimentation, et en particulier si elle devenait nutrimentaire.

Nous fîmes bouillir dans 500 grammes d'eau 120 grammes de blanc d'œuf durci, pilé et lavé à grande eau, pour lui enlever tout ce qu'il pouvait fournir de directement soluble; l'ébullition fut prolongée trente heures de suite, le liquide fut ensuite parfaitement filtré.

30 grammes de ce liquide contenaient 30 centigrammes de matière soluble évaluée sèche. Ils furent aussitôt injectés à la température du corps dans la veine jugulaire d'un lapin bien portant, à jeun depuis douze heures, et qui venait de rendre 50 grammes d'urine. Les urines des quatre heures qui suivirent l'opération furent recueillies et examinées comparativement comme suit avec les urines qui avaient précédé et avec la liqueur injectée.

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 4 heures suivantes.	URINE AVANT.
Bichlorure de platine...	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Rien.	Rien.
Noix de galle.........	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Rien.	Très-léger nubécule (1).
Sulfate d'alumine......	Léger trouble.	Rien.	Rien.
Alun...............	Léger trouble.	Rien.	Rien.
Pepsine............	Très-léger trouble.	Rien.	Rien.
Acide nitrique........	Léger trouble soluble dans un excès de réactif.	Rien.	Rien.
Acide acétique........	Rien.	Rien.	Rien.
Chaleur.............	Rien.	Rien.	Rien.
Potasse.............	Rien.	Rien.	Rien.
Acétate de plomb......	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure..	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent.......	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlorure de zinc......	Rien.	Rien.	Rien.
Protochlorure d'étain...	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlore.............	Rien.	Rien.	Rien.
Alcool.............	Trouble soluble dans l'eau.	Trouble soluble dans l'eau.	Trouble soluble dans l'eau.
Réaction...........	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.

Les caractères propres au liquide injecté ne se retrouvèrent nullement dans les urines des quatre heures qui suivirent l'opération, tels ceux tirés de l'action du chlorure de platine, du sulfate d'albumine, de l'alun, de la pepsine et de l'acide nitrique. Aucun des réactifs qui précipitait la matière injectée, ne causa de trouble dans les urines qui suivirent l'injection, ce qui n'eut pas manqué d'arriver si cette matière y eût passé.

Cela montre d'une manière bien évidente que la substance injectée était réellement nutrimentaire, puisque l'économie l'avait gardée, utilisée.

Comme on pouvait objecter qu'on avait cessé trop tôt d'examiner les urines, ne l'ayant fait que pour celles des quatre heures qui suivirent l'injection, une autre expérience fut faite exactement dans les mêmes conditions, mais on recueillit et on examina les urines pendant les douze heures qui suivirent cette opération.

Les réactifs donnèrent exactement les mêmes résultats.

(1) Tantôt il arrive que les urines normales troublent légèrement par la noix de galle, tantôt il arrive qu'elles ne troublent point; cette variation est compatible avec l'état physiologique et chez des lapins qui ne servent nullement aux expériences.

On pouvait objecter encore qu'on avait injecté trop peu de matière (30 centigrammes). Bien que j'eusse pu répondre que MM. Bernard et Barreswil ont bien retrouvé l'albumine et la gélatine injectées, à la dose de 50 centigrammes dans la veine jugulaire d'un animal trois ou quatre fois plus gros que le lapin qui me servait, puisqu'ils injectaient dans la jugulaire d'un chien, et que, par conséquent, mes 30 centigrammes étaient, proportion gardée, une dose plus considérable pour le lapin. Je voulus vider la question d'une manière moins sujette à contestation.

30 grammes d'un liquide qui contenait, cette fois, 1 gramme de cette même matière, furent injectés, dans les mêmes conditions, dans les veines d'un lapin.

Les réactions suivantes furent essayées :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES des 12 heures précédentes.
Bichlorure de platine....	Précipité.	Rien.	Rien.
Noix de galle..........	Précipité.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine.......	Trouble léger.	Rien.	Rien.
Protochlorure d'étain....	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlorure de zinc.......	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction............	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.

Elles donnèrent des résultats exactement semblables aux précédents.

Une autre expérience fut faite dans laquelle les urines rendues douze heures avant et douze heures après, et qui troublaient toutes deux légèrement par la noix de galle, furent recueillies et égale quantité de la liqueur d'injection fut prise. Chacune des urines fut traitée séparément par la solution de noix de galle; les liqueurs furent jetées sur des filtres pesés et semblables, et les résidus séchés avec les filtres.

L'urine normale donna $0^{gr},10^{centig}$ de matière, l'urine qui suivit l'injection et qui était aussi abondante, $0^{gr},15$, la matière d'injection $1^{gr},15$, il était donc de toute évidence que la matière injectée n'avait point passé dans les urines.

Il était donc de toute évidence que c'était un nutriment.

Et cependant ce n'était pas l'albumine de M. Mialhe !

On peut voir les différences par ce tableau :

RÉACTIFS.	ALBUMINOSE DE DIGESTION.	NUTRIMENT produit par la cuisson prolongée de l'albumine.
Acide nitrique.........	Rien.	Trouble léger.
Pepsine.............	Rien.	Trouble léger.
Chlore..............	Précipité.	Rien.
Chaleur.............	Rien.	Rien.
Alcool..............	Précipité soluble dans l'eau.	Précipité soluble dans l'eau.
Potasse.............	Rien.	Rien.
Noix de galle..........	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de platine....	Ne précipite pas.	Précipite notablement.
Acétate de plomb......	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure..	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent........	Précipité.	Précipité.

Le chlorure de platine que M. Mialhe n'a point spécifié dans son travail, précipite ce nutriment et ne fait rien à l'albuminose d'albumine.

Le nutriment trouble très-légèrement, il est vrai, par l'acide nitrique (MM. Verdeil et Robin assurent, contrairement à M. Mialhe, que l'acide nitrique trouble un peu l'albuminose) et la pepsine, tandis qu'il ne trouble pas par le chlore.

L'albuminose d'albumine a des propriétés inverses.

Je le répète, c'était donc un *nutriment !*

Un nutriment autre que l'albuminose, fait par un tout autre procédé que la digestion, et cependant tout aussi assimilable que l'albumine qui a été digérée !

Par la cuisson prolongée dans l'eau, l'albumine avait acquis les propriétés nutrimentaires que l'acte digestif lui eût données.

Fait capital et qui mérite la plus sérieuse attention.

Quelle était donc la nature, la détermination de cette curieuse substance ?

Il n'est pas besoin de dire combien elle diffère : 1° de l'albumine (on n'a qu'à voir la réaction de la chaleur) ; 2° de la caséine (on a vu que l'acide acétique ne la trouble pas, que la pepsine *ne la coagule pas;* tout au plus la trouble-t-elle).

Elle diffère de la gélatine, car elle ne se prend pas en gelée par le refroidissement ; elle trouble par le sulfate d'alumine, et précipite par l'acétate de plomb.

Elle n'a point d'analogie avec la chondrine, puisque l'acide acétique ne la précipite pas (loin de là, car l'acide acétique peut dissoudre le précipité formé par la solution de noix de galle), et le trouble fourni par l'alun ne se redissout pas dans un excès de réactif.

Ce n'est point la zomidine de Berzélius, car, entre autres, elle ne précipite point par le chlorure de zinc ni l'acide acétique.

Muller fit bouillir dans l'eau de l'albumine solide pendant quarante heures ; il indiqua que cette albumine perd 37 pour cent de son poids, ce qui est dû à la formation d'une matière soluble qu'il appela tritoxyde de protéine ; les réactions trouvées à la matière injectée la rapprocheraient sans doute de ce corps; néanmoins, il en diffère en ce que le sel de cuivre n'y a point opéré de précipité, et que l'acide nitrique n'a point fait précipiter d'acide xantho-protéique.

Ceux qui s'occupent exclusivement de chimie détermineront probablement, d'une manière plus exacte, le tritoxyde de protéine, l'albuminose et la matière que j'ai injectée ; mais, assurément, aujourd'hui les esprits sévères ne peuvent méconnaître que les caractères de ces matières azotées ne soient sujets à confusion et mal définis.

Le fait important pour moi, c'est la découverte d'un nutriment venu de l'albumine par la cuisson prolongée.

Ce fait répond directement à une assertion bien spécieuse, repoussée par la plupart des physiologistes, sans doute, mais qui méritait d'être combattue : quelques personnes déniaient le pouvoir digestif absolu à l'estomac sur les aliments, en l'accordant aux intestins.

La question est vidée pour les aliments respiratoires : l'estomac n'y peut rien (1) ; tout le monde est d'accord : il ne s'agit que des aliments azotés.

Voici les seules observations sur lesquelles on se fondait :

1° Dieffenbach ayant injecté directement des aliments liquides dans l'intestin grêle, par l'orifice d'un anus contre-nature, a vu la vie se prolonger. On verra, plus loin, les chirurgiens revenir sur ce sujet.

Il faut répondre : Les aliments albumineux, fibrineux, musculeux, comme on verra dans le cours de ce travail, donnent, par la coction prolongée, c'est-à-dire par leur préparation culinaire, des nutriments d'une certaine espèce, directement assimilables sans la participation d'aucun acte digestif.

Dans les cas qu'on invoque, la qualité nutrimentaire existait dans les liquides injectés avant qu'ils touchassent l'intestin, mais incomplète et insuffisante; la vie a pu se prolonger quelque temps par cela seul (2).

Voici mieux :

On a objecté une expérience de M. Magendie : « Ayant introduit dans l'intestin grêle d'un chien vivant, et retenu au moyen « d'un fil, un morceau de viande, et l'ayant retiré au bout de « trois heures, ce morceau de viande avait beaucoup perdu de « son poids et acquis une grande fétidité. »

Or, le changement de poids est une preuve tout à fait insignifiante; l'intestin est un organe absorbant, éminemment avide de liquides. Or, un morceau de viande perd les trois quarts de son poids en perdant simplement son eau.

Cette diminution de poids est donc bien loin de prouver que la viande avait été dissoute, bien moins encore qu'elle ait été transformée en nutriment.

Bien mieux encore :

Aucun nutriment azoté n'est fétide ; or, le morceau de viande avait acquis « une grande fétidité. » Cela seul prouverait qu'il n'a nullement été digéré.

On conçoit, qu'avec de telles expériences, M. Bérard ait pu dire : « Il y a encore quelque chose à faire sur cette question. »

Il en est de même, quand on constate que des parties grumeleuses du chyme se liquéfient dans l'intestin. La preuve qu'elles ne se liquéfient pas, mais qu'elles se désagrégent seulement, perdent leur eau par cette absorption, c'est que, à mesure que celle-ci se fait le long de l'intestin, les grumeaux devenus de vrais sédiments se tassent, se moulent et forment les fèces dont le volume et le poids sont si grands, relativement aux matières ingérées, mais évaluées sèches.

4° Actuellement que nous avons étudié, au point de vue nutrimentaire et alimentaire, les principales manières dont on prépare l'albumine destinée à l'alimentation, nous devons étudier les modifications que les puissances digestives font éprouver à l'albumine crue et à l'albumine cuite, ainsi qu'à la partie d'albumine qui est restée insoluble après avoir été, par l'ébullition, privée de toute trace de nutriment.

Comme il est de la plus haute importance de bien assigner la part relative que chacune des puissances digestives, calorification, trituration, action du principe digestif, ont sur l'albumine, nous avons examiné cette digestion, toujours comparativement :

1° Dans l'estomac de l'homme vivant ;

2° Dans l'estomac des animaux qu'on tue pendant la digestion;

3° Dans l'estomac, pourvu d'ouverture permanente, des animaux vivants ;

4° Dans des poches en caoutchouc introduites dans l'estomac des animaux vivants, et qui, contenant l'aliment et le principe digestif, isolent complétement l'action de sa muqueuse et de sa sécrétion, tout en conservant sa chaleur et ses mouvements de trituration ;

5° Dans des bocaux hors de l'estomac, où l'on n'a plus absolument que l'action d'une chaleur pareille à celle du corps et celle du principe digestif;

6° Alors, à l'aide de ces poches en caoutchouc ou de ces bocaux, nous avons étudié l'action du principe digestif des carnivores et des herbivores sur les mêmes aliments.

Nous allons passer en revue comparativement ce que, dans toutes ses circonstances diverses, l'albumine, par la digestion, subit de modifications, sans insister sur des différences secondaires, de temps, etc., qui trouveront place dans un autre travail.

Modifications physiques. — Albumine coagulée. — A mesure que la digestion marche, les couches les plus extérieures de l'albumine se gonflent, se ramollissent, deviennent pulpeuses, en sorte que les angles s'arrondissent, la substance désagrégée donne à la liqueur, si on l'agite, une apparence laiteuse qu'elle perd par le repos, et cette liqueur se charge de principe devenu soluble :

1° Dans l'estomac du Canadien vivant, M. de Beaumont observa qu'il fallait trois heures et demie pour arriver à ce résultat.

2° *et* 3° Dans l'estomac des chiens qu'on tuait pour voir l'intérieur de l'organe, et qui étaient vivants et pourvus d'ouverture permanente, MM. Tiedemann et Gmélin, Blondlot, etc., virent qu'il fallait quatre heures environ.

4° Nous avons observé qu'il fallait le même temps pour obtenir

---

(1) Il n'est ici question que des aliments respiratoires simples, ne contenant point de matière azotée, comme le sucre cristallisé, par exemple.

(2) C'est par le même moyen que l'on a vu des cas où la vie s'est prolongée, bien qu'il y eût désorganisation complète de l'estomac, parce que l'assimilation, encore dans sa force, usait des ressources de ces *nutriments*. C'est dans des cas pareils où l'assimilation peut tirer grand parti de ma méthode, et, bien mieux encore, dans les cas où l'estomac, par une bonne *nutrimentation générale*, a le temps de recouvrer les forces sécrétoires un moment perdues.

ce résultat dans les poches en caoutchouc, introduites dans l'estomac des chiens vivants;

5° et 6° M. de Beaumont ayant mis dans des bocaux le principe digestif naturel de son Canadien à la température du corps, vit que tout se passa de même que dans son estomac, mais avec cette différence qu'il fallut huit heures.

Dans un mémoire (16 août 1852), j'ai indiqué qu'il fallait souvent plus de douze heures avec le principe digestif naturel du chien.

M. Mialhe, sans spécifier le temps, vit les mêmes effets avec la pepsine extraite du veau.

Nous avons observé qu'il fallait presque le même temps et qu'on avait exactement les mêmes effets, quand on mettait l'albumine dans des poches en caoutchouc, introduites dans l'estomac des chiens vivants, qu'on se servît, soit du principe digestif naturel du chien lui-même, soit du principe purifié du mouton, et que ce principe fût employé sous la forme liquide, ou sous la forme pulvérulente (cuillerées et prises nutrimentives).

Dans les bocaux, les circonstances précédentes variant de même, on avait encore des phénomènes identiques.

Voilà donc des caractères physiques qui résultent de la transformation de l'albumine concrète en nutriment, et qui se montrent toujours exactement les mêmes quelle que soit la manière dont on ait opéré la transformation.

Au reste, point de désaccord sur ce sujet quand on confronte les expériences des physiologistes de tous les temps.

Jusqu'à ces derniers temps, les physiologistes se contentaient de la constatation de ces phénomènes physiques pour décider qu'il y avait digestion faite.

Modifications chimiques. — Cependant, le docteur Beaumont admit que les aliments se combinaient intégralement avec le principe digestif formant avec lui, en quelque sorte, des sels chimiquement constitués, des gastrates, mais ne démontra nullement la réalité de sa supposition.

Prout pensa que l'action chimique de l'estomac consistait à dissoudre les aliments, à les combiner avec de l'eau, mais la preuve, il ne la donna guère. Il ne dit point, par exemple, ce que devenait chimiquement l'albumine de coction.

Eberle, Schwann, Simon, Tiedemann et Gmélin, Prevost et Morin avaient moins effleuré la question; ils virent que les aliments changeaient de nature, il crurent reconnaître la formation à leur dépens d'une substance à laquelle ils donnèrent le nom d'osmazôme, matière salivaire, gélatiniforme.

M. Mialhe, dans un travail remarquable, donna une précision plus grande à ces découvertes. Il déclara que par le fait de la digestion, les matières albuminoïdes subissaient une série de transformations dont les termes sont : 1° l'albuminoïde; 2° l'albumine caséiforme ou chyme; 3° l'albuminose, termes comparables à ceux des transformations des aliments respiratoires : 1° amidon; 2° dextrine; 3° glucose.

La formation par la digestion de l'albumine d'un produit, appelé par Eberle osmazôme, par M. Mialhe albuminose, est incontestable; mais je n'ai jamais pu, et je ne sache pas qu'on ait mieux réussi que moi à trouver un état intermédiaire, comme croit M. Mialhe, pendant la digestion de l'albumine, tandis qu'il en existe un très-caractérisé pendant la digestion de la fibrine.

M. Mialhe a obtenu le corps qu'il appelle albuminose par l'action sur l'albumine de la pepsine obtenue du veau, et il lui assigne les caractères suivants :

« Elle est très-soluble dans l'eau et complétement insoluble « dans l'alcool; sa solution aqueuse n'est point précipitable par « la chaleur, ni par les bases alcalines, ni par les acides, ni « enfin par la pepsine.

« Elle est, au contraire, précipitée par un grand nombre de « sels métalliques, tels que ceux de plomb, de mercure, d'argent. Le chlore la précipite également, il en est de même du « tannin, même alors que ce dernier réactif est additionné par « une certaine quantité d'acide azotique. »

Ajoutons qu'elle ne précipite pas par le bichlorure de platine, réaction fort importante, comme on verra, et qui n'est point indiquée par M. Mialhe.

Nous avons constaté de la manière la plus positive :

1° Que cette substance prend naissance de l'albumine à l'aide de l'action du principe digestif du veau, aussi bien que de celle du principe digestif du chien, du mouton et de l'homme, et que, dans ces quatre cas qui ont fait spécialement l'objet de notre étude, les caractères chimiques de l'albuminose sont tels que ceux indiqués par M. Mialhe.

2° Qu'elle revêt toujours les mêmes caractères; qu'on prenne le produit de la digestion stomacale elle-même, ou celui qui s'obtient dans les poches en caoutchouc ou dans les bocaux.

3° Qu'elle est identiquement la même, qu'elle résulte de l'action du principe digestif naturel, ou de celui qui est purifié, ou des prises et cuillerées nutrimentives.

Bien que ces caractères chimiques soient fort précieux, on se tromperait étrangement si on prononçait qu'il n'y a nutriment que là où ils existent.

Nutriment n'est point synonyme, comme ces recherches le démontrent, d'albuminose.

L'albuminose n'est qu'un des nutriments, il se forme à l'aide d'une des manières de lui donner naissance.

Ce qu'il y a de plus important à reconnaître au physiologiste et au médecin, c'est le nutriment, la substance directement assimilable.

Il n'y a pas de caractères chimiques caractéristiques communs aux divers nutriments de l'albumine.

Par conséquent, il n'y a pas de caractères chimiques qui soient propres à faire reconnaître un aliment brut d'un nutriment.

Il faut donc recourir à l'épreuve physiologique, à l'épreuve nutrimentaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. Triquet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 centimes.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur Bouchardat. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 cent.

Errata. — N° 154 du 24 décembre 1853, lettre de M. Fleury. Page 1225, 2e col., 21e ligne, au lieu de *inutiles*, lisez *inusités.*

Page 1226, 2e col., supprimer les guillemets à partir de la 35e ligne jusqu'à la fin de l'alinéa.

Page 1227, 2e col., 61e ligne, au lieu de *elle peut*, lisez *peut-elle.*

Page 1229, 1re col., 6e ligne de l'alinéa commençant par : Voilà le spécimen, au lieu de *injection*, lisez *ingestion.*

Page 1229, 2e col., 4e ligne, au lieu de *beaux*, lisez *bons.*

Page 1230, 2e col., dernière ligne de l'article, au lieu de *incontestables*, lisez *contestables.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 2. 2e année. Jeudi 5 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Baisse du prix d'abonnement.

A partir du 1er *Novembre* 1853, *le prix d'abonnement au* Moniteur des Hôpitaux *est fixé ainsi qu'il suit :*

Pour un an : VINGT-DEUX FRANCS.
Pour six mois : DOUZE FRANCS.
Pour trois mois : SEPT FRANCS.

Paris, le 4 Janvier 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

L'honorable M. Nacquart n'a pas cru pouvoir se soustraire à un usage qui semble désormais établi à l'Académie; il a donc fait son petit speech dans lequel se sont traduites les meilleures intentions; tout le monde sait qu'en effet ce ne sont pas les bonnes intentions qui manquent à M. Nacquart, pour être un président accompli. Nous désirons vivement qu'il n'en soit pas de ces intentions comme de celles dont l'enfer est pavé, dit-on.

Dans la dernière séance, quelques académiciens s'étaient effarouchés en entendant M. L. Corvisart citer le nom du pharmacien qui lui avait préparé la substance à l'aide de laquelle il a fait les curieuses expériences exposées dans le travail que nous publions, et ils avaient jugé à propos de l'interrompre dans sa lecture, par leurs interpellations peu mesurées. M. Corvisart a cru devoir donner les motifs de sa citation; il aurait bien dû donner par la même occasion, aux académiciens si chatouilleux, le conseil de jeter de temps en temps les yeux sur les annonces qu'on lit tous les jours dans les feuilles politiques, et qui présentent au public, comme approuvées par l'Académie, des drogues sur lesquelles l'Académie n'a même jamais fait de rapport. Comment l'Académie, tant qu'elle n'aura pas fait cesser cette scandaleuse impudence, ou tout au moins tant qu'elle n'aura pas fait quelques efforts dans ce but, comment peut-elle espérer qu'on attribuera au pur sentiment de sa dignité les répugnances qu'elle montre pour approuver même les pilules de Blaud? Il est vrai qu'au point de vue des approbations, l'Académie a éprouvé hier un assez grand désenchantement, en apprenant, de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, que M. Aubergier, l'habile agronome qui a naturalisé la culture du pavot en Auvergne, demande le monopole de ses préparations d'opium indigène et de lactucarium, produits qu'il a fait breveter. Mais, comme les médicaments ne sont pas sujets à brevet; comme on ne peut en accorder le monopole aux inventeurs qu'à titre de remèdes secrets, et que les préparations de M. Aubergier ne peuvent être autorisées comme remèdes secrets, puisque, d'après le consentement de l'auteur, les formules en ont été publiées dans le *Bulletin* de l'Académie et dans tous les recueils périodiques, M. Aubergier en sera pour ses démarches; il lui restera seulement le mérite d'avoir fait une bonne chose, et à l'Académie celui de l'avoir approuvée. Cet incident ne doit donc en aucune façon détourner l'Académie de la bonne voie qu'elle a suivie dans la question de l'opium indigène, et qu'elle devrait suivre dans toutes les questions analogues.

M. Depaul, quoique bien jeune encore dans l'Académie, nous a accoutumé déjà aux rapports consciencieusement étudiés, convenablement et judicieusement écrits; il n'a donc fait hier que se conformer à ses excellentes habitudes. Son travail, dans lequel sont soulevées des questions théoriques et pratiques d'un grand intérêt, traite spécialement des rapports de l'albuminurie des femmes grosses avec l'éclampsie.

Nous n'insisterons pas sur cette question, encore toute nouvelle; nous n'aurions guère qu'à reproduire les considérations extrêmement judicieuses auxquelles s'est livré le rapporteur lui-même, dont nous partageons et les opinions et les sages réserves. Nous aurions désiré cependant que, parmi les points qu'il signale aux investigations des observateurs, il mentionnât d'une manière toute particulière l'étude du système nerveux, qui pourrait bien être, tout aussi bien que les altérations du sang, la cause de l'albuminurie et même la cause de ces altérations du sang elles-mêmes. Lorsqu'on sait l'influence capitale de certains ébranlements du système nerveux sur la composition des fluides de l'économie, l'influence spéciale des altérations de

certains nerfs sur les sécrétions ou sur la nutrition des organes qu'ils animent, on doit considérer comme très-possible l'existence d'une altération primitive, siégeant, soit dans l'axe cérébro-spinal, soit dans le grand sympathique, laquelle serait à la fois cause et de l'éclampsie et de l'albuminurie. Ce qui nous paraît résulter de plus clair, en effet, des faits observés ou rappelés par M. Depaul, ainsi que des considérations auxquelles il s'est livré, c'est que l'albuminurie n'est pas plus cause de l'éclampsie que l'éclampsie cause de l'albuminurie, mais qu'elles sont l'une et l'autre l'effet d'une altération qui nous est encore parfaitement inconnue.

MM. Aran et Debout ont clos la séance en présentant, le premier, une pièce intéressante relative à l'atrophie musculaire progressive ; le second, le dessin d'une pièce anatomique recueillie par M. Valette (de Lyon), sur le cadavre de l'individu sur lequel il avait pratiqué avec succès l'injection de perchlorure de fer, pour un anévrisme du pli du bras. Nous aurons à revenir sur ces deux présentations.

H. de Castelnau.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et le n° 1 du tome 2.*)

Modifications physiologiques. — MM. Bernard et Barreswil ont fait une expérience sur ce point. Ils ont mis pendant six à huit heures, au bain-marie, chauffé + 38 ou + 40°, 50 centigrammes d'albumine et 15 grammes de principe digestif du chien, et à un chien à jeun et bien portant, ils ont injecté le produit dans la veine jugulaire. Trois heures après l'injection, les urines ne contenaient point d'albumine.

La question la plus grave, eu égard à la méthode thérapeutique que je soutiens, et qui consiste à suppléer au défaut de principe digestif chez l'homme par celui qui forme *les prises ou cuillerées nutrimentives* et qui vient d'une autre espèce (mouton) commandait de toutes autres expériences.

Il s'agissait de savoir si en effet l'albuminose avait des qualités nutrimentaires générales, applicables à toutes les espèces animales, quelle que soit la source de sa production, que l'albuminose ait été faite dans des bocaux ou dans l'estomac même, par le principe digestif d'un animal ou d'un autre, d'un herbivore par exemple, et d'un carnivore, avec un principe digestif naturel ou purifié.

Donc il fallait à un même animal, herbivore par exemple, injecter l'albuminose venue de toutes ces provenances diverses.

Car, au point de vue physiologique, en cas d'identité des résultats, je jugeai par avance la question thérapeutique par la plus convaincante affirmative.

Ayant pris 110 grammes de blanc d'œuf cuit dur, l'ayant parfaitement lavé après l'avoir réduit en pulpe, pour lui enlever tout ce qu'il pouvait contenir de soluble, je l'ai mis à l'étuve chauffée à + 40°, pendant vingt-quatre, avec 50 grammes d'un liquide digestif naturel de chien. Le liquide fut ensuite filtré jusqu'à ce qu'il fût parfaitement limpide; 30 grammes de ce liquide donnent à la dessiccation 1 gramme d'albuminose ; 30 autres grammes furent chauffés à + 40° et injectés aussitôt dans la veine jugulaire d'un lapin bien portant et à jeun depuis douze heures.

Les urines des douze heures qui précédèrent et des douze heures qui suivirent l'opération furent conjointement avec l'albuminose examinées aux réactifs.

En voici les résultats :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 2 h. après l'opération.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES des 12 h. qui précédèrent l'opération.
Noix de galle	Précipité abondant.	Nubécule.	Nubécule.	Nubécule.
Alcool	Précipité.	Trouble.	Trouble.	Trouble.
Chaleur	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Potasse	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Pepsine	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Bichlorure de platine	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Chlore	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.
Acétate de plomb	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent	Précipité.	Précipité.	Précipité	Précipité.
Réaction	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.

Il résulte de cette expérience que :

La matière injectée, bien que produite par un carnivore, a été parfaitement utilisée, assimilée par les organes de l'herbivore.

La solution de noix de galle, en effet, qui précipitait abondamment la matière injectée, ne produisit, dans les urines qui suivirent l'injection, que le nubécule qu'elle produisait dans les urines normales avant l'injection.

Cependant ce réactif est bien sensible, puisque, ayant étendu de l'albuminose liquide dans cinquante fois son poids d'urines, qui, normalement, ne troublaient point par la noix de galle, celle ci précipita aussitôt.

Ainsi, l'albuminose qui résulte de l'action du principe digestif d'un carnivore est aussi assimilable pour l'herbivore que si elle résultait de l'action du principe digestif de cet herbivore même, assertion capitale qui mène à cette autre :

Une fois l'albuminose faite, elle est nutriment pour toutes les espèces (1).

Au point de vue chimique même, l'albuminose est toujours semblable, quelle que soit l'espèce herbivore, carnivore, qui ait fourni l'instrument (principe digestif) propre à la faire.

Voici le tableau des réactions trouvées à l'albuminose de diverses sources :

RÉACTIFS.	ALBUMINOSE de M. Mialhe.	ALBUMINOSE du principe digestif du chien.	ALBUMINOSE du principe digestif purifié du veau.	ALBUMINOSE du principe digestif purifié du mouton.	ALBUMINOSE faite avec les prises nutrimentives.
Alcool	Précipité.	Précipité soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.	Précipité soluble dans l eau froide.	Précipité soluble dans l'eau froide.
Chaleur	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Potasse	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Pepsine	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Noix de galle	Précipité.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.
Bichlorure de platine	Pas indiqué	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Chlore	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Protochlorure d'étain	Pas indiqué	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlorure de zinc	Pas indiqué	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acétate de plomb	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Sulfate d'alumine	Pas indiqué	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Alun	Pas indiqué	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.

En sorte qu'il existe, à mon affirmation, les trois sortes de preuves, physique, chimique, physiologique.

Je reviens aux injections d'albuminose provenant de l'action du principe digestif du chien, car ce n'est point avec une seule que j'aurais résolu de pareilles questions.

(1) Il ne s'agit ici que des mammifères.

Avant l'expérience que j'ai rapportée, j'en avais fait une autre avec 60 centigrammes d'albuminose ; j'avais examiné les urines des trois heures qui suivirent l'opération, et celles des 12 autres heures suivantes.

Dans cette expérience, les urines normales ne donnaient point de nubécule par la solution de noix de galle, celles des 12 heures qui suivirent l'opération n'en présentèrent point non plus ; le résultat était encore plus clair.

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 3 heures suivantes.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES AVANT.
Noix de galle....	Précipité.	Rien.	Rien.	Rien.
Chlore.........	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction........	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.	Alcaline.

D'autres expériences faites avec des quantités d'albuminose qui n'ont point été pesées exactement, mais qui étaient certainement supérieures à 50 centigrammes, donnèrent absolument les mêmes réactions et les mêmes résultats, en sorte que la question la plus importante est complétement vidée.

L'albuminose produite par un principe digestif d'herbivore purifié est aussi bien nutrimentaire que celle qui est produite par un principe digestif naturel d'un carnivore. On a vu combien les deux sortes de preuves, les preuves physiques, les preuves chimiques sont concluantes.

Que vont répondre les preuves physiologiques, organoleptiques ? Exactement la même chose.

Deux expériences ont été faites avec 80 centigrammes d'albuminose, résultant de la digestion d'une albumine coagulée et préalablement dépouillée de toute matière soluble dans l'eau, par un principe digestif purifié du mouton, recueilli récemment, et l'autre avec un peu moins d'albuminose, qui, cette fois, résultait du principe digestif purifié du veau, et qui était conservé liquide depuis plusieurs mois.

Dans aucune de ces expériences le trouble formé par le chlore ne se retrouva dans les urines.

Et, eu égard à la noix de galle, le trouble qu'elle forma dans les urines recueillies dans les douze heures qui suivirent l'opération, ne fut pas plus considérable que celui qui fut formé par ce réactif dans les urines normales.

Nous verrons, alors que nous rapporterons nos expériences sur la fibrine, combien est grande l'identité des nutriments produits par le principe digestif naturel d'un carnivore, ou par le principe digestif purifié d'un herbivore, parce que nous aurons des réactions plus nombreuses et qui seront plus prononcées que celles fournies par la noix de galle et le chlore.

Il est important, aussi bien au point de vue de la digestion de l'albumine dans l'estomac de l'homme sain ou malade, qu'au point de vue de la formation de l'albumine nutrimentaire par les prises nutrimentives, de connaître en quelle proportion l'albumine alimentaire est capable, par la digestion, de devenir nutrimentaire, et quelles sont les meilleures conditions où l'on doit se placer pour obtenir ce résultat.

J'ai fait sur ce sujet un très-grand nombre d'expériences, soit dans des bocaux à la température du corps, soit dans des poches en caoutchouc introduites dans l'estomac de chiens vivants.

Après chaque opération, sachant le poids de l'albumine employée, je filtrais le liquide qui était ensuite desséché, ce qui me donnait le poids de l'albumine devenue nutrimentaire.

J'ai consigné, dans mon premier mémoire (août 1852), les résultats que j'ai obtenus.

Ayant varié les doses de principe digestif naturel d'albumine, varié la température, présenté le blanc d'œuf sous diverses formes, j'ai vu que :

Une partie de principe digestif et six parties d'eau pour deux parties de blanc d'œuf naturel, maintenues vingt-quatre heures à une température de 40°, m'ont donné les meilleurs résultats.

Chose remarquable, si l'on songe que les physiologistes regardaient la dilution du principe digestif dans l'eau comme une chose défavorable ; cette remarque confirme, au reste, un dicton populaire qui prescrit de boire un verre d'eau après un œuf.

Les résultats sont très-inférieurs, si on emploie moins d'eau. Ce n'est pas que la matière ait seulement besoin de beaucoup d'eau pour se dissoudre, car après une opération avec le principe digestif non dilué, les lavages répétés accusent toujours l'infériorité des résultats.

Par ces digestions, jamais je n'ai pu transformer plus d'un tiers de l'albumine alimentaire (évaluée privée d'eau) en nutriment. L'autre portion réfractaire pouvait se désagréger plus ou moins mais ne se transformait pas.

Le principe digestif purifié, les cuillerées et les prises nutrimentives, me donnèrent des résultats qui égalèrent parfaitement ceux obtenus avec le principe naturel, et suivirent exactement les mêmes conditions de réussite.

Je dois faire une remarque générale sur les qualités spéciales du principe digestif dont a besoin l'albumine pour se bien digérer.

Prend-on le principe digestif naturel du chien, on voit que, pendant la digestion, sa réaction acide perd beaucoup de son intensité, ce qui est dû à l'alcalinité assez forte de l'albumine ; il en résulte que la portion du principe digestif, qui a été saturée, n'agit plus, étant devenue neutre, en sorte que, par cela seul, la digestion de l'albumine est difficile, incomplète.

De même pour le principe digestif purifié du mouton, moins il est acide, moins il digère bien l'albumine ; s'il était peu acide, la liqueur même deviendrait en peu de temps alcaline, et la digestion cesserait.

Ces empêchements n'existent point pour la fibrine qui a été parfaitement lavée ; elle est neutre.

Je trouve partout, dans les comptes rendus des expériences de différents auteurs, la confirmation de ce fait (l'état réfractaire), jusqu'à ce jour inaperçu.

Tiedman et Gmélin, parlant de l'albumine liquide, disent qu'ayant sacrifié un chien trois heures après lui avoir donné exclusivement de l'albumine liquide, « l'estomac n'en contenait « plus ; la partie inférieure de l'intestin grêle en contenait « encore. » Donc elle avait échappé à l'action de l'estomac (1).

Les mêmes auteurs la retrouvaient dans l'intestin des oiseaux de proie, des poissons, etc. (2).

M. Blondlot, étudiant la même albumine, dit qu'ayant examiné l'estomac de son chien vivant, une demi-heure, une heure, une heure et demie après lui avoir donné de l'albumine, toujours il la reconnaissait à toutes ses propriétés physiques.

Ainsi, à quelque époque que ce soit de la digestion de l'albumine, soit dans l'estomac, soit dans la fin de l'intestin, on retrouve de l'albumine.

N'est-ce pas, comme j'ai montré, qu'une partie de l'albumine échappe forcément à la digestion ?

Dans toutes les expériences que j'ai tentées, relativement à la digestion de l'albumine concrète, j'ai toujours fait marcher simultanément celles qui étaient relatives à l'albumine crue.

Voici comment se passe cette digestion :

M. de Beaumont regardant l'intérieur de l'estomac de son Canadien, pendant qu'il digérait l'albumine crue, dit : L'albumine se parsemait de légers flocons [*loose coagulæ* (3)] ; il ne se passe, en effet, rien de plus.

---

(1) Aussi ne saurais-je trop applaudir à cette remarque du professeur Bérard, à propos des matières qu'on trouve dans l'intestin : « Ce qui est dans l'intestin n'est peut-être pas le produit le plus important de la digestion ; ce qui n'y est plus, ce que l'absorption a enlevé, constituerait, sans contredit, ce qu'il y avait de plus récrémentitiel dans les produits de la digestion. » (*Physiol.*, 433.)

(2) Il y en avait beaucoup chez les animaux nourris d'albumine crue ; moins chez ceux qui avaient pris du blanc d'œuf cuit. En effet, les morceaux de blanc d'œuf étant insolubles, on ne pouvait y retrouver facilement les caractères de l'albumine, comme on les retrouvait sur l'albumine liquide qui avait échappé.

(3) Une erreur a été rectifiée par M. Blondlot, et je dois la combattre encore. On répète partout que le principe digestif coagule l'albumine. M. Blondlot n'a vu, comme M. de Beaumont, dans ce mélange, qu'une apparence laiteuse, qu'il attri-

Dans l'estomac des chiens vivants, abattus à diverses époques de la digestion, comme dans les bocaux mêmes, lorsqu'on s'est mis dans les conditions propres à donner la meilleure digestion ; vient-on à essayer la liqueur par la chaleur, l'acide nitrique, l'alcool, etc., toujours on retrouve les caractères de l'albumine.

C'est que la manière dont se digère l'albumine crue est identique à celle dont se digère l'albumine cuite. Jamais, et dans les meilleures conditions (mes expériences me permettent d'affirmer qu'elles sont exactement les mêmes que pour l'albumine cuite), on ne peut transformer en albuminose plus de 1/3 de l'albumine crue.

Le reste échappe forcément.

Et si l'on n'a pas la précaution de séparer artificiellement ce qui est albumine de ce qui est albuminose, on prend tout pour de l'albumine! Le moyen de faire cette séparation est très-simple, je l'ai employé un grand nombre de fois : après la digestion de l'albumine crue, on n'a qu'à faire bouillir le liquide pour se convaincre, toute l'albumine indigérée se coagulant (1).

Aussi, disait-on simplement : L'albumine se transforme en albuminose, sans savoir si la digestion en était complète ou incomplète.

M. Blondlot, qui avait reconnu dans l'intestin grêle les caractères de l'albumine, ne pouvait laisser passer un fait aussi important sans conclusion. Malheureusement, ignorant ce qui précède, sa conclusion fut forcément une grave erreur.

Puisque l'intestin contient encore de la vraie albumine après la digestion, c'est, dit-il, que l'albumine crue n'a pas besoin d'être digérée!

S'il avait connu l'albuminose, il les eût séparée ; s'il eût injecté comparativement l'une et l'autre dans les veines, il eût connu l'immense distance qui sépare l'albumine alimentaire de l'albumine nutrimentaire.

Je dois appeler l'attention sur une autre conséquence, et fort grave aussi qui résulte du fait qui nous occupe.

Croit-on que, parce qu'un aliment est chassé de l'estomac dans l'intestin , il s'ensuive que cet aliment soit digéré (je parle d'un sujet bien portant)? Nullement, puisque l'estomac chasse toujours près des 2/3 de l'albumine, sans l'avoir digéré ; ce qu'il y a de vrai, c'est que l'estomac chasse l'aliment quand il a fait tout ce qu'il peut, que l'aliment soit digéré ou non, ou qu'il soit incomplétement digéré.

Comme une erreur en amène toujours d'autres, on a erré quand on a voulu juger expérimentalement d'une substance d'une parfaite digestion, par le temps qu'elle reste dans l'estomac. Ce qui fait que toute la question des aliments indigestes et faciles à digérer est tout entière à refondre.

Voyez seulement pour l'albumine !

C'est un aliment indigeste (crue ou cuite), si l'on entend par là qu'elle ne se digère point en totalité.

C'est un aliment léger (crue), si on entend qu'elle ne charge pas longtemps l'estomac, puisqu'elle le quitte vite, même sans être digérée.

C'est un aliment (crue ou cuite) de facile digestion, si on remarque que la quantité qui peut se digérer le fait avec peu de principe digestif, et avec un principe digestif faible.

C'est un aliment (crue ou cuite) de difficile digestion, si l'on remarque que un tiers seulement est apte à se digérer.

L'albumine crue liquide est un aliment peu indigeste, si on a égard seulement à la sensibilité de l'estomac.

L'albumine cuite est un aliment indigeste, parce que c'est un corps solide et plus irritant.

On voit par ces quelques mots combien est complexe la distinction des aliments indigestes ou non.

Je n'insiste point ici sur les conséquences pratiques auxquelles mènent ces études, au point de vue de l'alimentation, dans l'état de santé et de maladie.

Ici je ne parle que du fait même de la production des matériaux assimilables.

On a dit que si l'on fait bouillir l'albumine avec des acides, la dissolution s'en opère. Wasman rapporte qu'elle n'éprouve pas de décomposition. Je renvoie pour ce sujet, qui a été controversé, au chapitre qui traite de l'action des acides étendus sur la fibrine; cette substance surtout ayant été employée dans les expériences que les physiologistes ont faites sur ce sujet. Mais je dois dire tout d'abord que la solution d'albumine dans les acides diffère beaucoup des nutriments de l'albumine sous le rapport des caractères chimiques ; elle précipite par le cyanure jaune de potassium et de fer, par les acides, par la chaleur.

J'ai dit dans le courant de ce chapitre que lorsqu'on faisait subir à l'albumine coagulée ou crue l'influence d'un principe digestif quel qu'il fût, toujours une portion de cette albumine restait réfractaire et ne fournissait plus par ce moyen de nutriment.

L'ébullition ne transforme pas toute l'albumine en nutriment : la portion d'albumine réfractaire à la cuisson, l'est-elle aussi à la digestion? Non.

Ou du moins, ayant pris cette albumine solide, je l'ai mise en digestion avec du principe digestif venu du chien. Après 18 heures, je trouvai que le liquide s'était chargé d'une assez forte proportion de matière azotée, qui me présenta les caractères suivants :

Comme l'albuminose venue d'une albumine non bouillie, elle précipitait par la noix de galle ; l'alcool donnait un précipité soluble dans l'eau froide, le proto-chlorure d'étain donnait un précipité. Mais l'acide acétique la troublait, et le trouble était insoluble dans un excès de réactifs ; le chlorure de platine ne produisait absolument aucun trouble.

En sorte que cette albuminose diffère un peu de l'autre. Je regrette d'avoir négligé d'en faire l'injection dans les veines.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Janvier 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, qui informe l'Académie que S. M. l'Empereur la recevra à l'occasion du jour de l'an, et qu'il la recevra lui-même le lendemain.

2° Une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, à l'occasion de l'approbation donnée, par l'Académie, aux formules de M. Aubergier, ayant pour bases le lactucarium et l'opium indigène. L'auteur de ces formules revendique les priviléges que lui confère un brevet d'invention, et renonce au bénéfice du décret du 3 mai, ne voulant pas, selon les dispositions de ce décret, laisser tomber dans le domaine public la préparation des médicaments en question. M. le Ministre, en attendant que l'administration ait pris un parti dans ce cas, engage l'Académie à surseoir, jusqu'à nouvel ordre, à l'insertion dans son Bulletin des formules de M. Aubergier.

3° Un rapport de M. le docteur Gerdy, sur les eaux minérales d'Uriage.

4° Un rapport de M. le docteur Garray, sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné dans diverses communes de l'arrondissement du Puy.

5° Une recette contre l'hydrophobie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend :

1° Une lette de M. Corvisart qui explique à l'Académie le motif qui l'a engagé à attacher à ses recherches sur l'alimentation, le nom du chimiste qui prépare les substances dont il fait usage. « C'est, dit-il, parce que *je*

---

bue à la précipitation d'un peu de phosphate de chaux, et aux débris des membranes de l'œuf. Cette apparence laiteuse, je l'ai vue dans toutes mes expériences, mais je puis affirmer qu'elle n'est pas due à une propriété du principe digestif, car elle se produit en remplaçant ce dernier par l'eau pure.

(1) L'albumine est donc aussi réfractaire crue qué cuite. Une chose bien remarquable, c'est que si on met l'albumine restée réfractaire à une première digestion, en présence d'un autre liquide digestif vierge, elle ne se dissout point, elle ne se transfome pas en quantité notable. Il y a un état vraiment réfractaire.

tiens mon collaborateur pour honorable et digne d'estime; c'est d'ailleurs un savant, connu déjà par différents travaux importants. »

2° Une lettre de M. le docteur Pagès, de Vic-Bigorre, qui remercie l'Académie pour la médaille qu'elle lui a décernée.

3° Une note de M. le docteur Billiard, de Corbigny, sur une nouvelle théorie du choléra.

M. le président prononce une allocution dans laquelle il remercie l'Académie d'avoir bien voulu l'appeler au fauteuil de la présidence, et propose des remercîments à M. Bérard, son prédécesseur; à M. Gibert, secrétaire annuel réélu, et à MM. les membres sortants du conseil d'administration. Ces remercîments sont votés par acclamation.

Ensuite, M. le président rend compte des visites faites à S. M. l'Empereur et à S. E. le Ministre de l'Instruction publique.

RAPPORTS.

M. Depaul lit le rapport suivant sur un mémoire relatif aux *convulsions des femmes enceintes*, par *M. Mascarel*, de Châtellerault :

Messieurs, dans notre séance du 16 novembre 1852, vous avez reçu de *M. Mascarel*, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault, un mémoire sur les convulsions des femmes enceintes, et vous avez chargé votre commission, composée de *M. P. Dubois* et moi, de vous en rendre compte. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ce devoir, tout en m'excusant d'avoir été empêché, par des circonstances indépendantes de ma volonté, de répondre plus tôt à la légitime impatience de notre honorable confrère.

La maladie qui fait l'objet de son travail est une de celles qui ont été beaucoup étudiées depuis quelques années, et cependant des recherches aussi consciencieuses que celles qui en font la base méritent d'être accueillies avec intérêt et examinées avec soin. Pour mon compte, elles m'ont intéressé d'autant plus, que j'y ai trouvé, sur divers points importants, la confirmation de quelques idées que j'ai cherché à mettre en relief dans une Note que j'ai eu l'honneur de lire, il y a quelques années, devant la compagnie.

Le Mémoire de M. Mascarel est divisé en deux parties : la première comprend tout ce qui est relatif aux causes, aux formes variées de l'affection, à ses complications et à sa nature ; la seconde s'occupe exclusivement des divers modes de traitement qui ont été conseillés. Je me propose de vous faire connaître les idées qui ont été suggérées à l'auteur par son expérience personnelle, sur ces divers points, me réservant d'apprécier, chemin faisant, ce qu'elles ont de conforme à une sage et bonne pratique.

Les modifications profondes que la grossesse imprime à l'organisation de la femme, lui paraissent une prédisposition très-grande aux phénomènes convulsifs de toute sorte. Toutefois, avec la plupart des auteurs, il établit une première distinction, et admet des convulsions partielles et des convulsions générales, réservant à ces dernières le nom d'éclampsie, introduit dans la science par *Sauvages* et généralement adopté de nos jours. Tout en admettant que les premières peuvent se montrer sur divers points des deux systèmes musculaires, il pense qu'on les observe plus particulièrement sur le col utérin, et il trouve l'explication de cette préférence dans les pressions et les froissements divers auxquels est soumise cette partie de la matrice, surtout pendant l'acte de la parturition. Il termine le court chapitre qu'il consacre à cette forme particulière par une observation dont voici les traits principaux.

Une femme de 40 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, était parvenue à la fin d'une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier jusqu'au moment du huitième mois. A partir de cette époque, on avait observé un peu d'œdème aux membres inférieurs et de la céphalalgie.

Le travail se déclara le 13 août 1851, à six heures du matin; trois heures après, le col étant peu dilaté (2 centimètres environ), le liquide amniotique s'écoula. A partir de ce moment, malgré les douleurs les plus fortes et les plus régulières, l'orifice utérin resta dans le même état, et lorsque trente heures plus tard on réclama les soins de *M. Mascarel*, ce dernier constata que les bords en étaient durs, épais et tellement résistants, que les tractions qu'il exerça sur eux avec les doigts restèrent impuissantes et ne purent les écarter. Ce fût alors que pour faire cesser un état qui avait déjà compromis la santé de cette femme et dont la prolongation n'avait d'autre cause que la résistance exagérée de l'orifice, il se décida à recourir au débridement. Plusieurs incisions furent pratiquées; elles produisirent une dilatation beaucoup plus grande et bientôt le col devint complétement dilatable. La tête s'étant beaucoup engagée dans l'excavation, on fit une application de forceps. Un enfant très-volumineux fut extrait. Mais il était mort déjà depuis quelque temps; car, depuis plus de vingt-quatre heures, la mère n'avait plus senti ses mouvements, et l'auscultation pratiquée avant l'opération avait donné des résultats négatifs.

Je suis loin de nier l'existence des rétractions *véritablement spasmodiques* du col de la matrice; mais je ne trouve pas que notre confrère ait bien choisi son exemple pour en donner une nouvelle preuve. En effet, l'âge de la malade, qui avait 40 ans, ne permet-il pas de supposer avec plus de raison qu'il s'agissait ici d'une véritable induration qui existait déjà, même avant le début de la grossesse? Les cas de cette nature, dans les conditions analogues, ne sont pas extrêmement rares; il est bien entendu que je ne parle pas de ces altérations organiques qui, même à un degré très-avancé, n'empêchent pas toujours la fécondation, mais de certaines indurations comme fibreuses, qui n'ont rien de commun avec un état spasmodique, qui préexistent au travail de l'accouchement, et qui ne disparaissent pas sous l'influence d'une saignée générale et des narcotiques, comme cela est si commun dans les cas de rétraction purement spasmodique. Je me borne à ces quelques observations qui m'ont paru indispensables; M. Mascarel n'a consacré qu'un très-court chapitre aux convulsions partielles, et n'a voulu en parler, pour ainsi dire, qu'en passant. Le but essentiel de son Mémoire, c'est l'histoire des convulsions générales.

Il commence par l'étude de l'anatomie pathologique. Les trois autopsies qu'il a faites, et dont il donne les détails, n'ajoutent rien à ce qui est généralement admis aujourd'hui. Les congestions séreuses ou sanguines, les épanchements de sang qu'on trouve quelque fois à la surface, ou dans l'épaisseur des centres nerveux, sont considérées non comme des causes de la maladie, mais comme ses conséquences. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs modernes.

Après avoir divisé les causes de l'éclampsie en prédisposantes et occasionnelles, il énumère presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs, et chacun sait combien elles sont nombreuses et souvent contradictoires. Toutefois, il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la principarité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs. Mais il ne considère pas l'albuminurie, et avec raison selon moi, comme une cause essentielle de la maladie. Ainsi que j'ai eu occasion de le dire dans une autre circonstance, je suis loin de contester que l'albuminurie ne coïncide le plus habituellement avec l'éclampsie; mais il n'est pas exact de dire avec notre collègue, M. Cazeaux, qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. Les cas qui prouvent que cette assertion n'est pas fondée sont maintenant assez nombreux pour qu'il faille les prendre en sérieuse considération. J'en ai déjà fait connaître un dans une autre occasion, observé par moi-même il y a environ quatre ans sur une dame de la rue Montmartre, et qui se termina par la mort, après un très-grand nombre d'accès. Il me fut impossible de découvrir la moindre trace d'albumine dans l'urine extraite de la vessie à différentes époques, et soumise à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique. Le dernier examen, fait quelques instants avant le décès, donna le même résultat. Il est bien entendu que cette malade n'était pas épileptique, car, antérieurement à sa grossesse, elle n'avait jamais été sujette à aucun phénomène convulsif. Je sais, d'ailleurs, que d'autres observateurs ont enregistré des faits analogues.

Le docteur Lever a cité un cas dans lequel l'albumine n'existait pas davantage, et où, à l'autopsie, on constata les traces d'une inflammation des méninges. M. le professeur *P. Dubois* m'a dit avoir observé, à l'hospice de la Maternité, une femme qui devint éclamptique et chez laquelle, malgré les nombreux accès qui se succédèrent, l'urine ne présenta à aucune époque de la maladie la moindre trace d'albumine.

D'un autre côté, on trouve dans un Mémoire de *M. Mascarel* deux nouvelles observations dans lesquelles le même résultat négatif a été très-positivement observé. La première se rapporte à une femme de la campagne, âgée de 29 ans, primipare, d'une forte constitution, et chez laquelle n'avait existé aucune espèce d'infiltrations. Après quelques heures d'un travail qui n'avait été remarquable que par l'énergie des contractions, on vit apparaître une première attaque d'éclampsie. Quatre autres se succédèrent en peu de temps, sans que dans l'intervalle la malade reprit ses sens. La dilatation du col permettant d'intervenir, on fit une application de forceps et on put extraire un enfant vivant. Peu de temps après la sortie du délivre, une sixième attaque eut lieu, mais ce fut la dernière. Elle fut suivie d'une somnolence qui dura dix heures, sans interruption ; puis la connaissance revint petit à petit, et les suites de couches se passèrent très-naturellement. Notre confrère ne manqua de dire que, désirant constater l'état des urines, il avait eu soin d'en retirer un demi-verre avec la sonde, et qu'il s'était assuré qu'elle ne contenait pas d'albumine.

La seconde observation est relative à une femme de 22 ans, également primipare, mais qui, contrairement à la première, avait les membres inférieurs œdématiés. Le 5 avril 1852, elle venait de se lever, lorsque subitement elle perdit connaissance et tomba dans le foyer de la cheminée. Le feu se communiqua promptement aux vêtements, et sans les secours qui lui furent donnés par les personnes du voisinage, elle aurait infailliblement péri. Elle fut transportée dans son lit où ne tardèrent pas à se déclarer de nouvelles attaques convulsives qui laissaient entre elles des intervalles de deux à trois heures, mais sans retour de la connaissance. Un chirurgien, demandé à trois heures de l'après-midi, pratiqua une saignée du bras. A huit heures du soir, nouvelle crise tellement violente qu'on crut que la malade allait succomber. Deux heures plus tard, lorsque *M. Mascarel* fut appelé, un état comateux profond existait. De l'urine, retirée à l'aide de la sonde, ne *contenait pas trace d'albumine*. De nombreuses brûlures, aux deuxième et troisième degré, existaient sur les jambes et les cuisses; la vulve elle-même était horriblement brûlée et convertie en escarre blanchâtre parcheminée. Une sixième attaque se déclara pendant l'examen. Peu d'instants après, l'enfant fut expulsé, d'abord examiné ; mais on fut assez heureux pour le rappeler à la vie à l'aide de soins convenables. Une septième attaque suivit de près la naissance, mais ce fut la dernière. L'état comateux cessa six heures après, et dès ce moment la convalescence marcha rapidement, sans nouveaux accidents.

Je n'ai pas cru devoir m'étendre plus longuement sur ces deux observations

qui renferment tous les détails désirables pour qu'aucun doute ne puisse s'élever sur la véritable nature des accidents observés. Il s'agissait bien d'attaques éclamptiques.

Si l'albuminurie des femmes enceintes était, comme on l'a prétendu, la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes grosses, et qu'absolument, et même relativement parlant, les convulsions soient un accident fort rare? Sur 41 femmes qui étaient albuminuriques, et qui ont été observées par le docteur *Blot*, à l'hospice de la Maternité, 7 seulement furent atteintes d'éclampsie. Pour recueillir ces 41 observations, notre confrère fut obligé d'examiner l'urine de 205 femmes enceintes prises indistinctement dans les salles de l'hôpital. Ainsi, 7 éclamptiques sur 41 albuminuriques. Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre, sans discussion, une relation évidente de cause à effet?

Une autre circonstance mérite aussi d'être prise en considération. Si l'albuminurie avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau donné par *M. Blot*, pour voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Plusieurs, parmi celles dont l'urine offrait les proportions d'albumine les plus considérables n'ont rien éprouvé.

Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Ce point de la question ne me semble pas avoir été suffisamment étudié. Jusqu'à ce jour, dans la plupart des observations, l'urine n'a été examinée qu'après le développement des phénomènes convulsifs. Or, sous le rapport étiologique, les faits ainsi recueillis laissent beaucoup à désirer. Les recherches de M. Blot sont presque les seules qui aient été entreprises dans cette direction, et quoique nombreuses et d'ailleurs fort intéressantes, elles ne répondent pas encore complétement à la question. Pour mon compte, j'appelle très-sérieusement l'attention de mes confrères sur ce point qu'il sera facile d'éclairer, en se donnant la peine d'examiner fréquemment l'urine des femmes enceintes et des femmes en travail. Depuis que je me suis engagé dans cette voie d'expérimentation, j'ai recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très-bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie.

Dans les deux cas, l'urine avait été examinée quelques jours avant le travail et dès le début de cet acte physiologique, sans qu'aucune trace d'albumine pût y être décelée. Des convulsions à forme éclamptique parfaitement caractérisée survinrent, et dans le premier cas, je trouvai de l'albumine après le deuxième accès, et après le quatrième dans le second.

Je suis loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi; je suis très-disposé à penser, au contraire, que dans le plus grand nombre des cas, l'urine contient de l'albumine bien avant l'apparition des convulsions; mais je trouve dans ce nouvel ordre de faits un puissant argument contre l'opinion de ceux qui prétendent mettre l'éclampsie sous la dépendance *nécessaire* de l'albuminurie. J'ai déjà prouvé que la première de ces maladies pouvait suivre toutes ses phases et même se terminer par la mort sans qu'il y eût trace d'albumine dans l'urine, et je viens de faire voir que l'albumine peut ne se montrer qu'alors qu'un ou plusieurs accès ont déjà eu lieu. En faut-il davantage pour recommander une sage réserve, quand il s'agit de remonter à la cause première de l'éclampsie.

Un autre fait me frappe dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes. C'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparait, lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat. Il n'est pas rare, cependant, de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures et même quelques jours après la parturition.

Est-il probable que dans ces cas, en admettant qu'il y ait eu de l'albumine pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps? n'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès? A la rigueur, une autre supposition pourrait être faite encore: on pourrait penser qu'après avoir paru pendant une certaine période de la grossesse, elle aurait disparu peu d'instants après la déplétion de l'utérus, pour se montrer de nouveau à l'occasion de phénomènes convulsifs survenant tardivement. Chacun comprendra combien il serait facile de s'égarer dans le champ des hypothèses; le temps seul pourra dissiper tous les doutes qui règnent encore à cet égard, mais à la condition de ne laisser échapper à l'avenir aucune des occasions qu'une observation attentive ne tardera pas à faire naître.

Quoi qu'il advienne, l'albuminurie est trop souvent observée pendant le cours de la grossesse, elle coïncide surtout trop fréquemment avec les convulsions puerpérales pour qu'il ne faille pas rechercher à quel titre cette coïncidence existe; car si nous avons démontré que ces dernières peuvent apparaître alors qu'un examen attentif et complet ne fait rien constater dans l'urine, nous ne nous croyons pas autorisé à refuser toute espèce d'influence à l'albuminurie qui préexiste à l'éclampsie.

Mais si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que ces deux états jouent l'un par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? Je ne le crois pas. Je ne sais pas si la grossesse prédispose beaucoup, comme l'ont prétendu quelques auteurs, aux maladies des voies urinaires, mais je ne puis admettre qu'il faille chercher dans la néphrite l'explication ordinaire de l'albuminurie.

Le résultat des autopsies que j'ai faites est parfaitement conforme à celui qui a été obtenu par M. Blot. Nous n'avons pas rencontré les altérations qui sont regardées par *tout le monde* comme caractéristiques de la néphrite albumineuse. Ou bien les reins étaient parfaitement sains, ou ils étaient simplement congestionnés à des degrés divers. Ce n'est pas que je veuille contester la possibilité de la néphrite albumineuse chez la femme enceinte; certes, l'état de grossesse n'est pas de nature à faire disparaître cette affection, si elle avait débuté avant la fécondation, ou à s'opposer à son développement; je suis même très-disposé à lui accorder une certaine influence. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que sans nier la possibilité de la néphrite albumineuse comme de tout autre maladie, je suis convaincu qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne l'a prétendu et que ce n'est pas à elle qu'il faut demander l'explication de la plupart des albuminuries qu'on observe chez les femmes grosses. Le véritable point de départ me paraît être, en général, dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme. Presque tous les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de l'analyse de ce liquide sont d'accord sur ce point, à savoir que la quantité d'albumine est notablement diminuée. Je me contenterai de rappeler les recherches de *Scanzoni*, celles de *MM. Becquerel* et *Rodier*, et enfin celles de *M. Regnaud*, qui a donné le résultat de vingt-cinq analyses, lesquelles montrent que le chiffre de l'albumine était presque toujours au-dessous de la moyenne, et que cette diminution pouvait déjà être sensible à partir du troisième mois.

On me pardonnera d'avoir insisté de nouveau sur une question que j'ai déjà soulevée devant l'Académie, en 1851, question qui a au moins un intérêt scientifique incontestable; et je me hâte de revenir au mémoire de *M. Mascarel*, dans lequel j'ai trouvé des observations qui me confirment de plus en plus dans les réserves que j'avais cru devoir faire.

Le chapitre consacré à la symptomatologie est fait avec soin. Suivant l'exemple de Mme. Lachapelle, l'auteur divise les symptômes en trois groupes: 1° ceux qui précèdent l'accès; 2° ceux qui l'accompagnent; 3° ceux qui le suivent. Partout il a fait preuve d'une instruction solide et d'une expérience personnelle étendue. Je ferai cependant une seule observation. M. Mascarel semble croire qu'il est commun de voir l'éclampsie éclater brusquement et sans qu'aucun symptôme précurseur pût en faire prévoir la prochaine invasion. Sans nier l'existence de ces cas, je les crois fort rares. Je dirai même que, pour mon compte, toutes les fois que j'ai pu observer les femmes avant le début de la maladie, j'ai toujours, plus ou moins longtemps avant l'apparition des accès, constaté quelques-uns des phénomènes qui ont été regardés, par presque tous les auteurs, comme précurseurs des convulsions éclamptiques. Je citerai, comme ceux qui me semblent avoir la plus grande importance, la céphalalgie occipitale ou frontale, des troubles variés de la vision, le malaise épigastrique, les vomissements. La réunion de plusieurs d'entre eux mérite surtout d'être prise en sérieuse considération. Une observation attentive peut et doit conduire à un traitement préventif qui aura souvent, j'en ai la conviction, un succès complet.

Tout ce qui se rapporte à la marche et à la terminaison de la maladie, à son diagnostic et à son pronostic, est étudié avec détail. En disant qu'il est rare de ne voir qu'un seul accès se manifester, l'auteur est dans le vrai; mais cela peut arriver, et alors le retour à la santé est ce qu'on observe le plus communément. Il n'est pas impossible, cependant, qu'une première attaque soit mortelle. J'ai eu la douleur de perdre de cette manière, il y a quinze ans, la première femme qui s'était confiée à mes soins dans ma pratique particulière. En moins de trois minutes, et malgré tout ce que je pus faire, elle avait définitivement cessé de vivre.

Relativement au pronostic, notre confrère considère les convulsions comme un des accidents les plus graves qui peuvent compliquer la grossesse ou le travail de l'accouchement. La vie de la mère et celle de l'enfant sont sérieusement mises en question. Il est encore incontestable que cette gravité augmente, avec la multiplicité, le rapprochement et l'intensité des accès, selon qu'il y a perte complète ou incomplète de la connaissance après chacun d'eux; que la santé du sujet est plus mauvaise, et qu'on a plus tardé à faire intervenir un traitement convenable. Pour lui encore, et en cela il partage l'opinion commune, le danger est plus sérieux *quand le travail est si peu avancé qu'on se trouve dans l'impossibilité de hâter la prompte terminaison de l'accouchement*. Il est encore généralement admis que la gravité est d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée. A ce sujet, je ne puis que répéter ce que je disais en 1851, à l'Académie, dans le Mémoire que j'eus l'honneur de lui lire: « Pour mon compte, je serais presque tenté d'établir une proposition contraire, en admettant toutefois qu'un traitement énergique et convenable soit employé en temps opportun. Les chances de salut ne sont pas, en effet, comme on l'a écrit, presque partout dans la prompte dilatation du col et dans la déplétion de l'utérus. Ce résultat, qu'on est malgré soi porté à désirer, et pour lequel on se livre trop souvent à des manœuvres dangereuses, n'entraîne pas habituellement, comme on l'avait espéré, la cessation des phénomènes convulsifs. Loin de là, on les voit souvent se multiplier avec une énergie nouvelle, et les faits nombreux qu'il m'a été donné d'observer m'ont prouvé qu'ils avaient alors, plus habituellement, une terminaison funeste; de sorte, qu'à mon avis, l'éclampsie qui survient pendant le cours du travail, comme aussi celle qui n'apparaît qu'après la délivrance, constitue pour la mère un accident beaucoup plus sérieux que celle qui éclate pendant la grossesse, alors que la contractilité utérine n'a pas encore été mise en jeu. Cette proposition est d'ailleurs conforme à l'opinion d'un homme

dont le nom fait justement autorité dans la science : Je veux parler de *Rhamsbotham.* »

Puis, j'ajoutais que l'observation qui avait été le point de départ de ma communication était entièrement favorable à cette manière de voir, et qu'il me serait facile d'en citer plusieurs autres qui, sous ce rapport, parlaient entièrement dans le même sens. Depuis, le nombre de mes observations s'est accru et m'a naturellement confirmé dans ma croyance.

Les relevés statistiques fournis par les auteurs, celui de *Merriman* et de plusieurs autres, ne laissent aucun doute sur les dangers qui entourent le produit de la conception pendant le cours de l'éclampsie. L'intensité, et surtout la durée des accès, sont beaucoup plus importants à considérer sous ce rapport que leur fréquente répétition. Un seul, comme on l'a vu, peut être mortel. Il me semble, cependant, que toutes choses étant égales d'ailleurs, la vie du fœtus est d'autant plus facilement compromise que la grossesse est plus près de son terme. Cette opinion, qui paraîtra peut-être singulière quand on songe à la fragilité de l'embryon dans les premiers mois de la gestation, sera sans doute plus facilement acceptée si l'on admet avec moi que la mort trouve son explication dans les troubles que les phénomènes convulsifs apportent dans la circulation maternelle et dans les modifications qu'ils impriment à la constitution du sang. Sous ce rapport, l'état de la femme peut être comparé à une véritable asphyxie, et la cessation de la vie, dans le produit de la conception, s'explique tout naturellement parce que celui-ci ne reçoit plus, pendant chaque accès, la quantité de sang dont il a besoin, ou parce que ce sang ne possède plus les qualités nécessaires. Il est même probable que ces deux conditions sont habituellement combinées et conduisent plus sûrement au résultat fatal.

Les choses se passant comme je viens de le dire, ne comprend-on pas que moins l'organisation de l'œuf sera avancée, et plus celui-ci pourra résister à certains troubles passagers de la circulation utérine, et trouver encore dans un sang très-peu artérialisé des éléments suffisants pour le maintien de sa vie? Quant à moi, je n'entrevois dans cette explication aucune hérésie physiologique.

J'ai déjà dit que la seconde partie du Mémoire de *M. Mascarel* était consacrée au traitement de l'éclampsie. Depuis les moyens empiriques préconisés par les médicastres, dit notre confrère ; depuis le crapaud desséché et appliqué entre les épaules, ou les clefs appelées de Saint-Pierre placées sur la nuque comme cela se pratique encore dans certaines campagnes, jusqu'aux médications les plus rationnelles, il est peu d'agents thérapeutiques qui n'aient été opposés aux convulsions en général, et à celles des femmes en couche en particulier. Ici, comme presque toujours, chacun s'est laissé dominer par l'idée qu'il s'était faite de la nature de cette terrible maladie. Pour ceux qui l'ont considérée comme une simple névrose, les antispasmodiques ont paru le moyen par excellence. Ceux qui ont cru en trouver la cause dans le développement de l'utérus, ont pensé qu'il n'y avait de chance de salut que dans la déplétion de cet organe. D'autres ont fait intervenir un état saburral des premières voies, la présence des vers intestinaux, et beaucoup d'autres conditions pathologiques qu'il serait trop long d'énumérer. Notre confrère se range sous la bannière des partisans des émissions sanguines à haute dose ; sa conviction à cet égard paraît fortement arrêtée et fondée surtout sur son expérience personnelle. Il s'appuie d'ailleurs sur l'opinion de quelques hommes haut placés dans la science. Il rappelle en particulier celles de *Levret* et de *Burns*, et emprunte à ce dernier la citation suivante : « La saignée a fait rarement de mal et peut faire beaucoup de bien ; elle est peut-être le seul moyen de conserver la vie, et si cet ouvrage ne sert qu'à graver ce fait dans l'esprit d'un seul lecteur, je ne regretterai pas de l'avoir écrit. »

Quant à moi, il y a déjà longtemps que j'ai été conduit, par ce que j'ai observé dans ma pratique et dans celle de nos maîtres, à considérer les émissions sanguines comme le seul moyen sur lequel on puisse véritablement compter, et qui doit faire la base du traitement qu'on oppose aux convulsions. Je demande la permission de rappeler ce que je disais à ce sujet dans mon Mémoire, lu en 1851 devant l'Académie : « C'est dans les émissions sanguines générales qu'il faut chercher la médication curative par excellence. Mais pour être efficaces, les saignées doivent être abondantes et ordinairement répétées plusieurs fois dans l'espace de quelques heures. Il est bien entendu, d'ailleurs, qu'il faut les mesurer sur la constitution du sujet et sur l'effet qu'elles produisent. Si une seule a suffi dans certaines circonstances, il n'en est pas ainsi habituellement. J'ai eu plusieurs fois recours à quatre saignées dans l'espace de cinq heures, de manière à retirer plus de 2,000 grammes de sang, et je crois devoir à cette pratique des succès incontestables. La pâleur du visage, l'infiltration partielle ou générale, la constatation de l'albuminurie, ne doivent pas faire renoncer à cette thérapeutique, que l'expérience m'a appris être la plus utile même dans ces conditions. Les personnes qui n'ont pas eu de suffisantes occasions pour étudier ce qui se passe chez les femmes éclamptiques pourraient se laisser arrêter par la petitesse du pouls, qui se rencontre si communément. Il faut savoir que cet état seul ne contre-indique pas les saignées : à peine la veine est-elle ouverte, qu'on voit le pouls se relever, devenir large et plein, et ces phénomènes se reproduire après chaque émission sanguine. Le point capital, c'est de recourir de bonne heure à l'emploi de ce moyen. Pour qu'il soit utile, il ne faut pas attendre que les troubles profonds et généraux qui signalent les accès aient placé les organes indispensables à la vie dans des conditions où ils ne puissent plus reprendre l'exercice de leurs fonctions. »

Pour bien poser les bases du traitement qui lui paraît le plus convenable, et qu'il a adopté dans sa pratique, *M. Mascarel* s'occupe d'abord des cas dans lesquels le travail, n'ayant pas encore commencé, le col de la matrice n'a encore subi aucun changement. Il veut qu'on débute toujours par de larges saignées. Il conseille même, dans les cas graves, d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras. Il repousse l'artéréotomie, parce qu'elle n'offre pas les avantages qu'on lui accordait autrefois, et parce qu'elle n'est pas toujours exempte de dangers. Après les saignées générales, si la femme est forte, et si la maladie date de quelques heures seulement, il faut placer des sangsues en grand nombre autour des malléoles. Dans le cas contraire, il les établit en permanence et deux par deux seulement.

Puis doivent venir les sinapismes promenés sur les membres ou appliqués entre les deux épaules. Il les préfère aux vésicatoires, qui ont été également préconisés. Je dirai à cet égard que, pour mon compte, je suis très-disposé à repousser d'une manière générale, non-seulement les révulsifs précédents, mais encore presque tous ceux qui ont été vantés. Je comprends dans cette exclusion surtout ceux qui n'agissent qu'à la condition de produire une douleur plus ou moins vive, ou tout au moins une sensation pénible. J'ai remarqué bien souvent que tout ce qui est de nature à irriter ou à impressionner désagréablement les malades avait une influence marquée sur le retour des accès, et je suis convaincu que ce qu'il y a de mieux à faire, une fois qu'on a rempli les indications fondamentales, c'est de les laisser dans le repos le plus absolu. Le toucher lui-même ne doit être pratiqué qu'avec beaucoup de réserve. J'ai vu des femmes qui ne pouvaient y être soumises sans qu'une nouvelle attaque se manifestât. Je ne crois pas non plus, quoi qu'en dise notre confrère, qui invoque à ce sujet l'autorité du père de la médecine, que les bains soient un moyen à employer. Pendant l'accès, ce serait matériellement impossible. Pendant la période de coma, outre les difficultés de l'exécution et la crainte de l'apparition d'une nouvelle attaque, il n'est pas bien sûr qu'on eût à se féliciter d'y avoir recours.

Mais je suis de son avis pour exclure les narcotiques et les vomitifs. Je passe sous silence une foule d'autres petits moyens qui se trouvent indiquées partout, et dont les avantages sont au moins problématiques. Je dirai un mot seulement du chloroforme, que *M. Mascarel* réserve, ainsi que les antispasmodiques, pour les cas où les émissions sanguines sont tout à fait inapplicables. Les quelques essais qui ont été faits sous ce rapport ne me paraissent pas encourageants, et, à mon sens, le raisonnement ne conduit pas à l'emploi de cet agent.

Mais il est une autre question d'une grande importance, qui, sans avoir été négligée dans le travail dont je vous rends compte, n'a pas été peut-être suffisamment étudiée ; je veux parler de l'opportunité de la provocation de l'accouchement ou même de l'avortement, selon l'époque de la grossesse où se manifeste l'éclampsie. Il y a quelques années à peine, le problème était résolu par presque tous les accoucheurs, dans le sens de l'affirmative. Aujourd'hui, beaucoup se montrent plus réservés, et je suis de ce nombre. Les faits très-nombreux qui prouvent que les convulsions peuvent persister, et même se terminer par la mort, après la déplétion spontanée ou artificielle de l'utérus, m'ont depuis longtemps convaincu que là n'était pas l'indication première et fondamentale. Que pourrait-on espérer, par exemple, de la provocation de l'avortement ? Ne sait-on pas que, quelle que soit la méthode à laquelle on s'adresse, plusieurs heures, plusieurs jours même sont souvent nécessaires ? L'éclampsie, avec sa marche la plus habituelle, permettrait-elle de compter sur un moyen dont l'action devrait être aussi tardive ? Mais ce n'est pas tout. Ceux qui ont observé avec soin beaucoup de femmes éclamptiques ne savent-ils pas combien tout ce qui est de nature à irriter ; combien surtout les excitations qui s'adressent à l'utérus ont une influence fâcheuse sur la marche et le retour des accès convulsifs ! Ce qu'il y a de mieux à faire, sous ce rapport, c'est de s'en rapporter à la nature qui sollicite souvent des contractions spontanées qui conduisent plus sûrement à l'expulsion du produit de la conception, lorsqu'elle est inévitable. On ne s'expose pas de la sorte à compromettre volontairement certaines grossesses qui peuvent résister à l'orage, quand on a été assez heureux pour le conjurer par les émissions sanguines. J'ai communiqué dans le temps à l'Académie une observation qui prouve qu'il peut en être ainsi : elle est relative à une femme qui fut atteinte d'éclampsie à la fin du troisième mois de sa grossesse, et qui, malgré seize attaques bien caractérisées, arriva ensuite à son terme et accoucha, sans nouvel accident, d'un enfant vivant. Ce fait, quant au résultat, est loin d'être unique dans la science ; j'en ai moi-même recueilli plusieurs.

Dans la condition que je suppose, on n'a pas même pour excuse l'intérêt de l'enfant qui n'est pas viable. Mais en supposant que la grossesse ait atteint le huitième ou le neuvième mois, cet intérêt, tout-puissant qu'il soit, doit-il faire adopter une conduite différente ? Je ne le pense pas davantage. A la provocation de l'accouchement, sollicitée à cette période de la gestation, s'adressent tous les reproches dont j'ai parlé, en discutant l'opportunité de l'avortement provoqué. Ici encore, le résultat désiré ne peut être espéré que dans un avenir trop éloigné pour qu'il puisse être considéré comme un moyen de salut, soit pour la mère, soit pour l'enfant. La marche de l'éclampsie est ordinairement trop rapide et trop aiguë ; il faut une médication plus prompte et plus sûre, et je l'ai déjà dit, c'est dans les émissions sanguines surtout qu'on peut espérer la trouver.

L'accouchement forcé, qui, de prime-abord, semble exclure la plupart des inconvénients que je viens d'indiquer, ne me semble pas devoir être plus favorablement accueilli. Ce n'est pas une chose aussi simple qu'on pourrait se l'imaginer, que de pénétrer violemment dans la cavité d'un utérus dont le col, encore long et résistant, est plus ou moins complétement fermé ; c'est cependant ce qui a lieu le

plus habituellement, puisque la plupart des éclamptiques sont primipares. Mais en admettant qu'après avoir fait ou non des incisions, la main ait franchi l'obstacle, ceux qui ont exécuté de semblables opérations savent que de nouvelles difficultés peuvent se présenter pour l'extraction de l'enfant qui ne trouve pas une voie suffisamment préparée, et dont la vie court les plus grands dangers, surtout si on l'engage par l'extrémité pelvienne. Du côté de la mère, les accidents à redouter ne sont pas moins sérieux. Qui pourrait répondre, par exemple, qu'une déchirure de l'utérus ne sera pas la conséquence d'une semblable manœuvre ? Je ne veux pas insister davantage ; qu'il me suffise d'ajouter qu'ici encore, outre qu'on n'est pas sûr de se rendre maître des convulsions, on compromet certainement une grossesse qui, à l'aide d'une tout autre médication, aurait pu peut-être parvenir jusqu'à son terme.

Dans le courant de l'hiver de 1846, j'ai assisté mon savant maître M. P. Dubois dans une opération de ce genre, qu'il pratiqua sur une dame de Montrouge. Après plusieurs incisions pratiquées sur le col, le forceps fut appliqué au-dessus du détroit supérieur. Un enfant mort fut extrait. Les convulsions, loin de s'arrêter semblaient prendre une nouvelle intensité et la mère ne tarda pas à succomber.

Il nous a souvent répété, dans ses leçons cliniques, qu'il n'avait pas été plus heureux dans d'autres cas analogues. Je puis ajouter que moi-même, dans deux circonstances, j'ai obtenu un résultat tout aussi déplorable, et que je me crois suffisamment éclairé sur ce point, pour proscrire à tout jamais l'accouchement forcé dans la condition que j'ai supposée. Sans être rares, les circonstances précédemment indiquées ne sont cependant pas celles qu'on observe le plus communément. Souvent, au contraire, les convulsions n'éclatent que lorsque le travail s'est déclaré depuis un temps plus ou moins long, ou bien l'éclampsie qui s'est manifestée la première, a eu pour conséquence de mettre en jeu la contractilité de la matrice, et dans les deux cas, lorsque le médecin est appelé, il constate que le col de l'utérus a subi des modifications variables, mais dont le degré doit être pour lui la source d'indications diverses.

Supposons d'abord que le col soit complétement dilaté ou suffisamment dilatable, faudra-t-il, de prime-abord, songer à terminer l'accouchement et se hâter d'intervenir par le forceps ou la version ? Comme dans les cas précédents, c'est par des émissions sanguines qu'il convient de débuter. Seulement ici, l'extraction de l'enfant étant, en général, chose facile, on ne devra pas tarder à y recourir pour le soustraire, s'il est possible, aux dangers que lui font courir les phénomènes convulsifs de la mère. Peut-être celle-ci, de son côté, trouverait-elle quelques avantages dans la prompte déplétion de l'utérus et dans l'écoulement de sang qui en est habituellement la conséquence. Mais si le col, quoique en partie dilaté, ne l'est pas encore suffisamment pour qu'on puisse agir par les moyens ordinaires, est-il utile, lorsqu'on a rempli les indications que je regarde comme fondamentales, de *brusquer* l'accouchement et de pénétrer dans l'utérus, soit avec la main, soit avec l'instrument, à travers l'orifice préalablement incisé? Je crois que le parti à prendre devra être dicté par l'état de l'enfant. Si l'auscultation permet de constater qu'il est encore vivant, l'espoir de lui conserver la vie légitimera complétement une semblable opération. Si, au contraire, on acquiert la certitude qu'il a cessé de vivre, pourquoi se presser? S'il est vrai, comme je le pense, que l'intérêt bien entendu de la femme n'a pas grand'chose à gagner à une intervention aussi brusque et aussi violente.

C'est en se conformant à la plupart des préceptes que je viens de rappeler, que *M. Mascarel* a obtenu de très-beaux résultats dans sa pratique, ainsi que le prouvent les nombreuses et intéressantes observations que contient son mémoire.

Le traitement de l'éclampsie qui survient après l'accouchement ou qui ayant commencé pendant la grossesse, dure encore après la déplétion de l'utérus, découle naturellement de tout ce qui précède. Si la saignée a été poussée sans succès jusqu'à ses dernières limites, on peut, ainsi que le propose notre confrère, insister sur les antispasmodiques et les révulsifs de toute sorte, c'est encore sur elle qu'il faut fonder tout son espoir, si les forces de la malade permettent d'y recourir encore.

Messieurs, quoique le mémoire de *M. Mascarel* m'eût permis de soulever encore d'autres questions d'un haut intérêt, je m'arrête ici avec la crainte d'avoir déjà donné à ce rapport des proportions un peu trop grandes. Mais je n'ai pu résister au désir d'insister un instant sur celles qui, par leur origine récente, réclamant de nouvelles investigations, sont en quelque sorte à l'ordre du jour, et sur d'autres qui, quoique fort anciennes, divisent encore les hommes spéciaux.

J'espère, toutefois, vous avoir fait suffisamment connaître l'esprit et l'importance du travail dont vous m'aviez chargé de vous rendre compte pour que, comme moi, vous soyez convaincus que son auteur est un homme de mérite et un observateur consciencieux. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois qu'il soumet à votre appréciation le résultat de ses recherches et de son expérience, et déjà, depuis longtemps, vous avez pu juger de sa valeur. La commission croit donc faire acte de justice en venant soumettre à votre approbation les conclusions suivantes :

1° Le remercier de sa nouvelle et intéressante communication.

2° Renvoyer son Mémoire au comité de publication.

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondant.

M. Cazeaux ne croit plus, comme autrefois, que l'albuminurie coïncide *toujours* avec l'éclampsie, mais seulement dans l'*immense majorité des cas*. La constatation de l'albumine dans les urines n'est pas exempte de quelques difficultés, et il se peut qu'on ait souvent méconnu l'albuminurie. Il y a de nombreuses causes d'erreurs dans les expériences qui consistent à n'employer que l'acide nitrique ou l'ébullition isolément. L'albuminurie est une cause, et non, comme le pense M. Depaul, un effet de l'éclampsie. Dans la maladie de Bright, il survient aussi des convulsions. Cette analogie est frappante et peut servir à résoudre le problème. D'ailleurs, il existe des preuves directes qui établissent la filiation véritable des faits. L'albuminurie disparaît parfois quelques heures seulement après l'accouchement, dit M. Depaul, mais c'est fort rare, et il est plus commun de trouver l'albumine dans les urines pendant des semaines et des mois. M. Depaul n'a pas trouvé les caractères anatomiques de la néphrite albumineuse ; mon observation personnelle tend à prouver le contraire, et j'ai invoqué souvent le témoignage de M. Rayer pour juger les lésions rénales. Jamais M. Rayer n'a hésité à reconnaître la néphrite, à un degré quelconque.

M. Depaul. — J'ai tenu à prouver que, contrairement à l'opinion publiée par M. Cazeaux et partagée par beaucoup d'autres praticiens, il y a des éclampsies sans albuminurie. Je me suis servi pour cela des faits que m'a fournis M. Mascarel, et dont j'ai rapproché les miens propres. Quand on emploie concurremment la chaleur et l'acide nitrique, je crois qu'on peut être sûr des résultats de ces investigations. Je ne nie pas que certaines éclampsies se lient à des états pathologiques des reins, mais je ne crois pas que ce soit si fréquent que le prétend M. Cazeaux. D'ailleurs, c'est quelquefois très-difficile à constater.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATIONS.

M. Aran présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une femme qui a succombé à une atrophie musculaire progressive. Cette pièce confirme en tous points les altérations signalées par M. Cruveilhier.

M. Debout soumet la planche d'une pièce anatomique adressée par M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qui présente l'état d'une artère dans laquelle avait été injecté du perchlorure de fer, pour un cas d'anévrisme. Cette opération avait été suivie de guérison, et le malade est mort cinq mois après, d'une affection étrangère.

La séance est levée après cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouvelles du choléra.* — Diminution qui équivaut presque à une cessation complète.

— On lit dans *la Presse :*

Le Maire de Caen vient d'instituer une commission pour constater l'état, sous le rapport de la salubrité, des liqueurs, sucreries, dragées et pastillages coloriés mis en vente dans la ville de Caen.

— Le docteur Auzoux commencera son Cours d'anatomie humaine et comparée, place de l'École de médecine, n° 2, le dimanche 15 janvier, à une heure. Ce cours sera continué les dimanches suivants, à la même heure. — Les jeudis, à la même heure : 1° conférences sur la leçon du dimanche ; 2° expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient ; 3° considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques. — Des places seront réservées pour les dames et les personnes qui en feront la demande.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. Triquet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 50 centimes.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 3. 2e année. Samedi 7 Janvier 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Rayer.

Du traitement adopté dans le service spécial des cholériques de M. Rayer, pendant le mois de décembre.

Depuis le commencement de décembre, tous les cholériques (hommes) reçus à l'hôpital de la Charité sont confiés aux soins de M. Rayer.

Le relevé succinct du mouvement de ce service, depuis un mois, ne manquera peut-être pas d'intérêt, au point de vue de la physionomie que présente l'épidémie depuis son début. Il pourra peut-être même apporter quelque enseignement utile pour la pratique.

D'ailleurs, les résultats dont nous avons été témoin, pendant ce mois, sont assez consolants pour qu'on aime à les faire connaître. Les uns applaudiront à l'efficacité d'une thérapeutique aussi sage qu'éclairée ; d'autres se féliciteront peut-être simplement que l'épidémie ait revêtu un caractère aussi bénin ; mais tous, sans doute, se rassureront sur la gravité du mal qui semble nous menacer.

Pendant la durée du mois de décembre, 55 malades atteints de symptômes attribués à la cause épidémique ont été reçus à la salle Saint-Michel.

Sans nous arrêter à la question de savoir si les innombrables *cholérines* qui règnent en temps de choléra sont un effet de l'épidémie, ou bien constituent une simple prédisposition à subir les atteintes véritables de la maladie, commençons par défalquer de ce nombre de 55, 8 cas de diarrhée simple, tels qu'on en peut voir en tout temps ; restent 47 cas de diarrhée compliquée de quelque symptôme cholérique spécial.

Eh bien ! disons-le tout de suite : sur ces 47 cas, de gravité variable, bien entendu, mais caractérisés par des phénomènes qu'on ne retrouve pas en temps ordinaire, il n'y a à regretter que 7 morts, dont une survenue quelques heures après l'entrée à l'hôpital ; soit donc 1 sur 7.

Arrivons immédiatement aux faits les plus importants : sur ces 47 cas, 5 seulement ont offert, pour cachet évident de leur gravité, une cyanose complète très-marquée ; et, sur ces 5 cas, 3 ont succombé.

Six autres, graves encore, ne témoignèrent de leur gravité que par une cyanose partielle et passagère ; sur ce nombre, 2 seulement ont succombé.

Enfin, 2 malades sont morts sans avoir offert la teinte cyanique ; donc, sur les 11 qui se sont cyanosés d'une façon générale ou partielle, 5 sont morts et 6 ont été guéris.

On pourrait s'arrêter là et dire : Tel est le bilan de l'épidémie : part égale de morts et de guérisons ; tout le reste est étranger au choléra ; car là où manque la mort ou la cyanose, manque aussi le cachet nécessaire de la maladie.

Une pareille appréciation serait inacceptable ; car, comment appellerait-on les autres cas si nombreux de diarrhée à flocons blancs, avec suppression d'urine, de diarrhée avec vomissement, de vomissement avec crampes et refroidissement, etc. ? Ces assemblages de symptômes n'ont qu'une place en nosologie, de même qu'ils ne reconnaissent qu'une cause, qui est identique et que nous appelons *choléra*.

On peut accepter, au contraire, que les cas de choléra où l'on ne trouve ni la cyanose ni la mort, sont des cas légers ; c'est assez juste, et de cette façon, il faut reconnaître que, sur nos 47 cas, nous en avons 36 auxquels manque le cachet de la gravité.

Cette donnée purement numérique suffit à une première conclusion : sur 47 cas, 11 seulement étaient graves ; soit 1 sur 4 et demi, ou bien la cause épidémique a frappé nos malades avec assez peu d'intensité, pour ne faire considérer comme graves qu'un quart environ des cas.

Il est donc possible de partager en quatre catégories, notre chiffre total de 55, de la manière suivante :

1° Morts	7
2° Cas graves, mais guéris	6
3° Cas bien caractérisés, mais légers	33
4° Cas mal caractérisés	9
Total	55

Toutefois, il faut noter que cette classification était loin d'être nette comme nous le supposons : ainsi, entre la première et la seconde catégorie, il n'y a eu le plus souvent aucune différence pendant la vie ; entre la seconde et la troisième, on pourrait discuter sur la place que doit occuper tel ou tel cas, puisqu'une cyanose légère ou passagère a servi de base à la distinction ; et même, entre la troisième et la quatrième, on trouverait 3 malades qui, avec une diarrhée abondante, ont offert des nausées qui avaient de l'analogie avec le vomissement. Quoi qu'il en soit, cette gradation insensible des symptômes offre encore ce point de vue plein d'encouragement, à savoir : qu'un cas de choléra étant donné, il faut se hâter de faire tous ses efforts pour l'empêcher de parvenir à un degré plus élevé de gravité, puisqu'il est possible à la maladie de parcourir ses périodes en conservant la forme la plus bénigne.

1° Sur les 7 cas de mort, deux fois seulement le début a été brusque ;

Quatre fois les symptômes graves ont été précédés de diarrhée prémonitoire, et une fois les renseignements ont manqué;

Six fois l'absence d'urine a été constatée, et une fois elle n'a pu l'être, le malade laissant aller sous lui;

Une fois seulement les crampes ont fait défaut, six fois elles ont été plus ou moins violentes;

Deux fois les vomissements ont manqué complétement.

Le nombre des pulsations, pendant la période algide, noté dans trois cas, a été 88, 108 et 112.

La durée totale de la maladie a été dans 1 cas, 1 jour; dans 2 cas, 6 jours; dans 2 cas, 8 jours; dans 1 cas, 16 jours.

En moyenne, par conséquent, 7 jours et demi.

Si l'on retranche de la durée totale de la maladie celle de la diarrhée prémonitoire et qu'on ne tienne compte que de celle du séjour à l'hôpital, on trouve 2 jours seulement pour durée moyenne.

L'âge moyen de ces 7 malades était 46 ans.

Cinq présentaient, dès leur arrivée, les symptômes les plus alarmants.

2° Sur les 6 cas de cyanose qui ont été guéris, 3 ont débuté brusquement, et 3 ont été précédés de plusieurs jours de diarrhée.

Dans tous les cas, les vomissements et les crampes ont accompagné la diarrhée, sinon au début, du moins dans la période grave.

Quatre fois les urines ont été supprimées, deux fois elles ont continué à être sécrétées à peu près comme à l'ordinaire.

Le nombre des pulsations, noté dans 4 cas, dans la période cyanique, a été 80, 86, 100, 120.

Constamment, la réaction a été annoncée par une diminution notable de la fréquence du pouls. Toutes les fois, par exemple, que le nombre des pulsations est tombé de moitié, ç'a été un fait du meilleur augure. Il ne s'est maintenu au-dessus du chiffre normal que dans les cas où quelque symptôme fâcheux a persisté et où la réaction ne s'est pas établie franchement.

Dans 1 cas, le pouls est tombé à 36 et même 32 pendant la convalescence. Était-il normalement aussi lent? C'est peu probable, car, au bout de quelques jours, il s'est élevé à 40 et 44.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital, qui doit être aussi à peu près celle de la maladie, à dater de l'apparition des symptômes graves, a été de 15 jours.

L'âge moyen de ces 6 malades était 27 ans.

Tous offraient, à leur arrivée, des symptômes fort graves, mais tous aussi étaient assez peu éloignés du début de ces symptômes.

Deux fois les vomissements et les crampes étaient survenus d'emblée avec la diarrhée. Quatre fois, au contraire, une diarrhée légère avait précédé de quelques jours.

3° Sur les 33 cas légers, la maladie s'est caractérisée :

Par des vomissements. . . . . 22 fois.
Par des crampes. 22
Par des matières décolorées. 14
Par la suppression des urines. 7

On voit, par ces chiffres mêmes, que la plupart des malades offraient à la fois plusieurs de ces symptômes réunis.

Quelques-uns ont offert des accès plus ou moins passagers de hoquet. Bien que ce soit là un phénomène plus particulier aux cas graves, il n'a pas cependant indiqué une complication sérieuse au point de vue du pronostic : aussi mérite-t-il d'être signalé chez un certain nombre des malades qui appartiennent à cette série.

C'est aussi sur cette série qu'il a été à peu près exclusivement permis de rechercher les qualités de l'urine, puisque, dans presque tous les cas graves, elles faisaient complétement défaut.

Une seule fois elle était alcaline, souvent elle était neutre; mais, règle générale, elle était acide.

L'albumine a manqué plus souvent qu'elle ne s'est rencontrée dans l'urine; quand elle y existait, c'était toujours en assez minime proportion.

Dans 12 cas seulement, le début a été brusque et la maladie sérieuse dès le premier jour.

Dans 29 cas, les accidents sérieux ne sont survenus qu'après plusieurs jours ou plusieurs semaines de diarrhée.

Dans 2 cas seulement, le début a été marqué par des vomissements; dans 1 cas, par des crampes, et dans 1 cas par de la courbature et de la céphalalgie.

La durée moyenne, calculée sur le séjour à l'hôpital, a été de 7 jours pour les 21 malades sortis.

L'analyse des 8 cas peu caractérisés, n'offre rien d'instructif, sinon que trois fois des nausées se sont jointes à la diarrhée, comme pour témoigner de la nature même de cette diarrhée et la différencier de celle de causes connues.

Il n'a pas été possible de noter, dans chaque cas, les qualités et les quantités des urines, soit parce qu'elles manquaient, soit parce qu'elles n'étaient pas exactement recueillies; il est seulement possible de dire, d'une manière générale, que leur suppression, plus ou moins complète, a toujours été en raison de la gravité des symptômes, puisque sur les 7 cas de mort, par exemple, elle a pu être notée dans 6 cas, et, sur les 6 cas graves caractérisés par de la cyanose, elle s'est montrée dans 4.

Il résulte de cette absence même des urines dans les cas graves, que leurs qualités n'ont pu être constatées que dans peu de circonstances. Presque toujours elles étaient alcalines : dans la majorité des cas, elles étaient limpides, sans dépôt et aussi sans albumine. Quand l'albumine a pu être constatée, elle s'est toujours trouvée en fort petite quantité et d'une manière passagère. Sa présence ne paraissait nullement aggraver le pronostic.

Deux fois, le microscope a dénoté la présence de *tubuli* dans ces urines albumineuses. Les *tubuli* ont été notés une troisième fois dans les urines qui laissaient déposer spontanément de l'acide urique en gros cristaux.

La densité des urines, examinées en général dans la période de réaction, alors que la soif est vive et les boissons prises en abondance, a varié entre 1/4 et 2, c'est-à-dire qu'en général elle est demeurée bien au-dessous du chiffre normal.

Dans un seul cas où les symptômes comateux semblaient annoncer une lésion grave des centres nerveux, l'urine a été alcaline avec nuage abondant de phosphate ammoniaco-magnésien. En même temps, elle donnait un précipité d'acide urique par l'acide nitrique. Ce précipité se dissolvait par la chaleur et se reformait par le refroidissement; elle marquait 4 et demi au pèse-urine, en raison de la quantité considérable d'urée qu'elle contenait. A quel état se trouvait, dans cette urine, l'acide urique mis en liberté par l'acide nitrique? Mais ce cas est de tout point exceptionnel.

La décoloration des matières fécales semble marcher de pair avec la suppression des urines, c'est-à-dire qu'elle coïncide avec les cas graves, et qu'elle manque dans bon nombre de cas légers.

Toujours ces matières ont donné une reaction alcaline, et c'est même en vertu de cette alcalinité, que dans bon nombre d'expériences la sérosité limpide qui s'en sépare n'a pas donné, par la chaleur, de coagulum d'albumine. Au contraire, presque toujours elle s'est troublée par l'ébullition, quand on a eu soin de la rendre acide, avant l'expérience par l'addition d'une goutte d'acide acétique.

Plus d'une fois, cette sérosité, au lieu de se présenter avec la blancheur opaline qui la caractérise dans presque tous les cas, offrait une coloration jaunâtre : le microscope y a même fait trouver quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien; mais il n'est pas douteux que ces anomalies ne soient la conséquence du mélange des urines avec les matières fécales dans le bassin où elles avaient été recueillies.

Quant à la portion solide qui se dépose au-dessous de cette sérosité, elle était tantôt gluante, floconneuse, très-épaisse et en beaucoup plus grande quantité que le liquide : c'était du mucus composé exclusivement de débris d'épithélium altéré; tantôt, au contraire, elle était en grumeaux détachés et flottants et très-inférieurs en quantité au liquide qui la contenait. Ou bien, enfin, c'était une sorte de bouillie homogène d'un gris cendré, offrant

tous les degrés de coloration gris verdâtre, depuis le gris le plus pâle jusqu'au vert le plus caractérisé.

Deux fois M. Davaine constata au microscope la présence de ces corps jaunes arrondis, qui ont été signalés comme propres aux matières cholériques. Deux fois aussi, il y trouva en abondance des monades à cils vibratiles.

Un caractère à peu près constant de l'émission des matières fécales, c'est que non-seulement elle n'est pas douloureuse, mais encore elle se fait à l'insu des malades. L'un d'eux racontait même qu'il fut réveillé au milieu de la nuit par la sensation que lui firent éprouver ces matières répandues dans son lit, et tel fut le début de sa maladie.

Bon nombre cependant des diarrhées, sans complication grave, se sont accompagnées de coliques avec épreintes et borborygmes.

On n'a jamais pu trouver aux vomissements aucun caractère bien déterminé, car leur nature et leur aspect varient avec les boissons ingérées à chaque instant. Il y avait même beaucoup de malades qui ne vomissaient qu'après avoir avalé une boisson quelconque. Dans tous ces cas, on retrouvait dans les vomissements ces mêmes boissons plus ou moins altérées, et colorées ordinairement en vert plus ou moins foncé, par une quantité variable de bile. On les a constamment trouvés acides.

Une fois M. Davaine y a constaté une assez grande quantité de sarcine, et presque toujours de petits corps noirs complétement opaques, qu'il n'a pas tardé à reconnaître pour la matière colorante du vin qu'on avait fait prendre aux malades.

Rarement les vomissements se sont prolongés pendant longtemps. Dans deux cas cependant, ils ont persisté pendant plusieurs jours, et, malgré leur caractère alarmant d'opiniâtreté, ils n'ont pas empêché la guérison d'avoir lieu (n°s 31 et 37).

Rarement la langue était saburrale au début : alors elle était ordinairement sèche et froide dans les cas graves. Plus tard elle se couvrait de dépôt blanc, jaune ou même fuligineux, et cela même dans les cas légers.

Les symptômes cérébraux ont toujours été en proportion de la congestion abdominale et de la gravité de la maladie. Toutes les fois que la mort a eu lieu, elle a été précédée d'une assez longue période de coma. Cependant, des alternatives de coma et de délire avec agitation se sont rencontrées chez un malade qui a guéri : et, dans beaucoup de cas graves, le coma, joint à des vomissements opiniâtres, a été suivi cependant de guérison.

On a pu noter que la suppression des urines coïncidait principalement avec ces symptômes encéphaliques.

A des indications aussi uniformes, M. Rayer oppose un traitement qui varie bien peu aussi.

La diarrhée est presque constante : l'opium, qui est l'agent propre à la combattre le plus efficacement, forme donc aussi presque toujours la base du traitement.

Le vomissement, qui vient après, pour la fréquence, est apaisé par le même moyen : on y ajoute l'eau de seltz et la glace; s'il persiste, on applique 3 ou 4 ventouses scarifiées à l'épigastre, ou bien un large vésicatoire.

L'algidité, qui marque dès le début de tous les cas un peu sérieux, cède aux sinapismes promenés sur toute la surface du corps et aux boissons aromatiques. Si le reflux du sang vers les viscères et le défaut de circulation sont très-marqués, on enlève 3 ou 4 onces de sang par des ventouses scarifiées appliquées au creux de l'estomac. Le thé, donné assez copieusement ou bien quelques tasses de café, et avec cela 5 ou 6 onces de vin de Bagnols, viennent en aide à ce moyen.

En général, on n'épargne pas les boissons aqueuses; on tâche de faire boire plusieurs litres, soit de thé, soit de tisane de gomme, afin de suppléer à l'énorme déperdition qui s'opère par l'intestin.

Rarement on condamne les malades à la diète absolue. A moins que les vomissements ne rejettent tout ce qui arrive à l'estomac, on accorde toujours quelques cuillerées de bouillon.

Toutefois, l'alimentation doit être ménagée avec une prudence extrême pendant la convalescence, car la diarrhée, une fois arrêtée, tend toujours à revenir, et la moindre imprudence donne lieu à de fâcheuses récidives.

Tel est donc l'ordre du traitement : 1° quand un malade arrive avec de la cyanose, du refroidissement, des vomissements et un flux intestinal abondant, on commence par le réchauffer à l'intérieur par des boissons vineuses et aromatiques, et à l'extérieur par des sinapismes et des boules d'eau chaude. En même temps, on prescrit une potion gommeuse contenant 15 ou 20 gouttes de laudanum, à prendre immédiatement.

Il est bien rare, même dans les cas fâcheux, que ces premiers soins ne ramènent pas la chaleur avec de la transpiration, et n'arrêtent pas, plus ou moins complétement, les vomissements et la diarrhée.

Le lendemain, si les mêmes symptômes ont persisté, on applique 4 ventouses au creux de l'estomac et des sinapismes sur le ventre. On fait avaler des fragments de glace et de l'eau de seltz; on continue l'usage du thé, et l'on fait prendre, en une seule dose, une nouvelle potion laudanisée. On prescrit en outre conditionnellement une seconde potion pareille, à prendre par cuillerées dans le courant de la journée.

Si, malgré la cessation des vomissements et des selles, on trouve que la réaction ne s'établit pas franchement, que la peau se couvre d'une moiteur fraîche et poisseuse, on plonge pendant une demi-heure les malades dans un bain tiède : ordinairement ce bain rétablit les fonctions de la peau et ramène la circulation capillaire périphérique.

2° Quand le malade se présente avec une diarrhée plus ou moins abondante, accompagnée de quelques vomissements et de crampes, sans refroidissement et sans cyanose, il suffit en général des sinapismes, du thé, du vin et du laudanum, pour faire tout rentrer dans l'ordre. Le plus grand nombre de ceux qui se sont présentés dans cet état et qui ont reçu ces soins, dans le courant de la journée, n'ont plus accusé le lendemain que de la fatigue : tout le reste avait complétement disparu.

Cependant, la diarrhée est toujours imminente, et dans tous les cas on continue la potion au laudanum pendant plusieurs jours après qu'elle a cessé.

Le cas qui met le plus en évidence l'efficacité du laudanum contre la diarrhée cholérique, est précisément celui où elle ne s'accompagne d'aucun trouble sérieux des fonctions essentielles. La potion à 15 gouttes, administrée en une seule dose, l'arrête, en général, sur-le-champ; et, si on la continue ensuite par doses fractionnées, il n'est pas rare de voir les selles disparaître complétement pendant 2, 3 ou 4 jours. C'est ce qui fait dire à M. Rayer, quand une diarrhée persiste ou revient de temps en temps dans la convalescence : Il faut que nous constipions ce malade; et toujours cet effet est produit par ce médicament continué pendant 2 ou 3 jours.

Il y a eu de ces diarrhées qu'on ne conjurait qu'à force d'opium et qui reparaissaient aussitôt qu'on cessait de leur opposer ce remède; il a fallu, dans ces cas, continuer la potion laudanisée pendant 10, 12 et 15 jours, bien que la diarrhée fût calmée en apparence.

Le fait constant, dans l'administration de l'opium contre la diarrhée cholérique, c'est qu'une dose assez élevée (15 gouttes de laudanum) donnée en une fois, a coupé instantanément le flux intestinal, et que des doses fractionnnées, continuées ensuite, ont été nécessaires pour rendre cet effet durable.

La diminution, constante également, des pulsations artérielles dans la convalescence, a-t-elle été l'effet de l'opium, ou bien un fait propre à la maladie elle-même?

A cet ensemble de moyens ordinaires, il faut joindre quelques accessoires réclamés par certains cas particuliers. Ainsi, pour les coliques, on a prescrit des cataplasmes sur le ventre et des lavements d'eau de guimauve; dans un cas de rétention d'urine, il a fallu pratiquer le cathétérisme; à la suite de vomissements prolongés, on a continué plusieurs jours une potion gommeuse simple; dans un cas de délire avec agitation, on a supprimé l'opium, insistant davantage sur les révulsifs à la peau, puis on en est venu au musc, dont l'effet a été extrêmement salutaire; dans

le cas de ralentissement extrême du pouls, on a fait mettre des boules d'eau chaude autour des membres, et l'on a prescrit l'usage du café.

Aux choses qu'il faut faire, il convient d'ajouter celles qu'il faut éviter. Un malade, arrivé avec des symptômes peu alarmants, entrait au bout de trois jours en convalescence, quand on amène près de lui un cholérique en proie à l'agonie et qui succomba en quelques heures; le lendemain, ce malade est pris de vomissements, de cyanose et de coma : il succombe dans la journée. Évidemment, l'impression de frayeur n'a pas été étrangère à un changement si rapidement fatal.

La terreur imprimée aux malades, soit par leur état, soit par celui des autres, les impressionne vivement; il faut éloigner, avec le plus grand soin, tout ce qui peut exciter une émotion fâcheuse.

Un autre malade, dont l'état n'offrait rien d'inquiétant, persiste à se lever, pour aller à la garde-robe, dans un cabinet éloigné de son lit; il est pris, au bout de quatre jours, de refroidissement, de cyanose et de vomissements qui le font succomber rapidement. Peut-on douter que le froid et le mouvement n'aient amené ce résultat inattendu?

Pendant la convalescence, on a vu plusieurs malades repris tout à coup de diarrhée, pour avoir passé deux ou trois heures dans la cour, par un temps froid; d'autres, pour avoir mangé des légumes peu faciles a digérer; d'autres, enfin, pour avoir trop tôt réclamé l'augmentation de leurs aliments. C'est donc surtout dans la convalescence qu'il faut éviter, avec le soin le plus minutieux, les moindres écarts de régime.

Or, tel est le régime auquel M. Rayer tient essentiellement à soumettre tous ses malades : s'en tenir aux bouillons et à de simples potages, tant que la diarrhée persiste, même lorsqu'une seule selle liquide reviendrait dans le courant d'une journée; réparer l'assaut subi par l'économie, au moyen de 2 ou 300 grammes de vin de Bordeaux, dès le début de la convalescence; commencer par donner des aliments à la fois faciles à digérer et très-nourrissants, sous un petit volume, tels que de la volaille rôtie; n'augmenter que très-lentement la dose des aliments, même quand toute trace de diarrhée a disparu; éviter les légumes féculents et la viande bouillie; éviter soigneusement le froid et garder un repos complet. C. M.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Abcès par congestion, guéri par l'injection iodée,

Par le Dr Notta, *chirurgien de l'hôpital de Lisieux, ancien interne des hôpitaux de Paris,* etc.

Quelle que soit la façon dont on interprète le fait suivant, recueilli par d'anciens internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, il restera comme l'un des faits les plus intéressants qui puissent éclairer une des plus importantes questions de thérapeutique, soulevées dans ces derniers temps, à savoir : celle du traitement par l'iode des lésions osseuses profondes; car de même qu'à MM. Notta et Quesnel, il ne nous semble guère possible de douter de l'existence d'une lésion osseuse chez le malade, sujet de cette observation. Toutefois, même au point de vue de la certitude du diagnostic, il est peut-être à regretter que M. Notta, qui est au nombre des hommes, malheureusement en trop petit nombre, qui se tiennent au courant des progrès de la science, il est peut-être à regretter que M. Notta n'ait pas cherché, dans les caractères microscopiques du pus, des signes qui auraient pu dissiper toute incertitude.

Mais il est une question que nous ne manquons jamais de soulever, toutes les fois qu'il se produit un fait analogue à celui dont on va lire la relation : est-ce uniquement ou principalement à l'action locale de l'injection iodée qu'on doit attribuer ces heureux résultats observés? Est-ce au contraire à l'action générale, résultant de l'absorption de l'iode? Ces questions, nous le répétons, sont de la plus grande importance pour les praticiens, et cela pour plusieurs raisons.

En premier lieu, parce que les injections iodées ne sont pas toujours exemptes de dangers, et que même dans les cas où elles produisent un aussi beau résultat que chez le malade de M. Notta, elles déterminent des symptômes généraux sérieux; en second lieu, parce que la profondeur et la disposition des lésions les rendent quelquefois inapplicables; parce qu'elles sont moins que les médications générales, à la portée de tous les praticiens; enfin, parce qu'on ne peut les mettre en usage que lorsque le pus s'est formé et s'est déjà ouvert une issue au dehors, époque à laquelle la maladie est toujours beaucoup plus difficile à guérir, qu'avant l'ouverture de l'abcès.

Nous aurions donc désiré que le jeune et habile chirurgien de Lisieux, à l'exemple de M. Bonnet (de Lyon), s'assurât de la présence ou de l'absence de l'iode dans les urines, qu'en cas d'existence de l'iode dans ce liquide, il en étudiât bien les conditions, ce qui l'aurait probablement conduit à employer à l'intérieur une des préparations d'iodure de fer imaginées par M. Gille, et qui, administrées seules, ont produit dans les mains de M. Déclat de Neboud, un succès non moins remarquable que celui obtenu par M. Notta. Quoi qu'il en soit, répétons en terminant que l'observation que nous adresse notre honorable correspondant est digne de la plus sérieuse attention des praticiens.

Doisnard (Désiré), âgé de vingt ans, domestique, s'est toujours bien porté dans son enfance. En 1849, à l'âge de dix-sept ans, il eut le choléra. La convalescence fut longue, et il eut à la suite un dévoiement opiniâtre, qui persista pendant plusieurs mois, malgré une médication active. Au commencement de 1850, il ressentit pour la première fois des douleurs dans les reins, douleurs qui augmentaient par la marche, ou lorsque le malade soulevait un fardeau. Il continuait néanmoins à se livrer à l'exercice de sa profession. Au commencement de 1851, il remarqua dans le bas-ventre, au-dessus de l'aine droite, l'existence d'une tumeur grosse comme la moitié du poing. Cette tumeur augmenta insensiblement de volume, puis, vers le milieu de l'année, une nouvelle tumeur apparut à la partie supérieure de la cuisse droite, au-dessous du ligament de Fallope. Les douleurs de reins persistaient toujours; néanmoins le malade pouvait encore faire de longues courses et même suivre son maître à la chasse; mais il éprouvait beaucoup de fatigue. Le reste de l'année se passa ainsi sans traitement; au commencement de février 1852, il fut obligé de cesser son travail.

Au 20 février 1852, le malade était dans l'état suivant : sujet bien développé; poitrine large; constitution en apparence robuste; pas d'engorgements ganglionnaires au cou. Le malade étant dans le décubitus dorsal, le ventre paraît plus gros qu'à l'état normal. Depuis plusieurs mois, le malade s'est aperçu de cette augmentation de volume, qui l'a obligé de faire élargir ses pantalons. Au palper on constate, dans la moitié droite de l'abdomen, une énorme tumeur ovoïde remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; en bas, elle s'étend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du ligament de Fallope, qui la divise en deux parties, l'une supérieure ou abdominale, qui est plus volumineuse, l'autre, inférieure ou fémorale, beaucoup moins considérable, limitée à la partie supérieure de la cuisse au-devant des vaisseaux fémoraux. Cette tumeur est fluctuante, et on sent très-manifestement le liquide passer de la portion abdominale dans la portion fémorale de la tumeur, et réciproquement. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, pas de douleur à la

pression. La percussion permet de limiter très-exactement la tumeur, qui est mate, de constater qu'entre elle et le foie il y a un intervalle sonore, et que les intestins sont refoulés dans la moitié gauche de l'abdomen. La colonne vertébrale ne présente aucune déviation ni aucune saillie. Les seconde, troisième et quatrième vertèbres lombaires sont très-douloureuses à la pression. Dès que le malade veut faire un mouvement, il ressent dans le même point de vives douleurs; pas de faiblesse ni de fourmillements dans les jambes : la sensibilité y est intacte; l'appétit est bon, les selles naturelles; il y a seulement un peu de constipation. La poitrine est saine à l'auscultation et à la percussion; pas de frissons; il dort bien.

Mon excellent confrère et ami le docteur Quesnel et moi, nous pratiquâmes une ponction à la partie la plus inférieure de la tumeur, au-dessous de l'arcade crurale. La ponction fut faite avec un trois-quarts de moyenne grosseur, muni d'un robinet, et toutes les précautions furent prises pour empêcher l'introduction de l'air. Il sortit environ quatre litres d'un pus épais, bien lié, inodore; la tumeur de l'abdomen se vida complétement. Un morceau de diachylum fut appliqué sur l'ouverture du trois-quarts; et une compression méthodique fut appliquée sur l'abdomen. Les jours suivants, le malade était très-bien : apyrexie complète, pas de douleurs dans le ventre.

1er *mars*. La tumeur s'est reproduite un peu moins volumineuse que lors de la première ponction. Mais la peau s'amincit au voisinage de la crête iliaque. Nous faisons une seconde ponction : deux litres d'un pus bien lié, mais un peu plus séreux, s'écoulent. Nous injectons 300 grammes d'un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode, avec quelques grammes d'iodure de potassium, pour prévenir la précipitation de l'iode. L'injection ne fait éprouver aucune douleur au malade. Après cinq minutes de séjour, on ouvre le robinet du trois-quarts; la plus grande partie de l'injection est expulsée; il en reste environ 50 grammes dans le foyer de l'abcès.

Une fièvre intense se manifeste dès le lendemain et persiste les jours suivants. Le malade perd l'appétit.

Le 5, l'ouverture faite par le trois-quarts s'ouvre et laisse écouler un liquide séro-purulent, mélangé de teinture d'iode. Fièvre intense. Diète.

Le 15, la peau amincie au niveau de la crête iliaque s'est sphacélée dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. L'ouverture qui en résulte donne au pus une libre issue; le pus devient fétide; la tumeur de l'abdomen a considérablement diminué, cependant on la sent très-bien à travers les parois abdominales. Une sonde élastique est introduite par l'ouverture du trois-quarts; on la fait pénétrer jusqu'à une profondeur de 15 centimètres, dans la direction des vertèbres lombaires. Nous pratiquons alors une injection avec 100 grammes du mélange indiqué. Le liquide revient aussitôt par les ouvertures qui existent; mais, à l'aide de la sonde, nous sommes certains qu'il pénètre dans la profondeur du foyer.

Le lendemain et les jours suivants, la fièvre persiste, mais n'augmente pas.

Le 25, la fièvre commence à diminuer un peu. Les parois de l'abcès sont tellement revenues sur elles-mêmes, qu'on ne peut injecter dans sa cavité qu'une petite quantité de liquide, et d'ailleurs il revient immédiatement par l'ouverture qui s'est produite au niveau de la crête iliaque.

A partir de ce jour, le malade fait lui-même tous les deux jours, avec une petite seringue en verre, une injection avec la solution iodée. La fièvre diminue d'intensité. Régime tonique.

Au bout de six semaines, il ne fait plus ses injections que toutes les huit jours, et cela pendant trois mois; en même temps, le malade était nourri exclusivement de viandes grillées et rôties, buvait du vin et de la bière, et se trouvait dans d'excellentes conditions hygiéniques.

Au mois d'octobre, après un séjour de huit mois au lit, le malade commença à se lever : il avait alors deux orifices fistuleux qui suppuraient abondamment. Il continua à faire, pendant quatre mois, des injections iodées tous les quinze jours.

Au mois de janvier 1853, la quantité de pus sécrétée chaque jour était d'un verre environ; en mars, elle n'était plus que d'une cuillerée à bouche. Le malade faisait tous les mois une injection iodée; la suppuration augmentait pendant les huit jours qui suivaient l'injection; puis elle diminuait très-sensiblement après. Enfin, au mois de septembre, elle cessa tout à fait, et les trajets fistuleux se fermèrent; depuis lors, ils ne se sont pas ouverts, et aujourd'hui, 2 janvier 1854, le malade est dans l'état suivant : le ventre est souple et ne présente aucune trace de la tumeur qui existait précédemment au niveau de la crête iliaque; il y a deux cicatrices violacées, anfractueuses, déprimées; il n'y a aucune déformation de la colonne vertébrale; la pression, sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, ne détermine aucune douleur, mais le malade éprouve encore un peu de faiblesse dans les reins, s'il veut soulever un fardeau pesant; du reste, l'état général est des plus satisfaisants.

Cette observation est un bel exemple d'abcès par congestion guéri par l'injection iodée, et comme tel il m'a semblé offrir de l'intérêt. Je ne pense pas que l'on puisse contester l'existence de l'abcès par congestion, et par conséquent d'une lésion des vertèbres.

La faiblesse dans les reins, la douleur que le malade y ressentait au moindre mouvement, à la moindre secousse imprimée au tronc, la douleur développée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres, la présence d'un abcès froid dans l'abdomen, peu de temps après l'apparition des premières douleurs lombaires, la marche progressive de cet abcès, coïncidant avec les progrès de l'affection des reins, tout vient confirmer le diagnostic que M. Quesnel et moi avons porté sur ce malade. Quant à la lésion des vertèbres, elle n'a dû intéresser qu'une étendue peu considérable du corps des vertèbres, et être superficielle; car il n'en est résulté aucune déformation apparente. Maintenant, était-ce une carie ou un tubercule?

Malgré l'absence de tubercules dans les poumons, je pencherais volontiers pour l'existence d'un tubercule dans le corps des vertèbres, à cause de la fréquence de cette maladie, en dehors de toute complication du côté du poumon.

Quelle que soit d'ailleurs la lésion osseuse, le point important et capital, c'est la guérison, guérison qui doit être attribuée tout entière aux injections iodées, aidées, il est vrai, d'un régime extrêmement tonique.

Aucune autre médication n'ayant été employée, on peut apprécier sa valeur. Le cas était des moins favorables, je ne dirai pas au début, mais au bout d'un mois : la peau, sphacélée, avait ouvert alors au foyer une large communication avec l'air extérieur; le sujet était en proie à une fièvre violente. Or, tous les malades atteints d'abcès par congestion largement ouverts et non traités par l'injection iodée, que j'ai observés, et j'en possède actuellement dix observations, tous, sans exception, ont succombé.

Il est donc bien évident que c'est aux injections iodées qu'il faut attribuer cet heureux résultat. On peut se demander si aucune récidive n'est à craindre. Le temps seul l'apprendra. Cependant, si on considère que chaque jour le malade reprend des forces; que, depuis quatre mois, les fistules ne se sont pas rouvertes; que les douleurs de reins ont disparu, nous avons tout lieu de regarder la guérison comme définitive, surtout si les bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade ne changent pas.

De la possibilité de contracter deux ou plusieurs chancres indurés à plusieurs années d'intervalle.

L'article publié dans notre n° du 20 décembre dernier, et dans lequel M. Follin démontrait, par un fait incontestable, qu'un même individu peut avoir deux chancres indurés à trois ans d'intervalle, cet article a été, de la part de M. Ricord, l'objet d'une réponse que ce savant syphi-

liographe a cru devoir adresser à *l'Union Médicale;* ce journal ayant appliqué loyalement dans cette circonstance les principes d'impartialité scientifique que nous avons depuis longtemps proclamés et toujours mis en pratique, nous n'avons aucune observation à faire, touchant la voie que l'habile chirurgien du Midi a cru devoir faire suivre à sa réfutation. Pour nous conformer à nos habitudes, nous n'avons qu'à mettre sous les yeux de nos lecteurs, et la réfutation répétée de M. Ricord, et les répliques de M. Follin. Nos lecteurs trouveront ainsi dans notre journal toutes les pièces du débat.

Première lettre de M. Ricord.

A monsieur le docteur AMÉDÉE LATOUR, *rédacteur en chef de l'Union médicale.*

Mon cher ami,

Que pensez-vous de l'observation que vous avez dû lire dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 22 décembre, ayant pour titre : *Deux chancres indurés, à trois ans d'intervalle, chez le même individu*, et que dites-vous du ton d'autorité avec lequel elle est présentée par notre jeune confrère M. Follin, après quinze jours de service à l'hôpital du Midi ?

Avez-vous bien vu, dans cette observation, l'amour de la science, la recherche froide et impartiale de la vérité et le véritable désir d'instituer de saines doctrines ?

N'est-il pas malheureux, dans des questions aussi graves que celles-là, d'être toujours obligé de ne voir que des questions personnelles auxquelles je ne devrais peut-être pas prendre la peine de répondre s'il ne s'agissait de rétablir la vérité?

Les personnes qui ne connaîtraient pas les doctrines que je professe, et qui sont le résultat de 23 ans d'études et d'expériences à l'hôpital du Midi, croiraient, en entendant M. le docteur Follin s'escrimer contre l'*unicité* de la diathèse syphilitique, que j'ai soutenu qu'on ne devait avoir, *absolument et fatalement*, la syphilis constitutionnelle qu'une fois. Si M. Follin, qui apprend beaucoup de choses, sans doute, s'était donné la peine de mieux savoir ce que je dis, il aurait vu, qu'en établissant une règle générale, *très-générale*, je n'avais pas pu prétendre que cette règle n'eût pas d'exceptions. J'ai comparé la syphilis constitutionnelle à la variole et au vaccin. Or, on peut avoir deux fois la variole ou être revacciné, sans que cela détruise la règle générale qui veut qu'une première variole mette à l'abri d'une seconde, et que l'influence préservatrice du vaccin soit ordinairement persistante.

Ce que j'ai dit et ce que je soutiens, et ce que M. Follin apprendra un jour, je l'espère, en vieillissant un peu, c'est qu'on a bien moins souvent deux chancres indurés que deux fois la variole, ou que l'aptitude à être deux fois vacciné.

Permettez-moi, mon bon ami, de vous reproduire une note que j'ai communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine* (1846), et que vous retrouverez dans cet ouvrage si remarquable, et dans la thèse de mon neveu, M. le docteur J. Nitard-Ricord (1). Voici cette note :

« La diathèse syphilitique, une fois établie, ne disparaît jamais; elle de-
« vient un nouveau tempérament : les médications spécifiques font dispa-
« raître les manifestations, mais ne détruisent point la diathèse, qui est
« d'ailleurs parfaitement compatible avec l'état de santé, soit pendant les
« intervalles quelquefois très-longs (dix, vingt, trente ans), qui séparent les
« différentes manifestations, soit pendant la vie du sujet, lorsque les pre-
« miers accidents constitutionnels restent uniques. Il se produit ici un phé-
« nomène analogue à celui qu'on observe dans la variole et la vaccine.

« Lorsqu'une diathèse existe, il ne s'en produit pas une seconde. On
« n'entasse point vérole sur vérole, comme le pensent le peuple et les mé-
« decins qui partagent ses préjugés. C'est assez et déjà trop d'une.

« Mais cette loi de l'unité de la diathèse syphilitique si logique, si en rap-
« port avec ce que nous connaissons des autres diathèses, est-elle absolue?
« Probablement, non. On doit trouver pour la syphilis, quoique bien plus
« rarement, ce qu'on trouve pour la variole et pour la vaccine; la dispo-
« sition acquise peut *s'atténuer* et finir par s'éteindre. Dans le premier cas
« une nouvelle infection générale, devenue possible, produira des accidents
« constitutionnels modifiés, ce qui expliquerait les *affections syphiloïdes*,
« qu'ont admises quelques auteurs, et qui seraient à la syphilis ce que la
« varioloïde est à la variole. *Dans le second cas, une infection nouvelle*
« *donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à formes et*
« *à succession régulières.*

« L'inaptitude de quelques sujets privilégiés à subir l'infection, la règle
« générale qui veut qu'une fois la diathèse syphilitique établie, elle ne
« puisse pas se doubler, l'action des agents thérapeutiques qui ne sem-
« blent agir que sur les manifestations, sans détruire la disposition acquise
« ou nouveau tempérament, établissent des analogies si grandes entre la
« syphilis, la variole et la vaccine, qu'il n'est peut-être pas déraisonnable
« de prévoir qu'un jour on trouvera une analogie de plus, une vaccination
« syphilitique, si je puis m'exprimer ainsi. »

Oui, mon cher ami, si l'on trouve des observations bien rigoureuses, incontestables, de répétitions sur le même individu, de chancres indurés, elles n'en constitueront pas moins une exception très-rare. Pour ma part, je n'en ai pas encore rencontré de nature à ne laisser aucun doute dans l'esprit; et sur un relevé de 1,200 observations de chancres indurés, suivis de syphilis constitutionnelle, recueillies par notre collègue et ami, M. Puche, qui a bien voulu me signaler ce résultat aujourd'hui même, il ne s'est présenté que l'observation que M. Follin paraît avoir été si heureux de trouver contraire à mes doctrines, et un autre cas qui laisse encore beaucoup à désirer.

Vous l'entendez bien, 1,200 observations prises *ab ovo*, et suivies par M. Puche lui-même, n'ont donné que le cas dont il vient d'être question.

Veuillez bien croire, mon cher ami, quoique cela puisse contrarier les gens qui sont décidés à dire *blanc* quand je dirai *noir*, et *vice versâ*, que je ne veux nullement repousser les exceptions qui viennent confirmer une règle si bien établie. Loin de là, tous ceux qui, depuis vingt ans, suivent mes leçons à l'hôpital du Midi, m'ont vu chercher constamment des cas exceptionnels que je désire, car ce serait une des preuves les plus certaines *qu'on peut définitivement se débarrasser de l'infection syphilitique et de la disposition générale qu'elle imprime, avec tant de ténacité, à l'économie.* M. Puche qui, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, professe les mêmes idées que moi, a cherché pour trouver, et vous voyez jusqu'à présent à quoi ont abouti ses recherches : à ..... un seul cas !

Je comprends que, dans cette pénurie, M. Follin craigne qu'on ne touche à cette observation qui est pour lui l'arche sainte, et qu'il m'impose le diagnostic de mon confrère, dont personne plus que moi ne reconnaît la bonne foi et le savoir. Mais, lorsque M. Follin aura un peu plus vu de syphilitiques, il trouvera peut-être qu'il y a, dans l'observation de notre très-honorable collègue, quelques points sujets à contestation, tels que *la forme assignée au chancre, le gonflement énorme de la verge, nécessitant l'emploi des émollients, l'adénopathie mono-ganglionnaire*, qui constituent autant d'exceptions pour le chancre induré, ainsi qu'on peut le voir sur le même malade, en comparant la première observation à la seconde, qui, cette fois, est bien l'histoire d'un chancre induré, avec ses accessoires et ses conséquences.

Toutefois, que M. Follin ne se décourage pas; qu'il continue ses recherches contradictoires : il trouvera probablement de nouveaux faits exceptionnels mieux établis, que j'accepterai avec grand plaisir. Si je parviens moi-même à en trouver avant lui, je me ferai un devoir de les faire connaître au monde scientifique, pour que nous puissions savoir dans quelle proportion se rencontrent les exceptions à la règle générale.

Cherchons, — et en attendant, mon cher confrère, veuillez toujours me croire aussi dévoué au travail qu'à mes vrais amis.

RICORD.

(1) Thèse ayant pour titre : *Peut-on avoir plusieurs fois la vérole constitutionnelle?* — Faculté de Paris, 25 mars 1848.

Première réplique de M. Follin.

A M. le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de l'Union Médicale.*

Paris, 29 décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez ouvert ce matin vos colonnes à une lettre de M. Ricord; je compte sur votre impartialité pour insérer ma réponse.

J'ai publié, dans un but purement scientifique, un fait que M. Ricord a trouvé contraire à sa doctrine et auquel il a répondu par des personnalités. Trouvant plus facile sans doute d'incriminer l'observateur que de réfuter l'observation, il a opposé à ma trop grande jeunesse ses vingt-trois ans de séjour à l'hôpital du Midi, sans s'apercevoir que son argumentation passait, sans m'atteindre, au-dessus de ma tête, et allait frapper en pleine poitrine notre collègue commun, M. Puche. J'ai observé un malade atteint de chancre induré et de syphilis constitutionnelle; M. Ricord n'a pas contesté ce diagnostic; ce qu'il conteste, c'est le diagnostic porté, il y a trois ans, par M. Puche, qui avait alors vu et bien vu, un premier chancre induré sur le même individu.

M. Ricord m'accuse de parler, sans égard pour l'autorité des anciens, et il ne s'aperçoit pas que je n'ai fait, au contraire, que me soumettre à cette autorité, en acceptant pour vraie l'assertion d'un homme qui a, comme lui, consacré une longue carrière à l'étude de la syphilis. Si j'avais, dit-il, *un peu plus vu de syphilitiques,* j'aurais saisi les points contestables de l'observation de M. Puche; cela revient à dire que M. Puche lui-même n'a pas assez vu de syphilitiques. Malgré cet aveu peu flatteur pour un collègue, M. Ricord ne refuse pas de s'étayer sur 1,200 observations recueillies par M. Puche. M. Ricord devrait, cependant, nous dire combien il faut recueillir d'observations, avant d'avoir vu un *nombre suffisant* de syphilitiques.

Mon susceptible collègue se console ensuite du fait que j'ai publié, en le considérant comme une exception qui n'infirme pas sa doctrine. Cette exception, dit-il, il la cherche depuis vingt ans, il annonce que s'il parvient, de son côté, à en trouver une, il se fera un devoir de la *faire connaître au monde scientifique.* Comment peut-il donc me faire un crime d'avoir agi comme il l'aurait fait à ma place, en croyant accomplir un devoir?

M. Ricord s'étonne, il s'indigne presque en voyant que je me suis permis de publier une exception à sa *loi* après avoir passé seulement quinze jours à l'hôpital du Midi. Je ne relèverais pas ce triste argument s'il n'était pas sans intérêt de constater que, même sans vieillir un peu, il suffit de chercher attentivement pendant quinze jours pour trouver une exception que M. Ricord a vainement cherchée pendant vingt-trois ans, et qu'il retrouvera lui-même, je l'espère, pour peu qu'il vieillisse encore.

Permettez-moi de vous dire en terminant, monsieur le rédacteur, combien je regrette d'avoir été involontairement entraîné dans une polémique qu'on s'est efforcé de rendre personnelle, presque injurieuse. Je ne répondrai donc pas à ce qu'il y a de dédaigneux dans le style de M. Ricord : la véritable science ne descend pas sur un semblable terrain.

Veuillez bien, monsieur le rédacteur, agréer la nouvelle assurance de mon sincère dévoûment.

E. Follin, *chirurgien du bureau central, professeur agrégé à la Faculté.*

Réflexions de M. Ricord sur la précédente réplique.

A M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Les habitudes scientifiques de toute ma vie protestent contre le caractère que M. Follin a cherché à donner à ma lettre. Je laisse les armes dont il parle à ceux qui n'en ont pas d'autres.

Quant au fond du débat, vous avez donné un bon exemple, qu'il serait désirable de voir imiter partout : vous avez mis sous les yeux de vos lecteurs l'article de M. Follin qui précédait ma réponse; le public peut donc juger pièces en mains. Je n'ai rien à modifier ou à rétracter dans ce que je vous ai écrit. On me prêtait des doctrines que je ne professe pas, j'ai dû protester, je l'ai fait. Quant à mon honorable et savant confrère, M. Puche, que l'on a fait intervenir dans ce débat, je crois devoir vous dire qu'avant de vous l'adresser, je lui ai communiqué ma lettre, et que, forme et fond, mon honorable ami a tout accepté. Autant que moi, plus que moi, peut-être, M. Puche persiste à croire que le fait rapporté par M. Follin, est un fait unique au milieu d'un relevé de plus de 1,200 observations. Si, dans de telles conditions, je n'ai pas le droit de dire que c'est là une exception *très-rare,* à une règle *très-générale,* c'est que je n'entends plus rien à la logique des sciences. Ricord.

Deuxième réplique de M. Follin.

A M. le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Un dernier mot de réponse et je termine ce débat. La première lettre de M. Ricord était loin d'être aussi claire qu'elle pouvait être précieuse pour *la logique des sciences;* mais la dernière est conçue en termes très-positifs : c'est une exception, c'est un fait unique, dit-on, que j'ai constaté. Enregistrons cet aveu, dont tous les syphiliographes se souviendront, et tenons désormais pour incontesté ce fait dont des recherches ultérieures montreront la fréquence. Mais ne pensez-vous pas, comme moi, que d'aveux en aveux, il ne restera plus grand'chose de doctrines qui ont fait grand bruit? Hier encore, à la Société de chirurgie, personne n'élevait la voix pour soutenir cette autre loi : *le virus syphilitique est fatalement inoculable,* et elle tombait sous les relevés ingénieux faits par vous dans les registres de Saint-Lazare et sous l'argumentation si serrée de notre collègue et ami Broca.

Je me plais à constater en terminant, que le style de M. Ricord a repris, dans sa dernière lettre, des allures convenables, et je n'ai plus rien à ajouter désormais.

Tout à vous, etc. E. Follin.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin* (*par quartier*) *de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et les nos 1 et 2 du tome 2.*)

Aliments et nutriments de la fibrine. — La fibrine est une substance qui forme le caillot du sang, et qui, emprisonnée dans une trame légère de tissu gélatinifère, forme la presque totalité de la viande, de la chair musculaire; dans ce dernier cas, elle a quelques propriétés particulières. Liébig lui a donné le nom de musculine.

C'est surtout à cause d'elle qu'on a donné au sang le nom de chair coulante; c'est aussi l'aliment qu'on dit vulgairement le plus nourrissant.

C'est une matière solide, filandreuse, élastique, flexible, molle, rouge quand elle n'a point été débarrassée de la matière colorante du sang, d'un blanc grisâtre après les lavages.

Dans cet état, 100 grammes de fibrine contiennent 75 grammes d'eau et se réduisent par la dessiccation à 25 grammes.

Il est insoluble dans l'eau à 40°.

Aussi ne peut-elle être nutrimentaire dans cet état, puisque, quelque divisée qu'elle soit, elle n'est point absorbable et ne saurait pénétrer les organes.

Ce n'est pas un nutriment, c'est un simple aliment.

Quand la fibrine qui sert aux expériences n'a pas été parfaitement hachée et lavée, l'eau pure se charge d'albuminose et d'albumine venues du sang, mais n'enlève rien à la fibrine ellemême.

Les alcalis au degré de dilution qu'ils ont dans le corps sont

impuissants non-seulement à la transformer en nutriment, mais même à la rendre soluble dans l'eau.

Les acides au degré de dilution qu'ils ont dans l'organisme vivant, ont sur elle une influence qui a donné lieu à une erreur que la plupart des physiologistes, au reste, ont combattue.

Tiedemann et Gmélin, de Beaumont, aiguisèrent de l'eau avec les acides acétique ou chlorhydrique, et crurent voir une dissolution, mais très-lente, de la fibrine qu'on y plongeait.

MM. Sandras et Bouchardat déclarèrent que l'acide chlorhydrique extrêmement étendu (7 grammes pour 10,000 grammes) dissolvait la fibrine et la digérait.

MM. Dumas et Cahours se sont assurés que, dans ce cas, il n'y a nullement dilution ; en s'hydratant, la fibrine se gonfle considérablement, puisqu'elle acquiert dix et vingt fois son volume primitif ; on la croirait liquéfiée, mais c'est une apparence trompeuse que détruit l'essai du filtre ; à travers ce dernier, rien ne passe, à moins qu'on fasse bouillir, qu'on ajoute une nouvelle quantité d'eau, ou, d'après ce que j'ai vu, qu'on en prolonge l'action pendant plusieurs jours, et encore, dans ce cas, le liquide qui filtre avec une lenteur extrême est-il à peine chargé de matière dissoute.

Il convient néanmoins d'examiner comparativement les caractères de cette solution avec celle qui résulte de l'action du principe digestif, sous les trois points de vue habituels : modifications physiques, modifications chimiques, modifications organoleptiques.

Quant aux modifications physiques, on verra que, jamais, ni dans l'estomac, ni ailleurs, le principe digestif ne produit le gonflement que produisent les acides dilués et qui est si considérable ; loin d'augmenter dix à vingt fois de volume, la fibrine n'en augmente pas plus que dans l'eau pure.

Voici les différences chimiques :

RÉACTIFS.	SOLUTION ACIDULÉE de fibrine.	ALBUMINOSE digestion de fibrine.
Bichlorure de platine..	Précipité soluble dans un excès d'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.
Noix de galle.........	Précipité soluble dans un très-grand excès d'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.
Alcool..............	Trouble soluble dans l'eau.	Précipité soluble dans l'eau.
Chaleur..............	Rien.	Rien.
Acide nitrique........	Précipité.	Rien.
Acétate de plomb.....	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure..	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent.......	Précipité.	Précipité.
Protochlorure d'étain...	Trouble.	Trouble.
Sulfate d'alumine......	Trouble.	Trouble.
Chlorure de zinc.......	Trouble.	Rien.
Acide acétique........	Trouble soluble dans un excès du réactif.	Rien.
Pepsine..............	Trouble.	Rien.

Modification organoleptique. — M. Mialhe rapporte ainsi une injection qu'il a faite dans la jugulaire d'un gros lapin :

La fibrine, rendue soluble par de l'eau acidulée d'un peu plus d'un demi-millième d'acide chlorhydrique, a déterminé instantanément la mort de l'animal soumis à l'expérimentation, par l'engorgement des capillaires du poumon. Cet engorgement a lieu par le précipité insoluble et volumineux que forme immédiatement la matière fibrineuse en se trouvant, par l'influence des alcalis du sang, tout à coup privée de l'acide qui la tenait en dissolution.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

L'attention que quelques personnes ont attachée à l'incident soulevé par la lecture de M. Corvisart, nous engage à reproduire textuellement la lettre qu'il a adessée à M. le président de l'Académie, en attendant que nous traitions une fois de plus, et cette fois d'une manière spéciale, du véritable rôle des Académies, dans les questions qui peuvent intéresser à la fois la science et l'industrie.

Paris, ce 3 janvier 1854.

Monsieur le Président,

Je repousse toute supposition qui tendrait à faire croire qu'un intérêt autre que l'intérêt scientifique m'a fait nommer devant une assemblée et un public de médecins, un collaborateur que je tiens pour honorable et digne d'estime. Ce savant, élève de M. Pelouze, connu par des mémoires sur les hydrogènes carbonés, les oxydations par le cyanogène, etc., a fait depuis dix-huit mois, avec moi, de nombreuses expériences pour deux travaux du domaine exclusif de la physiologie, et que nous devions lire prochainement à l'Académie, comme je l'annonçais dans mon mémoire.

Dans l'un de ces travaux se trouvent tous les détails sur des procédés qui, je le déclare par avance, ne sont autres que ceux de Blondlot, Vogel, Payen, si ce n'est que la membrane muqueuse de la caillette des moutons est seule employée, et que les digestions et les injections dans les veines, ainsi que je l'ai indiqué dans mon travail, sont les seuls moyens docimasiques.

La conduite passée et la conduite future de ce chimiste montrera, aux quelques membres de l'Académie qui ont douté, combien ils se sont mépris !

Il m'est profondément pénible d'avoir moins à me justifier devant la presse médicale et le public des médecins qui me connaissent moins, que devant l'Académie, où se trouvent tant de mes anciens maîtres et protecteurs, qui, depuis dix ans, ne m'ont jamais fait entendre une parole qui ne soit honorable et bienveillante pour moi.

Recevez, etc. L. CORVISART.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Banquet offert à M. Chélius.* — Une des premières célébrités de l'Allemagne, M. Chélius, de Heidelberg, est venue siéger, dans l'avant-dernière séance, parmi ses collègues, membre de la Société de chirurgie de Paris. — Lundi dernier, un banquet a été offert au savant professeur par la Société. Un toast a été porté par M. Denonvilliers, président, à notre célèbre voyageur, qui y a répondu avec à-propos. Un toast a été aussi porté par M. Ricord à M. Roux, ami particulier de M. Chélius ; et un autre par M. Larrey à M. Marjolin, instigateur et organisateur du banquet. La fête a été des plus brillantes et d'une parfaite cordialité. — Quoique le voyage de M. Chélius paraisse avoir un but exclusivement scientifique, on a cependant remarqué qu'il avait été reçu en audience particulière par l'Empereur, et qu'il s'était entretenu pendant longtemps avec S. M.

— On a recours, dans les Indes, pour reconnaître les coupables, à une curieuse épreuve qui met très-bien en évidence l'influence de la peur sur la production de la salive. Lorsqu'un méfait a été commis dans un atelier, on réunit dans une même salle toutes les personnes suspectes et on leur fait mâcher pendant quelques instants une certaine quantité de riz ; or, l'on est assuré d'avance que le coupable rendra son riz entièrement sec, la peur ayant pour effet nécessaire de supprimer la sécrétion de la salive. (*Cosmos.*)

— Un praticien américain indique comme spécifique tout-puissant contre la rage de dents, la dissolution de gomme copal dans le chloroforme : on lave la carie et l'on y introduit une petite boule dn coton trempée dans la solution : la douleur disparaît comme par enchantement. (*Id.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Gymnastique des demoiselles, ouvrage destiné aux mères de famille, et contenant la description des exercices avec la construction et le prix des instruments, par M. Napoléon LAISNÉ, professeur spécial à l'Ecole normale de gymnastique militaire, directeur des gymnases des lycées impériaux, de l'Ecole polytechnique et de l'hôpital des Enfants. — 1 vol. format Charpentier, de 140 pages. — A Paris, chez l'auteur, rue de Vaugirard, nº 9.

Éloges de Royer-Collard et d'Achille Richard, prononcés par M. le professeur BOUCHARDAT. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 cent.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 4. 2e année. Mardi 10 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séances de l'Académie des sciences du 26 décembre et du 2 janvier. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : Hôpital Saint-Antoine. M. Chassaignac. Nouvelles remarques sur le manuel opératoire de la trachéotomie. — Études sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point, par le Dr Lucien Corvisart. (*Suite.*) — **ACADÉMIE DES SCIENCES. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES. — BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 9 Janvier 1854.

Séances de l'Académie des sciences du 26 Décembre et du 2 Janvier.

(**Pisciculture. — Blé sans gluten en chimie légale et dans l'alimentation.**)

Cette belle application de la science que les persévérants efforts de plusieurs naturalistes ou agronomes, de M. le professeur Coste en particulier, cherchent à vulgariser parmi nous, qui, si elle parvient à réaliser les espérances qu'elle nous donne, sera d'une si grande importance pour l'alimentation des populations, la pisciculture a été, de la part de M. Millet, l'objet d'une communication remplie de détails intéressants sur les habitudes des saumons, des truites, de l'alose, etc., à l'époque de la fécondation. Espérons que les conséquences pratiques que l'auteur tire des faits qu'il expose, ne tarderont pas à nous en prouver l'exactitude et l'utilité.

Un travail dont l'application nous touche de plus près encore que celui de M. Millet, a été lu par un chimiste dont le nom a souvent retenti de la manière la plus honorable dans l'Académie, par M. Millon, pharmacien principal des hôpitaux militaires. L'habile chimiste, se basant sur de nombreuses expériences, est venu annoncer à l'Académie ce fait très-singulier, dont il nous avait déjà dit quelques mots dans des entrevues que nous eûmes avec lui, à Lille, en 1850 :

Certains blés, à l'état normal, ne contiennent point ou ne contiennent que très-peu de gluten.

Le gluten, personne ne l'ignore, est la partie essentiellement nutritive du blé ; c'est sur la présence ou sur l'absence du gluten, sur sa plus ou moins grande quantité, qu'on se fonde pour apprécier la richesse des farines, ou même pour s'assurer qu'elles sont ou ne sont pas falsifiées (1).

Si les résultats obtenus par M. Millon sont exacts, ou pour mieux dire (car on ne peut douter de la précision d'analyses faites par un homme comme M. Millon), si la manière dont M. Millon interprète ces résultats est rigoureuse, il est évident que le rôle du gluten changera singulièrement, au moins en médecine légale, sinon en hygiène. Mais c'est peut-être sur la rigueur des conséquences que le travail de M. Millon peut laisser quelques doutes. Du moins, les détails que nous trouvons dans les *comptes rendus* ne nous ont-ils pas complétement édifié à cet égard. Pour légitimer nos doutes, il ne sera pas inutile de rappeler les faits suivants :

On sait que pendant l'acte de la fermentation de la pâte du pain provoquée par la levure, le gluten diminue considérablement, et peut même disparaître en totalité.

Le même phénomène se produit dans la pâte sans levure, mais beaucoup plus lentement.

Ce phénomène se produit encore dans le blé qui fermente en tas, fermentation qui se produit très-facilement dès que le grain renferme de 4 à 6 pour cent d'eau, et pendant laquelle, ainsi que l'a démontré Duhamel, la température peut s'élever jusqu'à 70 degrés au-dessus de zéro.

Or, cette fermentation du blé en tas se produit spécialement dans les blés qui nous arrivent par la mer du Nord, lesquels blés *n'ont pas de force,* suivant l'expression technique des boulangers, ce qui, pour l'homme de science, signifie

(1) Les conclusions suivantes, qui terminent un rapport d'expertise de M. Chevallier, prouvent toute l'importance qu'on attribue actuellement au gluten dans les expertises médico-légales.

« De ce qui précède, dit l'habile expérimentateur, il résulte :

« 1° Que la farine saisie et qui est le sujet du procès intenté aux sieurs B.... et C...., *n'est pas de la farine de froment ;*

2° Que nous nous basons, pour établir cette conclusion, sur ce que nous n'avons pu extraire de cette farine, par les moyens mis tous les jours en usage, non-seulement dans les laboratoires, mais encore dans les arts, le gluten qui se trouve dans la farine de blé, dans la proportion de 28 à 34 pour cent, le gluten étant pesé à l'état humide ;

« 3° Que nous avons obtenu, en examinant cette farine, des caractères qui indiquent qu'elle contient une très-petite quantité de farine de semences légumineuses, qui provient probablement, vu sa petite quantité, des semences qui se trouvaient dans les grains qui ont servi à fabriquer la farine suspectée ;

« 4° Que la farine saisie a été allongée de farine de maïs, mais qu'il nous est impossible de dire dans quelle proportion cette farine a été ajoutée à d'autres ; car le produit saisi n'est pas formé de farine de maïs seulement, mais il est, selon nous, le résultat d'un mélange de farines diverses ;

« 5° Qu'il nous est impossible de dire quelles sont les farines qui font, outre celles de maïs, partie de ce mélange ; que cette impossibilité s'explique parce que, jusqu'ici, on n'a pas de caractères certains qui puissent faire distinguer les farines de seigle et d'orge, lorsqu'elles sont mêlées à d'autres farines ;

« 6° Que l'impossibilité qu'il y a de séparer le gluten dans la farine saisie, indique positivement que le principe n'y existe qu'en très-minime quantité, et que, *par conséquent,* la farine saisie ne contient *que très-peu de farine de blé, si elle en contient toutefois.* » (*Ann. d'hygiène,* ann. 1849, t. 41, p. 198 et suiv.)

qu'ils sont privés en tout ou en partie de gluten, malgré leur apparence et leur qualité très-belles, tellement belles, que ces blés servent habituellement à la fabrication des pains de gruau. C'est pour leur donner de la force, que les boulangers mêlent très-souvent à ces blés, des blés venant de la mer Noire.

Mais quoique l'altération précédente soit très-fréquente dans les blés du Nord, ceux du Midi sont loin d'en être toujours exempts. Nous tenons de M. Doyère, dont le beau et fructueux voyage en Algérie jettera tant de jour sur la grande question de la conservation des céréales, et, par conséquent, sur le difficile problème de l'alimentation du peuple, nous tenons de ce sagace et infatigable investigateur que l'altération dont nous parlons se produit, assez fréquemment, dans les blés d'Algérie conservés dans les silos, même dans les blés les plus durs.

Toutefois, c'est habituellement dans les blés tendres que l'altération se produit, ce qui s'explique de la manière la plus simple, par cette circonstance que les blés sont d'autant plus poreux qu'ils sont plus tendres, et par conséquent d'autant plus faciles à pénétrer par l'humidité, condition indispensable pour la manifestation du phénomène de l'altération du gluten.

M. Millon s'est il garanti contre toutes ces causes d'erreur? Nous sommes très-disposé à le croire, connaissant la rigoureuse exactitude de sa manière habituelle de procéder. Cependant, son mémoire n'en renferme point la preuve. Or, cette preuve était très-facile à donner :

Tout blé qui a fermenté, a par cela même perdu sa faculté germinative. Il suffisait donc d'essayer de faire germer ceux sur lesquels M. Millon a opéré, pour s'assurer s'ils devaient ou non à la fermentation l'absence ou la diminution du gluten. Nous ne doutons pas que l'habile chimiste ne s'empresse de soumettre ses intéressantes recherches au contrôle que nous lui signalons. Ces recherches, d'ailleurs, lors même qu'elles ne conduiraient point aux conséquences qu'en a tirées M. Millon, n'en conserveraient pas moins un grand intérêt, puisqu'elles démontreraient que l'altération du blé par fermentation est beaucoup plus fréquente encore qu'on ne le supposait, et qu'un blé ou une farine peut parfaitement être avariée en dehors de toute falsification de la part du vendeur. Mais, malgré cette circonstance atténuante, devra-t-on permettre la vente, comme farine normale, d'une farine plus ou moins dépourvue de gluten? Cette question équivaut à cette autre :

Une farine et un blé dépourvus de gluten, quoique ayant d'ailleurs tous leurs caractères normaux, comme ceux examinés par M. Millon, possèdent-ils les qualités nutritives du blé et de la farine ordinaires?

Toutes les données connues de la science dictent une réponse négative à cette question. Ainsi, quoique nous tenions grand compte de l'application judiciaire que fait M. Millon de ses recherches, nous ne saurions partager sa manière de voir quant aux applications commerciales, et nous croyons qu'on doit bannir des marchés, comme peu propres à l'alimentation, les blés et les farines qui ne contiennent qu'une minime quantité de gluten. Ces blés et ces farines doivent être classés à part, et vendus avec des étiquettes indiquant la proportion de principe glutineux qui leur manque.

Toutefois, cette règle ne doit point engager l'avenir; elle montre seulement que les recherches chimiques et médico-légales de M. Millon attendent leur complément indispensable, c'est-à-dire des recherches hygiéniques et physiologiques qui déterminent d'une manière aussi approximative que possible, les qualités nutritives des blés dépourvus de gluten, à supposer que ces blés ne soient point des blés fermentés; car, en ce qui concerne ces derniers, il est bien prouvé qu'en perdant leur gluten, ils ont perdu aussi une grande partie de leurs propriétés nutritives, et qu'ils peuvent même devenir malfaisants, si la fermentation a été poussée trop loin.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Chassaignac.

Nouvelles remarques sur le manuel opératoire de la trachéotomie.

Tout ce qui tend à perfectionner et à rendre de plus en plus accessible à tous les praticiens une méthode opératoire qui compte déjà des succès remarquables, demande à être recueilli avec soin. C'est dans ce but que nous publions l'observation suivante, qui nous a donné l'occasion de faire une remarque qui peut être utilisée dans l'avenir.

On sait que le tenaculum de M. Chassaignac pour la trachéotomie présente sur la convexité de sa courbe, une cannelure analogue à celle du cathéter employé pour la taille. Cette cannelure n'avait été placée là que dans le but de fournir au bistouri un guide sûr pour pénétrer dans la trachée. Mais dans l'opération que nous allons rapporter, l'utilité de cette rainure s'est produite sous un jour assez inattendu, et qui ne manque pas d'importance. Au moment où l'opérateur parfaitement sûr, malgré le jeune âge du malade, d'avoir bien senti sous le doigt et retenu le cartilage cricoïde, implantait d'emblée le tenaculum à travers la peau, un sifflement très-fin, mais aigu, se fit entendre et l'on vit au moment même jaillir le long de la cannelure un jet de sang évidemment mélangé de bulles d'air. Il n'était donc pas douteux que l'instrument n'eût pénétré d'emblée dans le tube trachéal, et dès lors l'opération était par cela seul et pour ainsi dire déjà faite. Car introduire le bistouri aigu dans la cannelure, pour frayer la voie au bistouri mousse, diviser du même coup quatre anneaux de la trachée et la peau, introduire toujours sur la cannelure du tenaculum le dilatateur coudé, tout cela fut l'affaire d'un instant.

Dans les cas où l'implantation du tenaculum à travers la peau laisse à l'opérateur quelques doutes sur l'exactitude de cette manœuvre, il ne doit pas plonger le bistouri à fond, mais se servir de ce premier tenaculum qui, alors même qu'il ne saisit pas le cartilage cricoïde, donne au moins à la région un peu de stabilité, soit pour placer de nouveau et cette fois plus sûrement un second crochet, soit pour faire, mais à la peau seulement, un débridement de un à deux centimètres. Dans ce dernier cas, après avoir exploré avec la pointe du doigt indicateur le cartilage cricoïde, il fait d'une manière tout à fait sûre l'implantation d'un nouveau crochet, destiné à immobiliser le cartilage.

Voici d'ailleurs l'observation, telle qu'elle nous a été communiquée après avoir été recueillie par un interne distingué des hôpitaux, M. Bailly.

Clesse (Gaspard-Léon), âgé de 5 ans, est d'un tempérament lymphatico-sanguin; il a la peau blanche, les cheveux châtain-clair, les yeux bleus; sa complexion ne paraît pas délicate, cependant sa santé, au dire de sa mère, n'est pas habituellement bonne. Il est sujet à des indispositions fréquentes; quelques maladies graves ont même plusieurs fois mis ses jours en danger. Plusieurs frères aînés atteints de phthisie pulmonaire ont succombé à un âge peu avancé.

Sa maladie actuelle remonte à 10 jours; elle a débuté par un état fébrile succédant à un refroidissement considérable des membres inférieurs; deux jours après, de la toux s'est déclarée, d'abord sèche et rare, ensuite plus fréquente et quinteuse. Le 25, elle commença à revêtir un caractère de raucité qui put faire croire à l'imminence d'une laryngite membraneuse. Le 26, l'affection croupale se confirma, la respiration devint bruyante, le timbre de la voix s'altéra, des accès de suffocation se manifestèrent. Le malade est transporté le soir du même jour à l'hôpital St-Antoine, en proie aux accidents que nous venons de décrire. L'examen de l'arrière-gorge y fait reconnaître l'existence de plusieurs fausses membranes appliquées sur ses parois; l'une d'elles recouvre en partie l'amygdale gauche. L'enfant est dans un état de suffocation imminente, et présente déjà une teinte cya-

nosée. M. Chassaignac, prévenu le soir même, procède à l'opération de la trachéotomie, à 9 heures du soir, en présence de M. le docteur Hervieux, et de MM. Bailly, Amen et Turner, internes de l'hôpital St-Antoine.

L'enfant est placé horizontalement sur une table, suffisamment garnie; plusieurs aides assurent l'immobilité du sujet. M. Chassaignac s'assure de la position du cartilage cricoïde qui fait au-dessous des parties molles qui le recouvrent une saillie facilement perceptible au doigt, puis il implante sous le bord inférieur de cet anneau cartilagineux son érigne cricoïdienne, dont la forme est celle d'un crochet fortement recourbé, et fixe solidement la trachée. A peine l'instrument a-t-il été mis en place qu'on perçoit, à chaque expiration de l'enfant, un sifflement particulier, comme si de l'air eût été poussé avec force dans une ouverture étroite. Ce bruit était dû en effet au passage d'une petite colonne d'air dans la rainure dont est creusée la convexité de l'érigne, et qui doit servir à guider le bistouri dans la manœuvre opératoire au moyen de laquelle on pénètre dans le conduit aérien. Ce sifflement indiquait infailliblement que l'instrument destiné à immobiliser la trachée, était bien réellement introduit dans les voies aériennes. Aussi l'opération fut-elle promptement et facilement achevée au moyen d'une ouverture de la trachée faite avec le bistouri aigu, puis agrandie avec le bistouri boutonné. Les lèvres de la plaie sont tenues à distance, au moyen du dilatateur coudé et l'introduction de la canule est effectuée aussitôt.

La respiration avait été à peine suspendue pendant l'opération; la poitrine se dilata avec force, et dans un mouvement puissant d'expiration, une large pseudo-membrane fut chassée au dehors. Elle paraissait provenir de la trachée, formait un lambeau demi-cylindrique et ne présentait pas la disposition tuyautée qui eût indiqué une origine plus profonde; une de ses faces était toute criblée de petites ouvertures, pouvant admettre l'extrémité d'un très-petit stylet, l'autre était lisse et blanche; du reste, sa consistance était assez ferme et son épaisseur a été évaluée à un demi-millimètre. Après l'opération, l'oreille appliquée sur la paroi thoracique percevait seulement de la rudesse du murmure respiratoire, mais pas de bruits anormaux. Potion gommeuse.— 27. La nuit a été très-calme, les accès de toux rares, le sommeil paisible, 116 pulsations. La respiration est normale, des mucosités verdâtres et tenaces sont chassées en abondance à travers la canule. On en provoque d'ailleurs la sortie par l'irritation des parois trachéales, à l'aide d'un écouvillon introduit à travers la canule. — 28. Le petit malade se trouve dans des conditions aussi satisfaisantes qu'hier; la respiration est calme. Plusieurs pseudo-membranes s'échappent de la trachée dans les efforts de toux. L'enfant refuse le bouillon, mais il prend facilement un looch et du vin sucré.

Le soir à 9 heures, même état. L'enfant commence à s'assoupir, tout porte à croire que la nuit sera aussi calme que celles qui ont précédé. Après minuit cependant, le malade vient à s'agiter, il est pris d'accès de toux fréquente; à 7 heures du matin, il succombe au milieu d'attaques convulsives.

L'autopsie n'a pu être faite.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr LUCIEN CORVISART, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et les nos 1, 2 et 3 du tome 2.*)

Fibrine à l'état de cuisson prolongée. — Il est si commun que nous mangions, dans les préparations culinaires, de la fibrine cuite ou bouillie, qu'il me fallait examiner avec un grand soin les résultats et le but de cette préparation.

Je pris 40 grammes de fibrine fraîche de veau, pétrie et lavée à grande eau jusqu'à ce que toute matière animale fût enlevée; puis cette fibrine fut soumise, avec 300 grammes d'eau, à une température voisine de l'ébullition. Après cette opération, ayant filtré le tout, le filtre retint une substance qui avait l'apparence primitive de la fibrine et que je décrirai plus loin; étant solide et insoluble, elle n'était point absorbable, point nutrimentaire.

J'injectai, à la température du corps, 15 grammes de ce liquide qui contenait au plus 15 centigrammes de matière dissoute évaluée sèche dans les veines d'un lapin à jeun depuis douze heures et bien portant :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES des 12 heures précédentes.
Bichlorure de platine.	Précipité abondant soluble dans l'acide nitrique.	Rien.	Rien.
Noix de galle.......	Précipité abondant soluble dans beaucoup d'acide nitrique.	Nubécule.	Nubécule.
Pepsine...........	Nubécule.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine....	Nuage.	Rien.	Rien.
Chlore...........	Nuage.	Rien.	Rien.
Alcool............	Trouble soluble dans l'eau.	Trouble léger soluble dans l'eau.	Trouble soluble dans l'eau.
Chaleur..........	Rien.	Rien.	Rien.
Chlorure de zinc....	Nuage.	Nuage.	Nuage.
Protochlorure d'étain.	Trouble.	Trouble.	Trouble.
Bichlorure de mercure.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent.....	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Acétate de plomb....	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Acide nitrique......	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique......	Nubécule soluble dans un excès d'acide.	Rien.	Rien.
Potasse...........	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction..........	Acide.	Alcalines. Mais furent acidifiées pour essayer comparativement.	Alcalines rendues acides.

C'était un fait fort remarquable de voir les précipités si tranchés que présentait la substance injectée avec le bichlorure de platine, et la solution de noix de galle, ne point se retrouver dans les urines des douze heures qui suivirent l'injection; et les réactions produites par la pepsine, le sulfate d'alumine, le chlore, l'acide acétique, ne s'y point retrouver.

Des doses bien inférieures de substances toxiques sont rapidement éliminées par les urines et y sont reconnaissables; il était donc à supposer déjà que cette solution avait quelque propriété nutrimentaire, mais réellement c'était avec une quantité plus considérable de matière injectée que la question devait se résoudre.

Je fis donc, sur un autre lapin, la même expérience, mais je doublai la quantité. J'injectai 30 grammes de liquide contenant 30 centigrammes de matière dissoute :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES des 12 heures précédentes.
Bichlorure de platine. .	Précipité.	Rien.	Rien.
Noix de galle.	Précipité.	Presque pas de nubécule.	Presque pas de nubécule.
Pepsine.	Nubécule.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine. . .	Nubécule.	Rien.	Rien.
Chlore.	Nubécule.	Rien.	Rien.
Acide acétique. . . .	Nubécule.	Rien.	Rien.
Réaction.	Acide.	Alcalines, mais les urines furent acidifiées.	Alcalines, mais les urines furent acidifiées.

Ce résultat était confirmatif du premier; je voulus néanmoins rendre ces résultats tout à fait comparables à ceux que j'obtins avec l'albumine.

J'injectai à un autre animal 30 grammes de liquide contenant, cette fois, 1 gramme de matière dissoute :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 2 h. après. (10 gr. concentrés.)	URINES 12 h. après.	URINES des 12 heures précédentes.
Bichlorure de platine.	Précipité.	Rien.	Rien.	Rien.
Noix de galle. . . .	Précipité très-abondant.	Nuage.	Nubécule.	Nubécule.
Pepsine.	Nubécule.	Rien.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine. .	Nubécule.	Rien.	Rien.	Rien.
Chlore.	Nubécule.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique. . .	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction.	Acide.	Urines acidifiées.	Urines acidifiées.	Urines acidifiées.

Ainsi, malgré la grande quantité de matière injectée, rien ne passa dans les urines.

Ce résultat fut d'autant plus remarquable encore que l'animal avait servi, huit jours auparavant, à une expérience relative à l'injection d'une solution de pastilles d'osmazôme, et qu'il aurait pu être dans des conditions où l'assimilation se fît mal ou moins bien que dans l'état normal.

Une autre expérience fut encore répétée, avec 0,80 centigrammes, chez un lapin qui n'avait point encore été le sujet d'expériences.

Je puis donc affirmer que la cuisson prolongée de la fibrine donne naissance à une substance soluble dans l'eau, qui, une fois formée, est un nutriment, c'est-à-dire, qu'absorbée ou injectée, elle est aussitôt utilisée par l'économie, employée à l'entretien de la vie directement et sans digestion préalable.

Quelle est cette substance? est-elle simple ou composée? question indifférente sans doute, au point de vue de la nutrition, mais intéressante au point de vue chimique.

Or, Mulder ayant fait bouillir de la fibrine pendant quarante heures dans l'eau, vit que 20 p. pour cent avaient été transformées en une substance soluble qu'il nomme tritoxyde de protéine, et qu'il obtenait indifféremment avec l'albumine. Elle est soluble dans l'eau, les alcalis, l'acide sulfurique et chlorhydrique. Elle est précipitée par l'alcool, l'éther, la noix de galle, les sels de plomb, de cuivre et d'argent. L'acide nitrique la convertit en acide xantho-protéique jaune et insoluble dans l'eau.

Or, si l'on considère les réactions que j'ai obtenues de la solution de la fibrine, on voit que la seule propriété à peu près caractéristique, celle de donner, par l'acide nitrique, naissance à un acide insoluble (xantho-protéique), m'a manqué.

J'observai une légère différence entre la solution venue de la fibrine qui donne un précipité beaucoup plus abondant par le bichlorure de platine, et par l'alcool un précipité moins bien soluble dans l'eau que ne sont les précipités obtenus par ces mêmes réactifs sur la solution venue de l'albumine.

Le précipité formé par le bichlorure de platine et les troubles légers, mais réels, que produisent la pepsine et l'acide acétique, établissent une différence marquée entre cette substance et l'albuminose venue de l'albumine.

Je n'ai pas besoin de rappeler les caractères qui la différencient de l'albumine, de la gélatine et de la chondrine (entre autres caractères, les sels de fer n'y produisent aucun trouble), ni de la zomidine (extrait de l'osmazôme); elle précipite très-bien par le bichlorure de mercure.

Comme nous avons fait pour l'albumine, nous allons actuellement étudier les modifications que les puissances digestives font éprouver à la fibrine crue et la fibrine cuite.

Il ne faut guère, avant les trente dernières années, chercher des expériences digestives sur la fibrine pure. Réaumur, Spallanzani, Gosse, n'avaient point de notions assez précises sur ce corps.

De Beaumont ne recherche point ce qu'elle devenait dans l'estomac de son Canadien : je veux dire qu'il n'administra jamais, à ce dernier, la fibrine pure et sans mélange d'autre aliment.

Dans l'estomac des chiens tués pendant la digestion, et dans l'estomac des chiens vivants et pourvus d'ouverture, Tiedemann et Gmélin, puis Blondlot, observèrent les mêmes phénomènes physiques.

La fibrine se gonfle un peu, devient demi-transparente, se ramollit, se désagrège et se réduit en fines molécules. M. Blondlot eut le grand tort de croire que là se bornait toute l'action digestive.

Les poches en caoutchouc contenant la fibrine et le principe digestif, introduites dans l'estomac des chiens, opéraient, sans contact de la muqueuse, ces changements en trois ou quatre heures.

Dans des bocaux mis simplement à la température du corps, il faut six heures environ.

Les mêmes phénomènes physiques s'observent exactement, si on met la fibrine en contact avec le principe digestif d'un carnivore ou d'un herbivore, ou de l'homme, et que le principe digestif soit naturel ou purifié par l'art.

Modifications chimiques. — Ce que de Beaumont, Èberle, Schwan, Simon, Tiedemann et Gmélin, Prevost et Morin, pensaient de la transformation de l'albumine, ils le pensèrent également de la fibrine.

M. Mialhe s'engagea sur le même terrain. Il déclara que toutes les matières albuminoïdes, sans exception, sont en dernier résultat transformées en une substance offrant toujours les mêmes réactions chimiques, suivant qu'elle provient de tel ou tel composé albumineux.

Les chimistes avaient déjà observé, dit M. Dumas (*Chimie physiologique,* p. 318, 337), que sous certaines influences, la fibrine se dédoublait, que sous d'autres, elle se transformait en une matière qui avait la plus grande analogie avec l'albumine liquide.

M. Mialhe observa que la fibrine, avant de devenir albuminose, passait par une autre modification (chyme, albumine-caséïforme).

J'ai repris cette étude par un très-grand nombre d'expériences; eu égard à l'albuminose, j'ai comparé avec soin celle qui venait de l'albumine et celle qui venait de la fibrine, et j'ai agi sur des albuminoses exemptes d'albumine caséiforme :

RÉACTIFS.	ALBUMINOSE D'ALBUMINE.	ALBUMINOSE DE FIBRINE.
Bichlorure de platine. .	Rien.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.
Alcool.	Précipité soluble dans l'eau.	Précipité insoluble dans l'eau froide.
Noix de galle.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.
Chaleur..	Rien.	Rien.
Potasse.	Rien.	Rien.
Acide nitrique.. . . .	Rien.	Rien.
Pepsine..	Rien.	Rien.
Acétate de plomb. . . .	Précipité.	Précipité.
Bichlorure de mercure.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent. . . .	Précipité.	Précipité.
Chlore.	Précipité.	Précipité.
Protochlorure d'étain.. .	Précipité.	Précipité.

Ces expériences sont donc en désaccord avec celles de M. Mialhe, ou plutôt l'essai avec un réactif qu'il ne signale pas, le bichlorure de platine, établit une différence tranchée entre l'albuminose qui vient de la fibrine et celle qui vient de l'albumine (il en est de même de l'alcool), en sorte qu'on ne peut dire : « Les « matières albuminoïdes, sans exception, sont, en dernier résul- « tat, transformées en une substance offrant toujours les mêmes « réactions chimiques, suivant qu'elle provient de tel ou tel com- « posé albumineux. »

Preuve nouvelle que la constatation de caractères chimiques autres que ceux que M. Mialhe assigne à l'albuminose, n'autorisent point à prononcer qu'une substance n'est point nutriment.

Déjà nous avons en effet :

Une matière provenant de la cuisson de l'albumine;

Une matière provenant de la digestion de l'albumine;

Une matière provenant de la cuisson de la fibrine;

Une matière provenant de la digestion de la fibrine,

Qui toutes ont des caractères chimiques plus ou moins différents et qui toutes cependant sont des nutriments.

Néanmoins, il faut reconnaître qu'il y a un assez grand nombre de caractères communs. (*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Fécondations artificielles des poissons.

M. Millet adresse la communication suivante :

« Dans l'application des fécondations artificielles à la pisciculture, on

distingue trois phases distinctes : 1° la récolte et la fécondation des œufs; 2° l'incubation et l'éclosion, et 3° la nourriture et la dissémination.

« I. *Récolte et fécondation des œufs.* — Avant l'époque de la ponte, le saumon et la truite quittent leurs cantonnements ou lieux ordinaires d'habitation, remontent les cours d'eau pour trouver les conditions les plus favorables à l'acte de la reproduction.

« Le saumon, la truite saumonée de mer, la lamproie, l'alose, etc., *quittent la mer*, les eaux salées et même les eaux saumâtres, et gagnent les eaux douces.

« En recherchant les *causes de cette émigration*, j'ai été conduit tout naturellement à étudier l'action que l'eau salée ou saumâtre exerce sur les œufs de ces poissons.

« J'ai trouvé que la présence du sel, même à des proportions très-minimes, portait dans l'œuf une perturbation telle que l'acte de la reproduction ne pouvait pas s'accomplir dans les eaux même très-peu saumâtres.

« L'action de l'eau salée est très-facile à reconnaître, même à l'œil nu, sur les œufs de saumon et de truite; les gouttes huileuses se groupent et se tassent à la partie supérieure; tout le système qui forme, dans cette région de l'œuf, une tache ou un bouton blanchâtre, subit une contraction et une révolution qui détruisent toute l'harmonie de ce système; le globe de l'œuf se déforme, conserve une teinte jaunâtre et devient d'une transparence légèrement opaline.

« Dans l'œuf fécondé où les premiers éléments d'organisation se sont déjà manifestés, toute l'harmonie de cette organisation est promptement détruite.

« L'action de l'eau salée est aussi très-remarquable sur l'œuf altéré, devenu blanc ou opaque; elle rend à cet œuf sa transparence opaline. On peut suivre, à l'œil nu, toutes les phases de ce phénomène : l'intérieur de l'œuf présente, au bout de quelques minutes, un noyau opaque qui se fond ou mieux s'éclaircit au fur et à mesure que l'eau salée pénètre dans l'intérieur.

« La fécondation des œufs n'est possible qu'autant que l'œuf et la laitance ont atteint un degré complet de maturité. Le meilleur moyen d'avoir des poissons réunissant cette condition essentielle, c'est de les prendre sur les frayères, ou à proximité de ces frayères. Avant la fraye, on peut avoir des poissons en réserve; mais on risque alors de ne pas toujours trouver la laitance et notamment les œufs en bon état. Dans les réservoirs et, en général, en captivité les œufs mûrissent rapidement et s'altèrent de même; quelquefois ils s'écoulent avant la récolte. Les mêmes inconvénients n'existent pas pour les mâles; on peut les tenir dans un réservoir ou au bout d'un cordeau passé dans la bouche et les ouïes.

« Il faut s'abstenir de laver les œufs avant la fécondation, parce que sur un grand nombre d'espèces, ce lavage est ou nuisible ou impraticable, et sur d'autres diminue les chances de fécondation.

« On doit, autant que possible, opérer sur place, de manière à éviter les pertes qui sont la conséquence des manipulations et des transports que l'on ait subir aux œufs.

« Dans le cas où il devient nécessaire de transporter les œufs fécondés, il faut effectuer ce transport immédiatement après la fécondation; tout retard devient funeste et augmente les chances de perte.

« Dans la pratique, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'opérer avec l'eau même dans laquelle le poisson fraye.

« II. *Incubation et éclosion.* — Dans la nature, l'œuf fécondé ne quitte jamais le lieu où il a été pondu. Certaines espèces déposent leurs œufs dans les interstices des cailloux ou du gravier, et recouvrent ces œufs (saumon et truite), d'autres laissent tomber ces œufs de manière à ce qu'ils s'attachent ou se collent aux corps environnants, tels que pierres, plantes, herbes, etc. (barbeau, carpe, etc).

« Les œufs de saumon et de truite restent libres, mais ils sont à l'abri des mouvements et des oscillations de l'eau, parce qu'ils sont recouverts de gravier ou de cailloux.

« Les appareils d'incubation doivent donc être établis de manière à ne pas soumettre les œufs à des déplacements quelconques, surtout pendant la première moitié de la période d'incubation.

« Dans sa position normale, l'œuf présente, à sa région supérieure, une tache ou bouton blanchâtre enveloppé par le groupe des gouttes huileuses. Quelle que soit la position donnée à l'œuf, cette tache, avec les gouttes huileuses, reprend toujours sa place. Par conséquent, quand on remue, quand on agite un œuf, soit par un courant d'eau trop fort, soit par un pinceau ou une plume, on produit une perturbation qui, dans un grand nombre de cas, altère l'œuf ou le fait périr. Ces accidents sont fréquents et nombreux dans la première moitié de l'incubation, surtout dans le dernier terme de cette période, à l'époque où la tache blanchâtre se résout, s'allonge et devient une petite fourche à deux dents légèrement recourbées l'une vers l'autre.

« Il y a, à cette époque, un maximum de mortalité qui croît et décroît ensuite d'une manière presque mathématique.

« Il faut donc s'abstenir de remuer et d'agiter les œufs; il faut surtout se garder de les transporter ou de les sortir de l'eau, tant que les traces de l'embryon ne sont pas nettement caractérisées, soit à l'œil nu, soit sous la loupe. On a à cet égard un indice infaillible : c'est la présence d'un ou de deux points noirâtres, qui sont les rudiments des yeux.

« Le transport ne doit donc s'effectuer que quand l'œuf vient d'être fécondé, ou quand cet œuf a parcouru plus de la moitié de la période d'incubation.

« J'ai dit plus haut que les œufs étaient quelquefois atteints d'une tache ou d'un point blanc que l'eau salée avait la propriété de faire disparaître. En traitant ces œufs par une eau légèrement salée (quelques dixièmes d'un degré à l'aréomètre de Baumé), j'ai vu disparaître la tache sans nuire au développement du jeune poisson, dont les yeux étaient complets et dont le sang était coloré. En poursuivant ces études sur le jeune poisson éclos, j'ai pu le conserver pendant plusieurs semaines. Il serait intéressant de constater que la présence de l'eau salée peut arrêter le développement de la tache blanche, et même en paralyser les effets.

« Dans les nombreuses observations que j'ai faites depuis cinq ans, j'ai trouvé : 1° que le blanchiment des œufs de saumon et de truite était moins fréquent dans les eaux à température basse (au-dessous de 10 degrés), que dans celles à température moyenne (au-dessus de 10 degrés); 2° que les œufs blancs devenaient d'une transparence opaline dans une eau glacée; 3° que, par dessiccation spontanée, en dehors de l'eau, les œufs blancs redevenaient transparents; 4° que le blanchiment des œufs était souvent produit par des changements d'eau, par l'agitation et le déplacement des œufs, par les passages de l'air dans l'eau, et réciproquement; 5° que l'incubation et l'éclosion avaient un succès satisfaisant dans un milieu où l'œuf restait stationnaire; 6° que la présence des byssus était rare dans des eaux à température basse, et que leur développement ou leur envahissement diminuait au fur et à mesure que l'on se rapprochait de la température zéro.

III. *Nourriture et dissémination.* — « Toutes les tentatives que j'ai faites pour nourrir le jeune poisson, quand la vésicule ombilicale est résorbée, m'ont prouvé qu'il ne fallait pas essayer de le nourrir surtout en grande masse, et qu'il était préférable de répandre le poisson dans les eaux quelques jours après la disparition de cette vésicule.

« J'ai reconnu aussi que le transport des jeunes poissons, notamment de ceux qui habitent les eaux vives, était très-difficile, et qu'il était bien préférable de faire éclore les œufs dans les eaux mêmes où le jeune poisson doit être élevé. »

Séance du 2 Janvier 1854.

Sur le gluten de blé. — Panification.

M. Millon lit la note suivante :

En 1848 et 1849, l'étude de plusieurs blés récoltés dans l'arrondissement de Lille, me permit de constater de grandes variations dans la proportion de gluten que fournissait leur farine. Ces blés étaient tous de la meilleure apparence; ils avaient été recueillis et conservés par des cultivateurs soigneux, et je possédais sur leur provenance des renseignements assez complets. De mon côté, j'avais soin de les moudre au laboratoire; la farine était analysée presque aussitôt, et l'origine du produit ne pouvait donner lieu à aucune incertitude.

Parmi ces blés, pauvres en gluten, je citerai d'abord un blé roux anglais qui ne fournit pas plus de 6 pour cent de gluten sec; le gluten se rassemblait avec quelque difficulté, mais les résultats du dosage donnèrent constamment des nombres compris entre 5, 7 et 6,3 pour cent. L'azote n'était pas diminué dans la même proportion; son chiffre correspondait à 10,3 pour cent de gluten, ou mieux de principe albuminoïde.

Un autre échantillon de blé roux anglais, que j'analysai par comparaison, contenait une proportion de gluten normale, et il me fut impossible, à cette époque, d'établir une distinction entre le blé qui ne renfermait que 6 pour cent de gluten et celui qui en renfermait 10.

En 1852, M. Roy, inspecteur de colonisation, me remit plusieurs échantillons de blé qui représentaient les principaux types de la culture des environs d'Alger. Un de ces blés, récolté à Guyotville, était remarquable par le volume du grain : c'était un blé tendre des plus beaux; je ne parvins pas à extraire du gluten de la farine. L'opération faite et renouvelée avec les plus grandes précautions, ne donna jamais qu'une pâte cassante qui se fendillait bientôt, et qui, délayée sous le plus mince filet d'eau et sur le tamis du tissu le plus serré, laissait à la place du gluten une matière sèche et friable. Après dessiccation, cette matière, si différente du gluten par l'aspect, représentait 4,8 pour cent du poids de la farine. La proportion d'azote contenue dans le blé était assez forte, et correspondait à 11,5 pour cent de gluten, ou mieux de principe albuminoïde.

Le dosage des différents principes renfermés dans ce blé en avait détruit tout l'échantillon, et je ne pus m'en procurer de nouveau. Mais, à la ré-

colte de 1853, M. Roy mit le plus grand soin à retirer des mains du propriétaire une quantité assez forte de ce blé (échantillon n° 1) assez recherché sur le marché, et dont la culture avait été continuée à Guyotville. J'en possède, en ce moment, près de 10 kilogrammes; la recherche du gluten a donné un résultat analogue à celui de 1852. J'ai obtenu la même matière friable, dans la proportion de 3,5 pour cent.

En examinant ce blé de près, je finis par découvrir que les grains, qui semblent, au premier aspect, d'une uniformité remarquable, offrent cependant deux variétés distinctes. On reconnaît, dans la masse, un petit nombre de grains (échantillon n° 2) qui, tout en conservant la même forme que les autres, sont glacés à la surface, et ont une cassure demi-cornée. Je recueillis à part ces grains glacés, et en dosai le gluten; il se rassembla alors avec la plus grande facilité, et donna 11,8 pour cent de poids de la farine.

Je recueillis, par opposition, les grains les plus blancs, les plus féculents à l'intérieur, et leur farine ne donna plus la moindre trace de gluten.

Ainsi, ce blé était composé, en très-petite partie, de grains riches en gluten, et en très-grande partie, de grains qui en sont entièrement privés.

Cette dissemblance extrême dans la nature de la matière azotée est compatible avec une similitude de formes si grande, que tous les grains, richement pourvus ou dépourvus de gluten, semblent jetés dans le même moule; il n'est même pas rare de trouver, dans un même grain, une moitié cornée et l'autre non cornée, c'est-à-dire l'une riche et l'autre pauvre en gluten.

Il me vint à l'idée que cette composition du blé de Guyotville pouvait être un fait général et applicable à tous les blés tendres. Je cherchai la vérification de ce fait dans l'examen de blés tendres de la nature la plus opposée à celle du blé de Guyotville; je pris un blé tendre d'Alger (échantillon n° 3), formé presque entièrement par des grains glacés; je finis par en séparer des grains moins glacés, moins cornés que les autres et assez féculents à l'intérieur (échantillon n° 4), et le gluten fut dosé dans l'un et l'autre échantillon.

L'échantillon n° 3 fournit 14,9 de gluten;

L'échantillon n° 4 n'en fournit que 9,5.

La même épreuve fut faite sur une tuzelle d'Aix, dont la masse était fortement glacée; la tuzelle contenait 13,5 pour cent de gluten; les grains non cornés et demi-féculents qui en furent extraits n'en renfermaient que 10,3.

Le blé roux anglais récolté dans l'arrondissement de Lille, que j'ai cité en premier lieu, devait contenir une assez forte proportion de grains féculents et dépourvus de gluten; il en était sans doute de même à l'égard d'autres blés du Nord que j'ai aussi examinés, et dans lesquels la proportion de gluten n'a pas dépassé 8 pour cent.

Le blé de Guyotville, récolté deux années de suite dans une contrée qui communique aux céréales d'admirables qualités, ne permet pas de nier l'existence et la permanence de blés entièrement privés de gluten. La diminution du gluten, à différents degrés, dans des blés de provenance très-diverse, me paraît aussi une conclusion nécessaire des faits qui précèdent. Ces blés produisent et versent forcément, dans le commerce, des farines d'une qualité correspondante. Dès lors, il peut arriver que la farine la plus fraîche, la plus belle et de la mouture la plus loyale, contienne, dans des cas que j'admets jusqu'ici comme exceptionnels, mais qui sont peut-être assez fréquents, une proportion de gluten qui descendra à 7, 8 et 9 pour cent. En matière d'expertise, cette donnée est de la dernière importance. J'ai eu entre les mains un rapport très-consciencieux concernant une saisie de farines; l'étude minutieuse du rapport et des renseignements recueillis d'autre part, me portent à croire que le léger déficit de gluten constaté par les experts tenait à la nature même du blé. La rédaction du rapport n'en a pas moins entraîné une amende forte, la confiscation des farines et l'emprisonnement de leur détenteur.

En présence d'une récolte insuffisante, on est exposé d'habitude à une recrudescence dans les tentatives de sophistication des farines : si les experts doivent, en de pareils moments, redoubler de vigilance, il faut aussi que leurs conclusions tiennent compte de tous les faits acquis par la science et l'expérience.

Cette distinction en blés riches ou pauvres en gluten a encore de l'opportunité, en ce sens que la farine des blés riches en gluten supporte mieux l'addition de la farine de maïs ou de la fécule de pomme de terre, et probablement aussi de toute autre substance féculente. La panification se fait sans peine avec un mélange où ces substances entrent pour une forte proportion dès que la farine de blé contient beaucoup de gluten. Sous ce rapport, les blés durs, dans lesquels tout l'azote se trouve représenté par un gluten énergique, l'emportent encore sur tous les blés tendres.

Toutefois, je dois ajouter que le gluten n'est pas indispensable à la panification. J'ai saisi l'occasion du blé de Guyotville pour faire du pain avec de la farine de blé sans gluten : la pâte se travaille plus difficilement; elle est très-courte, et son développement est moins vif et moins prononcé, mais il se fait encore avec assez de régularité. Ce pain offre aussi, à la mastication, des caractères particuliers; il s'arrête en quelque sorte au gosier, comme du pain très-sec et très rassis. Il est probable qu'indépendamment de ses autres propriétés, le gluten contribue à rendre le bol alimentaire glissant et à lui faire franchir plus agréablement l'isthme du gosier. Je traduirais encore cette sensation en disant que ce pain prend beaucoup de salive; le pain ordinaire en prend moins, et le pain de blé dur moins encore.

Je suis loin de tirer ici toutes les conséquences des faits que je viens de signaler; j'aurai lieu d'y revenir dans l'exposition de recherches beaucoup plus générales que j'ai pu faire, à différents points de vue, sur des blés récoltés sous deux latitudes assez distantes, l'Algérie et le nord de la France. Je soumettrai très-prochainement ces travaux à l'appréciation de l'Académie; aujourd'hui, je me suis contenté de détacher de ces recherches un résultat isolé, d'où ressortent des indications spéciales et appropriées à la situation actuelle des subsistances, et qui corrige en outre assez notablement un point élémentaire de la science, admis quelquefois comme règle judiciaire ou commerciale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances des 21 et 28 décembre 1853 et 4 janvier 1854.

Présidence de M. Denonvilliers.

DISCUSSION SUR UN POINT DU RAPPORT DE M. CULLERIER, RELATIF A LA SYPHILISATION.

M. Broca. — Ce n'est pas sans quelques hésitations que je me suis décidé à prendre la parole sur l'intéressant rapport de M. Cullerier. Je commence par déclarer que j'en approuve le fond et la forme. Ce que je vais soumettre à notre honorable collègue, ce n'est donc pas une réfutation ni même une objection, c'est une simple question.

Ce que j'ai lu de la syphilisation, ce que j'en ai entendu et même ce que j'en ai vu, m'a inspiré une profonde répulsion pour cette étrange doctrine.

Les expériences des syphilisateurs, nous pouvons les blâmer, les flétrir même, mais nous ne pouvons pas faire qu'elles n'aient pas eu lieu. Le mal est fait, tâchons du moins d'en faire sortir quelque chose d'utile. Il est possible que les syphilisateurs aient trouvé quelque chose dans leurs pérégrinations expérimentales; s'il en était ainsi, il nous serait bien possible d'en profiter sans devenir leurs complices. Or, je viens prier M. le rapporteur, qui a étudié le livre de M. Spérino, qui a lu attentivement ses innombrables expériences, de nous donner quelques renseignements sur la question suivante :

Le virus syphilitique est-il fatalement inoculable, et n'y aurait-il pas des conditions générales spontanées ou provoquées capables d'en entraver l'action? Ou, pour mieux dire, et pour appeler les choses par leur nom : les inoculations réitérées, suivant la pratique syphilisante, ne peuvent-elles pas finir par déterminer une sorte d'immunité temporaire aux inoculations ultérieures?

En admettant qu'on pût répondre par l'affirmative à cette dernière question, ce serait une assez maigre conquête pour la pratique, car les syphilisateurs les plus échevelés ont renoncé au rêve absurde de la syphilisation préventive. Mais en envisageant la chose au point de vue de la simple curiosité, il n'est point sans intérêt de savoir à quoi s'en tenir sur la possibilité de cette *saturation syphilitique,* suivant l'expression de M. de Castelnau.

Il y a une chose qui m'a frappé, c'est que jusqu'ici, je ne sais pourquoi, on a évité de répondre à cette question. A l'occasion, par exemple, de M. P...., de M. L...., de M. X.... et de tous les autres syphilisés dont les initiales ont retenti dans l'enceinte de l'Académie, on s'est demandé : La syphilisation a-t-elle été utile ou nuisible; mais on n'a jamais demandé, d'une manière précise : M. P...., M. L.... sont-ils encore inoculables? ont-ils des chancres en nombre égal ou en nombre inférieur au nombre des inoculations régulières qu'on leur a faites?

J'aurais intérêt, et beaucoup sont comme moi, à savoir si, oui ou non, le virus syphilitique est fatalement inoculable. J'ai été élevé dans une doctrine qui proclame l'affirmative et qui considère même cette proposition comme une de ses bases les plus solides. Cette doctrine, qui est aussi celle de M. Cullerier, je la regarde aujourd'hui, malgré les attaques dont elle est l'objet, comme plus rapprochée de la vérité que ses rivales, et, pour tout dire, je suis au nombre de ceux que M. Gerdy appelle des chancriers. Mais je ne suis pas chancrier quand même, et s'il m'était une fois prouvé que le virus syphilitique n'est pas toujours inoculable, je reviendrais peut-être sur certaines opinions qui n'ont été démontrées qu'à la pointe de la lancette.

En résumé, si la syphilisation a été nuisible pendant sa vie, tâchons du moins de l'utiliser après sa mort; au lieu de nous détourner avec dégoût de sa dépouille, approchons-nous-en au contraire; faisons-en l'autopsie, et instruisons nous.

M. Cullerier. — Je n'ai qu'un mot à répondre à M. Broca. J'ai eu soin de dire que M. Spérino lui-même ne paraissait pas certain que la syphilisation pût mettre à l'abri d'une autre inoculation. Quant à mon opinion personnelle, elle ne saurait être suffisamment établie, parce que les faits de syphilisation ne sont pas assez nombreux en France, et je m'en félicite, pour permettre de formuler une règle.

M. Vidal, se fondant non-seulement sur les observations de M. Spérino, mais sur l'observation très-authentique de M. Gosselin, qui n'a pu parvenir à inoculer M. Laval, considère comme établi que certains individus sont réfractaires à l'inoculation, mais seulement temporairement.

M. Demarquay. — Je dirai, comme renseignement, que j'ai vu le médecin allemand chez lequel on avait déjà pratiqué tant d'inoculations, venir, dans le service de M. Ricord, prendre du pus pour s'inoculer de nouveau, et réussir.

M. Vidal. — Je crois au fait rappelé par M. Demarquay, mais il prouve seulement qu'il y a des individus qui peuvent toujours contracter des chancres.

M. Larrey a eu l'occasion de voir récemment l'un des syphilisés, l'un des adeptes de la syphilisation, M. Laval, complétement revenu de ses erreurs.

M. Huguier. — Pour savoir si les syphilisés étaient dans l'immunité, il faudrait savoir s'ils n'auraient pu être infectés par le procédé naturel de contagion.

M. Broca. — Je me félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisqu'elle a eu pour résultat de faire constater à mes collègues cette proposition : *Le virus syphilitique n'est pas fatalement inoculable.*

La faculté d'être réfractaire à l'action locale du virus peut-elle se développer spontanément? Je l'ignore, mais ce qui paraît certain, c'est qu'elle peut être provoquée par des inoculations réitérées.

Cet état d'immunité se produit-il chez *tous* les individus soumis à la pratique de la syphilisation? Je l'ignore encore; mais ce que je sais, c'est qu'il s'est produit chez quelques-uns d'entre eux, et cela me suffit. M. le rapporteur a cité en passant « *un de nos jeunes et laborieux confrères,* » qui a eu le malheur de se soumettre à la lancette d'un syphilisateur, dont la poitrine et les bras sont aujourd'hui rongés par un grand nombre de chancres consécutifs aux inoculations. Mais M. le rapporteur ne nous a pas dit si *toutes* les inoculations avaient réussi chez notre confrère. J'ai voulu le savoir; j'ai pris des informations directes, et voici ce que j'ai appris :

On a pratiqué environ 180 inoculations, et le pus a été pris tantôt sur le patient lui-même, tantôt sur d'autres malades, qui avaient sans doute le privilége de posséder du pus *supérieur*, comme disent les adeptes. Il y a eu d'abord un grand nombre d'inoculations successives qui ont toutes réussi sans exception. Puis, à mesure que l'expérience avançait, on voyait manquer çà et là quelques inoculations; puis le nombre des inoculations nulles est toujours allé croissant, et, enfin, sur les trente dernières, deux seulement ont réussi. Ce fait n'est pas le seul; mais je l'ai cité de préférence parce qu'il est parfaitement authentique, chacun de nous connaissant la victime de cette expérience. Il me semble impossible de ne pas reconnaître dans l'observation précédente le développement graduel de l'immunité, de la *saturation* syphilitique.

Cette immunité est-elle permanente ou temporaire? Il est très-probable qu'elle n'est que temporaire. La syphilisation est de trop fraîche date pour qu'on puisse lui demander une preuve sur ce point; mais en dehors de la syphilisation, il y a des documents qui peuvent nous éclairer.

Il y a longtemps — c'était bien avant l'apparition de la secte syphilisante, — il y a longtemps, dis-je, que M. de Castelnau, en observant les malades de Saint-Lazare, et en compulsant les registres de cet établissement, reconnut le fait suivant :

Lorsque les filles publiques commencent l'exercice de leur triste profession, elles ne tardent pas à être infectées; on les envoie à Saint-Lazare, où on les guérit; elles sortent, mais elles rentrent bientôt avec de nouveaux chancres. Cela dure quelque temps, puis tout à coup cela cesse, et tel nom qui a figuré quatre ou cinq fois sur les registres dans l'espace d'un ou deux ans, disparaît pendant plusieurs années d'une manière complète. Qu'est-il arrivé? La prostituée a-t-elle renoncé à son malheureux genre de vie? A-t-elle quitté Paris? Non; il est bien démontré aujourd'hui que la prostitution est presque toujours incurable. D'ailleurs, continuez à explorer le registre, et vous allez voir, au bout de quatre ou cinq ans, reparaître le même nom. Dès lors, et pendant une nouvelle période d'un à deux ans, vous retrouverez ce nom plusieurs fois sur le livre des entrées; puis il y aura une nouvelle période sans contagion, puis une nouvelle période de contagion, et ainsi de suite.

En méditant sur ce fait singulier, M. de Castelnau était arrivé à admettre que les infections répétées finissent par donner lieu à une sorte de saturation en vertu de laquelle le virus syphilitique cesse d'exercer son action locale; mais que cette saturation n'est que passagère, et qu'après une période d'immunité qui ne dure guère plus de quatre à cinq ans, la syphilis reprend tous ses droits sur l'économie.

Ce résultat d'une observation persévérante serait sans doute resté longtemps sans s'élever à la hauteur d'une démonstration; mais l'arrivée des syphilisateurs et l'activité de leur lancette ont fourni, rapidement et sans réplique, la preuve que cette saturation syphilitique et l'immunité qui en est la conséquence sont bien réelles.

Cette confirmation nous permet d'attacher beaucoup d'importance aux études de M. de Castelnau, et la voie qu'il a suivie n'étant pas trompeuse, nous sommes fondés à croire avec lui que l'immunité syphilitique n'est que temporaire.

M. Cullerier. — Si M. Broca veut bien relire mon rapport, il s'assurera que la question qu'il soulève y est parfaitement résolue; il verra qu'après un certain nombre d'inoculations, il peut y avoir pour certains individus une moins grande facilité à être inoculés. Mais je ne vois ni l'importance scientifique, ni l'utilité pratique que peut avoir un pareil fait.

Quant à l'observation du médecin allemand, M. L..., il puisait partout indistinctement le pus qui servait à ses inoculations; c'est donc un fait qu'il faut laisser en dehors de toute discussion qui; ne peut servir à rien.

M. Follin. — M. Cullerier ne voit pas l'importance du fait sur lequel a insisté M. Broca; cette importance me paraît cependant bien facile à saisir. Ce fait soulève une question qui a au moins un grand intérêt au point de vue de l'histoire naturelle de la syphilis, sinon au point de vue de la pratique.

Il y a une doctrine qui s'appuie sur la propriété qu'aurait le pus chancreux; or, il me semble que des faits consignés dans le livre de M. Spérino résulte l'affaiblissement graduel de la faculté d'inoculabilité chez les individus syphilisés; ce fait semble donc de nature à faire modifier une doctrine généralement admise.

M. Cullerier. — Je repète que le fait dont il a été question a été signalé dans le rapport, mais que, malgré les explications qui viennent d'être données, je n'en apprécie point l'importance, surtout pour ceux qui, comme mes collègues, repoussent comme une indigne et dangereuse pratique la syphilisation.

M. Broca. — Permettez-moi d'insister un instant sur la question qui vient de surgir et à laquelle la Société veut bien attacher de l'intérêt.

Je dirai d'abord à M. Cullerier qu'il n'est pas du tout nécessaire qu'un fait soit utile pour qu'on doive le constater; il suffit qu'il soit vrai; personne ne peut prévoir si un fait inutile aujourd'hui n'acquerra pas une grande utilité plus tard.

En second lieu, il ne me paraît pas que le fait dont j'ai parlé soit aussi inutile que le semble penser M. Cullerier; il me paraît avoir au contraire une portée considérable. Ainsi, au point de vue du diagnostic, il est évident que, dès que le pus syphilitique n'est pas fatalement inoculable, l'inoculation n'est plus, comme on l'a prétendu, une pierre de touche infaillible. Or, pour une certaine doctrine, la division des maladies vénériennes et la classification des accidents sont basées sur les résultats de l'inoculation. Pour mon compte, j'ai été élevé dans la doctrine en question, et j'avoue que j'y suis encore attaché, parce que l'observation clinique m'a paru la confirmer le plus souvent. Mais je ne me dissimule pas qu'elle a reçu une atteinte sérieuse par la démonstration de la vérité sur laquelle je viens d'insister, à savoir : *Le virus syphilitique n'est pas fatalement inoculable.*

Dans les séances du 28 décembre et du 4 janvier, quelques membres, notamment M. Vidal, rappellent les faits authentiques, notamment celui observé par M. Gosselin, à l'hôpital de Lourcine, qui prouvent que le pus chancreux ne peut pas toujours être inoculé.

Dans la séance du 4 janvier, M. Broca demande qu'il soit consigné au procès-verbal que personne, dans la Société de chirurgie, n'a contesté le fait en question.

M. le président et quelques autres membres font observer que la discussion soulevée par M. Broca n'ayant pas été générale, et n'ayant été l'objet d'aucun vote, on ne peut consigner officiellement, dans le procès-verbal, que le fait signalé par M. Broca n'est contesté par personne.

Ablation d'une partie du rectum. — Recto-plastie.

Dans la séance du 21, M. Demarquay a présenté une malade qui nous a paru offrir un véritable intérêt. C'est une femme sur laquelle ce chirurgien a pratiqué, le 30 août 1853, en présence de MM. Denonvilliers, Guersant et Pitha, de Prague, l'ablation de la partie inférieure du rectum, avec des modifications qui peuvent avoir une grande utilité pratique. Voici quelques détails sur cette observation :

La nommée Marie, cuisinière, est entrée à l'hôpital Necker (service de M. Lenoir), alors suppléé par M. Demarquay, le 11 août 1853. Elle portait depuis six mois une masse cancéreuse assez volumineuse au pourtour de l'anus; plus grosse du côté droit que du côté gauche. La maladie avait

de plus envahi la partie inférieure de l'intestin rectum, dans une étendue assez considérable, 3 ou 4 centimètres environ. Le doigt, toutefois, arrivait parfaitement à la limite du mal. La malade ressentait d'atroces douleurs et demandait à être opérée.

Voici le procédé opératoire mis en usage : une incision partant du coccyx circonscrit toute la tumeur; puis celle-ci est disséquée suivant les règles de l'art. Avant de détacher la partie malade, l'extrémité inférieure de l'intestin rectum est fendue suivant sa longueur, et elle est ensuite coupée circulairement, suivant le précepte donné par M. le professeur Denonvilliers. Les vaisseaux intéressés sont liés à mesure. Pour faire disparaître la plaie considérable résultant de l'opération, M. Demarquay, après avoir disséqué l'intestin rectum, resté sain dans une certaine étendue, attira à lui cet organe devenu libre et le fit adhérer au pourtour de la marge de l'anus, avec la peau restée saine. Par suite de cette espèce d'autoplastie, la plaie résultant de l'opération n'existait plus. Actuellement, la malade est parfaitement, elle va librement à la garde-robe. M. Lenoir, à son retour des vacances, a bien voulu prodiguer ses soins à la malade, et c'est grâce à cette intervention, que le résultat est aussi avantageux; en effet, au lieu de la tumeur cancéreuse, on trouve une cicatrice souple, élastique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nomination d'un membre dans la section de botanique à l'Académie des sciences.* — Cette nomination a eu lieu aujourd'hui; les candidats présentés par la section étaient :

1° M. Tulasne;
2° M. Moquin-Tandon;
3° *ex-æquo*. MM. Trecul et Duchartre.

Au premier tour de scrutin, M. Tulasne a obtenu 34 voix; M. Moquin-Tandon, 1; M, Payer, 1; un billet blanc. En conséquence, M. Tulasne a été proclamé membre de l'Académie des sciences, section de botanique, sauf approbation de l'Empereur.

Concours pour trois places de médecins des hôpitaux. — Le samedi 28 janvier 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination de trois places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire avant le 12 janvier 1854.

Le secrétaire général, Signé : L. Dubost.

— Par décret de S. M. l'Empereur, M. le docteur Chélius, de Heydelberg, est nommé officier de la Légion d'honneur.

— ***Bains et lavoirs publics en Angleterre.*** — **Dans une description tristement curieuse de quelques particularités des mœurs de la classe infime à Londres, publiée dans la *Revue de Paris,* M. Édouard Delessert donne ces renseignements sur un établissement de bains publics :**

« Donner aux pauvres les moyens de conserver une propreté complète à la fois pour leur personne et leur linge, est une idée philanthropique de la bonne espèce. Assez de philanthropes s'occupent du salut des âmes, cela fait plus de bruit, coûte moins d'argent, et personne ne va vérifier les résultats de ces conversions si nombreuses. Mais les fondateurs de ces bains, ainsi que ceux des garnis-modèles où j'ai été conduit ensuite, ont exécuté une bonne œuvre et profitable, et ont droit à une vraie reconnaissance.

« Voici en peu de mots la distribution de la maison :

« Une grande chaudière, placée au centre du bâtiment, renferme l'eau nécessaire à la fois aux bains et à la lessive. Les baignoires sont chacune dans une cellule séparée, doublées en fer étamé ou en faïence, et d'une propreté parfaite; des rebords en bois blanc ronds, et sans cesse lavés à l'eau de savon, donnent un air de fraîcheur complète et inspirent la confiance. L'établissement fournit les instruments de toilette, et la durée de chaque bain est d'une demi-heure; le prix fixé pour les bains de première classe est de six pences ou douze sous de France, et ceux de deuxième classe, de deux pences ou quatre sous. Or, la seule différence entre ces deux classes de bains consiste en ce que, dans la première, on peut soi-même modifier le degré du bain, grâce à un système de robinet rond et tournant en deux sens, soit pour l'eau froide, soit pour l'eau chaude; tandis que, dans la deuxième classe, il faut appeler pour cela un des hommes de service. Le cas échéant, je n'hésiterais pas, pour mon compte, à prendre les secondes classes, car je déclare n'avoir vu, dans leur construction, aucune différence quelconque avec les autres; mais tel n'est pas le goût des habitués de l'endroit, et, l'amour-propre aidant, ils se montrent bien plus amateurs des premières classes. Une ventilation, bien ménagée au sommet de la toiture vitrée de la salle, permet de fournir une température égale et suffisamment chaude.

« Passant de cette salle à la salle voisine, on se trouve dans une immense buanderie; là, chaque femme a une case particulière avec un assez grand bassin où elle peut verser, grâce à trois robinets différents, de l'eau froide, de l'eau chaude ou de la vapeur. Quand la lessive est faite, de hauts séchoirs disposés en tiroirs verticaux, en nombre égal aux cases, permettent de suspendre le linge et de le sécher en quinze minutes, et enfin des planches sur toute la longueur de la chambre servent à le repasser. Les fers chauffent dans un poêle alimenté par le feu de la chaudière et sont prêtés gratuitement. De la sorte, un grand nombre de femmes nettoient en même temps tout leur linge, et cela pour la somme d'un pence par demi-heure ou un pence et demi par heure.

« L'établissement est ouvert de six heures du matin à neuf heures du soir, et, grâce au ciel, il prospère. Tous les jours, baignoires et buanderie sont remplies, et sur les bancs qui bordent le corridor d'entrée, une foule de pauvres gens attendent souvent leur tour. Les frais sont payés; et pour ce prix modique, une charité bien entendue est faite, et probablement bien des maux évités : cela vaut, je crois, beaucoup de sermons et de syllogismes!

Dans le même article, M. Delessert décrit ainsi un des nouveaux *garnis*, des espèces de cités ouvrières, imaginés et fondés par quelques philanthropes anglais :

« Afin de continuer à me démontrer ce que peut obtenir de bons résultats une entreprise par association, mes inspecteurs me menèrent de là dans une maison-modèle d'habitation pour les hommes seuls. Ces institutions ont pris là-bas un corps et fonctionnent supérieurement; là des ouvriers sont logés tous les soirs pour deux schillings et six pences par semaine (1), s'ils s'engagent à rester deux semaines dans l'établissement, pour trois schillings, s'ils ne s'engagent que pour une seule.

« De longs dortoirs à cellules parfaitement aérées, contenant chacune la place largement suffisante pour un lit, une chaise et des vêtements, sont établis au premier étage; ces dortoirs sont éclairés au gaz et d'une propreté remarquable; derrière s'ouvre une chambre où les objets de toilette, l'eau en abondance et à discrétion, attendent les habitants passagers de ces demeures hospitalières. Au rez-de-chaussée s'étend un grand parloir central où les ouvriers peuvent lire, jouer et fumer à leur aise; à droite, une vaste cuisine où chacun fait lui-même son repas, avec des instruments fournis par l'établissement; enfin, à gauche, une bibliothèque où il est défendu de fumer, présente aux plus assidus des livres spéciaux pour leurs professions, et d'autres, en tout cas, fort utiles pour leur instruction. J'ai été frappé de l'apparence tranquille et saine de ces salles. Il y avait à peu près une cinquantaine d'ouvriers en ce moment qui causaient paisiblement, d'autres lisaient dans la bibliothèque, d'autres examinaient une publication à gravures à laquelle ils s'étaient abonnés en commun; le tout respirait un bien-être introuvable dans les maisons ignobles qu'ils habiteraient sans cette précaution.

« Eh bien, beaucoup d'entre eux se refusent à reconnaître l'avantage de pareilles maisons. Ils croient voir l'esclavage dans la règle, bien légère pourtant, qui gouverne ces établissements où ils ne sont rien moins qu'esclaves, et ils préfèrent ce qu'ils appellent la liberté avec la misère et le dénûment. Aussi, et jusqu'à ce que l'habitude en soit bien prise, les gens dont les capitaux sont engagés dans cette belle œuvre de bienfaisance, ne retireront-ils pas un gros intérêt de leur argent. Pour ceux qui ont agi avec la conscience du bien à faire à de pauvres gens, ils n'ont pas recherché la spéculation et seront assez récompensés par le résultat; si les autres l'ont recherché, tant pis pour eux : il faut qu'il en coûte un peu pour se montrer bienfaisant une fois qu'on s'en mêle.

(1) Environ 3 fr. 10 c. ou 86 c. par nuit; ce prix n'est pas tout ce qu'on pourrait désirer de meilleur marché, même en tenant compte de la différence de la valeur de l'argent à Londres et à Paris.

BIBLIOGRAPHIE.

Gymnastique des demoiselles, ouvrage destiné aux mères de famille, et contenant la description des exercices avec la construction et le prix des instruments, par M. Napoléon Laisné, professeur spécial à l'Ecole normale de gymnastique militaire, directeur des gymnases des lycées impériaux, de l'Ecole polytechnique et de l'hôpital des Enfants. — 1 vol. format Charpentier, de 140 pages. — A Paris, chez l'auteur, rue de Vaugirard, n° 9.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 5. 2e année. Jeudi 12 Janvier 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 11 Janvier 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Le *traitement opératoire d'un homme* est-il le traitement de celui qui l'applique ou le traitement de celui qui le subit? L'opinion de M. le professeur Alquié, de Montpellier, est en faveur de la seconde alternative, puisqu'il intitule la communication qu'il a adressée hier à l'Académie : « *Traitement opératoire d'un homme affecté d'extrophie de la vessie,* etc. » Comme ce n'est pas là une affaire de notre compétence, nous laisserons M. Alquié la régler avec l'Académie française, ou mieux encore peut-être avec son collègue de Paris, M. Requin.

Une intéressante lecture de M. Chatin sur le sujet de ses prédilections, la recherche de l'iode dans ses rapports avec le goître et le crétinisme, un rapport de M. H. Gaultier de Claubry sur le beau travail de M. Poggiale, relatif à l'analyse des eaux des environs de Paris, et le rapport annuel sur les épidémies, ont rempli la partie publique de la séance, qui s'est terminée par un comité secret.

Ayant mis complétement jusqu'à ce jour, sous les yeux de nos lecteurs, tous les documents qui peuvent éclairer la grande et belle question du crétinisme, nous publierons textuellement le travail de M. Chatin.

Quant au rapport de M. H. Gaultier de Claubry, il n'est qu'un résumé succinct de l'important travail de M. Poggiale, travail dont nous avons publié toute la partie essentielle lorsque la lecture en a été faite à l'Académie (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux* du 22 janvier 1853); nous n'avons donc qu'à nous associer ici aux justes éloges que M. le rapporteur et l'Académie ont adressés à l'auteur, et auxquels l'honorable M. Desportes a eu l'aberration (bien surprenante de sa part) de vouloir porter quelques restrictions.

Nous devons cependant faire observer, à propos de ce rapport, les justes et savantes remarques par lesquelles M. Chatin a fait son début à l'Académie. Ces remarques, présentées avec une simplicité, une netteté, parfaites, ont, malgré la spécialité du sujet, été écoutées avec un vif intérêt par l'Académie, qui s'est ainsi assurée qu'elle s'était adjoint un collaborateur capable de lui apporter un concours efficace.

Le rapport annuel, on le sait, est un de ces travaux non susceptibles d'analyse, inutile, quand il est incomplet, à moins qu'il ne se distingue par quelques vues générales, comme celui qu'a lu, l'année dernière, M. M. Lévy, presque impossible à faire complet, et dans tous les cas alors, impossible à lire.

Arrivons donc au comité secret, lequel, comme on s'en doute, n'a pas été plus secret que tous ses aînés. L'objet de ce comité était, comme nous l'avons annoncé, la lecture de la commission des associés libres.

Cette commission s'est à peu près résumée en M. Fr. Dubois.

M. Dubois (d'Amiens), personne ne l'ignore, est un homme qui fait, en général, fort bien, tout ce qu'il fait; mais peut-être fait-il un peu trop sans consulter ses collègues. Nous craignons bien, avec MM. Cazeaux, Larrey, Moreau et Velpeau, qu'il n'en ait été ainsi cette fois, n'ayant pas la certitude de pouvoir reproduire, avec exactitude, les arguments que les divers orateurs que nous venons de nommer ont produits, à l'appui de cette crainte (qui même n'était plus une crainte dans leur esprit), nous allons nous contenter d'exposer nos propres raisons.

Parmi les hommes qui pouvaient justement ambitionner l'honneur d'appartenir à l'Académie comme associés libres, la commission et surtout M. Dubois ont choisi MM. Milne Edwards et Davenne, directeur de l'assistance publique. Certes, nous sommes loin de trouver à redire à un pareil choix, et nous nous serions volontiers associé à M. Dubois s'il était venu défendre ces deux candidatures conformément au règlement. Mais pour soutenir une candidature, il faut d'abord, du moins d'après le règlement, que cette candidature se soit produite; l'article 40 (nouveau) du règlement porte en effet :

Nul ne peut obtenir un titre QUELCONQUE dans l'Académie :

1° S'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire;

2° S'IL N'EN A FAIT LA DEMANDE EXPRESSE.

Or, non-seulement MM. Milne Edwards et Davenne n'ont pas fait une demande *expresse* pour obtenir le titre d'associé libre, mais c'est au contraire M. Dubois qui leur a demandé s'ils voudraient bien accepter ce titre, à quoi ces messieurs ont répondu, de la manière la plus gracieuse d'ailleurs, par l'affirmative.

Cette manière de procéder avait le double inconvénient

d'être anti-réglementaire et d'enchaîner, en quelque sorte d'avance, les suffrages de l'Académie; car comment, sans manquer à toutes les convenances, ne pas nommer deux hommes honorables qu'on a mis en position d'écrire qu'ils accepteront avec reconnaissance l'honneur qu'on veut bien leur faire? C'est ce que toute la partie présente de l'Académie a parfaitement senti et ce qu'elle a témoigné, d'une façon non équivoque, en s'associant aux justes observations de MM. Cazeaux, Larrey, Moreau, Gaultier de Claubry et Velpeau. Dans une telle situation, l'Académie n'a pas voulu discuter les titres des deux candidats, et, pour sortir de la fausse voie où on l'avait placée, elle s'y est enfoncée tête baissée en les nommant par acclamation, alors que le règlement exige (art. 46) que la nomination se fasse « *au scrutin individuel, dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport de présentation,* et après *une convocation spéciale de l'Académie.* »

Une élection faite dans de telles conditions sera-t-elle ratifiée par l'Académie tout entière et par l'autorité? C'est ce qu'on ne saurait prévoir; mais ce qu'on dira, c'est que, quoi qu'il arrive, il ne pourra être que fort désagréable pour MM. Edwards et Davenne, d'avoir été introduits dans l'Académie par une voie aussi détournée, alors que leurs travaux et leur position pouvaient les y conduire par la franche et droite voie de la légalité.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques.— M. Nélaton.

Paralysie spontanée de la vessie et du rectum. — Incontinence d'urine et des matières fécales.

En général, lorsqu'on a examiné les malades, lorsqu'on rédige une observation, il ne faut point se perdre dans des détails inutiles; il est bon de rappeler ses antécédents, mais seulement ceux qui se rapportent à l'affection actuelle.

C'est ce que nous ferons ici.

Au n° 6 de la salle des hommes, est couché un jeune homme qui a une affection, *en apparence* fort simple, mais qui, cependant, soulève plusieurs questions dont la solution n'est pas exempte de difficultés. Il est âgé de 22 ans, il a toutes les apparences de la force, il est bien musclé, trapu. Sa profession n'a aucun rapport avec l'affection actuelle. Il a eu une blennorrhagie, il y a un an, qui a duré assez longtemps; mais il était parfaitement guéri, il n'avait eu aucune des suites ordinaires de la blennorrhagie, soit un léger écoulement blanc, soit quelque difficulté apportée dans la miction; quand le jet d'urine s'était écoulé, aucune goutte ne s'échappait dans le pantalon. Il y a six semaines, il se couche un soir bien portant et le lendemain matin il veut uriner; vains efforts! il ne peut rendre une seule goutte d'urine.

Cet état persistant, le malade se décide à entrer à la Pitié, où pendant la journée il fit encore de vains efforts pour uriner. Le lendemain, le chirurgien de la salle pratiqua le cathétérisme assez facilement et l'urine s'écoula très-bien, dit-il, peu de temps après. L'urine s'écoula goutte à goutte de l'extrémité de la verge; ce n'était plus une rétention, c'était une incontinence d'urine.

Le malade, sur les conseils du chirurgien de la salle, sortit de la Pitié et se remit à son travail habituel. Mais l'urine, continuant à couler peu à peu, il vint à la Clinique pour se faire traiter, où l'on constate, en effet, qu'il a un suintement continuel d'urine.

L'écoulement continuel et involontaire de l'urine peut être produit par des causes très-diverses; il s'agissait de connaître celle qui avait amené l'affection de notre malade. Parmi ces causes, arrivent en première ligne toutes celles qui mettent un obstacle à l'écoulement de l'urine par l'urètre, telles que le gonflement de la prostate ou un rétrécissement du canal. Les malades urinent alors par regorgement; il y a rétention et incontinence apparente; en effet, la vessie se distend par l'urine; puis, quand elle ne peut plus laisser accumuler de liquide dans son intérieur, le trop plein sort et coule goutte à goutte. On examina la région sus-pubienne, pour voir si l'on trouverait le globe vésical distendu par l'urine, contenue dans sa cavité dilatée: on ne trouva pas de saillie vésicale; ce n'était pas néanmoins une raison suffisante pour croire que l'incontinence d'urine n'était pas due à la rétention de ce liquide dans la cavité vésicale, car chez quelques malades qui ont une vessie petite, il peut y avoir sortie de l'urine par regorgement, bien que la vessie contienne peu d'urine et soit cachée dans l'excavation pelvienne. On sonda alors le malade, et l'urine s'écoula *goutte à goutte, sans projection à l'extrémité de la sonde;* puis, après l'écoulement de trois ou quatre cuillerées de liquide, il ne s'écoula plus rien. Du reste, le cathétérisme avait été facile. Cette vessie avait perdu la faculté d'expulser la petite quantité d'urine qu'elle contenait; car, lorsque par une sonde on a fait disparaître les courbures du canal de l'urètre et tous les obstacles qui peuvent arrêter l'urine dans son cours, si l'urine n'est pas projetée par une certaine impulsion, c'est que la vessie n'a pas la force de l'expulser. Il y a donc inertie complète des parois vésicales; l'urine s'écoule d'une manière constante, parce qu'il y a aussi inertie du sphincter vésical, du muscle qui resserre le col.

Il y a une paralysie de la vessie: à quoi cela tient-il? Rien n'indique que cela soit l'effet d'une distension prolongée, d'une rétention volontaire d'urine qui serait devenue peu à peu involontaire; car la vessie, distendue outre mesure, perd son ressort et ne peut plus se contracter. Ici, nous n'avons rien de semblable. Serait-ce une paralysie causée par une phlegmasie voisine; une péritonite voisine de la vessie; une péritonite pelvienne, péri-vésicale, comme cela peut arriver? Une affection pareille ne passe jamais sans qu'on s'en aperçoive, et notre malade n'a jamais éprouvé la moindre douleur de ce côté. Il faut donc encore écarter cette supposition.

Y a-t-il une affection de la partie inférieure de la moelle épinière, d'où partent les nerfs qui se distribuent à la vessie? Si cela était, les troubles ne se seraient pas bornés à la vessie; il y aurait eu des désordres dans la motilité des membres inférieurs. Rien de semblable ici: les membres abdominaux sont très-vigoureux. La paralysie ne paraît donc exister que dans le corps et le col de la vessie; tous les autres systèmes musculaires ont conservé leur motilité. Lorsque le malade contracte ses muscles périnéaux, et qu'on presse entre les mains la région bulbeuse de l'urètre, on sent ces muscles entrer en action, sous l'influence de la volonté du malade, qui resserre son canal.

Il y a là une paralysie partielle, dépendant d'une altération inconnue du plexus vésical formé par les nerfs de la vie organique qui vont se répandre dans la tunique musculeuse de la vessie et à son sphincter. Que l'on observe une paralysie partielle dépendant de la section d'un nerf, rien de plus facile à expliquer; mais une paralysie partielle dépendant d'une cause générale, cela est plus difficile à comprendre. Cela n'est pas rare néanmoins; ainsi, à la suite d'une attaque d'hystérie, on voit survenir une paralysie de quelques muscles seulement; chez certains ouvriers qui travaillent le plomb, on voit une paralysie du nerf radial. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, la paralysie est localisée, bornée à la tunique musculaire et au sphincter de la vessie.

Quelle est la cause à laquelle on peut rapporter cette disposition, ce regorgement? Il est probable qu'il y a quelque chose d'imparfait dans son appareil urinaire, une disposition congéniale dont les effets se sont déjà fait remarquer antérieurement. Ce malade, dans son enfance, a eu une incontinence particulière d'uriner, l'incontinence nocturne. Il a dit qu'en effet, jusqu'à l'âge de huit ans, il urinait malgré lui, pendant la nuit seulement. J.-L. Petit, qui est le premier qui ait appelé l'attention des pra-

ticiens sur ce sujet, admettait trois sortes d'enfants chez qui se remarquaient les incontinences d'urine : les *dormeurs*, les *rêveurs* et les *paresseux ;* pour lui, les dormeurs sont ceux qui ne sont pas réveillés par l'écoulement de l'urine ; les rêveurs sont ceux qui ont conscience de ce qu'ils font, mais croient être éveillés et satisfont leur besoin d'uriner, croyant être près d'un mur ou aux lieux d'aisance (bon nombre de gens raisonnables sont enfants sur ce point-là) ; et enfin les paresseux, ceux qui, quoique éveillés, ne veulent pas se déranger pour pisser.

Notre malade appartenait probablement à la catégorie des dormeurs. Ce n'est qu'à l'âge de huit ans que cet état a cessé : tout cela semble indiquer une prédisposition à une imperfection des fonctions de la vessie.

Mais ce n'est pas tout : il n'y a pas que la vessie qui soit sous l'influence du plexus hypogastrique, le sphincter anal et la partie inférieure du rectum sont sous sa dépendance.

Il n'y aurait eu rien d'étonnant qu'il existât aussi un défaut d'action du rectum, une paralysie de cet organe. On interrogea alors le malade pour savoir la manière dont il allait à la garde-robe, et l'on put se convaincre que les fonctions du rectum étaient altérées. La paralysie du rectum est caractérisée par la rétention des matières fécales, à la condition qu'elles seront dures, mais si elles sont liquides, s'il y a diarrhée, il y aura incontinence. Pareille chose semble s'être passée chez notre malade ; car depuis huit jours qu'il est entré à la Clinique, il n'est pas allé à la selle, il est probable qu'il y a des matières dures dans l'*s* iliaque. Il dit qu'auparavant, quand il avait la diarrhée, il ne pouvait pas retenir ses matières. Il y a donc paralysie de la vessie et de son sphincter, ainsi que de l'extrémité inférieure du rectum et de son sphincter.

Quel sera maintenant le traitement ? Les voies urinaires étant parfaitement perméables, ce n'est qu'à l'inertie, qu'à la paralysie qu'il faut remédier. On va d'abord employer un moyen très-simple ; on introduira plusieurs fois par jour une sonde dans la vessie, afin que par sa présence dans sa cavité, elle puisse en stimuler les parois. Si ce moyen ne réussit pas pour ranimer la vessie, on y fera, au moyen d'une sonde, et à diverses reprises, des injections d'eau froide qu'on laissera séjourner quelque temps dans sa cavité, pour stimuler l'action de la paroi vésicale. Enfin on donnera des bains sulfureux, qui ont une certaine influence sur les affections paralytiques. Si cela échoue, on emploiera l'électricité, on mettra le pôle d'une pile dans la vessie, au moyen d'une sonde métallique, l'autre pôle sera placé sur la région hypogastrique, au-dessus de la vessie.

Comme le rectum participe à la paralysie, il sera préférable d'introduire un pôle dans la vessie et l'autre dans le rectum, de cette manière, on pourra peut-être obtenir une guérison. Depuis quelques jours, une sonde de gomme élastique a été introduite dans la vessie, et laissée à demeure pendant une heure chaque fois. Déjà le jeune malade a recouvré la faculté de retenir l'urine pendant quelques heures, et l'on remarque que l'excrétion urinaire est accompagnée d'une certaine projection du liquide, indice du retour de la force contractile de la vessie.

Ce n'est pas la première fois que les pôles d'une pile sont introduits dans une cavité naturelle ; à la Charité, dans le service de M. Briquet, j'ai souvent vu M. Duchenne (de Boulogne), pour rétablir chez certaines femmes la menstruation qui s'était suspendue pendant plusieurs mois, électriser l'utérus, sans aller cependant jusqu'à provoquer la souffrance, en portant l'un des pôles de sa pile sur le col utérin, par le vagin, et appliquant l'autre sur la paroi abdominale, correspondant au corps de l'organe.

Du reste, nous mettrons nos lecteurs au courant du traitement qui sera fait, et de son action efficace ou non.

AMÉDÉE LA COUTURE.

Hôpital de la Charité. — M. PIORRY.

Du rhumatisme.

Si nous passons en revue les malades qui se trouvent en ce moment dans nos salles, et qui se plaignent d'avoir ressenti jadis, ou d'éprouver encore aujourd'hui des douleurs rhumatismales, nous en trouvons plusieurs qui méritent de fixer notre attention ; car ils présentent chacun des symptômes bien tranchés. Le premier, est un homme qui prétend avoir eu des rhumatismes au service militaire : à cette époque, il fut pris de douleurs dans les jointures, avec fièvre, chaleur, etc. Cet homme a donc eu un rhumatisme articulaire, et, en effet, on le traita alors par des émissions sanguines répétées ; les accidents du côté du cœur qui étaient venus compliquer son état, avaient également disparu sous l'influence de cet agent thérapeutique. Jamais cet homme n'avait bivouaqué, jamais il n'avait été soumis à la cause froid-humide. — Plus loin, nous trouvons un autre malade qui accuse des douleurs rhumatismales ; le genou droit est le siége de souffrances violentes sous-cutanées, et sans tuméfaction aucune. En remontant le long de la cuisse, en déprimant assez profondément, on trouve que la douleur ne siége point à la région antérieure et qu'elle ne descend pas au-dessous du genou : c'est la partie postérieure qui est malade, et seulement sur le trajet du nerf sciatique. L'examen minutieux de la région lombaire et de l'abdomen ne trouve aucune trace de lésion. Cet homme a donc une névralgie sciatique que plusieurs praticiens avaient considérée comme un rhumatisme. Interrogé s'il a été soumis à la cause froid-humide, il répond négativement.

Parmi les femmes, nous en voyons une qui n'a jamais séjourné dans un endroit humide ; elle a été prise de douleurs rhumatismales sans fièvre, sans augmentation de volume du membre. Ces douleurs violentes reviennent à chaque changement de température, voyagent des épaules aux bras, et semblent avoir leur siége dans le système musculaire. Enfin, nous avons une vieille femme qui a été exposée à la cause froid-humide : elle est concierge et couchée près d'un mur excessivement humide. C'est dans le côté qui était le plus rapproché de ce mur qu'ont commencé les douleurs des membres. Il y a chez cette femme déformation des petites articulations, le métacarpe est fléchi outre mesure sur le carpe, les phalanges sont dans une extension permanente et exagérée sur le métacarpe ; enfin, les phalangines et les phalangettes sont dans la flexion la plus prononcée qu'on puisse obtenir, de façon que la main, vue dans son ensemble, rappelle assez bien l'aspect d'une griffe. Joignez à ces caractères l'augmentation de volume de chaque articulation. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme était en proie à des souffrances assez violentes ; aujourd'hui, grâce à l'iodure de potassium, les douleurs ont disparu et les doigts peuvent être fléchis moins difficilement.

En examinant ces faits avec quelque attention, il est permis de reconnaître combien sont vagues les idées que l'on a émises sur le rhumatisme. Les trois premiers cas ne peuvent guère être considérés comme des affections rhumatismales, puisque le *froid-humide*, cette condition *sine quâ non* du rhumatisme, n'a pas présidé à leur développement ; ainsi, chez l'un, on trouve des douleurs musculaires, chez l'autre une hémite avec arthrite (rhumatisme articulaire aigu), chez un autre, enfin, il s'agit d'une névralgie sciatique. Le dernier cas, si l'on n'a égard qu'à la cause, serait un rhumatisme ; mais cette déformation des jointures n'annoncerait-elle pas que l'on a affaire plutôt à la goutte, affection bizarre, qui frappe les individus avancés en âge et habitués à un régime trop somptueux ? C'est avec des faits aussi divers que l'on a construit une maladie dont l'aspect devait inévitablement varier avec chaque individu ; aussi, chacun a-t-il eu soin de regarder le rhumatisme comme une affection très-insidieuse.

Étudions la cause, les symptômes, le siége du mal, et dans chacun des cas, nous aurons à constater une dissemblance très-frappante, qui ne nous permet pas de considérer ces troubles comme appartenant à une même affection. Ainsi, une seule malade a été exposée à la cause froid-humide ; un autre individu (le premier cas cité) éprouva de violentes fatigues à la suite d'une marche forcée ; un travail musculaire exagéré détermina le mal chez l'autre femme ; enfin, dans le deuxième cas, rien ne peut nous mettre sur la trace de la cause probable. Les symptômes nous donneront-ils plus de parité que les causes ? D'un côté, il y a eu fièvre inflammatoire avec gonflement des jointures ; de l'autre, il s'agit d'une névralgie sciatique ; chez la première femme, on trouve des douleurs vagues dans les articulations et les muscles : chez la dernière, douleurs aiguës, avec déformation des jointures. Quant au siége, il ne varie pas moins ; c'est tantôt le nerf sciatique qui est affecté, tantôt les muscles, tantôt les grandes articulations, etc., en dernier lieu, les petites articulations. Ce que nous

avons vu pour les symptômes, les causes et le siége du mal, nous le constaterons de nouveau pour le traitement. Il n'y a donc aucune analogie entre ces diverses affections, et certes nous n'irons pas croire à la possibilité d'un vice intime, quand rien ne nous en prouve l'existence. Pouquoi faire alors une unité morbide, quand il y a tant de dissemblance entre les symptômes, le siége, etc.?

(La suite à un prochain numéro.)

Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier, des eaux thermo-minérales et de l'eau simple en général,

A propos du **Traité d'hydrothérapie générale** de M. A. H. A. Dauvergne, *médecin de l'hôpital de Manosque,* etc. (1).

Dès nos premières recherches bibliographiques sur l'hydrothérapie (1837) et avant toute expérimentation personnelle, nous comprîmes que nous nous trouvions en présence d'une médication douée d'une puissance remarquable et d'une précieuse efficacité; mais nous entrevîmes, du même coup, que cette médication, empiriquement systématisée et discréditée avant même d'être connue, faisait fausse route entre les mains de son inventeur, paysan ingénieux et hardi, mais dépourvu de toutes connaissances médicales, et même entre celles de quelques médecins convaincus, mais peu instruits, qui s'imposaient rigoureusement les pratiques et les doctrines de Priessnitz. Il devint évident, pour nous, que les guérisons incontestables et nombreuses obtenues à Grafenberg étaient dues non à l'ingestion d'une énorme quantité d'eau, non à des sudations excessives et quotidiennes, non à de prétendus phénomènes critiques qui ne sont que de fâcheuses complications, mais à l'agent auquel on n'attribuait qu'un rôle secondaire et accessoire : *à l'eau froide appliquée à l'extérieur,* et nous demeurâmes convaincu que l'heureuse influence exercée par l'hydrothérapie devait trouver sa raison d'être et son explication, dans les phénomènes physiologiques qui s'accomplissent au sein de l'organisme, et non dans les mystérieuses opérations de cet obscur et mystique vitalisme qui ne voit que *matières peccantes,* que *force médicatrice de la nature.*

Six années d'expériences, d'observations, ne firent que justifier nos prévisions et nous démontrèrent, de la manière la plus évidente, que l'hydrothérapie est presque tout entière dans l'action exercée par les applications extérieures d'eau froide sur les grandes fonctions de l'économie : la circulation, la respiration, l'innervation, la calorification, la nutrition, l'absorption, les sécrétions, etc., et, frappé des résultats que nous obtenions, nous fûmes conduit, d'une notion partielle et spéciale, à des considérations de thérapeutique générale que nous avons formulées en ces termes :

« Aujourd'hui, une voie nouvelle et féconde s'ouvre à l'art de « guérir; les travaux qui, dans ces dernières années, ont jeté « une si vive lumière sur la physiologie hygique ont fait naître « une science corrélative : la physiologie pathologique; et « celle-ci, à son tour, doit nécessairement conduire à la phy- « siologie curative, c'est-à-dire à des méthodes thérapeutiques « qui s'adresseront à des agents dont l'action est plus puissante, « plus certaine et mieux déterminée que celle de la plupart des « agents médicamenteux : c'est-à-dire aux fonctions elles-mêmes « de l'organisme, et alors sera constituée la *médecine physio- « logique;* non cette prétendue médecine physiologique qui « n'était encore qu'un système fondé sur une hypothèse et à la- « quelle a survécu l'homme illustre qui l'avait enfantée, mais « celle qui s'appuie sur l'observation, sur l'expérimentation et « sur l'étude attentive des phénomènes physiques, chimiques, « mécaniques et dynamiques qui s'accomplissent dans le sein de « l'organisme vivant (2). »

En écrivant ces lignes, nous n'espérions pas éprouver sitôt la satisfaction de voir des hommes de talent, des observateurs sérieux, des praticiens habiles, s'engager dans la voie que nous signalions, et sur laquelle nous nous efforcions laborieusement de planter quelques jalons; c'est donc avec un véritable plaisir que nous voyons M. Bonnet (de Lyon) jeter les bases de la « *théra- « peutique fonctionnelle,* » laquelle agissant « *par la régula- « risation des fonctions normales, doit prendre place à côté « de la médecine opératoire et de la matière médicale* (1); » que nous entendons M. Dauvergne proclamer que « *si l'hydro- « thérapie peut avoir la prétention de constituer une méde- « cine générale, c'est qu'avec les diverses qualités de l'eau « on peut atteindre, suivant la manière de s'en servir, la « sensibilité, la contractilité, la nutrition, la caloricité,* » et étudier, en se plaçant au même point de vue que nous, et en suivant la marche adoptée par nous, dans notre *Traité d'hydrothérapie,* l'action des eaux de mer et des eaux thermo-minérales, sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Après avoir rappelé les propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer, M. Dauvergne étudie les effets produits sur l'organisme par l'air, les lieux, les climats, les vents et brises de mer, la pression atmosphérique, et cette étude le conduit à cette conclusion : que les eaux de mer ont une influence beaucoup plus favorable lorsqu'elles sont placées sous des conditions atmosphériques méridionales, que sous un climat froid ou humide; d'où il résulte que les bains de mer Méditerranéens ont une incontestable prééminence sur ceux de l'Océan.

Dans deux paragraphes spéciaux, M. Dauvergne s'occupe des effets physiologiques de la densité, et de la température de l'eau de mer; il établit qu'au moment de l'immersion la fréquence du pouls augmente de 3 à 6 pulsations par minute; que cette accélération est d'autant plus prononcée et plus persistante *qu'on est moins accoutumé à se baigner;* que dans aucun cas elle ne se prolonge au delà de 5 à 6 minutes, après quoi le pouls tombe graduellement de 4 à 17 pulsations au-dessous du chiffre primitif (p. 61); que la respiration est en parfaite concordance avec la circulation, mais que les inspirations et les expirations sont fort inégales, « les unes étant rapides, courtes et rapprochées, les « autres profondes, étendues et plus distantes. » Ces résultats diffèrent en quelques points de ceux que nous avons obtenus nous-même, dans des expériences nombreuses que nous nous sommes efforcé de rendre aussi complètes et aussi décisives que possible, et nous regrettons vivement que M. Dauvergne nous ait rendu le contrôle impossible en n'indiquant ni la température du liquide, ni celle du corps, ni la durée de l'immersion, ni les conditions de repos ou d'exercice dans lesquelles celle-ci a été opérée, etc., etc. Cette lacune est d'autant plus regrettable que M. Dauvergne nous paraît avoir rapporté au contact du liquide des effets qui, suivant nous, appartiennent à *l'émotion,* c'est-à-dire à une simple influence morale.

A propos de la *réaction* qui succède à l'immersion froide, M. D.... combat les observateurs qui n'aperçoivent dans ce phénomène « qu'une excitation produite sur le tégument général, « qu'une *révulsion cutanée,* qu'une *réaction substitutive;* » et il ajoute : « *Pour nous, l'effet thérapeutique est dans « toutes les modifications survenues et dans la constitution « des liquides et dans l'énergie des solides* (p. 75-87). » — Nous ignorons à qui s'adressent les reproches de M. D...., si ce n'est à M. Constantin James; mais nous devons déclarer que, pour notre part, nous n'avons jamais compris les choses autrement que M. D.... : n'avons-nous pas distingué l'action *reconstitutive* de l'action *révulsive,* et indiqué les procédés hydrothérapiques, très-différents, à l'aide desquels on obtient l'une ou l'autre de ces influences thérapeutiques? En insistant sur l'utilité des applications froides *de très-courte durée,* n'avons-nous pas établi nettement les indications, les circonstances physiologiques et pathologiques dont il faut tenir compte, et n'avons-nous point proclamé qu'il ne saurait y avoir de « *règle absolue* » à cet égard, chaque malade devant être chaque jour, de la part du médecin, l'objet d'une attention particulière et d'une thérapeu-

(1) Paris, 1853, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.
(2) L. Fleury, *Traité d'hydrothérapie,* p. 112. Paris, 1852.

(1), Bonnet, *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.* Paris, 1853.

tique incessamment modifiée, suivant les phénomènes nouveaux qui se produisent (1)?

Les effets physiologiques déterminés par les mouvements de la mer sont ensuite étudiés et exposés par M. D.... L'onde marine (lame ou vague) ne produit pas sur le corps un *choc*, comme le fait une douche, mais une *pression* contre laquelle le système musculaire lutte par un effort intermittent, plns ou moins violent. Cette pression et cette *gymnastique* ont pour effet « d'exciter la tonicité et la contractilité ; d'activer la puis-« sance d'assimilation et de décomposition, l'élaboration lym-« phatique et la circulation veineuse. »

A propos des mouvements de la mer, M. D.... établit « que le « bain de mer est *d'autant plus froid que la mer est plus* « *agitée*, » et il ajoute l'explication suivante : « La vague qui « arrive n'est pas plus froide que celle qui l'avait devancée; « mais comme le corps s'était mis en un certain rapport de « température avec la première, celle qui la remplace lui paraît « plus froide. »

L'explication physique ne nous semble pas être satisfaisante, et le fait annoncé est en contradiction avec ce que nous avons observé. Que M. D.... nous permette de le lui dire franchement : il a donné, dans son livre, une place beaucoup trop large à des citations surabondantes et inutiles, à des théories obscures et controversables, à des discussions sans intérêt et sans résultat possible, à des dissertations de physiologie transcendante tombant dans la métaphysique, et il a fait trop bon marché des conditions sur lesquelles repose toute expérimentation sérieuse et probante; or, l'expérimentation pouvait seule le conduire au but qu'il s'était proposé. A l'appui des assertions de l'auteur, nous avons toujours recherché les données fournies par le thermomètre, la montre à secondes, l'anémomètre, etc., et nous ne les avons jamais trouvées. L'usage de ces instruments de précision n'est-il point indispensable pour apprécier l'action d'un modificateur aussi complexe et aussi variable que le *bain de mer?* La mer est agitée par l'effet de la marée montante ou par celui du vent, et l'effet produit est loin d'être le même dans les deux cas. Comment apprécier son influence sur l'organisme, si l'on ne tient point un compte exact de la température atmosphérique, de celle du liquide, de la température animale, de la force et de la direction du vent, de la *durée du bain* surtout, et quant à ce dernier point, nous avons peine à comprendre que M. D.... l'ait complétement passé sous silence.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son appréciation des effets physiologiques produits par la phosphorescence et par l'électricité de la mer.

Dans un paragraphe consacré à l'étude *des effets physiologiques produits par les agents physiques des eaux thermales*, M. D.... établit que la thermalité est un agent débilitant hyposthénisant, et il ajoute : « Non-seulement les eaux thermales « conviennent mieux que les froides aux phlegmasies chroni-« ques, mais en pareil cas, tandis que les bains de mer ou les « bains froids ne produisent *que des effets d'excitation* au « bénéfice de la phlegmasie, comme le disait Lisfranc, les bains « de mer chauds ou les eaux thermales secondent et favorisent « *la résolution* de la maladie. »

C'est précisément parce que nous partageons l'opinion de M. D...., quant au premier point, que nous ne pouvons admettre le second. Non ! Dans la plupart des inflammations chroniques, les agents débilitants hyposthénisants *ne favorisent point la résolution;* tout au contraire, et pour que l'eau froide ne produise *que des effets d'excitation au bénéfice de la phlegmasie,* il faut qu'elle soit administrée d'une manière bien inhabile! Nous croyons avoir démontré, de la façon la plus péremptoire, que les applications extérieures d'eau froide représentent la *médication résolutive* par excellence, et en invoquant le RHUMATISME pour justifier sa doctrine, M. D.... nous fournit, pour le battre avec ses propres armes, un jeu beaucoup trop beau pour que nous en profitions.

L'étude de la thermalité conduit M. D.... à celle de la POUSSÉE, « *cette panacée universelle, ce grand cheval de bataille des* « *médecins inspecteurs, ce phénomène accidentel et surtout* « *exceptionnel qui, cependant, guérit tout et transforme* « *toutes sortes de maladies ;* » et ici, les opinions émises par l'auteur sont tellement conformes à celles que nous avons exprimées nous-même à propos des prétendues éruptions critiques qui représentent le *grand cheval de bataille* enfourché par les adeptes de Priessnitz, par messieurs les hydropathes pur sang, que nous voulons les reproduire textuellement, heureux que nous sommes de recueillir ce témoignage de la bouche d'un élève d'Alibert, d'un dermatologiste distingué, d'un médecin vitaliste et humoriste fort bien disposé en faveur du *vice dartreux,* de la *diathèse herpétique* et de la doctrine des *crises !* Citons :

« La poussée, cette éruption sans fièvre ou cette fièvre sans « éruption, est un phénomène exceptionnel; elle est un acci-« dent, car elle se montre avec des bains chauds ou froids; si « par le mode d'administration trop subit et portant trop à la « peau on a amené une excitation et un mouvement centrifuge « trop rapide, sans donner le temps à l'organisme de remédier « à cette excitation organique par les sécrétions. La poussée « s'observe surtout chez les personnes qui mangent et boivent « beaucoup et qui ne s'astreignent à aucun régime alimentaire; « la poussée n'est qu'un mouvement physiologique ordinaire-« ment inopportun; la poussée consiste si peu dans l'essentialité « ou les propriétés chimiques des eaux, comme on a voulu le « faire entendre, qu'on l'observe non-seulement dans toute « sorte de thermes, mais encore à la suite de bains de mer et de « diverses pratiques hydrothérapiques. On ne peut donc plus, « aujourd'hui, faire honneur de la poussée à des vertus particu-« lières des sources minérales, mais tout simplement à l'appel « des liquides à l'extérieur par l'action centrifuge de la therma-« lité, ou à la réaction par le mode d'administration des bains « froids. »

Les paragraphes 8 et 9 sont consacrés à l'étude des effets physiologiques produits par les agents chimiques de l'eau de mer et de l'atmosphère maritime, et M. D.... expose avec détails l'influence exercée par la diminution de l'acide carbonique et par la présence de vapeurs salines, iodurées et bromurées, ainsi que de molécules de pétrole phosphoré.

Dans le paragraphe 10, M. D.... s'occupe des effets physiologiques produits par les agents chimiques des eaux minérales, et il attaque de front la doctrine de la spécificité : «*Ce cri de l'in-* « *térêt individuel prenant effrontément le langage austère* « *de la science.* » L'auteur s'efforce de prouver que si, faisant abstraction des effets produits par l'eau elle même et par la thermalité, on ne tient compte que de la composition chimique des eaux minérales, celles-ci peuvent toutes être comprises dans la classification suivante :

Eaux froides sthéniques, augmentant la plasticité des fluides en général : eaux ferrugineuses, manganésiennes et acidules gazeuses;

Eaux thermales asthéniques : 1° diminuant la plasticité des fluides en général : eaux alcalines, salines, sulfureuses, arsénieuses; 2° diminuant la plasticité des fluides, en attaquant particulièrement l'albumine : eaux iodurées et bromurées.

Certes, la question traitée par M. D.... ouvre un vaste champ à la discussion ; et plusieurs objections pourraient être opposées à l'auteur, mais ses principes sont ceux auxquels doit se rattacher tout médecin instruit et consciencieux, et, pour notre part, nous savons grand gré à M. D.... des efforts qu'il a faits pour mettre un terme à cette mystification infiniment trop prolongée dans laquelle on voit la plus inoffensive des sources minérales

(1) A l'avance, et une fois pour toutes, nous prions le lecteur de nous pardonner, si, dans le courant de cet article, il nous arrive de nous mettre souvent et personnellement en scène; mais il s'agit d'hydrothérapie, et M. Dauvergne, avec une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier, nous a fait intervenir à presque toutes les pages de son livre. Nous écarter de la discussion ne nous est donc pas possible.

acquérir, sous la plume de l'inspecteur et des médecins de la localité, des vertus spécifiques et mirifiques dont on lui confère le monopole.... le catalogue des maladies qu'elle est appelée à guérir, ne différant d'ailleurs en rien de ceux qu'exhibent ses rivales plus ou moins accréditées !

Ici se termine la partie physiologique du livre de M. D.... et commence la partie thérapeutique ; les influences curatives des eaux de mer et des eaux minérales étant ramenées par l'auteur à trois chefs principaux :

Résultats par action topique immédiate ;
Résultats par équilibration organique fonctionnelle ;
Résultats par modification et régénération de la nutrition.

Suivons M. D... dans chacune de ces divisions.

L'eau de mer, comme certaines eaux minérales, exerce une action topique astringente et légèrement excitante, qui peut être employée avec avantage dans le traitement des ulcères atoniques, des plaies dont la cicatrisation ne marche pas assez rapidement, des trajets fistuleux, des caries, des maladies de la peau, et, à propos de ces dernières, l'auteur émet la proposition suivante : « Les bains de mer *tièdes,* de courte durée et répétés, « conviennent spécialement aux maladies sécrétantes de la peau ; « les bains *froids* et de très-longue durée, aux dartres sèches. » Et il rapporte plusieurs observations qui prouvent, selon lui, « *contrairement à M. Fleury,* que l'hydrothérapie peut être « utile contre les maladies de la peau ; mais, *de concordance* « *avec ce praticien,* que ce n'est pas en faisant suer le malade « et en portant les liquides à la peau. » M. D.... ajoute : « Je « crois qu'en cela la prétention des dermo-hydro-thérapeutistes « exclusifs fait fausse route, et qu'il sera à jamais impossible à « M. Baldou de prouver comment la sudation dans les linges « mouillés est résolutive et calmante, mieux que celle obtenue « avec l'étuve du médecin de Bellevue et des différentes eaux « thermales. »

Nous sommes heureux de cette concordance d'opinions qui est plus complète que ne le pense M. D...., car n'ayant eu à nous occuper ni des bains de mer ni des bains *tièdes,* nous avons dit, quant à l'eau froide et à l'*hydrothérapie Priessnitzienne,* précisément ce qu'en dit M. D.... lui-même. Voici, en effet, nos paroles : « L'hydrothérapie est plutôt nuisible qu'utile dans le traitement *des maladies cutanées avec sécrétion ;* dans *les dermatoses sans sécrétion :* les affections papuleuses et squameuses, elle peut, au contraire, être employée sans inconvénient ou même avec avantage. »

Les résultats d'équilibration fonctionnelle ont été obtenus par M. D.... dans le traitement « des anervies, des névralgies et d'une infinité de congestions et d'hyperémies ; » et ici encore, nous sommes très-heureux de voir l'auteur appeler, comme nous, l'attention des praticiens sur « l'hyperémie passive du tube digestif et *du foie,* entraînant une stagnation du sang veineux dans la veine-porte et des palpitations du cœur. » A ce propos, M. D.... s'écrie :

« Tout est possible à la force vitale réactionnelle qui veille tou- « jours sur nos mouvements ; mais il n'est pas prudent de s'y trop « confier. Aussi toute la médecine consiste-t-elle dans ce plus « ou ce moins, et le secret de le découvrir constitue les plus « grandes difficultés de l'art. Le sens de ces lignes que j'écrivais « avant qu'eût paru le bel ouvrage de M. Fleury, a été relevé « par ce fait, que cet habile observateur n'a jamais voulu confier « sa douche à personne, comprenant que toute la puissance de « l'hydrothérapie consiste dans les mouvements fonctionnels d'é- « quilibration provoquée. Seulement, si M. Fleury a parfaitement « compris la révulsion que l'on peut obtenir, son livre atteste « qu'il n'a pas suffisamment étudié la dérivation.

« . . . . C'est d'ailleurs parmi les faits puisés dans les effets « exclusifs des eaux thermales ou froides que l'on peut voir l'exac- « titude de cette vérité : qu'on ne doit pas se confier à tous les « mouvements de la réaction vitale aveuglément provoquée, « comme on le fait trop souvent dans presque tous les thermes et « tous les établissements hydrothérapiques, où l'on applique « presque toujours invariablement, avec une succession plus ou « moins régulière, les mêmes moyens pour ralentir l'équilibra- « tion fonctionnelle recherchée. Or, j'ai pu observer bien des « cas où de telles pratiques ont été nuisibles. »

Nous remercions M. D.... des éloges qu'il nous accorde, mais nous le remercions surtout d'avoir eu la bonne volonté, ou la loyauté de comprendre les motifs qui nous font considérer comme indispensable l'intervention directe du médecin dans l'application des divers procédés hydrothérapiques. Les tartufes et les industriels médicaux ont fini par donner le prix de la rareté à un langage qui n'est cependant que celui de la science et de la conscience. Quant au reproche que nous adresse M. D..., nous y reviendrons plus tard, si nous parvenons à découvrir quelles sont, au juste, les différences que l'auteur établit entre la *révulsion* et la *dérivation.*

Examinant ensuite le mode suivant lequel agissent les bains de mer pour rétablir l'équilibre fonctionnel, M. D.... proclame :

1° Que l'action médicatrice ne peut être attribuée à la spécificité des sels marins, dont l'absorption est d'ailleurs impossible ;

2° Que la véritable action de l'eau de mer, *comme de toute autre eau,* consiste invariablement dans les effets physiologiques produits ;

3° Que les bains de mer doivent être pris fort courts ou par simple immersion, afin, du moins, de s'opposer aux mouvements centripètes des liquides, si l'on ne peut obtenir l'effet contraire.

Ce n'est pas nous qui nous inscrirons en faux contre ces propositions ; nous ferons remarquer seulement qu'il en résulte nécessairement que les procédés hydrothérapiques, proprement dits, sont bien préférables aux bains de mer, puisque le médecin peut modifier à son gré la température du liquide, la forme, la force et la durée de la douche. Cette supériorité, nous l'avons constatée bien des fois sur des malades qui n'avaient pu supporter les bains de mer, ou qui n'en avaient retiré que de mauvais effets ; mais nous sommes bien aise de voir que nos observations sont confirmées par celles d'un médecin instruit et consciencieux.

C'est principalement dans le traitement de la chlorose, des maladies scrofuleuses, tuberculeuses et rachitiques, que M. D.... s'est efforcé « de modifier et de régénérer la nutrition, » au moyen des bains de mer, du régime, de l'exercice musculaire, du milieu ambiant, etc., et on lira avec intérêt plusieurs des observations qu'il rapporte dans son livre.

En se fondant sur quelques analyses du sang, dont les détails ne sont malheureusement pas suffisamment exposés, l'auteur distingue deux espèces de chlorose : l'une, *hypo-albumineuse,* qu'il faut combattre en fournissant des matériaux albumineux à l'élaboration, en évitant les pertes séreuses intestinales, en administrant des bains de mer de courte durée ou des affusions ; l'autre, *hyper-albumineuse,* qui exige des bains de mer ou des bains froids prolongés, « afin de modifier l'hématose par la res- « piration, d'exciter la contractilité périphérique, et d'engager « dans les vaisseaux lymphatiques les liquides albumineux sur- « abondants, pour les transformer en fibrine, en même temps « que la partie la plus séreuse, par conséquent l'albumine la « moins parfaite, est éliminée par l'exhalation intestinale, et que « les éléments carbonés le sont davantage par le foie, le pou- « mon : d'où la dépuration de la constitution albumino-veineuse « et la régénération de la fibrine et des principes azotés. »

Le traitement de la scrofule, du rachitisme et des tubercules repose sur la même base, car « la cause fondamentale de toutes « les maladies réside dans une condition pathologique de l'hé- « matose et une surabondance d'albumine. »

Nous avons rapporté textuellement ces passages, pour montrer avec quelle facilité M. D.... accueille les hypothèses sur lesquelles il édifie ses théories physiologiques et pathogéniques. Là est le défaut capital du livre, et il suffirait de le faire disparaître pour rendre la lecture de celui-ci plus facile, plus attrayante et plus profitable. M. D.... nous considère (p. 219) comme étant moins organicien et moins solidiste que nous cherchons à le paraître ; nous voudrions pouvoir en dire autant de lui, au point de vue du vitalisme et de l'humorisme, ou plutôt

nous voudrions, tout simplement, que la méthode expérimentale ne fût pas aussi souvent remplacée par une méthode d'induction où l'on rencontre, à chaque pas, des prémisses hypothétiques et des conséquences logiquement contestables. M. D... adopte *résolument* cette grande vérité de Châteaubriand : « *Tout arrive par les idées, même les faits qui ne servent* « *à celles-ci que d'enveloppe.* » Ces principes ne sont ni les nôtres ni ceux, nous le croyons, de la plupart de nos lecteurs.

Un mot encore, à propos d'un dernier chapitre consacré, par M. D..., à l'étude des différents modes d'application de l'eau de mer, des eaux froides et thermales.

Les douches chaudes, dit avec raison M. D...., ne sont que *révulsives ;* les applications d'eau froide peuvent être, suivant la manière dont elles sont faites, *reconstitutives, révulsives* ou *dérivatives ;* et ici nous découvrons qu'il n'y a entre M. D... et nous qu'une question de mots, celui de *dérivatives* étant substitué, par lui, à ceux de *sédatives* et d'*antiphlogistiques* qui ont été employés par nous. Puisqu'il en est ainsi, nous pouvons maintenant rechercher jusqu'à quel point M. D.... est autorisé à dire que nous n'avons pas suffisamment mis à profit les propriétés *dérivatives* de l'eau froide.

Les applications froides longtemps continuées et dépourvues de toute force de percussion, les affusions, les immersions, les bains, les compresses incessamment renouvelées, les injections rectales et vaginales, etc., sont, suivant nous, les principaux agents de la médication *dérivative* (sédative, antiphlogistique, hyposténisante); M. D... trouve ces divers modes d'application insuffisants, incommodes, incomplets, trop absolus, trop uniformes, etc. Que propose-t-il de leur substituer? Nous l'avons cherché, mais en vain ; car en lisant les observations produites par l'auteur (p. 358 et suiv.), nous y retrouvons les injections rectales et vaginales, les compresses froides, les bains, les irrigations, les bains de siége, etc.

« M. Fleury, dit M. D...., ne reconnaît le fait que comme la « conséquence de l'observation même, sans l'admettre encore en « principe comme nous. » *Indè mali labes !* Nous acceptons le reproche, et nous continuerons d'autant plus à prendre l'observation pour guide, que nous n'apercevons pas ce que gagne M. D.... à lui préférer le *principe*, c'est-à-dire la *théorie*.

En résumé, le livre de M. Dauvergne est une œuvre consciencieuse qui aura rendu un véritable service à la pratique médicale en démontrant, une fois de plus, que la spécificité individuelle des sources minérales est un leurre ; que les applications *externes* d'eau de mer et d'eaux minérales n'empruntent rien aux propriétés chimiques du liquide et doivent toute leur action à leur température et au mode d'administration ;

Que la physiologie rend parfaitement compte des influences curatives exercées par les applications externes d'eau froide.

Ce qui justifie ces paroles de M. Schedel : « L'eau seule développe des effets encore plus énergiques, que ceux qui sont produits par les eaux minérales les plus célèbres. »

L. Fleury.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Janvier 1854. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Recette pour guérir *les cancers ;*

2° Rapport sur la variole et la vaccine, par M. le docteur Delaporte, médecin de l'hôpital de Vimoutiers.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Urétroscope. — Névralgies du col vésical.

M. Guillon adresse une lettre de réclamation, relativement à l'instrument présenté par M. Desormeaux, et relativement *aux prétendues névralgies du col de la vessie.*

Choléra.

M. Goupil, de Montereau, informe l'Académie qu'il traite avec grand avantage, depuis deux ans, les enfants atteints de choléra, à l'aide de l'acide sulfurique étendu d'eau. Voici deux des formules qu'on trouve dans les observations de l'auteur:

Acide sulfurique dilué ;
Cyanure de potassium ;
Eau . . . . 80 ou 100 grammes,
selon la gravité des cas.

A prendre par cuillerées, après chaque vomissement :

Chloroforme pur.	24 grammes.
Cyanure de potassium	20 —
Axonge	100 —
Cire.	Q. S.,

pour faire un emplâtre, qu'on place sur le thorax et l'abdomen.

Extrophie de la vessie.

M. le professeur Alquié, de Montpellier, adresse un mémoire intitulé : *Mémoire sur le traitement opératoire d'un jeune homme atteint d'une extrophie de la vessie.* Ce procédé consiste dans une application de la méthode d'autoplastie.

Injections nasales.

M. Maisonneuve communique le fait suivant : *Note sur une nouvelle méthode d'irrigations nasales et sur son application au traitement de l'ozène.*

Tous les physiologistes savent que dans l'acte de la déglutition, le pharynx et le voile du palais combinent leur action, de manière à clore l'ouverture de communication de l'arrière-gorge avec les fosses nasales, et à empêcher le bol alimentaire de refluer par les narines ; mais, personne, que je sache, n'avait encore signalé la production de ce phénomène sous l'influence des liquides injectés par les fosses nasales et n'avait fait remarquer que les injections violemment poussées dans une narine, ressortaient par l'autre, sans pénétrer aucunement dans le gosier.

Or, ce fait sur lequel je vais appeler l'attention des praticiens, me paraît avoir une importance considérable dans la thérapeutique de plusieurs affections graves et principalement dans celle de l'ozène.

L'ozène ou punaisie est, comme chacun sait, une infirmité qui consiste dans une excessive puanteur, des sécrétions nasales, et cette puanteur est elle-même le résutat du séjour prolongé des mucosités, du sang ou du pus, au fond de cavités anfractueuses où elles sont soumises à la triple action de l'air, de la chaleur et de l'humidité.

A chaque expiration, l'air qui traverse ces cavités se charge d'émanations fétides et forme autour des malades une atmosphère infecte. De sorte que les malheureux atteints de cette affection dégoutante, deviennent un objet d'horreur pour tous ceux qui les entourent.

Jusqu'à présent, l'art ne possédait contre cette affection que de bien faibles ressources. A part l'ozène syphilitique, contre lequel les préparations mercurielles et iodurées ont une action directe, toutes les autres variétés étaient généralement considérées comme à peu près incurables. On employait bien des cautérisations, des insufflations de poudres astringentes ou détersives, on recommandait aux malades d'aspirer des liquides émollients ou balsamiques, on faisait même quelques injections timides au moyen de petites seringues; mais tous ces moyens ne constituaient que des palliatifs insuffisants, et les malades affectés de punaisie n'en continuaient pas moins à exhaler une odeur repoussante.

Personne n'avait songé à conseiller les injections à grande eau, dans la persuasion où l'on était que le liquide devait nécessairement pénétrer dans la gorge.

Or, des expériences multipliées m'ont démontré d'une manière positive que cette persuasion était complétement erronée, et que des injections violemment poussées dans une narine au moyen d'une forte seringue ressortaient entièrement par la narine opposée.

Il résulte de ce fait que l'on peut, avec la plus grande facilité, laver à fond les fosses nasales et les débarrasser ainsi des croûtes, du mucus ou du pus qui, par leur séjour, produisaient la punaisie.

Rien n'est plus simple que cette opération : il suffit pour l'exécuter, d'introduire dans une des narines la canule d'une forte seringue et de pousser énergiquement le piston. Il s'établit alors un courant qui sort à pleine narine de l'autre côté et entraîne avec lui toutes les matières étrangères contenues dans les cavités nasales. Ces injections n'ont rien de pénible, les malades eux-mêmes peuvent les exécuter facilement, surtout au moyen de l'irrigateur mécanique.

Sous l'influence de ce moyen, l'odeur repoussante de la punaisie disparaît instantanément, et bientôt même les conditions morbides de la mu-

queuse se modifiant d'une manière durable, on arrive à une guérison définitive.

Notre très-honoré confrère, M. le Dr Mélier, a eu la bonté de nous faire savoir que le fait dont nous venons de parler lui avait été révélé par hasard chez un malade qu'il traitait d'un ozène, et que depuis lors il employait constamment avec succès les grandes injections dans cette maladie. Nous sommes heureux de nous être rencontré avec cet honorable maître.

Seigle ergoté.

M. le docteur Allié, de Marcigny-sur-Loire, adresse une réclamation relative à un mémoire sur le seigle ergoté qu'il a adressé en 1848, et sur lequel il n'a pas encore été fait de rapport.

RAPPORTS.

Eaux des environs de Paris.

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport sur le mémoire de M. Poggiale dont nous avons publié une longue analyse (voir *Moniteur des Hôpitaux* du 22 janvier 1853). Le rapporteur conclut à des remerciements et à l'*approbation, par l'Académie,* du travail de M. Poggiale.

M. Desportes trouve que le mot « approbation » est un peu trop favorable pour un travail qui ne contient pas une découverte nouvelle ou l'application de nouvelles méthodes.

Après plusieurs observations contraires de MM. Chevallier, H. Larrey, etc., M. Chatin donne les renseignements suivants sur un fait particulier du mémoire de M. Poggiale, signalé dans le rapport.

M. *Chatin.* — Je commence par déclarer que je me réunis à MM. Chevallier et Larrey, pour appuyer les conclusions favorables du rapport, le mémoire de M. Poggiale me paraissant, comme à mes honorables collègues, très-digne de l'approbation de l'Académie. Toutefois, je crois devoir présenter une courte observation, ou plutôt une explication sur le point suivant :

M. Poggiale dit, et M. le rapporteur répète, ce qui peut être ainsi résumé :

1° Comme on l'a annoncé, il y a, en effet, une moindre proportion d'iode dans les eaux *calcaires,* que dans les eaux légères.

2° Contrairement à ce qu'on a dit, la proportion d'iode n'est pas en rapport avec la qualité des eaux ; témoin les eaux extrêmement calcaires (séléniteuses) du Mont Valérien, qui sont cependant riches en iode.

De ces deux propositions, qui se détruiraient l'une par l'autre, la première seule représente la généralité des faits observés par M. Poggiale lui-même ; la seconde est une exception que j'avais reconnue, de mon côté, en 1850. Celle-ci se produit dans les circonstances suivantes, de nature à rendre compte aussi d'un certain nombre d'autres faits de même ordre consignés dans mes recherches.

Le Mont Valérien est formé au-dessus des eaux examinées : 1° par un banc de meulières qui couronne le faîte de la colline ; 2° par une assise épaisse de sables jaunes marins ; 3° par les couches marno-argileuses du gypse. C'est entre les couches de marne que sourdent les eaux. De ces trois formations géologiques, les deux premières sont chargées d'une quantité notable d'iode (et de fer) ; la troisième, ainsi que je l'ai constaté, a la propriété de *retenir,* de fixer l'iode des solutions qui la traversent. Or, les eaux pluviales tombent sur le Mont Valérien, comme dans tout le bassin de Paris, chargées d'une notable proportion d'iode, qui s'accroît encore en traversant les meulières et les sables jaunes. Aussi, toutes les sources qui se font jour, aux environs de Paris, du milieu de ces sables, sont-elles, comme plusieurs sources de Ville-d'Avray et du plateau de Montmorency (fontaine Rénée surtout), très-riches en iode (ces eaux sont en outre légères et un peu ferrugineuses). Arrivées aux bancs des marnes, les eaux prennent du sulfate de chaux et abandonnent de l'iode. Mais on comprend que les premières assises marneuses soient aujourd'hui tellement saturées d'iode qu'elles puissent, surtout dans quelques conditions de température estivale, ne plus retenir l'iode des eaux qui les traversent ou même leur en céder ; que les nappes d'eau s'arrêtent, ce qui a précisément lieu au Mont Valérien, à ces premières couches, et les sources seront à la fois riches en iode et en sels calco-magnésiens.

Telle est même la richesse en iode du premier petit banc de marne argileuse mis à jour par les travaux des carrières à plâtre, au Mont Valérien, qu'à la première analyse que j'en fis en 1850, alors que je faisais une série d'études sur les roches, je crus que de l'iode avait été accidentellement mêlé au produit analysé. Je dus me rendre une seconde fois au Mont Valérien, afin d'y prendre de nouveaux échantillons, dont l'examen confirma toutefois les premiers résultats. Je ne mets pas en doute que si jamais les varecs cessaient de fournir à la consommation de l'iode, on ne pût, par une lessive alcaline surchauffée des argiles précitées ou de leurs analogues, retirer ce principe en quantité suffisante pour que la médecine ne renonçât pas à l'employer.

C'est ainsi que lorsqu'on étudie minutieusement les conditions dans lesquelles elles se sont produites, certaines exceptions viennent elles-mêmes fortifier les généralités dont elles semblaient d'abord s'écarter.

Epidémies.

M. Gaultier de Claubry aîné donne lecture d'un résumé du rapport annuel sur les épidémies. La voix sombrée de l'auteur nous empêche d'entendre cette lecture.

Après diverses remarques de la part de MM. Chevallier, Moreau, etc., sur les conseils donnés par M. le rapporteur aux habitants des communes rurales, l'Académie se forme en comité secret.

LECTURES.

Iode, goître et crétinisme.

M. Chatin lit la première partie d'un travail sur de nouvelles analyses de diverses eaux de quelques contrées situées en Italie. Nous publierons *in extenso* ce travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Création à la Faculté de médecine de Paris d'un emploi de* CONTRÔLEUR DU MATÉRIEL. — Un homme dont les talents sont restés si longtemps inoccupés, malgré les nombreuses exhibitions qu'il en a faites, M. Alph. Sanson vient enfin de trouver une position sociale à laquelle l'avaient préparé ses persévérantes études. Un arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique en date du 5 janvier 1854, crée, à la Faculté de médecine de Paris, un emploi de contrôleur du matériel. Le contrôleur du matériel est chargé, sous l'autorité du doyen, de pourvoir à ce que les inventaires soient régulièrement tenus et à ce que les objets mis à la disposition des professeurs et des élèves pour les études et les démonstrations soient exactement réintégrés dans les collections.

Le même arrêté nomme M. Alph. Sanson contrôleur du matériel de la Faculté de médecine de Paris.

— La Société médicale d'hydrologie, tiendra sa prochaine séance, à la Faculté de médecine, le vendredi 27 janvier, et les suivantes, le quatrième vendredi de chaque mois.

Erratum. Dans notre dernier numéro, au premier paragraphe de la *Chronique*, il s'est glissé une erreur par suite de l'enlèvement d'un chiffre.

M. Moquin-Taudon est désigné comme n'ayant obtenu qu'une voix au scrutin pour l'élection d'un membre de l'Académie des sciences. C'est 18 voix qu'il faut lire.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 2. — N° 6. 2e ANNÉE. Samedi 14 Janvier 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 13 Janvier 1854.

Doit-on instituer, en temps de choléra, des visites préventives à domicile?

Lorsque l'honorable M. Macghlouglin annonça à l'Académie de médecine de Paris que des visites médicales préventives avaient été instituées à Newcastle et allaient être instituées dans les autres villes d'Angleterre, à propos de l'apparition du choléra, nous demandâmes au zélé correspondant anglais quel était l'objet de ces visites, quel était le nombre de médecins qu'elles exigeaient, pour une population donnée; enfin, à quel chiffre monteraient les frais qu'elles occasionneraient et quels en pourraient être les résultats. Au lieu d'une réponse, M. Macghlouglin eut la bonté de nous adresser, sur un tout autre sujet que les visites préventives, un travail intéressant dont nous le remercions doublement : d'abord à cause de l'intérêt du travail lui-même; en second lieu, parce que M. Macghlouglin nous a prouvé par là que, mieux informé, il s'est aperçu que les visites à domicile sont une conception puérile, dont une illusion généreuse peut seule voiler un instant le véritable caractère. Pour la même raison que M. Macghlouglin, nous nous sommes abstenu de revenir sur cette institution. L'honorable et savant M. Guérard n'a pas cru autant que nous à l'inutilité d'une réfutation; dans un article publié dans les *Annales d'Hygiène*, et un peu tardivement intitulé : Sur l'épidémie qui sévit *en ce moment* à Paris, il s'est cru obligé de montrer combien peu les visites préventives sont dignes de l'honneur qu'on a voulu leur faire. Puisque M. Guérard n'a pas cru une telle réfutation inutile, on nous pardonnera sans doute de reproduire les considérations de ce savant médecin, auxquelles nous ajouterons quelques remarques très-brèves (1).

Après la critique de M. Guérard, nous présenterons quelques réflexions sur cet ensemble d'assertions.

Dans une ville comme Paris, ces visites préventives peuvent-elles être organisées de manière à produire les ***merveilleux résultats*** annoncés par nos confrères de la Grande-Bretagne ? J'avoue que j'ai peine à le croire.

En effet, nous venons de voir qu'à Newcastle, chaque médecin ou élève avait à visiter ***quatre à cinq cents maisons,*** ou mieux ***familles,*** PAR JOUR. En ne consacrant à chacune d'elles que ***deux minutes,*** cela fait ***huit cents*** à ***mille minutes,*** c'est-à-dire 13 A 17 HEURES, ou en moyenne quinze heures employées à ces visites. En y joignant le temps nécessaire pour assister à la réunion centrale du soir, on voit que la journée sera bien remplie et les 25 francs alloués péniblement gagnés.

Mais à Paris où les familles d'ouvriers et de pauvres sont moins groupées, moins réunies dans certains quartiers qu'en Angleterre, il faudra, pour visiter chacune d'elles, un temps beaucoup plus considérable que celui que nous avons supposé nécessaire pour chaque famille de Newcastle. Admettons donc, pour un instant, que cinq minutes, y compris bien entendu, les allées et venues, soient employées à visiter chaque famille d'ouvriers ou de pauvres, et qu'il y ait à Paris ***deux cent mille individus***, répartis dans ***cinquante mille familles***, pour lesquelles les visites préventives soient considérées comme ***indispensables*** (1),

---

(1) Mais faisons d'abord connaître, d'après l'honorable M. Mélier, qui est allé en Angleterre étudier les visites préventives, en quoi elles consistent :

« Les médecins visiteurs vont de porte en porte, se présentent *le matin, avant le départ des ouvriers pour le travail*, ou *le soir, après leur retour*. Dans ces conditions, ils trouvent presque toujours la famille réunie. Ils *interrogent*, ils *s'informent* Quelqu'un a-t-il la diarrhée, ils prescrivent le traitement. S'il y a urgence, ils délivrent eux-mêmes les médicaments, qu'ils portent toujours dans leur poche. *Toujours ils prennent immédiatement note de tous les cas observés;* et, à cet effet, ils sont munis de bulletins et de feuilles dont ils remplissent les colonnes suivant les indications qui y sont portées.

« Là ne se borne pas la tâche des médecins visiteurs. Leurs visites terminées, ils se rendent tous les soirs de leurs districts respectifs à une réunion centrale, présidée par les deux médecins inspecteurs, auxquels ils font le rapport de ce qu'ils ont vu et observé dans la journée...... Par ces réunions, les médecins dirigeants sont mis au courant de toutes les phases de l'épidémie; ils connaissent les besoins de tel ou tel quartier; ils peuvent *déverser* d'un quartier sur l'autre les médecins visiteurs; ils peuvent stimuler le zèle des uns, *réprimander* les autres, *en révoquer* quelques-uns au besoin, car, dans tout ce fonctionnement, règne une subordination parfaite.

« L'état de maladie des individus visités est divisé en trois degrés : la diarrhée prémonitoire; la diarrhée *approchant* le choléra; le choléra confirmé. La conviction de nos confrères d'outre-Manche, sur l'efficacité du traitement préservatif, est si bien arrêtée que lorsqu'un médecin déclare qu'un malade *a passé du premier au second degré*, l'inspecteur le *soumet à un long interrogatoire* sur les causes de cette transformation, et que *souvent il le blâme de ne l'avoir pas prévenue.* Soit dans le traitement prescrit, soit dans son inobservance, soit dans quelque condition hygiénique spéciale, IL FAUT TROUVER la cause de l'aggravation des symptômes. On comprend qu'une pareille rigueur d'enquête, alors même qu'elle partirait d'un principe contestable, ne peut produire que des résultats directement ou indirectement utiles. » (*Union méd.*, 11 oct. 1853.)

(1) Ce n'est pas sans motif que j'emploie le mot *indispensable;* s'il fallait compter tous ceux à qui les visites préventives seraient *utiles*, on aurait plus tôt fait de procéder par voie d'exclusion, en mettant à part ceux qui n'en auraient pas besoin. Je me suis trouvé en relation avec un libraire que visitent chaque jour

cela portera à *deux cent cinquante mille minutes* ou plus de *quatre mille heures,* le temps nécessaire pour ces visites quotidiennes. Il faudrait donc au moins *quatre cents* jeunes médecins, employés chacun *dix heures* par jour à ce seul travail. Et si on leur accordait une gratification quotidienne de 20 francs, ce serait pour la ville une dépense journalière de plus de huit mille francs, ajoutée à toutes les autres.

Dans les circonstances difficiles où nous placent la cherté des subsistances et la rigueur de la saison, l'administration ne pourrait consentir à généraliser une mesure aussi onéreuse qu'autant que les avantages en seraient bien démontrés. Or, pour arriver à cette démonstration, il faudra relever avec soin tout ce qui est relatif à la marche et aux ravages du choléra de 1853 dans les localités où ce système des visites préventives a été mis en vigueur, et comparer les résultats obtenus à ceux qu'on a observés partout où ce système n'a pas fonctionné. Tant qu'on n'aura pas suivi la voie que nous indiquons on n'aura, sur cet important sujet, que des données vagues et superficielles.

Si notre habitude n'était de chercher toujours à montrer complétement, sous leur véritable jour, les questions que nous abordons, il nous suffirait de nous associer aux considérations de M. Guérard, pour réduire à sa juste valeur le système des visites préventives; mais quand on traite un sujet, il faut, suivant nous, autant que possible, le traiter à fond, et c'est en considérant à ce point de vue celui qui nous occupe que les appréciations de M. Guérard nous paraissent pêcher par beaucoup trop d'indulgence. Rapprochons donc ses calculs autant que possible de la vérité.

Nous ne parlerons pas de la position un tant soit peu étrange et difficile d'un médecin-visiteur qui s'en irait d'étage en étage, de *porte en porte*, demander à chaque membre de chaque famille, s'il a la diarrhée aujourd'hui; je ne sais si une telle situation est agréable en Angleterre; mais ce qui est certain, c'est qu'elle aurait des moments très-désagréables en France. Nous ne parlerons pas davantage de la difficulté qu'il y aurait pour les médecins à rencontrer réunis tous les membres de la famille, à moins de faire les visites de cinq à sept heures et demie du matin et de neuf à onze heures du soir, dans la campagne d'hiver; de quatre à sept heures du matin et de dix à onze heures du soir en été.

Nous ne parlerons pas de quelques autres difficultés encore, et nous admettrons que ces visites peuvent être exécutées. Comment devront-elles l'être? Le médecin devra-t-il se contenter d'entr'ouvrir la porte des appartements et de crier : Quelqu'un a-t-il la diarrhée? et de retirer aussitôt la porte sur lui pour courir à un autre étage, à une autre maison? Un médecin, un homme quelconque, jaloux de sa dignité, ne pourrait accepter une telle mission. D'ailleurs, puisque le visiteur peut être stimulé, réprimandé, blâmé même pour n'avoir pas su arrêter la diarrhée; puisqu'il doit s'enquérir si la diarrhée existe au premier ou au second degré (bien qu'on ne lui ait pas donné nettement les caractères de l'un et de l'autre); puisqu'il doit *trouver* à tout prix la cause des transformations diarrhéiques et par conséquent les chercher un peu, puisqu'il doit en un mot prendre des notes et recueillir les éléments de l'histoire générale du choléra, il faudra bien qu'il entre chez les visités, qu'il les examine, les interroge. Or, tout cela, quand même les pauvres seraient réunis dans un même quartier, comme cela paraît être le cas à Newcastle, bien plus, quand même ils seraient tous réunis dans un vaste phalanstère, tout cela ne demanderait pas moins de dix minutes, en accordant à chaque visiteur la légèreté d'Achille et la sagacité d'Hippocrate. Calculant donc sur une durée moyenne de dix minutes par visite, et (pour Paris) sur 50,000 visites à faire, d'après la donnée très-approximativement exacte de M. Guérard, cela ferait 500,000 minutes ou 8,333 heures.

Pendant combien d'heures par jour peut-on, en ayant autant d'humanité pour le visiteur que pour le visité, faire marcher un médecin? On nous accordera peut-être que c'est bien suffisant de le faire marcher pendant huit heures par jour, surtout si après ces huit heures de courses, nous lui laissons imposer l'obligation d'aller assister pendant deux heures à la réunion centrale.

A dix heures de travail par jour, il y aura donc 833 médecins qui devront se mettre en marche chaque matin, et qui, à raison de vingt francs chacun, occasionneront une dépense de seize mille six cent soixante francs (16 660) par jour.

Or, nous le déclarons sans hésiter, quel que soit le prix des subsistances, quelle que soit la douceur de la saison, quelle que soit enfin, sous tous les rapports, la prospérité d'une ville, elle trouvera cent moyens d'employer plus utilement son argent, au moins tant qu'il ne sera pas démontré que les visites préventives arrachent un grand nombre de diarrhéiques à la mort, ce qui est précisément l'état actuel de la question. Au reste, nous devons dire qu'à cet égard, la question ne nous paraît pas avoir été posée dans ses véritables termes par M. Guérard. La marche du choléra est sujette à tant de caprices encore inexplicables, que ce n'est pas en comparant l'épidémie d'une localité à celle d'une localité différente, qu'on peut apprécier l'influence d'une mesure ou d'un traitement prophylactique. Il n'y aurait pour cela qu'un moyen rigoureux : ce serait d'appliquer cette mesure à la moitié seulement d'une même population, de façon à faire disparaître cette immense influence des localités, qui semble être presque tout dans le choléra.

Ainsi, en Angleterre, il faudrait appliquer la mesure à une maison, en dispenser la maison suivante, y soumettre la troisième et ainsi de suite. A Paris, à cause de la population considérable des maisons, il serait même utile d'établir dans chaque maison des catégories, ce qui serait d'ailleurs facile, à cause de la différence de position des habitants de chaque étage.

Faute de ces précautions indispensables, on peut répéter avec M. Guérard qu'on n'aura, non pas sur cet *important* sujet, parce qu'il ne peut être très-important, mais sur ce sujet simplement, que des données vagues et superficielles.

H. DE CASTELNAU.

des médecins et des étudiants en médecine; il a été pris de diarrhée, et *n'y attachant aucune importance, il n'en parlait à personne;* il se refusait à croire que la diarrhée légère dont il était atteint *méritât la moindre attention.*

(*Note* de M. Guérard.)

Le Musée de Guy's Hospital.

L'incident survenu à Londres entre M. Deville et l'administration de Guy's Hospital vient d'être, dans la *Gazette hebdomadaire,* l'objet d'un article qui nous paraît fondé sur une véritable appréciation des principes de ce que nous appellerons *le droit scientifique international;* nos lecteurs seront heureux, nous n'en doutons pas, de s'associer à la déclaration de M. Broca.

Le *Moniteur des Hôpitaux* renferme la narration d'un fait que nous croyons devoir porter à la connaissance de nos lecteurs.

M. Deville, ancien prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, a été, par suite des événements politiques, forcé de quitter la France, et il est allé s'établir à Londres. Doué d'une activité scientifique peu commune, notre confrère a profité de son exil pour étudier à fond l'état actuel de la chirurgie en Angleterre, et il a inséré sur ce sujet, dans les journaux français, une série d'articles que le public a accueillis avec faveur.

Il puisait à une double source les matériaux de ses articles. Il suivait assidûment les visites des hôpitaux et explorait attentivement les nombreux musées d'anatomie pathologique de Londres. Cela durait depuis plus de quinze mois, lorsqu'un matin, s'étant présenté comme d'habitude à la porte du musée Guy's Hospital, il s'en est vu refuser l'entrée. Ses réclamations auprès des chirurgiens n'ont abouti qu'à lui faire obtenir un billet imprimé valable *pour une fois seulement!*

L'administration de l'hôpital a donné pour prétexte que M. Deville avait dessiné quelques-unes des pièces du musée. M. Deville ayant annoncé dans les journaux anglais (*Médical Times*, 27 août 1853, n° 165, p. 232), que ce prétexte était illusoire, *attendu qu'il ne sait pas dessiner*, Guy's Hospital n'a rien répondu, mais il a maintenu sa décision.

Des renseignements directs nous sont parvenus sur les causes de cette expulsion. Chacun a deviné qu'à côté du ridicule prétexte inventé par les administrateurs de Guy's Hospital, il y avait un motif véritable que l'on n'a pas cru devoir alléguer; ce motif, ou plutôt ces motifs, nous les connaissons, et si l'on nous y poussait, nous serions en mesure de les dire. Nous nous bornerons à affirmer aujourd'hui que M. Deville n'a transgressé aucun des articles du règlement du musée. Cela suffit pour le but que nous nous proposons.

Cela suffit, disons-nous; nous ajouterions presque que cela n'est pas nécessaire. Car même, en admettant, — ce que nous n'admettons pas, et ce qu'on n'eût pas manqué de dire si cela eût été vrai, — même en admettant, disons-nous, que M. Deville eût manqué à quelques-uns des usages du pays où il est obligé de vivre, nous protesterions encore contre une mesure qui ne nous semble pas compatible avec l'état actuel de la civilisation en Angleterre.

Au point de vue de la *loi*, nous reconnaissons volontiers que l'administration de Guy's Hospital n'a pas dépassé ses pouvoirs. Les hôpitaux anglais et les musées qui en dépendent appartiennent à des associations particulières, et, comme tels, ils peuvent être capricieusement interdits à telle ou telle personne, sans que l'on puisse élever à cet égard aucune réclamation *légale*.

Mais, au point de vue plus élevé des droits de la science, nous prétendons qu'un établissement de cette nature doit être ouvert indistinctement à tous ceux, étrangers ou indigènes, qui viennent y chercher des lumières. Nous prétendons, en particulier, que le musée de Guy's Hospital n'appartient pas à quelques individus transitoires, qui sont payés pour l'administrer, comme leurs prédécesseurs l'ont été, comme leurs successeurs le seront. Ces messieurs croient-ils, par exemple, qu'ils auraient le droit de vendre les pièces de leur musée? Évidemment non : et s'ils ne peuvent pas les vendre, c'est qu'elles ne sont pas à eux; et si elles ne sont pas à eux, c'est qu'elles ne sont à personne; et si elles ne sont à personne, enfin, c'est qu'elles sont à tout le monde.

Elles sont à tous ceux qui, ayant lu dans les livres ou dans les journaux la description de ces pièces, éprouvent le désir de vérifier l'exactitude de cette description. Elles sont à tous ceux qui, ayant entrepris quelque travail utile, ont besoin, pour compléter leur œuvre, de connaître les faits analogues et non publiés qui ont été recueillis jusqu'à eux. — Elles sont en un mot à tous ceux, quels qu'ils soient, qui demandent à s'en servir dans un but scientifique, à la condition pour eux de ne rien détériorer.

Quant à la prétention d'empêcher les visiteurs de prendre des croquis, ce n'est pas en Angleterre seulement qu'elle existe, on la retrouve encore dans plusieurs autres contrées étrangères. Mais, nous le déclarons, nous rougirions de honte si nous apprenions jamais que pareille prétention se fût manifestée dans notre pays.

Tous les lecteurs français nous ont déjà compris, et ont joint leur protestation à la nôtre. Nous ne savons pas quel est en Angleterre l'état des esprits sur ces questions de droit scientifique; mais nous faisons appel au souvenir et à la bonne foi de tous ceux de nos confrères d'outre-Manche qui sont venus, et le nombre en est bien grand, puiser à ces larges sources d'instruction que la France ouvre si généreusement aux étrangers.

Lorsqu'un médecin ou un étudiant étranger arrive à Paris, il lui suffit d'exhiber son diplôme ou son passeport, — le plus souvent, cette formalité n'est pas même nécessaire, — pour jouir immédiatement et gratuitement de tous les droits conférés par l'administration aux étudiants et aux médecins nationaux. Les cours, les hôpitaux, les musées, les bibliothèques lui sont ouverts gratis; on l'admet dans les salles officielles de dissection aux mêmes conditions que s'il était Français, au risque même de lui donner une place que l'on sera obligé plus tard de refuser à un étudiant indigène, — car l'espace et les cadavres manquent à l'École pratique et ne suffisent pas toujours aux besoins de la foule qui s'y presse. En échange de tous ces avantages, que demande-t-on à l'étudiant étranger? Rien, absolument rien. L'étudiant français est loin de jouir du même bénéfice; il dépose chaque année 200 francs dans la caisse de la Faculté, où l'étranger ne dépose pas un centime. L'entrée des cours, des musées, de la bibliothèque n'est donc réellement gratuite que pour ce dernier. Quant à l'entrée des hôpitaux, il semble, au premier abord, qu'elle soit gratuite pour tout le monde. Qu'on se détrompe pourtant, car cette gratuité n'existe par pour l'étudiant français. Ce n'est pas de sa bourse qu'il paye, il est vrai, mais c'est de sa personne. Il faut que, pendant une année entière, sans interruption aucune, il consacre toutes ses matinées et une partie de ses soirées à la besogne fort peu instructive d'appliquer des sangsues et des cataplasmes, ou de panser les sétons et les vésicatoires dans un service d'hôpital; s'il ne s'acquitte pas exactement de ce stage, on le prive du droit de prendre ses inscriptions et de passer ses examens. Qu'à cette condition, les portes des hôpitaux lui soient ouvertes, c'est un privilége qu'il a bien gagné par son travail et par les services qu'il a rendus. Dès lors on s'attend peut-être à apprendre que l'étranger n'est admis dans les salles d'hôpital que par une faveur spéciale, transitoire et révocable. Non, ce privilége que le Français acquiert à la sueur de son front, est accordé gratuitement à l'étranger comme un droit imprescriptible et inaliénable.

C'est-à-dire que l'administration française, obligée de prélever sur les étudiants de notre pays des impôts de diverse nature, accorde l'instruction généreusement et libéralement aux étrangers sans rien leur demander en échange, de telle sorte que pour jouir, dans toute leur plénitude, des bénéfices de l'instruction médicale à Paris, il y a tout avantage à ne pas être Français.

A Dieu ne plaise que l'on prenne ceci pour un reproche ou qu'on y voie le moindre regret! Nous sommes heureux et fier de vivre dans un pays qui octroie si magnifiquement l'hospitalité scientifique. A Dieu ne plaise encore que nous considérions les étrangers qui ont profité, et qui profitent sans cesse de cette hospitalité, comme responsables des petitesses ou des caprices de l'administration de Guy's Hospital! Mais il était nécessaire pourtant de tracer le tableau qui précède, pour montrer, par ce simple contraste, combien l'affaire de Guy's Hospital est en opposition avec les plus simples notions de la justice générale.

Et maintenant, qu'il nous soit permis d'adresser quelques mots, non pas au *treasurer*, ni au *steward*, ni aux autres personnages plus ou moins bureaucratiques qui administrent l'hôpital de Guy, mais à MM. les chirurgiens de cet hôpital, qui sont des hommes de science, et capables, comme tels, de comprendre qu'il y a des droits supérieurs aux articles tracassiers de leur règlement.

Il eût dépendu de ces messieurs, il eût même dépendu d'un seul d'entre eux peut-être, d'empêcher la production de ce fait

regrettable. Nous voulons bien croire qu'ils n'en sont pas les auteurs, mais dès le moment que, prévenus de cette injustice, ils ne s'y sont pas opposés, il en sont en partie responsables devant le monde scientifique. Ils ont perdu de vue cet axiome que n'oublie jamais le véritable savant : C'est que la science est cosmopolite et que tous ceux qui la cultivent sérieusement se doivent mutuellement appui et secours. Ce qui est juste dans l'état ordinaire des choses, devient un impérieux devoir quand il s'agit d'un confrère étranger; lorsque ce confrère a une valeur reconnue, lorsqu'il a voué sa vie à l'étude, et lorsqu'il en donne par ses écrits des preuves multipliées, mettre une entrave à ses travaux est déjà un délit de lèse-science; mais lorsque de plus ce confrère est frappé par le malheur, banni de sa patrie, et que, malgré l'exil et la pauvreté, il continue héroïquement à vivre pour la science, au lieu de chercher dans la clientèle une fortune facile, ceux qui lui ferment les voies de l'étude commettent un acte que nous nous dispensons de qualifier, et dont la conscience de nos lecteurs a déjà fait justice.

P. Broca, *agrégé de la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Antoine. — M. Chassaignac.

Résection totale ou extirpation du premier métatarsien et du premier cunéiforme.

Les ablations partielles du pied (amputations et résections) ont été si diversement combinées, qu'il paraît à peine possible de rien présenter de nouveau à cet égard. Et, nous devons l'avouer, ce n'est ni avec un plan arrêté à l'avance, ni avec l'intention de réaliser le moindre progrès en médecine opératoire, que nous avons mis à exécution l'opération que nous allons raconter. Nous y avons été conduit, en quelque sorte, malgré nous et sous la pression des nécessités du moment.

Le résultat de cette opération a tellement dépassé nos espérances, que nous avons cru ne pas devoir laisser tomber dans l'oubli cette observation qui prouve jusqu'à quel point les fonctions du pied, et je dirais presque la régularité de sa conformation, sont compatibles avec des déperditions considérables de son édifice osseux. Ce sera de plus, pour nous, l'occasion de faire connaître quelques modifications utiles, apportées dans cette circonstance au manuel opératoire que nous avons institué pour la presque totalité des résections (mémoire publié parmi ceux de la Société de chirurgie, t. 1). Ces modifications que nous pouvons indiquer ici en quelques mots, sont :

1° La substitution de la cisaille de Liston à la scie à chaîne, dans tous les cas où l'os à réséquer comporte, par son volume peu considérable, l'emploi de cette pince incisive.

2° La substitution de fortes pinces de Musenx au tire-fond, dont l'expérience clinique nous a révélé les nombreux inconvénients, surtout dans les résections pratiquées pour des maladies qui ont intéressé la consistance normale du tissu osseux. La valeur du tire-fond dans les résections avait été, du reste, appréciée, je crois, à sa juste valeur, par M. le professeur Laugier, dans le *Bulletin chirurgical*.

Nous ferons remarquer, au sujet de ces histoires de résections qui se lisent soit dans les journaux de médecine, soit dans les comptes rendus des Sociétés, qu'il y a une distinction très-importante à établir pour la saine appréciation de la valeur des procédés, suivant l'état dans lequel se trouvent les os qui font l'objet de la résection. Quelques-unes de ces résections ne sont autres choses que de simples extractions d'esquilles ou de parcelles osseuses altérées par les caries ou par la nécrose. Il est évident pour tout homme qui a su apprécier les difficultés de la médecine opératoire, qu'entre une résection proprement dite et ces simples extractions, il y a une différence énorme; l'extraction de parcelles osseuses suppose de la patience, un peu d'adresse, mais il n'y a là aucune combinaison particulière susceptible d'être appliquée, d'après des règles qui pourraient la rendre applicable à d'autres cas. L'extraction parcellaire est un genre d'opération tout extemporané, qui ne se reproduit pas deux fois de la même manière, et dont la description spéciale, pour un cas particulier, serait à peu près stérile pour l'avenir.

Remarquez toutefois que deux malades, l'un soumis à l'extraction parcellaire, opération non réglée, l'autre traité par une méthode de résection, c'est-à-dire par une opération réglée, peuvent nous présenter un résultat en apparence identique, bien qu'il y ait eu des différences profondes dans le sens et dans la portée de l'opération. Que l'on vienne nous dire, par exemple, qu'on a réséqué le cuboïde ou bien le troisième cunéiforme, et qu'on qualifie cette opération : résection totale ou ablation du cuboïde ou du premier cunéiforme, notre esprit s'évertue, d'après ce titre, à chercher par quel procédé opératoire régulier on peut pratiquer ce genre d'extraction. Non content de recherches dues à la méditation et aux connaissances anatomiques antérieures, nous allons à l'amphithéâtre, nous cherchons à réaliser sur le cadavre divers procédés opératoires, et nous trouvons des difficultés presque insurmontables; nous reportant alors à la lecture de ces observations, sur la foi du titre desquelles nous avions commencé nos essais, nous voyons que, partie par partie, moitié par la suppuration, moitié par les manœuvres les plus simples et les plus vulgaires, on a retiré tant bien que mal toute la substance osseuse qui occupait l'emplacement de l'os en question; alors, à l'étonnement que nous éprouvions pour des opérations si hardies et si difficiles, succède une opinion sévère sur l'abus du titre de ces observations.

Il faut donc, sous peine de faire de la science inexacte, s'attacher à ne point confondre, dans le langage, des choses aussi distinctes qu'une véritable résection et une simple élimination successive et partielle de la totalité d'un os.

Nous ne devons pas laisser ignorer que l'extirpation du premier cunéiforme, lorsqu'il n'est nullement friable et qu'il faut sectionner ses moyens d'attache encore intacts, est une opération des plus laborieuses.

Voici, du reste, les circonstances du fait :

Un jeune homme, d'environ 22 ans, est envoyé des salles de médecine de l'hôpital Saint-Antoine dans le service de chirurgie, pour une carie du premier métatarsien du pied gauche. L'état général est celui d'un sujet profondément épuisé; l'état local indique une carie du premier métatarsien qui est tuméfié, spongieux, et dont l'altération, facile à reconnaître, communique avec l'extérieur par un trajet fistuleux. Le métatarsien, du reste, paraît seul malade. L'orteil, ainsi que le premier cunéiforme, ne paraissent nullement altérés. Une double question se présente : Doit-on se hâter, pour prévenir tout envahissement ultérieur du mal local, d'enlever l'os malade? doit-on préalablement chercher à améliorer la constitution? C'est une question de pratique d'une importance extrême, et qui se présente journellement au lit du malade, dans les caries, les nécroses, les tumeurs blanches, que celle de savoir s'il faut opérer en vue d'améliorer la constitution, ou bien s'il faut améliorer la constitution avant d'opérer. Il n'y a point, à cet égard, de corps de doctrine bien établi, ni de règle bien tracée. Chaque chirurgien, en présence d'un malade donné, se dirige d'après son tact; mais nous sommes sûr que souvent il serait bien embarrassé de motiver, d'une manière rigoureuse, les inspirations auxquelles il a obéi. C'est qu'en effet, si vous avez des avantages à attendre, des conditions plus favorables à espérer de l'amélioration préalable de la constitution, vous savez d'autre part que, dans certains cas, le plus puissant moyen d'amélioration, c'est précisément l'opération elle-même.

On conçoit que, la question étant ainsi posée, il ne soit pas facile d'indiquer à première vue la solution la meilleure. Néanmoins, il ne nous paraît pas impossible de formuler quelques indications générales dont chaque praticien pourra faire, en temps et lieu, des applications particulières. Nous dirons donc : 1° Il faut distinguer avant tout, le caractère envahissant ou définitivement localisé de l'affection. S'agit-il, par exemple, d'une

carie menaçant, d'une manière très-prochaine, des articulations nombreuses comme celle du tarse, la considération locale devient prédominante, et il nous semble qu'alors la temporisation est une faute. 2° C'est encore une faute, suivant nous, lorsque la nature de l'affection locale est bien évidemment la cause des accidents généraux, et bien évidemment encore une sorte d'épine dont l'ablation va faire cesser tout le mal. Certaines nécroses sont dans ce cas ; elles ne nuisent qu'à la manière de corps étrangers, et s'il est en chirurgie une règle qui ait reçu la sanction universelle des hommes de l'art, c'est qu'on ne débarrasse jamais trop tôt l'économie des corps étrangers qui s'y trouvent. 3° Dans le cas, au contraire, où toute crainte d'envahissement est pour longtemps ajournée par la distance qui sépare le mal local des articulations qu'il importe de sauvegarder, on peut temporiser. 4° On doit attendre encore, dans les cas où la lésion est la conséquence si évidente d'un état diathésique que, la considération locale conduirait à une véritable médecine des symptômes.

C'est la crainte de l'envahissement du tarse, considéré par nous comme étant encore intact, qui nous décida à opérer sur-le-champ ce jeune malade. L'orteil étant complétement sain, nous résolûmes de le conserver.

Le malade est porté à la salle d'opérations, assoupi au moyen du chloroforme. La compression est exercée sur l'artère crurale, afin d'éviter le plus possible les pertes de sang, et voici comment l'opération s'exécute :

Une incision curviligne débordant un peu le métatarsien à chacune de ses extrémités et présentant la convexité de sa courbe vers la partie inférieure du pied, permet de tailler une espèce de lambeau qui rend très-facile l'accès de la partie moyenne du métatarsien et d'isoler parfaitement de cet os les tendons extenseurs et fléchisseurs. Cela fait, l'aiguille de M. Chassaignac sert à conduire autour de la partie moyenne du métatarsien, un fil auquel a été préalablement attachée la scie à chaîne. La section de l'os dans sa partie moyenne s'exécute rapidement et sans difficulté. Les deux tronçons qui représentent la totalité de l'os, l'un qui peut s'appeler digital, l'autre tarsien, sont successivement saisis et désarticulés en commençant, bien entendu, par le tronçon digital. Cette opération, fondée sur les principes établis par M. Chassaignac dans son *Mémoire sur les résections* (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. 1), s'accomplit avec une régularité et une simplicité parfaites. Mais à peine est-elle terminée que l'opérateur reconnaît, contrairement à ses prévisions, que le premier cunéiforme, conservant à sa superficie les apparences d'un os parfaitement sain, est atteint lui-même d'une carie centrale qui a débouché d'un os à l'autre, après destruction des cartilages d'encroûtement. Tous ceux qui apportent, dans la pratique de la chirurgie, de la conscience et un sentiment élevé de leurs devoirs, ont déjà compris que toute tergiversation était inacceptable. On se met donc en devoir d'opérer sur-le-champ et en prolongeant l'une des cornes de l'incision, l'ablation du premier cunéiforme, mais on s'aperçoit en ce moment que l'aide chargé de l'inhalation, trop préoccupé sans doute de l'opération laborieuse qu'il voit faire, n'a point observé la règle de la tolérance anesthésique, et a laissé le collapsus s'établir à un tel degré, que le pouls a cessé de battre et que la mort paraît complète.

M. Chassaignac trouve le danger si grave, qu'il arrête l'opération pour porter secours au malade ; il veut recourir à l'attouchement pharyngien, comme moyen de réveiller la spontanéité presque éteinte ; mais les dents sont fortement serrées ; une spatule cependant parvient à déterminer l'écartement des mâchoires. L'attouchement pharyngien est effectué. Quelques signes de spontanéité se manifestent. L'opération est reprise et terminée malgré toutes ses difficultés, dont on ne peut se faire une idée qu'en la répétant soi-même sur le cadavre. — Pansement par occlusion. Alcoolature d'aconit. Précautions très-actives contre la prolongation du frisson anesthésique. Les jours suivants, médication reconstituante employée dans la plénitude de ses moyens. — La guérison la plus complète a été la suite de cette laborieuse opération. L'état général du malade s'est amélioré à un point remarquable, et, ce qu'il y a de curieux, c'est que la mutilation locale n'a laissé qu'une difformité très-peu sensible, a permis au jeune homme de se livrer d'assez bonne heure à des travaux dans l'intérieur de la salle, et ne l'a condamné à l'emploi d'aucun appareil prothétique.

Ces résultats ont d'autant plus droit de surprendre, que l'état du squelette osseux du pied, au moment où vient d'être faite l'extraction de deux os aussi considérables, ne permettrait jamais de croire, *à priori*, à la possibilité d'un pareil résultat. Nous ne connaissons pas dans la pratique d'autre exemple d'extirpation du premier cunéiforme dans des circonstances pareilles à celles que nous avons indiquées dans l'observation ci-dessus.

Lamothe a bien extirpé un troisième cunéiforme atteint par une balle ; mais il y a eu plutôt dans ce cas extraction de fragments que résection véritable.

Le procédé opératoire qui a été suivi pour l'ablation du premier métatarsien est conforme de tout point aux principes que renferme un mémoire lu par M. Chassaignac à la Société de chirurgie en avril 1844. Il y est dit : 1° qu'on peut, pour toutes les résections articulaires, se contenter d'une seule incision ; 2° que, dans toutes ces résections, il y a avantage à scier l'os avant de désarticuler ; 3° que, quel que soit le nombre des extrémités osseuses à désarticuler, elles doivent être sectionnées et extraites successivement. — Les avantages qui découlent de cette manière de faire ont été contestés, mais il semble que l'on revienne de jour en jour sur le compte de cette doctrine des résections qui compte déjà des applications multipliées, entre les mains des chirurgiens les plus habiles. Voici du reste les avantages qui lui avaient été attribués :

1° Moins de délabrement des parties molles, puisqu'une incision unique me suffit pour toutes les résections, et qu'il ne m'est pas nécessaire qu'elle soit plus étendue, que la plus grande de celles qu'on pratique quand on fait des incisions multiples.

2° Abréviation remarquable du temps le plus difficile des résections, celui qui consiste à désarticuler l'os dont on veut enlever l'extrémité articulaire.

3° Diminution de la durée de l'opération ; dissection moins étendue.

4° Facilité plus grande de la coaptation des plaies, ce qui accroît les chances de réunion primitive dans une plus ou moins grande étendue, et, dans tous les cas, peut abréger la guérison définitive.

5° On évite la section de beaucoup de nerfs, de tendons et de vaisseaux, parce que l'incision étant presque toujours longitudinale, c'est-à-dire parallèle à l'axe du membre, le bistouri marche parallèlement au trajet de ces divers organes, tandis que, dans les procédés ordinaires, avec des incisions transversales, on est incessamment exposé à diviser les nerfs des vaisseaux ou des tendons importants.

6° Quelquefois, avant de pratiquer une résection, on ne sait pas au juste quelle sera l'étendue de la portion d'os à enlever. Si l'on reconnaît que cette portion est peu considérable, on n'a du moins fait qu'une seule incision, et le délabrement est beaucoup moindre que par les incisions multiples. C'est dans le but d'éviter ce délabrement, et l'espèce de morcellement des parties molles, que je substitue dans le trépan l'incision curviligne ou en V à l'incision en croix. Il faut remarquer, enfin, qu'en débutant par une seule incision, il y a toujours possibilité, si le cas l'exige, de compliquer la première incision d'une seconde ou d'une troisième.

Hôtel-Dieu. — M. Guérard.

Fièvre intermittente pernicieuse, comateuse, puis délirante. — Mort au troisième accès. — A l'autopsie, rate considérablement atrophiée et ramollie.

Le nommé Croiset (Pierre), âgé de 46 ans, corroyeur, entra

le 24 mai 1853, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, où il fut couché au n° 25 de la salle Sainte-Madeleine, service de M. Guérard.

C'était un homme d'une forte constitution, d'une taille athlétique, et dont tous les téguments offraient une blancheur jaunâtre contrastant avec la vigueur apparente du malade. Il fut apporté dans le coma par des personnes qui nous donnèrent les renseignements suivants :

En 1844, étant militaire, il a eu la fièvre intermittente pendant qu'il habitait la ville de Tours. Cette fièvre revenait régulièrement tous les deux jours (fièvre tierce) à la même heure de la journée ; elle a duré pendant quarante jours consécutifs, puis a été coupée (textuel) avec des pilules dont ces personnes ignorent la composition. Depuis ce temps, Croiset s'est toujours parfaitement bien porté.

La nuit du 23 au 24 mai, sans cause connue, ce malade fut pris subitement d'une violente céphalalgie, de vomissements, d'un frisson intense avec claquement des dents et tremblement des membres, frisson suivi de chaleur et de sueurs très-abondantes. A ces accidents succédèrent un côma et une perte de connaissance qui ont duré toute la journée du 24 mai.

Quelques instants avant d'entrer à l'hôpital, le malade fut repris d'un nouveau frisson avec claquement de dents et tremblement des membres pendant une heure (deuxième accès). La peau paraissait avoir sa température normale, quand nous l'examinâmes à cinq heures du soir ; le pouls large, un peu fréquent, offrait 92 pulsations par minute ; le coma persistait, mais on pouvait faire cesser quelques instants la somnolence en excitant vivement le malade, qui répondait encore assez juste aux questions. Il accusait une violente céphalalgie et de vives douleurs à la région splénique. De sorte qu'on ne put mesurer par la percussion le volume de la rate, le malade repoussant toujours les mains que l'on portait sur cette région.

Pour traitement, on donna deux grammes de sulfate de quinine à prendre en huit paquets, un toutes les demi-heures. La nuit fut bonne : vers 10 heures du soir le malade s'endormit et le sommeil fut très-calme. Cependant dans la soirée il était survenu un délire et une agitation continuels, accidents pour lesquels on avait été obligé d'attacher le malade dans son lit. A 10 heures du soir, les deux grammes de sulfate de quinine avaient été donnés complétement.

Le lendemain 25 mai, l'état est beaucoup meilleur ; le coma a en partie disparu ; la peau a sa température normale ; le pouls, encore plein et large, n'est pas fréquent : 80 pulsations par minute ; la langue a son aspect normal ; les douleurs de la région splénique n'existent plus ; le ventre est un peu ballonné à l'hypogastre, comme soulevé par la vessie remplie d'urine ; cependant, la région hypogastrique est sonore à la percussion. Le malade n'a pas uriné, ni été à la selle depuis qu'il est dans le service. Il a vomi hier soir quelques gorgées d'un liquide bilieux, avant d'avoir commencé à prendre le sulfate de quinine.

Traitement. — Limonade citrique ; sulfate de quinine, 1 gr. en quatre paquets ; diète.

Le 25, à la visite du soir, le malade a repris complétement connaissance : il répond nettement et très-vite à toutes les questions ; il se trouve, dit-il, beaucoup mieux que la veille au soir.

L'apyrexie est complète.

Le lendemain 26 mai, le malade va encore mieux ; il a un très-grand appétit et demande une portion que l'on refuse ; il est sans fièvre, il a passé une excellente nuit.

Traitement. — Limonade citrique ; sulfate de quinine, 1 gr. en quatre paquets ; diète.

Soudain, à dix heures du matin, il est repris, sans cause connue, d'un délire très-intense ; il se lève, quitte son lit et se promène dans la salle avec une grande agitation. Les gens de service qui nous ont donné ces renseignements n'ont pu nous dire s'il a eu du frisson, et s'il a eu des tremblements des membres, comme dans les deux premiers accès de fièvre. Quoi qu'il en soit, personne n'a méconnu un troisième accès de fièvre analogue aux deux premiers. Pendant toute la journée, le malade a eu la peau brûlante et baignée de sueurs abondantes ; le visage était très-congestionné ; le délire et l'agitation ont également duré toute l'après-midi. A quatre heures du soir, nous trouvons le pouls plein, développé, fréquent, à 104 pulsations. On a été obligé de lui mettre la camisole.

On fit appliquer vingt sangsues derrière les oreilles : dix de chaque côté. On prescrivit 1 gr. de sulfate de quinine en quatre paquets : un toutes les demi-heures. Quoique la même dose du médicament ait déjà été donnée le matin, le malade mourut à minuit.

A l'autopsie, faite le 28 mai, à huit heures du matin, c'est-à-dire trente-deux heures après la mort, on trouva :

A. Dans la cavité abdominale : 1° la rate atrophiée et très-ramollie : elle n'avait que deux pouces d'étendue longitudinale, et ne paraissait avoir que le volume du poing d'un enfant de deux à trois ans ; elle avait conservé sa forme normale, mais son tissu était tellement friable, tellement en putrilage, qu'on ne put l'extraire qu'avec une grande difficulté ; la plus légère traction en enlevait de petits fragments, sous la forme d'une bouillie rouge noirâtre (détritus du parenchyme splénique gorgé de sang noir fluide).

2° Le foie, volumineux, ne dépassant pas cependant le rebord des côtes droites, offrait un tissu également gorgé de sang, il était très-friable, ramolli, d'une couleur violacée à sa face supérieure ; au contraire d'une coloration bleue d'acier à sa face inférieure, dans les trois quarts droits de la moitié gauche de l'organe, coloration bleue qui s'étendait à trois lignes de profondeur dans l'épaisseur du foie ;

3° Les deux reins, également gorgés de sang, étaient rouges, noirâtres et violacés ; ils étaient très-friables, et les deux substances qui composent cet organe, également colorées en rouge lie de vin, ne pouvaient plus être distinguées l'une de l'autre. Le gauche présentait vers le tiers inférieur de son bord convexe un petit foyer, du volume d'une noisette, contenant un liquide gris-verdâtre, très-fétide, sentant l'ammoniaque et l'urine corrompue ; ce liquide n'a pu être recueilli, et, par conséquent, on ne l'a pas examiné au microscope pour savoir s'il contenait du pus ;

4° Le gros intestin n'offrait ni ulcérations, ni cicatrices d'anciens ulcères ; il contenait des matières fécales semblables pour la forme et le volume à de petits marrons ;

5° Il n'y avait ni sérosité ni fausses membranes dans la cavité péritonéale.

B. Dans la cavité thoracique. Il n'y avait pas non plus de sérosité dans les plèvres ; mais le péricarde contenait deux ou trois cuillerées de sérosité citrine. Le cœur à l'état normal renfermait en grande abondance un sang fluide, noir, non poisseux. Les deux poumons restés crépitants, quoique gorgés de sang surtout dans les portions correspondantes aux gouttières costo vertébrales, renfermaient en grande abondance cette écume bronchique, aérée, muqueuse et sanguinolente que l'on rencontre dans l'asphyxie. Du reste, ils ne présentaient pas de caillots apoplectiques. On n'y a pas rencontré de tubercules aux sommets.

C. Dans la cavité crânienne. A la région temporale droite, en arrière de la base du rocher, en un mot à la partie correspondante au sinus latéral, on voyait une ecchymose siégeant entre la dure-mère et les os du crâne. Cet épanchement de sang, qui avait environ un pouce d'étendue en largeur et en hauteur, et qui n'avait que quelques lignes d'épaisseur, était formé par un caillot noir, non fibrineux. A son niveau, dure-mère, os et cuir chevelu étaient sains.

La pie-mère offrait partout une injection capillaire très-considérable, mais n'adhérait pas plus qu'à l'ordinaire au tissu encéphalique. Il y avait une infiltration lactescente très-abondante dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien, mais pas de sérosité dans les ventricules. En quelques points, le liquide sous-arachnoïdien, de couleur jaune opaque ressemblait à du véritable pus. La substance grise de l'encéphale paraissait plus rosée que de coutume, elle avait sa consistance normale ; la substance blanche n'offrait pas un état piqueté rouge très-apparent ; en un mot, l'hypérémie des centres nerveux, signalée par les auteurs et par

M. Maillot en particulier, n'était pas, dans ce cas, aussi prononcée que celle des enveloppes de l'encéphale.

Réflexions. — La rate est-elle constamment augmentée de volume et altérée dans sa texture dans les fièvres intermittentes pernicieuses? Il est impossible de répondre à cette question d'une manière absolue ; cependant, disent les auteurs du *Compendium de médecine pratique,* de tous les organes, c'est celui qui est le plus fréquemment altéré. On sait que M. Audouard, dans les nombreuses autopsies qu'il fit en 1806, 1807 et 1808 pour éclairer le sujet qui nous occupe, trouva la rate très-volumineuse, gorgée de sang et ramollie (*Mém. sur les fièvres intermittentes, journ. gén. de méd.*, 1823). M. Vaidy a également signalé la tuméfaction de la rate (*Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, t. 8, Paris, 1820). MM. Bailly, Nepple et Maillot ont rencontré des lésions semblables.

Cette tuméfaction de la rate est-elle donc un fait aussi constant que le ramollissement de cet organe? Nous serions disposé à penser que la tuméfaction peut manquer, si plusieurs faits semblables à celui que nous publions venaient à être observés. C'est à ce point de vue surtout que l'observation précédente nous a paru offrir de l'intérêt.

P. Duclos, *interne des Hôpitaux.*

Sur l'application du perchlorure de fer de l'extérieur à l'intérieur,

Par le Dr A. Thierry.

J'ai suivi, comme tous les chirurgiens, les discussions qui ont eu lieu à propos du perchlorure de fer. Ce nouveau mode de traitement produira-t-il d'heureux résultats, et la méthode coagulante est-elle appelée à remplacer la ligature, la torsion, la compression? C'est là une de ces questions qu'on se pose le plus en ce moment. Pour moi, disons-le tout d'abord, je ne partage pas cette opinion que telle méthode remplacera telle autre méthode. La généralisation n'est pas applicable partout avec le même succès ; et en ce point se distinguent des sciences qui se rattachent à la physique, à la chimie, aux mathématiques, les sciences qui ont pour but d'étudier les phénomènes de la vie chez l'homme sain et chez l'homme malade. Je dis l'homme, parce que nous pratiquons la chirurgie généralement sur le corps humain ; mais je suis loin d'exclure l'application d'aucun procédé sur les animaux dont la constitution se rapproche de celle de l'homme. Et pour revenir à notre sujet, c'est précisément par des essais faits sur les animaux domestiques qu'on a étudié la vertu coagulante du perchlorure de fer.

Je mets en dehors de la question que je veux traiter, les anévrismes de toute forme, les collections sanguines, artérielles et veineuses de toute nature, et je bannis entièrement de mes observations les procédés d'injection. Ce n'est pas pourtant que j'aille à l'encontre de la méthode de M. Pravaz et de celle des injections du perchlorure dans les tumeurs anévrismales ou variqueuses. Je n'ai la prétention de résoudre aucune question. Seulement, je crois qu'avant de juger une méthode, il faut l'étudier dans ses différentes applications, il faut en observer les résultats; et ce sont mes observations que j'ai surtout l'intention d'exposer. Exerçant, depuis de nombreuses années, la chirurgie à Paris, je fréquente nécessairement de temps à autre les cliniques des hôpitaux, pour me tenir au courant des nouveaux procédés scientifiques. Ayant une assez longue expérience ; ayant vu de très-près, surtout, pratiquer ceux qui ont été mes maîtres, je suis entièrement libre de juger des choses.

Le jour de l'ouverture du cours de M. Velpeau, j'étais allé à la Charité. J'y rencontrai, remplaçant M. Gerdy, M. Giraldès, mon ancien condisciple de l'École pratique, un des chirurgiens peut-être les plus instruits de ces temps. Il me montra dans son service plusieurs tumeurs variqueuses en voie de guérison. Il avait injecté dans les paquets variqueux des jambes de ses malades quelques gouttes de perchlorure de fer à 35° de densité (aéromètre de Baumé). Le sang était complétement coagulé ; aucun accident ne s'était développé, et tout annonçait un résultat heureux. En quittant la Charité, je me disais à moi-même : Pourquoi a-t-on agi toujours avec le perchlorure de fer, de l'intérieur à l'extérieur, en l'injectant dans les tumeurs variqueuses et anévrismales ? Pourquoi n'a-t-on pas recours, surtout pour les tumeurs variqueuses, érectiles, à un procédé d'expérimentation de l'extérieur à l'intérieur? Ici, je l'ai déjà dit, je mets hors de cause les anévrismes, par la raison que, malgré la propriété coagulante du sang, si l'on ne joint pas la compression à l'injection, à la chute de l'escarre formée par le perchlorure, l'ouverture du sac anévrismal peut déterminer une hémorrhagie. Sans doute, ceux qui ont traité des tumeurs cancéreuses par la pâte de chlorure de zinc, ont pu voir souvent d'énormes masses tomber avec des vaisseaux très-volumineux, sans qu'il y ait eu d'hémorrhagie ; mais le danger n'en subsiste pas moins pour le traitement par injection des tumeurs anévrismales, et je les laisserai de côté pour ne m'occuper que des varices, des ulcères variqueux, des tumeurs érectiles, et de ces petites tumeurs cancéreuses de la face, connues sous le nom de *noli me tangere,* etc. — J'ai essayé dans tous ces cas l'application du perchlorure de fer à 35°, de l'extérieur à l'intérieur.

Je suis convaincu d'une chose, c'est que tous les caustiques ont des efficacités spéciales : la cautérisation par le feu produit d'autres effets que la cautérisation par la potasse caustique. Celle-ci donne des résultats différents de la cautérisation par le sulfate et le chlorure de zinc. La pâte de Vienne et ses différents composés ont encore des actions différentes et des affinités propres. J'ai employé presque tous les caustiques connus, et depuis très-longtemps, dans le traitement des tumeurs blanches, je me suis servi des mêmes cautères que ceux dont les vétérinaires font usage pour les chevaux. Seulement, j'emploie de préférence les cautères en pointe, et qu'ils soient en fer, qu'ils soient en cuivre rouge, leur usage m'est également familier. Si j'insiste sur ce point, c'est pour mieux faire ressortir l'observation suivante, à savoir que, dans toutes les cautérisations, j'ai toujours trouvé une opposition dans l'épiderme. Aussitôt qu'un cautère, quels que soient son volume et la force de son calorique, approche une place couverte d'épiderme, le liquide y afflue avec une rapidité prodigieuse, et ce liquide et l'épiderme protégent les parties subjacentes contre la cautérisation. Alors, à moins que le cautère ne soit tranchant (et l'on ne se sert guère de pareils cautères), on ne peut obtenir qu'une cautérisation incomplète de la peau.

J'ai donc jugé qu'il était nécessaire, à mon point de vue, c'est-à-dire dans l'application du perchlorure de fer de l'extérieur à l'intérieur, de prévenir cette opposition de l'épiderme en l'enlevant au moyen d'un petit vésicatoire. Après avoir enlevé l'épiderme, vingt-quatre heures après environ, je verse dans une capsule en cuivre le perchlorure de fer; puis avec un pinceau je l'étends, toujours à 35° de densité, sur la partie où je désire qu'il produise son effet. Si c'est un simple ulcère, et qu'il n'y ait pas d'épiderme, bien entendu, je n'applique point de vésicatoire et je ne fais que passer légèrement le perchlorure; si c'est une masse variqueuse ou une tumeur érectile, je passe plusieurs fois le pinceau, et je fais en sorte, laissant sécher successivement les premières couches de perchlorure, qu'il y en ait trois couches superposées.

Le premier malade soumis à cette médication était venu, dans une charrette, du village de Valois, commune de Clichy, qu'il habite. Il est âgé de cinquante-trois ans. Il portait à la partie interne et inférieure de la jambe un ulcère variqueux, accompagné de varices volumineuses de la grosseur d'un œuf de poule, situés au haut de la jambe, du même côté.

Le 13 novembre 1853, j'appliquai un vésicatoire sur la masse variqueuse. Le lendemain, après avoir enlevé l'épiderme, j'étendis plusieurs fois de suite, avec le pinceau, le perchlorure de fer à 35°. Deux jours après l'application du caustique, la tumeur variqueuse n'existait plus ; à sa place était une escarre noirâtre, entourée d'un bourrelet rouge. Huit jours après, le malade put

faire à pied le trajet de Valois à Paris, qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs années. L'ulcère variqueux tendait à se cicatriser; l'escarre était noire et dure; ses bords étaient légèrement soulevés par une suppuration très-peu abondante. Huit jours encore après, les varices avaient complétement disparu dans le membre, et au bout d'un mois, l'escarre était complétement tombée; les bourgeons charnus s'élevaient, et aujourd'hui, 25 décembre, la cicatrice est complète et l'ulcère variqueux est radicalement guéri. Le malade vaque à ses travaux.

Le 24 novembre, Michel, porteur d'eau, demeurant rue des Tournelles, 74, se présente chez moi : c'est un homme très-robuste. Il porte à la jambe une plaie variqueuse de la grandeur d'une pièce de cinq francs. J'applique le perchlorure toujours au même degré sur la plaie même : cinq jours après la plaie a changé d'aspect, et au bout de quinze jours un traitement simple sans compression guérit complétement cet ulcère qui datait de six mois.

Le 24 novembre, Deslics, âgé de soixante-dix ans, rue de Charenton, 65, serrurier-mécanicien, se présente à moi portant depuis vingt ans une plaie ulcéreuse couverte de croûtes. Cette plaie a près de 3 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Ses bords sont comme fongueux, et saignent très-souvent et avec abondance. Je touche l'ulcère avec le perchlorure, et il change bientôt d'aspect : de petites escarres se succèdent et au bout de vingt-cinq jours la tumeur a presque disparu complétement et la cicatrice a lieu.

Le 26 novembre, Élisabeth de Beaufort, veuve Boyer, âgée de quatre-vingts ans, se présente ayant sur la face un très-grand nombre de petites ulcérations connues sous le nom de *noli me tangere*. Elles sont ébarbées, touchées avec le perchlorure, et au bout de quinze jours les petites escarres étant tombées, il n'y a plus de trace de maladie.

Le 29, je vois la veuve Firmin qui se trouvait dans le même cas; le même traitement produit d'aussi heureux résultats.

Enfin, sur un enfant de sept mois qui portait une tumeur érectile, j'applique un vésicatoire, et une fois l'épiderme enlevé je répète la même manœuvre. Seulement il me faut employer deux fois le perchlorure. Au bout de quinze jours l'escarre est tombée et la cicatrisation ne s'est pas fait attendre. Elle est de l'étendue du bout du doigt indicateur et ne présente aucun mauvais caractère.

De tous ces faits je puis donc conclure : que le perchlorure de fer peut être employé avec avantage comme caustique et comme médicament topique, et que l'application peut être faite avec succès de l'extérieur à l'intérieur.

Je ne cherche à rien expliquer ou critiquer. J'ai voulu seulement exposer des faits que j'ai cru de mon devoir de publier pour qu'ils puissent servir à l'application de la méthode coagulante à l'extérieur.

Il y a une chose bien certaine, c'est que depuis le 11 novembre jusqu'à ce jour j'ai employé le perchlorure de fer à 35 degrés comme moyen topique sur les ulcérations résultant de tumeurs cancéreuses attaquées déjà par le chlorure de zinc, et il m'a semblé que le perchlorure de fer avait la propriété spéciale de refouler et de coaguler le sang dans les petits vaisseaux. Il est évident qu'il peut être employé pour les hémorrhagies diffuses ou par transsudation. Mais ici c'est un hœmostatique dont on pourra, par l'expérience seule, déterminer à la longue la valeur. Ce que je puis dire, c'est que le perchlorure de fer m'a paru un modificateur puissant de toutes les ulcérations développées sur les tumeurs cancéreuses.

Ainsi j'avais cautérisé avec la pâte de Vienne, avec le beurre d'antimoine, des ulcères cancéreux de la face; je m'étais même servi de la pâte arsenicale; et je puis dire que j'ai eu un résultat beaucoup plus satisfaisant dans des cas de récidive, et même des cicatrisations complètes plus rapides par l'application du perchlorure de fer, toujours à 35 degrés, que par tout autre moyen caustique chez des individus sur lesquels plusieurs cautérisations, à des époques différentes, par d'autres caustiques, n'avaient amené qu'une guérison apparente et de courte durée.

Maintenant, ces guérisons des varices et des ulcères variqueux seront-elles de longue durée? Les cicatrices ont eu lieu pour le moment; le tissu de formation nouvelle présente toutes les conditions d'organisation normale et tout fait espérer un résultat heureux et persistant.

Il est évident sans doute que je n'ai pas la prétention de croire que le perchlorure de fer guérira de toutes ces maladies. Les guérisons des varices ne sont que momentanées, mais toujours est-il que c'est un grand avantage de rendre à un malade pour plusieurs années l'usage d'un membre, et de pouvoir cicatriser des ulcères qui durent depuis bien longtemps. Du reste, il est très-facile de constater ces effets. Ce n'est pas ici de la chirurgie très-élevée. Il ne s'agit pas d'anévrismes : il est tout simplement question de faits journaliers que tous les praticiens peuvent observer par eux mêmes. Les jours des malades ne sont pas en danger. Il n'y a aucun accident à craindre. Ce sont des cas de cette petite chirurgie journalière et pratique que tout le monde est appelé à faire. Seulement, il ne faut jamais s'en rapporter qu'à soi et veiller avec soin à ce que les médicaments soient bien préparés.

Voilà ce que j'ai cru de mon devoir de publier pour soumettre ces observations à l'examen général, et mettre tout le monde à même de les apprécier.

Il en est des méthodes comme il en est de toutes choses. Chaque méthode a ses partisans et ses détracteurs. A côté de chaque découverte, il y a toujours des accidents déterminés par la découverte. L'opium, qui soulage et qui guérit, tue quand il est mal administré. Le chloroforme et l'éther, qui sont d'un si grand secours en chirurgie, donnent aussi la mort. Est-ce à dire pour cela que l'on doive rester dans la routine, et ne pas produire, pour qu'elles soient appréciées, les choses que l'on croit bonnes? Je n'entreprends pas ici de juger les choses et les hommes; et tout ce que j'ai dit de l'application du perchlorure de fer, de l'extérieur à l'intérieur, n'attaque nullement ceux qui l'injectent dans les tumeurs, ou ceux mêmes qui en nient absolument l'efficacité. Je constate seulement que comme tous les fruits de la liberté et comme ceux de la science, les procédés et les méthodes ont leur utilité, aussi bien que leur danger. Le mal passe, le bien reste, et l'expérience, ce juge infaillible qui éprouve les opinions et les méthodes comme les hommes, leur enlève ce qu'elles présentent de faux et de nuisible. C'est ainsi que la véritable science hérite tôt ou tard des bienfaits qu'elle a puisés à une source quelquefois douteuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'*officier* : M. Mayer, médecin principal de deuxième classe à la division d'occupation en Italie.

Au grade de *chevalier* : MM. Woll-Moreau, médecin-major de deuxième classe au 10e de ligne; Blein, médecin-major de deuxième classe au 4e de ligne; Brivin, médecin-major de deuxième classe au 10e de chasseurs; Donnezan, médecin-major de deuxième classe au 20e léger; Cordier, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Conseil, médecin aide-major de première classe à l'hôpital de Nancy; Astié, médecin aide-major de première classe à l'hôpital de Bordeaux; Puech, médecin aide-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Millon, pharmacien principal de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Thomas dit Collignon, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

— M. le docteur Baschet, médecin du bureau de bienfaisance, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Blois, vient d'être promu au titre de chirurgien en chef de ce bel établissement.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. Triquet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 centimes.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 7. 2e année. Mardi 17 Janvier 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 16 Janvier 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 9 Janvier.

Quoique l'analogie semble assez éloignée entre les maladies de l'homme et celles des végétaux, il serait pourtant téméraire de nier que de l'observation rigoureuse de ces sortes d'épidémies végétales, puisse jamais sortir aucune lumière, pour l'histoire des épidémies de l'homme ou des animaux. Ce n'est donc pas sans intérêt que nous avons entendu, dans la dernière séance de l'Académie des sciences, un entomologiste des plus distingués, M. Guérin-Menneville, lire le résumé de recherches fort curieuses sur la maladie de la vigne, et en général sur les maladies qui depuis plusieurs années ravagent un grand nombre de plantes utiles à l'homme. Ces recherches seraient toutefois plus curieuses encore, si l'opinion de M. Guérin s'appuyait sur un plus grand nombre de preuves.

En effet, non-seulement les observations de M. Guérin-Menneville n'ont pas un caractère suffisant de généralité, non-seulement elles ne sont pas accompagnées d'observations thermométriques rigoureuses sur la température moyenne et les températures extrêmes des localités qu'il mentionne; mais encore elles pèchent par l'absence de recherches historiques, qui seraient d'une importance capitale dans cette question. S'il était démontré, par exemple, que pendant plusieurs années, à diverses époques, la température a été aussi élevée que dans ces derniers temps, sans qu'aucune épidémie se soit déclarée, ni sur les plantes, ni sur les animaux, il faudrait bien renoncer à trouver dans la température la cause de ces épidémies. Nous signalons ces lacunes à M. Guérin-Menneville, persuadé que son zèle infatigable pour la science lui permettra de les remplir dans quelques années, et d'avancer ainsi, sinon de résoudre, une des belles et nombreuses questions que sa science lui a permis d'aborder avec succès.

Dans la même séance, M. Leroy (d'Étiolles) a présenté un résumé de ses recherches sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, autres que des calculs. Nos lecteurs connaissent déjà par des communications antérieures les résultats de ces recherches. H. DE CASTELNAU.

VARIÉTÉS.

Peut-on avoir deux fois un chancre induré?

ou

L'AFFAIRE de l'unicité de la syphilis, comme dirait M. Ménière, qui préfère de beaucoup traiter AFFAIRES là où d'autres traitent QUESTIONS.

Donc M. Venot (de Bordeaux) est intervenu dans cette affaire. — Pourquoi ? C'est ce qu'on se demande. — Est-ce pour l'éclairer? Les tout à fait novices pourraient à peine le croire : tout le monde sait bien que M. Venot voit tout, entend tout.... mais n'éclaire rien. — Est-ce pour se procurer la douce jouissance de confier au public les tendres sentiments qu'il nourrit pour M. Diday? Tant de vanité est déjà insupportable dans M. A. Dumas; que serait-elle dans M. Venot! — Est-ce pour se faire donner une leçon de syntaxe par M. Requin? Encore moins ; car, outre que l'humilité de M. Venot ne va pas jusque-là, il n'ignore pas que M. Requin aime l'enseignement mutuel, et qu'il ne donne guère de leçons qu'à ceux qui peuvent lui en rendre.

Si ce n'est pour toutes ces raisons, pourquoi donc M. Venot est-il intervenu dans cette affaire? — Eh ! mon Dieu ! tout simplement pour l'égayer : — M. Venot est un ami de la gaieté; il aura appris sans doute que M. Follin est un garçon d'infiniment d'esprit (je me permets de dire garçon, vu son jeune âge), qui ne la déteste pas, et il se sera dit : « Si j'écris contre « M. Follin quelques lignes sur la question pendante, M. Follin « est dans le cas de riposter par une de ces piquantes épîtres « qui désopilent tant la rate des lecteurs, et dont le secret « semble se perdre aujourd'hui dans la littérature médicale; « ma foi, comme j'aime beaucoup mes confrères, je m'en vais « tâcher de leur procurer ce plaisir. »

Cela dit, il a pris la plume et a rédigé *currente calamo* la lettre suivante, qui a parfaitement atteint le but; plaise à Dieu même qu'elle ne l'ait pas trop atteint, au gré de M. Venot!

Lettre à M. le docteur DIDAY.

Mon cher confrère,

Dans nos entretiens récents et si rapides sur la doctrine de M. Ricord, il doit vous souvenir de l'identité de nos vues, en ce qui a trait au point fondamental de cette doctrine, *id est*, à *l'unicité de l'induration du chancre primitif* comme caractère essentiel de l'infection générale. Aussi avez-vous dû apprécier comme je l'ai fait, l'étrange négation de principe qui vient d'être formulée à propos de cette *loi*, par un opposant de fraîche date, armé d'un fait isolé.

Le législateur s'est ému ; une polémique vive et courte s'en est suivie.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

Les révélations de l'anatomie pathologique sur les lésions qui suscitent les différentes paralysies, ont imprimé, sans contredit, un pas immense à la science, et sont parvenues à déblayer le terrain jusque-là si fécond des névroses. Grâce à cette étude attentive de la nature morte, on a pu rattacher à des lésions matérielles, saisissables de la moelle épinière ou de ses annexes, un très-grand nombre de paraplégies qui s'offrent à notre observation : il s'en faut de beaucoup cependant qu'on ait pu trouver à toutes les mêmes raisons d'être.

Il y a même plus : les plus ardents des anatomo-pathologistes modernes nous semblent avoir porté trop loin leurs déductions théoriques des observations sur le cadavre, de même que nous croyons qu'ils n'ont pas toujours été assez justes à l'égard des médecins de l'antiquité, en leur attribuant une ignorance complète des lésions organiques.

Il suffit, en effet, de lire les ouvrages d'Hippocrate, de Galien, de Celse, etc., pour se convaincre que ces illustres observateurs parlent de lésions du cerveau et de la moelle, comme susceptibles de donner lieu à des paralysies.

Si, par un coup d'œil explorateur on fouille dans des écrits tout récents, dans l'observation journalière, on ne tarde pas à être persuadé qu'il est bon nombre de paraplégies qui ne se lient à aucune lésion des centres nerveux, et qui, dès lors, doivent continuer à figurer parmi les névroses.

Chaque phase marquante de la science offre, avec les systèmes qui prennent racine, des exagérations inhérentes à ces systèmes mêmes, puis viennent des oscillations rétrogrades commandées par une observation plus rigoureuse, et destinées à corriger les erreurs fatalement commises par les entraînements systématiques.

Tel est aujourd'hui le retour qui s'opère dans la science à l'égard d'une certaine catégorie de paraplégies qui échappent évidemment aux explications des anatomo-pathologistes, et ce retour ne peut manquer de fixer définitivement la science à leur sujet.

COURT APERÇU BIBLIOGRAPHIQUE.

On n'ignore point que chez les anciens, la paraplégie était, la plupart du temps, considérée comme une maladie idiopathique. L'étude des lésions anatomo-pathologiques est venue déblayer, ainsi que nous l'avons dit, la science de ces idées surannées, et avec l'école physiologique, la paraplégie était devenue le symptôme obligé de la myélite. C'était une exagération en sens inverse des anciennes doctrines. Mais cette exagération trouvait des incrédules, même au temps de la prospérité de l'École, car le professeur Graves, en 1812, soutenait, dans ses leçons cliniques sur le système nerveux, qu'il existe des paraplégies idiopathiques qu'on ne saurait, en aucune façon, rattacher à une lésion matérielle de la moelle ou du cerveau. Il citait plusieurs observations de ces paraplégies, qu'il rattachait à l'impression prolongée du froid et de l'humidité sur les membres inférieurs, et signalait les mariniers et toutes les personnes travaillant, les jambes dans l'eau, comme y étant plus particulièrement prédisposées (*Extrait des Arc. gén. de méd.*, t. 11).

Il citait également des cas de paraplégie succédant à l'entérite aiguë, à la gastro-duodénite, à un rétrécissement de l'urètre (*London med. and. surg. Journ.*, n°s 58 et 59).

Le docteur Graves est, sans contredit, l'auteur qui a cherché avec le plus de soin à distinguer la paraplégie idiopathique de celle qui accompagne la myélite.

Zimmermann avait déjà parlé des paraplégies qui succèdent à la dyssenterie, aux fièvres paludéennes, mais il n'avait point suffisamment accentué leur physionomie pour les séparer, d'une manière absolue, de celles qui succèdent à la myélite.

On trouve éparses dans les auteurs ou dans les écrits périodiques, des observations de paraplégie frappant des malades affectés de maux d'estomac, de gastrite chronique, de maladie de l'utérus sans lésion de la moelle : mais ces observations laissent, pour la plupart, beaucoup trop à désirer pour entraîner une conviction complète.

Le docteur Stanley a signalé, le premier, une paraplégie compliquant les affections aiguës des reins, et qu'il croit provoquée par l'irritation transmise à la moelle, ce que rien de plausible ne justifie.

Le docteur Ollivier, s'emparant des idées de Stanley, admet la même plaraplégie, qu'il cherche à expliquer par une congestion consécutive ou concomitante de la moelle ou par une hydrorachis.

M. Rayer a observé quelques cas de paraplégie se liant à une affection aiguë ou chronique des reins, sans lésions de la moelle épinière.

M. Leroy (d'Étiolles), fils, a fait sur cette catégorie de paraplégies une excellente thèse dans laquelle, aidé de la pratique de son père, il a réuni un certain nombre de paraplégies qu'il cherches à rattacher à des lésions des voies génitales ou génito-urinaires.

Le docteur Costes, de Bordeaux, a publié, dans le journal de médecine de cette ville (1851), deux observations de paraplégie

---

Nous, gens de la galerie, qui avons, je le crois, voix au chapitre, tout en nous tenant hors du débat, nous pouvons, nous devons même intervenir, pour l'acquit pur et simple de notre for intérieur, abstraction faite de toute évaluation des registres de l'État civil.

Pour ma part, depuis vingt-cinq ans que je *spécialise*, je déclare avoir toujours invariablement et sans aucune ombre d'exception, vu se vérifier le décret en question : Le chancre primitif induré ouvre fatalement la voie aux accidents des divers degrés ; et cette ouverture une fois faite, ne se renouvelle pas chez le même individu. — On a beau retourner la symptomatologie protéiforme de la vérole constitutionnelle ; on cherche vainement à remonter le fleuve de la contagion, les ulcérations qui reviennent chez des sujets autrefois *pris* de chancre induré sont d'origine, de teinte, de nature à exclure toute possibilité d'induration spéciale.

Je n'ignore pas que bon nombre de syphilisés de la deuxième et même de la troisième période peuvent offrir des chancres à bords frangés, calleux, retournés en replis plus ou moins rémittents. Dans ma clinique et la pratique de ville j'ai vu souvent des ulcérations de ce genre, affectant toutes les allures primitives, soit par leur siége, soit par leur surface, soit enfin par la pseudo-induration qui entourait leur circonférence ; et cela chez des consultants à antécédents bien déduits, et présentant encore, pour la plupart, les stigmates de l'induration des anciens chancres. Il n'est pas rare de voir aussi de pareilles lésions à cercles racornis, siéger dans la cavité buccale, sur les staphylins, les amygdales, la langue, etc. — Des tubercules, des syphilides suppurantes se remarquent encore dans diverses régions de l'économie, avec ce caractère cicatriciel qu'il n'est pas possible d'assimiler à l'induration du chancre primitif. Parmi les filles que le dispensaire de Bordeaux envoie à l'hospice Saint-Jean, combien, qui sont déjà depuis longtemps placées sous l'influence de l'induration primitive, et qu'on voit revenir avec des chancres secondaires par érosion, déchirure, éraillement de la muqueuse vaginale, dus à des efforts de copulation et développés sous l'empire d'un tempérament syphilitique bien avéré ! Ces chancres ne sont pas des *récidives* comme on les appelle dans le bureau des mœurs et comme les considèrent plusieurs praticiens peu soucieux d'analyser le véritable sens des choses, ou dont le vouloir scientifique est impuissant à se plier à la logique inexorable des faits ; ce sont des ulcérations du deuxième degré, liées presque toujours à d'autres manifestations de la même espèce, qui souvent se cicatrisent en s'entourant d'un nodule ferme, résistant, fort dur, que de prime abord on pourrait prendre pour une induration primitive.

Pour en finir, convenez, mon cher ami, qu'il faut trouver une bien vive satisfaction à disputer ainsi à la science médicale les quelques points démontrés qui forment son domaine, pour détruire sans raison les rares vérités qu'elle professe. Ne dirait-on pas que la certitude déborde de partout dans notre art si problématique, qu'on en fait si bon marché et qu'on se complaît si singulièrement dans le vague du doute et la roideur du démenti? Nous qui savons le prix du vrai, demeurons-lui fidèle et n'oublions jamais la devise réelle de tout médecin consciencieux et qui s'appuie sur l'expérience : *Ars tota est in observationibus.*

A vous, J.-B. Venot, *D.-M.-P.*

Bordeaux, 6 janvier 1854.

consécutive à une affection des reins. Ces observations sont remarquables : les deux malades qui en font le sujet ont guéri. C'est la strychnine qui a fait tous les frais de guérison pour le premier.

Les principales observations de paraplégie succédant à l'épuisement causé par la masturbation, les excès vénériens, les pertes séminales sont dues au professeur Lallemand. Il y a là un puissant et premier pas imprimé à la science.

MM. Rilliet et Barthez parlent de la paraplégie idiopathique qui succède aux convulsions de l'enfance et de celle qu'accompagne la fièvre typhoïde.

M. Blache cite, dans la *Gazette des Hôpitaux,* 1853, un exemple remarquable de cette dernière.

Le docteur Heine donne, dans son ouvrage, des détails curieux sur les déviations osseuses qu'on trouve parfois à la suite de la paraplégie idiopathique de l'enfance.

Le docteur White a publié, dans le *Dublin medical Press,* 1852, un des plus beaux exemples de paraplégie idiopathique survenue après un refroidissement des extrémités inférieures. Le malade guérit par l'emploi du seigle ergoté, lorsque tous les autres moyens étaient restés impuissants.

La paraplégie hystérique était depuis longtemps soupçonnée ; c'est aux contemporains qu'il appartient de l'avoir nettement définie et d'en avoir tracé l'histoire un peu incomplète, il est vrai. On peut citer, parmi les auteurs qui s'en sont occupés d'une manière spéciale, M. Landouzy, dans son traité de l'hystérie, et M. Valleix ; celui-ci en cite un exemple remarquable dans la *Gazette des hôpitaux,* 1849, exemple qu'il fait suivre de quelques réflexions judicieuses.

L'intoxication saturnine détermine parfois des paraplégies tout à fait indépendantes de la myélite.

M. Tanquerel des Planches n'en cite qu'un seul exemple dans son traité des maladies saturnines, qui contient plus de 200 observations. La paraplégie saturnine est donc rare.

M. Rigot, dans une excellente thèse de 1845, a appelé l'attention des pathologistes sur une paraplégie résultant de la compression causée par un abcès traumatique, autour d'une vertèbre contuse ou fracturée.

Les ouvrages classiques signalent à peine la paraplégie idiopathique indépendante de la myélite, preuve irrécusable que la science est à découvert sur ce point.

Il existe dans l'Inde une affection spéciale désignée sous le nom de *béribéri.* Quelques rares auteurs penchent à voir, dans cette maladie, une paraplégie idiopathique ; quelque dénuée de fondement que paraisse, de prime abord, cette opinion, elle mérite cependant examen.

Le béribéri est-il une paraplégie et une paraplégie idiopathique ? — Nous ne connaissons pas très-bien le béribéri, puisque nous n'en avons que des descriptions qui ne sont point parfaitement identiques et que c'est une affection qu'on n'observe que dans l'Inde.

Il paraît certain que, sous le nom de béribéri, quelques auteurs, Bontius en tête, ont confondu deux états morbides différents, ou au moins deux degrés extrêmement distincts d'un même état pathologique, et que d'autres auteurs n'ont pas craint de séparer, en leur donnant à chacun un nom à part.

Le docteur J. Clark, Marshall, Scott et J. Coplands distinguent le béribéri chronique qu'ils appellent barbiere, du béribéri aigu : celui-ci est l'hydrops asthmaticus, l'autre la paralysie béribéri. Cette distinction importante est acceptée par tous les pathologistes qui ont exercé dans l'Inde.

Le béribéri chronique, ou le barbiere, pourrait seul être considéré comme une paraplégie idiopathique, parce qu'il n'existe dans la science aucune mention des lésions anatomiques qu'on rencontre à sa suite. Mais la description succincte que nous allons en donner, d'après les auteurs, doit empêcher une semblable méprise. Dans le barbiere, il y a d'abord fourmillement singulier dans les extrémités inférieures, puis engourdissement, tremblement et une certaine hésitation dans les mouvements.

Dans quelques cas, les mains et les avant-bras sont atteints dans leurs mouvements. Le mal fait des progrès incessants. Bientôt les membres sont paralysés du sentiment ; ils se refroidissent. Les extenseurs cessent de se contracter et les extrémités inférieures perdent leur aptitude à se mouvoir. Les extrémités supérieures se refusent à l'accomplissement des actes qu'elles exécutaient naguère.

On voit, par cette dernière partie de la description, qu'il ne s'agit pas seulement d'une paralysie bornée aux membres pelviens ou à la moitié inférieure du corps. Mais il y a plus, les fréquentes indigestions qui surviennent ensuite ; la petitesse, l'irrégularité et la rareté du pouls, tout cela indique que la paralysie gagne les organes de la vie nutritive.

Nous penchons à admettre que, loin d'une simple paraplégie idiopathique, il y a, dans le barbiere, une maladie générale dont

---

A quoi M. Follin, qui ne s'intéresse pas moins que M. Venot au bonheur de ses confrères, a répondu :

Lettre de M. Follin à M. le Rédacteur de la Gazette Hebdomadaire.

Monsieur le Rédacteur,

Souffrez que je réponde quelques mots à M. Venot, et excusez-moi si mon style, pour se mettre à l'unisson avec celui du spécialiste bordelais, prend quelquefois des allures cicéroniennes.

Ars tota est in observationibus (Venot). Je ne sais pas pourquoi M. Venot brandit sur ma tête cet aphorisme si plein de nouveauté ? Ai-je fait autre chose que de publier une observation? *Quod vidimus testamur* (Rabelais). Cette observation n'était-elle pas d'ailleurs entourée de toutes les garanties désirables? *Non numerandæ sed perpendendæ observationes* (Morgagni). Et ce fait, accueilli par M. Ricord avec une hésitation bien naturelle chez un *législateur*, n'a-t-il pas fini par recevoir de sa propre main une sanction définitive? L'habile chirurgien du Midi, toujours d'accord avec son savant ami, M. Puche, s'est loyalement empressé de reconnaître que c'était là un fait unique au milieu d'un imposant relevé de plus de douze cents observations. Après cet aveu, d'autant plus précieux qu'il a été tout spontané, j'avais lieu de croire que le débat était clos.

Mais j'avais compté sans M. Venot, qui, se séparant des *gens* de la *galerie*, est descendu bravement dans l'arène, au risque de recevoir un peu de sable dans les yeux — semblable en ceci à Gargantua « qui se grattoyt où ne lui demangeoit point. »

Enfant terrible de la doctrine, il a voulu dire son mot dans cette affaire, *pour l'acquit pur et simple de son for intérieur.* Mais il a parlé quelques jours trop tard. Quand M. Ricord vient de reconnaître que j'ai publié un fait très-réel quoique très-rare, M. Venot, plus royaliste que le roi, ne se contente pas de ranger ce fait au nombre des exceptions ; il préfère le nier entièrement, parce que depuis qu'il *spécialise* à Bordeaux, il n'a jamais pu voir pareille exception, ni même, ce qu'on croira beaucoup mieux, une *ombre d'exception.*

Pour ne me laisser aucune porte de sortie, M. Venot a *remonté le fleuve de la contagion*, et tout lui fait exclure *même la possibilité d'une induration spéciale* chez les *individus autrefois pris de chancres indurés.* Je conçois qu'il ait de la peine à quitter des erreurs qu'il a mis vingt-cinq ans à apprendre ; mais il n'en est pas moins plaisant de le voir s'escrimer contre des *ombres d'exception* et contre la *possibilité* d'un fait que M. Ricord vient d'accepter si complétement. Je renvoie donc M. Venot à M. Ricord, qui lui expliquera le sens caché du fameux adage : *Ars tota est in observationibus.* Quant à moi, je suis encore trop jeune pour intervenir dans la discussion qui s'élèvera entre eux sur ce sujet. *Non nostrum inter vos tantas componere lites.*

Il est permis de penser toutefois, puisque l'âge a maintenant tant d'importance dans les questions de syphilis, que la victoire restera à M. Venot, qui spécialise depuis plus longtemps que M. Ricord.

Vous trouverez sans doute comme moi, monsieur le rédacteur, que ma lettre est bien peu scientifique ; mais peut-on répondre autrement aux hypothèses déflorées pour la défense desquelles M. Venot a fait appel à ses meilleurs souvenirs classiques ?

Une autre fois, si vous le permettez, lorsque le terrain sera dégagé de tout obstacle extra-scientifique, nous pourrons nous occuper plus sérieusement de la syphilis.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc.

E. Follin, *agrégé à la Faculté de médecine.*

Mais que diable ce bon M. Venot allait-il faire dans cette galère ?

les premières et principales manifestations se localisent sur les extrémités inférieures, mais qui envahit successivement tous les organes.

DIVISION.

Personne aujourd'hui ne doute donc plus qu'il n'existe des paraplégies indépendantes de la myélite, et il est peu de praticiens qui n'en aient rencontré un plus ou moins grand nombre durant leur carrière.

Mais, pour être indépendantes de la myélite, ces paraplégies sont loin de présenter de l'uniformité, tant sous le rapport étiologique que sous celui des manifestations symptomatologiques et des altérations anatomiques qu'elles laissent à leur suite.

S'il en est qui doivent être considérées comme de pures névroses, c'est-à-dire comme ne se rattachant à aucune lésion matérielle saisissable de l'organisme, il en est d'autres, au contraire, dont la cause matérielle peut être facilement perçue, telles sont celles qui succèdent à la compression mécanique de la moelle ou des nerfs qui se distribuent aux membres inférieurs.

Il en est d'autres, enfin, qui, sans trouver l'explication suffisante de cause à effet, se relient à des lésions d'organes plus ou moins éloignées, et notamment des organes génito-urinaires, et surviennent d'une manière tout à fait sympathique à la suite de ces lésions.

Ce simple aperçu démontre l'impossibilité absolue de faire l'histoire commune de ces différentes paraplégies, et la nécessité de les classer dans diverses catégories.

Notre travail résume un nombre considérable d'observations (soixante-et-une). La plupart nous sont propres, les autres ont été puisées à des sources certaines et authentiques que nous avons soin d'indiquer. Celles-ci sont sous forme d'extraits. Peu préoccupé de ce qui a été dit ou écrit, c'est d'après ces observations que nous allons traiter le sujet, persuadé que c'est là la forme que comporte un travail qui cherche à résoudre une question de cette importance.

Nous établissons d'emblée une division qui nous paraît rationelle et fondée, en partageant en trois classes les paraplégies dont nous avons à traiter.

Notre première classe comprendra les paraplégies qui nous paraissent franchement essentielles ou idiopathiques, ne laissant après elles aucune lésion appréciable des centres nerveux et ne se reliant à aucune lésion organique.

Dans notre seconde classe, nous rangerons les paraplégies symptomatiques. Celles-ci, quoique ne laissant pas d'altération des centres nerveux, ou du moins ne laissant que des altérations qui ne peuvent être comparées en rien à celles de la myélite, trouvent la justification de ce classement en ce que la cause qui les engendre est facilement appréciable et explicable, ou si elle échappe aux recherches anatomiques, dans quelques cas, elle présente une analogie complète avec ce qui se passe dans quelques autres états pathologiques, le rhumatisme, la goutte, que la science n'est point parvenue encore à définir d'une manière exacte.

Enfin, notre troisième classe comprendra toutes les paraplégies qui surviennent sympathiquement, à la suite de lésions organiques qui ne peuvent par elles-mêmes leur donner naissance et où il manque une explication plausible de cause à effet.

1re CLASSE. — A notre première classe, nous rattachons : 1° la paraplégie hystérique ; 2° la paraplégie des jeunes enfants, à la suite de convulsions, d'attaque d'éclampsie, de chorée, de dentition laborieuse, etc.; 3° la paraplégie qui succède quelquefois à un accès de fièvre intermittente grave ou à la fièvre typhoïde ; 4° la paraplégie qui survient à la suite d'un refroidissement subit ou prolongé des extrémités inférieures ; 5° la paraplégie saturnine.

Nous n'avons cru choquer ni la raison ni les saines notions médicales, en plaçant, parmi les idiopathiques, la paraplégie saturnine. Quoiqu'on connaisse la cause de cette paraplégie, les émanations de plomb, comme on connaît la cause de la paraplégie paludéenne ; on ne sait nullement comment cette cause agit dans l'organisme, pas plus qu'on ne connaît la manière d'agir des émanations palustres. Son action morbide ne laisse aucune trace matérielle justifiant la paraplégie à laquelle elle donne naissance, pas plus que les phénomènes qu'elle suscite.

2e CLASSE. — Dans la deuxième classe, ou paraplégies symptomatiques, nous rangeons : 1° les paraplégies qui succèdent à l'altération du sang, dite anémie globulaire, produite spontanément par des hémorrhagies graves; 2° les paraplégies résultant de la compression de la moelle ou des nerfs qui vont aux membres inférieurs ; 3° les paraplégies qui tiennent évidemment du rhumatisme ou de la goutte. On pourra peut-être nous reprocher d'avoir placé ces dernières parmi les symptomatiques; mais elles se lient d'une manière intime, comme cause à effet, aux principes morbides dont elles empruntent le nom ; elles sont évidemment le produit de ces mêmes principes morbides, sur les nerfs des membres inférieurs.

3e CLASSE. — Les paraplégies sympathiques sont celles qui surviennent à la suite des pertes séminales, par excès de masturbation ou d'abus du coït; celles qui arrivent en coïncidence de la néphrite, et celles qui accompagnent les lésions de la vessie ou de ses annexes, qu'il y ait ou non complication de néphrite.

1re CLASSE. — Paraplégies essentielles.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique reste complétement muette ici, et c'est là le principal motif qui justifie la dénomination d'essentielle. Sur le nombre total de 23 observations que contient cette classe, nous avons deux autopsies ayant directement rapport au sujet (8e et 17e *obs.*). Dans une troisième autopsie que nous rapportons (18e *obs.*), il s'agit d'une hémiplégie survenue durant le cours d'une fièvre typhoïde; cette autopsie prouve du moins positivement que l'affection fondamentale n'avait imprimé aucune modification appréciable aux centres nerveux, et, cette preuve, nous avions besoin de la saisir, pour corroborer le résultat d'une seule autopsie de paraplégie dans les mêmes circonstances.

Des deux autres autopsies, l'une est relative à une paraplégie survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde grave (17e *obs.*), le malade a succombé aux conséquences d'une vaste escarre du sacrum. Dans ce cas, pas plus que dans le précédent, nous n'avons pu trouver la moindre altération matérielle des reins, de la moelle ou de leurs annexes.

L'autre porte sur une jeune fille de 4 ans, paraplégique depuis plus de deux ans et succombant à une double pneumonie (8e *obs.*); ainsi que dans les deux cas précédents, les centres nerveux ont été trouvés intacts, quoique la paraplégie fut de longue date.

Dans chacun de ces trois cas, la nécropsie a révélé les lésions anatomiques des états morbides fondamentaux ou concomitants.

Enfin, nous empruntons à l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez *sur les maladies des enfants* (t. 2, p. 336), le résultat d'une quatrième autopsie faite sur un enfant de 2 ans, affecté de paraplégie essentielle, et succombant à une pneumonie. Dans ce cas, les résultats nécropsiques ont été tout aussi négatifs que dans les trois précédents.

Caractères de la paraplégie essentielle. — On ne peut assigner à ces paraplégies comme caractère constant que celui que vient de nous démontrer l'anatomie pathologique, c'est-à-dire l'absence complète de toute lésion saisissable des centres nerveux.

Quelques autres caractères leur appartiennent aussi en propre, mais ils n'ont ni le même degré de constance, ni une signification aussi positive. C'est ainsi que beaucoup d'entre elles ont un début brusque, spontané; c'est ainsi encore qu'elles n'offrent point une longue persistance dans la majorité des cas, et que, dans les cas exceptionnels, qui ont une longue durée, elles entraînent une atrophie considérable, et quelquefois, chez les enfants, des déviations osseuses des extrémités inférieures, des déformations même du bassin. Un des exemples les plus remarquables qu'on puisse citer en ce genre, est celui rapporté par le docteur Heine dans son ouvrage, et que voici : Un enfant de 9 mois est atteint de paraplégie à la suite de trois crises d'é-

clampsie survenues dans l'intervalle d'une demi-heure, sans autres symptômes cérébraux. A l'âge de 5 ans, lorsqu'il fut conduit dans l'établissement du docteur Heine, il était dans l'état suivant : La colonne vertébrale, dans la partie inférieure, dorsale et supérieure lombaire, est déviée à gauche ; la percussion sur les vertèbres n'est pas douloureuse ; les extrémités inférieures sont atrophiées, surtout du genou au pied ; elles sont déviées en dehors, elles sont froides, ne peuvent se réchauffer, ne transpirent jamais ; leur teinte est violette ; on observe une contorsion dans les articulations de la hanche, du jarret et des deux pieds-bots. Les tendons sont raccourcis ; les muscles du bassin sont imparfaitement développés et sans force, etc.

C'est ainsi encore que ces paraplégies peuvent présenter des alternatives de diminution et d'exacerbation durant leur cours, qu'elles peuvent même cesser, disparaître un instant pour reparaître bientôt après ; on peut également ranger au nombre des caractères qui leur sont propres, la tendance que beaucoup d'entre elles ont à céder brusquement, sous l'empire d'influences involontaires ou sans influence appréciable, après avoir résisté à divers moyens rationnellement dirigés contre elles.

Disons, au reste, que, ces paraplégies essentielles se rattachant à des circonstances diverses, ainsi que le témoigne notre division, nous ne pouvons préciser ici d'une manière générale des caractères qui se nuancent dans les divers genres et qui vont beaucoup mieux trouver leur place dans la symptomatologie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Piorry.

Du rhumatisme.

(*Suite et fin. Voir le n° 5 du tome 2.*)

Qu'est-ce donc que le rhumatisme? Si l'on remonte à Cœlius, on voit que le rhume et le rhumatisme sont à peu près la même chose ; c'est un écoulement qui a lieu tantôt par le nez, tantôt par les oreilles, tantôt par les poumons, tantôt enfin par l'intestin. Celse considère encore le rhumatisme comme un écoulement ; telle était aussi l'opinion de Galien. Plus tard, on discuta si le rhume et le catarrhe pouvaient être rapprochés. Au-dessus de tout cela plane Hippocrate, qui avait déjà admis l'*arthrite*, et l'on voit l'arthrite, si bien reconnue par Hippocrate, tomber pour ainsi dire dans l'oubli ; tandis que le rhumatisme et la goutte se trouvaient englobés sous un même chef et indistinctement confondus, jusqu'au moment où Baillou, voulant mettre de l'ordre dans cet affreux dédale, s'efforça de distinguer la goutte et le rhumatisme, distinction bonne et que l'on a bien fait de conserver. C'était un progrès réel. Mais le mot rhumatisme désignait-il l'hémite-arthrite, cette affection qui, après avoir frappé les jointures retentit sur la membrane séreuse du cœur, et qui, loin d'être un écoulement, comme l'indiquerait le mot rhumatisme, est plutôt une alteration du fluide contenu dans le système circulatoire ? Néanmoins, on admit le rhumatisme articulaire aigu que Sarcône étudia à son tour. Entraîné par les idées qui germaient alors, ce pathologiste voulut rencontrer une matière rhumatique ; et comme le type de son rhumatisme était l'hémite-arthrite, il trouva la couenne du sang, cette altération de toutes les phlegmasies aiguës ; Sarcône devait en déduire que cette lymphe couenneuse était la matière rhumatique à laquelle on attribuait tant de désordres ; telle fut aussi sa conclusion. On étendit la signification de ces mots, et, le vieux soldat, après avoir bivouaqué, avait du rhumatisme. S'agissait-il ici de la matière rhumatismale de Sarcône? Non, assurément. Certains individus étaient pris de douleurs sciatiques, et l'on appela cela la goutte sciatique, supposant que la cause *goutte* peut agir sur le nerf sciatique. Pinel, ne sachant que faire du rhumatisme articulaire, le rangea parmi les phlegmasies des jointures, et l'on trouve chez lui une tendance à établir un rhumatisme du système fibreux. Il fallait, sans doute, y joindre le rhumatisme chronique. Enfin, M. Villeneuve (*Dict. des sc. méd.*, art. Rhumatisme), reconnaît au rhumatisme toutes les causes possibles, toutes les lésions imaginables ; il le combat par tous les agents thérapeutiques connus, et, à l'instar de l'inflammation de Broussais, le rhumatisme finit par embrasser toute la médecine.

M. Chomel cherchant à limiter le domaine du rhumatisme, et après lui M. Requin, voulant enfin en diminuer le nombre, admet l'arthro-rhumatisme, le syndesmo, le myosi-rhumatisme, expressions qui, ainsi qu'on le peut remarquer, concordent parfaitement avec l'esprit de notre nomenclature. De son côté, M. Bouillaud admet aussi le rhumatisme, mais comment le considère-t-il? Pour lui, c'est la cause froid-humide en action qui détermine différents états.

Pour nous donc, il n'y a pas de rhumatisme proprement dit et l'on a compris sous ce nom un grand nombre de souffrances, en admettant un vice interne en dehors de la structure organique. Loin d'y trouver quelque utilité, n'y a-t-il pas danger à en reconnaître l'existence? Nous affirmons positivement que le praticien, se contentant du mot rhumatisme, s'expose à de graves erreurs de diagnostic : c'est ainsi que les douleurs, suite d'une tumeur anévrismale de l'aorte, comprimant les derniers plexus, avaient été prises pour des douleurs rhumatismales ; tel est aussi le cas d'un professeur de l'Ecole qui croyait avoir des rhumatismes : l'autopsie constata un cancer de la colonne vertébrale. Il serait trop long d'énumérer les accidents nombreux qu'on accusa à tort d'être des rhumatismes ; c'étaient tantôt des fèces dans l'intestin, tantôt des affections de l'utérus qui comprimaient ou tiraillaient les cordons nerveux ; tantôt il s'agissait de ruptures musculaires à la suite de quelques efforts.

Lorsqu'un homme a été exposé à la cause froid-humide, il a des souffrances nerveuses ou musculaires ; voilà la cause bien établie, le mal bien reconnu. Mais entre le mal et la cause existe-t-il quelque chose, y a-t-il un virus, par exemple? Certes on n'admettra pas la matière de Sarcône, cette fibrine tenue en suspension dans le sérum du sang ; car, partout où il y aurait hémite, là serait le rhumatisme ; on aurait donc une péricardite, un érysipèle rhumatismal, et quel rapport entre ces lésions et celle de cet homme qui a bivouaqué et a été soumis au froid-humide ?

Dans quel cadre nosologique placer cette entité morbide? Les progrès immenses qu'a faits l'anatomie depuis Celse ne permettent guère une pareille tentative, à moins toutefois que l'on ne se résigne à classer, parmi les phlegmasies, ou partout ailleurs, une maladie qui, à elle seule, renfermerait toutes les lésions.

La thérapeutique à suivre, en pareil cas, se trouve singulièrement modifiée, suivant qu'on reconnaît ou qu'on n'admet point le rhumatisme. D'un côté, l'on trouve l'usage presque exclusif des bains de vapeur, des vésicatoires, des frictions, des eaux thermales, etc. ; tandis que les névralgies sciatiques, les ruptures musculaires, les affections de l'utérus ou du rachis, etc., n'ont que faire de ces agents. Peut-on encore employer ces mêmes moyens, s'il s'agit, par exemple, d'une paralysie de la face, consécutive à la compression des nerfs de la septième paire, dans un tissu osseux (A. Bérard)? Telles sont, cependant, les erreurs auxquelles expose le mot rhumatisme, et, d'après cela, l'on comprend aisément combien sont éphémères les succès de ceux qui ne poursuivent que le rhumatisme.

Il n'en est pas de même de la goutte ; c'est une maladie spéciale aux gens d'un certain âge ; maladie héréditaire, à marche particulière, bien vue par Baillou, et mieux étudiée depuis. On connaît aujourd'hui l'altération du sang qui se rencontre en pareille circonstance ; on sait que l'acide urique se trouve en excès dans le sang. Avec cette lésion générale coïncide un certain nombre de phénomènes du côté des jointures ; des dépôts d'urate de chaux s'y forment et deviennent la cause des déformations. C'est le cas de cette femme que nous citions en commençant, et qui s'est trouvée soulagée par l'emploi de l'iodure de potassium.

Abandonner le mot rhumatisme, étudier avec soin les états organopathiques, telle doit donc être la conduite d'un praticien consciencieux, et c'est en suivant cette voie que nous sommes arrivé à des résultats heureux, alors que les malades étaient complétement abandonnés.

Fréd. Duriau.

Hôpital Saint-Louis. — M. Malgaigne.

Exostose sous-unguéale du gros orteil enlevée avec succès. — Guérison constatée sept mois après.

J'ai publié en 1850 (*Revue médico-chirurgicale*, t. 8, p. 21) un mémoire de Legoupil sur l'exostose sous-unguéale. On a pu voir qu'après l'ablation de la tumeur, la récidive, redoutée par M. Dupuytren, avait été observée plusieurs fois par M. Velpeau, et que, pour cette raison principalement, cet habile maître en était venu à préférer l'amputation de la phalangette ; telle était éga-

lement la pratique de Liston, et c'est ainsi qu'agit encore M. Lenoir. Il m'a paru que ces récidives pouvaient tenir à une ablation incomplète ; et, en effet, il est difficile d'imaginer qu'avec le bistouri, ou même la gouge frappée par le marteau, on parvienne à énucler complétement le tissu osseux malade. C'est dans cette idée que j'ai agi, et j'ai obtenu ainsi sans amputation, bien plus sans traces apparentes de l'opération, un succès complet et durable. A ce point de vue l'observation qui suit offrira donc un certain intérêt.

Observation. — Malique, âgé de 16 ans, orfévre, demeurant rue d'Arcole, n° 3, entra le 7 mai dans mon service pour une exostose sous-unguéale du gros orteil.

D'une bonne santé habituelle, d'une constitution sèche et nerveuse, il s'était aperçu depuis six mois, sans cause connue, d'un soulèvement de l'ongle du gros orteil droit et d'une augmentation du volume de la phalange. C'était surtout le côté interne de la phalange qui était affecté ; le malade y éprouvait des douleurs qui devenaient très-vives lorsqu'il fatiguait un peu, et il était décidé à toute opération nécessaire pour le guérir.

La maladie se révélait d'ailleurs au premier aspect : le bord interne et supérieur de la phalangette était exhaussé par une tumeur dure, immobile, à large base, faisant évidemment corps avec l'os. L'ongle était sain, dévié seulement de sa direction normale ; et la partie interne de l'orteil qu'il ne recouvrait plus offrait quelques fongosités peu élevées.

Le 10 mai, le malade étant préalablement chloroformisé, avec un fort bistouri tenu à pleine main comme un canif, j'enlevai d'arrière en avant la portion de l'ongle soulevée par la tumeur sans toucher à sa matrice ; je mis ainsi à découvert l'exostose, dont le tissu était rougeâtre et mou, et je la réséquai par tranches avec le bistouri, jusqu'au niveau de la phalange ; alors le tissu dense de l'os ne permettait plus au bistouri d'aller plus loin, et cependant le tissu rouge et spongieux de l'exostose semblait s'enfoncer dans la phalangette. Je le déracinai très-facilement avec la gouge, et ne m'arrêtai qu'en arrivant au tissu sain qui se distinguait par sa teinte grisâtre et sa consistance plus grande. Il restait alors une sorte de petite cupule creusée dans le tissu osseux, que je remplis avec une petite boulette de charpie.

Le 13 on lève l'appareil ; déjà des bourgeons charnus apparaissent au fond de la petite plaie ; pas d'inflammation aux environs.

Le 18, les bourgeons charnus qui ont continué à croître, ont élevé le fond de la plaie presque au niveau des tissus environnants. Le malade ne souffre en aucune manière.

La cicatrisation marche sans accidents, et le 30 mai la plaie était tout à fait guérie, et parfaitement de niveau avec les parties voisines. La partie de l'ongle qui avait été enlevée commençait à repousser. Le malade appuyait sur l'orteil et marchait sans la moindre douleur. Il fut renvoyé de l'hôpital.

La question était de savoir si l'exostose ne repullulerait pas. Le 10 septembre, j'ai fait prier le malade de venir nous voir. L'orteil avait sa forme ordinaire ; l'ongle avait repris sa courbe, sa force, son poli ; seulement la moitié interne ne se prolongeait pas tout à fait autant en avant que l'externe ; mais il avait la même adhérence aux parties sous-jacentes, et je puis ajouter que moi-même je n'aurais pas deviné que l'orteil avait subi une opération.

J'ai voulu le revoir il y a quelques jours ; il était absent, mais sa mère m'a assuré que l'orteil ne le faisait souffrir en aucune façon, et que la guérison se maintenait bien complète.

(*Rev. médico-chirurg.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De l'ascite du fœtus comme cause de dystocie,

Par M. Carpentier, *médecin à Roubaix.*

La plupart des médecins qui se livrent à la pratique des accouchements connaissent parfaitement les nombreuses causes de dystocie tenant à l'enfant ; mais parmi ces causes, il en est qui, par leur rareté et leur importance, méritent d'être signalées à l'attention des praticiens. Je veux parler ici de celle qui tient au développement énorme du ventre du fœtus, causé par une abondante quantité de sérosité.

Un fait de ce genre s'est présenté tout récemment à mon observation.

Je fus appelé, le 14 novembre, vers une heure du matin, rue Neuve-du-Fontenoi, pour Marie Bekleman ; cette femme, âgée de 42 ans, était arrivée au huitième mois de sa douzième grossesse. Le travail avait commencé la veille au soir, et au moment de mon arrivée, les douleurs étaient déjà très-énergiques, le cordon ombilical faisait issue à travers la vulve. Je pratiquai le toucher et reconnus que l'enfant se présentait en cinquième position du sommet (fronto-cotyloïdienne droite). Je pus constater aussi un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur qui avait perdu un pouce ; ce rétrécissement du bassin datait de longtemps, car j'appris par la femme B... que tous ses accouchements avaient été très-longs et très-laborieux, et que des onze enfants qu'elle avait mis au monde, elle n'avait pas eu le bonheur d'en conserver un seul : tous, excepté le premier, étaient morts pendant le travail.

Nonobstant cette atrésie du bassin, la tête du fœtus, dont les os étaient très-mobiles, s'engagea dans l'excavation pelvienne, et des douleurs expulsives, de plus en plus violentes, finirent par l'amener au dehors ; en présence d'un pareil résultat, je crus pouvoir annoncer à la femme B. que, cette fois, son accouchement serait plus prompt et plus heureux que les autres. Je ne pouvais encore prévoir alors la cause qui désormais allait le compliquer si sérieusement ; car ce n'est qu'après la continuation des douleurs expulsives et les nombreuses tentatives de ma part, tentatives faites sans succès, malgré les tractions assez fortes opérées, soit sur le cou, soit sur les bras de l'enfant que j'avais extraits difficilement, que j'eus l'idée de cette complication ; cette cause de dystocie tenait évidemment à une anomolie du côté de l'enfant, et il me vint de suite à la pensée que ce devait être une hydropisie du ventre. J'allai donc à la recherche de cette cause que je soupçonnais déjà. Pour cela faire, je glissai la main le long de la face dorsale du fœtus qui regardait à gauche et en arrière ; j'arrivai, non sans une grande difficulté, dans la matrice, et en ramenant la main en avant, je fus frappé du volume énorme de l'abdomen de l'enfant ; dès lors je ne pouvais plus songer à revenir aux tractions, vu la résistance si considérable que j'avais à vaincre. Je n'avais pas d'autre parti à prendre que celui de pratiquer une ponction. Il me vint d'abord à l'idée de faire cette ponction avec le crochet aigu qui termine une des branches du forceps, en glissant celle-ci le long du bras droit engagé dans la matrice, et en dirigeant la pointe de la main droite ; mais je renonçai à ce moyen qui n'était pas sans danger, et dont l'application était hérissée de grandes difficultés, vu la constriction très-forte que le détroit supérieur rétréci exerçait sur le thorax de l'enfant. Je ne pouvais en cette circonstance avoir recours ni au trocart ni au bistouri ; car la tumeur, formée par cette énorme collection de liquide, se trouvait au-dessus de la symphyse pubienne, et n'était pas accessible à ces instruments qui m'auraient été d'une grande utilité, si l'enfant s'était présenté par les pieds ; force me fut donc de recourir à un autre moyen ; je pratiquai, à l'instar de Petit-Mangin, une ponction à travers le diaphragme, et voici de quelle manière j'y procédai :

Après avoir fait relever par un aide la tête et les bras de l'enfant du côté de la symphyse pubienne, j'introduisis la main gauche dans le bassin, le long du côté gauche du fœtus qui regardait en arrière : j'enfonçai avec force plusieurs doigts de cette main dans un espace intercostal, et pus accrocher de cette manière une côte que j'abaissai le plus possible ; je glissai sur cette main une tige en acier poli aplatie dans toute sa longueur : cette tige avait une largeur d'un centimètre et avait une extrémité légèrement tranchante. Je pénétrai facilement dans la poitrine de l'enfant en enfonçant le bout tranchant de mon instrument dans l'espace intercostal qui correspondait à l'extrémité de mes doigts ; je con-

tinuai à le diriger dans le sens de l'axe longitudinal de cette cavité, et parvins au diaphragme, que je perforai sans difficulté. A l'instant même, une énorme quantité de liquide, que je puis évaluer sans exagération à cinq litres, s'échappa, au grand étonnement des personnes qui m'entouraient, à travers l'ouverture du thorax, et il suffit alors d'une douleur, aidée d'une légère traction, pour amener au dehors un enfant mort depuis plusieurs jours, et remarquable par la capacité de la cavité abdominale.

Aucun accident fâcheux n'est survenu à la suite de cet accouchement, et la femme B., qui a supporté toutes ces manœuvres avec un stoïcisme remarquable, se trouve aujourd'hui complétement rétablie. (*Rev. méd. chir.*)

THÉRAPEUTIQUE.

De la vaccination comme traitement des nævi materni,

Par le Dr Herrgott (*de Belfort*).

Dans le numéro de septembre de la *Gazette médicale de Strasbourg* (1853, page 325), se trouve une lettre du docteur Mestmann, de Wissembourg, qui recommande la vaccination comme moyen de faire disparaître les nævi materni. Ce moyen, qui déjà avait été proposé il y a quelques années, jouit en effet d'une efficacité bien remarquable, et je puis ajouter mon tribut d'observations à celles de notre honorable confrère du Bas-Rhin. Chargé, depuis dix ans, du service des vaccinations dans le canton de Belfort, j'ai eu occasion d'employer cinq ou six fois ce moyen avec plein succès : une fois, entre autres, sur une petite tache rouge, constituée par du tissu érectile très-superficiel, qui se trouvait au bout du nez d'un enfant, et qui produisait un effet des plus désagréables. Je fis, dans cette petite tumeur, cinq piqûres avec la lancette chargée de vaccin; à ma surprise, il ne survint pas d'hémorrhagie, et, à la place de la tumeur, on voit la cicatrice gaufrée qui succède à la pustule vaccinale. Il est d'autant plus important d'employer ce moyen si simple et si sûr, que ces tumeurs prennent souvent, même dans les premières années de la vie, un très-grand développement, tant en largeur qu'en profondeur, et ne permettent plus d'employer, comme succédané de la vaccination, l'inoculation avec l'huile de croton, également recommandée dans ces cas. Il faut aussi faire une distinction entre ces tumeurs : ce ne sont que celles qui sont constituées par un développement vasculaire du derme proprement dit, qui peuvent être avantageusement modifiées par ces moyens; car l'inflammation qui accompagne l'éruption vaccinale a son siége dans le tissu du derme; elle serait naturellement sans effet sur les tumeurs érectiles sous-cutanées, qui sont aussi très-fréquentes, mais qui réclament l'emploi de moyens plus énergiques, et qui résistent même souvent aux traitements les plus variés.

Si, pour accréditer un fait dans la science, et faire accepter un mode nouveau de traitement par les praticiens, il suffisait d'une exposition parfaite, appuyée de faits concluants, je n'aurais pas eu l'idée de mentionner mes observations, bien moins importantes et moins concluantes que les vôtres, en faveur de l'emploi de la vaccination contre les nævi materni; mais les faits ne sont acceptés ou remarqués qu'après une production réitérée, et les praticiens prudents ne se décident que lentement en faveur de l'emploi de moyens nouveaux.

Je m'estimerais heureux si je pouvais contribuer à faire connaître et à faire adopter ce moyen aussi simple que facile et efficace, contre ces difformités toujours désagréables et quelquefois suivies d'accidents sérieux. (*Bullet. gén. de thér.*)

Pilules contre la goutte, le rhumatisme, et les névralgies,

Par M. le Dr Deschamps.

Les formules de pilules qui ont été préparées pour combattre les affections goutteuses et rhumatismales, etc., sont nombreuses; toutes ont été vantées par leurs auteurs, et toutes ont été successivement abandonnées. La formule que nous signalons aura-t-elle le même sort? Nous l'ignorons. Dans tous les cas, voici cette formule :

Pr.	Extrait alcoolique de cévadille. . . .	1 gramme.
	Aloès des Barbades.	5
	Scammonée d'Alep.	5

Faites 100 pilules.

M. le docteur Gaffard, auteur de cette formule, fait prendre deux de ces pilules toutes les heures, jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet purgatif prononcé, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on ait obtenu 4, 5, 8 ou 10 selles dans les vingt-quatre heures. L'action purgative de ces pilules étant en raison directe du nombre des pilules administrées, M. Gaffard pense qu'il est nécessaire de régulariser leur effet et de le rendre uniforme. Il recommande, pour atteindre ce but, de mettre entre les prises des intervalles graduellement croissants, et fixe à trois heures la raison arithmétique de cet accroissement. Ainsi, après avoir obtenu l'effet désirable, à quelque nombre qu'on soit arrivé, on retarde la prise suivante de trois heures, c'est-à-dire qu'au lieu de six heures d'intervalle on en mettra neuf; à la prise suivante, on en mettra douze; à la suivante, quinze, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pris une vingtaine de pilules, nombre ordinairement suffisant.

On boit, pour faciliter la déglutition et la digestion de ces pilules, une tasse d'infusion chaude et légère de tilleul, de sureau ou de thé. Ce liquide chaud constitue la boisson ordinaire du malade pendant l'effet purgatif.

(*Bull. génér. de thérap.*)

Ongle incarné.— Extirpation. — Emploi de la glace.

L'ongle incarné est une affection qui est combattue encore de bien des manières. Sur le même malade, qui avait deux ongles incarnés, M. Velpeau a attaqué l'un par la cautérisation au nitrate d'argent, puis arraché l'autre. La cautérisation est très-douloureuse, si douloureuse, que le jeune homme qui portait ces deux ongles incarnés demandait l'arrachement. La cautérisation encore guérit plus lentement, et d'une manière moins certaine. Somme toute, suivant ce chirurgien, il vaut mieux pratiquer l'extirpation. Pour cette opération, qui est une des plus douloureuses que la chirurgie ait à pratiquer, on a recours à l'usage du chloroforme. M. Velpeau préfère recourir à un mélange réfrigérant, composé d'une partie de glace bien pilée, et de deux parties de sel marin. Il applique cette glace et ce sel, bien mélangés, sur l'orteil dont il veut enlever l'ongle; au bout de une à deux minutes, la partie est gelée, l'insensibilité est complète, et l'opération est pratiquée sans que le patient ressente la moindre douleur. On a ainsi les avantages du chloroforme, sans faire courir aux malades aucun danger.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Janvier 1854. — Présidence de M. Combes.

Pathologie comparée.

M. Guérin-Menneville lit un mémoire intitulé : *Recherches sur les maladies des végétaux, extraites du* Journal des Observations agricoles et scientifiques *faites dans dix départements de la France, pendant les mois de mai, juin, juillet, août, septembre et octobre* 1853.

L'auteur a rédigé lui-même l'extrait suivant de ces recherches :

« L'observation de nouveaux faits est venue, cette année, confirmer ce que j'avançais l'année dernière, que la grande épidémie qui sévit sur beaucoup de végétaux, et spécialement sur la vigne, a pour cause unique, ou du moins principale, un phénomène de température. Les observations sur lesquelles j'appuyais mes convictions, l'année dernière, sont devenues très-nombreuses en 1853, par l'exploration que j'ai faite des départements du Var, des Bouches-du-Rhône, des Basses-Alpes, de Vaucluse, du Gard, de la Drôme, de l'Ardèche, de l'Isère, du Rhône et de la Seine.

« Après avoir observé l'épidémie dans les Basses-Alpes, pendant tout le temps qu'a duré l'éducation des vers à soie et la confection de leur graine, je me suis décidé à faire une exploration des dix départements que je viens de nommer, en remontant du Midi vers le Nord. J'ai constaté ainsi, comme je l'avais fait en m'élevant dans les Alpes pour arriver aux altitudes où cesse la culture de la vigne, que la maladie tend à disparaître à mesure qu'on avance vers leur sommet, comme à mesure qu'on avance vers le Nord. Dans les Alpes, comme à Paris, la maladie n'existe pas. Dans les Alpes, comme à Paris, on ne la trouve généralement que sur les treilles abritées, exposées au midi ou au levant, ou dans les petits jardins des villes, où il y a une atmosphère artificielle qui fait que la maladie se montre à toutes les expositions.

Les cultures chez lesquelles j'ai plus particulièrement observé les effets de l'épidémie, sont : les prairies artificielles de sainfoin, les céréales, les melons, les courges, les tomates, etc.; la vigne les rosiers, les mûriers, les noyers et autres arbres fruitiers de toute espèce, et jusqu'aux aunes de nos vallons. Ainsi, les sainfoins, par exemple, après avoir pris un développement magnifique de décembre à février, ont langui et se sont couverts d'*oïdium*, à tel point que l'odeur très-intense de vigne malade qu'ils exhalaient au moment où on les coupait a pu faire craindre que ce fourrage ne fût nuisible aux animaux domestiques.

« Tous les blés, et surtout ceux des collines bien exposées, étaient admirables à la même époque, au moment où ils doivent être stationnaires et souvent sous la neige; mais ceux de la plaine, dans la grande vallée de la Durance, ainsi que ceux des parties élevées du département, étaient restés petits, bas, et sans développement anormal. Plus tard, pendant les mois d'avril, de mai et même de juin, ceux des collines, des bonnes expositions, qui montraient déjà leurs épis et allaient fleurir, ont subi des températures plus ou moins basses, une humidité froide; ils se sont couverts de taches d'un noir roussâtre, leurs feuilles se sont roulées, et ils paraissaient, au milieu de pluies froides presque continuelles, souffrir d'une sécheresse prolongée.

« Quant aux blés de la plaine, terrain froid et dont les récoltes sont toujours en retard de près de quinze jours, ils s'étaient développés lentement et comme à l'ordinaire; les mauvais temps n'ont eu aucune action sur eux, et ils ont donné de bonnes récoltes, pendant que ceux des collines et des plateaux intermédiaires, qui étaient si beaux en décembre, janvier et février, n'ont pas même rendu la semence.

« Une remarque fort curieuse qui montre bien que la maladie des blés est due à la température trop élevée de l'hiver, c'est qu'il a été constaté que tous les cultivateurs qui avaient semé leurs blés tardivement, par des causes indépendantes de leur volonté, ont eu une assez bonne récolte.

« Les mûriers se sont développés de bonne heure et ils ont subi toutes les pluies froides qui ont désolé la première moitié de l'éducation des vers à soie. On en a vu de couverts de feuilles à Pâques. Plus tard, toutes les feuilles de ces arbres si utiles se sont maculées de taches rousses que j'ai étudiées avec grand soin. Chez beaucoup, la maladie était si intense, que les feuilles se roulaient et séchaient, en sorte qu'elles ont été impropres à la nourriture des vers à soie. Il en a été de même pour les noyers et beaucoup d'autres arbres dont les feuilles s'étaient couvertes de taches de rouille.

« Quant à la vigne, elle a été plus fortement attaquée que jamais. Les pluies froides de mai ont bien retardé l'invasion de la maladie de quinze jours environ; ce retard a bien donné un moment d'espoir aux agriculteurs, qui croyaient à une cessation ou à une forte diminution du mal; mais ils ont bientôt reconnu que l'altération de cet arbuste était très-intense, plus intense que les années précédentes. Cependant, grâce à la constitution très-accidentée des départements que j'ai visités, j'ai pu voir, sur une grande comme sur une petite échelle, et dans des lieux très-éloigné, dans des circonstances très-variées en apparence, que ma théorie de la caloricité explique parfaitement tous les cas de maladie bien observés dans la grande culture.

« Ainsi, il est actuellement positif que toutes les vallées parcourues par un grand cours d'eau et orientées de manière à subir, pendant l'hiver surtout, des vents froids et principalement ceux du nord, sont exemptes de la maladie d'une manière plus ou moins complète. Les versants des collines qui regardent le nord sont généralement dans le même cas, et certains plateaux plus ou moins élevés, soit dans l'extrême midi, soit dans la France centrale, n'en souffrent que peu ou seulement dans les anfractuosités de terrain formant des abris.

« En résumé, mes nouvelles observations me conduisent à persister dans l'opinion que j'ai émise l'an passé sur la question et qu'on trouvera formulée dans le *compte rendu* de la séance du 6 septembre 1852. »

Corps étrangers de la vessie.

M. Leroy (d'Étiolles) présente sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, autres que les calculs, un mémoire dont il donne l'extrait suivant :

Ces corps arrivent dans la vessie tantôt par les voies naturelles, tantôt par des blessures; les premiers ont, en général, une forme allongée, et leur diamètre est inférieur à celui du canal par lequel ils ont pénétré : ce sont ordinairement des fragments de sondes, d'instruments brise-pierres, des tiges de fer, des épingles à cheveux, etc. Les instruments que j'ai imaginés pour opérer l'extraction de ces différents corps agissent de deux manières différentes : ils ploient, en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez minces pour passer en double dans l'urètre ou dans un tube. Quant aux corps trop volumineux pour sortir ainsi ployés en deux, les instruments les saisissent, les font pivoter sur eux-mêmes, s'ils sont pris en travers, et les placent dans la direction de l'urètre qu'ils doivent parcourir. Cet effet est produit par de petites barrettes transversales semblables à de petits rateaux qui glissent sur les bords des gouttières dont sont creusées les pinces, lesquels rateaux, mus par de longues tiges, se prolongent à l'extérieur, poussent le corps jusqu'à l'extrémité de la pince dont les gouttières, coupées obliquement et échancrées d'un côté, favorisent le mouvement de bascule. Ces rateaux et cette coupe oblique des gouttières s'adaptent à toutes les pinces, mais plus particulièrement à celle en forme de brise-pierres qui est la plus usitée pour l'homme, et à la pince à anneaux qui convient pour les femmes.

« J'obtiens encore le pivotement, le placement en long et la sortie des corps allongés par d'autres mécanismes. Un tube droit ou courbe est échancré en gouttière dans une certaine longueur; sur le bord de cette gouttière glisse un crochet demi-annulaire qui peut dépasser le bord du tube en obéissant à l'impulsion et au tirage d'un fil de fer; ce demi-anneau accroche la tige à extraire, le fait basculer sur le bord de la gouttière, l'y couche et l'amène au dehors.

« Je rapporte dans mon mémoire de nombreux exemples de succès obtenus avec ces divers instruments. L'un des plus remarquables est celui d'un général qui avait rompu dans sa vessie une grosse bougie de gutta-percha pour l'extraction de laquelle quarante-trois tentatives infructueuses avaient été faites par un des plus célèbres chirurgiens spécialistes. Avec mon extracteur à crochet semi-annulaire, dès la première application que j'en ai faite, j'ai retiré ce corps étranger. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Médecins de colonisation en Algérie.* — En généralisant et en régularisant une institution qui existait déjà en germe dans plusieurs localités de l'Algérie, M. le ministre de la guerre n'a pas seulement rendu un service signalé aux colons d'Afrique, il a aussi créé plusieurs positions avantageuses pour de jeunes médecins. Ces positions sont données à des médecins qui déjà remplissaient en quelque sorte les fonctions de médecins de colonisation; mais quelques-unes sont encore inoccupées et conviendraient à beaucoup de jeunes confrères. Nous ne doutons pas que l'honorable secrétaire de la Faculté, M. Amette, auprès de qui les médecins peuvent trouver tant de renseignements précieux, ne soit au courant de toutes les conditions qu'il faut remplir pour obtenir la confiance de l'administration, et que ceux qui s'adresseraient à lui n'en reçussent d'excellents conseils et peut-être aussi des recommandations qui ne leur seraient pas d'une médiocre utilité pour réussir dans leur demande.

— La Société médico-pratique de Paris a composé son bureau ainsi qu'il suit, pour l'année 1854 :

MM. Dreyfus, président;
Aug. Mercier, vice-président;
Aubrun, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Compérat, archiviste;
Janin, trésorier;
Bonnassies, secrétaire-trésorier.

La Société rappelle le sujet de prix récemment proposé par elle :

« *Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.* »

Prix : médaille d'or de 300 fr.

Les mémoires manuscrits, écrits en français ou en latin, devront être adressés, *avant le* 31 *décembre* 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville.

Le Secrétaire de la Société, Dr Perrin.

— La section de botanique de l'Académie des sciences a comblé à peine le vide qui s'était fait dans son sein, qu'une nouvelle perte est venue l'affliger. M. Gaudichaud a succombé hier à la longue maladie qui depuis longtemps avait enlevé tout espoir à ses amis.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 8. 2e année. Jeudi 19 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 18 Janvier 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La presse a-t-elle le droit de s'immiscer dans les affaires *particulières* de l'Académie ? Telle est la question que nous sommes obligé de nous poser, après la conversation que nous avons eue hier avec un homme dont nous sommes habitué à louer l'excellent jugement et le bon sens pratique. Pour lui, la question n'est pas douteuse : la presse ne saurait avoir ce droit ; il est juste d'ajouter qu'en fait de droit de presse, l'honorable académicien n'est pas d'une libéralité Mécenienne.

Quoi qu'il en soit, avant de répondre à cette première question, il en est une autre qu'il ne nous paraît pas inopportun de poser préalablement : L'Académie, une compagnie savante quelconque, peut-elle avoir des affaires *particulières ?* Évidemment oui, suivant l'honorable académicien dont nous parlons ; non, suivant ceux qui croiraient ne pouvoir partager le sentiment d'une autorité si respectable, et nous avouons être de ce nombre.

Si le but de tout corps savant est de « travailler au perfectionnement de la science, » et pour l'Académie, ce but lui est indiqué textuellement par l'ordonnance qui l'a constituée, rien de ce qui se fait dans ce corps n'est étranger à la science, car on ne travaille pas moins au progrès, en réglant la manière de récompenser les travailleurs, en stimulant le zèle des membres, qu'en lisant ou en composant des mémoires : or, les nominations de membres nouveaux, la distribution des prix, les encouragements donnés aux aspirants aux places vacantes, ou même aux membres titulaires, tout cela a pour but final le progrès, ou, comme le dit l'ordonnance constitutive, le perfectionnement de la science, et à ce titre, tout cela doit occuper tous ceux qui ont la prétention (fondée ou non) d'aider dans leur tâche les compagnies savantes. Ce droit, bien plus, cette mission, nous l'avons remplie en disant notre avis sur le dernier comité secret ; nous la remplirons encore en parlant d'affaires bien plus particulières encore que celle dont il s'est agi dans ce comité, d'affaires qui seraient réellement particulières, si une Académie pouvait en avoir de cette sorte.

Nous avons donc parlé, c'était notre devoir, du dernier comité secret. En avons-nous parlé justement ? Voilà la seule question.

Il nous semblait qu'en mettant sous les yeux de nos lecteurs le texte des règlements, nous nous placerions ainsi à l'abri de toute fausse interprétation qu'ils ne pussent immédiatement rectifier. Nous nous étions trompé.

Le règlement, nous a-t-on objecté, n'est bon qu'autant qu'il n'est pas en opposition avec les ordonnances constitutives ; or, lesdites ordonnances permettent ce que le règlement défend.

Certes, l'objection était imprévue, et elle nous a un peu bien surpris. Comment, avons-nous dit, l'Académie, qui a fait et refait deux ou trois fois son règlement depuis cinq ans, n'a-t-elle pu le mettre d'accord avec ses ordonnances constitutives ? Comment surtout, après avoir reproduit toutes ces *ordonnances, décrets* et *arrêtés*, ose-t-elle intituler son règlement : « Règlement de l'Académie EN EXÉCUTION des précédentes ordonnances ? » C'est donc pour tendre un piége aux hommes assez naïfs pour croire aux règlements ? Si cela était, on nous pardonnerait bien, sans doute, une telle naïveté. Mais heureusement, jusqu'à démonstration nouvelle, nous persisterons à croire que cela n'est pas.

Nous affirmons, de la manière la plus positive, que dans les ordonnances constitutives suivantes : 20 décembre 1820, 6 février 1821, 18 octobre 1829, 15 septembre 1833 et 20 janvier 1835, voire même, si l'on veut, dans le fameux *extrait du Moniteur* du 2 mars 1848, il n'y a pas un mot, *pas un mot*, remarquez-le bien, qui tende à dispenser les candidats qui veulent faire partie de l'Académie, à un titre quelconque, d'en faire *la demande expresse ;* il n'y a pas un mot qui autorise l'Académie à nommer les associés libres dans la séance même où on a lu le rapport sur leurs titres. Quant à une délibération dont on nous a parlé, qui aurait été prise, en comité secret, à propos de la question soulevée par la position de M. Conneau, et qui autoriserait le mode d'élection dont il s'agit, cette délibération ne pourrait, en aucun cas, modifier le règlement sans l'intervention de l'autorité ministérielle. Donc, au point de vue de la légalité, nous persistons à croire que la nomination de MM. Davenne et Milne Edwards est aussi contraire à la lettre des règlements.

Mais que sera-ce si, de la lettre, nous passons à l'esprit ? Comment la commission n'a-t-elle pas compris tout ce qu'il

y avait.... comment dirons-nous?... d'étrange, de peu digne pour l'Académie et pour les candidats, dans cette façon d'aller proposer des candidatures, pour venir ensuite les porter à l'improviste dans un comité secret, pour forcer, en quelque sorte, les suffrages des membres présents? Nous l'avons dit, nous le répétons avec une conviction profonde, il y a dans un tel mode de procéder quelque chose d'aussi peu digne pour l'Académie que pour les hommes très-recommandables que l'on a voulu honorer.

Nous ne nous défendrons pas ici du reproche qu'on nous a adressé d'avoir cédé, en portant cette question devant le public, à des inspirations tracassières et pernicieuses pour l'Académie; nous ne nous en défendrons pas, d'abord parce que nous avons pris depuis longtemps l'habitude de ne céder qu'à nos propres inspirations, de ne louer que ce qui nous paraît juste et vrai, de ne blâmer que ce qui nous paraît injuste ou faux, et ensuite parce que MM. Larrey et Velpeau ne nous paraissent pas être d'assez féroces révolutionnaires pour qu'on ne puisse se hasarder à marcher dans la voie qu'ils ont ouverte; car, on ne l'a pas oublié, MM. Larrey et Velpeau avaient déjà fait les mêmes objections que nous, et nous ne doutons pas un instant que leur opinion n'eût prévalu à une grande majorité, si l'Académie n'avait cru commettre une sorte d'inconvenance envers MM. Davenne et Milne Edwards, en soumettant leur candidature au scrutin. La plupart des membres de l'Académie s'exprimaient hier, à cet égard, en termes qui ne peuvent laisser d'incertitude, et que nous ne pourrions même reproduire, sans dépasser de beaucoup les termes dans lesquels doivent se renfermer nos appréciations.

Puisque les travaux de cette séance nous laissent le loisir de nous occuper un peu des affaires *particulières* de l'Académie, nous dirons un mot d'un petit déménagement intérieur qui nous paraît avoir son importance :

A une place d'honneur, à gauche du président, et faisant pendant au beau portrait de Vésale, se trouvait dans l'enceinte académique le portrait de l'illustre Esquirol. Ce n'est pas sans surprise que nous avons vu hier Esquirol relégué au-dessus d'une porte d'entrée et sa place occupée par Fouquier.

Certes, personne plus que nous n'a de vénération pour les vertus privées de l'honnête M. Fouquier; mais, en conscience, il ne nous paraît pas, malgré la robe rouge qui le décore, de taille à renverser Esquirol de son piédestal. Nous croyons donc qu'on aurait fait les choses beaucoup plus convenablement en laissant Esquirol où il était et en suspendant Fouquier où se trouve aujourd'hui l'illustre aliéniste. Ainsi, chacun aurait véritablement été à sa place. Esquirol vraiment ne saurait faire pendant à M. Deneux!

La séance a été occupée par trois rapports de M. Henry sur trois sources minérales, par un rapport de M. Oudet sur des *dentiers* en pâte minérale, et enfin par une intéressante lecture de M. Cap sur la glycérine. Nous publierons ce dernier travail. H. DE CASTELNAU.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite;

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir le n° 7 du tome 2.*)

Symptomatologie. — Pour faire avec quelque précision le tableau symptomatologique des paraplégies qui constituent notre première classe, nous sommes obligé de suivre une route un peu longue, de passer en revue les divers genres qui la composent. Mais en procédant de cette façon, nous espérons ne rien laisser échapper et mettre une certaine harmonie dans l'ensemble. Un total de 26 observations constitue l'ensemble des paraplégies renfermées dans cette classe, et sur ce total nous trouvons sept paraplégies hystériques.

La paraplégie hystérique est propre aux personnes du sexe; ce n'est que chez elles, au moins, que nous l'avons observée, quoiqu'il ne soit pas impossible qu'on parvienne à en trouver des traces chez l'homme.

Cette paraplégie se montre toujours sur des filles ou des femmes qui ont été plus ou moins longtemps atteintes d'hystérie: quelquefois avec l'hystérie on rencontre en même temps sur ces sujets des signes non douteux de chloro-anémie, tels que pâleur générale, palpitations nerveuses, faiblesse, bruit de souffle du cœur au premier temps et souffle carotidien. Comme on rencontre aussi la paraplégie à la suite de l'anémie globulaire consécutive aux grandes hémorrhagies, la présence de spasmes ou d'attaques hystériques suffit pour faire distinguer la paraplégie qui se lie à cette névrose, de celle qui est la conséquence pure et simple de l'altération du sang.

Le plus souvent, à l'encontre des autres paralysies partielles de même nature, la paraplégie hystérique succède à une attaque plus ou moins violente d'hystérie, et se montre alors d'emblée et spontanément. C'est ce qui est arrivé quatre fois sur sept, dans les cas par nous observés (2e, 3e, 4e, 7e *obs.*).

Quelquefois elle prend naissance à la suite d'une syncope, d'un malaise général avec céphalalgie, sans qu'il y ait spasme hystérique, et alors, la malade, revenant à elle, s'aperçoit qu'elle ne peut plus se servir des membres inférieurs; que la marche n'est plus possible: tels sont les cas de nos 1re et 5e observations.

Assez souvent, elle est la répétition du même phénomène apparu à d'autres époques, mais dont les malades n'ont eu qu'une imparfaite connaissance, attribuant à une simple faiblesse ce qu'elles avaient éprouvé alors dans les jambes; c'est ce que nous avons pu vérifier deux fois sur sept (4e et 6e *obs.*).

Il peut arriver aussi que la paraplégie devienne le reliquat d'une paralysie plus généralisée et ayant débuté avec promptitude et instantanéité; c'est ce dont on peut se convaincre dans notre 1re observation, où le sujet se trouve pris subitement d'une paralysie des bras et des jambes, avec perte de la parole, et, au bout de trois jours, demeure paraplégique, les membres supérieurs ayant recouvré spontanément leurs mouvements, et dans la 4e, où bras et jambes furent d'abord paralysés, puis la paralysie resta bornée aux extrémités inférieures. On voit aussi, avant l'apparition de la paraplégie, des paralysies partielles plus ou moins fugaces, et plus ou moins souvent répétées, atteindre les sujets qui doivent en être affectés.

Nous ne saurions citer d'exemple plus remarquable de ce fait que notre 2e observation, où on voit la malade qu'elle concerne éprouver cinq attaques subites de paralysie des deux bras, trois fois d'une manière toute spontanée, sans cause provocatrice apparente et tous les jours à la même heure, et deux fois à la suite de cautérisations pratiquées sur le col de la matrice. Chacune de ces attaques avait d'une heure à deux de durée, et tout se dissipait ensuite.

Dans la paraplégie hystérique, la motilité est toujours atteinte d'une manière plus ou moins complète, et se borne assez exactement aux membres inférieurs. Elle peut être précédée de divers troubles de la sensibilité dévolue aux extrémités inférieures (hypéresthésie, anesthésie, engourdissements) (1re et 5e *obs.*); mais c'est certainement dans le plus petit nombre des cas. Elle est accompagnée de ces mêmes troubles, pendant sa durée, un plus grand nombre de fois; mais elle n'offre pas, sous ce rapport, de similitude avec les paralysies partielles de même nature qui offrent presque toujours ces mêmes troubles avant leur apparition ou pendant leur durée.

Une seule fois sur sept, nous avons pu remarquer que le libre mouvement des pieds était conservé, la motilité étant considéra-

blement amoindrie ou complétement perdue dans les parties situées au-dessus (5e *obs.*).

Du reste, les troubles de la sensibilité ont ici, comme dans les paralysies partielles, diverses nuances comme divers degrés d'étendue, quand ils existent.

Dans un cas, nous avons trouvé la sensibilité complétement intacte dans toute l'étendue des membres, avec cette circonstance bizarre que la sensibilité tactile était abolie aux pieds (7e *obs.*).

La sensibilité peut être abolie d'une manière plus ou moins complète dans toute l'étendue des membres, une fois sur sept (1re *obs.*), ou seulement dans une moitié des membres, une fois sur sept (2e *obs.*). Dans cette observation, nous avons noté une anesthésie prononcée depuis les genoux en bas, et sensibilité normale des genoux au-dessus.

Le trouble de sensibilité que nous avons observé avec plus de fréquence est l'exaltation ou hypéresthésie accompagnant le relâchement musculaire; nous l'avons constaté trois fois sur sept. Dans deux cas, elle occupait la totalité des membres (4e et 5e *obs.*); dans un autre cas, elle ne se montrait que par places et sur des points de la peau séparés par d'autres où la sensibilité était normale (3e *obs.*).

Enfin, il peut arriver que la sensibilité abolie dans les cuisses, reste à l'état normal en certains points, et se montre exagérée en certains autres, dans les jambes. Nous avons noté un engourdissement plus ou moins prononcé dans les membres paralysés, trois fois sur sept (1re, 3e et 5e *obs.*), et du fourmillement, deux fois sur sept (2e et 4e *obs.*).

On peut dire, en thèse générale, qu'il n'y a rien de plus bizarre et de plus capricieux que les modifications de la sensibilité qui se manifestent dans la paraplégie hystérique. En cela, elle offre une grande analogie avec les paralysies partielles de même nature, et s'écarte beaucoup des divers autres genres de paraplégie.

Si, dans les paralysies partielles, il n'y a pas plus de rapport constant entre l'intensité de la paralysie et sa durée qu'entre les degrés ou les formes d'hystérie, dans la paraplégie, au contraire, certains de ces rapports existent. Ainsi, c'est presque toujours à la suite d'hystérie convulsive que la paraplégie survient, et surtout après de fortes attaques, et c'est encore à la suite de cette forme qu'elle se montre d'une durée plus longue.

Il n'y a, dans la paraplégie hystérique, aucune espèce de relation entre l'intensité de l'anesthésie et sa mobilité.

Dans les paralysies hystériques partielles, une fois déclarées après un accès, il survient fréquemment de nouvelles atteintes. Dans la paraplégie, cela ne se passe pas tout à fait ainsi; cependant, nous avons pu noter deux fois la récidive.

Tandis que, dans les paralysies partielles, les attaques d'hystérie reviennent avec une égale fréquence et peut-être avec plus de fréquence même, la paraplégie semble au contraire modifier avantageusement les attaques d'hystérie, à ce point qu'elles sont infiniment plus rares et très-souvent bien moins intenses; c'est du moins ce qui découle de nos observations.

Nous n'avons point observé, dans nos sept cas, que la paraplégie hystérique ait des moments de cessation brusque, coïncidant ou non avec de nouvelles attaques d'hystérie, de contractures ou de convulsions d'autres muscles, pour revenir après; nous n'avons pas observé non plus que la paralysie du mouvement alternât avec celle du sentiment, et *vice versâ*, comme cela peut s'observer pour des paralysies partielles ou des autres membres.

Mais, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, la paraplégie disparue une fois, peut se reproduire une seconde ou une troisième fois avec les mêmes formes ou avec des nuances diverses. Deux de nos observations en offrent l'exemple. Dans la 4e observation, la malade est atteinte, à la suite d'une frayeur, d'une paraplégie de nature évidemment hystérique, qui dure un mois et demi, et plus tard, elle est reprise du même phénomène à la suite d'une violente attaque d'hystérie; après cette seconde paraplégie expirée, on voit survenir plus tard encore une paralysie des deux bras et de la langue, qui finit par s'éteindre sans secours de l'art.

Une fois sur sept nous avons observé, durant le cours de la paraplégie, des mouvements convulsifs des extrémités inférieures, et des convulsions générales semi-tétaniques. Dans ce même cas, il y a eu incontinence d'urine et des fèces.

La calorification subit aussi, dans la paraplégie hystérique, quelques modifications, mais elles ne sont point à comparer à celles de la motilité et de la sensibilité.

Voici ce qui résulte, à ce sujet, de nos sept observations :

Dans deux cas, nous avons pu noter un refroidissement sensible dans les membres paralysés (3e *et* 7e *obs.*).

Dans cette paraplégie, il est toujours possible de constater l'existence de l'hystérie soit antérieurement à l'invasion, soit durant son cours, soit au moment même de l'invasion; c'est ce qui a eu lieu dans nos sept cas, et c'est à cette circonstance principalement qu'on doit de pouvoir porter un diagnostic certain.

Deux fois sur sept, nous avons constaté soit la paralysie complète du rectum, soit sa paralysie incomplète, les sphincters continuant à se contracter (3e *et* 6e *obs.*). Une fois la paralysie s'est étendue au rectum et à la vessie; c'est, comme nous l'avons déjà dit, dans la 6e observation.

La paraplégie hystérique est, peut-être, de toutes, celle qui entraîne le moins à sa suite l'atrophie des membres devenus inertes, à tel point que, dans les 3e et 6e observations, où la durée a été de cinq mois à plus d'un an, nous n'avons pas remarqué d'amaigrissement notable; les troubles de nutrition qu'elle entraîne par elle-même nous paraissent donc nuls.

Terminons en disant, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, que cette paraplégie s'accompagne assez souvent de chloro-anémie, non à titre de complication, mais bien comme état constitutionnel préexistant (2e, 5e *et* 7e *obs.*). Par contre, la circulation locale ne nous a jamais paru modifiée.

La paraplégie qui survient à la suite d'accès graves de fièvre intermittente ou de fièvre typhoïde, se révèle par l'impossibilité plus ou moins complète où sont les malades de se tenir debout, de remuer leurs membres inférieurs ou même de les soulever au-dessus du matelas. La maladie préexistante masque presque toujours la paraplégie; un malade a-t-il eu un accès pernicieux, on ne voit rien d'étonnant à ce qu'il reste cloué dans son lit; on ne prend pas garde s'il remue ou non les jambes,; et si parfois on s'aperçoit qu'il ne peut les remuer, on est tout naturellement porté à croire qu'il ne s'agit, ni plus ni moins, que d'une faiblesse générale et profonde, qui résulte de la perturbation que vient d'éprouver l'organisme.

Mais, à mesure que les malades remuent toutes les autres parties du corps, à mesure que toutes les fonctions s'exécutent bien tandis que les extrémités inférieures restent inertes, on arrive naturellement à l'idée de la paraplégie, et la confirmation de cette idée devient facile. Ces paraplégies ne présentent de symptôme particulier que celui dont nous venons de parler, c'est-à-dire d'arriver durant ou après une fièvre typhoïde, un accès pernicieux. Nous en avons observé cinq cas à la suite de la première (12e, 13e, 15e, 16e et 17e *obs.*), et un à la suite du second (11e *obs.*).

On peut s'assurer, dans tous les cas, que la moelle épinière n'est le siége d'aucune souffrance, quel que soit le mode d'exploration qu'on mette en usage pour réveiller la sensibilité. La miction et la défécation qui, bien souvent, ont été profondément modifiées dans le cours de l'affection fondamentale, n'offrent en général aucune anomalie, et il faudrait bien se garder de prendre comme telles certaines diarrhées postérieures à la fièvre typhoïde, comme on en voit si souvent sans existence de paraplégie.

Cette paraplégie apparaît toujours d'emblée, sans être précédée d'autres paralysies locales, sans suivre une marche ascensionnelle, croissante, à moins que la maladie initiale ne nous masque une gradation dans la perte des mouvements. Nous devons signaler un cas cependant où la paraplégie a offert cette progression : dans ce cas, la fièvre typhoïde était mal dessinée, et présentait quelque chose de l'intermittente irrégulière (10e *obs.*).

Dans un seul cas, nous l'avons vue précédée de douleurs dans les extrémités inférieures, avec convulsions toniques (17[e] *obs.*).

L'abolition ou la diminution du sentiment est bien loin d'accompagner toujours celle de la motilité; en effet, nous avons trouvé, quatre fois sur cinq, la sensibilité conservée (11[e], 13[e], 15[e] et 16[e] *obs.*); dans la 16[e] observation, par exemple, il y avait par instants des fourmillements dans les jambes.

Une fois nous avons trouvé la sensibilité exaltée, et cette exaltation se traduisait par des crampes douloureuses, fréquentes, surtout dans les jambes (17[e] *obs.*); mais un phénomène qui frappe presque à l'égal de l'inertie musculaire, c'est le refroidissement plus ou moins considérable des membres paralysés.

Sur quatre de nos malades, ou quatre fois sur cinq, nous avons pu noter cette facilité à perdre le calorique de la part des extrémités inférieures, bien qu'elles fussent dans de bonnes conditions dans le lit. Dans le cinquième cas, la chaleur s'est maintenue égale dans tous les membres (11[e] *obs.*).

Souvent, avec ce refroidissement, on constate une certaine humidité sur les membres qui en sont le siége. Cette humidité froide est mieux appréciable en se rapprochant des pieds.

Une fois sur cinq, nous avons vu succéder à la disparition de la paraplégie ou coïncider avec cette disparition, une douleur suivant tout le trajet du sciatique droit; cette douleur a persisté un mois.

En général, ces sortes de paraplégies cèdent avec facilité à des médications appropriées ou d'elles-mêmes. M. Rilliet rapporte cependant l'exemple d'nne jeune fille de dix-huit ans, affectée de paraplégie à la suite d'une fièvre typhoïde, et qui n'en fut débarrassée que dix-huit mois après (Rilliet, *paralysie essentielle chez les enfants*, *Gazette médicale,* 1851, p. 705). Mais ce qui frappe le plus, à coup sûr, c'est de voir les membres affectés, d'abord réduits à un grand état de maigreur par suite de la fièvre typhoïde, reprendre, à l'égal des autres, de l'embonpoint sans récupérer leur liberté de mouvement, et de voir les malades se démener continuellement sur ces maudites jambes, qui ne peuvent point les porter, quoiqu'elles soient bien nourries.

Savoir que le sujet affecté de paraplégie a subi une fièvre typhoïde ou a été en proie à un ou plusieurs accès graves de fièvre intermittente, c'est posséder l'un des symptômes les plus précieux pour mettre sur les traces de la nature de la paraplégie.

Chez les jeunes enfants surviennent parfois des paraplégies qui ne sont point le résultat d'une lésion des centres nerveux. Ces paraplégies peuvent débuter spontanément; d'autres fois, elles succèdent à des contractions essentielles, des convulsions idiopathiques, à des attaques d'éclampsie, ou se lient à des symptômes choréiformes. Elles peuvent avoir aussi un début lent, sourd, insensible, que rien ne fait soupçonner; elles se présentent également à la suite de la fièvre typhoïde, et alors leur phénoménalité ne diffère point de celle que nous venons de décrire.

La paraplégie des enfants est toute passagère et fugace; c'est quand elle résulte de la compression des nerfs sciatiques, les enfants étant laissés trop longtemps assis dans la même position, ou d'un refroidissement prolongé des extrémités inférieures. Nous n'avons point recueilli personnellement de ces cas, mais la science en possède de bien tranchés.

Tantôt au contraire elle est d'une grande persistance, d'une ténacité désespérante; les trois observations par nous recueillies se trouvent précisément dans ce cas, puisque la maladie a duré de deux ans et demi à quatre ans. Quand la paraplégie des enfants offre ce caractère de ténacité, elle entraîne assez rapidement l'atrophie des membres qu'elle frappe, et assez souvent des déformations, des déviations de ces mêmes membres et même du bassin. Cette circonstance est d'autant plus facile à expliquer que, à cet âge où toutes les parties du corps ont besoin d'une nutrition active pour réparer les pertes et suffire aux besoins de l'accroissement, dès que la nutrition est amoindrie, l'atrophie s'opère avec rapidité, et les os eux-mêmes, privés des principes qui doivent les consolider, s'infléchissent, s'incurvent sous le poids du corps ou par les tiraillements de certains muscles.

Nous avons pu noter cette atrophie, d'une manière plus ou moins prononcée sur nos trois malades.

La sensibilité éprouve généralement des troubles analogues à ceux de la motilité, c'est-à-dire qu'elle s'émousse ou s'abolit complétement. Sur nos trois cas, nous avons pu constater deux fois ce résultat (8[e] et 10[e] *obs.*).

Dans le troisième cas, la sensibilité était restée normale (9[e] *obs.*) et sur le sujet de notre 10[e] observation elle s'était rétablie quand nous avons vu pour la première fois la petite malade.

A en juger par nos trois seules observations en ce genre, on n'observerait pas ici, comme dans les précédents genres de paraplégies, l'hypéresthésie accompagnant l'abolition du mouvement.

Mais un phénomène qui est aussi constant que la perte du mouvement, du moins d'après ce que nous avons vu, c'est la diminution de la calorification dans les membres paralysés. Chez nos trois malades ce phénomène a existé.

La circulation vitale subit elle-même quelquefois une influence : c'est ainsi que nous avons pu nous convaincre une fois que les pulsations de la tibiale postérieure étaient moins distinctement senties que chez les enfants du même âge (10[e] *obs.*).

Il faut également tenir compte ici de la participation de l'intestin rectum et de la vessie à la paraplégie qui frappe les membres pelviens. Cette participation peut rester méconnue à cause de l'extrême jeunesse des sujets qui ne peuvent encore demander à satisfaire leurs besoins. Cependant elle a été notée une fois sur les trois cas (10[e] *obs.*). La jeune malade ne pouvait retenir ni les urines ni les matières fécales.

La motilité n'est pas toujours uniformément abolie dans toutes les couches musculaires. Il peut arriver au contraire qu'elle persiste à un plus ou moins haut degré dans une série de ces couches, tandis qu'elle est éteinte dans d'autres. C'est ainsi que dans notre 10[e] observation, tandis que les extenseurs étaient complétement inertes, les fléchisseurs conservaient une certaine aisance de contraction.

L'attitude des membres chez les enfants paraplégiques varie, quand on les met en station, suivant que la paralysie a frappé tous les muscles extenseurs ou fléchisseurs, ou suivant que les uns sont paralysés et les autres conservent un degré de contractilité.

Dans le premier cas, quand on abandonne l'enfant à lui-même, il s'affaisse sur lui, les genoux s'inclinent en arrière, comme si l'articulation allait se disjoindre dans ce sens, et les jambes et les cuisses décrivent un arc de cercle à convexité postérieure; dans le second, au contraire, ils s'affaissent en pliant les genoux en avant comme dans l'action de se mettre à genoux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Sur la racine de l'arbousier, comme succédanée de la racine de ratanhia, et le rang qu'elle doit tenir parmi les astringents,

Par M. Soubeyran.

La Société de pharmacie avait renvoyé à l'examen de M. Soubeyran une note de M. Guyot-Dannecy, pharmacien à Bordeaux, sur la racine de l'arbousier, comme succédanée du ratanhia.

« Les usages de cette plante, disait M. Dannecy, dans les pays où elle croît spontanément et où elle se trouve en grande abondance, sont très-limités. Dans plusieurs cantons seulement, les feuilles ont été employées pour remplacer l'écorce de chêne dans le tannage des peaux; les fruits l'ont été quelquefois dans la médecine domestique comme astringents. Là se bornent ses usages comme agent thérapeutique et son emploi comme élément industriel.

« L'abondance du principe astringent renfermé dans toute la

plante m'avait fait soupçonner que la racine, fortement colorée en rouge dans la plus grande partie de sa masse et présentant un aspect résineux, pourrait bien recéler un principe extractif susceptible d'être utilisé. Quelques essais tentés dans ce but viennent de réaliser mes prévisions.

« Cette racine, convenablement divisée et traitée dans l'appareil de déplacement par l'eau-de-vie et l'eau, a fourni un extrait (représentant le cinquième de la substance employée) d'une magnifique couleur grenat, parfaitement soluble dans l'eau froide, d'une saveur astringente sans amertume, et présentant tous les caractères de l'extrait de ratanhia préparé dans nos officines.

« Cet extrait, avec lequel nous avons préparé un sirop, une teinture, des pilules, a été expérimenté par quelques praticiens, et leur a paru à tous et dans tous les cas remplacer l'extrait de ratanhia.

« Il est permis d'espérer de ces différents essais, que la racine d'arbousier, se prêtant aux différentes formes pharmaceutiques, pourra remplacer la racine de ratanhia dont elle partage les précieuses propriétés, et viendra prendre place à côté des astringents les plus employés. »

M. Soubeyran n'a pas cru devoir se borner à la comparaison de l'extrait de racine d'arbousier avec l'extrait de ratanhia. Il lui a semblé qu'il y aurait avantage à marquer sa place parmi les astringents à base de tannin de l'usage le plus ordinaire. Cette comparaison devait conduire d'ailleurs à une appréciation comparative de cet ordre de médicaments, qui ne paraît jamais avoir été faite convenablement.

Les extraits astringents sur lesquels il a opéré ont été :

Cachou en masse du Pégu.	Extrait d'écorce de monésia.
Cachou en galettes de l'Inde.	— de racine de bistorte.
Kino de la Jamaïque.	— — d'arbousier.
Kino d'Amboine.	— — de ratanhia.
Extrait d'écorce de chêne.	— — de tormentille.

Dans une première série d'expériences, il a pris pour terme de comparaison l'impression d'astriction plus ou moins prononcée que produisait sur la bouche la dissolution de ces divers extraits. Chaque dissolution préparée avec 1 gramme de chacun des extraits et 50 grammes d'eau froide à 20°, il a pris 10 centimètres cubes de chaque, qu'il a étendus avec 50 centimètres cubes d'eau, et il a goûté comparativement les liqueurs. Après un premier classement approximatif, les dissolutions ont été reprises deux à deux, en opérant successivement sur les deux plus voisines, et en laissant un grand intervalle de temps entre chaque dégustation, pour conserver à l'organe du goût toute sa sensibilité et sa sûreté de jugement.

Voici l'ordre dans lequel les divers extraits astringents se sont placés, en commençant par les plus sapides :

Cachou de Pégu.	Extrait de monésia.
Kino de la Jamaïque.	— de tormentille.
Kino d'Amboine.	— d'écorce de chêne.
Cachou de l'Inde.	— de racine de bistorte.
Extrait de ratanhia.	— — d'arbousier.

Il a pris alors 10 centimètres cubes de chaque liqueur, il les a étendus dans 500 centimètres cubes d'eau et a ajouté un peu de chlorure ferrique qui a coloré diversement chaque solution. (Cachou de Pégu en vert, cachou de l'Inde, extrait de monésia et les deux kino en brun, extrait de ratanhia en gris sale, les autres en bleu.)

Il a alors étendu chacune de ces liqueurs colorées avec de l'eau jusqu'à ce que la coloration cessât d'être sensible. C'était un moyen d'estimer la proportion de tannin; et par suite la propriété astringente de chaque liqueur, moyen approximatif seulement, parce que le tannin est accompagné par des matières extractives colorées, qui, elles aussi, ont leur action colorante sur le sel de fer, et parce qu'il n'est pas possible de reconnaître avec précision le moment où la couleur, due au tannate de fer, a disparu. L'expérience pouvait cependant être utile en ne lui donnant que ce qu'elle pouvait donner, c'est-à-dire seulement une classification générale. 1 million de parties d'eau ont cessé d'être colorées quand la dissolution ne contint plus que :

8 parties de cachou de Pégu.	35 parties d'extrait de tormentille.
10 parties de kino de la Jamaïque.	50 parties d'extrait de bistorte.
12 parties de kino d'amboine.	55 parties d'extrait d'écorce de chêne.
14 — de cachou de l'Inde.	160 parties d'extrait de racine d'arboisier.
15 — d'extrait de monésia.	
15 — d'extrait de ratanhia.	

C'est le même ordre qui avait été trouvé par l'épreuve organoleptique.

Sur ces indications, on pouvait présumer que cet ordre représente aussi la puissance médicinale comparée de ces divers astringents, et, en effet, il s'accorde assez bien avec les effets observés dans la pratique des médecins.

En effet, M. Trousseau a mis sur le même rang le cachou, le kino et l'extrait de ratanhia. Les légères différences qu'il a observées s'expliquent assez bien par la difficulté de déterminer à quelle espèce commerciale il a eu affaire, et aussi parce que les sucs commerciaux de même origine ne sont pas toujours identiques dans leur composition. Les kinos et les cachous du commerce sont loin d'être toujours les mêmes; il me paraît que le cachou de Pégu marche incontestablement le premier. Quant à l'extrait de ratanhia, malgré le rang secondaire qu'il occupe dans les séries, j'estime bien acquise, dit M. Soubeyran, la réputation dont il jouit dans l'esprit des médecins, parce qu'il est très-actif, quand il a été bien préparé, parce qu'il est plus constant dans sa composition que les divers sucs astringents du commerce, et que l'on peut compter davantage sur la régularité de ses effets.

M. Trousseau place aussi l'extrait de monésia sur le même rang que l'extrait de ratanhia. Les expériences rapportées ci-dessus sont tout à fait d'accord avec cette opinion

M. Trousseau reconnaît que l'extrait de tormentille est un astringent très-énergique. C'est comme tel qu'il est classé depuis longtemps dans la matière médicale. Il doit venir cependant après l'extrait de ratanhia; mais il se recommande parce qu'il est le produit d'une plante extrêmement commune dans tous les bois, et dont les médecins de campagne ne savent pas assez le parti qu'ils pourraient en tirer.

L'extrait de bistorte reste bien en arrière, sur le même rang à peu près que l'écorce de chêne. L'extrait de racine d'arbousier est bien plus loin encore; et M. Soubeyran conclut que M. Guyot-Dannecy s'est fait illusion sur sa valeur. Il peut sans doute être utilisé comme astringent; mais il est loin de pouvoir supporter la comparaison avec l'extrait de ratanhia; il arrive encore loin après l'extrait de tormentille et même après l'extrait d'écorce de chêne et de bistorte. (*Journal de Pharmacie.*)

Note sur les propriétés purgatives du Rhamnus frangula,

Par le Dr J. Ossieur, *de Roulers.*

> Ne pigeat ex plebeis suscitari si quid ad curationem utile. (Hipp.)

Le but de cette note est de vulgariser l'emploi d'une substance qui ne semble guère connue qu'à la campagne, où elle est de pratique traditionnelle, bien que son utilité thérapeutique, connue depuis Mathiole, le savant commentateur de Dioscoride, s'appuie sur de nombreux et honorables témoignages.

Le *Rhammus frangula* de *Linnée* (Syn : *Nerprun bourdaine, Bourdaine, Rhubarbe des paysans, Aune noir, Bois noir, Bare, Frangula,* Dod., *Alnus nigra baccifera,* Bauh., *Zwarte els, Onseboomenhout, Sporkenhout, Pylhout*) est un grand arbrisseau indigène très-commun dans les endroits humides des bois. Son écorce fraîche, et donnée à la dose d'une demi-once à une once, sur une décoction de six onces, provoque ordinairement de nombreux vomissements, accompagnés quelquefois d'évacuations alvines. A une dose moindre, de 1 à 2 drachmes par exemple, et administrée sous la même forme, elle

s'est montrée, entre nos mains, le plus souvent inerte. Sèche et vieille d'une année, l'écorce de bourgène est un excellent purgatif dont les paysans belges faisaient déjà un fréquent usage du temps de Dodoens. On l'administre à la dose d'une demi-once à une once sur six onces de colature.

Le rhamnus frangula, administré à dose purgative, ne me paraît pas doué de propriétés spéciales, bien que Gumbrecht (1) le considère comme un purgatif résolutif, tonique, fortifiant, et que M. Cazin (2) ait eu à s'en louer dans un cas de leucophlegmasie consécutive à une fièvre intermittente; mais, comme simple évacuant, c'est peut-être le meilleur purgatif que nous ayons. En effet, il produit des selles molles, sans douleur aucune, contrairement à l'effet que produit l'administration de la plupart des autres purgatifs, tels que les feuilles de séné, etc.; il ne paraît pas non plus augmenter sensiblement les sécrétions intestinale, biliaire et pancréatique. C'est à tort, selon nous, que Ditterich (3) avance que la bourgène provoque parfois des selles bilieuses, saturées de bile, comme il le dit. Ce qui a pu donner le change à cet observateur, c'est que les matières fécales qui ont souvent séjourné dans le cœcum, ainsi que cela s'observe si souvent chez les vieillards, sont toujours plus ou moins colorées, et d'autant plus, suivant la remarque d'Osborne, que ce séjour a été plus prolongé. Il y a de plus à remarquer, à ce sujet, que certaines constitutions se montrent réfractaires à l'action de ce médicament; or, ce sont précisément, ainsi que notre regrettable ami feu le docteur A. Fredericq en avait déjà fait la remarque (4), les individus bilieux qui sont dans ce cas.

Le rhamnus frangula a encore d'autres avantages : il est à la portée de tout le monde et sans valeur vénale; il ne produit jamais ni irritation des muqueuses, ni relâchement intestinal consécutif, ni des symptômes d'intoxication, à quelque dose qu'on l'élève; il n'a pas, comme l'aloès, les purgatifs salins, etc., l'inconvénient de donner lieu à un retard de selles consécutif; enfin, loin de déranger les fonctions digestives, il semble, au contraire, les rendre plus actives, sans que nous veuillons dire pour cela, avec Gumbrecht, qu'il possède une propriété tonique. Quoi qu'il en soit, toujours est-il, ainsi que l'avance M. J. Roques (5), que le rhamnus n'excite jamais violemment les tuniques intestinales. C'est donc un purgatif doux, un évacuant pur et simple, qui opère sans occasionner dans l'économie aucun trouble momentané ou consécutif. Il peut remplacer avantageusement, dans la plupart des cas, dans la médecine des pauvres surtout, l'aloès, la rhubarbe et autres purgatifs exotiques.

Les indications de ce médicament ressortent clairement de ce qui précède. Ainsi, lorsqu'on veut obtenir un simple effet évacuant, rien ne saurait remplacer la bourgène : depuis cinq ans, nous en avons fait l'expérience sur un grand nombre de personnes et sur nous-même. Mais une fois que l'on veut agir dynamiquement ou substitutivement sur la muqueuse gastro-intestinale, il faut avoir recours à d'autres agents.

Le rhamnus est préconisé par les paysans dans le traitement de l'amygdalite, de la goutte. Dans la première de ces maladies, nous ne lui avons pas reconnu plus d'efficacité qu'aux autres purgatifs, moins qu'au calomel, il s'en faut de beaucoup. Dans la goutte, il combat la constipation, sans avoir l'inconvénient d'irriter l'estomac comme le font un grand nombre d'autres purgatifs.

Dans la constipation habituelle des vieillards, non liée à un défaut de sécrétion biliaire, la bourgène convient d'autant mieux que son action purgative peut être maintenue pendant quelques jours sans être suivie de constipation. Toutefois, lorsque l'on veut que cette plante donne tout le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre, il convient, ainsi que le remarque le professeur Marcus, de Würsburg (1), de ne pas trop longtemps insister sur son emploi et de n'en pas forcer les doses. Ce précepte est, du reste, également applicable à la plupart des purgatifs, à ceux surtout tirés du règne végétal, l'économie s'accoutumant vite à leur action.

(1) *Hannoversche Annalen*; Neue folge, 3, 2.
(1) *Traité pratique et raisonné de l'emploi des plantes médicinales indigènes*; Boulogne, 1849.
(3) *Prag. Vierteljahrschr.*; 1851, 3.
(4) *L'Observateur des sciences médicales*; 1852, n° 5.
(5) *Phytographie médicale*; Paris, t. 3, p. 299.

Gumbrecht qui, en 1843, a tiré de l'oubli le rhamnus frangula, assimilait ce purgatif à la rhubarbe; il le préconise dans plusieurs maladies du bas-ventre, dans la pléthore abdominale, les hémorrhoïdes anomales, les affections hémorrhoïdaires, etc. Notre expérience personnelle ne nous autorise pas à attribuer à la bourgène une action particulière, spéciale sur ces affections.

Mode d'administration. — Gumbrecht (2) prescrivait le rhamnus frangula de la manière suivante, en modifiant toutefois sa formule à raison des différentes indications :

Pr. Écorce sèche et vieille de bourdaine. . . . 45 gr.
— d'orange coupée menu. . . . . . 8 »
Eau commune. . . . . 2 litres.

Faites bouillir pendant deux heures, ou mieux jusqu'à réduction de moitié, et vers la fin de cette décoction, ajoutez :

Écorce d'orange. . . . . 12 à 15 grammes.
Semences de cumin concassées. . 12 grammes.

On doit prendre, le soir en se couchant, une petite tasse (de 60 grammes environ) de cette décoction.

Quant à nous, ne regardant l'addition de l'écorce d'orange et des graines de cumin que comme un surcroît inutile de besogne et de dépenses, nous ne faisons jamais usage de ces aromates. Il nous est d'avis qu'il faut simplifier et rapprocher de la médecine domestique, autant que possible, la préparation des médicaments tirés de la Flore indigène, alors surtout que c'est par leur bas prix et la facilité avec laquelle on se les procure qu'ils se recommandent à l'attention des praticiens. Nous prescrivons donc simplement les tiges sèches, non dépouillées de leur écorce et coupées menu que nous faisons bouillir dans une quantité donnée d'eau (voir plus haut les doses) : on avale une tasse de cette décoction saturée, que l'on peut édulcorer à volonté. Le plus souvent, deux heures après a lieu, sans coliques, une évacuation de matières fécales.

Tout le monde étant à même de vérifier journellement l'exactitude de ce qui précède sur les propriétés purgatives de la bourgène, il serait inutile et fastidieux, pensons-nous, de rapporter ici des histoires de malades à leur appui.

(*Annales médicales de la Flandre occ.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Janvier 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Mémoire sur le traitement du cancer, par un médecin russe, qui en demande à M. le Ministre de l'Instruction publique, l'insertion dans le *Journal officiel de l'Empire*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

État des vaccinations pratiquées à Bayonne, en 1853, par M. Hoursolle.

Eaux de Vichy.

Complément au Mémoire sur les affections traitées dans l'établissement thermal militaire de Vichy, par M. Barthez, médecin de cet établissement.

Phosphate de chaux en thérapeutique.

M. Piorry adresse la lettre suivante :

Je n'avais pas l'intention de faire de réclamation relativement à la Note

(1) *Prag. Vierteljahrschr.*, loc. cit.
(2) *Ann. de thérap.* 1846 et *Traité de mat. méd. indigène*, par le docteur Dubois, de Tournai; 1849, p. 312.

de M. Mouriès, sur l'utilité de faire entrer le phosphate de chaux dans l'alimentation des enfants et des nourrices. Je n'aime pas en général à en faire, et j'ai laissé passer, sans en revendiquer la priorité, beaucoup de travaux relatifs aux altérations du sang, à des expériences cadavériques sur l'auscultation, à l'influence de la position dans la curation des phlegmasies, à des enduits gras appliqués sur le tégument dans les dermopathies. Quant au phosphate de chaux que l'on considérait en thérapeutique comme insoluble et comme une poudre inerte, et sur l'action duquel je fais, depuis plus de dix ans, des recherches suivies, je croyais avoir assez publié de travaux sur ce sujet, pour qu'on ne les laissât pas dans l'oubli. Il n'en a pas été ainsi, et non-seulement M. Mouriès n'en parle pas, mais encore mon collègue, M. Bouchardat, n'en a fait aucune mention, et les journaux de toute sorte gardent le même silence. M. le docteur Depaul a demandé des faits pratiques à ce sujet. J'aurais répondu à ce désir si je m'étais alors trouvé à la séance. Les faits cliniques et les considérations théoriques qui y ont conduit sont consignés : 1° dans plusieurs numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, alors que je faisais le service à la Pitié ; 2° dans le *Traité de médecine pratique*, t. 8, articles *rachisomalaxie* et *rachisophymie* (1) ; 3° dans le mémoire qu'il y a plus d'un an j'ai lu à l'Académie des sciences, relativement à la curation de plusieurs lésions du rachis, dites *mal de Pott*, au moyen du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium ; enfin, comme on peut s'en convaincre par les recherches que l'on pourrait faire dans les cahiers de visite des hôpitaux, je n'ai pas cessé depuis dix ans d'employer le phosphate de chaux dans un grand nombre d'affections des os et des divers organes, et je ne crains pas de le dire, le plus souvent avec succès.

Je dirai même que je n'ai pas su que ce médicament ait jamais causé d'accidents, mais qu'il est des cas où son administration pourrait en avoir de graves ; ce serait chez des gens qui, tels que les vieillards ou les goutteux, sont exposés à des concrétions calcaires et phosphatiques.

Si l'Académie désire que je lui donne quelques explications sur l'utilité du phosphate de chaux dans la curation du rachitisme, de l'ostéomalacie et des rachisopathies, elle me trouvera très-disposé à faire ici, comme en toute occasion, ce qui sera en mon pouvoir pour lui être agréable.

Veuillez agréer, messieurs, l'assurance de mon respect pour la Compagnie et de mes sentiments de bonne confraternité pour chacun de ses membres. P. A. PIORRY.

Le 16 janvier 1354.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit trois rapports sur les eaux minérales dont les noms suivent :

Aulus (Ariége), nouvelle source ; conclusions : autorisation d'exploiter (adopté);

Grandif (Puy-de-Dôme) ; conclusions : autorisation d'exploiter (accordé);

Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne) ; conclusions : refus d'autorisation (adopté).

Dentiers en pâte minérale.

M. Malgaigne lit, au nom de M. Oudet, un rapport sur une nouvelle préparation propre à fabriquer des dentiers inaltérables, imaginée par M. Didier, dentiste. L'opinion de M. le rapporteur est que cette préparation constitue un progrès. Conclusions : remerciements à l'auteur; dépôt de son travail aux archives (adopté, après quelques objections sur lesquelles nous aurons à revenir).

LECTURES.

Glycérine.

M. Cap, correspondant de l'Académie, lit sur cette substance un intéressant travail que nous publierons.

La séance est levée à 4 heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Rosny, 15 janvier 1854.

Traitement du choléra.

Voici, très-honoré confrère, la conclusion claire et franche que j'ai cru pouvoir raisonnablement tirer de tout ce qui a été dit ou écrit sur le traitement préventif ou curatif du choléra. Mieux que moi, vous savez toutes les théories qui se sont produites, les incroyables médications qu'elles ont enfantées, et quels tristes revers elles ont essuyés !

Pourquoi ces revers? — Est-ce impuissance de l'art; — est-ce détresse de la thérapeutique? Nullement.

L'art ne fait jamais défaut à qui le possède, et la thérapeutique offre toujours d'excellentes armes à qui sait les choisir.

N'accusons donc personne de nos insuccès ; — cherchons quand nous ignorons ; — cherchons encore quand nous savons, — et quelque haut placés que nous soyons dans les régions du savoir, n'oublions pas les enseignements du passé, et surtout ne dédaignons personne.

Pour moi, le choléra *pris à temps*, — *convenablement* attaqué, est le plus souvent, pour ne pas dire *toujours*, parfaitement curable, — et cela, j'ose l'affirmer, en m'inclinant toutefois devant l'autorité scientifique d'un grand nombre de mes contradicteurs, — les convictions ne se transmettent pas, elles s'acquièrent; — l'intelligence doit avoir son indépendance : — c'est la condition *sine quâ non* du progrès.

Les convictions doivent reposer entièrement sur des faits et non sur l'hypothèse : — toute la médecine est là.

Le degré de curabilité du choléra, comme celui de toutes les autres affections, est marqué par chacune des périodes de la maladie : — plus on s'éloigne du point de départ, plus les chances de guérison s'affaiblissent ; — comme à un incendie on ne saurait courir trop vite.

Les différentes périodes dans le détail desquelles je n'entre pas, et que nous ne connaissons que trop, se manifestent par des phénomènes très-variés, il est vrai, mais *tous*, cependant, produits par une *même cause* épuisant plus ou moins vite, plus ou moins profondément l'organisme. — Cette variété de phénomènes, qu'on peut regarder comme autant de déguisements pris par le mal, pour donner le change, pour égarer les recherches, a dérouté l'observateur, qui, prenant l'effet pour la cause, a poursuivi sans l'atteindre, un ennemi qu'il a toujours cru invulnérable, ignorant qu'il n'en frappait que l'ombre.

Chaque phénomène a produit sa théorie, chaque théorie sa médication, chaque médication sa défaite. — Pourquoi ? Parce que l'apparence ne saurait être la réalité ; parce que la médecine des symptômes, si elle soulage quelquefois, ne guérit jamais. Comme l'Espérance, on pourrait la définir : une déesse souvent consolante, mais toujours trompeuse.

Laissons de côté toutes les excentricités thérapeutiques, — toutes les rêveries médicales qu'a fait éclore le choléra.

Laissons encore cette méthode dite préventive, *anti-diarrhéique*, qui ne sait rien prévenir, — pas même cette diarrhée prémonitoire tout aussi rebelle que son aînée la cholérine.

De tous les symptômes cholériques, la diarrhée est évidemment le plus constant. — C'est là une découverte qu'il a été facile de faire, et, selon moi, elle aurait dû faire naître une tout autre idée que celle de la combattre, car elle n'est que la conséquence toute naturelle, — ajoutons inévitable, — des phénomènes qui la précèdent : — bouche mauvaise, perte graduelle de l'appétit; ventre embarrassé, mou ou tendu, quelquefois douloureux, rarement pourtant ; — coliques légères, borborygmes, céphalalgie plus ou moins marquée, dépression progressive des forces musculaires, malaise général.

Que viendrait donc faire ici, je le demande, une méthode qui combat

(1) « Nous avons d'abord pensé qu'il était aussi utile d'administrer du phosphate de chaux à des gens dont les os en renferment trop peu que de faire prendre du fer à des individus dont le sang en contient de trop petites proportions ou que de prescrire des substances fibrineuses à des hommes atteints d'hydrémie. — Nous nous sommes ensuite rappelé que les œufs deviennent membraneux lorsque les femelles d'oiseaux n'ingèrent pas de sels calcaires, et qu'ils reprennent leur solidité presque aussitôt que l'on a fait entrer de tels corps dans le régime de ces animaux. — Nous avons encore présents à l'esprit les cas dans lesquels les os des femmes enceintes perdent leur solidité, alors que le fœtus s'empare d'une grande quantité de phosphate de chaux nécessaire à l'ostéogénie. — D'un autre côté, nous avons pensé que le moyen le plus convenable pour que le phosphate calcaire éprouvât dans l'angibrôme une sorte de digestion qui le rendît apte à être absorbé, c'était de l'y ingérer tel que la nature l'avait combiné dans les tissus des animaux ; cette idée nous a conduit à faire limer des os et à prescrire cette râpure aux rachitiques dans les proportions d'au moins 30 grammes par jour.

« . . . . On a objecté à ce qui précède, que le phosphate de chaux n'étant pas soluble, ne pouvait être absorbé. — La réponse à ceci est facile : 1° les oiseaux pondent des œufs qui contiennent les sels calcaires ingérés dans le tube digestif ; 2° les chiens digèrent les os ; 3° la femme fournit elle-même au fœtus une énorme quantité de ce sel, et il faut qu'elle l'ait pris dans les aliments dont elle se nourrit, donc le phosphate de chaux a été par elle digéré et absorbé ; 4° le lait dont les très-jeunes enfants se nourrissent contient ce sel en très-grande proportion, et c'est avec ses éléments que la nutrition s'accomplit ; 5° l'action des liquides gastriques (salive, produits de l'exhalation de l'estomac, etc.) est très-énergique ; il s'opère dans le tube digestif des phénomènes de chimie vivante et des influences électro-moléculaires qui ne sont pas toujours suffisamment appréciés, et qui très-probablement sont tels, que le phosphate de chaux peut y être dès lors combiné avec les liquides nutritifs et ensuite absorbé ; 6° l'estomac contient de l'acide chlorhydrique, qui, étendu d'eau, enlève aux os leurs parties salines et les réduit après une macération prolongée à leur trame fibro-gélatineuse, etc. Toutes ces raisons et quelques autres encore nous ont conduit à administrer aux rachitiques la limaille d'os et à lui donner pour véhicule du lait. (*Médecine pratique*, t. 8, n° 12,486.)

« Depuis six ans que nous employons à l'intérieur, à des doses assez élevées, le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, nous avons obtenu des succès fort remarquables. Nous avons vu, dans un grand nombre de cas, le mal s'arrêter de la manière la plus inespérée. » (*Idem*, n° 12,508.)

une crise salutaire, un moyen d'élimination qu'il faut, au contraire, provoquer quand il manque, augmenter ou modérer, diriger enfin quand il existe?

Elle ne fera rien, si ce n'est quelquefois du mal, en contrariant la nature qu'elle ne veut pas comprendre, et à laquelle, loin de se soumettre, elle cherche à imposer des lois, en la torturant à ses caprices.

Demandons-lui encore, à cette méthode trois fois battue, sur quel diagnostic *sérieux* elle peut *logiquement* s'appuyer.... Quelles nouvelles armes elle apporte, et si, la main sur la conscience, elle a vraiment foi en elle-même.

En attendant, je vais vous dire à quel diagnostic et à quelle modification m'a conduit l'étude symptomatologique de l'affection qui nous occupe :

« État saburral de l'intestin *grêle* déterminé par l'existence cholérique qui semble frapper d'inertie les organes digestifs.

« Diminution graduelle de l'absorption du chyle ; appauvrissement progressif du sang qui, manquant de son élément réparateur, ne porte plus, à tous les organes, qu'une nourriture d'abord insuffisante, puis nulle. Ralentissement de la circulation ; diminution de caloricité ; refroidissement ; cyanose. Mort. »

Mon diagnostic peut facilement expliquer les accidents variés que nous offre le choléra :

La diarrhée.... N'est-ce pas la conséquence nécessaire, *heureuse*, de l'*embarras intestinal?*

Le vomissement : l'impuissance de la nature à éliminer par l'intestin.

Les évacuations simultanées, par haut et par bas, n'expriment-elles pas des efforts d'expulsion brusque, non mesurés?

La soif, l'anxiété épigastrique, le ralentissement de la circulation, la dépression musculaire, l'*apoplexie* même, ne disent-elles pas : indigestion, *sans évacuation?*

A quoi attribuer la céphalalgie, les crampes, le refroidissement, la cyanose, si ce n'est à l'épuisement, à l'appauvrissement du sang, manquant de son stimulant, de son élément indispensable, le chyle? Cette absence de chyle n'est-elle pas due à l'embarras intestinal? — On ne saurait le nier.... C'est du moins mon avis.

Recouvrons momentanément le tout d'un *quid perniciosum*, et nous aurons à peu près les différentes physionomies que présente le choléra.

Contre ces différentes physionomies, contre ces phénomènes, *tous accidents d'une même cause*, l'embarras de l'intestin, l'indication thérapeutique n'est-elle pas de débarrasser, nettoyer, purger enfin?

Le purgatif est donc, pour moi, la pierre angulaire, la base de ma médication *préventive, quelle que soit* la forme affectée par la maladie.

Je frappe vite et vite surtout, sans la moindre hésitation, sur cet embarras de l'intestin, car, apparent ou caché, il existe toujours.

Interrogés par l'anatomie pathologique, les cadavres des victimes des différents choléras : sec, ataxique, paralytique, asphyxique ou cyanique, etc., n'ont-ils pas tous indiqué, *en montrant l'énorme quantité de liquide contenue dans l'intestin,* que c'est là, là seulement et nulle part ailleurs, qu'il faut chercher le mal :

Qui bene purgat, bene curat ,

C'est ma devise; c'est celle que devront prendre ceux qui voudront combattre avec succès cette terrible maladie, qui doit une grande partie de sa force à la faiblesse ou à l'imprudence de ses adversaires.

En temps d'épidémie cholérique, arrivons donc assez tôt, ne dédaignons pas les plus légers symptômes, attaquons-les énergiquement ; en médecine, n'ayons jamais honte des victoires faciles; elles coûtent moins et sont toujours plus sûres.

Administré dès le premier ou les premiers prodrômes, *avant la diarrhée*, le purgatif rétablira le calme comme par enchantement.

Si la diarrhée vous a prévenu, modérée ou fréquente, pourvu qu'elle ne soit pas trop ancienne, respectez-la, gardez-vous de chercher à l'*arrêter*. Soyez sans inquiétude, en *purgeant immédiatement*, vous irez chercher l'épine qui l'entretenait, et le résultat vous dira :

Sublatâ causâ, tollitur effectus.

Le vomissement ouvre-t-il la scène, même médication qui le *supprime* et le *remplace* par le dévoiement, qui à son tour devient... ce que devient tout symptôme qui n'a plus raison d'être.

Jamais je ne fais vomir; — d'après mon diagnostic je ne vois pas l'indication de ce moyen — je le rejette *complétement* pour lui préférer le purgatif applicable à tous les sujets, et qui, loin d'apporter le moindre trouble dans le jeu normal de l'intestin, le rétablit au contraire en donnant à cet organe l'énergie qui lui manque, pour faire cheminer et pousser au dehors les matières qui l'embarrassent.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les progrès et sur le traitement de cette maladie dont l'état avancé, sans exclure toute chance de guérison, la diminue tellement qu'on ne sait plus trop à quel remède se fixer.

Si je conseille *toujours* et invariablement le *purgatif* dans la première période et *dès le début* de la seconde, *quelque* violent qu'il soit, je crois n'avoir plus rien à dire quant au traitement à préférer plus tard. Je n'ai ici qu'une prétention — constatons-le bien : — celle d'apporter une médication *réellement préventive*, une médication qui, *bien appliquée,* sait *prévenir* un mal, ou mieux les *ravages* d'un mal que nous avons supposé, jusqu'à présent, beaucoup plus fort que nous. Toute mon ambition consiste à *entretenir, à conserver* la maison que nous ne saurions jamais rebâtir.

Du fond de mon village j'entends déjà le murmure des incrédules; quelques-uns me disent : Nous aussi, nous avons purgé, et nous n'avons pas réussi. D'autres s'écrient : En purgeant, vous donnez, vous appelez le choléra. Aux premiers je réponds : Si en purgeant vous n'avez pas réussi, c'est que vous avez purgé trop tard — on ne purge jamais trop tôt ; — c'est que vous avez *mal choisi,* et peut-être bien aussi *mal dosé* votre purgatif. Il en est à peu près des médicaments comme des instruments : il faut savoir s'en servir. Le savant ne saurait exclure l'artiste, l'un ne saurait marcher sans l'autre, comme on l'a dit : l'art, c'est la pensée empreinte dans l'œuvre.

Aux seconds, je leur demanderai seulement la traduction de cet axiome :

Naturam morborum curationes ostendent.

Dès 1849, j'ai signalé à l'*Union médicale* les bons résultats de ma méthode.

Je puis m'appuyer sur l'opinion du médecin des épidémies de notre arrondissement, qui, à cette époque, m'a fréquemment accompagné dans mes visites.

Enfin, j'ai en ma faveur une véritable conquête, — c'est celle que j'ai obtenue en arrivant à extirper, de la cervelle de nos paysans, cette erreur funeste si imprudemment accréditée, que *la diarrhée, — c'est le choléra ;* — que *purger, — c'est le donner.*

Je pense avec vous, monsieur le rédacteur, que le prix Bréant sera peu disputé, c'est-à-dire que les concurrents seront rares. — Beaucoup redouteront sans doute cette espèce de course au clocher qui aura bien aussi ses déceptions.

Le légataire, sans doute, n'a pas eu cette idée que le choléra trouverait jamais son *spécifique*, son *antidote.* — Quelle maladie a réellement le sien ! Le mercure n'a-t-il pas ses revers, tout comme le quinquina? Le meilleur remède, le plus sûr est celui qui, appliqué *assez tôt,* peut empêcher le développement de la maladie,

C'est à ce remède, très-certainement, qu'il a eu l'intention de faire adjuger le prix.

Mais comment l'Académie reconnaîtra-t-elle vraiment ce remède ; comment distinguera-t-elle clairement son auteur ?

J'ai pensé à un moyen que je veux vous soumettre ; c'est l'organisation d'un *concours pratique* entre les candidats :

1° Dès que l'épidémie va reparaître, *le chef de l'État* autorisera chacun des candidats à choisir pour sa part 500 *sujets,* tous bien portants ou à peu près : les uns pris dans la garnison et dans la classe indigente ; les autres parmi les commerçants ou les gens de la classe aisée qui auront confiance dans telle ou telle médication représentée par leur médecin ;

2° Sur un livret *ad hoc* seront inscrits les noms et demeures de ces personnes ; des feuillets seront réservés pour consigner les observations prises, pendant le concours, par un élève en médecine attaché à chaque médecin ;

3° Un mois après l'épidémie, ces livrets seront réunis et placés sous les yeux d'un jury qui n'aura, pour se décider, qu'à comparer les résultats obtenus par chacun des concurrents. J'omets ici le détail des mesures qu'on pourrait prendre, pour que toute confiance puisse être accordée aux notes, aux renseignements donnés par chaque livret. Il serait toujours temps de s'en occuper, si on acceptait mon idée quant au fond.

Je sais bien que son application pratique présentera quelques difficultés, mais elles sont loin d'être insurmontables. Il faudra seulement bien vouloir ne pas trop s'effrayer des fatigues à supporter et des préoccupations toujours pénibles d'une pareille épreuve.

On ne saurait, du reste, hésiter, quand il s'agit de mettre en évidence l'efficacité réelle d'un traitement destiné à rassurer les populations.

Excusez-moi, très-honoré confrère, si j'ai usé aujourd'hui aussi largement de votre généreuse hospitalité ; à l'avenir je serai plus discret.... J'ai voulu profiter de votre bienveillante impartialité pour attirer l'attention de vos lecteurs sur une médication que je n'ai pas craint d'employer sur *moi* et sur les *miens,* et à laquelle je dois la conservation d'un grand nombre de mes clients et de quelques bons amis.

Agréez, etc. J. Gorlier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine, dont le zèle scientifique ne s'était pas refroidi un instant, et qui, tout récemment encore, venait d'adresser une intéressante communication à l'Académie de médecine, a succombé inopinément le 7 de ce mois.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 9. 2e année. Samedi 21 Janvier 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Observation de bruits du cœur entendus à distance,

Par M. Barth, *médecin de l'hôpital Beaujon.*

Les faits de bruits du cœur perçus *à distance,* dont Corvisart n'avait jamais rencontré d'exemples, mais parfaitement constatés par Laënnec et par plusieurs de ses successeurs, sont assez rares encore pour donner quelque intérêt à l'observation suivante :

Le 11 février 1852, mon honorable confrère, M. le docteur Maunoury, de Chartres, m'adressa une jeune fille d'une vingtaine d'années, dont le père était mort à 40 ans, d'une affection cérébrale et dont la mère avait succombé, vers l'âge de 45 ans, à une affection chronique, fébrile, de la poitrine.

Souffrante depuis une année environ, cette jeune fille était atteinte de palpitations journalières et fatigantes, augmentant par les mouvements du corps ; et, au dire d'une parente de la malade, on pouvait, dans ces moments, entendre les bruits de son cœur à distance.

A l'examen de la poitrine, la percussion fait constater, à la région précordiale, un son obscur plus étendu que dans l'état naturel ; en y appliquant la main, on sent une impulsion manifeste, mais sans frémissement appréciable à travers les vêtements et le corset. A l'auscultation, les bruits du cœur sont forts, réguliers dans leur rhythme ; le bruit de la systole, coïncidant avec le choc, et précédé d'un bruit de râpe prononcé qui a son maximum d'intensité à la partie gauche et inférieure de la région précordiale et diminue à mesure qu'on se dirige à droite vers la base du cœur, où il cesse d'être perçu. Le deuxième bruit normal, distinctement entendu en ce dernier point, s'affaiblit graduellement à mesure qu'on ausculte plus bas et plus à gauche, et disparaît là où le bruit anormal est à son summum d'intensité.

En éloignant l'oreille des parois de la poitrine, *je continue d'entendre les bruits du cœur, jusqu'à la distance d'un pied;* et cependant la malade n'est pas, en ce moment-là, dans une de ses crises de palpitations.

En arrière, l'oreille, appliquée sur la poitrine, retrouve distinctement le bruit de râpe qui a son maximum, de ce côté du thorax, immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate ; un peu plus bas, il diminue d'intensité et cesse d'être perçu.

La valeur sémiologique de la transmission des bruits du cœur jusqu'à une certaine distance des parois de la poitrine, n'est point encore exactement déterminée. Laënnec, qui avait rencontré ce phénomène sur une vingtaine de sujets, dit que trois ou quatre d'entre eux étaient attaqués de maladies organiques du cœur, tandis que les autres ne présentaient que des palpitations purement nerveuses. N'ayant vu succomber aucun de ces malades, il n'a pu indiquer sûrement à quelles conditions anatomiques se rattachait ce phénomène morbide ; mais il inclinait à penser qu'il est dû, soit à une exhalation gazeuse dans le péricarde, soit à l'ossification de la pointe ou de quelque autre partie extérieure du cœur.

M. Bouillaud a aussi entendu les bruits du cœur à distance dans des cas de palpitations passagères ou réellement morbides, et, chez ces malades, il n'existait pas de pneumo-péricarde.

Quant à la jeune fille qui fait le sujet de notre observation, la date récente de sa maladie ne permettait guère d'admettre l'existence d'une ossification de quelque point de la surface du cœur ; et la percussion, en faisant constater à la région précordiale un son mat plus étendu que dans l'état naturel, excluait formellement la présence d'un épanchement gazeux dans le péricarde. Cette même matité, coïncidant avec une impulsion énergique et une grande intensité des bruits du cœur, nous a fait diagnostiquer une hypertrophie excentrique ; et le bruit de râpe présystolique (que M. Beau appellerait un bruit de râpe au *premier temps*), nous a paru un signe de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (sans insuffisance de la valvule mitrale), accompagné de dilatation de l'oreillette avec hypertrophie de ses parois.

Il eût été vivement à désirer que cette malade intéressante eût pu être observée ultérieurement à plusieurs reprises, afin de constater les modifications qu'une bonne hygiène, associée aux secours de l'art, pouvait produire dans un état morbide dont l'origine encore récente des palpitations et le jeune âge de la malade permettaient d'augurer favorablement.

Tumeur veineuse. — Nouvelle application du perchlorure de fer,

Par M. Giraldès, *chirurgien des hôpitaux.*

La question des injections du perchlorure de fer chez l'homme a été présentée à l'Académie de médecine d'une manière si singulière, qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de montrer que ces injections peuvent être faites sans accident ; le malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie en est un exemple : c'est un homme âgé de 70 ans, admis à l'hôpital de la Charité dans le service dont j'ai la direction, pour être opéré d'une tumeur de la lèvre inférieure.

Ce malade avait, en outre, une seconde tumeur placée à la

base du cou, du côté droit, du volume d'une noix, et constituée par du sang veineux ; une ponction la vida en totalité, mais elle se remplit de nouveau ; une injection de 6 gouttes de perchlorure de fer à 30° détermina la coagulation. Deux jours après l'injection, elle avait presque triplé de volume, sans être enflammée. J'appelle l'attention de la Société sur ce point, car on observe toujours cette augmentation après les injections de perchlorure de fer dans les varices ; et, si on n'en était pas prévenu, on pourrait regarder ce phénomène comme le précurseur de quelques accidents graves. Quelques jours après, la tumeur commença à diminuer, et aujourd'hui, seize jours après l'injection, elle offre la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le nº 157 du tome 1er et les nos 1, 2, 3 et 4 du tome 2.*)

Ainsi que j'avais fait pour l'albumine, j'examinai comparativement si la matière produite par la digestion de la fibrine et qui était incoagulable par la chaleur (albuminose si l'on veut), était bien la même, suivant que l'on examinait celle qui était née en contact avec les parois mêmes de l'estomac des chiens vivants, celle qui était née dans les poches en caoutchouc introduites dans cet estomac; celle qui était née dans des bocaux avec le principe digestif naturel d'un carnivore (chien), avec le principe digestif purifié d'un herbivore (mouton).

Eh bien ! toujours je lui trouvai exactement les mêmes propriétés; la réaction que M. Mialhe n'avait pas signalée, et qui a établi une différence entre la première albuminose (d'albumine) et la deuxième (de fibrine), celle de bichlorure de platine resta toujours la même.

La fibrine donnait toujours naissance à la même albuminose.

Il ne faut point oublier que lorsqu'on agit sur ce nutriment, quand il est impur, c'est-à-dire mêlé d'albumine caséiforme, l'acide nitrique et la chaleur y opèrent un précipité qui n'a plus lieu après l'action de cette dernière, parce que l'albumine caséiforme a été précipitée à l'état insoluble et a laissé l'albuminose pure.

Nous reviendrons sur l'albumine caséiforme.

Modifications physiologiques ou *organoleptiques*.— Il faut rechercher si l'albuminose de fibrine, quoique chimiquement différente de l'albuminose d'albumine, est cependant comme elle un nutriment.

Ayant pris 15 grammes de fibrine de bœuf, fraîche et bien lavée et 50 grammes d'un principe digestif naturel d'un carnivore (chien), je les mis pendant douze heures à la température du corps et j'injectai 32 grammes de la solution, chaude et filtrée (elle n'était pas mêlée d'albumine caséiforme), qui contenait un gramme de substance dissoute, dans la veine jugulaire d'un herbivore (lapin à jeun).

L'animal donna, un quart d'heure après, 10 grammes d'urine ; une heure après, 25 autres grammes ; et, à la sixième heure, les urines furent encore examinées.

Voici le résultat comparatif des principales réactions :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 1/4 d'heure après.	URINES 1 heure après.	URINES 6 heures après.	URINES des 12 h. avant.
Bichlorure de platine.	Précipité abondant.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Noix de galle.	Précipité abondant.	Nubécule.	Nubécule.	Trouble léger.	Nubécule.
Chlore.	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Alcool..	Precipité.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	Trouble.
Protochlorure d'étain..	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Réaction.	Acide.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.

Les réactions tirées du bichlorure de platine et du chlore propres à la substance injectée, et non à l'urine normale, ne se retrouvèrent dans aucune des urines qui suivirent l'injection.

La noix de galle ne produisit dans les urines qui suivirent d'une heure l'injection, qu'un nubécule pareil à celui qu'elle produit dans l'urine normale.

Dans les urines qui suivirent de six heures, il y eut un trouble réel, mais incomparable à celui produit par la matière injectée, étendue de 50 fois son poids d'eau.

Sera-t-on étonné de voir la fibrine soumise à l'action d'un principe digestif purifié, venu cette fois d'un herbivore, devenir assimilable pour un autre herbivore ?

M. Mialhe a fait dans ce genre une expérience : il a injecté, dans la veine jugulaire d'un gros lapin, de la fibrine soumise (il ne dit pas s'il y avait de l'albumine caséiforme) à l'action d'un principe digestif du veau ; elle a été assimilée, comme il s'en est assuré, par l'inspection chimique des urines. L'examen, à l'aide du bichlorure de platine, n'y est pas mentionné.

Ayant pris de l'albuminose de fibrine, sans enlever l'albumine caséiforme qui s'y trouvait (le nutriment était produit par le principe digestif purifié du mouton), j'injectai 30 grammes de solution, et qui, pour pouvoir être comparée rigoureusement avec celles de mes expériences sur l'albuminose d'albumine, contenait 1 gramme de cette albuminose évaluée sèche.

Le résultat fut très-concluant :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 3 heures 1/2 après.	URINES 7 heures après.	URINES AVANT.
Bichlorure de platine.	Précipité.	Rien.	Rien.	Rien.
Noix de galle.	Précipité très-abondant.	Léger nuage.	Nuage léger.	Nubécule.
Chlorure de zinc. . .	Précipité.	Rien.	Rien.	Rien.
Chaleur..	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction.	Acide.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.

L'albuminose de fibrine était encore, au moins en grande partie, dans ce cas un nutriment, et ne se retrouvait point dans les urines ; l'albumine caséiforme avait aussi été nutrimentaire.

Quand j'injectais un gramme d'albuminose d'albumine dans les veines, celle-ci ne laissait pas passer trace de matière coagulable par la noix de galle dans les urines. Elle était tout en entière et facilement assimilable.

Une chose remarquable et différente se montre dans ces expériences (quel qu'ait été l'agent digestif, celui du carnivore ou de l'herbivore), car, bien que cette albuminose de fibrine fût utilisée, puis qu'elle fût modifiée et perdît ses caractères chimiques (réactions du chlorure de platine et du chlore), cependant, quelque portion, bien minime il est vrai, échappa à une complète assimilation, puisque la noix de galle accusa dans les urines un léger trouble.

La surcharge nutrimentaire arrive donc plus facilement pour la fibrine que pour l'albumine ; je voulus exagérer cette surcharge avec l'albuminose née par l'action du principe digestif purifié du mouton. J'injectai à un lapin 30 grammes d'une solution renfermant 1 gramme 20 centigrammes de matière solide composée tant d'albuminose que d'albumine caséiforme :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 3/4 d'heure après.	URINES des 18 heures suivantes.	URINES AVANT.
Bichlorure de platine.	Précipité très-abondant.	Trouble jaune léger.	Rien.	Rien.
Noix de galle.	Précipité très-abondant.	Précipité léger.	Louche léger.	Nubécule.
Chlorure de zinc. . .	Réaction omise	Réaction omise	Réaction omise	Réaction omise
Chaleur..	Trouble.	Rien.	Rien.	Rien.
Réaction.	Acide.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.	Alcalines, mais acidifiées.

J'eus encore des résultats pareils, mais le chlorure de platine montrait que réellement (dans la première urine seulement, il est vrai,) une certaine quantité de la substance injectée passait. Je réunis dans un grand tube toutes les urines, et les traitai par le bichlorure de platine; dans un autre, je mis seulement 15 gr. de la liqueur injectée, je la traitai de même dans un pareil grand tube; le lendemain, le précipité de l'urine n'était pas la vingtième partie de l'autre : il n'y avait donc peut-être pas deux parties sur cent qui avaient échappé à l'assimilation, cependant il y en avait.

Une autre injection d'albuminose (1 gramme 30 cent.) de fibrine faite avec le principe digestif du mouton, fut injectée à un lapin (1). J'en consigne les résultats; elle ne contenait pas d'albumine caséiforme :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 1 heure 1/2 après (40 grammes) épaisses, rouges.	URINES des 11 heures suivantes.
Bichlorure de platine. . .	Précipité en masse soluble dans l'acide nitrique.	Précipité léger.	Rien.
Solution de noix de galle.	Précipité en masse soluble dans l'acide nitrique.	Précipité.	Nubécule.
Alcool.	Précipité insoluble dans l'eau même chaude.	Précipité complétement soluble dans l'eau froide.	Précipité complétement soluble dans l'eau froide.
Acide nitrique.	Rien.	Précipité.	Rien.
Chaleur.	Rien.	Précipité.	Rien.

Voilà certes une expérience digne d'intérêt. En effet, le précipité en masse, produit par le bichlorure de platine, ne se retrouve qu'à l'état de précipité léger ou de trouble dans les urines qui suivent l'injection, et comme pour prouver qu'en effet la quantité de 1 gramme 30 centigrammes de substance solide, dissoute dans 30 grammes d'eau et injectée dans les veines d'un lapin est une quantité excessive, voilà le serum du sang qui transsude à travers les reins; la chaleur, l'acide nitrique, l'y accusent par des précipités, tandis que la substance injectée n'était nullement troublée par ses réactifs.

Non-seulement donc les légers précipités qui rappellent ceux de la matière injectée peuvent être dus au trop plein nutrimentaire résultant d'une expérience qui, pour vouloir être décisive, devient exagérée; mais aussi ces réactions peuvent venir du sérum du sang lui seul, car il y a du sérum dans ces urines, et le sérum trouble par le bichlorure de platine et la noix de galle.

Outre ces preuves, j'en ai cherché une autre; tant que les urines de l'animal ont troublé tant soit peu par la noix de galle, je les ai recueillies et précipitées ainsi, j'ai séché le précipité et je l'ai pesé.

Défalcation faite du poids du tannin introduit, la matière précipitée par lui égale 15 centigrammes, et encore ne comptais-je pour rien la matière que précipite la noix de galle et que contient normalement l'urine.

Ainsi donc un septième au plus de la matière injectée a passé dans les urines, c'est-à-dire que les six septièmes ont été absolument nutrimentaires.

Bien mieux, tout a été modifié, car la matière primitivement injectée, donnait par l'alcool un précipité insoluble, même dans l'eau chaude; elle n'avait plus cette propriété dans les urines, puisque le précipité produit par l'alcool était soluble, même dans l'eau froide.

Toutes les urines recueillies dans les 11 heures qui suivirent, ne contenaient, quant à elles, plus aucune trace ni de sérum exsudé, ni de matière injectée.

(1) Il y a ici une variante : après avoir obtenu l'albumine, je fis bouillir la solution pendant une demi-heure, pour voir si elle garderait sa même propriété nutrimentaire.

Si, d'une manière générale, nous comparons, au point de vue de l'alimentation, l'albumine et ses produits, la fibrine et ses produits, nous verrons que la fibrine donne toujours des produits d'une qualité nutrimentaire un peu inférieure à celle qui se trouve dans les produits de l'albumine.

En effet, l'un des caractères communs à tous les nutriments que nous avons étudiés, à savoir : de donner par l'alcool un précipité soluble dans l'eau froide, ne se trouve pas dans le nutriment venu de la fibrine cuite, ce qui le rapproche de l'albumine, de la caséine, de la gélatine et de la chondrine, c'est-à-dire le rapproche des aliments bruts non nutrimentaires.

La fibrine, par la digestion, peut donner un nutriment qui, seul parmi ses pareils, fait aussi exception : l'albumine caséiforme. C'est le seul des nutriments qui soit coagulable par la chaleur; et ce nutriment se rapproche aussi d'aliments bruts, comme sont l'albumine et la fibrine.

Enfin les substances nutrimentaires qui viennent de la fibrine ne peuvent s'injecter aux mêmes doses que ceux qui viennent de l'albumine, sans qu'il en passe alors une faible proportion dans les urines; et cette remarque s'applique au même degré au nutriment produit par la cuisson, par l'action du principe digestif naturel d'un carnivore, ou du principe digestif purifié d'un herbivore. (*Voir* la série des tableaux qui ont trait à ce sujet.)

Ces désavantages sont bien largement compensés par cette qualité précieuse que toute la fibrine peut devenir nutriment, tandis que l'albumine est toujours réfractaire au moins pour un tiers; en sorte qu'il y a avantage et économie à user d'aliments fibrineux, mais en quantité modérée.

Des matériaux nutrimentaires azotés sont indispensables à l'entretien de la vie, et le mouvement de la vie rejette sans cesse des matériaux azotés (acide urique, urée, uréatine, etc.) devenus inutiles; ces derniers ne peuvent provenir, pour la majeure partie du moins, que de matériaux azotés. Dans ce mouvement, deux hypothèses sont à faire :

Les matériaux nutrimentaires qui pénètrent dans le sang sont eux-mêmes transformés, l'albuminose par exemple, en acide urique et rejetée sous cette forme.

Ou bien, la substance du corps, l'albumine par exemple, s'étant décomposée, elle est éliminée sous forme d'acide urique, etc., et l'albuminose n'a d'autre but que de venir réparer cette perte, cette usure.

Ce qui fait pencher beaucoup vers cette dernière solution, c'est, à part les expériences de Troja et Duhamel sur les os teints par la garance, que les lapins même à jeun font encore de l'acide urique; ils ne peuvent le faire qu'avec leur propre substance.

Quoi qu'il en soit, il y a entre les pertes et la nourriture une balance, et l'on conçoit que si l'on injecte dans les veines d'un animal une quantité exagérée de nutriment, il puisse arriver que le nutriment soit éliminé par les urines, en nature comme un trop plein, alors on le reconnaît à ses caractères (M. Mialhe en a vu d'albuminose passer dans les urines de l'homme après un repas trop copieux); ou bien qu'il provoque, soit dans la substance du corps, soit en lui-même, un travail de décomposition plus considérable, d'où production d'acide urique ou d'urée, d'où élimination d'une substance qui n'est pas lui, qui peut ne pas venir de lui, mais qui est provoquée par sa présence en excès; et cette surcharge peut varier suivant tel aliment, suivant tel nutriment. Un vice pareil d'alimentation ou de nutrimentation n'est-il pas une des causes des dépôts d'acide urique dans les veines ou les articulations des grands mangeurs, surtout des mangeurs de viande, c'est-à-dire de fibrine?

Albumine caséiforme. — Ce n'est pas d'albuminose seulement que se compose la fibrine qui a subi l'action des puissances digestives.

Dans le liquide filtré, une chaleur supérieure à celle de la digestion, et voisine de la chaleur de l'eau bouillante, opère une précipitation.

Lorsqu'on élève progressivement la chaleur dans la solution digestive, on voit apparaître les premiers rudiments d'une matière solide ; ils adhèrent aux parois du vase ; puis de nouveaux éléments s'ajoutent aux premiers, forment des stries granuleuses, ramiformes, longues, qui flottent dans le liquide complétement transparent : on dirait de ces plantes submergées (Potamogeton) dont les filaments flottent au gré des eaux. C'est donc quelque chose de tout différent du trouble opalin, des flocons ou de la coagulation en masse de l'albumine. On ne peut s'empêcher de rapprocher cette coagulation rameuse des filaments fibrineux que donne le battage, et si ce dernier pouvait les fournir dans le même liquide, on serait plus encore tenté d'y voir une vraie fibrine. Je n'ai point essayé à réduire l'eau oxygénée avec cette substance.

A moins d'avoir mené la digestion de si bonne manière que toute la fibrine soit transformée en albuminose (nous verrons plus loin les meilleures conditions dans lesquelles il faut se mettre pour cela), la solution digestive contient toujours une quantité plus ou moins considérable d'albumine caséiforme.

Ni MM. Bernard et Barreswill, ni M. Mialhe, n'ont injecté dans les veines cette albumine caséiforme. Je n'en ai jamais injecté de pure ; mais toutes les fois que j'ai injecté des albuminoses de fibrine qui en contenaient parfois en assez grande quantité, je n'ai jamais trouvé que les urines précipitassent après l'injection par la chaleur ou l'acide nitrique, en sorte que réellement elle a des qualités nutrimentaires.

On conçoit combien il est important de savoir quelles sont les meilleures conditions dans lesquelles il faut placer, dans les poches en caoutchouc et les bocaux, la fibrine, pour qu'elle donne la meilleure digestion, car c'est à peu près de même qu'elle se comporte dans l'estomac. Cette étude, comme toutes celles de ce genre, a tout à fait été négligée, malgré son importance pratique.

Il fallait un temps considérable, pour obtenir de l'albumine (blanc d'œuf) tout ce qu'elle pouvait donner dans les meilleures conditions de digestion artificielle.

La fibrine, au bout de trois heures, est déjà désagrégée et en grande partie transformée ; elle l'est complétement, en général, au bout de six heures.

La fibrine est donc incomparablement plus rapide à digérer ?

La dilution du principe digestif, dans six fois son poids d'eau, était favorable à la digestion de l'albumine ; elle est contraire à celle de la fibrine. Que les autres conditions soient bonnes ou mauvaises, dès que le principe digestif est étendu d'eau, il y a infériorité dans les résultats, et la digestion est d'autant moins bonne qu'il y a plus d'eau.

Pour une digestion d'albumine, nous avons vu qu'il fallait une partie de principe digestif pour deux parties de blanc d'œuf (naturel et non desséché) ; c'est tout autre chose pour la fibrine : on obtiendrait une très-mauvaise digestion si on employait une semblable proportion ; car même, en mettant parties égales de principe digestif et de fibrine (pressurée et non desséchée), on ne modifierait que 2/6 de cette fibrine évaluée sèche.

La proportion s'élève à 4/6, si on emploie deux parties de principe digestif pour une de fibrine ; elle s'élève plus encore, si on emploie trois parties de celui-ci.

Quand on emploie cinq parties de principe digestif pour une partie de fibrine, toute la fibrine est modifiée et disparaît. Ce n'est pas tout, elle est entièrement transformée en albuminose, produit parfait de digestion stomacale.

J'ai remarqué que j'obtenais d'autant moins d'albuminose que la proportion de principe digestif était inférieure à cinq parties ; quand j'ai évalué à 2/6, 4/6, la quantité de fibrine modifiée, je parlais de la solution digestive commune. Il entrait dans cette dernière une proportion d'autant plus forte du produit intermédiaire de digestion (albumine caséiforme) que la proportion de principe digestif était plus inférieure ; en un mot, alors, la digestion était imparfaite.

Eh bien ! il en était de même quand l'infériorité digestive était causée par la dilution du principe digestif dans l'eau.

Caractères distinctifs des principales solutions alimentaires ou nutrimentaires.

Par l'alcool anhydre, précipité insoluble dans l'eau.	Par l'acide nitrique, précipité insoluble dans un excès du réactif.			*Albumine.*
	Par l'acide nitrique, précipité nul. . .			*Caséine.*
	Par l'acide nitrique, précipité soluble dans un excès de réactif.			*Albuminose de fibrine.*
Par l'alcool anhydre, précipité soluble dans l'eau chaude seulement.	Par l'acide acétique, précipité insoluble dans un excès de réactif. . . .			*Chondrine.*
	Par l'acide acétique, pas de précipité. .			*Gélatine.*
Par l'alcool anhydre, précipité soluble dans l'eau froide.	Par le bichlorure de platine, pas de précipité (ni par l'acide acétique). .			*Albuminose d'albumine.*
	Par le bichlorure de platine, Précipité.	Fort.		*Décoction de fibrine.*
		Faible	Par l'acide acétique et la pepsine, léger trouble. Elle ne précipite pas par le chlorure d'étain.	*Albuminose naturelle* (fausse).
			Par l'acide acétique et la pepsine, pas de trouble. Elle précipite par le chlorure d'étain.	*Décoction d'albumine.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos 7 et 8 du tome 2.*)

La paraplégie idiopathique qui survient après un refroidissement a, pour point de départ, cette cause même, quelle que soit la façon dont les extrémités inférieures ont été soumises à son action.

A la suite de ces refroidissements, plus ou moins prolongés, les malades éprouvent un engourdissement profond dans les membres qui y ont été soumis, avec sensation de fourmillement qui semble appartenir à un commencement de réaction. Il y a déjà alors impossibilité plus ou moins complète de marcher, mais il n'y a encore aucune inquiétude, parce que les sujets supposent que tout va se terminer au moyen du réchauffement artificiel. Il survient, en effet, sous cette influence une réaction quelquefois très-douloureuse, mais cette réaction n'est pas suivie du retour de la motilité, dans la pluralité des cas, trois fois sur quatre, suivant nos observations. Si la motilité reparaît, il reste un certain degré de faiblesse dans les jambes, et pour peu qu'un nouveau refroidissement prolongé ait lieu, la paralysie du mouvement reprend une marche ascendante et arrive à son maximum.

Généralement, les malades sont sans inquiétude au début, comme nous l'avons déjà dit. Les membres restent le siége de fourmillements qui s'amoindrissent peu à peu ou reviennent à intervalles irréguliers.

La sensibilité se conserve normale dans la pluralité des cas (19e, 20e *et* 22e *obs.*).

Dans un cas (21e *obs.*), la sensibilité a été abolie d'abord, et la sensibilité tactile elle-même était fortement émoussée.

Dans aucun cas, nous n'avons remarqué d'atrophie appréciable, pas plus que de troubles dans l'acte de la miction et de la défécation. Une fois sur quatre, la paralysie n'occupait que les pieds et les jambes (21e *obs.*) ; dans les trois autres cas, au contraire, elle occupait toute l'étendue des membres pelviens.

Une fois sur quatre, nous avons trouvé les membres réellement refroidis (19e *obs.*).

Dans un cas où la chaleur y était égale à celle des autres membres, le malade accusait une sensatition de froid dans les extrémités inférieures (21e *obs.*). Deux fois sur quatre, au contraire, la chaleur, diminuée d'abord, est revenue promptement à l'état normal (20e *et* 22e *obs.*).

Dans tous les cas, il y a eu presque, du commencement à la fin, un sentiment de pesanteur accompagné d'engourdissement plus ou moins prononcé.

Nous n'avons observé qu'un seul cas de paraplégie saturnine durant une pratique de plus de vingt ans. Cependant si nous ne tenions compte que de notre propre pratique, nous ne pourrions conclure à la rareté de cette paraplégie. Mais M. Tanquerel-Desplanches, qui a réuni dans son livre 208 cas de paralysie saturnine, ne cite qu'un seul fait de paraplégie dégagée de paralysie d'autres parties du corps; en sorte que, d'après ces données, nous sommes fondé à penser qu'elle est excessivement rare.

Quoi qu'il en soit, c'est sur des malades soumis depuis longtemps ou à diverses reprises aux émanations plombines que cette paraplégie apparaît, comme si c'était le dernier échelon des accidents qu'elles engendrent.

Le malade que nous avons observé avait travaillé plusieurs années dans une fabrique de céruse : il avait été atteint trois fois de la colique saturnine; il y avait même eu chez lui, à une certaine époque, encéphalopathie à la suite de laquelle il était resté sujet à un tremblement général des membres, avec convulsions épileptiformes par intervalles. Ce sujet, en un mot, se trouvait dans un véritable état de cachexie, annoncée par des signes caractérisques, quand il fut pris de la paraplégie.

C'est à la suite de tremblements plus particulièrement fixés aux extrémités inférieures et de convulsions, que la paraplégie se déclara. Elle ne fut pas d'abord très-prononcée, mais elle alla en progressant graduellement pour la motilité. A la suite d'une nouvelle attaque épileptiforme, la sensibilité, assez bien conservée jusque-là, s'émoussa à son tour; alors survinrent de l'engourdissement, de l'insensibilité; la sensibilité tactile était cependant conservée.

La paralysie du mouvement n'était point absolue, car tandis que le relâchement musculaire était très-prononcé sur les extenseurs, les fléchisseurs conservaient la possibilité de se contracter. La même circonstance a été observée sur le paraplégique de M. Tanquerel-Desplanches.

La constipation accompagne cette paraplégie sans qu'on puisse accuser une paralysie du rectum; elle résulte de l'action du plomb sur le tube digestif et constitue un reliquat de la colique; la preuve est qu'elle existait, sur notre malade, avant que la paraplégie fût déclarée.

L'atrophie des membres accompagne cette paraplégie, et elle marche avec une très-grande rapidité. C'est au moins ce qui résulte de notre propre observation et de celle de M. Tanquerel-Desplanches.

En quelques jours, la peau se trouve collée aux muscles, le tissu cellulaire qui les séparait ayant disparu; les masses musculaires elles-mêmes s'atrophient avec promptitude.

Le seul fait d'une intoxication saturnine prolongée ou répétée, l'existence antérieure d'accidents propres à cette intoxication, forment le caractère principal de la paraplégie en question.

Marche, durée et terminaison de la paraplégie essentielle. — Si la symptomatologie des paraplégies que nous avons réunies dans notre première classe est extrêmement variée, tant en raison des états morbides auxquels elles se lient ou succèdent, des causes qui leur donnent naissance, que des circonstances d'âge, de sexe, etc., leur marche, leurs durée et terminaison ne présentent pas moins de diversités, absolument à cause des mêmes motifs.

La paraplégie se lie-t-elle à l'hystérie? Nous la voyons faire brusquement invasion à la suite d'une attaque hystérique, d'une syncope, ou d'un malaise général avec céphalalgie, mais sans spasmes; puis elle arrive rapidement, et presque du premier pas, à son summum d'intensité. C'est ce qui a eu lieu cinq fois sur sept (1re, 2e, 3e, 5e et 7e *obs.*). Quelquefois, mais bien plus rarement, elle débute d'une manière assez peu tranchée, comme insidieuse, progresse ensuite avec une certaine gradation, et met un temps plus ou moins long pour arriver à son summum. Ceci n'est arrivé que deux fois sur sept (4e et 6e *obs.*); encore devons-nous faire observer que, dans notre 4e observation, ce n'est qu'à la seconde atteinte de paraplégie que les choses se sont ainsi passées, la malade ayant eu, antérieurement, une première paraplégie brusquement survenue à la suite d'une frayeur subite, paraplégie qui, suivant nous, a été de nature hystérique, tout comme la seconde.

S'il est notoire que la paraplégie hystérique se montre parfois d'emblée, en compagnie d'autres paralysies locales multiples ou solitaires, pour rester ensuite isolée et tenace, ou qu'elle apparaît à la suite d'autres paralysies répétées un plus ou moins grand nombre de fois, et qu'elle semble alors le dernier aboutissant, ce que nous avons remarqué trois fois sur sept, dans la majorité des cas, pourtant, elle s'est montrée à nous sans avoir été précédée d'aucun autre phénomène paralytique (quatre fois sur sept).

Après avoir débuté brusquement, et avoir acquis presque immédiatement son maximum d'intensité, ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas, la paraplégie hystérique reste plus ou moins longtemps stationnaire, sans manifester la moindre tendance à décroître.

Sur les cinq cas à invasion brusque, l'état stationnaire a duré, pour la 1re observation, dix-sept jours; pour la 2e, un mois et demi; pour la 3e, trois mois; pour la 5e, vingt et un jours; pour la 7e, vingt-neuf jours. La durée moyenne de l'état stationnaire a donc été ici de quarante-sept jours.

Dans les deux cas où la paraplégie a débuté insidieusement, et a suivi une marche graduellement ascendante, pour arriver à son maximum, l'état stationnaire a duré vingt jours et un an, ou en moyenne cent quatre-vingt-douze jours; d'où l'on pourrait conclure que l'état stationnaire se prolonge un temps infiniment plus long quand la paraplégie a un tel début et une telle marche.

Le paraplégie hystérique se termine quelquefois d'une manière brusque, spontanée, de façon à ce que les membres, jusque-là impuissants, recouvrent tout à coup leur liberté de mouvement, et cela, soit à l'occasion de l'influence exercée par une médication, soit sous l'influence de quelque impression morale vive, ou après une nouvelle attaque d'hystérie : c'est ce que nous trouvons dans nos 2e, 3e et 7e observations.

Il peut arriver également que la paraplégie, améliorée par suite d'un traitement rationnellement appliqué, cesse ensuite tout à coup, à l'occasion d'une attaque hystérique qui surprend la malade; tel est le cas de notre 4e observation, où, sous l'influence de la strychnine, les membres avaient récupéré assez de force et de jeu pour permettre de faire quelques pas, quand tout à coup le sujet a une attaque d'hystérie et se trouve, le lendemain matin, débarrassé de la grande faiblesse qui pesait encore sur eux.

D'autres fois, cette paraplégie disparaît graduellement et lentement; mais ce sont certainement les cas les plus rares, puisque nous ne l'avons observé que trois fois sur sept (1re, 5e et 6e *obs.*); en sorte qu'on pourrait dire qu'elle a une tendance à se terminer d'une manière brusque, spontanée, dans le plus grand nombre des cas, comme elle débute aussi de la même manière.

Il ne faut point perdre de vue que, quelle que soit l'émotion éprouvée par les malades, quand cette émotion ou cette influence entraîne la disparition subite de la paraplégie, c'est presque toujours au moyen d'une attaque d'hystérie qu'elle suscite, et alors les malades rendent, à la suite de l'attaque, comme à la suite des autres, une quantité considérable d'urine claire, limpide.

Nous avons vu survenir une fois des convulsions hystériques, à la suite de l'administration de la strychnine portée à 20 cen-

tigrammes. Ces convulsions furent accompagnées de la perte de connaissance qui dura cinq heures. La paraplégie était dissipée au retour de l'intelligence, et la malade rendait une quantité considérable d'urine limpide et claire (7e *obs*.).

Dans nos sept cas de paraplégie hystérique, la durée totale de l'affection a été de vingt et un jours, deux mois et demi, trois mois, trente-huit jours, treize mois dix jours, un mois : soit, en moyenne, de quatre-vingt-quatorze jours pour chaque cas.

D'après tout ce que nous venons de voir, l'issue de cette affection est habituellement heureuse, quelle que soit, au reste, l'influence sous laquelle elle s'opère. En reconnaître la nature, c'est pouvoir porter un pronostic favorable, et éviter aux malades qui en sont atteintes des tortures qu'on leur fait trop souvent subir, en mettant sur le compte de la myélite une paralysie qui ne lui appartient point, et en poursuivant, par des vésicatoires, cautères, moxas, etc., sur la colonne vertébrale, une cure qui, le plus souvent, arrive spontanément et déjoue toutes les prévisions de l'art. De toutes les paraplégies, celle qui se lie à l'hystérie est sans contredit la plus sujette à récidives, sous l'influence des mêmes causes. Dans deux cas, nous avons observé cette récidive. Dans notre 4e observation, la malade avait déjà été paraplégique avant que nous la voyions ; dans la 6e, il y avait eu paraplégie à deux reprises différentes.

La paraplégie qui coïncide avec la fièvre typhoïde ou un accès de fièvre intermittente grave, masquée qu'elle est d'abord par l'affection première, ne peut laisser préciser le moment de son début qui reste tout à fait ignoré. Ce n'est que lorsque les malades, étant déjà à même de remuer leurs membres et d'agir, ne peuvent imprimer de mouvements aux extrémités inférieures, qu'elle devient apparente : elle est alors consommée, elle ne progresse plus, elle est dans la période dite d'état, qui peut durer plus ou moins longtemps, mais qui, d'habitude, ne dépasse pas un mois.

Quand elle est précédée quelquefois d'endolorissement des membres, avec fourmillements (17e *obs.*), on voit ces aberrations de la sensibilité diminuer ou même cesser bientôt. Quelquefois aussi, avec des frissons irréguliers qui parcourent les extrémités de bas en haut, surviennent des engourdissements douloureux dans ces mêmes membres, et la paraplégie ne se dessine que graduellement. Elle met alors un temps plus ou moins considérable à se confirmer (13e *obs.*) ; mais ce sont là des faits tout à fait exceptionnels.

En général, cette paraplégie marche graduellement vers la guérison, sous la seule puissance des ressorts organiques mis en jeu par une nutrition réparatrice. Il n'est pas rare, cependant, de la voir demeurer stationnaire des mois entiers, et ne se terminer qu'au bout d'un an et plus. Tel est le cas cité par M. Rilliet, chez une jeune fille de 18 ans, dont la paraplégie ne disparut qu'au bout de dix-huit mois (Rilliet, *Paralysie essentielle chez les enfants; Gazette médicale,* 1851, p. 705). La chaleur revient d'abord dans les membres qui paraissaient refroidis ou l'étaient réellement : c'est là l'indice d'une disposition à la décroissance. Avec le retour de la chaleur, s'opère celui de la sensibilité vers l'état normal, quand elle était obtuse ou abolie. Ce n'est qu'après le retour de ces propriétés fonctionnelles, qui reviennent comme avant-gardes, que la motilité reprend graduellement son énergie. Ici, tout semble marcher avec mesure et par gradation ; on n'observe rien de brusque, de spontané, dans la rétrocession morbide, comme cela s'observe si fréquemment dans la paraplégie hystérique.

Quand même la paraplégie se prolongerait fort longtemps, ce qui est tout à fait exceptionnel, la terminaison n'en est pas moins heureuse dans tous les cas. Elle n'est pas de celles qui restent indéfiniment et tournent à l'incurabilité ; par un moyen ou par un autre, mais à coup sûr par le régime, l'hygiène, l'usage de la strychnine, et l'électricité en dernier ressort, on est toujours sûr d'en avoir bonne justice.

Si la mort arrive durant son cours, ce que nous avons vu dans la 17e observation, ce n'est que par suite d'une maladie compliquante ou intercurrente, et non par son propre fait.

Dans les cinq cas par nous observés, la durée de la paraplégie a été de 17, 28, 40, 45 et 47 jours ; et dans le cas du docteur Rilliet de 18 mois.

En sorte que, si nous établissons une moyenne, en comprenant le cas de M. Rilliet, nous trouvons, pour durée moyenne, 144 jours, et si nous élaguons ce cas qui nous paraît tout à fait exceptionnel, nous trouvons, au contraire, une durée moyenne de 35 jours, c'est-à-dire la durée la plus courte de toutes les paraplégies.

S'il faut en juger par nos propres observations, la paraplégie idiopathique des enfants, après avoir débuté brusquement à la suite de convulsions, pendant la dentition ou en dehors de ce travail, ou à la suite d'attaques d'éclampsie, marche avec une grande rapidité, au point d'entraîner non-seulement en quelques jours, en quelques heures même, la perte absolue du mouvement, mais de façon même à enrayer la nutrition dans les membres atteints, à empêcher leur développement, et les disposer à des déformations. Une fois déclarée, elle paraît dans le plus grand nombre des cas avoir une ténacité remarquable, soit que les parents des malades, s'abusant sur la nature des accidents, n'aient aucune conscience de l'infirmité qui frappe leurs enfants et ne cherchent point à y porter remède dès le principe, soit que l'affection, étant connue et combattue, résiste aux divers moyens employés contre elle.

On peut donc assurer que, sous ce rapport, elle est, de toutes les paraplégies essentielles, la plus grave et la plus compromettante. Elle ne ressemble en rien à certaines paralysies locales qui découlent des mêmes sources, et qui parfois ne sont que momentanées ou tout à fait fugaces.

La durée de l'affection, dans nos trois cas, a été de deux ans et demi à quatre ans et demi.

Cependant, malgré cette longue persistance, et à en juger toujours par nos propres observations, la terminaison est ordinairement heureuse, quand on sait mettre en usage, pour la combattre, les ressources énergiques que la science possède aujourd'hui. En effet, deux fois sur trois, nous avons obtenu une guérison radicale, et cependant, dans ces deux cas, la paraplégie n'avait pas moins de quatre ans et quatre ans et demi d'existence (9e et 10e *obs.*).

Dans le troisième cas, l'enfant a été enlevé par une double pneumonie ; la paraplégie persistait depuis deux ans, mais elle n'avait jamais été combattue (8e *obs.*).

Dans un des trois cas, après un temps assez long de son existence, la paraplégie avait commencé à décroître spontanément, quand notre traitement est venu mener à bonne fin la guérison, et cette circonstance corrobore l'opinion émise sur sa tendance vers une terminaison heureuse (10e *obs.*).

Quant à la paraplégie qui survient après un refroidissement prolongé des extrémités inférieures plongées dans de l'eau froide, ou exposées à l'humidité froide de la nuit, et qui, dans la pluralité des cas, débute d'une manière brusque, spontanée, elle reste stationnaire pendant un certain temps, résiste même à des moyens qui sembleraient devoir avoir quelque prise sur elle ; mais du moment qu'on met en jeu les ressources que nous connaissons pour relever l'innervation engourdie, elle a une tendance manifeste à décroître par gradation et à disparaître d'une manière absolue, sans aucune chance de récidive, si les mêmes causes sont écartées. C'est au moins ce qui s'est passé dans tous les cas que nous avons observés.

Dans l'exemple de paraplégie par refroidissement que cite le docteur White dans le *Dublin Medical Press,* la maladie dura longtemps, résistant à divers moyens plus ou moins appropriés, mais elle finit par céder à des doses répétées et progressives de seigle ergoté.

La durée de la paraplegie a été dans, nos observations, de 42, 37, 29 et 22 jours, ou en moyenne de 32 jours. Sous ce rapport, elle est donc, de toutes les paraplégies idiopathiques, celle dont la durée est moins longue ; elle est, en outre, de toutes celle qui cède avec le plus de certitude et qui expose moins les malades. Sa terminaison est constamment heureuse. Dans nos quatre

cas, nous avons obtenu, dans un temps assez court, à dater du traitement, sa disparition complète, et nos malades, tous revus après un assez long espace de temps, ne témoignaient aucune faiblesse dans les membres précédemment paralysés.

Enfin, pour ce qui est de la paraplégie saturnine, tout est caractéristique pour sa marche, sa durée, sa terminaison, comme pour ses symptômes. Tant que l'intoxication plombine persiste, la paraplégie progresse; et, en même temps qu'elle abolit les mouvements, la sensibilité, elle porte une atteinte considérable à la nutrition, suscite une atrophie qu'on ne voit aussi prononcée dans aucun autre cas.

Elle persiste encore après que l'intoxication a cessé de se faire, tant qu'un traitement approprié n'est pas venu expulser de l'organisme ce qui reste des émanations de plomb. Ici on peut voir qu'un tremblement général de tous les membres, mais surtout des inférieurs, l'accompagne; qu'elle est traversée quelquefois par de vraies convulsions. Abandonnée à elle-même, l'individu étant soustrait à l'action du plomb, nul doute qu'elle ne finît par se terminer heureusement à la longue. Il faut cependant se persuader qu'elle serait d'une grande ténacité dans cette circonstance.

Pour le seul cas que nous avons observé, la durée totale de l'affection a été de deux mois et treize jours.

La rétrocession de cette paraplégie s'opère par la dissipation des tremblements des membres, le retour à la sensibilité normale, en même temps que tous les autres phénomènes de l'empoisonnement saturnin s'effacent; puis la locomotion se rétablit peu à peu, par gradation bien marquée. Les muscles qui avaient conservé leur contractilité, l'emportent pendant un temps encore sur ceux qui étaient tout à fait inertes, puis l'équilibre se rétablit entre ces couches musculaires, et la locomotion se consolide. Cependant, même après cette consolidation, les malades éprouvent encore assez longtemps de la faiblesse et de la maigreur dans les extrémités inférieures.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Recherches chimiques, pharmaceutiques et thérapeutiques sur la glycérine.

Voici les passages essentiels du travail lu à l'Académie par M. Cap sur la glycérine :

Préparation. — Je commence par concentrer par l'évaporation, une quantité donnée d'eaux-mères des savonneries ou des fabriques d'acide stéarique; puis, je détermine, au moyen de l'acide oxalique, les proportions de chaux qu'elles retiennent. J'y ajoute alors une quantité d'acide sulfurique équivalente à celle de l'acide oxalique nécessaire à la saturation de la chaux. Le sulfate calcique qui en résulte se précipite à l'état insoluble. On décante et l'on porte le liquide à l'ébullition dans une chaudière de fer battu, recouverte d'une forte lame de plomb. On a soin en même temps d'agiter vivement le liquide, au moyen d'un appareil à palettes, mis en mouvement par un mécanisme approprié. Les acides gras se volatilisent, la liqueur commence à se décolorer et ne tarde pas à perdre la plus grande partie de son odeur désagréable. Lorsqu'elle est parvenue à une densité de 10 degrés aréométriques, on laisse refroidir, et on passe sur une toile pour séparer une nouvelle quantité de sulfate de chaux. On sature l'excès d'acide par un peu de carbonate de la même base; on continue d'évaporer en agitant vivement la liqueur. Lorsque celle-ci a atteint par sa concentration 24 degrés à l'aréomètre, il se dépose une nouvelle proportion de sulfate de chaux; on laisse refroidir; on passe sur une toile et on lave le dépôt avec un peu d'eau légèrement alcoolisée.

On évapore une troisième fois, toujours en agitant, jusqu'à ce que le liquide ait atteint une densité de 28° à chaud, soit 30° de l'aréomètre, à froid. Il se dépose encore par le refroidissement, un peu de sulfate calcique que l'on sépare par une nouvelle filtration.

Le produit est alors sans odeur; sa saveur est douceâtre, saccharine; il est onctueux au toucher, et sa couleur est légèrement ambrée. Dans cet état, on le traite à froid par le charbon animal lavé; on filtre, et l'on obtient la glycérine tout à fait sans odeur, sans couleur, d'une consistance sirupeuse.

Dans cet état, la glycérine contient cependant une assez grande proportion d'eau, qu'une concentration prolongée lui enlève difficilement. Parvenue à 31°, elle en a déjà perdu 20 à 25 pour cent. Dans cet état, si l'on y plonge une mèche de coton, elle brûle absolument à la manière de l'huile, avec une flamme rougeâtre. Si l'on élève la température, il s'en dégage d'abord des vapeurs épaisses; puis elle finit par se décomposer, en donnant lieu à la formation de quelques produits volatils et d'une matière charbonneuse.

La glycérine n'est pas une substance de nature gommeuse ni un corps gras; c'est un corps neutre, *sui generis*, ordinairement à l'état liquide, incristallisable. Comme l'eau, elle se mêle en toutes proportions aux liquides aqueux, à l'alcool, au vinaigre; elle dissout la plupart des corps que l'on peut dissoudre; elle est légèrement hygrométrique et ne manifeste aucune réaction, ni acide ni alcaline; comme l'huile, elle est onctueuse au toucher et ne s'évapore pas au contact de l'air; elle ne se décompose qu'à une température très-élevée; appliquée sur les tissus vivants, elle les lubréfie et les assouplit *sans les graisser*; elle se mêle, en certaines proportions, à l'axonge et aux corps gras; elle dissout les huiles volatiles; elle n'est pas susceptible de rancir ni de fermenter spontanément. La glycérine réunit donc la plupart des propriétés de deux corps en quelque sorte antagonistes, l'huile et l'eau. Il était dès lors naturel que cette substance fût appelée à jouer un rôle aussi nouveau que varié dans les arts, l'industrie et les sciences médicales, et c'est ce qui est sur le point de se réaliser.

Applications médicales. — Pour ne parler que des applications médicales, la glycérine s'est montrée favorable dans la plupart des affections de la peau; c'est ce qui a été constaté, en Angleterre, par MM. Startin, Yearsley, Wakley; en France, par MM. Bazin et Cazenave; en Russie, par M. Dallaz, etc. Elle en cicatrise les fissures, les crevasses; en conserve la souplesse, et en calme l'irritation. C'est le plus efficace des cosmétiques.

M. Trousseau en a constaté l'efficacité dans le prurigo, et notamment le prurit des parties génitales, et c'est à ses propriétés antidartreuses qu'il attribue les avantages qu'elle offre dans certaines affections de l'oreille. La glycérine a été trouvée bien supérieure, par M. Bazin, à l'huile de cade, à l'eau de goudron, et aux solutions de sublimé corrosif.

Associée aux cataplasmes, la glycérine les empêche de se dessécher, et d'adhérer par leurs bords aux parties sur lesquelles on les applique; elle peut servir d'excipient à la plupart des substances actives, sans les altérer; elle peut servir de base aux liniments, aux onctions, aux embrocations; elle dissout ou suspend les alcaloïdes végétaux, de la même manière que le font les liquides aqueux, et en même temps les produits qui en résultent peuvent servir aux mêmes usages que s'ils avaient l'huile pour excipient : ainsi, les sels de morphine, quinine, vératrine, strychnine, brucine, etc., ce qui permet de préparer des huiles à bases d'alcaloïdes végétaux.

On peut donc établir en pharmacie un nouvel ordre de médicaments dont la glycérine serait l'excipient, et qu'on pourrait appeler des *glycérolés*.

THÉRAPEUTIQUE.

Du musc végétal comme succédané du musc animal.

M. Hannon, rédacteur de la *Presse médicale* de Bruxelles, propose de substituer au musc animal, rare, cher et souvent fal-

sifié, la moscatelline (*Adoxa moschatellina* L.), la mauve musquée (*Malva moschata* L.) et le mimulus moschatus de Douglas. Ces plantes peuvent servir à la préparation de deux produits, l'*eau distillée* et l'*huile essentielle* musquée ou *musc végétal* que l'on obtient en distillant ces végétaux avec les précautions convenables. Les effets physiologiques du musc végétal, identique avec le musc animal par son odeur pénétrante, qu'on peut exalter encore par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque, les effets physiologiques sont beaucoup plus appréciables que ceux du second : prise à la dose de 2 à 3 gouttes, l'huile essentielle du mimulus exerce sur le tube intestinal et sur l'encéphale une action excitante très-énergique, elle provoque des vertiges, de la céphalalgie, etc.; de l'abattement, de la somnolence, des bâillements et du sommeil suivent ces premiers effets. Les personnes très-nerveuses et chlorotiques sont vivement excitées par ce médicament, qui provoque des tremblements et des vomissements. Ses effets thérapeutiques sont identiques à ceux du musc animal, mais encore plus marqués. C'est contre des attaques d'hystérie qu'elle est surtout efficace. Elle réussit aussi contre les accidents nerveux qui compliquent les fièvres typhoïdes ou les pneumonies ataxiques. Son emploi, du reste, est borné aux accidents purement nerveux. M. Hannon a fait préparer un *oleosaccharum*, que l'on fait avec 2 gouttes d'huile essentielle de mimulus, pour 12 grammes de sucre blanc; des *pastilles*, un *sirop* (eau distillée de mimulus 1 partie, sucre blanc 2 parties); des *pilules*, un *électuaire*, etc. Voici la formule de la potion musquée :

R.	Essence de mimulus mosc. . . .	4 gouttes.
	Faites dissoudre dans alcool. . .	Q. *s*.
Ajoutez :	Sirop de mimul. mosc..	30 grammes.
	Eau dist. de mimul. mosc.. . . .	150 »

Mêlez. — A prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche.

(*Presse méd. de Brux.* 1853 et *Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

Administration des ferrugineux.

M. Van Oye a consigné, à ce sujet, les remarques suivantes dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale :*

Non-seulement il est important, dans l'emploi interne des médicaments, de choisir ceux qui conviennent le mieux aux circonstances et de les prescrire de la manière la plus convenable, mais encore faut-il s'assurer quelle est l'époque de la journée la plus favorable pour leur administration, eu égard à la nature des substances, des conditions dans lesquelles vivent les malades, de leurs idiosyncrasies, etc. C'est ainsi que, pour les ferrugineux, par exemple, j'ai trouvé que c'est presque toujours le soir qu'ils sont le mieux supportés, et que, donnés alors, ils sont ordinairement suivis d'un effet plus prompt et beaucoup mieux marqué que si on les administre le matin ou dans la première époque de la journée. Cette particularité, qui avait déjà été signalée vers la fin du XVIII[e] siècle, par un auteur anglais, Clifton Wintringham, mais qui est passée inaperçue, s'applique spécialement aux femmes qui à une grande faiblesse joignent une irritabilité exagérée de l'appareil digestif. Ayant à traiter récemment une jeune fille chlorotique, je lui avais prescrit le fer sous plusieurs formes, sans en obtenir un résultat satisfaisant; il y avait des pesanteurs d'estomac, de la flatulence, parfois même des vomissements, etc. Ayant appris qu'elle prenait la plus grande partie de sa médecine dans la matinée, je la lui fis prendre le soir, plus grande dose en se couchant, en limaille, forme dont la malade n'avait pas encore usé jusque-là. Cette fois la médecine ne fut pas seulement bien supportée, mais encore elle produisit en peu de temps un effet des plus satisfaisants. Il est vrai qu'on pourrait admettre ici que le fer n'a mieux agi que parce qu'il a été prescrit isolément; mais quand je rapproche ce cas d'un bon nombre d'autres, dans lesquels les ferrugineux, prescrits sous différentes formes, ont été mieux supportés et se sont montrés plus efficaces le soir, je ne puis m'empêcher de conclure que la remarque de Wintringham a une certaine valeur, et que, dans les circonstances données, les praticiens auraient tort de ne la pas prendre en considération.

(*Revue de thérap. médico-chirurgicale.*)

Ulcérations intestinales. — Nitrate d'argent.

Le docteur Breithaupt rapporte un cas d'ulcérations intestinales ou de *phthisis intestinalis,* ainsi qu'il les désigne, succédant au typhus et à la dyssenterie, qui avaient résisté à l'usage du plomb, du ratanhia, etc., et qui furent complétement guéries par un infuso-décocté de quinquina et de fleurs d'arnica, ainsi que 1/12 — 1/6 de grain d'azotate d'argent, répété quatre fois par jour avec une petite dose d'opium. Sous l'influence de ce traitement, le nombre de selles diminua rapidement et elles cessèrent d'être sanguinolentes; le malade guérit parfaitement.

(*Pr. Ver.— Zeit.*, 1853, 29.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *De l'irresponsabilité des concierges en matière d'hygiène publique.* — Le fait suivant ne fera que rappeler à chacun des réflexions qu'il a eu maintes fois l'occasion de faire. Comment se fait-il donc que ces réflexions n'aient encore produit aucun résultat, et qu'il existe encore une classe d'individus, qui tiennent entre leurs mains les plus sérieux intérêts, qui peuvent gravement compromettre ces intérêts par négligence ou mauvais vouloir, et qui ne sont en aucune façon responsables de leurs méfaits? C'est ce que nos confrères de la grande presse peuvent seuls discuter; pour nous, nous devons nous contenter de leur en offrir un nouveau prétexte en citant le fait suivant :

M. le docteur X.. . attendait la délivrance d'une dame enceinte. En rentrant chez lui, le soir, vers onze heures, il demanda à son concierge s'il n'avait rien à lui remettre : il lui fut répondu négativement. M. X.... monta donc chez lui et se coucha. A minuit et demi, on vint le réveiller, en lui annonçant que sa cliente était en proie aux accidents les plus graves, et qu'elle l'attendait depuis cinq heures du soir. Il se rendit aussitôt auprès de la malade, qu'il trouva atteinte d'une hémorrhagie puerpérale des plus inquiétantes; il put heureusement pratiquer immédiatement l'accouchement, remédier au moins à l'imminence du danger, et il quitta la malade à six heures du matin. En rentrant chez lui, il reçut du concierge une lettre datée de la veille, et qui le priait de passer chez M[me] *** dès qu'il rentrerait. Le concierge avait *oublié* de lui remettre cette lettre.

Les mesures à prendre pour punir de semblables faits ou des faits analogues, ne nous paraissent pas d'une exécution bien difficile; mais comme il ne nous appartient pas de les discuter ici, nous nous bornons à appeler sur elles l'attention de nos confrères et de l'administration. Ces mesures n'intéressent pas d'ailleurs seulement les médecins et les malades; elles sont d'intérêt public.

— Le lundi 20 février 1854, à midi, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, pour la nomination à une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire avant le 1[er] février 1854.

Le Secrétaire général, L. Dubost.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches pratiques sur les maladies des oreilles, suivies de la Description d'un nouveau procédé pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. le docteur E. Triquet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 50 centimes.

Errata. — Dans notre dernier numéro, page 63, à l'article *Correspondance*, se sont glissées les fautes suivantes :

Avant la première phrase, on a omis celle-ci : *Verba et voces, prœtereà nihil.*

Page 64, 13[e] ligne, au lieu de l'*existence* cholérique, il faut lire : l'*influence* cholérique. — 35[e] ligne, au lieu de recouvrons *momentanément*, lisez : *maintenant*. — 52[e] ligne, au lieu de l'*imprudence*, lisez : l'*imprévoyance*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C[ie], RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 10. 2e année. Mardi 24 Janvier 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite. Voir les nos* 23, 26, 32, 48, 72, 80, 101, 117, 149 *et* 155 *du tome* 1.)

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN.

Quand on se décide à procéder dans la même séance à l'extirpation de la mamelle cancéreuse et des tumeurs axillaires concomitantes, deux méthodes peuvent, suivant la circonstance, être mises en usage. La première consiste à prolonger jusque dans l'aisselle l'angle supérieur de l'incision destinée à circonscrire la tumeur du sein, l'autre à faire pour chacune des tumeurs une incision distincte. Dans la première méthode, qui est de beaucoup la plus usitée, le chirurgien, après avoir circonscrit le sein par une double incision, prolonge jusque dans le creux de l'aisselle l'angle supérieur de la plaie ; il dissèque ensuite la tumeur mammaire de bas en haut, de manière à la laisser adhérente au pédicule qui la relie aux ganglions ; alors, exerçant sur elle une traction modérée, il dissèque ce pédicule et arrive ainsi jusque dans le creux axillaire, où il achève l'énucléation. Cette dernière partie de l'opération exige de la part du chirurgien une grande prudence, à cause de la présence des vaisseaux axillaires et des nerfs du plexus brachial, entre lesquels la tumeur envoie souvent de nombreux prolongements. Il importe surtout de se mettre en garde contre la blessure de la veine, qui pourrait donner lieu à cet accident redoutable, connu sous le nom d'absorption de l'air. Nous avons l'habitude, dans ces circonstances, de n'employer d'autre instrument que le bout des doigts pour opérer la dissection, tout au plus nous aidons-nous de ciseaux mousses pour diviser quelques tractus fibreux trop résistants. Par ce procédé, nous ne craignons pas de poursuivre jusque derrière la clavicule et même au dessus de cet os, les ganglions malades. Cette dissection serait à peu près impossible avec le bistouri ; elle exposerait presque inévitablement à la blessure des vaisseaux axillaires et du plexus nerveux qui les accompagne, tandis que, par le procédé d'énucléation que nous avons décrit, tous les organes importants sont ménagés, et les vaisseaux de second ordre sont lacérés de manière à ne produire aucune hémorrhagie. Dans certaines variétés du cancer squirreux, le tissu cellulaire a acquis une telle densité, qu'il est parfois difficile de le déchirer entièrement, surtout au sommet du creux axillaire ; alors on peut avec avantage l'étreindre dans une forte ligature, au-dessous de laquelle on excise la partie malade ; on évite ainsi d'une manière certaine l'hémorrhagie, mais on est exposé à laisser quelques prolongements de tissus altérés.

La seconde méthode, qui consiste à faire pour la tumeur de l'aisselle une incision distincte, ne convient guère que dans les cas fort rares où la tumeur axillaire, peu volumineuse, est entièrement isolée de la mamelle, et ne s'y relie par aucun engorgement intermédiaire ; il suffit alors, après l'amputation du sein, de pratiquer dans le creux de l'aisselle une incision longitudinale qui mette à découvert la tumeur, puis on en fait l'énucléation d'après les principes que nous avons exposés.

Accidents et dangers de l'opération. — Quelle que soit la méthode que l'on ait mise en usage, il ne faut pas perdre de vue que l'extirpation des ganglions lymphatiques de l'aisselle, dans les cas de cancer du sein, est souvent une opération très-grave et très-difficile. Pendant son exécution, le chirurgien est exposé à blesser les troncs nerveux du plexus brachial, et par conséquent à paralyser des portions plus ou moins importantes du membre supérieur. Il peut, en divisant l'artère axillaire ou quelqu'une de ses branches volumineuses, donner lieu à des hémorrhagies dangereuses ; enfin si la veine vient à être coupée dans une certaine étendue, l'air peut être aspiré dans son intérieur et produire presque instantanément la mort des malades, ainsi que la science en possède plusieurs exemples. Les accidents consécutifs ne sont guère moins redoutables que les précédents, lors surtout qu'ils se manifestent après des tentatives infructueuses de réunion immédiate, nous avons vu plusieurs fois survenir dans ces circonstances des inflammations gangréneuses, auxquelles les malades succombaient en peu de jours ; d'autres fois, ce sont des phlegmons diffus qui montent dans la région cervicale, se prolongent sous les muscles grand pectoral et grand dorsal, en disséquant au loin le tissu cellulaire ; ce sont encore des phlébites, d'autant plus dangereuses, qu'elles affectent des veines plus rapprochées du cœur ; ou bien, enfin, des engorgements œdémateux du bras, résultant des entraves apportées à la circulation lymphatique et veineuse dans le membre supérieur.

Disons néanmoins que, par une exécution habile et par des pansements convenables, il est presque toujours possible d'éviter ces accidents ; mais il en est d'autres dont la manifestation est le plus souvent indépendante du chirurgien : ce sont l'érysipèle, la pleurésie et l'infection cancéreuse.

A. Érysipèle. — Après l'amputation du sein, l'érysipèle n'est peut-être pas beaucoup plus fréquent qu'après certaines autres opérations, mais il acquiert, en général, une gravité plus considérable que partout ailleurs ; presque toujours, en effet, on le voit s'étendre peu à peu sur la poitrine, remonter vers le col, la tête et les membres supérieurs, pendant que, d'une autre part, il progresse du côté du ventre, envahit successivement le tronc et les membres inférieurs, de sorte qu'il n'est pas rare de le voir se

prolonger pendant un mois ou six semaines. On comprend que le trouble prolongé qu'une semblable affection apporte dans l'organisme, altère profondément les forces vitales, et finisse par épuiser les malades. Plusieurs fois, après le troisième ou le quatrième septenaire, l'on voit survenir d'autres altérations dans les organes intérieurs : ce sont des pleurésies, des pneumonies, des péritonites, des méningites qui le plus souvent emportent les malades en deux ou trois jours.

Dans les cas les plus favorables, alors que l'érysipèle s'arrête spontanément ou que les efforts de l'art parviennent à en enrayer les progrès, cette affection est toujours grave, par le retard qu'elle apporte à la cicatrisation de la plaie : c'est une chose curieuse, en effet, que l'influence de l'érysipèle sur la marche de la cicatrisation. Pendant toute la durée de cet accident, le travail réparateur est tout à fait suspendu, à tel point que si l'érysipèle a débuté dès les premiers jours, on retrouve la plaie exactement dans les mêmes conditions, lorsqu'un mois ou six semaines plus tard l'érysipèle cesse d'exister. Nous en avons eu récemment un exemple bien remarquable : une jeune femme chez laquelle nous avions pratiqué l'amputation du sein droit, et dont les fibres du muscle grand pectoral avaient été mises à nu, fut, dès le troisième jour de l'opération, atteinte d'un érysipèle qui dura vingt huit jours; pendant toute la durée de la maladie, qui parcourut successivement presque toute la surface du corps, il nous fut impossible de constater dans la plaie le moindre travail réparateur, et lorsque l'érysipèle disparut enfin, la surface de la solution de continuité se trouvait exactement dans les mêmes conditions que si l'opération eût été pratiquée de la veille.

B. Pleurésie. — La pleurésie est un accident fréquent du cancer ulcéré du sein, elle se manifeste quelquefois aussi après l'amputation de cet organe; lors surtout qu'il a fallu pratiquer des dissections profondes et mettre les côtes à découvert. Souvent son début échappe à l'attention du chirurgien, parce que les légers symptômes fébriles qui l'accompagnent se confondent avec les troubles que l'opération elle-même apporte dans l'état général des malades.

Cet accident reconnaît pour causes : tantôt l'impression du froid, que la dénudation du thorax rend la plèvre plus accessible ; tantôt, ainsi que l'a fort bien établi M. Broca, elle résulte de la propagation de l'inflammation aux couches des tissus sous-jacents à la plaie ; d'autres fois, enfin, elle n'est qu'un des nombreux phénomènes de l'infection purulente. La gravité est bien loin d'être la même dans ces différentes circonstances : dans le premier cas, elle n'est guère plus dangereuse qu'une pleurésie ordinaire ; dans le second, au contraire, elle a souvent une terminaison fatale ; enfin, dans le troisième, elle est inévitablement mortelle.

C. Infection cancéreuse. — Cet accident, qu'il ne faut pas confondre avec la cachexie cancéreuse, est un accident aigu que l'on voit apparaître assez souvent après l'amputation des cancers de la mamelle, presque toujours avant la cicatrisation de la plaie, et quelquefois du dixième au trentième jour; il s'annonce, comme la plupart des accidents toxiques, par un frisson suivi d'une réaction peu prononcée. La plaie, qui jusqu'alors avait marché régulièrement, devient grisâtre ou blafarde; le travail de cicatrisation s'arrête ; en même temps l'appétit cesse, les forces diminuent, et bientôt les caractères de la fièvre hectique se prononcent. Cet accident a beaucoup d'analogie avec l'infection purulente ; il est, comme elle, caractérisé par des frissons irréguliers suivis de chaleurs fébriles et de sueurs ; comme elle, il se termine inévitablement par la mort ; seulement, cette terminaison fatale est quelquefois moins rapide et peut même se faire attendre plusieurs mois. A l'autopsie, on trouve dans les principaux organes, non pas des abcès métastatiques, mais bien de véritables masses cancéreuses.

Pansement. — Plusieurs méthodes ont été proposées pour le pansement des plaies consécutives à l'amputation du sein : l'occlusion complète, l'occlusion incomplète, le pansement simple et l'autoplastie.

1° *Pansement par occlusion complète.* — Ce que nous avons dit de la réunion immédiate, à l'occasion des tumeurs circonscrites du sein, laisse suffisamment pressentir notre opinion, sur l'application de cette méthode, aux plaies qui résultent de l'amputation de cet organe, et surtout de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires de l'aisselle. Quand on rapproche immédiatement les lèvres d'une plaie profonde, comme celle dont il s'agit, quelque soin que l'on ait pris pour étancher le sang et mettre en contact les parois de l'excavation, il arrive presque toujours qu'un suintement sanguin se fait à l'intérieur de la plaie et s'y accumule. Cette collection ne produit d'abord aucune douleur, aucun phénomène appréciable; les lèvres de la plaie, exactement réunies, peuvent même se cicatriser entièrement, et le chirurgien s'applaudit d'une guérison si rapide ; mais, vers le quatrième jour, les malades éprouvent un peu de douleur, et d'agitation ; le pourtour de la cicatrice se tuméfie, devient flexible au toucher, et revêt une teinte érysipélateuse.

Il suffit quelquefois, pour enrayer les accidents, de déchirer une partie de la cicatrice et de donner issue au pus fétide et sanieux qui remplit le foyer ; mais d'autres fois aussi, il est déjà trop tard : la cicatrice se déchire, l'érysipèle progresse lentement d'abord, puis bientôt atteint des proportions telles que la vie du malade peut être sérieusement compromise.

Dans certains cas plus graves encore, ce n'est pas seulement un érysipèle qui se développe, mais un véritable phlegmon diffus, ou bien même des accidents gangréneux qui emportent les malades en quelques jours.

En regard de ces inconvénients, la méthode de pansement par occlusion complète offre bien quelques avantages. C'est ainsi que, sous son influence, on obtient quelquefois une réunion rapide et sans suppuration ; que la cicatrice presque linéaire est exempte de difformités; mais ce ne sont là que des avantages de second ordre qui sont loin de contre-balancer les inconvénients graves dont nous avons parlé ; aussi n'hésitons-nous pas à proscrire cette méthode de pansement, après l'extirpation des tumeurs de l'aisselle, et même après l'amputation simple de la mamelle, pour peu que la plaie présente des anfractuosités.

Ce n'est donc que dans les cas exceptionnellement favorables qu'on pourra y avoir recours, et toujours en ayant soin de surveiller attentivement la marche de la cicatrisation.

Les moyens qu'on emploie pour ce mode de pansement sont : les bandelettes de diachylon, la suture et les serre-fines.

A. Bandelettes de diachylon. — Lorsque l'on se propose de réunir, à l'aide du diachylon, une plaie résultant de l'amputation du sein, il faut se munir de bandelettes de sparadrap, larges de 2 à 3 centimètres, et suffisamment longues pour entourer le thorax dans toute sa circonférence. Après avoir détergé la plaie, on en rapproche exactement les bords, et pendant qu'un aide les maintient en contact, on applique une première bandelette en commençant vers le milieu de la solution de continuité, puis l'on continue successivement cette application jusqu'à ce que la plaie soit entièrement recouverte. On place ensuite un linge troué, graissé de cérat, des gâteaux de charpie en quantité suffisante, des compresses de linge, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage de corps modérément serré. Ce pansement est à la fois unissant et compressif.

B. Sutures. — Qand les lèvres de la plaie ont peu d'épaisseur et beaucoup de mobilité, la suture peut avoir des avantages. Elle maintient plus efficacement le contact des parties, mais aussi elle n'exerce point d'action compressive, et par conséquent expose à l'accumulation des liquides dans l'intérieur du foyer traumatique.

C. Serre-fines. — Les serre-fines peuvent aussi trouver leur application quand la peau, privée de tissu cellulaire, est molle et facile à pincer; elles ont même, dans ces circonstances, l'avantage de procurer une agglutination beaucoup plus rapide que tout autre moyen de réunion. Douze ou vingt-quatre heures sont ordinairement suffisantes pour obtenir ce résultat ; quand on emploie les sutures ou les serre-fines, on doit en général se dispenser de tout autre appareil, et se contenter de recouvrir les parties de quelques compresses mouillées.

Pansements consécutifs. — Avec les serre-fines, les pansements consécutifs sont extrêmement simples. Dès le lendemain on peut les enlever, et la réunion est opérée, pourvu toutefois qu'aucun tiraillement ne soit exercé sur les lèvres de la plaie.

Les sutures peuvent rester en place plus longtemps, trois ou quatre jours environ, parce qu'elles n'exposent pas autant que les serre-fines à l'ulcération des parties sur lesquelles on les applique, et qu'en général on les emploie dans des circonstances où la réunion est un peu plus difficile.

Lors enfin du pansement par les bandelettes de diachylon, on doit renouveler chaque jour les pièces extérieures du pansement, mais on ne changera les bandelettes que vers le sixième jour, à moins d'indications spéciales, telles : une hémorrhagie, un commencement d'érysipèle ou de phlegmon, un gonflement douloureux des lèvres de la plaie.

2° *Pansement par occlusion incomplète.* Ce mode de pansement consiste à rapprocher les lèvres de la plaie, en ménageant toutefois, dans leur intervalle, une ou plusieurs issues pour l'écoulement des liquides. Il a pour avantage de hâter la cicatrisation, sans exposer, autant que la précédente méthode, aux accidents qui résultent de la rétention des matières putrides. Appliqué aux amputations simples de la glande mammaire, il est d'une utilité incontestable; mais il n'est pas encore sans danger dans les plaies anfractueuses et profondes qui résultent de l'extirpation des ganglions de l'aisselle, à cause de la facilité avec laquelle l'inflammation se propage dans le tissu cellulaire lâche de cette région, quand le moindre obstacle s'oppose au libre écoulement des liquides.

Les moyens d'union que nous avons indiqués pour l'occlusion complète trouvent encore ici leur application, en ayant soin seulement, de les disposer de manière à laisser entre les lèvres de la plaie des intervalles susceptibles de donner issue aux liquides.

3° *Pansement simple.* — Le pansement simple, ou pansement à plat, consiste à recouvrir simplement les plaies avec de la charpie, des compresses et un bandage contentifs, sans exercer sur les lèvres de la solution de continuité aucune manœuvre pour en opérer le rapprochement.

Ce mode de pansement a l'avantage d'empêcher, plus efficacement qu'aucun autre, les hémorrhagies capillaires ou même celles que peuvent fournir les vaisseaux de second ordre dont on aurait omis la ligature. Il met complétement à l'abri de l'accumulation des liquides, de leur putréfaction et des accidents qui en sont la conséquence; mais, d'un autre côté, comme il laisse la plaie complétement béante, il rend la cicatrisation moins rapide. Cet inconvénient fait que, malgré les avantages qu'il présente, on lui préfère en général la méthode d'occlusion incomplète, après l'amputation de la glande mammaire seule. Lors, au contraire, que le chirurgien a dû pénétrer profondément dans le creux de l'aisselle, le pansement simple a sur tous les autres des avantages considérables.

Autoplastie. — Quelques chirurgiens ont proposé de recouvrir la plaie résultant de l'amputation du sein, au moyen d'un lambeau emprunté aux parties voisines, afin, disent-ils, d'obtenir une cicatrice moins difforme et surtout d'éviter la récidive.

Le premier motif est d'un intérêt par trop minime, pour autoriser une opération aussi grave qu'une dissection de larges lambeaux, au voisinage d'une plaie déjà fort étendue; quant au second, il n'est malheureusement basé ni sur la théorie ni sur l'expérience: aussi cette pratique n'a-t-elle réellement pas trouvé un seul partisan parmi les chirurgiens sérieux; quelques faits isolés ont bien été produits par des noms respectables; mais, chose remarquable, ces faits annoncés pompeusement n'ont pas même convaincu leurs auteurs, car ils sont restés entre leurs mains à l'état d'expérience, et nous savons pertinemment que, dans leur pratique habituelle, les chirurgiens, plus sages que leurs écrits, se gardent bien d'employer la méthode qu'ils ont préconisée.

Dr Alexis Favrot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Études sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et les nos 1, 2 3, 4 et 9 du tome 2.*)

Osmazome. — Bouillon. — Une autre question présente le plus grand intérêt.

Le bouillon de viande, dont l'usage est si enraciné dans les habitudes, qu'on prescrit comme l'un des aliments les plus faciles à digérer et les plus nutritifs, est-il simplement alimentaire ou a-t-il les qualités directement assimilables d'un nutriment?

C'est une grande question, comme on voit; voici comment je fus amené à chercher à la résoudre:

Cette année, le docteur Voillemier ayant présenté à la Société de chirurgie (1) un mémoire sur les injections alimentaires poussées directement dans les intestins chez des malades affectés d'anus contre-nature, le rapporteur, M. Lenoir, appuya malgré tout cette pratique.

Le docteur Chassaignac rappela que les recherches de M. Voillemier remontent à une époque assez avancée, que depuis lors de nombreux travaux ont été faits sur la digestion; que les recherches modernes montrent que les substances alimentaires ont besoin, pour être assimilées, de subir certaines actions; et que dès lors, il y aurait peut-être beaucoup à changer, quant au choix de matières à injecter, telles que le propose M. Voillemier.

Le professeur Larrey venait, en effet, de proposer l'emploi, suivant moi fort ingénieux, de ma méthode, dans les cas où l'alimentation des malades par les injections de bouillons ou d'autres liquides nutritifs ne s'effectueraient pas d'une manière assez réparatrice.

M. Lenoir répondit qu'il ne voyait pas quelle pourrait être la valeur de cette méthode, comme moyen d'augmenter les facultés nutritives.

La résistance de M. Lenoir, les succès de M. Voillemier, m'engagèrent à rechercher leur raison d'être.

J'allai droit à l'expérience, j'injectai du bouillon dans les veines, pour juger s'il était alimentaire ou nutrimentaire, c'est-à-dire, si le principe digestif pouvait ou non augmenter ses facultés nutritives.

Mais, suivant l'habitude de mes expériences, je voulus mettre le bouillon à même de montrer facilement et complétement sa qualité nutrimentaire, s'il en avait, en injectant le meilleur bouillon possible, ou si l'on veut, le meilleur extrait de viande.

C'est ainsi qu'au lieu de faire le bouillon en quelques heures, je fis bouillir dans 250 grammes d'eau, pendant trente heures de suite et sans interruption, 50 grammes de viande, hachée, dépouillée mécaniquement de graisse et de tissu cellulaire; et que je n'injectai que 40 centigrammes de l'extrait évalué sec et dissous dans 30 grammes d'eau, en sorte que cette solution était dans les meilleures conditions possibles pour ne point passer dans les urines.

L'injection fut faite, à la température du corps, à un lapin à jeun et bien portant, qui ne perdit pas 5 grammes de sang par l'opération. Cette injection fut faite, en un mot, dans les meilleures conditions.

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 6 heures après.	URINES 12 heures après.	URINES avant.
Solution de noix de galle.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Rien.
Chlorure de zinc.	Précipité.	Trouble.	Trouble.	Rien.
Bichlorure de platine. . .	Précipité.	Rien.	Rien.	Rien.

Cette expérience avec peu d'extrait mettait hors de doute qu'une partie notable de l'extrait passait parfaitement dans

(1) Séance du 27 avril 1853.

l'urine, jusqu'à ce que l'économie s'en fût débarrassée, à la manière des substances qui ne sont qu'alimentaires (réactions de la noix de galle, du chlorure de zinc).

Mais aussi elle mettait hors de doute qu'il existait dans cet extrait une matière qui avait quelque chose du nutriment directement assimilable, puisque l'un des caractères de cette substance avait disparu (précipitation par le chlorure de platine).

Quel rapport y avait-il entre la qualité nutrimentaire de l'extrait fourni par la fibrine et celle de l'extrait fourni par la viande?

Il fallait, pour cela, injecter une quantité de l'extrait de viande, pareille à celle qui venait de la fibrine dans les expériences citées plus haut.

J'ajoutai donc 30 grammes d'eau contenant 1 gramme d'extrait de viande évalué sec et venu par l'ébullition durant 40 heures, de 100 grammes de viande dans 250 grammes d'eau :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 2 heures après.	URINES AVANT.
Noix de galle.	Précipité fort.	Précipité fort.	Rien.
Sulfate d'alumine.	Précipité.	Trouble.	Rien.
Chlorure de zinc.	Trouble.	Trouble.	Rien.
Chlorure de platine. . . .	Précipité fort.	Précipité.	Rien.

Cette expérience confirma la précédente, tout en montrant que la matière précipitable par le chlorure de platine, quoique nutrimentaire, ne l'était pas complétement, et qu'au delà d'une certaine dose, elle cessait de pouvoir être assimilée.

Dans une autre expérience, j'injectai 75 centigrammes de ce même extrait. On verra que, dans chacune de ces expériences, l'urine a été examinée à des époques diversement éloignées de celle de l'injection :

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES 5 heures après.	URINES 16 h. après.	URINES AVANT.
Noix de galle	Précipité.	Trouble fort.	Nubécule.	Nubécule.
Chlorure de zinc. . .	Précipité.	Trouble.	Rien.	Rien.
Sulfate d'alumine.. .	Précipité.	Trouble léger.	Rien.	Rien.
Chlorure de platine.	Précipité.	Nuage.	Rien.	Rien.

Les urines, comme on le voit, recevaient quelque chose de non nutrimentaire, et ce passage avait lieu rapidement, car à la sixième heure, l'élimination par les urines avait presque cessé, sinon complétement : mais toujours les réactions franches du chlorure de platine étant nulles ou faibles dans les urines, montraient bien que quelque chose était bien assimilé, nutrimentaire, au moins en partie.

Mais, relativement à cette remarque, deux hypothèses étaient à faire.

A. Ou bien dans l'extrait injecté il y avait deux substances : 1° l'une précipitable par la noix de galle et non par le chlorure de platine et qui n'était qu'alimentaire ; 2° l'autre précipitable par le chlorure de platine et qui était un nutriment (injecté à faible dose).

B. Ou bien tout l'extrait précipitait par le chlorure de platine ; seulement, il subissait dans l'économie un commencement d'assimilation, d'où résultait pour lui la perte de la propriété d'être précipité par le chlorure de platine lors de son passage dans les urines.

Un moyen se présentait pour se décider pour l'une ou l'autre de ces hypothèses ; c'était de décomposer cet extrait comme a fait Berzélius.

Berzélius a en effet décomposé l'osmazome ou extrait de viande en le desséchant; puis le traitant successivement par l'alcool absolu, puis l'alcool aqueux, puis l'eau, de manière à enlever séparément les diverses substances solubles dans chacune de ces menstrues.

Je fis bouillir dans un litre d'eau, pendant quarante heures, 500 grammes de viande dépouillée, autant que possible et mécaniquement, de graisse et de tissu cellulaire; puis ayant filtré le liquide qui en résulta, je le fis sécher complétement et je divisai la matière. Je traitai d'abord par de l'alcool à 40°, pendant six heures; je filtrai et j'évaporai l'alcool; puis je fis dissoudre le résidu dans l'eau. Je repris, avec de l'alcool à 36°, ce qui avait échappé à l'alcool à 40°, et je fis la même opération. Une troisième fois, je fis dissoudre ce qui avait échappé à ces deux traitements dans un mélange de moitié eau, moitié alcool à 36°. Ce qui échappa à ce troisième traitement fut dissous dans l'eau pure.

J'obtins ainsi quatre solutions aqueuses qui toutes étaient presque neutres, tandis que le liquide primitif était notablement acide ; et je les essayai :

RÉACTIFS.	TRAITEMENT			
	Par l'alcool à 40°.	Par l'alcool à 36°.	Par l'eau alcoolisée.	Par l'eau pure.
Chlorure de platine.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Sulfate d'alumine. .	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Noix de galle. . . .	Rien.	Rien.	Trouble beaucoup.	Précipité.
Chlorure d'étain. . .	Trouble.	Trouble.	Précipité.	Précipité.

On voit que toutes précipitent par le chlorure de platine ; or, la première hypothèse se fondant sur ce qu'une partie de l'extrait ne précipitait pas par le chlorure de platine, je dois l'abandonner, à moins, toutefois, que les progrès de la chimie ne permettent d'établir, d'une manière formelle, qu'il est naturellement dans cet extruit une substance qui ne précipite point par le bichlorure de platine, et que je n'ai pu isoler.

Mais aussi cette expérience ne démontre point, d'une manière indubitable, que cette première hypothèse soit fausse.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir légitimement conclure de ces expériences :

1° Que le bouillon, l'osmazome ou l'extrait de viande sont plus que des aliments bruts, mais ne sont pas encore des nutriments parfaits ;

2° Qu'ils fournissent quelque chose de meilleur, pour l'alimentation, que l'extrait obtenu de la décoction de la fibrine pure, qui, elle, est aussi plus qu'aliment brut, mais n'est pas non plus nutriment parfait ;

3° Que ce serait un progrès réel, désirable pour les malades auxquels il a été fait allusion, que de ne point s'obstiner aux seules injections alimentaires, et d'adopter, soit isolément, soit concurremment avec elles, la méthode nutrimentaire proposée pour ces cas par le professeur H. Larrey.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos 7, 8 et 9 du tome 2.*)

Étiologie. — L'étude étiologique de la paraplégie idiopathique offre un très-grand intérêt; aussi chercherons-nous à la poursuivre avec toute la rigueur que nos observations nous permettent d'y mettre. Les divers genres qui constituent cette classe sont représentés par 23 observations.

Sous le rapport du sexe, voici ce que nous trouvons : dix fois la maladie a frappé de toutes jeunes filles, des demoiselles ou des femmes, dont sept pour la paraplégie hystérique, une pour la paraplégie consécutive à la fièvre typhoïde, et deux pour la paraplégie des enfants.

Dans les 13 autres observations, il s'agit d'adultes ou d'hommes mûrs.

D'où il résulte que, quand la paraplégie est liée à l'hystérie, on ne l'observe que sur la femme; quand elle atteint de jeunes

enfants, elle est pour les jeunes filles, par rapport aux garçons, :: 2 : 1, sans pouvoir donner une raison de cela. Pour la paraplégie qui accompagne la fièvre typhoïde, elle frapperait, d'après nos faits, les femmes dans la proportion de 1 sur 7; mais notre pratique, roulant plus sur les hommes que sur les personnes du sexe, elle n'a absolument aucune valeur. Nous en dirons autant pour la paraplégie par suite de refroidissement, qui a porté sur quatre hommes dans nos observations.

Cependant, ici, la vie de l'homme livré à des travaux manuels des champs ou autres, semble rendre plus fréquente chez lui cette paraplégie, en raison des vicissitudes atmosphériques qu'il est appelé, plus que la femme, à affronter. La paraplégie saturnine n'atteint guère que les hommes, parce que eux seuls se livrent généralement aux manipulations du plomb. Dans notre observation, il s'agit en effet d'un homme; il en est de même pour l'observation unique que cite M. Tanquerel-Desplanches dans son livre.

Sous le rapport de l'âge, nous trouvons que la paraplégie idiopathique a frappé trois fois des enfants de 15 à 18 mois; elle s'est présentée neuf fois de l'âge de 17 ans à celui de 25; c'est là, sans doute, l'époque où elle se montre avec le plus de fréquence, et cela se justifie par l'hystérie qui atteint plus particulièrement les filles et les jeunes femmes, et la fièvre typhoïde qui est plus fréquente également dans cette période de la vie.

De 25 à 35 ans, nous la constatons cinq fois; de 35 à 45, six fois. Nous ne l'observons plus, passé l'âge de 45 ans.

Il semblerait donc résulter de tous ces chiffres, que cette paraplégie, assez fréquente dans le bas âge, a son maximum de fréquence de 17 à 25 ans; qu'elle diminue un peu de 25 à 35, pour augmenter encore de 35 à 45 ans, et que, passé cet âge, on ne l'observe plus.

Sous le rapport de l'âge et du sexe, nous ne donnons l'étiologie que pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire comme exprimant le résultat de la pratique particulière d'un homme, qui peut se trouver en opposition complète avec celle d'autres observateurs.

Nous voyons que, sept fois sur 23, l'hystérie semble être la cause prédisposante et souvent déterminante de la paraplégie; que la fièvre typhoïde joue le même rôle à son égard, et dans la même proportion; que les accès pernicieux de fièvre paludéenne la suscitent une fois sur 23. Nous notons, à l'époque de la première dentition, deux fois les convulsions essentielles comme point de départ de la maladie, et une fois les attaques répétées d'éclampsie comme cause immédiate. Quatre fois sur 23, c'est un refroidissement prolongé, ou répété des extrémités inférieures qui lui donne naissance; une fois sur 23, enfin, elle résulte de l'intoxication saturnine.

La constitution a été notée dans seize cas; il en résulte que, neuf fois, elle a été trouvée au-dessus de la moyenne, et une fois dans les mêmes conditions que primitivement, elle se trouvait détériorée; quatre fois elle a été indiquée comme moyenne, et deux fois comme au-dessous de la moyenne.

S'il fallait tenir un compte rigoureux de ces données, il s'ensuivrait que la paraplégie essentielle affecte plus particulièrement les constitutions bonnes ou fortes, moins les constitutions moyennes et peu les constitutions faibles.

Le tempérament n'a été noté que dans treize cas, et nous trouvons : tempérament éminemment nerveux, un; nerveux-sanguin, quatre; nerveux-lymphatique, trois; tempérament lymphatique, un; lymphatique sanguin, trois; bilieux-sanguin, un. Le tempérament nerveux, associé ou non à d'autres, prédominant, est évidemment celui qui se trouve le plus souvent en cause, puisqu'il est dans la proportion de huit sur treize.

Si nous voulons maintenant nous arrêter un instant sur les antécédents qui semblent avoir eu une influence plus ou moins éloignée sur l'apparition de la paraplégie, en dehors des causes que nous avons déjà énumérées, voici ce que nous trouvons pour nos vingt-trois cas.

Dans un cas (1[re] *obs.*), il y avait eu existence antérieure de fièvre cérébrale avec délire;

Dans un autre cas (2[e] *obs.*), il y avait eu avortement et métro-péritonite consécutive;

Dans un troisième (3[e] *obs.*), attaque d'éclampsie à la suite de la dernière couche et plus tard anasarque;

Une fois, anasarque à la suite d'une frayeur subite, et paraplégie dessinée après l'anasarque (4[e] *obs.*);

Deux fois, on trouve l'existence antérieure de la chlorose avec des troubles de la menstruation (5[e] et 7[e] *obs.*) et dans un autre cas sans qu'il y eût des signes positifs de chlorose, la menstruation avait toujours été irrégulière et peu abondante (6[e] *obs*);

Enfin, nous avons noté une fois une cachexie paludéenne préexistante (11[e] *obs.*).

Tout ce qui ressort de plus clair et de plus précis de tout ce que nous venons de relater au sujet de la paraplégie idiopathique, c'est qu'elle se montre plus fréquemment dans l'âge adulte et l'âge mûr, et qu'on ne l'observe plus au delà de 45 ans; que l'hystérie et la fièvre typhoïde sont les circonstances morbides sous lesquelles elle apparaît avec le plus de fréquence; qu'elle peut être le résultat immédiat de refroidissements prolongés ou répétés des extrémités inférieures; qu'elle peut être la conséquence de convulsions idiopathiques pendant la première dentition, d'attaques d'éclampsie, etc.; enfin qu'elle succède parfois, mais très-rarement, à l'intoxication saturnine prolongée ou répétée un grand nombre de fois, et que dans ce cas, elle ne se présente jamais qu'à la suite d'autres troubles nombreux et variés résultant de ce même empoisonnement.

Pronostic. — Le pronostic de la paraplégie idiopathique est facile à déduire si on s'en tient à toutes les circonstances que nous avons énumérées dans le cours de son histoire.

Et d'abord, remarquons que de tous les cas, c'est quand elle se montre à la suite de refroidissement des extrémités inférieures qu'elle est le moins tenace, quoiqu'elle arrive souvent à produire l'inertie absolue des membres. Cette circonstance devra donc, en dehors de toute complication, faire porter un pronostic favorable.

Quand elle résulte de l'hystérie, elle dure un temps sensiblement plus long, mais en revanche elle disparaît souvent d'elle-même, d'une manière brusque et spontanée, et, dans tous les cas, elle cède aux moyens dirigés rationnellement contre elle. Ici, les circonstances d'âge, de constitution, de tempérament, ne semblent, pas plus que dans les cas précédents, devoir établir la moindre différence. Reconnaître la paraplégie hystérique, c'est donc être mis en demeure de pouvoir porter un pronostic favorable.

Il en est absolument de même pour la paraplégie qui se lie ou succède à la fièvre typhoïde. Dans quelques cas graves, elle peut bien avoir une durée longue, mais c'est tout à fait exceptionnel, et s'il arrive parfois que son issue soit funeste, c'est tout à fait en dehors de son existence, et on ne peut l'attribuer qu'à une complication ou à la maladie fondamentale elle-même.

Le pronostic est autrement grave pour la paraplégie qui atteint les jeunes enfants; en effet, nonobstant sa ténacité remarquable, sa durée toujours longue, elle détermine quelquefois des déformations, des déviations irréparables dans les membres, qui, lors même que les sujets récupèrent la liberté de la marche et des mouvements, laissent des entraves pour l'exécution de la locomotion.

Quoique son issue se soit toujours présentée heureuse, à l'exception d'un cas où la mort a eu lieu par suite de pneumonie, elle n'en laisse pas moins de sérieuses craintes par sa tenacité. En tout cas, le médecin devra être réservé dans son pronostic quand il se trouvera en face d'une pareille paraplégie frappant les enfants en bas âge et dans les circonsatnces que nous avons signalées.

Quand la paraplégie se lie à l'intoxication saturnine, elle ajoute un accident de plus à ceux qui existaient déjà, et cet accident offre une somme de gravité suffisante pour nécessiter immédiatement une information de la part du médecin.

Au cas ultime de l'empoisonnement par le plomb, elle indique une profonde saturation de l'organisme par ce métal, révèle

donc un danger pressant sous un tout autre rapport que celui de la locomotion. Cette paraplégie nous paraît à juste titre, parmi celles que nous avons appelées essentielles, la plus grave, la plus dangereuse, et comme exprimant un péril imminent pour le sujet qui en est affecté, en raison de la détérioration profonde de tout l'organisme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherches sur l'action de l'huile essentielle d'oranges amères,

Par M. A. Imbert-Gourbeyre, *docteur en médecine, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de cette ville.*

Un de nos anciens internes des hôpitaux de Paris, qui a su conserver les bonnes traditions et qui continue en province à cultiver la science avec zèle et succès, M. le docteur Imbert-Gourbeyre, nous adresse le travail suivant où les physiologistes, les thérapeutistes et les toxicologues trouveront également des faits intéressants :

Les propriétés de la plupart des huiles essentielles, et leur action physiologique sur l'homme, sont en général fort peu connues : il en est de même de l'huile essentielle qui est si abondante dans les végétaux de la famille des orangers. Cette huile est pourtant d'un usage journalier dans un grand nombre de préparations pharmaceutiques : est-il besoin de nommer l'infusion de feuilles d'oranger, l'eau distillée de fleurs d'oranger elle-même, dont l'action gît tout entière dans le principe volatil que nous allons étudier? Baglivi aurait encore raison de répéter aujourd'hui ce qu'il dit quelque part dans son livre *De fibra motrice* : « *Multa adhuc latent in herbis ad citri naturam accidentibus.* »

Le travail que je publie a pour objet de décrire l'action de l'huile essentielle d'oranges amères sur l'homme à l'état sain. Je crois être le premier qui ait appelé l'attention sur les effets singuliers de cette substance sur l'économie animale. J'ai fait d'assez nombreuses recherches, et je n'ai trouvé aucun travail, aucune indication sur pareille matière. Peut-être intéresserai-je le public médical en lui offrant quelque chose de nouveau. Du reste, pour ce médicament comme pour beaucoup d'autres, les travaux toxicologiques sont assez rares ou très-incomplets. Certes, ce sera un grand titre de gloire pour M. Orfila d'avoir créé en France la toxicologie; et la donation magnifique qu'il vient de faire au corps médical, est un acte qui, à la fois, illustre l'homme et le savant, et couronne glorieusement une vie qu'on ne croyait point aussi près de s'éteindre ; mais c'est un nouveau service rendu à la science que d'avoir fixé d'avance lui-même aux concurrents pour le prix qu'il a fondé, la nature et la série des travaux à entreprendre. Ces études toxicologiques et cliniques sur des médicaments, tels que l'aconit, la jusquiame, la varaire, etc., sont destinées à agrandir singulièrement la sphère d'application de ces agents toxiques dans un grand nombre de maladies diverses. Elles auront peut-être aussi pour résultat de résoudre plusieurs problèmes qui agitent le monde médical, et de réduire à leur juste valeur les théories de quelques écoles germaniques et italiennes sur le mode d'action des médicaments.

Au mois de juillet dernier, en visitant un ouvrier malade, je trouvai sa femme occupée à peler de ces petites oranges qu'on appelle vulgairement *chinois*, et que les confiseurs de Clermont livrent au commerce tout saccharifiés. Je demandai à cette femme si ce genre d'ouvrage ne la fatiguait point, et elle me répondit que *ça la rendait malade*, que bien d'autres femmes occupées à ce genre de travail en étaient malades aussi, qu'il en était même qui avaient été obligées de le quitter par suite d'attaques qu'elles avaient eues.

Il n'en fallut pas davantage pour éveiller ma curiosité et provoquer de ma part un examen sérieux. Je me mis à l'œuvre, et depuis plusieurs mois j'ai visité assidûment les deux maisons qui dans notre ville confisent le chinois, les maisons Frelut et Quinette. J'ai examiné toutes les ouvrières *peleuses*, je leur ai fait raconter en détail tout ce qu'elles éprouvaient quand elles travaillaient aux chinois. Depuis la reprise des travaux en octobre, je les ai étudiées à l'œuvre pendant plusieurs mois et presque tous les jours; j'en ai même soigné pour les accidents qu'elles ont eus. J'ai recueilli avec soin toutes ces observations, et j'en donne aujourd'hui le résultat. Mais avant d'aborder cette partie expérimentale, je dirai un mot du commerce du chinois, de son mode de préparation, de son histoire naturelle et de l'analyse chimique de son huile essentielle.

Les chinois ne sont autre chose que de petites oranges grosses comme une noix; ce ne sont point, comme on le croit communément, des oranges ordinaires cueillies ou tombées avant maturité ; elles sont produites par un oranger particulier qui porte le nom de bigaradier chinois (*citrus vulgaris chinensis*, Risso). Les chinois nous arrivent de Marseille à Clermont dans des tonnes remplies d'eau de mer, ce qui les empêche de se gâter en route. Chaque tonne peut en contenir vingt mille environ.

Il se confit en France, année commune, de trois à quatre millions d'orangettes amères; Clermont figure pour la moitié environ dans cette fabrication ; le reste se confit à Lyon, Marseille, Avignon, Apt, etc. Cette branche de commerce a pris dans notre ville, depuis quelques années, une grande extension, grâce à l'activité intelligente des maisons Frelut et Quinette. Cette dernière maison en a fabriqué l'an dernier jusqu'à neuf cent mille, et M. Frelut en confira cette année-ci un million et demi environ.

La plupart de ces marchandises sont expédiées dans le Nord, et Paris en reçoit la plus grande partie.

Il n'y a qu'une quinzaine d'années environ qu'on a pris à Clermont l'habitude de peler le chinois; auparavant on le recevait tout *tourné* de Marseille. On l'a presque toujours pelé au couteau; mais depuis quatre ans, grâce au génie inventif de M. Frelut, beaucoup d'ouvrières emploient la mécanique. Cette mécanique très-simple n'est autre chose qu'un petit tour consistant en une petite pièce horizontale : à son extrémité gauche est fixée une double aiguille qui enfile l'orange, et à l'extrémité droite est ajustée une manivelle qui fait tourner la pièce. Un couteau de tour est appliqué sur l'orange, en même temps qu'on fait marcher la mécanique, et le chinois est véritablement tourné ou pelé. Au couteau, l'ouvrière la plus forte peut en peler à peine un mille dans sa journée; à la mécanique, elle peut en tourner jusqu'à quatre mille. Pendant cette opération, on voit se volatiliser dans l'air l'huile essentielle contenue dans l'écorce du chinois. Des gouttelettes coulent sur les doigts, et l'essence peut être absorbée par la peau elle-même ; mais c'est surtout par les voies aériennes que les ouvrières inhalent continuellement l'huile volatile qui va développer chez elles des accidents ou symptômes que nous indiquerons plus tard.

Les chinois répandent dans les chambres des ouvrières une odeur très-forte et très-suave. On y travaille habituellement pendant l'hiver, quelquefois pendant une grande partie de l'année, avec des interruptions de deux ou trois semaines, suivant la fréquence des arrivages.

Le chinois appartient au genre *citrus*, de la famille des aurantiacées, et c'est une des onze variétés de l'espèce *citrus vulgaris*, de Risso, ou bigaradier commun, espèce qui comprend les oranges amères.

Tandis que le cédratier (*citrus, medica, R.*) paraît être originaire de la Médie et de la Perse, l'oranger proprement dit (*citrus aurantium*), du Japon ou des îles de la mer Pacifique; le bigaradier des Indes-Orientales, le chinois, ainsi que l'indique son nom, paraît venir des forêts méridionales de la Chine, où il a été retrouvé. L'Europe est redevable à l'invasion arabe de l'introduction du bigaradier dans toutes les îles de la Méditerranée; le chinois ne paraît avoir été importé en Europe que dans les derniers siècles.

L'arbre qui donne la petite orange connue sous le nom de chinois, forme la neuvième variété de l'espèce bigaradier, de la

belle monographie de Risso (*Annales du Muséum*, t. 20). Voici la description qu'il en fait :

« 9e VARIÉTÉ. — Bigaradier chinois, *Citrus vulgaris Chi-« nensis.*

« *Citrus vulg. Chin., fructu parvo sphærico, medullâ « subacri et amarâ.* — Chinois, chinotto, chinet.

« La tige de cet arbrisseau est petite, scabreuse, couverte de « petites feuilles lancéolées situées sur de courts pétioles sans « ailes ; fleurs placées en thyrse le long des pédoncules ; fruits « petits, arrondis, mous, aplatis vers le pédicule, et concaves « au sommet, d'un jaune rougeâtre. Leur écorce est assez « épaisse, peu adhérente à la pulpe dont le suc est d'un goût « acide, un peu amer. On le culive dans tous nos jardins. »

Il existe un autre bigaradier chinois, à feuilles de myrte, *citrus vulgaris myrtifolia*. Ses fruits ont la couleur et le goût de ceux de la variété précédente ; mais ils sont plus petits. Cet arbrisseau est très-rare, et ce n'est pas de lui que viennent nos chinois.

Il se fait par an trois cueillettes de l'orangette amère. La première a lieu au mois d'août. Les orangettes sont ramassées avant qu'elles jaunissent, et celles qu'on expédie dans le Nord sont renfermées dans des tonnes pleines d'eau de mer.

On observe une grande analogie entre toutes les plantes de la famille des aurantiacées, et même dans les différents organes de ces arbres. Ils abondent en huile essentielle qui se trouve dans des réservoirs vésiculaires, dans l'écorce, les feuilles, le calice et la paroi épaisse des fruits (Soubeyran, *Traité de pharmacie*).

Si l'orange douce l'emporte sur l'amère pour l'usage alimentaire, elle lui cède le pas pour l'usage pharmaceutique dans ses feuilles, ses fleurs et ses fruits (Guibourt, *Abrégé des drogues simples*). C'est en effet l'espèce bigarade et ses variétés qui fournissent l'eau distillée et l'huile essentielle la plus estimée dans le commerce. La valeur des fleurs de la bigarade est double de celle des fleurs de l'oranger. C'est le bigaradier qui fournit l'écorce propre à faire le curaçao, le sirop d'écorces d'oranges amères et autres préparations pharmaceutiques.

Les fleurs du chinois distillées donnent une eau légère, d'une amertume agréable, qui a de l'analogie avec celle de l'orange et de la bigarade. Leur huile essentielle et limpide se dissout dans un alcool à 34°. Son odeur est moins piquante et plus suave que celle de la bigarade (Risso).

Les huiles essentielles du genre *citrus* se retirent en général par expression. Elles peuvent se conserver longtemps, surtout en teinture. Geoffroi rapporte avoir conservé pendant huit ans, sans altération, de l'huile volatile de citron qu'il avait préparée au moyen de l'alcool (Mérat et Delens, *Dict. universel de mat. méd.*).

Les analyses de tous les chimistes s'accordent à démontrer que les essences des diverses espèces du genre *citrus* ne paraissent pas différer entre elles quant à la constitution atomique, et qu'elles sont toutes représentées par $C^8 h^8$, formule de l'essence de citron. Elles varient même peu dans leur densité ; celle de la bigarade est de 0,855. La composition de ces essences est la même que celle de l'essence de térébenthine qui, à l'état de vapeur, présente, comme l'huile de citron, 4,77 de densité. L'essence de térébenthine plusieurs fois distillée est jaunâtre. Son odeur plus suave se rapproche beaucoup de celle du citron; aussi l'emploie-t-on pour falsifier d'autres huiles essentielles. Ces deux essences ne diffèrent qu'au point de vue de la formation de leurs camphres artificiels sous l'influence de l'acide hydrochlorique ; car ces deux camphres solides et liquides n'ont point la même composition, ni la même action sur la lumière polarisée (Pelouse, *Cours de chimie*, t. 3). — Si j'insiste sur ces détails chimiques, c'est que l'action toxique de l'huile essentielle d'oranges amères a quelques rapports avec celle du camphre ; or, cette huile, comme beaucoup d'autres, produit un camphre artificiel, sous l'influence de l'acide hydrochlorique. Cette présence du camphre dans cette huile volatile peut faire peut-être conclure *à priori* à son analogie d'action avec le camphre lui-même, analogie que j'espère démontrer à l'aide de mes observations et de faits bien connus dans la science.

Après avoir traité de l'histoire commerciale, naturelle et chimique du chinois, je vais étudier son histoire pathogénétique, ou en d'autres termes, son action sur l'économie animale à l'état sain. Mon travail repose sur 41 observations. J'ai examiné toutes les ouvrières qui sont, depuis quinze ans, occupées à peler le chinois à Clermont. — Sur 41 individus qui ont travaillé plus ou moins longtemps au chinois, il en est 12 qui n'ont absolument rien ressenti. Il nous reste donc 29 observations, dans lesquelles des effets positifs ont été constatés. — Je vais citer les plus importantes :

1re *Observation.* — La femme Lebœuf, âgée de 47 ans, demeurant rue du Passeport, 10, a travaillé aux chinois pendant huit ans, a cessé depuis deux hivers. En 1850, elle fut plus particulièrement fatiguée ; elle eut deux attaques graves qui l'ont obligée de renoncer à ce travail ; mais avant cette époque même, elle avait toujours ressenti l'influence des chinois ; elle n'y avait jamais travaillé sans être plus ou moins incommodée, et alors elle éprouvait les phénomènes suivants :

Étourdissements, affaiblissement de la vue ; pyrosis, nausées accompagnant céphalalgie ; dès qu'elle travaillait aux chinois, elle ne pouvait plus dormir, était agitée ; crampes et démangeaisons générales ; quelquefois éruptions de boutons par tout le corps, boutons rouges, gros comme de petites têtes d'épingles, ne suppurant pas, mais saignant dès qu'elle se grattait. Outre ces boutons, elle avait souvent des plaques rouges, grandes comme des pièces de vingt sols ; grande fatigue dans tous les membres, plus grande dans les bras. Une fois la main gauche vint à s'enfler. Cette enflure, accompagnée de démangeaison, dura quinze jours et ne disparut qu'en interrompant le travail. Elle éprouvait une telle vivacité dans les membres, qu'une fois à l'ouvrage elle travaillait pour ainsi dire d'une manière irrésistible, avait très-souvent des tiraillements et des pandiculations.

A la reprises des travaux, fin 1849, malgré sa vive répugnance, elle parut la première à l'atelier ; dès les premiers jours ne pouvait dormir, et avait grande envie de quitter. Le mal ne fit qu'empirer. Aussitôt qu'elle entrait dans la chambre de travail, elle était prise de suffocations et de sueurs ; il fallait ouvrir les fenêtres ; en même temps nausées et démangeaisons. Quinze jours avant ses attaques, elle éprouvait à la figure, du côté gauche, des convulsions épileptiformes semblables à celles que les enfants ont souvent à la face. Ces convulsions duraient deux minutes environ et revenaient cinquante fois par jour. Enfin, se sentant plus malade, elle quitta l'ouvrage et resta chez elle. Deux jours après, elle ressentait une vivacité inaccoutumée. Occupée le matin à laver du linge, plus elle le lavait, plus elle voulait le laver, sans pouvoir s'arrêter. Elle est prise alors d'un tremblement général et elle tombe. Tout son corps était en convulsions, principalement le côté gauche de la figure, et ainsi que les épaules qui étaient fort agitées ; elle grattait des pieds, et bouleversait tout. Toutefois, elle ne perdit pas connaissance. Cette attaque dura un quart d'heure et elle resta courbaturée toute la journée. Le lendemain même attaque, en mettant les mains dans l'eau. C'était au commencement de décembre 1849 : elle resta tout l'hiver malade et ne sortit pas de quatre mois ; elle éprouvait une grande fatigue et une insomnie continuelle ; la moindre vivacité la rendait plus malade ; elle pleurait continuellement, et se croyait estropiée. Tiraillements fréquents dans les membres, besoin de les étirer ; souvent céphalalgie et chaleur abdominale. Depuis ce temps, elle n'a plus travaillé aux chinois ; tous les accidents ont disparu. Aujourd'hui encore, l'odeur seule du chinois l'impressionne et l'indispose.

2e *Observation.* — Femme Descotes, âgée de 35, rue Villeneuve, 32, travaille depuis plus de deux ans aux chinois ; il y a deux ans environ, elle fut obligée d'interrompre pendant quinze jours, tant elle souffrait de la tête, et me fit appeler. Depuis qu'elle travaille aux chinois, elle souffre toujours de la tête, et quand elle reprend son travail, son mal augmente ; elle souffre aussi beaucoup des dents ; elle en a vu sept à huit se carier et se briser très-facilement. Les douleurs s'étendent jusque dans la langue avec élancements et bourdonnements dans les oreilles. Quelquefois elle sentait au moment des douleurs des tiraillements dans la figure : *ça lui retirait le nez, ça sautait au-dessous des yeux*, et ses compagnes s'en apercevaient ; elle bâillait souvent sans pouvoir s'arrêter, était toujours près de se trouver mal, comme si quelque chose la suffoquait. Battements de cœur ; ça lui montait à la gorge, et ça l'étouffait ; quand elle reprenait le travail, le premier jour elle vomissait ou avait de grandes nausées ; en outre anorexie, et grande soif. Tous les soirs en rentrant à son domicile elle se plaignait d'être prise de la tête et de l'estomac ; frissonnait en se couchant, et dès qu'elle avait chaud, était très-agitée et se découvrait ; dormait peu, sautait et se réveillait en sursaut. Tiraillements dans les membres, surtout la nuit, ou à la moindre contrariété ; crampes dans les jambes ; pandicu-

lations. La première année, elle n'a rien eu aux mains; la seconde, la main gauche est devenue enflée, rouge, sans boutons ni démangeaisons. Elle n'en souffrait pas; il y avait seulement gêne dans les mouvements. Ne travaille pas aux chinois depuis cinq mois, éprouve toujours de la céphalalgie et de l'odontalgie, quoique à un degré moindre; dort bien maintenant. Accouchée le 26 février, avait quitté son travail six semaines auparavant. Accouchement laborieux; l'enfant est mort au bout de quatre jours avec des convulsions; *la figure lui tournait.* Cette femme a perdu déjà cinq enfants, mais jamais par convulsions. Si elle n'était pas pressée par le besoin, elle cesserait de travailler aux chinois.

3ᵉ *Observation.* — Femme Mège, fille de Marie Crouset, 27 ans, rue Villeneuve, travaille, depuis quatre ans, aux chinois. Les trois premières années, n'a rien ressenti, sinon un peu de céphalalgie, comme si elle avait été enivrée. A repris son travail en octobre 1851; pendant deux ou trois mois, n'y avait jamais autant travaillé. Accouchée en mars, son enfant a eu plus de trente fois des convulsions générales épileptiformes qui se répétaient jusqu'à dix fois par jour; il en est mort. Son fils aîné, âgé de 8 ans, n'a jamais eu de convulsions. Céphalalgie avec enivrement; douleur temporale, surtout du côté droit; souvent obligée de sortir pour prendre l'air; bourdonnements, bruit de cloches dans les oreilles. Toutes les dents lui font mal. Odontalgie à droite; la dernière fois qu'elle a travaillé, a été obligée de se mettre deux mouches d'opium qui l'ont soulagée. A eu deux fois de petites convulsions à la face; ses lèvres tremblaient; tiraillements dans la figure, ce qui n'a duré qu'une minute. Sensation d'étouffements, bâillements fréquents, irrésistibles. Fatigue des membres; tiraillements dans les bras, pandiculations; se met souvent les bras derrière le dos, en se tordant les mains. Avant-hier, a voulu reprendre son travail interrompu depuis un mois; n'a pu travailler que le matin; obligée de l'abandonner; ça l'étouffait; grande céphalalgie, tiraillements dans les membres, douleurs aux mâchoires. Ne veut plus travailler aux chinois.

4ᵉ *Observation.* — Veuve Mandon, âgée de 35 ans, place du Champgil. Ne travaille aux chinois que depuis le 20 septembre 1852. Au commencement a éprouvé quelques démangeaisons aux mains et aux avant-bras; apparition, çà et là, de quelques vésicules très-petites. Le 14 octobre, elle se plaint beaucoup de l'estomac; sensation de poids, de faiblesse; nausées, bâillements fréquents, défaillances, coliques et rots fréquents; douleur à la joue droite, bourdonnements dans les oreilles; figure souffrante et fatiguée. Elle est obligée d'interrompre pendant quelques jours, à la fin du mois, à raison de ses douleurs d'estomac. Le 13 novembre, au matin, elle est obligée de nouveau de quitter l'ouvrage; grandes douleurs d'estomac avec tiraillements, sensation d'écorchure. Cette crise dure deux heures. Elle a roté et baillé considérablement, a eu de la fièvre, et sue presque toujours. Elle ne peut pas dormir; grande agitation nocturne; n'a pas de tiraillements dans les membres. Depuis six semaines, souffre d'habitude à la joue droite. Cette ouvrière continue à travailler aux chinois, faute d'autre ouvrage; elle est toujours souffrante.

5ᵉ *Observation.* — Femme Andan, âgée de 52 ans, rue Sainte-Claire, n'a travaillé aux chinois qu'un seul hiver, il y a cinq ans. Pendant trois mois, ses mains et ses avant-bras enflaient, devenaient rouges et suintaient. Elle ne pouvait pas plier ses doigts; avait une telle démangeaison sur les doigts et la main, qu'elle ne pouvait pas dormir la nuit, et que ses enfants étaient obligés de se lever pour lui graisser les endroits souffrants, ce qui la soulageait. Il lui venait des croûtes, surtout entre les doigts, et à la partie interne de l'avant-bras par plaques. Pour se soulager dans ses démangeaisons, elle se tordait les mains et les bras. Le lobe de chaque oreille devint gros et rouge pendant huit jours. L'éruption dura tout l'hiver, et la malade ne fit que souffrir. L'année suivante, elle voulut travailler de nouveau: au bout de huit jours, la même éruption reparut. Elle consulta alors M. Hospital, et, sur son conseil, elle cessa entièrement ce genre d'ouvrage.

6ᵉ *Observation.* — Domestique N...., âgée de 42 ans, place de Jaude, a travaillé aux chinois depuis trois ans. La première année, n'a travaillé que six semaines, le soir, à la veillée; n'en a éprouvé que de la céphalalgie et des bourdonnements dans les oreilles. La deuxième année, n'y a travaillé que trois veillées; les doigts enflèrent, devinrent rouges; éruption de vésicules semblables à celles de la brûlure; il en sortait de l'eau claire; il y avait en outre une démangeaison excessive. La démangeaison avait lieu surtout à la main gauche, entre les deux derniers doigts, là où coulait surtout le jus des chinois. Il n'y avait presque rien à la main droite qui tenait le couteau; insomnie et agitation nocturnes. Cet hiver, n'y a travaillé que trois heures; elle a toujours beaucoup craint l'odeur des chinois. Ne veut plus y travailler.

7ᵉ *Observation.* — Femme Fournial, âgée de 52 ans, rue Saint-Dominique, 28, a travaillé aux chinois pendant huit ans. Avant d'y travailler, était sujette à des érysipèles périodiques très-fréquents; mais dès qu'elle a commencé, toute la face s'est enflée démesurément, si bien que les yeux en étaient bouchés; ce qui a duré huit ans. Elle a fait pour cela beaucoup de remèdes: saignées, sangsues, purgatifs, etc. Depuis quatre ans qu'elle ne travaille plus aux chinois, sa figure a beaucoup diminué; cependant le nez est encore très-gros, et les deux joues sont boursouflées, comme dans l'érysipèle chronique, ce qui la rend très-laide. — Pendant qu'elle travaillait aux chinois, elle éprouvait une grande agitation, la nuit ne pouvait pas dormir, sautait dans son lit, ressentait une très-grande chaleur, si bien qu'elle se levait pour laver à l'eau froide ses bras et ses jambes. Loin de sentir le froid en hiver, elle ne pouvait pas supporter le feu; cette chaleur brûlante était son plus grand mal. Odontalgies fréquentes; elle a fait arracher presque toutes ses dents. Ses nerfs étaient tellement agités, qu'en travaillant elle faisait mal son ouvrage; elle éprouvait des sauts, des secousses, des tiraillements dans les membres. Souvent elle avait des tiraillements à la face, comme si elle avait eu des attaques (convulsions épileptiformes de la face). Elle avait souvent des bâillements irrésistibles, durant un quart d'heure, si bien que les joues lui en faisaient mal. A fini par ne plus vouloir travailler aux chinois. (*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Furoncles. — Emploi de l'alcool concentré,

Par M. Nélaton.

Ce professeur regarde l'alcool concentré comme l'un des plus puissants résolutifs que possède la médecine. Il le met en usage dans beaucoup de circonstances, et notamment dans le but de faire avorter les furoncles. Il emploie ce moyen de la manière suivante: quand les furoncles apparaissent et commencent à s'enflammer, on applique sur les parties qui en sont atteintes un linge trempé dans de l'alcool concentré marquant 40°. Il faut avoir le soin de recouvrir exactement avec la compresse toutes les parties où apparaissent les furoncles, en ayant le soin de la mouiller assez fréquemment pour maintenir la partie humide et donner lieu à une évaporation constante à sa surface. M. Nélaton assure que, par ce moyen, on obtient toujours l'avortement des furoncles. (*Revue thérap. du Midi.*)

Empoisonnement par l'aconit. — Emploi des toniques et de l'opium. — Guérison.

Le fait suivant est bon à connaître, parce qu'il indique d'une manière assez sûre la conduite à suivre dans les cas d'empoisonnement de ce genre. Il s'agit d'une malade qui avait avalé une petite cuillerée à café de teinture saturée d'aconit. Ne se doutant pas du danger qu'elle courait, elle se borna à prendre un paquet de poudre de Sedlitz. Quinze minutes après l'ingestion du poison, elle se plaignit de nausées et d'une douleur brûlante à la région de l'estomac. Immédiatement après, on lui administra de l'ipécacuanha, qui la fit vomir abondamment. La peau était froide, le pouls à 100, faible, régulier, les doigts spasmodiquement étendus; convulsions répétées de tout le corps, mais de courte durée; pas de trouble de l'intelligence. Frictions continuelles avec l'ammoniaque, la moutarde, etc.; décoction d'arrow-root, et, de temps en temps, de l'eau-de-vie coupée d'eau, de l'esprit d'éther sulfurique. Trois heures après, elle continuait à se plaindre d'une douleur brûlante dans l'estomac et dans l'intestin, d'une douleur dans la gorge, dans la poitrine et vers la partie inférieure de la colonne vertébrale. Nausées et crachottements presque continuels, respiration spasmodique, pouls faible à 120, intermittent toutes les deux pulsations. Elle venait d'avoir une convulsion générale qui avait duré 5 minutes, et il y avait fréquemment de légers mouvements spasmodiques de diverses parties, des doigts en particulier; pupilles dilatées, mais se contractant par l'exposition à une forte lumière. L'intelligence était nette. Teinture d'opium, 20 gouttes de temps en temps. Dès que la malade eut pris du laudanum, elle se trouva beaucoup mieux; les spasmes et les autres symptômes se calmèrent. Bref, en quelques heures, tout paraissait rentré dans l'ordre, et le lendemain, il ne restait aucune trace de cet accident. (*American Journal of med.*, 1853, et *Bull. gen. de thér.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 11. 2e année. Jeudi 26 Janvier 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 25 Janvier 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La majorité des Français ne se doute probablement pas, à l'heure qu'il est, que M. Requin puisse pécher par excès de précision ; c'est un fait que l'honorable orateur s'est cru obligé de prouver hier. Deux des sections de l'Académie, celles d'anatomie pathologique et de pharmacie, sont deux fois incomplètes, c'est-à-dire que le nombre de leurs membres est inférieur de deux au nombre réglementaire. Mais comme la première section doit être composée de 7 membres et la seconde de 10, M. Requin a jugé utile de faire observer qu'une perte de 2 sur 7 est plus grande qu'une perte de 2 sur 10, et il a même poussé le scrupule jusqu'à indiquer la différence, laquelle est de 3/35, ce qui a prouvé à l'Académie que les connaissances mathématiques de M. Requin vont au moins jusqu'à la règle de soustraction des nombres fractionnaires, et que la section d'anatomie pathologique a perdu les 10/35 de son personnel, tandis que la section de pharmacie n'en a perdu que les 7/35. A cette première considération, l'honorable rapporteur ayant ajouté, que la *politique de l'Académie* devait être de s'associer avant tout les illustrations scientifiques, il a conclu que la vacance devait être déclarée dans la section d'anatomie pathologique. Nous n'oserions garantir que l'Académie se soit associée aux considérations mathématiques et politiques de M. Requin, mais elle a adopté les conclusions du rapport, et en cela elle a bien fait, car ce qui manque le plus en ce moment à l'Académie, ce sont les anatomo-pathologistes dont la section est *activement* réduite à MM. Requin et E. Gaulthier de Claubry.

Ceux de nos lecteurs qui se rappellent les compte rendus cliniques que nous avons publiés depuis deux ans, savent qu'à diverses reprises nous avons publié des observations qui tendaient à prouver les bons effets des inspirations de vapeurs d'iode, dans le traitement de la phthisie ; mais ils savent aussi les difficultés que présente l'administration de ce médicament. Un élève de M. Piorry, M. Chartroule, avait d'abord imaginé de composer des cigarettes d'iode contenant une quantité déterminée de ce métalloïde ; mais cette préparation, qui était déjà une amélioration sur les procédés employés, ne pouvait encore remplir la condition essentielle de toute bonne médication, celle de pouvoir doser rigoureusement les agents qui la constituent. C'est là ce que M. Chartroule a fait, par la construction d'un appareil ingénieux qui permet de peser exactement la quantité d'iode qu'on fait respirer aux malades. M. Chartroule a ainsi réalisé, pour les vapeurs d'iode, ce que M. Gille a si heureusement réalisé pour l'iodure de fer.

C'est sur le traitement de la phthisie par cette nouvelle médication, et à l'occasion d'un mémoire présenté à ce sujet par M. Chartroule, que M. Piorry est venu lire un travail intéressant, fondé sur 33 observations prises dans le service du savant professeur, et sur un grand nombre d'autres recueillies, soit par M. Chartroule, soit par d'autres praticiens de la ville. D'après ces observations, la médication par les vapeurs d'iode produirait des résultats au moins aussi avantageux que ceux qu'on a obtenus à l'aide de l'iodure de fer.

L'avenir confirmera-t-il toutes les espérances que doivent faire naître les observations de MM. Chartroule et Piorry; c'est ce que nous saurons plus tard. Ce qui importe pour le moment, c'est que la médication nouvelle se présente avec des garanties suffisantes pour encourager les praticiens à y avoir recours ; or, les faits cités par MM. Piorry et Chartroule sont beaucoup plus que suffisants pour autoriser de nouvelles tentatives.

Après quelques observations de la part de divers membres de l'Académie, observations qui n'ont point porté sur le fond du travail de M. Piorry, l'Académie a entendu, pour clore la séance, une intéressante lecture de M. Devilliers, sur laquelle nous aurons à revenir.

N'oublions pas de mentionner en terminant, la confirmation par l'autorité supérieure des deux nominations d'associés libres, faites à huis-clos dans une précédente séance. M. le secrétaire perpétuel a donné lecture des deux décrets approbateurs avec une certaine emphase, qui avait l'apparence de trahir un certain sentiment de triomphe. Nous espérons que ce n'était que de l'apparence. C'est déjà un tort de sortir des règlements ; ce serait un tort plus grand que de s'en glorifier, parce qu'on prouverait ainsi qu'on se complaît dans la fausse voie où l'on est entré, et qu'on est décidé à la suivre. Or, dans une telle voie, le Capitole est près de la roche Tarpéienne, et ce serait se faire une grande illusion, de croire que l'autorité acceptera toujours de confiance les propositions que lui soumettra le bon plaisir des commissions.

H. de Castelnau.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les n*os *7, 8, 9 et 10 du tome 2.*)

Diagnostic différentiel de la paraplégie essentielle. — Quoique le diagnostic différentiel ne soit pas toujours facile, on pourra cependant arriver à l'établir d'une façon à peu près sûre, en tenant compte de toutes les circonstances.

Disons d'abord, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir ailleurs, qu'il existe, dans beaucoup de paraplégies idiopathiques, un caractère qu'on ne saurait jamais rencontrer dans celles qui résultent de l'inflammation de la moelle, savoir : d'apparaître, d'une façon toute soudaine et spontanée, et de disparaître de même, au moment où tous les traitements sont restés sans effet ; c'est là un caractère qu'on n'observe que dans les névroses.

Un second caractère qui a une valeur presque aussi grande, c'est que, tandis qu'il y a apyrexie complète dans la paraplégie idiopathique, il est rare qu'on ne rencontre pas de la fièvre, à un moment ou à l'autre, dans celle que suscite la myélite.

Si, dans quelques cas tout à fait exceptionnels, on voit survenir, dans la paraplégie idiopathique, une paralysie plus ou moins prononcée du rectum et de la vessie, dans celle qui suit la myélite, au contraire, cette complication, ou plutôt cette extension de la paralysie, se manifeste dans la pluralité des cas.

Nous avons vu les modifications variées et bizarres éprouvées par la sensibilité, dans la paraplégie essentielle ; dans la paraplégie par myélite, la sensibilité éprouve des troubles beaucoup plus uniformes, et tellement précis qu'on peut dire quelle est la portion affectée de la moelle, d'après le siége et l'étendue de ces troubles. En général, la sensibilité tactile s'émousse ou s'anéantit même complétement à la plante des pieds dans la myélite, à tel point que les malades n'ont plus la sensation des corps sur lesquels ils marchent ou s'appuyent ; si on observe un pareil phénomène dans la paraplégie idiopathique, c'est tout à fait exceptionnel.

Tandis que la paraplégie idiopathique frappe presque toujours d'emblée les deux membres inférieurs à la fois, et reste exactement limitée aux premiers points envahis, la paraplégie qui se lie à la myélite frappe souvent un membre, puis s'étend à l'autre, ou frappe les membres supérieurs, puis arrive aux membres inférieurs ; ou bien, débutant par les extrémités inférieures, elle gagne de bas en haut et finit par atteindre les membres thoraciques. Il est rare qu'elle reste exactement limitée, dans tout le cours de sa durée.

Dans la paraplégie idiopathique, il est excessivement rare d'observer des troubles autres que ceux de la locomotion et de la sensibilité des extrémités inférieures, excepté chez les hystériques où on observe assez souvent des attaques plus ou moins tranchées de cette névrose. Dans la paraplégie par myélite, au contraire, il est rare que les troubles restent fixés aux membres, et très-souvent les organes de la vie de nutrition participent aux perturbations fonctionnelles ; c'est ainsi qu'on voit souvent de la céphalalgie, de la dysphagie, de la dyspnée, des vomiturations, des palpitations, de la diarrhée ou de la constipation, des crampes douloureuses dans diverses portions du tube digestif, suivant les points de la moelle qui sont affectés.

Disons encore que, tandis que dans cette dernière, les malades éprouvent une constriction épigastrique ou hypogastrique, en forme de ceinture, on n'observe jamais ce phénomène dans la paraplégie idiopathique.

Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que, dans la myélite, ou au moins dans la myélite aiguë, les érections sont fréquentes ; quelques-uns même sont partis de ce fait pour attribuer à la moelle l'influence dominatrice sur les organes générateurs ; dans aucun cas, la paraplégie idiopathique ne nous a paru susciter un semblable phénomène.

En thèse générale, des picottements, des fourmillements douloureux, des agacements, des crampes, et quelquefois des convulsions, atteignent plus ou moins longtemps d'avance les membres qui doivent être paralysés dans la myélite ; ce ne sont pas, au contraire, ou du moins dans la majorité des cas, les avant-coureurs de la paraplégie idiopathique.

Tous les observateurs, à peu près, se sont accordés à dire que les douleurs spinales ne se présentent pas constamment dans la myélite. Nous croyons que c'est là le résultat d'une observation incomplète. D'une façon ou d'autre, ces douleurs ont été toujours trouvées par nous, même dans la myélite chronique. Mais acceptant même l'opinion de la majorité, et regardant ces douleurs comme propres seulement au plus grand nombre, nous dirons qu'elles font presque toujours complétement défaut dans la paraplégie essentielle ; quand elles se montrent, elles sont rhumales et siégent dans les couches musculaires, ou résultent d'une pression trop longtemps prolongée par suite de décubitus dorsal continué nombre de jours, comme dans la paraplégie qui suit la fièvre typhoïde.

Dans tous les cas de paraplégie essentielle qui se sont présentés à nous, nous avons mis en pratique, pour réveiller les douleurs spinales, les divers moyens d'exploration connus : pression avec les doigts sur les apophyses épineuses, percussion, attouchement avec une éponge imbibée d'eau chaude, et toujours les résultats ont été négatifs.

Enfin, disons que si les deux genres de paraplégie diffèrent l'un de l'autre par les points nombreux que nous venons de passer en revue, ils diffèrent aussi par leur tendance et leur terminaison ; car, tandis que l'une, la paraplégie par myélite, a une tendance à un accroissement continu, à l'aggravation progressive, à l'extension en étendue, et se termine le plus souvent d'une façon funeste ou reste au-dessus des ressources de l'art ; l'autre, relativement bénigne, arrive promptement à son summum, pour rester quelque temps stationnaire, et décroître ensuite ou disparaître brusquement ; son issue est toujours heureuse, ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'elle se montre tenace et persistante.

Traitement. — Pour tracer le traitement de la paraplégie idiopathique, nous allons, comme au sujet de sa symptomatologie, la considérer dans ses diverses formes étiologiques. Une foule de remèdes sont mis en usage dans la paraplégie hystérique ; les uns semblent tout à fait inutiles et causent même des souffrances préjudiciables aux malades : tels sont les vésicatoires, les cautères promenés sur la colonne vertébrale. Ces moyens ont été mis en pratique dans trois de nos observations (3e, 4e et 6e *obs.*). Dans aucun de ces cas, ils n'ont produit le moindre effet.

Les frictions irritantes à la peau, soit avec le baume opodeldoch, soit avec les teintures alcooliques de cantharides ou autres, pour être inoffensives dans leur emploi, ne répondent pas à l'attente qu'on s'en fait généralement. Dans presque toutes nos observations, elles ont été employées pendant un temps plus ou moins long et concurremment avec d'autres médications dans la plupart des cas. Dans deux seulement, elles semblent avoir concouru à l'amélioration (5e et 7e *obs.*), et cela nous suffit pour les recommander activement dans les mêmes circonstances.

Les purgatifs que l'on emploie parfois si fréquemment dans les autres paraplégies à titre de révulsion ou de dérivation sur le tube digestif, paraissent ici d'un effet tout à fait nul.

Dans deux cas ils ont été mis à contribution ; une fois on a eu recours aux drastiques (gomme-gutte) (3e *obs.*), une autre fois aux purgatifs salins (4e *obs.*). Dans ces deux cas, ils n'ont produit aucun effet appréciable sur la paraplégie.

Nous ne dirons pas la même chose des médicaments dits antispasmodiques. Leur emploi semble au contraire formellement indiqués, et les résultats qu'ils ont fournis commandent de les employer, même de prime abord.

Dans deux cas nous avons eu recours à ces médicaments. Dans l'un (5e *obs.*), ce sont l'assa fœtida portée jusqu'à la dose de 20 grammes en lavement, et le castoreum à l'intérieur, qui ont fait, avec les frictions irritantes à la peau, tous les frais du traitement, et la maladie a guéri au cinquante-cinquième jour de l'invasion.

Dans l'autre (6e *obs.*), l'assa-fœtida, le musc, l'éther sulfurique,

ont produit une très-grande amélioration sur une paraplégie d'un an de date et qui s'accompagnait d'incontinence d'urine et des fèces. L'usage de la strychnine est venu compléter ensuite la guérison.

Les bains simples ont paru dans un cas (1re *obs.*) produire quelques bons effets à titre de sédatifs du système nerveux; c'est, du reste, la seule fois qu'on les ait employés dans les 7 cas.

Les bains chargés de principes médicamentaux ont été employés dans deux cas. Dans l'un (2e *obs.*), la malade a fait usage de bains avec addition d'extrait de belladone; dans l'autre (6e *obs.*), c'est aux bains sulfureux qu'on a eu recours. Dans l'un et l'autre cas, ils ont paru susciter quelques modifications avantageuses, en sorte qu'on doit les recommander. L'opium, ce médicament si utile, si avantageux dans une foule de maladies, devait trouver son application naturelle dans la paraplégie hystérique.

Des sept observations, il n'en est qu'une où l'on trouve ce médicament employé et porté journellement à la dose de 10 et 15 centigrammes (1re *obs.*), conjointement avec les bains simples et les frictions avec le baume opodeldoch. Il a procuré une guérison rapide, qui a eu lieu le vingt-unième jour. Le cas dans lequel l'opium a été employé n'offrait aucune particularité qui pût justifier rigoureusement le choix de ce médicament. Le résultat obtenu engage donc à y recourir dans toute paraplégie liée à l'hystérie.

Après avoir passé en revue quelques-uns des médicaments plus particulièrement mis en œuvre dans l'affection qui nous occupe, il nous faut parler de deux méthodes de traitement qui ont une grande analogie dans leurs effets, quoiqu'elles diffèrent essentiellement par les éléments qui en font la base. Nous voulons parler des méthodes de traitement par la strychnine et l'électricité.

Dans une paraplégie dont la cause morbide semble se retrancher entièrement derrière l'innervation perturbée, il semble qu'une méthode de traitement qui porte principalement sur l'innervation de façon à la surexciter, doive occuper la première et la plus importante place de la thérapeutique. Les faits viennent en effet justifier ce que la théorie laissait entrevoir.

Nous avons administré la strychnine dans cinq cas sur sept (2e, 3e, 4e, 6e et 7e *obs.*). Précisons bien les résultats qu'elle a fournis, afin que la pratique soit bien édifiée. Dans la deuxième observation, nous l'avons donnée à l'intérieur pendant plusieurs jours, en en élevant successivement les doses de 1 centigramme jusqu'à 4. La malade l'a parfaitement tolérée. Les membres paralysés éprouvaient des convulsions plus ou moins fortes et plus ou moins prolongées. Le résultat définitif a été l'obtention de quelques mouvements dans les membres.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Observation d'hydropisie enkystée de l'ovaire gauche guérie par une seule injection iodée,

Par le Dr. Ameuille.

Nous voyons avec bonheur se rétrécir tous les jours le cercle des maladies regardées comme incurables, et l'observation d'hydropisie enkystée de l'ovaire que nous allons relater est une nouvelle preuve des conquêtes de la chirurgie moderne. A M. le docteur Boinet revient l'honneur d'avoir eu l'heureuse hardiesse d'injecter de la teinture d'iode dans des cavités où tout semblait devoir en défendre l'usage, et en agissant ainsi il est arrivé à des résultats thérapeutiques remarquables et dignes de fixer l'attention des praticiens. Le résultat que nous avons obtenu ensemble a été si rapide, si inattendu, qu'on ne peut s'empêcher d'en être surpris. Voici cette observation intéressante, que nous n'avons voulu publier que longtemps après l'opération, dans le but de nous assurer de la durée de la guérison.

Vers la fin de février 1853, je fus appelé par une dame Burnet, aujourd'hui madame Blondin, couturière, rue Saint-Pierre-Montmartre, n° 2, pour la soigner d'une hépatite aiguë, accompagnée d'un ictère très-prononcé. Cette maladie était survenue sans cause appréciable, à moins d'en accuser une vive contrariété que la malade avait eue dans le courant de décembre 1852, c'est-à-dire six semaines environ avant l'apparition de la jaunisse. Cette dame avait en outre, depuis plusieurs années, une tuméfaction considérable du ventre dont elle ignorait la nature, et qui, en raison de l'âge de la malade qui était veuve et n'avait que 30 ans, avait souvent laissé croire, et même à deux médecins, à une grossesse avancée. Lorsqu'elle fut guérie de son affection hépathique, je constatai que le volume du ventre était dû à une hydropisie considérable de l'ovaire gauche. Je lui conseillai alors de consulter mon confrère et ami le docteur Boinet, lui faisant connaître qu'il avait proposé un moyen nouveau pour guérir les hydropisies. Quoique fatiguée déjà des nombreux traitements qu'elle avait subis inutilement depuis plusieurs années, elle accepta sur-le-champ à cause de la gêne considérable qu'elle éprouvait dans toutes ses fonctions.

Le docteur Boinet partagea mon avis sur la nature de la maladie. Cette dame nous apprit qu'elle avait été réglée à 16 ans, d'une manière irrégulière pendant deux années, mais qu'à 18 ans, à la suite d'une inflammation de bas-ventre dont elle avait failli mourir, ses règles avaient été régulières et n'avaient pas cessé de l'être depuis cette époque. Mariée à 21 ans, elle est devenue veuve 18 mois après, sans avoir eu ni fausses couches ni enfant, mais elle avait toujours ressenti dans le côté gauche du ventre, dans le point où plus tard une tumeur a commencé à paraître, une douleur sourde, profonde, qui augmentait toujours à la suite de la fatigue. Cette douleur ne l'a jamais empêchée de vaquer à ses occupations, et c'est à l'âge de 25 ans qu'elle s'aperçut pour la première fois que son ventre devenait plus gros du côté gauche. Ce développement du ventre se fit d'une manière assez lente et parvint en trois ans au volume d'une grossesse à terme. Personne dans sa famille n'a eu d'hydropisie. Elle est d'une bonne constitution, quoique très-nerveuse.

Lorsque nous l'examinâmes avec le docteur Boinet, elle était convalescente de son hépatite, qui avait demandé une douzaine de jours de soins. A cette époque, le ventre était considérablement développé et cette malade éprouvait de la gêne dans toutes les fonctions. Elle pouvait à peine marcher, était oppressée, mangeait peu, avait peine à digérer et était prise d'envie de vomir lorsqu'elle essayait de marcher immédiatement après le repas. Elle avait une constipation opiniâtre; les règles étaient régulières, les extrémités inférieures exemptes d'infiltration. Elle offrait tous les signes les plus manifestes d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, et était, suivant M. Boinet, dans les meilleures conditions pour être soumise au traitement des injections iodées.

Le 10 avril 1853, à neuf heures du matin, l'opération fut pratiquée. Une ponction, faite avec un trocart assez volumineux, donna issue à un seau de liquide séreux, il y en avait onze litres. A l'aide d'une sonde en gomme élastique introduite par la canule du trocart, une injection iodée de 120 grammes, composée suivant la formule habituelle du docteur Boinet pour les kystes de l'ovaire (portion égale d'eau distillée et de teinture d'iode, additionnée de 1 gramme d'iodure de potassium par 25 grammes de teinture d'iode), fut poussée dans le kyste et laissée à demeure pendant sept à huit minutes. Pendant ce temps, le ventre fut pétri, malaxé dans tous les sens, après quoi la plus grande partie, les trois-quarts environ de l'injection sortirent par la sonde qu'on avait laissée à la place de la canule du trocart. La malade n'accusa pas la plus petite douleur pendant cette opération; et, chose étonnante, M. Boinet la fit lever, lui permit de déjeuner et de vaquer à ses occupations le reste de la journée, ce qu'elle fit jusqu'au moment où elle se coucha à sept heures du soir. A partir de ce moment, elle éprouva, sans souffrir dans le ventre, de la fièvre, un malaise général, qui durèrent quarante-huit heures. Depuis cette époque, cette femme qui est très-laborieuse et qui éprouve souvent beaucoup de fatigue à passer des nuits, a été radicalement guérie. Elle a considérablement en-

graissé et jouit de la meilleure santé. Elle s'est remariée le 5 novembre 1853. Appelé à soigner l'un de ses parents, j'ai l'occasion de voir cette dame tous les jours, et le ventre que je viens d'examiner aujourd'hui 15 janvier, c'est-à-dire neuf mois après cette opération, n'est le siége d'aucune tumeur et est aussi souple du côté gauche que du côté droit. Seulement, lorsque la malade se fatigue, elle éprouve quelquefois la même douleur qu'elle a ressentie dans cette région depuis l'âge de 17 ans.

Cette malade a été visitée par de nombreux confrères.

Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est l'innocuité du traitement, la rapidité de la guérison. Une malheureuse femme est atteinte, depuis cinq ou six ans, d'une hydropisie considérable, toutes ses fonctions sont gênées, elle ne peut ni digérer ni respirer, elle a en vain demandé à la science qui s'est déclarée impuissante, un remède efficace; elle va succomber infailliblement dans un court délai, on la soumet à une simple ponction, suivie d'une seule injection iodée, et elle est guérie en quelques minutes, comme par enchantement, de cette terrible affection. Immédiatement après l'opération elle peut se lever, aller, venir, et huit jours après elle a repris ses occupations qu'elle n'a plus interrompues. Sa santé, qui était faible est devenue excellente, sa maigreur a été remplacée par un embonpoint très-marqué, toutes les fonctions s'accomplissent parfaitement bien, et plus de neuf mois après cette opération, il n'existe pas le moindre signe de retour de l'hydropisie; le ventre est souple, non douloureux et n'est le siége d'aucune tuméfaction. Chez cette malade, le résultat produit par l'injection iodée a été plus rapide, plus simple, moins douloureux que dans une hydrocèle ordinaire, et cependant la maladie datait de six ans, et le kyste ovarique contenait vingt-deux litres de liquide séreux. M. Boinet a déjà dit, du reste, que la nature du liquide doit être prise en grande considération dans le traitement de ces espèces d'hydropisies, car les résultats sont beaucoup moins satisfaisants lorsque le liquide contenu dans les kystes est de consistance épaisse, huileuse, de nature gélatineuse. En général, ces états particuliers du liquide dénotent des lésions générales graves et qui doivent faire craindre des dégénérescences profondes. On rencontre ces liquides plus fréquemment dans les kystes multiloculaires, chez les femmes âgées et dont la santé générale est habituellement mauvaise.

Si ce moyen thérapeutique doit souvent produire de pareils résultats, ainsi que le font espérer les faits connus jusqu'à ce jour, nous avons eu raison de dire que ce sera une des nouvelles acquisitions les plus heureuses dans l'art de guérir.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Clinique ophthalmologique du Dr Hubsch à Constantinople.

1° Blessure par une baïonnette. — Section du nerf optique. — Blépharoptose. — Cécité.

1re *Observation.* — Le 29 septembre 1853, Hussein, fils de Mehemet, soldat de la garde impériale, entra à l'hôpital de *Gulhané*, à la suite d'un accident grave qui venait de lui arriver. Encore novice dans le maniement des armes, Hussein était occupé à faire l'exercice à feu; dans une manœuvre maladroite qu'il fit au moment de charger son fusil, il ficha la pointe de la baïonnette à deux lignes au-dessous de la paupière inférieure droite, jusqu'à la voûte orbitaire. Gonflement immédiat des paupières, hémorrhagie assez forte, douleurs atroces, protubérance de l'œil.

Le stylet introduit dans la plaie, arrive jusqu'à la voûte osseuse, en passant derrière l'œil; les paupières sont tellement enflées et tendues, qu'il est impossible de les soulever.

Traitement. Saignée du bras 120 drachmes, application de 25 sangsues aux tempes; fomentations froides; diète et repos; le lendemain, même état; les paupières sont encore plus boursouflées : nouvelle application de sangsues, continuation des fomentations froides. Ce n'est que le troisième jour, que je parviens à écarter les paupières; l'œil est dur, immobile, proéminent; la pupille dilatée, la vision nulle; la conjonctive est fortement injectée et œdématiée : continuation du traitement antiphlogistique, frictions mercurielles sur le front, vésicatoire à la nuque, calomel à petites doses à l'intérieur.

Le 10 octobre, le malade est bien; les douleurs ont diminué, la tuméfaction des paupières a presque entièrement cessé, mais il y a paralysie complète des paupières et de l'œil. Un reste de congestion fut combattue par les moyens ordinaires, et lorsqu'il n'en exista plus de trace, j'employai la pommade de Gondret durant un mois consécutif. L'effet de ce puissant révulsif et excitant fut de rendre le mouvement aux paupières; elles exécutent leurs fonctions avec facilité, mais l'œil est resté immobile, au milieu du diamètre longitudinal; la pupille est dilatée, l'iris est insensible et la vision est abolie complétement.

Dans ce cas, nous devons admettre que la baïonnette, après avoir traversé les téguments, a glissé sur le bord inférieur de l'orbite, s'est frayé une voie derrière l'œil, en coupant le nerf optique, et est parvenue jusqu'à la voûte orbitaire; dans son passage, elle a lésé sans doute les branches de la troisième paire et quelques rameaux du ganglion ophthalmique, d'où la paralysie de la paupière supérieure. La plaie extérieure s'est réunie immédiatement par première intention, de sorte que l'os n'a point été endommagé.

2° Apoplexie oculaire. — Glaucôme. — Œil droit.

2e *Observation.* — Dimitri, portier de la chancellerie française à Constantinople, âgé de 65 ans, de constitution robuste, de tempérament nervoso-sanguin, jouissant d'une santé parfaite, fut saisi subitement, le 2 juillet 1853, d'un vertige suivi d'une violente céphalalgie qui occupait la moitié droite antérieure du crâne; au même instant un voile rouge recouvre l'œil du même côté, la vision est troublée; des flammes, des étincelles, des spectres lumineux, offusquent le malade; les douleurs s'approfondissent dans l'orbite et s'étendent sur le front et les tempes; un médecin appelé aussitôt prescrivit une saignée, des bains de pieds sinapisés, de la glace sur le front et les tempes. Je vis Dimitri le 6 juillet, quatre jours après cet accident, la vision est tout à fait abolie, la pupille est énormément dilatée; son ouverture est irrégulière, plutôt ovalaire que ronde, le fond de l'œil présente un aspect vert châtoyant, de gros vaisseaux flexueux et gorgés parcourent la conjonctive oculaire, une injection fine, serrée, radiée de la sclérotique entoure la cornée transparente; des douleurs intercurrentes existent encore; le malade croit voir des éclairs, des étincelles; il a une insomnie qui dure depuis le moment de l'accident; il est inquiet, a perdu l'appétit, et se plaint d'une constipation opiniâtre; il a toujours souffert d'hémorrhoïdes, il n'a jamais eu la syphilis, jamais d'éruption à la peau.

Traitement. — Répétition de la saignée du bras, pour combattre la congestion qui persiste; application de vingt sangsues à l'anus; de légers laxatifs répétés de deux jours l'un; frictions mercurielles sur le front et la tempe; large vésicatoire à la nuque; calomel à doses réfractées; diète et repos. Dimitri suivit à la lettre mes prescriptions; tous les symptômes congestifs disparurent au bout de huit jours; mais la vue ne subit aucune amélioration; la sclérotique prit en certains endroits une teinte gris bleuâtre, l'iris perdit sa coloration brune, qui devint plus claire et se relâcha davantage, la pupille devint difforme, la teinte verte du fond de l'œil acquit plus de consistance.

Le développement rapide de la maladie, les circonstances qui l'accompagnèrent, les désorganisations qui s'établirent, tout concourt à démontrer que j'ai eu affaire à une apoplexie oculaire. Cette maladie est assez rare; sa rareté a fixé mon attention, j'eus occasion d'observer pendant le même mois plusieurs cas de congestion rapide aux yeux; je ne sais si c'est à la chaleur ou à quelque autre cause plus mystérieuse que nous devons attribuer la fréquence de cette affection; j'ai remarqué souvent des épidémies de conjonctivite; pourquoi donc une forme plus grave ne se manifesterait elle pas aussi? Parmi les observations que j'ai

recueillies, je choisirai la suivante, qui offre un certain intérêt :

Le 20 juillet, un Turc, du nom de Mehemet Effendy, âgé de 35 ans, vint me consulter au sujet d'un accident qui l'avait vivement impressionné. Cet homme qui fait abus des spiritueux, tels que l'eau-de-vie (il en prend jusqu'à 250 drachmes par jour), n'avait encore ressenti aucun des effets pernicieux de cette liqueur ; fort, robuste, bien constitué, il avait toujours joui d'une bonne santé ; jamais il n'avait pris de bains de mer, et c'est par complaisance pour un de ses amis qu'il se décida à l'accompagner ; il resta dans l'eau durant une demi-heure sans faire de mouvements ; en sortant du bain, il était presque aveugle ; un voile rouge, épais au point de l'empêcher de marcher seul dans la rue ; s'étendit sur ses yeux ; tous les objets d'un certain volume lui semblaient rouges : « Je vois sans cesse du feu devant les yeux, » me dit-il ; de temps en temps quelques vertiges, quelques douleurs intercurrentes se manifestaient ; il demeure deux jours dans cet état ; lorsque je le vis le troisième jour, il avait les pupilles dilatées et paresseuses ; la sclérotique était injectée, mais la conjonctive l'était à un moindre degré ; il commençait à pouvoir mieux distinguer les objets ; le voile rouge devenait de jour en jour moins épais ; je prescrivis un traitement antiphlogistique très-énergique, le malade le suivit exactement durant 15 jours et recouvra sa vue primitive.

C'est à la congestion cérébro-oculaire qui se manifeste si rapidement que sont dus tous les phénomènes sus-mentionnés ; un traitement approprié fit justice de la maladie avant la formation d'aucun produit morbide. (*Annales d'oculistique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Janvier 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique envoie :

1° L'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Davenne et de M. Milne-Edwards ;

2° Un travail de M. Sévérin Caussé, d'Albi, sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques (Comm. M. Chevallier) ;

3° Une théorie du choléra et des considérations sur les causes et le traitement de cette maladie, par M. Billiard, de Corbigny ;

4° Des rapports sur des épidémies :

De dyssenterie dans la vallée d'Essonne, par M. le docteur Bourgeois, d'Étampes ;

De fièvre typhoïde à Barjac, par M. Pagès, d'Alais (Gard) ;

— dans les communes de Montreuil, Bonneville et Bourdonné, par M. le docteur Boireaux, de Mantes ;

— dans l'arrondissement de Saint-Lô, par M. Seeller-Montdésert;

— dans les communes de Ponteves et d'Artignon ;

De variole dans les communes de Varages et de Saint-Zacharie, par M. le docteur Piffart, de Brignolles ;

De fièvre typhoïde à Foncine (Jura), par M. le docteur Billet, de Poligny.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une lettre de M. Guiste, qui écrit de Beyrouth pour donner à l'Académie quelques renseignements sur la manière dont fonctionne en Orient l'Institution des médecins sanitaires (Renvoyé à M. Mélier) ;

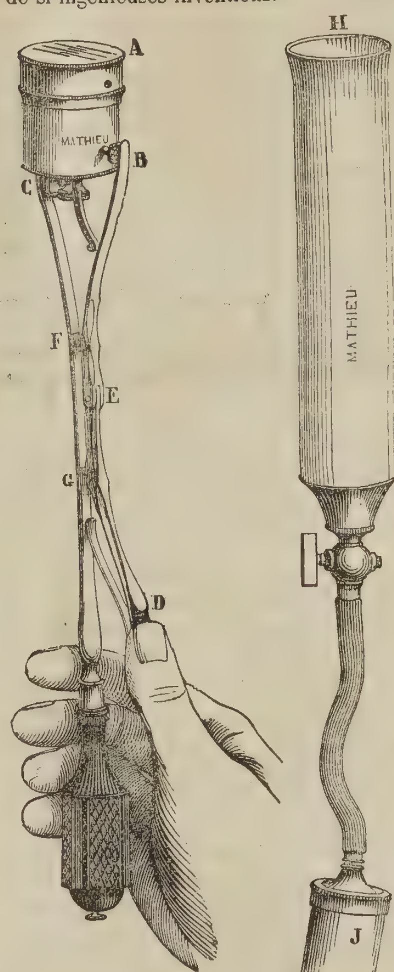
2° M. le docteur Alex. Mayer adresse un instrument de son invention, qu'il nomme *Scarificateur-ventouse du museau de tanche*. A cet envoi est jointe la Note suivante :

Les praticiens savent combien sont fréquentes, dans les affections de l'utérus et du col, les indications des déplétions sanguines locales. Je ne veux pas rechercher ici quels sont les cas qui réclament cette médication à laquelle nulle autre ne saurait être substituée avantageusement ; mais ce que je tiens à constater, c'est qu'on a renoncé à en faire usage dans un grand nombre de circonstances où, cependant, son efficacité serait incontestable, à cause de la difficulté de son application. En effet, le seul moyen dont la thérapeutique a disposé jusqu'à ce moment, pour dégorger directement la matrice et le col utérin, ce sont les sangsues. Le premier, je crois avoir préconisé les *scarifications multiples* dans une brochure que j'ai publiée en 1852. Or, il n'est pas facile d'appliquer des sangsues au fond du vagin. C'est une opération toujours longue, pénible et souvent imparfaite, en ce sens qu'il faut se contenter du nombre de celles qui veulent bien prendre, sans égard pour le nombre prescrit. De là, il résulte que la quantité de sang tirée est arbitraire et aucunement en rapport avec le besoin actuel. Ce sont ces motifs qui m'ont engagé, depuis plusieurs années, à remplacer les sangsues par les scarifications du museau de tanche, à l'aide d'un instrument très-simple que j'ai imaginé, et dont je me suis servi un très-grand nombre de fois, avec un succès qui mérite de fixer l'attention des médecins. J'ai rapporté quelques-unes de mes observations, dans le travail dont j'ai parlé plus haut, et j'en ai recueilli depuis lors une longue série d'autres qui ne sont pas moins concluantes.

On conçoit que le principal élément de réussite consiste dans l'exactitude du diagnostic et la légitimité de l'indication de la saignée locale. Je ne pourrais, sans dépasser les limites de cette note, énumérer seulement, sans même les discuter, toutes les variétés morbides dans lesquelles il est utile de recourir à la médication dont je m'occupe. Quoi qu'il en soit, je suppose que l'indication ait été reconnue et qu'il n'y ait plus qu'à la remplir :

Voici la description des figures représentant l'instrument dont je me sers, et le procédé opératoire, aussi simple que sûr, pour obtenir exactement la quantité de sang qu'on se propose de tirer.

Je dois dire, au préalable, que l'appareil que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie est beaucoup mieux approprié au but que je voulais atteindre que le premier dont j'ai fait usage, grâce aux perfectionnements que lui a fait subir, sous ma direction, M. Mathieu, auquel la chirurgie doit déjà de si ingénieuses inventions.



Description. — *A.* Couvercle du scarificateur sans parties saillantes, afin de permettre son introduction dans le spéculum.

B. Tige ou palette articulée, s'abaissant par l'appui du pouce sur le levier.

C. Tenon fenêtré, destiné à recevoir le crochet du porte-scarificateur.

D. Levier brisé et à ressort, sur lequel s'appuie le pouce pour faire partir le scarificateur.

E. Point auquel cette tige s'articule avec un prolongement, pour la transmission du mouvement imprimé en *D*.

FG. Charnières sur lesquelles se meut le levier brisé *D*.

H. Ventouse cylindrique en verre, pouvant s'introduire dans le même spéculum que le scarificateur, et dans laquelle on fait le vide au moyen d'une pompe ordinaire, dont l'extrémité est figurée en *J*.

Le scarificateur, qui diffère complétement par son mécanisme de ceux dont on s'est servi jusqu'à ce jour, peut également s'appliquer aux scarifications de la peau. Il en est de même du spéculum et de la pompe, qui peuvent être employés aux usages habituels. De sorte que l'acquisition de mon appareil n'occasionnera au praticien aucun surcroît de dépenses.

Procédé opératoire. — On prend un spéculum plein, dont l'orifice utérin soit assez grand pour laisser passer le scarificateur; on l'applique et l'on a soin de bien embrasser le col. On le fixe de la main gauche, et avec la droite on embrasse le porte-scarificateur, comme l'indique la gravure. Il va sans dire qu'on a eu le soin d'y adapter préalablement le scarificateur. On porte celui-ci dans la cavité du spéculum, jusqu'au col utérin. On appuie avec un certain degré de force, et l'on presse avec le pouce sur le levier du porte-scarificateur. Le ressort part, et la scarification est produite par les six lamelles que contient l'instrument. On retire aussitôt le scarificateur, en maintenant toujours en place le spéculum qui va servir à l'introduction de la ventouse. Dès que celle-ci est parvenue sur la surface scarifiée, on retire par-dessus le spéculum, et on confie la ventouse à un aide, qui peut

être la première personne venue. On visse alors la pompe à la ventouse et on fait le vide, lentement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on ait retiré la dose de sang voulue, ce dont on peut juger à travers les parois de verre de la ventouse.

Je puis affirmer que les deux temps de cette opération s'exécutent en quelques secondes et sans aucune douleur pour la malade.

(Renvoyé à une commission dont M. Hervez de Chégoin est rapporteur.)

3° Un mémoire sur la question mise au concours par l'Académie de médecine, *sur l'huile de foie de morue.*

4° M. le docteur Bertheraud, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lille, à propos d'une communication de M. Kühn, sur les avantages du sulfate de quinine en lavement, rappelle que lui-même a employé ce moyen en Afrique avec avantage dès 1849;

5° M. Harreaux de Granville-Saint-Léger, adresse une Note sur *la reproduction des sangsues* dans les bassins de Grouville (Eure-et-Loire).

RAPPORTS.

M. Requin lit un rapport, au nom d'une commission de onze membres, et propose, par diverses considérations, de déclarer une vacance dans la section d'anatomie pathologique. (Adopté.)

LECTURES.

Traitement de la phthisie par les inspirations de vapeur d'iode dosée à l'aide d'un appareil spécial.

A propos de recherches cliniques et d'un appareil spécial présentés à l'Académie par M. Chartroule, M. Piorry lit un mémoire étendu dont nous extrayons ce qui suit :

La plupart des moyens employés jusqu'à ces derniers temps contre la phthisie ont été à peu près inutiles. Il n'est peut-être pas un seul des agents médicamenteux qui n'ait été proposé et prôné comme un remède efficace contre la phthisie, puis, bientôt après, oublié et abandonné. Sans remonter bien haut dans l'histoire de la thérapeutique, on verrait que, depuis vingt ans, le chlore, les eaux hydrosulfureuses, le tartrate antimonié de potasse, ont été considérés comme des moyens curatifs et que bientôt l'expérience a dû faire renoncer à leur usage.

En sera-t-il ainsi de l'iode et des préparations iodées? Il y a lieu d'espérer qu'il n'en sera pas de même, et la suite de ce mémoire contiendra des faits qui autorisent à concevoir cette espérance.

Avant d'exposer ces faits, il est bon de dire quelques mots, relativement aux recherches qui ont été faites sur les effets de l'iode dans les cas de pneumophymie.

Dès les premiers temps de la découverte de ce corps métalloïde, Coindet ayant employé avec succès cette substance dans des cas de tumeurs du corps thyroïde, et, par suite, dans des engorgements du cou considérés comme scrofuleux ou tuberculeux, on pensa qu'il pourrait en arriver ainsi pour les affections phymiques du poumon, comparées si généralement aux maladies dites scrofuleuses.

Dès 1826, Laënnec, qui avait vu que, sur les côtes de la Bretagne, les tubercules pulmonaires étaient rares, attribua à la respiration des vapeurs iodées qui s'élevaient des varechs, une aussi heureuse influence.

Alors, le professeur de clinique fit venir à Paris des fucus marins et en déposa de grandes proportions dans les petites salles de la Clinique, où il plaça un assez grand nombre de phthisiques ; ceux-ci se trouvèrent ainsi dans une atmosphère saturée des vapeurs qui s'élevaient des varechs. Ce moyen eut peu d'action, et bientôt on y renonça.

Notre honorable collègue, M. Chevallier, proposa de remplacer par l'iode le chlore préconisé par Cottereau. Mais aucun fait n'a été alors publié qui consacrât l'utilité de ce moyen.

Dès 1831, Murray employa avec plus de soin les vapeurs d'iode contre la pneumophymie (*Arch. gén. de méd.*, 1831, t. 20) : il se servait de soucoupes, de fioles contenant de l'iode qu'il convertissait en vapeurs au moyen de l'eau chaude. Les faits de Murray n'eurent qu'un bien petit nombre d'imitateurs, et ils ont été promptement oubliés. Je n'en avais pas eu connaissance quand j'entrepris les recherches auxquelles je me suis livré.

M. Lugol, qui certes fut un de ceux qui utilisa le plus l'iode et ses diverses préparations, paraît avoir employé aussi ce médicament contre les tubercules pulmonaires, et je tiens d'un médecin des hôpitaux que nous estimons tous, qu'étant interne dans le service de M. Lugol, il constata ce fait : que plusieurs cadavres de pneumophymiques, auxquels on avait administré de l'iode, portaient des cicatrices remarquables et de date récente, qui étaient le résultat de la curation de tubercules.

Du reste, à ma connaissance, aucun fait exact, précis, positif, n'a été recueilli, qui ait constaté l'influence favorable de l'iode sur la marche de la pneumophymie. Presque toujours, ce sont des allégations qui ont été faites à ce sujet et non pas des observations sévères.

Voici dans quelles circonstances j'ai été conduit à employer l'iode et les vapeurs d'iode dans la curation de la phthisie pulmonaire. Comme on avait constaté que l'iodure de potassium, administré à la dose de 1 à 4 grammes par jour, avait une efficacité curative réelle et même prompte, soit dans les tumeurs ganglionnaires dites scrofuleuses, soit dans les ostéies et dans les périostites à marche chronique, en un mot, dans beaucoup d'affections qui se rapportaient plus ou moins aux tubercules, M. Deyne, qui était alors interne dans le service, et moi-même, nous pensâmes que ce médicament présenterait quelque utilité dans les cas de pneumophymie. L'iode fut donc administré dans ces proportions à plusieurs malades. Une amélioration marquée en fut ordinairement la conséquence, quelques phthisiques même guérirent, et si bien que, sur quelques-uns de ceux dont il est fait mention dans le *Traité de médecine pratique*, il en est trois ou quatre qui sont encore dans un très-bon état de santé.

Après les succès obtenus dans l'hydrocèle et dans les foyers tuberculeux des testicules, il était tout naturel de rechercher si l'on ne pouvait pas obtenir des résultats du même genre dans les cavernes pulmonaires; il eût été très-difficile, si ce n'est impossible, et à coup sûr tout à fait téméraire, d'injecter de la teinture d'iode étendue d'une certaine quantité d'eau dans les voies aériennes : dès lors, on dut songer aux vapeurs d'iode.

D'abord, on se servit de la teinture, puis de l'iode lui-même. M. Chartroule suivait alors le service de la Pitié. Ce médecin, élève d'une école où l'on pense qu'en diagnose et en thérapeutique on doit se servir des mesures linéaires et pondériques, me proposa de substituer à la teinture *l'iode pur, tout en le dosant.* A partir de ce moment, on employa la vapeur d'iode d'une manière générale, et, à cet effet, M. Chartroule fit confectionner des cigarettes que les malades devaient fumer, contenant chacune une quantité d'iode déterminée, dont la composition et l'usage rappellent les cigarettes de datura stramonium, et qui avaient l'avantage de permettre aux malades de pratiquer fréquemment les inspirations d'iode.

Dans la pratique des hôpitaux, on a dû rechercher les moyens les plus simples pour faire respirer l'iode. On dépose dans un bocal de la capacité d'un litre, et à très-large ouverture, 1 ou 2 grammes d'iode ; il se dégage alors de ce vase des vapeurs iodées dont les proportions varient en raison du degré de chaleur et d'humidité que contient l'atmosphère.

Quand on veut se servir de la teinture d'iode, on en verse aussi de 30 à 100 grammes dans un bocal, et on les chauffe suffisamment pour qu'il se dégage des vapeurs d'alcool et d'iode.

Or, c'est cet air contenu dans ces récipients et ainsi chargé de vapeurs iodées, ou à la fois iodées et alcoolisées, que les malades respirent. On ne doit, en général, faire faire d'un coup qu'une seule inspiration ; mais elle doit être profonde et semblable à celle qu'exige le soupir. Pratiquée de cette façon, elle irrite peu le conduit aérien. S'il arrivait que plusieurs de ces aspirations fussent faites à la suite les unes des autres, il en résulterait une véritable souffrance du larynx et des bronches, de la toux, et peut-être des accidents en seraient-ils la suite. Du reste, cette inspiration simple doit être pratiquée très-fréquemment, cent, deux cents fois par jour et même davantage.

On cherche à faire en sorte que, même pendant son sommeil, le malade respire de l'iode, et pour cela on place autour de son lit, sur le sol, du côté de la tête, trois ou quatre soucoupes contenant chacune 1 gramme d'iode. A l'hôpital, on attache au barreau de fer du lit, qui supporte le sommier, plusieurs petites fioles qui renferment aussi de l'iode. La vaporisation de celui-ci est prompte, et l'air de l'appartement ou de la salle est tellement chargé du médicament que les rideaux contenant de l'amidon se colorent en bleu, et que le fer des serrures et de l'appartement prend diverses colorations en rapport avec l'action de l'iode.

Si l'on vient à interposer un papier amidonné et humide entre le bocal contenant de l'iode et la bouche qui aspire, à l'instant même le papier bleuit. Si l'on vient à faire passer, au moyen de l'expiration, le même air (qui alors a passé dans les poumons) sur un autre papier amidonné, ce dernier ne se colore en aucune façon. La conséquence directe de ce fait, que j'ai répété un grand nombre de fois, est que l'iode contenu dans les voies respiratoires doit y être absorbé, pendant le séjour de très-peu de durée qu'il fait dans les vésicules pulmonaires.

Sur le plus grand nombre des malades soumis à l'emploi des vapeurs ou de teinture d'iode, on a administré à la Pitié, à la Charité et en ville, de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium. Ce moyen avait même été mis en usage quatre ou cinq ans avant que l'on ait eu recours aux aspirations de vapeurs d'iode.

Dans tous les cas où l'étendue et la gravité de la lésion portaient à croire qu'il existait entre la surface pulmonaire et les parois costales, soit des adhérences, soit cette circulation supplémentaire si remarquable et si bien étudiée par M. le docteur Natalis Guillot, on a eu recours à des frictions sur les points affectés, avec la teinture d'iode étendue de 19 à 39 parties d'eau.

Les pneumophymiques soumis au traitement par l'iode ont aussi été soumis en même temps à quelques autres moyens de traitement :

1° A l'emploi du tartrate antimonié de potasse pris à petites doses (un centigramme par exemple), soit tous les quatre à cinq jours pendant une ou deux heures. Ce remède héroïque a été principalement administré quand des liquides muqueux, puriformes ou purulents, se trouvaient contenus dans les bronches et ajoutaient ainsi aux dangers de la phymopneumonie ceux de la présence, dans les voies aériennes, d'obstacles à l'entrée de l'air, obstacles qui pouvaient aussi donner lieu à des degrés divers d'asphyxie, ou mieux d'hypoxémie ;

2° A des médicaments variés dits *astringents* et supposés propres à calmer ou à suspendre les évacuations plus ou moins abondantes dont l'intestin était parfois le siége.

Dans ce nombre figurent principalement l'albumine, la thériaque et d'autres préparations opiacées ; le phosphate de chaux, le sous-azotate de bismuth, etc. ; mais l'administration de ces moyens n'était que momentanée et cessait tout aussitôt que l'enterozhée était dissipée ;

3° A du sulfate de quinine à hautes doses, prescrit alors que la rate était volumineuse, simplement hyperémiée, et à faibles doses quand il existait seulement des redoublements fébriles nocturnes, dus à la pénétration dans le sang du pus ou de matière tuberculeuse ramollie ;

4° A un régime généralement réparateur ; et c'es là un point capital à noter, car il me paraît très-utile d'y avoir recours, et certes si j'avais à faire choix, dans la curation de la pneumophymie, entre l'ensemble des moyens hygiéniques réparateurs et les médicaments autres que l'iode, à coup sûr, ce serait aux ressources de l'hygiène que je donnerais la préférence ;

5° Très-rarement pour calmer les accidents, a-t-on employé de l'opium, de la belladone ou d'autres narcotiques ;

6° Des loochs, des médicaments dits bechiques ou pectoraux, n'ont été employés que pour calmer la toux ;

7° Les cas qui se sont présentés dans le service n'ont pas paru exiger l'emploi d'exutoires, de moxas, de vésicatoires à demeure, etc., et je n'ai pas vu que ces lésions artificielles et pyogéniques aient été de quelque utilité dans le traitement d'états organopathiques, dont l'un des plus fâcheux accidents est la formation du pus ;

8° Dans presque tous les cas observés, les malades sont restés à Paris ou dans les campagnes environnantes. On ne les a pas envoyés résider à Nice ou dans les autres parties de l'Italie, pays où, quoi qu'on en ait dit, les phthisiques venus du nord ne guérissent pas plus vite ni mieux qu'ailleurs.

C'est à l'ensemble des moyens précédents, souvent assez incomplétement employés à l'hôpital, surtout sous le rapport des aliments réparateurs, que, depuis près de deux années, trente-et-un phthisiques ont été soumis.

Lors de leur entrée, ils présentaient tous, à des degrés divers, les symptômes généralement attribués à la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire de la toux, des crachats puriformes, de la fièvre hectique, de l'amaigrissement ; le plus grand nombre d'entre eux était atteint d'évacuations alvines liquides et abondantes, probablement liées à des ulcérations tuberculeuses ; le larynx paraissait aussi être frappé de lésions phymiques ; des crachements de sang, dus à des pneumoerhémies, avaient aussi eu lieu chez un grand nombre de ces malades.

Tous ces tuberculeux présentaient de la matité à la partie supérieure des poumons, soit en avant, soit au niveau de l'omoplate en arrière. Le plus souvent ces parties donnaient une résistance marquée, une dureté très-appréciable au doigt. Le plus ordinairement aussi il était possible de limiter en avant l'étendue de la matité et la circonscription nette et précise qui la séparait des portions du poumon restées saines ou moins malades que le sommet. Il était possible et même facile de distinguer, par les sensations tactiles et auditives, les points où la résistance était très-marquée et ceux où il n'y avait qu'une simple obscurité de son. Sur quelques-uns d'entre eux, un bruit hydraérique se faisait entendre.

Sur tous ces malades, les caractères stéthoscopiques étaient non moins évidents que ceux auxquels donnait lieu le plessimétrisme. La plupart présentaient, au niveau des points où l'on rencontrait la matité et la résistance, une respiration dure, tubaire, une voix retentissant avec plus ou moins de force. De vastes cavernes étaient souvent rendues évidentes par les ronchus très-larges, par la respiration caverneuse et par la netteté dans l'articulation des sons vocaux.

Tous les malades dont il vient d'être parlé expectoraient des crachats épais, opaques, pyoïdes, arrondis et déchiquetés, et dont l'abondance correspondait au nombre et à l'étendue des désordres que les autres moyens de diagnose permettaient de constater.

Désirant bien apprécier les effets de l'iode, je ne voulus pas m'en rapporter seulement à l'examen des symptômes, ni même à des indications vagues de caractères plessimétriques dans les états pathologiques présentés par ces malades. En effet, les phénomènes fonctionnels des maladies sont susceptibles de tant de variations, qu'en s'en rapportant à eux pour juger de l'influence d'un traitement sur l'affection contre laquelle il est employé, on court les risques de se tromper parfois d'une façon étrange. Voici ce que l'on fit :

Une large plaque de sparadrap de diachylon fut placée en avant sur la poitrine de chaque malade. On traça sur elle divers signes qui correspondaient soit aux clavicules, aux articulations sterno-claviculaires, aux saillies formées par les muscles sterno-mastoïdiens, soit à la circonférence du cœur, à la face supérieure du foie et aux mamelons. Sur cette figure grossière mais exacte, il fut facile de tracer un dessin très-précis des parties indurées, de circonscrire celles-ci très-exactement, d'indiquer les nuances de sonorité, d'obscurité du son, de matité, de dureté, de résistance au doigt qu'elles présentaient et de noter aussi, sur les images obtenues de cette façon, les principaux bruits stéthoscopiques appréciables au niveau des masses malades.

Quelques jours plus tard, et alors que le traitement avait été exécuté, il était on ne peut pas plus facile de replacer la plaque de diachylon exactement sur les mêmes points, car les signes de limitations organiques servaient de jalons, pour indiquer précisément le lieu où l'emplâtre avait d'abord été placé.

Or, en limitant de nouveau l'étendue des parties lésées, on voyait si la circonscription de celles-ci était bien la même ou si l'espace occupé par le mal avait des dimensions plus grandes ou moins considérables qu'auparavant.

On se borna à faire cette appréciation de l'état des poumons en avant, parce qu'il eût fallu trop de temps pour se livrer en arrière à de telles recherches qui, du reste y sont difficiles.

Je dépose sur le bureau trente-deux dessins tracés à la clinique de la Charité sur un pareil nombre de malades, dessins dont l'exactitude plessimétrique et stéthoscopique a été constatée pendant les diverses phases de la curation des malades, non-seulement par le médecin, mais par les chefs de clinique : MM. Frémy, Chariol, Blain des Cormies ; par les aides de clinique : MM. Oleary, Ansiaux, Duriau, Glaize, etc.

Or, il suffira de jeter les yeux sur ces dessins, pour voir qu'après quatre, six, quinze, trente jours, six semaines, deux ou trois mois de traitement par l'iode, il y avait presque constamment une diminution de 1, de 2, de 3 centimètres dans l'étendue de la surface où existaient primitivement l'obscurité du son, la matité, la résistance au doigt, etc. ; qu'en même temps, les signes stéthoscopiques révélaient fréquemment une amélioration sensible dans l'état des masses indurées : la respiration, par exemple, devenait meilleure ou les ronchus étaient moins longs et moins abondants. Et ce n'est pas seulement sur quelques malades et chez ceux qui étaient le moins gravement affectés, qu'il en arrivait ainsi, mais sur la presque totalité : un assez grand nombre de phthisiques avec cavernes ont paru guéris. Voici les résultats définitifs obtenus :

Amélioration marquée dans les caractères anatomiques et dans les symptômes.	20 cas
Disparition des caractères anatomiques appréciables et de la plupart des symptômes.	7
Morts, avec ou sans amélioration positive.	4
Total.	31

Il faut noter que l'amélioration dans l'état normal des malades, correspondait à une modification avantageuse survenue dans les symptômes fonctionnels, tels que la toux, l'abondance et l'aspect des matières expectorées, les phénomènes dits fièvre hectique, etc. Il est même arrivé que plusieurs femmes qui, sous l'influence du mal, avaient perdu une grande quantité de sang et dont les menstrues n'avaient plus lieu, on vit, après quelques semaines, reparaître ces hémorrhagies physiologiques.

Les faits dont il vient d'être fait mention sont bien loin d'être les seuls que je pourrais faire valoir en faveur de l'utilité, dans la curation de la pneumophymie, des moyens d'administrer le médicament.

Dès 1851, M. le docteur Frémy, alors chef de clinique, rendit compte des résultats observés cette année-là dans le service : sur trente-trois malades, a-t-il dit, cinq n'ont pu être soumis au traitement iodé, parce qu'ils étaient entrés à la Charité dans la période la plus avancée de l'affection tuberculeuse. Ils n'ont pu être soumis à un traitement actif et ont succombé. Vingt-huit malades ont été traités par les vapeurs d'iode ; et onze, parmi ceux-ci, sont sortis sans avoir éprouvé une amélioration positive ; mais il n'y a pas eu au moins d'aggravation dans les accidents ; on n'a observé chez eux ni hémoptysie ni inflammation nouvelle des membranes muqueuses ; bien plus, sur plusieurs de ces malades, l'hémorrhagie s'est promptement dissipée. Dans dix-sept faits, il y a eu une amélioration notable, et M. Frémy donne un historique succinct de quelques-unes de ces observations. Parmi elles, il faut surtout noter celles qui se rapportent à un jeune homme de seize ans, chez lequel les symptômes fonctionnels et les caractères matériels les plus positifs des cavernes se dissipèrent en six semaines. Plus tard, ce jeune malade rentra à l'hôpital ; une vaste cavité tuberculeuse s'était reproduite, le traitement fut repris, mais aidé cette fois

de la compression méthodique des parois costales, au niveau de la lésion, il se forma une dépression considérable sur ce point-là ; le malade guérit, et depuis deux ans, il ne paraît pas qu'il y ait eu de rechute.

M. Chartroule rapporte aussi un grand nombre d'observations dans lesquelles il a employé, avec des succès marqués, les inspirations de vapeurs iodées. Seulement, il se sert d'un appareil spécial propre à doser exactement la quantité d'iode que les malades respirent, ou de cigarettes contenant 10 centigrammes d'iode. Les observations de M. Chartroule ont été faites, pour la plupart, concurremment avec des médecins honorables tels que MM. Wahu, chirurgien principal des armées; Truchon, président de la Société médicale du 5e arrondissement; Goulard, professeur à l'École de Rochefort; Lemaire, Mailliot, Vasse, Sestier, Des Lanniers. M. le professeur Trousseau a même adressé à M. Chartroule une lettre de félicitation sur un succès obtenu par ce médecin.

Je pourrais joindre à ces faits l'histoire d'un grand nombre de cas observés dans ma pratique particulière. Plusieurs de ces faits sont publiés dans le *Traité de médecine pratique*, articles *pneumophymie*, *phymémie*, etc., et dans l'*Atlas de plessimétrisme*.

L'auteur se livre ici à quelques considérations sur le mécanisme possible par lequel agit l'iode dans la curation de la phthisie; puis, il termine par les propositions suivantes :

De l'ensemble de ce travail, il résulte :

1° Que les aspirations de vapeurs et de teinture d'iode peuvent être utiles dans la curation de la pneumophymie;

2° Que, dans un grand nombre de cas, elles sont suivies d'une diminution dans l'étendue des parties indurées qui entourent les tubercules, et d'une amélioration dans les symptômes généraux ;

3° Qu'il n'est pas probable que les phymies elles-mêmes disparaissent sous l'influence de l'iode inspiré ;

4° Que les aspirations de vapeurs de teinture d'iode peuvent contribuer à la curation des cavernes pulmonaires dues à des tubercules ramollis;

5° Que, dans les cas de ramollissement de la matière tuberculeuse dans les poumons, il peut arriver que la caverne qui en résulte se cicatrise spontanément ;

6° Que la compression thoracique, dirigée par une diagnose plessimétrique et stéthoscopique très-sévère, peut contribuer à la curation du mal local, et, par suite, des accidents de pyémie;

7° Que l'iodure de potassium à l'intérieur, les frictions avec la teinture d'iode étendue de 19/20es d'eau, et faites sur les parties du poumon malades et adhérentes, peuvent avoir aussi beaucoup d'utilité.

Permettez-moi alors, pour terminer ce travail, de vous faire observer que si quelques conséquences utiles à la thérapeutique sont ressorties des faits précédents, c'est au progrès et à la certitude de la diagnose que la science et l'humanité en seront redevables.

M. Londe fait observer que les vapeurs d'iode ne sont pas les seules qui aient été employées contre la phthisie pulmonaire. Il cite un malade qui s'est très-bien trouvé de l'usage de l'arséniate de soude fumé en cigarettes.

M. Piorry répond qu'il n'a pas eu l'intention de préconiser les vapeurs d'iode comme moyen exclusif et qu'il admet volontiers que d'autres médicaments administrés sous la même forme peuvent avoir leur efficacité.

M. Moreau reproche à M. Piorry de se servir d'une nomenclature avec laquelle les médecins ne sont pas assez familiarisés. Il regrette qu'on mette ainsi l'intelligence des praticiens à la torture, et qu'on ne se conforme pas au langage scientifique universellement adopté.

M. Piorry soutient que sa nomenclature est aujourd'hui suffisamment connue pour qu'il n'y ait pas d'inconvénient à l'employer. Il est d'ailleurs convaincu que l'honorable préopinant est assez versé dans la connaissance de la langue grecque pour comprendre les termes dont il se sert. L'orateur cite quelques exemples qui prouvent que sa nomenclature simplifie, au lieu de l'embarrasser, la définition des maladies.

M. Robinet, à propos des quatre malades qui ont succombé à la Charité pendant le cours du traitement auquel les a soumis M. Piorry, demande si l'autopsie a confirmé l'exactitude des dessins tracés sur eux durant la vie et si l'exploration cadavérique a constaté des traces d'amélioration par suite du traitement employé.

M. Bricheteau proteste contre cette assertion de M. Piorry, qui prétend que les médecins considèrent généralement la phthisie pulmonaire comme incurable. Il rappelle ses travaux sur cette affection et cite les succès que lui ont procurés certaines méthodes de traitement, entre autres le tartre stibié.

M. Caventou, reprenant l'observation présentée par M. Londe, la rectifie au point de vue chimique. L'arséniate de soude, dit-il, n'est point volatile, et il ne peut le devenir que par sa transformation en *arsénite,* sous l'action de principes organiques qui se développent par la combustion. Ce sont donc des vapeurs d'acide arsénieux que le malade en question a absorbées.

M. Chatin dit que beaucoup de médecins croient à l'antagonisme du goître et de la phthisie pulmonaire et fait ressortir le tort que cette doctrine, si elle était vraie, apporterait à la prétention de faire servir l'iode, si efficace contre le goître, à la curation de la phthisie. Heureusement, ajoute-t-il, cette contradiction n'est qu'imaginaire, car dans les pays où le goître est endémique, la phthisie n'est nullement rare. C'est à ce point que les praticiens de ces contrées regardent la tuberculisation des poumons comme le dernier degré de la cachexie qui engendre le goître.

M. Piorry, répondant à M. Robinet, avoue que les autopsies n'ont pas été faites, et regrette de ne pouvoir apporter ce moyen de contrôle à l'appui de ses opinions. Mais sa confiance dans les renseignements que lui procurent l'auscultation et la plessimétrie est telle que la confirmation *de visu* n'y ajouterait absolument rien. M. Piorry propose, à qui le voudra, de lui en donner des preuves irrécusables. Quant à la réclamation de M. Bricheteau, M. Piorry l'accepte, et reconnaît toute l'importance des travaux de ce savant praticien, sur le sujet en discussion.

Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical.

M. le docteur C. Devilliers lit sous ce titre un travail que nous publierons dans un prochain numéro.

CORRESPONDANCE.

En attendant que nous puissions publier le travail que nous annonce M. Gillebert-d'Hercourt, nous croyons de notre devoir de publier le passage suivant d'une lettre qu'il nous adresse, le seul qui puisse intéresser nos lecteurs :

Monsieur le rédacteur,

Tout ce qu'a pu écrire M. Fleury n'empêche pas que je soutienne la rationnalité et l'exactitude des faits que j'ai avancés, voire même l'à-propos de la citation que j'ai faite des recherches de M. Edwards, et que je sois prêt à les défendre contre M. Fleury, s'il plaît à mon confrère de maintenir la discussion dans des termes dignes de médecins qui se respectent.

A la prétention exorbitante de me croire assez fort pour lutter contre M. Fleury, j'ajoute l'engagement, téméraire sans doute, de prouver que les *trois* expériences de mon adversaire sont parfaitement insignifiantes, en ce qui concerne *l'effet dépuratif* (1), but final de toute sudation, et sur lequel, probablement, les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* eussent désiré être édifiés par les *Recherches expérimentales sur la sudation.*

Agréez, etc. GILLEBERT-D'HERCOURT.

(1) Nous devons faire observer que M. Fleury, dans l'article auquel il est fait allusion, ne s'est nullement proposé de démontrer l'effet dépuratif des sudations.

— M. le professeur PIORRY reprendra sa clinique le mardi 31 janvier. Il fera quelques leçons sur les saignées. — La visite aura lieu à 8 heures, la leçon à 9 heures, deux fois par semaine, le mardi et le samedi.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RACLE. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, chez Victor Masson, libraire, et au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 12. 2e année. Samedi 28 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et les nos 1, 2, 3, 4, 9 et 10 du tome 2.*)

Ces recherches et ces conclusions m'ont naturellement conduit à examiner, à mon point de vue, les diverses préparations que M. Cadet-Gassicourt, sous le nom de pastilles des convalescents ; Bourgeois, sous celui de pastilles alimentaires d'osmazôme, etc., ont répandues, et si elles sont alimentaires ou nutrimentaires. C'était faire l'expérience sur du bouillon ordinaire, puisqu'elles ne sont, en général, que des bouillons concentrés.

Voici d'abord un tableau des réactions que j'ai trouvées comparativement à la décoction de fibrine, à l'extrait de viande qui a servi à mes expériences et à ces diverses préparations :

RÉACTIFS.	DÉCOCTION de fibrine.	OSMAZOME de mes expériences	PASTILLES de M. Cadet-Gassicourt.	PATE Delaroi.	PASTILLES d'osmazôme de Bourgeois.
Chaleur	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide acétique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Acide nitrique	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.	Rien.
Alcool	Précipité soluble dans l'eau.	Précipité soluble dans l'eau.	Précipité soluble dans l'eau.	Précipité.	Précipité.
Noix de galle	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité soluble dans l'acide nitrique.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlore	Trouble.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	
Chlorure d'étain	Trouble.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Chlorure de platine	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Acétate de plomb	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Sous-acétate de plomb	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Nitrate d'argent	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Précipité.
Sulfate d'alumine	Trouble.	Précipité.	Précipité.	Trouble.	Trouble.
Réaction	Acide.	Acide.	Acide.	Acide.	Acide.

Avec la préparation de M. Gassicourt, j'ai fait 5 injections :

1° *Injection de 1 gramme dans 30 grammes d'eau.*

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 12 h. après l'injection.	URINES des 20 heures après.	URINES avant.
Chlorure de platine	Précipité.	Précipité.	Trouble.	Rien.
Noix de galle	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Nubécule.

2° *Injection de 80 centigrammes.*

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 12 heures après.	URINES des 12 heures avant.
Chlorure de platine	Précipité.	Louche.	Rien.
Noix de galle	Précipité.	Trouble beaucoup.	Rien.
Sulfate d'alumine	Trouble.	Trouble.	Rien.

3° *Injection de 65 centigrammes.*

RÉACTIFS.	SUBSTANCE injectée.	URINES des 6 heures suivantes.	URINES des 18 heures suivantes.	URINE AVANT.
Chlorure de platine	Précipité.	Trouble.	Rien.	Rien.
Noix de galle	Précipité.	Précipité.	Précipité.	Nubécule.
Sulfate d'alumine	Trouble.	Louche fort léger.	Louche fort léger.	Rien.

Ces expériences se contrôlent toutes l'une l'autre et mènent à ranger cette préparation au même titre que l'extrait de viande que j'ai préparé moi-même et injecté, et qui n'a qu'une qualité nutrimentaire inférieure.

80 *centigrammes de pâte Delaroi* firent de même.

RÉACTIFS.	SUBSTANCE INJECTÉE.	URINES des 12 heures suivantes.	URINES des 12 heures avant.
Chlorure de platine	Précipité.	Précipité.	Rien.
Noix de galle	Précipité abondant.	Précipité abondant.	Nubécule.
Sulfate d'alumine	Précipité.	Trouble.	Rien.

75 *centigrammes de pastilles d'osmazôme de Brunet* se comportèrent de même, c'est-à-dire comme toute osmazôme.

RÉACTIFS.	SUBSTANCE INJECTÉE.	URINES 12 heures après.	URINES 12 heures avant.
Chlorure de platine	Précipité.	Louche léger.	Rien.
Noix de galle	Précipité.	Précipité.	Nubécule.
Sulfate d'alumine	Léger précipité.	Léger précipité.	Rien.

Je reviendrai sur ce sujet dans un mémoire qui sera la suite et le complément de celui-ci.

L'examen que je viens de faire, en montrant qu'il existe une plus grande variété de nutriments que d'aliments, puisque l'aliment, l'albumine par exemple, donne naissance à deux nutriments, l'un produit par l'action de l'eau bouillante, l'autre par l'action du principe digestif, m'éloigne complétement de l'idée

que je m'étais formée au début de mes recherches, à savoir qu'il n'existe qu'une matière alibile unique : sorte de type qui naîtrait des aliments quels qu'ils soient ; type unique d'où partirait toute substance organisée dans notre corps.

Cette idée d'un seul aliment comme dernier terme est, depuis Hippocrate, celle des plus illustres physiologistes. Ce n'est que forcé par les faits que je la quitte.

Si tous les aliments, quels qu'ils soient, se résolvaient en dernier terme à une substance unique qui serait le nutriment, comment se ferait-il qu'une des plus belles séries de recherches physiologiques sur la digestion, celle de la commission dite de la gélatine, et celles des recherches qui lui ont donné naissance, aient conduit à ce résultat, pourtant bien frappant, qu'un seul aliment, la gélatine, par exemple, ou l'albumine ou la fibrine, laisse périr, faute de nutrition, les animaux qu'on nourrit exclusivement avec elle (je ne parle que des aliments azotés) ?

Si le nutriment était unique, pourquoi ne suffirait-il pas, venu d'un seul aliment ?

On aurait pu ou dû prévoir déjà, que, s'il faut plusieurs aliments, c'est que chacun donne une substance, un nutriment différents.

Ce mémoire, je pense, démontre que non-seulement, en effet, chaque aliment donne naissance à un nutriment ; mais encore, suivant les actions que subit l'aliment (action de la chaleur de l'eau bouillante, action du principe digestif), il donne plusieurs nutriments.

Non-seulement chacun de ces nutriments diffère chimiquement l'un de l'autre, comme différait chaque aliment ; mais chacun diffère aussi dans son aptitude à être assimilé, c'est-à-dire que chaque nutriment a, pour ainsi dire, un degré nutrimentaire propre, et paraît être utilisé dans l'organisme d'une manière différente.

Lorsque le médecin veut nourrir, par des nutriments, les malades dont l'estomac ne digère point, il doit, non-seulement leur administrer des substances directement assimilables, sans travail de l'estomac, des nutriments ; mais encore administrer, non point un seul nutriment qui laisserait périr, comme ferait un seul aliment, mais une préparation nutrimentaire contenant une réunion de plusieurs nutriments ou de la plupart, comme l'homme sain mange à ses repas une réunion de plusieurs aliments.

Une telle préparation nutrimentaire peut être donnée sous forme de bouillon, ou mêlée aux gelées, aux sauces, aux aliments, laissant ainsi l'organe agir dans la mesure de ses forces sur ces derniers, tout en fournissant à l'économie, à cause des nutriments, beaucoup plus de substance directement assimilable que l'estomac, par son action sur ces mêmes aliments, n'aurait pu lui en fournir.

Les prises et les cuillerées nutrimentives, ces préparations nutrimentaires, forment l'ensemble d'une réforme dans l'alimentation des malades que je propose avec la foi la plus vive, et d'une méthode rationnelle s'il en fut, que j'appelle méthode nutrimentaire.

Le présent Mémoire n'en est-il point *la preuve physiologique* évidente et incontestable ?

Je ne pense point qu'il puisse rester de doute aux médecins, sur la *rationnalité* de son emploi, et après la vue des préparations qui en sont les moyens, sur la *facilité* de cet emploi chez tous les malades, même les plus délicats.

Les exemples de guérison qui ont été déjà publiés, et ceux qui suivront mon Mémoire, donneront *la preuve thérapeutique* de l'efficacité de l'emploi de cette méthode.

J'ai le ferme espoir que l'amour que chacun de nous porte à ce qui souffre, viendra, en dépit de tout, m'aider dans une œuvre de bien, et engagera chacun à rechercher et publier des preuves nouvelles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos 7, 8, 9, 10 et 11 du tome 2.*)

Dans la troisième observation, l'usage de ce médicament a été continué, pendant nombre de jours, jusqu'à la dose de 3 centigrammes. Il y a eu convulsions plus ou moins fortes, mais peu de résultats avantageux pour la paraplégie.

Dans la quatrième observation, le même médicament est rapidement porté à 3 centigrammes. Sous son influence, les membres reprennent leurs mouvements, la marche se rétablit, mais il reste encore une certaine faiblesse.

Dans la sixième observation, où il s'agit d'une vieille paraplégie d'un an de date, après avoir obtenu une amélioration assez prononcée par les anti-spasmodiques, la strychnine, donnée à l'intérieur pendant un temps assez prolongé et portée graduellement jusqu'à la dose énorme de 5 cent., qui est considérée comme dose éminemment toxique, procure une guérison complète. C'est là, sans doute, le plus beau triomphe de ce médicament.

Enfin, dans la septième observation, la strychnine a été employée en même temps par la méthode endémique et à l'intérieur. Un jour qu'on avait saupoudré les vésicatoires avec 10 centigrammes de ce médicament et que la malade en avait pris 4 centigrammes à l'intérieur, celle-ci fut prise d'un tremblement général, de convulsions avec perte de connaissance qui durèrent cinq heures. Quand elle revint à elle, la paraplégie avait cessé.

Les tremblements, les convulsions et tout le cortége parurent être une attaque hystérique suscitée par le médicament.

En somme, trois guérisons, une amélioration, sur cinq cas, donnent à la strychnine une immense valeur pour le traitement de la paraplégie hystérique.

Nous n'avons fait l'application de l'électricité que par électro-poncture ; c'est la manière la plus active de mettre cet agent en action. Nous l'avons employée dans les 2e et 3e observations.

Dans la première, six séances procurèrent une amélioration, sans guérir ; dans la 3e observation, au bout de six séances, il n'y avait aucune amélioration, et la malade ne voulut plus en continuer l'usage.

Les effets de l'électricité sont donc loin d'être aussi favorables que ceux de la strychnine, et pourtant, si faibles qu'ils puissent paraître, elle doit être mise en avant dans une affection si bizarre, qu'après avoir résisté à tout, elle disparaît quelquefois spontanément.

Avant d'user de l'électro-poncture, il serait cependant convenable d'agir avec les courants continus ou intermittents de l'électricité d'induction et par simple contact. Cette façon de procéder fait connaître les parties de membre qui sont privées de la sensibilité ou de la motilité, ou des deux à la fois. C'est un moyen de diagnostic. Une fois ces notions acquises, on fait arriver spécialement l'électricité sur les points spécialement affectés, en graduant, suivant les besoins, l'intensité des courants. M. le docteur Fleury dit, dans son *Traité d'hydrothérapie,* avoir obtenu d'excellents résultats des applications externes d'eau froide à titre d'excitant de la motilité et de la sensibilité dans les paralysies hystériques. Il ne cite aucune observation en particulier. Ces applications doivent naturellement trouver place dans le traitement de la paraplégie ; toutefois elles ne doivent guère être considérées que comme adjuvants de plus ou moins haute importance.

Dans la paraplégie consécutive à la fièvre typhoïde, le traitement n'a pas été très-varié. Dans tous les cas, une nourriture réparatrice, l'usage du vin, des toniques, tels que le fer, le quinquina, les frictions irritantes sur les membres, ont été mis en avant.

Quelquefois, ce simple traitement a procuré un peu d'amélioration, mais jamais une guérison rapide.

Une fois sur sept, nous avons soumis le malade aux bains de vapeur pendant un temps assez long, et ils ont paru faire du bien (16e *obs.*).

Dans un autre cas, le malade a été soumis aux bains sulfureux, conjointement avec l'électro-poncture, il y a eu grande amélioration et guérison complète ensuite, rien que par l'électro-puncture (12e *obs.*).

Dans trois cas, nous avons promené des vésicatoires nombreux sur les membres paralysés ou sur le rachis, et on saupoudrait les plaies avec de la strychnine (11e, 13e et 16e *obs.*). Voici les effets obtenus : guérison complète, après le huitième jour (11e *obs.*); effet nul (13e et 16e *obs.*).

Dans un cas où il y avait quotidiennement des frissons irréguliers parcourant les extrémités inférieures et le rachis, nous avons donné pendant seize jours le sulfate de quinine, jusqu'à la dose de 1 gramme, et amélioration s'en est suivie (13e *obs.*).

Nous n'avons donné la strychnine à l'intérieur que dans un cas (16e *obs.*): il y a eu amélioration; le malade prenait en même temps des bains de vapeur. Ce malade a guéri ensuite complétement, sous l'influence des mêmes bains de vapeur continués et de l'iodure de potassium porté successivement à 5 gr. par jour.

L'électro-poncture a été l'arme que nous avons maniée le plus souvent, et avec le plus de succès, dans cette paraplégie. Nous l'avons mise à contribution dans quatre cas (12e, 13e, 14e et 15e *obs.*).

Dans deux (14e et 15e *obs.*), elle a constitué, avec le régime, l'unique traitement, et les malades se sont trouvés complétement guéris au bout de douze séances chacun.

Dans le troisième, on peut encore rapporter à elle seule la guérison, puisque le malade, qui prenait en même temps des bains de vapeur, et se trouvait mieux au bout d'un certain temps, a été complétement guéri ensuite par l'électro-poncture seule (12e *obs.*).

Enfin, dans le quatrième, elle est venue achever une guérison commencée par le sulfate de quinine (13e *obs.*).

Nous pouvons conclure, de tous ces faits, que le régime réparateur et les toniques doivent préluder au traitement de la paraplégie qui succède à la fièvre typhoïde ou aux fièvres paludéennes graves; que les frictions irritantes sur les membres paralysés peuvent rendre quelques services, ainsi que la strychnine par voie endémique, mais que ces résultats sont loin d'être constants; que la strychnine à l'intérieur ne produit point ici des effets aussi salutaires que dans la précédente paraplégie ; que les bains de vapeur et sulfureux sont des moyens adjuvants qu'il ne faut pas négliger au besoin ; que l'on doit recourir au sulfate de quinine dont on élève les doses quand il se manifeste des symptômes périodiques ; qu'on peut, dans quelques cas, recourir à l'iodure de potassium.

Mais, avant tout, une méthode de traitement doit fixer l'attention et mériter la préférence sur toutes les autres, nous voulons parler de l'électro-poncture, qui guérit deux fois sur quatre, à elle seule, et qui, dans les deux autres cas, complète une guérison commencée.

Dans nos quatre cas de paraplégie par refroidissement, on a employé chaque fois, de prime-abord, les frictions irritantes à la peau et les sudorifiques. Généralement, ces moyens n'ont pas donné de résultats saillants.

Dans un cas (21e *obs.*) où la maladie était rapportée à la myélite, on a saigné trois fois, appliqué des sangsues et des ventouses scarifiées sur le rachis, sans bénéfice aucun.

Dans les quatre cas, on a promené de nombreux vésicatoires sur le rachis ou les membres paralysés, et on les a saupoudrés de strychnine dans trois (19e, 20e et 22e *obs.*). Dans ces trois derniers cas, il y a une amélioration plus ou moins grande, sous l'influence de cette méthode de traitement; dans la 21e observation, les vésicatoires n'ont produit aucun bon effet.

Dans trois cas, l'électro-poncture a fait merveille; elle a amené une guérison prompte et complète (19e, 20° et 21e *obs.*) en cinq ou six séances.

Dans la 22e observation, c'est la strychnine à l'intérieur, et par la méthode endémique qui a procuré la guérison.

Dans ce genre de paraplégie, le traitement doit, en conséquence, être franchement abordé par l'emploi de la strychnine et par l'électricité ; elle ne saurait jamais résister à l'un ou à l'autre de ces moyens, ou à tous les deux combinés. Le cas de paraplégie que le docteur Wite a guérie par le seigle ergoté, après l'inutilité d'autres traitements, doit engager aussi les praticiens à recourir à ce même médicament dans de semblables circonstances.

La paraplégie idiopathique des jeunes enfants ne diffère point, sous le rapport du traitement, de cette dernière. Dans les 9e et 10e observations, on a, à une époque ou à une autre, employé une foule de remèdes plus ou moins usités, et cela sans résultats. Dès que nous avons pu soumettre les jeunes malades à l'usage de la strychnine à l'intérieur et à l'influence de l'électricité, nous n'avons pas tardé à voir une amélioration progressive, puis la guérison complète.

Dans ces deux cas, nous avons employé, concurremment avec les agents précédents, les bains sulfureux qui semblent produire quelques bons effets.

Dans la 8e observation, il n'y a pas eu de traitement employé, puisque le malade est mort avant que nous ayons pu en appliquer un. Mais nos résultats obtenus dans les deux cas précédents, prouvent surabondamment tout le parti qu'on peut tirer, en pareille circonstance, de l'usage combiné de la strychnine et de l'électricité ; il prouverait même que, quelque ancienne que soit l'affection, on est en droit d'espérer de la vaincre par ce mode de traitement. On doit prendre des précautions bien grandes, en administrant la strychnine aux jeunes malades; il convient de commencer par de très-petites doses, 2 milligrammes, par exemple, pour arriver successivement et suivant la tolérance, à des doses plus élevées. Nous avons pu donner jusqu'à un centigramme et demi à un enfant de six à sept ans.

L'électricité produit certainement plus d'effet, quand on la porte sur les radicules nerveuses ou les cordons nerveux eux-mêmes, au moyen d'aiguilles implantées; mais comme ce mode suscite des douleurs violentes, il faudra, dans quelques cas, la simple application des pôles sur la peau, en choisissant bien les régions à mettre en contact.

Dans la paraplégie saturnine, le traitement doit s'adresser d'abord à l'empoisonnement lui-même. Dès qu'on a quelque certitude de l'avoir combattu victorieusement, il faut, en même temps que les malades sont soumis à un régime réparateur, à un air pur, employer d'emblée l'électricité.

Nous redouterions ici, et *à priori,* les effets de la strychnine sur des constitutions déjà si maltraitées par les émanations de plomb.

Notre malade (23e *obs.*) est un exemple frappant de ce que peut produire l'électricité dans cette occasion. Comme on peut s'en assurer, la cure ne s'est point fait attendre longtemps, et cependant les membres étaient atrophiés d'une manière prononcée.

En thèse générale, le traitement de la paraplégie idiopathique, quel que soit le genre auquel elle appartienne, trouve, dans la strychnine et l'électricité, les moyens les plus énergiques comme les plus sûrs pour sa guérison.

Il est un ordre de faits qui corrobore les données fournies ici par l'expérience clinique, au sujet de l'électricité.

Quand, par inhalations chloroformiques, on a produit le relâchement musculaire et l'insensibilité, ce qui n'est qu'une paralysie générale et momentanée des organes de la vie de relation, le meilleur moyen de dissiper cette paralysie, comme le plus prompt, est l'emploi de l'électricité. Nos expériences, répétées par MM. Jobert (de Lamballe) et Robert, ont définitivement et irrécusablement établi cette vérité.

2e CLASSE. — Paraplégies symptomatiques.

Nous avons été contraint de placer parmi les symptomatiques la paraplégie qui se lie au rhumatisme et à la goutte. Il est très-vrai que l'absence de toute lésion des centres nerveux en fait une vraie paraplégie essentielle : mais la même absence de lésion a lieu dans la paraplégie symptomatique d'une altération du sang,

et cependant celle-ci rentre de droit dans la classe des symptomatiques.

Quoique le principe rhumatismal ou goutteux ne soit point rigoureusement défini dans la science et qu'il n'y ait que des hypothèses plus ou moins probantes sur sa nature, la pluralité des médecins l'admettent comme un principe morbide distinct.

Dès lors ne sommes-nous pas excusable d'appeler symptomatique la paraplégie qui, d'une façon ou d'autre, trouve son explication dans ce principe même, sans laisser pourtant de traces de lésions sur le cerveau, la moelle ou leurs annexes?

Nous avons huit observations qui nous permettent de tracer l'histoire de la paraplégie symptomatique. Dans ces observations, il s'agit trois fois de paraplégie goutteuse ou rhumatismale, trois fois de paraplégie symptomatique d'une compression mécanique de la moelle, et deux fois de paraplégie liée à l'anémie globulaire consécutive à des hémorrhagies.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique n'est pas riche de données dans cette classe de paraplégies. Pour notre propre compte, nous n'avons eu qu'une seule fois l'occasion de porter l'investigation sur le cadavre (30e *obs.*) ; mais si les révélations nécropsiques font défaut, il est d'autres lumières qu'on peut recueillir sur le vivant. C'est ainsi que, deux fois, nous avons pu constater une excurvation de quelques vertèbres constituant une tumeur dorsale, et rendant parfaitement compte de la compression subie par la moelle dans certains points de son étendue (29e et 31e *obs.*).

Dans le cas où nous avons eu l'occasion de faire l'autopsie, nous avons rencontré une altération fort remarquable de toute la moitié antérieure du sacrum et du corps des deux dernières vertèbres lombaires, et dont on peut lire la relation dans l'observation même.

La moelle, flétrie, atrophiée dans les points correspondant au rétrécissement du canal osseux, ne laissait voir aucune de ces lésions qui accompagnent l'atrophie inflammatoire. Elle ne présentait ni ramollissement, ni induration, ni trace de pus ou de concrétions plastiques, de pseudo-membranes organisées.

On voyait parfaitement que c'était par suite d'une compression lente, graduée, qu'elle était arrivée à cet état atrophique consécutif. Cette observation rentre donc de rigueur dans notre sujet, puisqu'aucun signe de myélite n'a pu être découvert sur le cadavre.

Dans les deux autres observations (29e et 31e *obs.*), où la compression a été palpable sur le vivant, il manque, d'une manière presque absolue, à côté de cette cause toute mécanique, les signes fondamentaux de la myélite, que tout observateur un peu exercé est à même de préciser.

En effet, quand on pense que, dans l'un et l'autre cas, des douleurs toutes locales et osseuses ont précédé d'un temps plus ou moins long l'incurvation des vertèbres; quand on pense que ce n'est qu'après l'apparition de cette incurvation que la paraplégie s'est montrée ; quand on réfléchit enfin que la paraplégie, limitée aux extrémités inférieures, n'a jamais gagné en haut vers les extrémités supérieures, comme cela arrive assez généralement à la suite de la myélite, on reste convaincu que ce phénomène morbide a été purement et simplement le résultat de la compression de la moelle sans inflammation ; et s'il fallait apporter une dernière preuve à l'appui, nous n'aurions qu'à citer l'issue de ces deux cas, issue éminemment heureuse, la paraplégie diminuant aussitôt que les malades étaient mis dans une situation qui faisait diminuer la compression exercée sur la moelle.

Symptômes et marche de la paraplégie symptomatique.— Dans tous les cas, cette paraplégie est précédée, pendant un temps plus ou moins long, de l'affection dont elle tire sa source, dont elle est symptomatique. C'est ainsi que les sujets ont été affectés à des époques différentes et plus ou moins longtemps, de goutte, de rhumatisme, qui ont laissé parfois des traces non douteuses de leur passage. C'est ce qui a lieu, en effet, pour les 27e et 28e observations. Chez le sujet de la 27e observation, quelques articulations des membres supérieurs conservaient encore, au moment où il nous fut donné de le voir, des nodosités, des concrétions dans leur intérieur, ou un engorgement des parties ligamenteuses, tandis que rien de semblable n'existait dans celles des membres inférieurs.

Quelquefois, outre des indices de l'affection goutteuse que le sujet porte avec lui, on trouve dans sa famille un ou plusieurs membres qui ont été sujets à la même maladie, ce qui laisse présumer une influence héréditaire (26e *obs.*).

Les urines elles-mêmes peuvent présenter les mêmes caractères que dans la goutte, c'est-à-dire contenir des lithates d'ammoniaque (26e *obs.*).

La paraplégie est-elle symptomatique de l'anémie globulaire, ce n'est qu'après des pertes considérables de sang, suivie de tous les symptômes d'anémie et notamment de l'aspect chlorotique, des bruits de souffle au cœur et aux carotides, qu'elle apparaît. C'est, au moins, ce qui résulte des 24e et 25e observations.

Que si, par contre, la paraplégie est la conséquence d'une compression mécanique exercée sur la moelle, on voit apparaître, bien avant la paraplégie, des phénomènes morbides qui accompagnent la lésion qui détermine cettecompression. Dans nos trois observations (24e, 25e et 26e), il en a été ainsi. Quelquefois c'est un abcès traumatique développé autour d'une vertèbre contuse ou fracturée, qui est le point de départ de la compression, et par suite de la paraplégie. L'existence d'un abcès semblable doit donc éveiller l'attention ; c'est un symptôme très-important dont on doit tenir rigoureusement compte. C'est un point que le docteur Bigot a signalé catégoriquement dans sa thèse de 1845.

Sans doute, il peut arriver que la compression, au lieu de se porter sur la moelle, s'exerce immédiatement sur l'origine des nerfs cruraux ou sciatiques, et que la tumeur qui la produit ait un développement assez rapide pour ne laisser aucun temps de séparation appréciable entre son évolution et l'apparition de la paraplégie. Mais dans ce cas même, la constatation de la tumeur met sur la voie de la nature de la paraplégie et forme un symptôme caractéristique.

La paraplégie symptomatique peut, après un certain temps d'existence de la maladie fondamentale, survenir tout d'un coup, d'une façon tout à fait spontanée. Tel est le cas de la 24e observation, où la malade, considérablement affaiblie déjà par une hémorrhagie, pouvait néanmoins marcher encore, et qui fut, à un moment donné, privée tout à coup et d'une manière absolue, de la liberté des mouvements dans les extrémités inférieures.

Elle peut se montrer encore avec l'apparence de la simple faiblesse qui accompagne les grandes pertes sanguines ; mais alors la possibilité de remuer, d'agir avec les membres supérieurs et la difficulté ou l'impossibilité de se servir des membres inférieurs, ce qui a lieu progressivement, décèle autre chose qu'une faiblesse pure et simple (25e *obs.*).

Quand la paraplégie succède à la goutte, au rhumatisme, elle ne se montre qu'après des attaques successives et répétées de ces maladies; son début est insensible, insaisissable, à tel point que les malades se font volontiers illusion, et pensent que les membres ne sont que momentanément empêchés de se mouvoir, maltraités qu'ils ont été par la goutte et le rhumatisme, et qu'ils espèrent toujours voir cet état se dissiper d'un instant à l'autre. Il en a été ainsi dans nos 27e et 28e observations.

Quand la paraplégie est symptomatique d'une compression exercée sur la moelle, elle est sourde dans son début, et procède par gradation sous le rapport des désordres de la sensibilité. Puis, après l'apparition de ces derniers troubles, la motilité se trouve assez brusquement anéantie. Dans un cas, nous avons vu des douleurs tenaces, vives, d'abord sur un membre, puis gagnant l'autre, douleurs qui simulaient parfaitement une double sciatique, avant que rien pût nous faire supposer qu'il s'agirait plus tard d'une paraplégie, avant même que l'idée d'une altération du sacrum et des vertèbres lombaires nous fût venue (30e *obs.*).

Si l'attention est fixée sur les désordres de la sensibilité, et que le médecin soucieux explore soigneusement son malade, il

ne tarde pas à découvrir, le long du rachis, ou dans la cavité abdominale, quelque tumeur qui rend un compte suffisant des troubles qu'il vient de surprendre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

De la chorée et de son mode de traitement par la poudre d'écorces de racine d'armoise,

Par le Dr JORET.

La *danse de Saint-Guy*, plus généralement connue sous le nom de *chorée*, est bien l'affection la plus bizarre par ses formes, la plus incertaine dans sa nature, et partant celle contre laquelle on a préconisé, non sans quelque avantage au dire de leurs auteurs, les moyens thérapeutiques les plus divers. Notre intention n'est pas de dérouler ici toutes les médications qui lui ont été opposées; il nous faudrait passer en revue la moitié des agents thérapeutiques. Nous voulons simplement faire connaître dès aujourd'hui, et tâcher de remettre en honneur, un mode de traitement employé dans le dernier siècle, et qui a eu récemment entre nos mains des succès incontestables.

Dans le courant de 1852, ayant eu à traiter, presque coup sur coup, plusieurs enfants choréiques, et désespérant chez quelques-uns d'arriver à un heureux résultat parce qu'ils avaient épuisé déjà tout l'arsenal thérapeutique usité dans cette affreuse maladie, le hasard nous conduisit chez un de nos collègues, le docteur Dufay, qui nous dit avoir retiré les plus merveilleux effets de la poudre d'écorces de racine d'armoise dans la danse de Saint-Guy. Son père avait employé ce remède avant lui avec grand avantage, et lui-même se félicitait tous les jours de suivre les bonnes traditions que lui avait léguées son père. Il nous cita plusieurs cas de guérison qu'il avait observés tout récemment encore, et, avec toute la gracieuseté possible, il nous fit connaître les doses et le mode d'administration de cette précieuse poudre. Si ce bienveillant confrère n'avait pas quitté Paris, il nous aurait donné nombre d'observations qui, jointes à celles qui nous sont propres et que nous rapporterons bientôt, auraient entraîné, à coup sûr, la conviction des plus incrédules, sur l'efficacité réelle de la poudre d'écorces de racine d'armoise dans la chorée.

L'armoise (*Artemisia vulgaris* L.) agit à la manière des toniques excitants. On l'a employée aussi comme anti-spasmodique. Hippocrate et Dioscoride lui ont reconnu des vertus emménagogues; ils ont fait de cette plante des éloges pompeux. Et si l'on réfléchit qu'au lieu de la poudre, ces maîtres de l'art n'employaient alors que l'infusion ou la décoction de la plante entière, on s'étonnera moins d'apprendre que plusieurs siècles ensuite on ait retiré de la poudre d'armoise des effets plus manifestes encore. Aujourd'hui il n'est pas de praticien qui ne sache que de la bonne ou mauvaise préparation d'une plante, quelle qu'elle soit, dépend tout le succès d'une médication; que pour avoir un bon médicament dans ce genre, il faut en faire la récolte dans un temps approprié; en opérer la dessiccation avec soin, et se servir, de préférence à toute autre préparation, de la poudre même de la plante, qui devra être conservée à l'abri de l'air et de la lumière. Pour preuve de ce que nous avançons, il nous suffira de rappeler qu'avant la découverte de la digitaline par notre honorable confrère et ami le docteur Homolle, de toutes les préparations usitées de la digitale, l'infusion avec la poudre récente et convenablement préparée était celle qui donnait les meilleurs résultats thérapeutiques; qu'après elle venaient se ranger, dans l'ordre de leur efficacité, l'extrait aqueux, puis l'extrait alcoolique, et qu'enfin la teinture éthérée de digitale n'agissait sur l'économie que par son véhicule. Nous avons suffisamment démontré cette vérité, il y a vingt ans, dans un travail inséré dans les *Archives générales de médecine* (2e série, t. 4), intitulé : *Considérations physiologiques et thérapeutiques sur la digitale pourprée.*

Nous n'insisterons pas davantage sur ce fait. Tous nos confrères en auront senti comme nous toute l'importance.

En général, il convient de faire la récolte des racines au printemps, c'est-à-dire au moment où la séve passe de la racine dans la tige. On les émonde convenablement, on les décortique et on en rejette tout le ligneux; après quoi on fait sécher à l'ombre; enfin, on pile dans un mortier recouvert et on tamise. La poudre, qui doit être très-fine, est conservée dans des flacons de verre que l'on recouvrira de papier noir. Celle que nous avons employée dans nos expériences avait été préparée d'après ces indications par un pharmacien de notre quartier, M. Pérénès, notre habile et consciencieux manipulateur.

Elle offrait les caractères suivants :

Poudre impalpable grisâtre, d'une odeur aromatique vireuse très-prononcée, d'une saveur légèrement âcre; elle provoque à l'éternuement quand on la respire.

Habituellement, on la prend dans de la bière. Nous l'avons administrée aussi dans de l'eau sucrée. On pourrait la donner en infusion. Les doses varient en raison des âges.

Chez les enfants de 10 à 15 ans, nous en donnons :

4 grammes, le 1er jour, en 2 paquets égaux.
8 — le 2e — en 3 paquets.
16 — le 3e — en 4 paquets.

Chaque paquet est délayé dans un verre de bière que le malade prend à deux heures d'intervalle l'un de l'autre, et autant que possible à jeun, ou une heure avant de manger et deux heures après avoir déjeuné ou dîné.

Chez les enfants plus jeunes, on diminue les doses de moitié.

Après cette première prise, on laisse reposer les petits malades pendant une huitaine; puis on recommence à dose égale ou plus forte, selon les effets produits. Il n'est pas rare d'observer une agitation plus grande et des mouvements convulsifs plus désordonnés, chez les choréiques, pendant les trois jours de l'administration du remède; mais souvent aussi, vers le quatrième jour, on observe un changement notable dans leur état : les jeunes malades éprouvent un sentiment de somnolence très-prononcée, avec constriction des tempes, et quelquefois léger trouble de la vue, sans céphalalgie. Ils sont comme courbaturés. Cette action de la poudre d'armoise sur le cerveau dénote une prochaine guérison. On l'obtiendra presque à coup sûr, à la deuxième ou à la troisième prise, sans qu'il soit besoin d'augmenter les doses.

Dans le cas contraire, si les petits malades n'ont éprouvé aucun des effets que nous avons mentionnés, on devra porter les doses de la poudre d'armoise à :

8 grammes, le 1er jour.
16 — le 2e —
24 — le 3e —

On attend une semaine encore, pour recommencer ensuite.

Nous n'avons jamais dépassé ces doses. Dans quelques cas, il peut être nécessaire de les continuer de semaine en semaine, pendant un mois et plus. Toutefois, si, à la seconde prise, c'est-à-dire après la première quinzaine du traitement, les choréiques n'avaient rien ressenti de ce trouble fonctionnel cérébral que nous avons noté, il deviendrait inutile de persévérer dans l'emploi de la poudre d'armoise : elle n'amènerait qu'un insuccès; c'est au moins ce que l'observation nous a appris.

Les faits suivants démontreront, mieux que nous ne pouvons le dire, l'efficacité de la poudre d'écorces de racine d'armoise, dans la danse de Saint-Guy.

1re *Observation.* — *Chorée datant de deux ans, et s'aggravant par l'apparition d'un rhumatisme articulaire aigu. — Insuccès des frictions de diverse nature et des vésicatoires sur l'épine dorsale; de l'eau douce et de l'eau de mer employées en bains et en immersions; des bains de vapeur et des douches fumigatoires. — Succès momentané du fer et des pilules de Méglin, etc., etc. — Guérison parfaite, par l'emploi de la poudre d'écorces de racine d'armoise.* — E. K..., âgé de 11 ans, est un garçon fort et très-bien constitué; il a toujours eu cependant un peu de bouffissure de la face; il

n'a pas eu d'autre affection que la rougeole, à l'âge de 7 ans. A une grande intelligence, il joint un jugement sain. Ses parents ont remarqué qu'il avait toujours eu de la difficulté à écrire, par suite d'une agitation spasmodique des doigts et du bras. Il ne faisait que griffonner. Dès l'âge de 5 à 6 ans, il a offert des grimaces choréiques. Un peu plus tard, on a remarqué qu'il traînait une jambe en marchant. Enfin, on n'a pas tardé à constater ensuite des soubresauts dans tous les muscles du côté gauche. Ces troubles de la motilité n'avaient amené aucun changement dans la vie organique, et jusqu'en février 1850, le jeune E. avait continué ses études classiques dans lesquelles il faisait de notables progrès, lorsqu'il fut pris d'un rhumatisme articulaire qui a envahi successivement tous les membres. On a fait de larges applications de sangsues sur les articulations malades, le sulfate de quinine a été administré à haute dose; à ces moyens, on a joint des bains simples et des bains fumigatoires aromatiques. Enfin, après six semaines de durée, l'arthrite a disparu, mais la chorée a visiblement augmenté. Tout le côté gauche et la tête étaient continuellement en mouvement. E... ne pouvait pas tenir le bras gauche plié. Pour prendre ses aliments ou porter son verre à la bouche, il faisait mille contorsions.

Dans le mois de mai 1850, cette agitation nerveuse augmente sensiblement. Tout le tronc est soumis à des soubresauts, et la marche ne s'effectue qu'en sautillant. On emploie tour à tour les bains d'eau douce froide et les bains d'eau de mer. On fait usage en même temps des pilules de Méglin, et on frictionne tout le corps avec de l'eau-de-vie camphrée. Sous l'influence de ces divers moyens, la maladie diminue d'intensité peu à peu, et, au bout de quatre mois, la guérison semble bien établie. E... conserve seulement de la difficulté dans la prononciation; on voit que la langue est agitée de mouvements convulsifs, mais sa démarche est à peu près assurée, et il est maître des mouvements des extrémités supérieures.

En octobre, il est assez bien pour pouvoir reprendre ses études classiques; il les continue sans interruption, jusqu'en juin 1851. A cette époque, le rhumatisme articulaire reparaît sous forme aiguë; en même temps, les symptômes de la chorée reviennent: d'abord très-faibles en juin, ils acquièrent leur plus grand degré d'intensité en septembre; diminuent en octobre, et cessent encore une fois au mois de décembre de la même année.

Pendant ces six derniers mois, le malade avait été soumis aux traitements suivants:

On lui fit prendre, comme la première fois, le sulfate de quinine à haute dose. On a pratiqué, sur la colonne vertébrale et sur toutes les articulations malades, des frictions avec l'huile de palme et avec le baume opodeldoch. Les bains fumigatoires, les bains et les immersions dans l'eau de mer ont été mis en usage. La chorée ne cédant pas, on a placé successivement trois vésicatoires le long de l'épine dorsale; ils n'ont pas amendé la maladie. L'usage des pilules de Méglin, de l'eau ferrée et du vin de quinquina a semblé procurer une amélioration; on les a continués jusqu'en décembre; c'est alors que le calme s'est rétabli, que le jeune K.... a pu reprendre ses études pendant un mois ou six semaines au plus.

Nous étions au mois de janvier 1852. E. K.... qui avait éprouvé encore quelque légère atteinte de ses douleurs articulaires (il souffrait alors de l'aine gauche), fut repris une troisième fois de la chorée à la suite d'une très-vive contrariété provoquée par une légère punition de ses maîtres. Il était, comme tous les choréïques, très-irascible et capricieux. A dater de cette époque jusqu'au mois de mars 1852 qu'il nous fut amené de Bretagne à Paris, la maladie avait fait de rechef des progrès considérables. Lorsque nous vîmes le malade, il pouvait à peine se tenir debout. Il ne restait pas un moment en place, il ne parvenait à faire quelques pas qu'au moyen d'un bras. Très-souvent encore il tombait. Tous les muscles de la face étaient, comme ceux des membres et du tronc, dans une agitation continuelle. On le faisait manger comme un enfant parce qu'il ne pouvait plus saisir ses aliments et les porter à la bouche. La prononciation était très-difficile, la déglutition l'était aussi parfois. Dans la rue on aurait dit un homme ivre. Différemment il jouissait d'une parfaite santé. Son sommeil était calme, son appétit toujours bon et ses digestions faciles. Depuis la disparition de son arthrite comme avant il n'avait pas eu le moindre accès de fièvre. Par extraordinaire, sous l'influence d'une chorée aussi longue et aussi intense, la mémoire de cet enfant n'était pas aussi fidèle, mais ses facultés intellectuelles s'étaient développées avec les progrès de la maladie. Le plus souvent c'est le contraire qui s'observe.

En présence d'une affection aussi tenace, qui datait de plusieurs années, et qui s'était considérablement aggravée dans les deux dernières; après les nombreux moyens thérapeutiques qui avaient été mis en usage chez le jeune K...., sans succès aucun, par un habile médecin de la Bretagne, nous résolûmes de prendre l'avis de quelques-uns de nos confrères avant d'entreprendre un nouveau traitement.

MM. les docteurs Pidoux et Sarrazin, consultés, conseillèrent l'usage du fer réduit par l'hydrogène, les bains sulfureux et la gymnastique.

Du 10 au 31 mars 1852, le malade a pris régulièrement matin et soir, 10 centigrammes de poudre de fer, un bain sulfureux tous les deux jours, et une leçon de gymnastique d'une demi-heure d'abord et d'une heure ensuite tous les jours.

Aucun changement notable n'a eu lieu dans l'état du malade. Certains jours il était moins agité, mais le lendemain il était repris de mouvements convulsifs les plus désordonnés. C'est alors que nous lui administrâmes la poudre d'écorces de racine d'armoise préparée comme nous l'avons dit.

Le 2 avril, il prit dans de la bière 4 grammes de cette poudre en 2 doses, à une heure d'intervalle l'une de l'autre, le matin à jeun.

Le 3, il en prit 8 grammes en 3 doses;
Le 4, — 16 grammes en 4 doses.

Il nous a semblé que durant ces trois jours les contorsions des membres et de la face ont été plus grandes que de coutume.

Le 5, nous observâmes pour la première fois une propension au sommeil accompagnée de lourdeur de tête. Le malade paraissait abattu, comme courbaturé, ce qu'il n'éprouvait pas d'habitude.

Les membres étaient toujours agités de mouvements convulsifs. Nous laissâmes reposer le jeune K jusqu'au 12.

Cet état de somnolence, que nous avions remarqué le 5 et le 6, s'était entièrement dissipé.

Le 12 avril, nous administrâmes 8 grammes de poudre d'armoise en 2 doses;
Le 13, — 16 grammes en 3 doses;
Le 14, — 24 grammes en 4 doses.

Le 15, le 16 et le 17 avril, nous constatons encore une tendance bien prononcée au sommeil, pas de céphalalgie, mais une pesanteur de tête continuelle avec léger trouble dans la vue. Un état de calme succède aux contorsions de la face et de tout le corps. Le malade se tient sur sa chaise pendant tout le temps des repas. Il porte bien plus aisément sa main à la bouche, il peut manger tout seul, sa démarche est plus assurée; il se promène sans l'aide d'un bras.

Cette grande amélioration augmente chaque jour. Nous n'en persistons pas moins dans l'usage de la poudre d'écorces de racine d'armoise, et après l'avoir laissé reposer jusqu'au 20, nous faisons reprendre au jeune K.... :

Le 21 avril, 8 grammes;
Le 22, 16 —
Le 23, 24 —

A dater de cette époque, la guérison a été assurée. Les symptômes cérébraux n'ont pas été plus intenses cette troisième fois que la seconde. Le calme physique a amené le calme moral. Le jeune K.... est devenu moins irascible et moins capricieux; on lui a procuré beaucoup de distractions avant son départ de Paris; il a continué à prendre de temps à autre un bain sulfureux, et durant six semaines après son arrivée en Bretagne, le 5 mai 1852, il a fait usage tous les jours de 10 centigrammes de

fer réduit par l'hydrogène et de 4 grammes de poudre d'armoise tous les huit jours.

Nous devons ajouter que, dans l'intervalle de chaque prise de poudre d'armoise, notre malade a continué la gymnastique et qu'il prenait régulièrement, de deux jours l'un, un bain de Barèges.

Les docteurs Pidoux, Sarasin, Homolle et Fernet ont constaté avec moi cet heureux résultat.

J'ai eu occasion de revoir le jeune K.... au mois de septembre 1853, dix-huit mois après son départ de Paris, il se portait à merveille, n'avait pas éprouvé la moindre atteinte de son mal et poursuivait ses études au collége Saint-François-Xavier.

Les trois observations qui suivent offrent, sous beaucoup de rapports, moins d'intérêt que la première. Toutes trois étaient de date récente et sans gravité : l'une d'elles, dont le sujet était une jeune fille de 16 ans, n'a pas pu être guérie par la poudre d'écorces de racine d'armoise; chez les deux autres, au contraire, elle a eu un plein succès.

2e *Observation. — Chorée datant de deux mois, guérie par la poudre d'écorces de racine d'armoise.* — E. G...., âgée de 5 ans, est affectée de chorée depuis deux mois. Tous ses mouvements sont singuliers; sa marche est incertaine et chancelante, et on croirait à chaque instant qu'elle est sur le point de tomber; elle ne peut pas se tenir assise sur une chaise; elle parle avec beaucoup de difficulté, et les mouvements de la déglutition ne s'effectuent que par saccades, comme ceux de la marche et de la phonation.

Les muscles de la face sont fortement agités ; l'enfant ne peut que très-difficilement porter ses aliments à la bouche, c'est surtout dans ces moments qu'elle fait les plus affreuses grimaces. Lorsque je la vis le 2 août 1852, elle avait été soumise déjà aux bains et aux immersions dans l'eau froide ; on lui avait administré l'extrait de valériane en pilules, à la dose de 20, puis 30 et 40 centigrammes chaque jour, depuis une quinzaine environ. La maladie progressait plutôt qu'elle ne diminuait.

Je la soumis au traitement par la poudre d'écorces de racine d'armoise, dont je modifiai les doses de la manière suivante, en raison de son âge :

Le 3 août, 2 grammes en 2 doses;
Le 4, 4 — en 4 doses;
Le 5, 6 — en 4 doses.

Pendant ces trois jours, les mouvements convulsifs furent manifestement plus forts. Le quatrième jour, la petite malade ressentit un peu de pesanteur de tête, avec tendance au sommeil. Elle s'endormit dans la journée sur sa chaise, au milieu de ses jeux.

La nuit qui suivit, elle dormit sans se réveiller pendant dix heures, ce qui ne lui était pas habituel.

Elle ne se plaignit cependant pas plus qu'avant de mal de tête. Les jours suivants, sa contenance était plus ferme ; cette petite amélioration dura trois jours à peine.

Le 13 août, lorsque nous recommençâmes l'administration de la poudre aux mêmes doses que la première fois, la chorée était tout aussi intense qu'auparavant.

Les 13, 14 et 15 août, nous n'observâmes non plus aucun changement notable dans l'état de notre malade.

Le 16, elle nous dit qu'elle avait la tête plus lourde. Elle était triste, elle pleurait, mais elle était aussi plus tranquille dans son petit fauteuil.

Le 17, le calme était manifeste ; Émilie pouvait aller d'un bout de la chambre à l'autre, sans trop chanceler. Elle ouvrait et fermait la porte. Elle se baissait et se relevait aussi avec plus de facilité. Jusqu'au 24, l'amélioration avait été très-sensible. Nous fîmes prendre pendant trois jours encore la poudre d'armoise, aux doses prescrites plus haut, et de la même manière; la malade n'éprouva rien de fâcheux du côté du cerveau, et sa guérison nous parut entière à la fin du mois.

Pour la consolider, je lui fis faire de la gymnastique pendant tout le mois suivant, elle prit un bain sulfureux deux fois par semaine, et soir et matin on lui faisait avaler dans des confitures 2 centigrammes de fer réduit, uni à 10 centigrammes de poudre de racines de colombo.

La santé de cette enfant s'est considérablement améliorée depuis sa guérison. Elle est fraîche et bien portante. Depuis quinze mois bientôt, elle n'a pas eu la moindre atteinte de son mal.

3e *Observation. — Chorée datant de six semaines, guérie par la poudre d'écorces de racine d'armoise.* — Julienne P...., ouvrière en cheveux, âgée de 12 ans, non menstruée, avait toujours été bien portante pendant tout le temps qu'elle avait habité la province. Depuis son arrivée à Paris, il y a un an, elle était pâle, avait beaucoup maigri et se plaignait souvent de mal de tête; son appétit variait beaucoup. Il y a six semaines environ, étant à travailler à son nouvel état, on s'aperçut qu'elle ne faisait plus rien de bien et qu'elle y mettait beaucoup plus de lenteur qu'autrefois ; ses doigts et ses bras particulièrement étaient agités de mouvements spasmodiques involontaires, sa démarche était chancelante; elle s'irritait à la moindre observation de sa maîtresse. Ces premiers symptômes s'aggravèrent, et on me fit mander, dans le mois de septembre 1852, pour lui donner mes soins.

Il me fut facile de reconnaître une chorée bien caractérisée. Je soumis immédiatement la malade au traitement qui m'avait si bien réussi dans les deux cas précédents :

Le 9 septembre, elle prit 4 grammes de poudre d'armoise en 2 doses délayées dans de la bière.
Le 7, — 8 grammes en 3 doses.
Le 8, — 16 — en 4 doses.

Le 9, les mouvements choréiques furent tout aussi intenses que les trois jours précédents pendant lesquels elle avait pris le médicament.

Le 10, elle se plaignit d'une pesanteur de tête et d'un peu de trouble dans la vue.

Les jours suivants, un calme bien manifeste succéda à ces troubles du cerveau, et peu à peu ses mouvements cessèrent d'être involontaires. Cette amélioration ne dura que quelques jours, et le 16 septembre, lorsque nous fîmes reprendre à la malade une seconde dose de la poudre, elle était tout aussi agitée qu'auparavant.

Cette fois, nous portâmes les doses :

à 8 grammes, le 1er jour.
à 16 — le 2e —
et à 24 — le 3e —

Un état de torpeur véritable succéda à l'administration de ces prises. La malade était abattue et tout endormie. Elle ne se plaignait pas de céphalalgie, mais elle accusait un serrement dans les tempes et derrière la tête.

Cet état a persisté le 19 et le 20 septembre. Un calme bien plus manifeste encore que le premier lui a succédé et s'est maintenu définitivement jusqu'au 28, époque à laquelle nous lui avons fait prendre encore, par précaution, une dernière dose de poudre d'armoise égale à la première.

Il y a quatorze mois que Julienne P.... est guérie de sa chorée. Nous ne l'avons plus revue depuis cette époque. Nous sommes porté à croire qu'elle n'a pas eu de rechute. Cette jeude fille n'a pas pris d'autre médicament que la poudre que nous lui avons prescrite, et deux bains froids chaque semaine, pendant toute la durée du traitement.

4e *Observation. — Chorée datant de deux mois. — Insuccès de la poudre d'écorces de racine d'armoise. — Guérison par les bains sulfureux et les pilules de valériane et d'extrait d'opium et de musc, à dose progressive.* — E. C...., couturière, âgée de 16 ans, demeurant rue Mouffetard, est une fille parfaitement constituée. Fraîche et bien portante, elle n'a jamais eu que la rougeole dans son bas-âge. Elle n'est pas encore réglée. Depuis le mois de juin 1852, elle était en proie à

une chorée bien caractérisée, lorsqu'elle se présenta au bureau de bienfaisance du 12[e] arrondissement, pour y réclamer les soins du médecin de service. Le docteur Fernet sachant que je m'occupais de ces sortes d'affections, s'empressa de me l'adresser.

Les 28, 29 et 30 juillet, je lui fis prendre :

4 grammes de poudre d'armoise, le 1[er] jour.
8 — — le 2[e] —
16 — — le 3[e] —

Le lendemain, et les jours suivants, elle fut tout aussi agitée que de coutume; elle ne ressentit ni douleur de tête, ni vertige, aucun des symptômes enfin qu'éprouvent d'habitude les malades que ce traitement a guéris. On la laissa reposer huit jours, après lesquels nous lui redonnâmes d'abord 8 grammes, puis 16 et 32 grammes de poudre d'armoise. Sous l'influence de cette seconde prise, qui était même exagérée, sa chorée ne fut pas modifiée.

Bien convaincu que nous n'obtiendrions rien d'avantageux en persistant dans notre système, sur notre avis, elle fut revoir le docteur Fernet, qui l'a guérie en moins d'un mois, par l'usage des bains sulfureux et des pilules de poudre de valériane et d'extrait d'opium et de musc.

Conclusions. — Nous sommes loin, à coup sûr, de regarder la poudre d'écorces de racine d'armoise comme le *spécifique* de la chorée, et nous ne nous abusons pas au point de la conseiller à l'exclusion de tous les moyens préconisés jusqu'à ce jour; seulement, nous nous croyons autorisé à dire, d'après nos observations : 1° que cette poudre exerce une action spéciale sur les centres nerveux ; 2° qu'elle agit vraisemblablement à la manière des strychnos conseillés par le docteur Foulhioux (de Lyon) et M. le professeur Trousseau ; 3° qu'elle modifie, tout aussi bien qu'eux, la marche de la maladie ; 4° que son mode d'administration est facile, et que son innocuité, sur les principaux organes, permet de la faire prendre sans danger, ce qui n'arrive pas toujours avec la strychnine, l'opium, la belladone, etc., etc.

En définitive, nous croyons qu'associée au fer et aux toniques, en général, lorsque la chorée a pour causes l'anémie et la chlorose, la poudre d'écorces de racine d'armoise procurera des guérisons nombreuses, promptes et durables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un journal d'économie rurale justement accrédité, *l'Agriculture*, en reproduisant notre article sur l'absence du gluten dans certains blés, l'a fait précéder de quelques lignes que nos lecteurs ne liront pas sans intérêt, et que, pour cette raison, on nous permettra de reproduire, malgré l'extrême bienveillance dont elles sont empreintes à notre égard. Ces lignes portent pour titre : *La Presse médicale et la Presse agricole :*

« L'agriculture et la médecine ont la plus grande analogie entre elles. Ce sont deux branches d'un même tronc représenté par les sciences naturelles. L'histoire naturelle, en effet, est la base de la science du cultivateur comme de la science du médecin. L'un apprend à appliquer son savoir au traitement des maladies et à la conservation de la santé de l'homme ; l'autre dirige ses études vers la production de nos subsistances et de tout ce qui est nécessaire à nos besoins dans les diverses conditions de la vie : voilà toute la différence. L'étude de la nature est donc le point de départ de la médecine comme de l'agriculture. Du reste, lorsque les médecins ont voulu s'occuper d'agriculture, on a toujours trouvé dans leurs opérations agricoles le cachet du naturaliste. L'homme qui a rendu le plus de services à l'Europe et notamment à l'Allemagne, au point de vue de la production du sol, est le docteur Thaër, qui quitta la profession de médecin pour fonder la célèbre école d'agriculture de Mœglin. Son traité d'agriculture, en quatre forts volumes, a été le premier monument réellement scientifique élevé pour l'enseignement supérieur de l'art agricole. La science de l'agriculture y est développée d'après tous les principes des sciences naturelles appliquées à l'exploitation du sol dans toutes les variétés.

« D'après le principe incontestable que nous signalons ici, il serait à désirer que la presse médicale fît cause commune avec la presse agricole pour éclairer le pays sur la véritable science de l'agriculture. Les médecins sont, par leurs études spéciales en botanique, en chimie, en physique, en physiologie générale, etc., comme par l'esprit d'observation indispensable à leur pratique, les hommes les mieux disposés à bien comprendre tous les développements théoriques de l'agriculture, et ils pourraient rendre de grands services à nos populations agricoles par leurs conseils ou leurs exemples. Nous ne connaissons jusqu'ici qu'un seul journal de médecine, le *Moniteur des Hôpitaux,* dont M. de Castelnau est le rédacteur en chef, qui ait traité des questions agricoles au point de vue de l'hygiène. Dans son numéro du 10 janvier, le *Moniteur des Hôpitaux* s'occupe, à l'occasion d'une note lue à l'Académie des sciences par M. Millon, des proportions du gluten contenu dans le blé. Voici ce que dit à ce sujet M. de Castelnau : etc. »

Les réflexions qui précèdent sur les liens intimes de la médecine, qui est déjà une science, et de l'agriculture, qui tend à le devenir, sont de la plus grande justesse. Elles montrent combien le médecin instruit de nos campagnes peut avoir d'influence sur l'avancement d'un art dont le progrès devient chaque jour plus indispensable et qui n'importe pas moins à la santé qu'au gouvernement des populations. Principalement consacré à l'exposition et à la propagation des connaissances pratiques de la médecine et de la chirurgie, le *Moniteur des Hôpitaux* ne peut avoir la prétention ni le désir de s'occuper des questions spéciales d'agronomie ; mais toutes les fois que, dans les académies ou ailleurs, surgiront de ces questions mixtes dans lesquelles l'hygiène, la médecine légale ou la médecine pratique est liée à l'agriculture, il s'efforcera, dans la mesure de ses lumières, d'exposer ces questions à ses lecteurs, afin que les médecins des campagnes puissent, à l'occasion, donner à nos agriculteurs des conseils et des renseignements dont ils ont un si grand besoin, et afin que les connaissances des praticiens ne se bornent pas seulement à savoir formuler une potion ou prescrire un lavement. Dans l'état de succès où se trouve le charlatanisme ignorant, c'est surtout par la supériorité intellectuelle que les médecins doivent conquérir la position et l'influence à laquelle a droit la profession. Mais il faut reconnaître que chacun ne fait pas, sous ce rapport, tout ce qu'il pourrait faire, et trop souvent nous avons la triste occasion de constater que certains médecins ne sont supérieurs, absolument que par le titre, aux guérisseurs qui leur font une si rude concurrence. Tant que la profession ne se sera pas débarrassée de ces humiliants intrus, elle ne devra pas aspirer à la considération à laquelle nous désirons qu'elle parvienne.

— La *Presse* emprunte au *Sémaphore* de Marseille la note suivante :

« On a reçu hier à Marseille des lettres de Naples en date du 19, annonçant que la veille le magistrat supérieur de santé avait donné la libre entrée aux passagers venant de France. Cette mesure a été prise en exécution d'une décision de l'autorité supérieure qui supprime les quarantaines imposées aux provenances françaises. Toutefois, une exception a été maintenue pour les colis de marchandises venant de Paris. L'état sanitaire de la capitale étant aujourd'hui excellent, il y a lieu d'espérer que le gouvernement des Deux-Siciles fera bientôt disparaître une exception qui n'a pas de raison d'être. »

Pour être complétement vrai, le *Sémaphore* aurait pu ajouter que, dans aucun cas, les rigueurs dont le gouvernement de Naples, ainsi que beaucoup d'autres, a fait usage, n'ont de raison d'être en ce qui concerne le choléra. Ces rigueurs sont une triste conséquence de l'absurde opinion des contagionistes.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance annuelle le lundi 30 janvier, à deux heures. M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge historique de Blainville.

— M. Leroy (d'Étiolles) vient de recevoir la croix de *commandeur* de l'ordre de la couronne de chêne de Hollande.

— *Association des médecins de la Seine.* — La séance générale annuelle aura lieu le dimanche 29 janvier 1854, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le compte-rendu de la gestion financière de 1853 établit que les recettes, pendant cette année, se sont élevées à 16,422 fr. 50 c. ; les dépenses et l'emploi à 14,964 fr. 50 c.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de l'électricité médicale, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, un choix d'observations, par M. Guitard, D. M., chirurgien, chef interne de l'Hôtel-Dieu et président de la Société médicale d'émulation de Toulouse. (Toulouse, 1854.) — 1 volume in-18 avec six planches, prix : 3 fr. 50 c. A Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine. — A Toulouse, chez Feillès, Chauvin et C[ie]. 1 vol. in-12, prix : 3 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C[ie], RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 13. 2e année. Mardi 31 Janvier 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 30 Janvier 1854.

Séances de l'Académie des sciences des 16 et 23 Janvier.

(**Respiration et calorification dans le choléra. — Classification des blés.**)

La liste des candidats au prix Bréant ne s'est accrue que de dix noms dans les deux dernières séances de l'Académie : c'est moins qu'on ne pouvait craindre. Il est sans doute inutile de dire que nous ne plaçons pas, dans cette liste, le nom de M. Doyère qui se trouvera sans doute candidat sans le savoir, puisque les recherches qui servent de base à son remarquable travail datent de 1849, ainsi, d'ailleurs, que la plus grande partie du travail lui-même. Mais comme M. Bréant n'a pas imposé, aux candidats au prix qu'il a institué, la condition que leurs recherches seraient postérieures à l'institution de ce prix, il s'ensuit que M. Doyère se trouvera sur la liste sans le vouloir, et peut-être sans le savoir, car l'habile chimiste est de ceux qui, comme Littré et d'autres, cultivent la science pour elle-même et qui n'en tirent profit que par accident.

Le travail de M. Doyère n'avancera pas beaucoup, il est vrai, au moins directement, la thérapeutique du choléra, mais il fait connaître deux faits nouveaux d'un grand intérêt, l'un qui paraît spécial au choléra, l'état asphyxique des gaz expirés, c'est-à-dire, contrairement aux assertions de plusieurs chimistes et médecins, et conformément à un petit nombre d'expériences tentées par M. Rayer, la diminution considérable de l'acide carbonique dans les gaz expirés, diminution qui est dans un rapport direct, et à peu près rigoureux, avec la gravité de la maladie ; le second fait, qu'on aurait été loin de pouvoir prédire *à priori*, en considérant l'état de la respiration, c'est l'augmentation de la chaleur humaine (et non pas *moyenne*, comme l'ont imprimé par erreur les *comptes rendus*) aux approches de la mort.

Mais les recherches de M. Doyère ne mettent pas seulement en lumière ces deux faits intéressants ; ils font en outre connaître une méthode pour analyser les produits de la respiration, plus sûre et plus exacte que celles dont on a fait usage jusqu'ici, et cette méthode rendra d'importants services aux observateurs qui voudront se livrer à des analyses semblables ou analogues à celles qu'a entreprises et exécutées avec tant de précision notre habile confrère.

Enfin, si les recherches de M. Doyère ne conduisent pas à une thérapeutique du choléra plus heureuse que celles qu'on a imaginées jusqu'ici, elles permettront du moins d'apprécier promptement l'influence des méthodes qu'on voudrait expérimenter, car l'état de la respiration traduisant exactement l'état du malade, il serait facile de constater, après l'administration d'un médicament, si cet état est modifié en bien ou en mal.

A tous ces titres, le travail de M. Doyère se recommande aux observateurs comme ce qui a été écrit de plus positif dans l'histoire du choléra.

Dans les séances qui ont suivi celles dans laquelle M. Millon a lu une première note que nous avons publiée, l'habile chimiste, développant et appliquant sur une plus grande étendue les faits dont il avait entretenu l'Académie, a basé sur ces faits une classification à la fois scientifique et commerciale des blés. Nous pensions qu'en présentant cette classification, le savant correspondant de l'Institut résoudrait la question que nous lui avions posée ; cette question n'étant pas résolue encore, il est évident qu'on ne saurait accepter que sous bénéfice d'inventaire la classification de M. Millon, qui pourrait faire considérer comme naturels des blés avariés. H. DE CASTELNAU.

Mémoire sur la respiration et la chaleur humaines dans le choléra,

Par M. L. DOYÈRE, *professeur de physiologie et de zoologie appliquées, à l'ex-Institut agronomique et à l'Ecole centrale des arts et manufactures.*

Les recherches dont on va lire l'exposé remontent à l'année 1849. Je m'empressai, à cette époque même, d'en communiquer les principaux résultats à l'Académie des sciences. Elles constituent la première application que j'ai faite des procédés que j'avais imaginés précédemment pour l'étude des phénomènes respiratoires chez l'homme et les animaux. Je voulais les avoir complétées avant que de les publier ; mais les circonstances s'y sont opposées jusqu'ici, en dirigeant mes efforts, d'une manière exclusive, vers des questions de zoologie physiologique spéciales à l'agriculture. C'est presque un devoir pour moi que de les livrer à la discussion dans l'état où elles sont, et malgré tout ce qu'elles peuvent laisser à désirer, aujourd'hui que le fléau est venu visiter de nouveau la capitale, et que tous les esprits sont dans l'attente de la marche qu'il va suivre. Je croirai avoir assez fait, si j'ai pu contribuer à jeter quelques lumières sur la nature intime de cette terrible affection, ou seulement ouvrir une voie aux observateurs à venir, en mettant à leur disposition des moyens nouveaux, et leur montrant l'importance des résultats auxquels l'emploi de ces moyens peut les conduire.

La science possède déjà des données sur plusieurs des points dont je me suis occupé. Il a été fait de nombreuses observations de température dans le choléra, parmi lesquelles je dois citer celles de M. le docteur H. Roger. Mais ce sont, en général, des chiffres isolés ; tandis que je me suis appliqué, autant qu'il m'a été possible, à suivre la continuité des phénomènes dans toute la durée de la maladie. Quant à la respiration elle-même, les faits observés sont plus rares encore. Je n'en connais pas d'autres que ceux qui sont contenus dans le remarquable Mémoire que M. Rayer a publié sur ce sujet en 1832 (1).

MM. Clanny et Barruel avaient annoncé qu'il n'existait plus, d'une manière absolue, ni exhalation d'acide carbonique, ni absorption d'oxygène dans le choléra, et que l'air sortait des poumons tel qu'il y était entré. M. Davy, en Angleterre, avait au contraire trouvé encore, dans l'air expiré par les cholériques, le tiers de l'acide carbonique que contient l'air expiré par l'homme sain. M. Rayer fit des essais comparatifs sur l'homme sain et sur les cholériques, et il constata que, tandis que ses procédés accusaient chez les premiers une absorption moyenne d'oxygène égale à 4 parties 45 centièmes pour 100 de l'air inspiré, la même proportion s'élevait pour les 5 cas de choléra qu'il observa, à :

1re EXPÉRIENCE :	1,94	d'oxygène absorbé	pour 100.
2e	4,30	—	—
3e	2,90	—	—
4e	3,97	—	—
5e	4,44	—	—

Ainsi, comme l'a conclu M. Rayer lui-même, tandis que, dans certaines phases du choléra, il pourrait y avoir absence complète de respiration, dans d'autres, au contraire, cette fonction serait seulement diminuée dans une très-forte proportion ; dans d'autres enfin, encore, elle se relèverait jusqu'à l'état normal, ou n'en différerait que par quelques millièmes d'oxygène absorbé en moins, et cela même lorsque le pouls est encore à peine sensible ou même nul, et lorsque la cyanose existe encore, plus ou moins prononcée.

Je n'ai pas rencontré d'exemples d'une cessation absolue de respiration, et je n'ai trouvé qu'une seule fois l'acide carbonique sortant des poumons très-notablement inférieur à 1 pour 100. C'est dans la 121e expérience où il est tombé à 0,0033. Quant aux proportions fortes que j'ai rencontrées pour l'oxygène consommé, elles s'élèvent aussi haut que celles qui ont été signalées par M. Rayer; mais elles sont relativement beaucoup plus rares, et se rapportent à des phases moins graves de la maladie, ou plus avancées vers la guérison (0,0460 dans la 66e *obs.;* 0,0457 dans la 115e *obs.;* 0,0414 dans la 82e *obs.*). Toutefois, je suis heureux de pouvoir déclarer que les résultats généraux auxquels j'ai été conduit ne font que confirmer les conclusions que l'habile et savant médecin avait déduites de ses analyses, malgré leur petit nombre.

Je donne dans mon Mémoire les observations de 38 cas de choléra, et les résultats de l'analyse de 170 produits de respiration cholérique. Un seul cas a fourni matière à 36 analyses, un autre à 14, un autre à 12, un autre à 10, etc. Ce que je me proposais, c'était d'arriver à construire, pour la respiration cholérique, des courbes comme les physiciens en construisent lorsqu'ils veulent saisir les lois d'un phénomène, et en déterminant ces courbes par des points aussi en rapport que possible avec ce qu'on pourrait appeler les points de rebroussement de la maladie elle-même, avec les instants où elle change de caractère. Mais avant d'entrer dans l'examen de ces courbes, ou plutôt des résultats généraux que leur examen peut fournir, je dois exposer brièvement la méthode que j'ai employée, soit pour recueillir les produits respiratoires, soit pour en déterminer la composition chimique. Ils ont déjà été publiés sommairement dans une communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie des sciences.

En premier lieu, je me suis attaché à recueillir l'air expiré dans des conditions telles, qu'il dût m'offrir sa véritable composition moyenne à un moment donné. Pour cela, je me suis servi d'un appareil à soupapes appliqué sur la bouche du malade et permettant l'introduction de l'air extérieur et l'expulsion de l'air expiré par des orifices différents et sans résistance. Les soupapes, faites avec la baudruche la plus mince, offraient une disposition qui ajoutait à leur légèreté tout en leur permettant de clore hermétiquement les orifices. Le gaz était conduit dans un ballon d'un litre et demi à deux litres, rempli d'hydrogène. Cette disposition avait pour objet de me permettre de borner la prise d'air au nombre d'inspirations rigoureusement nécessaires pour que la fonction, un instant troublée par l'intervention de l'appareil, reprît son rhythme normal. Je n'avais plus à craindre que le ballon renfermât de l'air étranger et indéterminable comme dans les expériences de M. Dumas, et dans celles de M. Rayer lui-même sur l'homme. Au reste, une des premières particularités que j'aie reconnues de cette manière, c'est que le ballon est vidé du gaz qu'il contenait, beaucoup plus tôt qu'on n'eût pu l'espérer. Une minute ou deux, tout au plus, suffisent pour chasser jusqu'aux dernières traces d'hydrogène, tandis que MM. Rayer et Dumas s'étaient crus obligés de respirer pendant dix et même quinze minutes, dans les vases où ils recueillaient les produits de leur respiration.

Aussi n'ai-je pas hésité à supprimer l'hydrogène dans les quatre expériences où j'ai voulu chercher s'il n'existait pas, parmi les produits expirés, d'autres principes gazeux que l'azote, l'oxygène et l'acide carbonique. Je me suis contenté de prolonger la prise d'air jusqu'à trois minutes.

Je crois devoir ajouter que, après avoir expérimenté l'appareil à soupapes sur moi-même et l'avoir modifié jusqu'à ce que je n'en aie plus ressenti aucun effet dans l'inspiration ni dans l'expiration, j'ai eu la satisfaction de voir que les malades ne s'en sont jamais plaints, et ne se sont jamais refusés à son application, un seul cas excepté, dans lequel le sujet repoussait tous les soins et tous les remèdes. Il est donc permis de regarder la respiration comme se faisant, à travers cet appareil, dans les conditions physiologiques les plus normales. D'ailleurs on trouvera, à la fin du Mémoire, des expériences (195 et suiv.) qui paraissent prouver que des variations de pression mécanique, même très-considérables, s'exerçant à l'intérieur des poumons, n'apportent pas de changement notable dans la composition de l'air expiré, contrairement à ce qu'il était permis d'attendre.

La manœuvre pour la prise d'air exige le concours de deux personnes. L'une applique l'appareil à soupapes sur la bouche du malade, et ferme doucement les narines ; l'autre débouche le ballon et le tient renversé, jusqu'à ce que la respiration ait pris le rhythme qu'elle avait auparavant. Alors il introduit le tube expiratoire, d'abord jusqu'au fond du ballon, puis il élève progressivement celui-ci jusqu'à ce que l'extrémité du tube n'atteigne plus que l'origine du col. Ce sont les circonstances qui indiquent le temps que doit durer l'opération. Il faut avoir soin de faire coïncider exactement l'introduction du tube avec la fin d'une expiration, afin d'éviter la rentrée de l'air extérieur ; mais il est facile de voir d'ailleurs que cette rentrée ne peut être tout au plus que de quelques centimètres cubes, et qu'elle ne peut exercer aucun effet appréciable sur les chiffres donnés par l'analyse.

Les gaz ainsi obtenus ont été analysés par les moyens que j'ai décrits ailleurs (*Ann. de Chimie et de Physique,* 3e série, t. 28), et en suivant la marche que voici :

1° *Inflammation du gaz mesuré, provoquée par l'étincelle électrique, après l'introduction d'environ 20 pour 100 de gaz de la pile.* — Les deux tiers de la diminution de volume représentant l'hydrogène resté dans le ballon, sont à négliger. Le troisième tiers, qui correspond à l'oxygène disparu dans la combustion, ajouté au résidu, donne l'air expiré réellement contenu dans la quantité de gaz analysé et par conséquent le diviseur de toutes les opérations de calcul qui vont avoir lieu ;

2° *Détermination de l'acide carbonique par la potasse ;*

3° *Détermination de l'oxygène restant par l'absorption ou par la combustion eudiométrique.* — Ce dernier moyen est celui que j'ai constamment employé dans ce travail, comme offrant plus de promptitude, en raison de ce que j'avais toujours à ma disposition de l'hydrogène et du gaz de la pile, nécessaires pour la récolte de l'air et pour la première détonnation.

Ces trois opérations, avec les quatre mesures qu'elles comportent, n'exigeant pas, en moyenne, plus de 30 minutes, j'ai pu répéter toutes les analyses au moins une fois. Ainsi tous les chiffres que l'on verra sont la moyenne d'au moins deux analyses ayant donné des résultats différant entre eux de moins d'un millième.

J'ai fait avec un soin tout particulier l'analyse de quatre gaz expirés que j'avais recueillis sans l'intervention de l'hydrogène, pour y rechercher la présence de produits spéciaux. Cette recherche, que j'avais déjà faite vainement dans l'air expiré par l'homme sain, ne m'a donné aucun résultat, et je persiste à croire que l'opinion que j'ai exprimée à ce sujet dans un autre travail, est exacte (1). En mesurant une certaine quantité d'air expiré et y produisant une détonnation après y avoir introduit 30 pour 100 de gaz de la pile, je n'ai pu apercevoir aucun changement de volume en plus ni en moins. En produisant la détonnation après avoir absorbé l'acide carbonique par une dissolution de potasse très-concentrée, et traitant de nouveau le gaz par la potasse, je n'ai pu y reconnaître aucune trace d'acide carbonique. Or, comme les moyens de mesure que j'ai employés pour ces analyses en particulier, m'ont permis de reconnaître et de déterminer deux ou trois dix-millièmes d'oxygène ou d'acide carbonique introduits par synthèse dans un composé d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique (2), je crois

(1) *Examen comparatif de l'air expiré par des hommes sains et des cholériques; Gazette médicale,* mai 1832.

(1) Études sur la respiration; *Ann. de Chimie et de Physique*, t. 28, 1850.

(2) Cette épreuve si délicate des procédés eudiométriques dont je me sers, s'est faite devant les élèves de l'École Normale dans l'été de 1849. M. Ballard, qui me l'avait demandée, prépara les gaz lui-même, et ne calcula les proportions d'oxygène et d'acide carbonique qu'il avait introduites dans le gaz type, que pendant que je

pouvoir affirmer que, si les gaz expirés contenaient de l'hydrogène ou un produit hydrocarboné, c'était dans des proportions qu'il serait impossible de reconnaître par aucun procédé actuellement en usage.

Je passe maintenant aux résultats ; ils seront déduits de la comparaison de 209 compositions d'air expiré, soit dans le choléra, soit à l'état sain.

Le premier et le plus important, incontestablement, c'est que l'asphyxie est un phénomène constant, peut-être le phénomène constant du choléra.

Il est, je crois, d'observation, que tous les symptômes observés jusqu'ici peuvent manquer, soit isolément, soit simultanément avec d'autres. Les 170 analyses que j'ai faites d'air expiré par des cholériques m'ont toutes, sans aucune exception, offert les caractères de l'asphyxie, et ces caractères ont toujours été dans une relation étroite avec le degré de gravité de l'affection, à ce point qu'il serait peut-être permis de croire qu'un asphyximètre continu, s'il en pouvait exister un, indiquerait l'état cholérique comme un thermomètre donne la température d'un bain dans lequel il est plongé.

J'ai trouvé les caractères d'une asphyxie prononcée, aussi haut que j'ai pu remonter vers l'origine de l'invasion cholérique. Toutefois, il n'échappera à personne que ce sont les cas de ce genre qui manquent surtout parmi les observations qui vont suivre. Je me suis trop attaché peut-être à n'étudier que les cas de choléra bien confirmés ; mon excuse se trouve dans cette circonstance, qu'étant seul et devant tout faire par moi-même, j'ai désiré ne perdre que le moins d'observations qu'il me serait possible.

Les caractères de l'asphyxie se trouvent principalement dans la diminution des proportions de l'acide carbonique produit et de l'oxygène absorbé. Mais une autre circonstance qui apparaît à un degré extrêmement prononcé dans l'air expiré par les cholériques, et que sont venues confirmer les expériences d'asphyxie que j'ai faites sur moi-même, c'est l'abaissement du rapport numérique qui existe entre ces deux éléments de la respiration.

J'ai trouvé pour moyenne de la composition de l'air expiré dans l'état normal :

Acide carbonique.............. ..	0,0440
Oxygène..........................	0,1649
Azote	0,7911
	1,0000

En appelant *oxygène consommé* la différence entre la proportion normale de l'oxygène dans l'air atmosphérique (1), égale à 0,2096, et celle qui est donnée par l'analyse, et déduisant de l'acide carbonique expiré celui que l'air contient normalement, ou 4 dix millièmes, on a pour rapport numérique de l'acide carbonique produit à l'oxygène consommé $\frac{436}{447} = 0,977$, nombre très-voisin de l'unité. D'ailleurs, les extrêmes observés, pour ce rapport de l'acide carbonique produit à l'oxygène consommé, sont 1,087 et 0,862 (*voir* le tableau des analyses, n°s 171 à 191).

Les extrêmes de composition accusent :

	Maximum.	Minimum.
Pour l'acide carbonique produit.....	0,0477	0,0405
Pour l'oxygène consommé..........	0,0518	0,0382

L'oxygène consommé est donc sujet à plus de variations que l'acide carbonique produit.

Voilà pour l'air expiré dans l'état normal. — Comparons-le avec l'air expiré par les cholériques.

L'analyse n° 8 peut être considérée comme représentant le pouvoir respiratoire le plus énergique que j'aie rencontré au début de la maladie, et antérieurement à toute réaction.

Elle donne :

Acide carbonique produit...	0,0272	Rapport.. 0,90
Oxygène consommé........	0,0292	

L'acide carbonique produit et l'oxygène expiré sont, comme on le voit, les 3 cinquièmes, à peu près, de ce qu'ils sont dans l'état normal. Quant au rapport, il est encore assez élevé ; mais il peut tomber aussi bas, et même beaucoup plus bas que je n'ai pu le faire tomber, par une asphyxie poussée aussi loin qu'il m'a été possible, sans perdre connaissance. On le verra égal à 0,18 dans la 121e analyse ; à 0,040 dans la 61e ; à 0,60 dans la 39e ; à 0,63 dans la 43e et dans la 82e, etc. Son abaissement au-dessous de l'unité est une règle à laquelle je n'ai trouvé que deux exceptions (63e et 97e *obs.*) avant la guérison complète.

Toutefois, ce rapport ne paraît lié par aucune relation avec les phases de la maladie. Nous le trouvons très-fort dans l'état algide et au voisinage de la mort (cas x, analyse 50 ; cas xiii, analyses 63 et 64), tandis que la règle générale, c'est son abaissement dans les mêmes circonstances. Nous le voyons, dans le cas xxxviii, annoncer, par son élévation progressive, le retour à la santé ; tandis que, dans le cas vii, il suit précisément la marche inverse : il s'abaisse et se présente très-bas, même après la guérison complète. Cela tient à ce que ses deux termes ne sont pas liés l'un à l'autre par des relations physiologiques aussi immédiates et aussi nécessaires qu'on s'est accordé généralement à le croire jusqu'ici.

Nous allons en trouver ailleurs d'autres preuves.

Le rapport s'abaisse si la production de l'acide carbonique s'abaisse ; il s'accroît, au contraire, par l'abaissement de l'absorption de l'oxygène. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, ces deux causes sont également des conditions d'asphyxie. Ainsi, le chiffre peu élevé du rapport qui nous occupe indique seulement ce fait général que, dans le choléra, il disparaît une proportion d'oxygène qui ne se représente point sous forme d'acide carbonique. Cette circonstance va prendre un intérêt considérable par les expériences que nous donnons sur l'air expiré dans l'état de santé ; elles tendent à prouver, en effet, que, dans l'état normal, cette disparition d'oxygène est nulle.

Examinons maintenant séparément la production d'acide carbonique et la consommation d'oxygène.

Elles sont liées, chacune en particulier, à l'état cholérique général, d'une manière intime et manifeste. On pourra s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le grand tableau dans lequel nous avons inscrit nos résultats d'analyse en face d'un résumé offrant les principaux symptômes observés. On ne devra pas oublier, néanmoins, que chaque analyse ne précise qu'un instant dans la maladie, et que la série même la plus serrée ne représenterait encore qu'approximativement la continuité des phénomènes respiratoires.

Comme dans l'état sain, c'est l'absorption de l'oxygène qui varie le plus ; mais, dans le choléra, c'est elle qui s'abaisse le moins. Nous ne la voyons nulle part tomber plus bas que 0,0100 (131e *obs.*), tandis que l'acide carbonique produit tombe à 0,0081 (19e *obs.*), à 0,0077 (131e et 132e *obs.*), à 0,0023 (121e *obs.*). Dans cette dernière observation, l'oxygène absorbé conservait encore un chiffre égal à 0,0130 et l'on voit qu'il s'en faut de beaucoup que ces deux éléments puissent être pris indifféremment l'un pour l'autre.

On sera frappé de ce fait que chez les malades qui ont guéri promptement (cas vii, viii, xiv, xxii et xxx), l'acide carbonique produit n'est pas tombé au-dessous de 0,0230, ni l'oxygène consommé plus bas que 0,0303 ; ces chiffres sont au moins la moitié des chiffres normaux, tandis que nous voyons le premier descendre jusqu'à 0,168, 0,0145, 0,0180, le second jusqu'à 0,0175, 0,0202, 0,0242 dans les cas vi, xvii et xxxviii qui ont guéri, mais avec une peine extrême, et en passant par toutes les alternatives de la terrible affection. Le numéro xviii nous offre un exemple dans lequel la respiration, en s'abaissant d'une manière continue, dénonçait un degré de gravité que les symptômes extérieurs ont semblé démentir, et se refusait en quelque sorte à justifier des signes de réaction qui offraient les caractères de l'évidence.

Mais rien surtout n'est plus remarquable que de voir la marche que ces deux éléments du phénomène respiratoire suivent dans les cas v, ix, x, xii, xiii, xviii, xxvi, xxix, tous suivis de mort, dans le cas xxxviii, où le malade a guéri. Ils diminuent à mesure que la gravité des symptômes augmente au début de la maladie ; se relèvent dès que la réaction commence, la précèdent même comme le ferait une cause ; puis diminuent de nouveau et progressivement jusqu'à la mort, ou suivent la marche inverse jusqu'à la guérison parfaite.

Le symptôme le plus intimement lié à l'asphyxie cholérique, c'est, j'ai à peine besoin de le dire, la cyanose. Toutefois, la cyanose est un phénomène externe, tandis que l'air expiré est le produit d'actions tout internes. L'asphyxie du sang dans les capillaires de la peau, qui se traduit par la cyanose, reconnaît pour cause, outre l'asphyxie proprement dite elle-même, l'arrêt dans la circulation du sang. C'est donc un résultat complexe, et dont il ne faut pas s'attendre à trouver toujours l'intensité dans un rapport direct avec l'une seulement de ses deux causes.

L'asphyxie est-elle un symptôme essentiel du choléra ? Ou bien ne reconnaîtrait-elle pas pour cause, principalement et peut-être même uniquement, l'arrêt qu'éprouve la circulation du sang ? On conçoit que c'est là la question que j'ai eu principalement en vue de résoudre, et je ne crois pas qu'après avoir étudié attentivement les observations qui vont suivre, il puisse à cet égard subsister aucun doute. L'asphyxie cholérique est essentielle, quoique l'état de la circulation y puisse apporter quelques modifica-

---

calculais moi-même mes résultats d'analyse ; ces proportions étaient de deux et de trois millièmes.

(1) Ces expériences ont été faites au mois de juillet, en plein air ; dans les résultats relatifs au choléra, j'ai admis que l'air des salles avait pour composition moyenne :

Oxygène.................	0,2090
Acide carbonique.........	0,0010
Azote....................	0,7900

et que, par conséquent, l'*acide carbonique produit* est égal à celui qu'accuse l'analyse, moins 0,0010. L'*oxygène consommé* a été évalué de même en retranchant de 0,2090 celui qui a été reconnu dans l'air sortant des poumons.

tions. Le cas qui me paraît décisif à cet égard, est le n° XV, l'un de ceux dont l'étude a été la plus complète. Pendant 96 heures qu'elle a duré, on voit le malade offrir les accidents cholériques les plus graves, coïncidant avec un pouls plein et fébrile, avec une chaleur brûlante de la peau, qui a toujours été fortement cyanosée. En même temps, l'aisselle offre, d'une manière permanente, la même température qu'à l'état de santé. Mais il y a asphyxie interne profonde; l'acide carbonique produit et l'oxygène consommé dépassent à peine la moitié de leurs chiffres normaux, et leur rapport s'est constamment trouvé inférieur au minimum que j'ai rencontré dans l'état normal.

On trouvera plusieurs autres cas dont l'étude attentive conduirait à la même conclusion, bien que moins clairement peut-être. Je citerai notamment les VIe, VIIe et XXXVIe dans la plupart de leurs phases.

M. Rayer avait montré (1) que le sang des cholériques exposé à l'action de l'air et de l'oxygène, éprouve de leur part des réactions moins énergiques que le sang normal. Ce serait donc à l'altération du sang que devrait être attribuée l'asphyxie cholérique, plutôt qu'à celle de l'organe respiratoire lui-même, et les faits que contient le présent Mémoire prouveraient que cette altération du sang joue dans le choléra un rôle du premier ordre.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Etude du sang sous le rapport de son aptitude à se combiner avec l'oxygène de l'air; Gazette médicale*, mai 1832.

Recherches sur l'action de l'huile essentielle d'oranges amères,

Par M. A. Imbert-Gourbeyre, *docteur en médecine, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de cette ville.*

(Suite et fin. Voir le n° 10 du tome 2.)

8e *Observation.*— Marie Gane, âgée de 35 ans, rue Sainte-Rose, 14. N'a travaillé aux chinois que trois ans; n'en a souffert que la dernière année; les a quittés et ne veut plus en faire. Avant de travailler aux chinois, elle avait la migraine une fois par mois, mais depuis elle a été de beaucoup augmentée. Elle avait mal à la tête, tous les jours, continuellement dans le front, avec envies de vomir; souffrait quelquefois tellement qu'elle quittait l'ouvrage, s'enfermait dans sa chambre, et ne pouvait supporter le moindre bruit. Grandes démangeaisons; se grattait beaucoup les bras; il survenait des boutons rouges aux deux avant-bras. L'an dernier, la main gauche sur laquelle tombait le jus des chinois plus particulièrement devint tellement grosse que Marie Gane y mit trois sangsues, des cataplasmes et prit des bains de guimauve. Elle y éprouvait des démangeaisons comme si elle y avait eu des engelures; il y avait quelques vésicules. Cette enflure dura huit jours; depuis, elle n'a plus travaillé aux chinois. Elle avait en outre des suffocations, des nausées, des palpitations; elle était agitée pendant son sommeil, sautait dans son lit, n'avait pas de position fixe. Tiraillements dans les bras et surtout dans les doigts. Huit jours après avoir cessé son travail, n'a plus rien senti.

9e *Observation.* — Femme Moutarde, âgée de 48 ans, rue du Sauvage. A travaillé aux chinois, il y a six ans, pendant deux années consécutives. Céphalalgie générale, enivrante, et quelquefois des nausées. Enflure des mains, avec vive démangeaison; il venait aux mains et aux avant-bras des boutons comme des vésicules de vésicatoire, qui crevaient et laissaient échapper de l'eau. Démangeaison générale, surtout aux mains; ça lui faisait enfler la figure habituellement. Impossible de dormir la nuit, à cause des démangeaisons; suffocations. Ce qui la fatiguait le plus, c'étaient les démangeaisons; obligée de cesser ce genre de travail.

Aux observations qui précèdent, je dois en ajouter une autre qui n'est pas moins intéressante; c'est une lettre d'un confiseur de Marseille, M. Garnier-Sibillat. Curieux de savoir si les ouvrières de Marseille éprouvaient les mêmes accidents que celles de Clermont, je lui avais demandé quelques renseignements à ce sujet par l'entremise de M. Frelut; voici la réponse que j'en ai reçue, et qui confirme sur un grand nombre de points ce que j'ai moi-même observé ici :

« Je vais vous prier de faire part à M. Imbert, médecin, des « renseignements que je peux lui donner au sujet des chinois. « Nos femmes qui les pèlent ressentent souvent des maux de « tête et des maux de nerfs. Cette odeur si forte est très-mau« vaise; et pour éviter d'être fatiguées, elles sont obligées de les « peler dehors, et aussitôt pelés, elles ne les laissent pas auprès « d'elles. Je remarque que les femmes qui nourrissent leurs en« fants ne peuvent pas en peler; l'enfant prend des convulsions, « la dyssenterie; enfin, elles ne peuvent pas en faire jusqu'à ce « que leur enfant soit sevré. Pour ce qu'il dit des enflures aux « mains, elles ont la précaution de se mettre des petits linges « au bout des doigts; mais malgré cela, il y en a qui ont les « mains enflées, surtout lorsqu'elles pèlent les premiers qui sont « toujours plus durs et d'une odeur plus forte. Il y a même des « femmes qui se trouvent nerveuses, qui ne peuvent pas en « peler. Mais, comme je vous le dis, pour éviter d'être malade, « il faut les peler en plein air, et ne pas trop en garder près de « soi une fois pelés. Les chinois verts ont toujours l'odeur plus « forte que les blonds, ce qui fatigue davantage.

« Marseille, 30 sept. 1852. S. Garnier-Sibillat. »

Tels sont les faits que j'ai pu recueillir; je serais heureux de les voir contrôlés et vérifiés par les médecins des villes où l'on confit également les chinois.

En analysant toutes les observations que j'ai recueillies, je puis maintenant présenter un tableau général des symptômes qui se sont développés chez nos ouvrières sous l'influence de l'agent toxique des aurantiacées.

Les ouvrières éprouvent une céphalalgie tantôt générale, tantôt partielle, souvent pressive et frontale; quelquefois c'est une espèce d'enivrement accompagné de vertiges, d'autres fois c'est une hémicranie bien caractérisée, elle s'est rencontrée plus fréquente du côté droit. La céphalalgie est souvent accompagnée de nausées et même de vomissements.

Il existe aussi de véritables névralgies de la face, tantôt générales, tantôt bornées aux tempes, avec douleurs lancinantes ou rongeantes. Ces névralgies ont été également plus fréquentes à droite. Quelquefois ces douleurs de la face sont de véritables odontalgies persistantes, accompagnées d'usure et de carie des dents. La vue est parfois simplement affaiblie. Fréquemment il existe des bourdonnements dans les oreilles, des bruits de cloche ou de moulin, mais sans accompagnement de dysécée ou de surdité. J'ai constaté une fois l'enflure et la rougeur des lobes de l'oreille.

On rencontre, dans quelques cas, des tiraillements sur l'un des côtés de la face, espèce de convulsions épileptiformes passagères et se répétant fréquemment. Souvent il y a suffocation, oppression thoracique, étouffement douloureux à la partie supérieure du sternum; parfois sensation d'étranglement à la gorge, et pleurodynie. J'ai constaté presque habituellement des bâillements fréquents et irrésistibles, et, du côté de l'estomac, malaise fréquent, pyroxis, pesanteur, délabrement, parfois rots fréquents et soif.

Ordinairement le sommeil est très-agité; sommeil avec rêves, réveil en sursaut, impossibilité de trouver une position, et chaleur brûlante. Les ouvrières se plaignent de sauter dans leur lit et de ne pouvoir dormir.

Les membres sont fréquemment le siége de tiraillements, de pandiculations caractérisées par le besoin d'allonger les extrémités et de se tordre les mains. Tout le système musculaire est agacé; parfois il y a courbature générale et poids sur les épaules; crampes générales, plus souvent partielles; douleurs aux poignets sous forme *crampoïde;* excitation générale, mouvements brusques, rapides; les ouvrières brûlent l'ouvrage et travaillent avec une vivacité qu'elles ne peuvent maîtriser. J'ai même rencontré un tremblement général, des convulsions unilatérales et épileptiformes. Les tiraillements et l'agitation musculaire existent aussi bien le jour que la nuit.

Il existe, en outre, des démangeaisons générales, plus souvent partielles et localisées aux extrémités supérieures, avec enflure et rougeur des mains, ainsi que des éruptions de plaques rouges sur diverses parties du corps, ou des éruptions vésiculeuses sur tout le bras, principalement aux mains et entre les doigts, et quelquefois une enflure érysipélateuse de la face.

De tous les symptômes, les plus fréquents ont été la céphalalgie et les douleurs névralgiques de la face, les bourdonnements

d'oreilles, les bâillements, la gastralgie, l'oppression thoracique, les tiraillements dans les membres, l'agitation nocturne, l'enflure et les éruptions de la peau.

Ce tableau général des symptômes est le résumé fidèle de vingt-neuf observations. J'ai déjà dit que sur quarante-et-un individus, douze n'avaient absolument rien ressenti, et cependant, dans cette catégorie, la moyenne des années de travail est plus considérable que dans l'autre : nous y trouvons trois femmes ayant travaillé depuis quinze ans, deux depuis douze ans, et deux autres pendant neuf et quatre années consécutives ; comme les autres, elles avaient l'habitude de travailler dans des chambres fermées. Il y a donc eu un quart environ des ouvrières qui se sont trouvées réfractaires à l'action de l'huile essentielle.

Quoique cette intoxication n'ait point développé des accidents graves, en ce sens qu'ils aient réellement mis la vie en danger, on peut toutefois juger de leur gravité par le grand nombre des ouvrières qui ont refusé de continuer ce genre d'ouvrage ; car, sur les vingt-neuf ouvrières qui ont ressenti l'action de l'huile volatile, treize l'ont cessé entièrement par suite des accidents qu'elles éprouvaient ; ce qui fait près de la moitié. J'ai même entendu quelques-unes de celles qui continuaient de peler le chinois, se plaindre d'être obligées de faire ce métier pour gagner leur pain de chaque jour.

Chez quatre ouvrières, nous avons noté des convulsions épileptiformes d'un des côtés de la face. Deux d'entre elles, après avoir travaillé aux chinois pendant leur grossesse, ont vu mourir leur enfant peu de temps après être accouchées, par suite des convulsions. On serait tenté d'en faire remonter la cause à l'action de l'huile essentielle ; cette opinion me semble confirmée par la lettre déjà citée de M. Garnier-Sibillat, négociant à Marseille, qui nous assure que les femmes qui nourrissent ne peuvent pas peler les chinois, que leurs enfants prennent des convulsions et la dyssenterie.

Les accidents éprouvés par les ouvrières sont de deux ordres : d'une part, les accidents nerveux, multiples ; de l'autre, les accidents du côté de la peau ou éruptions. Les accidents nerveux ont été en général plus fréquents ; assez habituellement ils ont été accompagnés d'éruptions à la peau, mais presque toujours ils ont été les accidents dominants. Dans quelques cas, au contraire, les éruptions, enflures et démangeaisons ont seuls existé, sans accompagnement de phénomènes nerveux multiples et notables.

Les accidents légers d'intoxication ont presque toujours cessé lorsque les ouvrières ont suspendu l'ouvrage ; plus graves, ils ont quelquefois persisté plusieurs mois après.

J'ai dit plus haut, en faisant l'histoire chimique de l'huile essentielle d'oranges amères, quelle analogie de composition elle avait avec le camphre. A cette analogie de composition, il faut ajouter l'analogie d'action, d'après quelques faits d'expérimentation physiologique et clinique sur ce dernier médicament.

A l'extérieur, d'après M. Trousseau, le camphre produit une sensation d'âcreté, de cuisson, puis une hypérémie locale, suivie d'irritation assez vive ; si le contact est longtemps prolongé, une inflammation avec ulcération en est la conséquence. Chez nos ouvrières, des accidents analogues du côté de la peau ont été presque constants, et Murray, en citant les expériences de Hunter sur l'écorce d'orange pilée et appliquée aux tempes, signale cette action : *rubedinem in cute excitat*.

Dans les expériences tentées par le docteur Alexandre d'Edimbourg sur lui-même, nous voyons figurer, parmi les symptômes survenus après l'ingestion de deux scrupules de camphre, des bâillements, des pandiculations, symptômes également éprouvés par nos ouvrières.

L'action sédative du camphre est incontestable ; il possède, en outre, des propriétés antispasmodiques très-prononcées. N'est-ce pas là un rapport de plus entre le camphre et le principe actif des aurantiacées qui constitue l'antispasmodique le plus usité sous la forme de feuilles et d'eau de fleurs d'orangers ?

M. Trousseau n'a nulle confiance dans « cette fameuse société « allemande qui, sous le patronage de M. Joerg, veut refondre « la matière médicale. » Il repousse ses conclusions sur les propriétés du camphre. Je conçois parfaitement cette réserve. Je ne suis point homœopathe ; toutefois, j'ai été curieux, sur l'indication de M. Trousseau, de vérifier les travaux de l'école Hahnemanienne sur le camphre en particulier. En consultant les pathogénésies de ce médicament, j'ai été étonné d'y trouver en grande partie les mêmes symptômes éprouvés par nos ouvrières, tels que les convulsions et crampes de différente nature, l'insomnie nocturne par surexcitation nerveuse, l'étourdissement sous forme d'ivresse, la douleur temporale, la céphalalgie avec élancements et chaleur nocturne, les odontalgies, les nausées avec vertiges, la pression et meurtrissure épigastrique, les douleurs crampoïdes, et jusqu'à la rougeur et enflure des lobes de l'oreille présentées par la 5e observation. J'ai encore noté que presque tous ces expériments ont été faits à nos doses ordinaires allopathiques, le camphre étant un de ces rares médicaments que l'école Hahnemanienne ne condamne pas, en général, à la division infinitésimale. On peut donc, jusqu'à un certain point, prendre confiance en ces résultats ; je me permets de les signaler à l'appui de ma thèse.

Enfin, j'ai constaté, chez quelques-unes de nos femmes, des cas d'odontalgie avec usure des dents. M. le professeur Bouchardat (*Annuaire de thérapeutique,* 1849) signale, d'après plusieurs médecins anglais, l'action nuisible que peut exercer le camphre sur les dents, employé habituellement en lotions et en poudre dentifrice, en altérant profondément l'émail et le rendant friable.

Je conclus donc de tous ces faits : que le camphre a une assez grande analogie d'action avec l'huile essentielle d'oranges amères, avec laquelle, du reste, il a quelque analogie de composition chimique.

J'ai dit, au commencement de ce mémoire, que je n'avais trouvé aucun travail, aucune indication sur l'action physiologique de cette huile essentielle. Cependant, pour être vrai, je dois citer le passage suivant du *Dictionnaire de mat. méd.* de Mérat et Delens (art. *Huiles essentielles*), qui répète mot pour mot l'article du grand *Dictionnaire des sciences médicales* sur la même matière :

« Lorsque les doses sont portées trop loin, les huiles volatiles « peuvent déterminer la céphalalgie, l'ivresse même, agir comme « de véritables irritants, enflammer les tissus, ou déterminer « des hémorrhagies graves. On connaît, du reste, assez imparfaitement jusqu'où peuvent aller les accidents qu'on les sup« pose capables de produire, et que des faits récents montrent « avoir été beaucoup exagérés, au moins pour quelques-unes « d'entre elles (voir *Huile vol. de térébenthine*). — L'odeur « vive et pénétrante qui caractérise un grand nombre d'huiles « volatiles, les a fait quelquefois employer avec succès dans les « cas de lipothymie. Il en est pourtant qui, chez les personnes « nerveuses surtout, disposées aux accès hystériques, peuvent « déterminer un effet tout contraire. Le parfum des fleurs d'o« ranger, si suave en plein air, est nuisible dans les apparte« ments. »

On lit dans la *Pathologie générale* de M. Chomel : « Les « émanations végétales sont quelquefois des causes détermi« nantes de maladies. Un air chargé du principe odorant de la « jacinthe, du lis, de l'*oranger,* du narcisse, produit la cépha« lalgie, des nausées, des vertiges et quelquefois même des syn« copes, surtout dans les appartements étroits et chauds. »

C'est à ces indications vagues et générales que se réduit l'état actuel de la science sur l'action physiologique du principe volatil des aurantiacées. Il n'en est pas de même de son action thérapeutique ; ici les faits abondent et vont jeter un nouveau jour sur la question qui nous occupe.

L'eau de fleurs d'oranger a été employée comme antispasmodique dans le médecine depuis plusieurs siècles. Septalius avait imaginé une préparation d'écorce d'oranges amères en décoction concentrée dont il faisait grand cas dans la métrorrhagie. Cette préparation eut longtemps de la vogue, et fut recommandée en pareil cas par Werlhof et Hamilton. Frédéric Hoffmann admi-

nistrait la poudre et la teinture vineuse de l'écorce dans les flatuosités de l'estomac, et Laurent Heister, dans les coliques et crampes de ce même viscère. Le médecin italien, Nigrisoli, cité par Werlhof, donnait l'écorce dans les fièvres intermittentes, et prétendait qu'elle était aussi efficace que celle du kina. On a employé aussi les feuilles dans l'épilepsie.

Desbois de Rochefort réduit sagement à leur juste valeur les propriétés antispasmodiques des feuilles d'oranger, lorsqu'il dit : « On les emploie comme calmantes et légèrement antispasmodiques, dans les légers mouvements hystériques et hypochondriaques, dans les vapeurs, les convulsions peu considérables, et autres légères affections nerveuses si communes dans les grandes villes. »

L'infusion de feuilles d'oranger est fort employée, et on en use comme remède domestique dans une multitude de cas, contre les douleurs d'estomac, les maux de tête, le malaise nerveux, etc.... La poudre a été conseillée dans le tic douloureux. M. Trousseau l'a vue réussir dans la toux convulsive. Darberg en avait cité déjà trois observations, ce qui fait dire à Murray : *Tentari ulteriùs meretur, quid hœc folia in tussi convulsivâ valeant.*

Enfin, M. le professeur Trousseau paraît limiter l'emploi des préparations aurantiacées à ces spasmes essentiels dont l'invasion est brusque, spasmes fugaces, mobiles, avortés et incomplets, à l'état de vapeurs. Il y a longtemps que Werlhof avait formulé, en d'autres termes, la même opinion ; car on lit encore dans Murray : « *Potiores vires in spasmis et convulsionibus hystericis compescendis possidere videntur : non ulteriùs extendit pretium eorum Werlhofius, quin ad leviores tantùm convulsiones hujus generis restringit.* »

Après avoir étudié l'action thérapeutique du principe volatil de la famille des orangers, et avoir établi avec toute la tradition et l'expérience clinique, que ses propriétés sont éminemment antispasmodiques, revenons un instant sur nos pas pour apprécier quelle est la nature des affections que nous lui avons vu développer chez nos ouvrières. A part les accidents qui ont existé du côté du derme, lorsqu'on veut en considérer les symptômes divers et dans leur ensemble et dans leurs groupes particuliers, n'est-ce pas à la grande classe des névroses, des affections dites nerveuses ou spasmodiques qu'ils appartiennent tous? La marche même des affections diverses, développées par l'agent toxique, la fugitivité, l'irrégularité des symptômes, n'est-ce point là encore une preuve de leur nature éminemment nerveuse? N'avons-nous pas reconnu parmi eux le bâillement, la pandiculation et l'oppression hystériques? N'y retrouvons-nous pas la migraine nerveuse (8e *obs.*), la gastralgie flatulente (4e *obs.*), les convulsions épileptiformes (1e, 2e, 3e et 7e *obs.*), l'agacement nerveux et cette agitation si singulière dans le sommeil, qu'on ne peut s'empêcher de dire, comme le vulgaire : *C'est nerveux?*

Voilà donc un agent qui produit dans l'organisme, à l'état sain, des affections spasmodiques, et qui, d'un autre côté, guérit des maladies analogues ou semblables. On est étonné tout d'abord de cette singulière coïncidence ; mais ces rapports plus ou moins éloignés entre la maladie produite et la maladie semblable guérie par le même agent, n'ont pas échappé à l'attention des médecins de toutes les époques. Ils ont même servi de base à des systèmes ou doctrines médicales ; ils ont été généralisés sous le nom de loi. Cette loi qu'on a appelée loi de similitude, de substitution, ou loi homœopathique, cette loi qui serait mieux nommée *loi analogique,* paraît exister pour un assez grand nombre de médicaments. Cette loi n'est, après tout, que l'expression de faits bien connus, « car, comme le dit très-bien M. Trousseau, la doctrine homœopathique, en tant que doctrine, ne mérite certainement pas le ridicule que les applications thérapeutiques des homœopathes lui ont valu. Lorsque Hahneman émit ce principe thérapeutique, *similia similibus curantur,* il prouva son dire en l'appuyant sur des faits empruntés à la pratique des médecins les plus éclairés. » Ce principe, du reste, c'est Hippocrate qui l'a formulé ; Hahneman, en le généralisant, n'a fait que le *renouveler des Grecs.* Il appartient donc tout entier à la tradition médicale. Est-il aussi général et illimité qu'a bien voulu le prétendre le réformateur allemand? Dans l'état actuel de la science, cette thèse ne me paraît pas suffisamment prouvée, quelque nombreux que soient les faits qui militent en sa faveur. Je n'ai point, du reste, à discuter cette question : le hasard m'a mis à même de vérifier la loi de similitude sur un des médicaments les plus employés de notre matière médicale ; je crois l'avoir suffisamment démontré. Ennemi de tout système exclusif, sincère partisan de l'éclectisme médical, n'ayant foi que dans la médecine expérimentale, je cherche la vérité dans les faits et bon dans les idées préconçues, à travers ce que chaque jour démolit et reconstruit tour à tour.

En résumé, je crois pouvoir tirer de mon Mémoire les conclusions suivantes :

1° L'huile essentielle d'oranges amères développe dans l'organisme, à l'état physiologique, des affections *sui generis,* des accidents spéciaux ;

2° Ces accidents sont de deux ordres : d'un côté, des accidents locaux caractérisés par des éruptions de diverses natures ; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgies, névralgies faciales, bourdonnements d'oreille, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes, et même convulsions épileptiformes ;

3° L'action du principe volatil des aurantiacées a beaucoup de rapports avec celle du camphre ;

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi dite de substitution ou de similitude.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôpital de Lunéville. — M. Saucerotte.

Effets remarquables du seigle ergoté sur une paralysie secondaire de la vessie, etc.

Cuvillier, garde forestier, âgé d'environ 50 ans, de constitution assez robuste, exposé par ses fonctions à marcher fréquemment dans l'eau ou dans la neige, étant en forêt au mois de décembre 1851, tombe tout à coup à terre, sans perdre tout à fait connaissance. Il faut le ramener chez lui sur une charrette ; il ne peut marcher. Cuvillier ne s'était plaint jusque-là que d'une céphalalgie persistante, contre laquelle il n'avait rien fait. A dater de ce moment, les douleurs de tête semblent, dit-il, s'être déplacées, et se font sentir dans la région lombaire. Une saignée, des sangsues, des ventouses, un purgatif, tels sont, à ce qu'il paraît, les seuls moyens employés par le médecin consulté. Trois mois s'étaient écoulés depuis lors sans grand amendement dans la situation du malade, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital de Lunéville. C'est seulement à dater de ce moment que je puis donner des renseignements plus circonstanciés sur cette maladie.

Cuvillier, à cette époque, ne pouvait marcher. Ses jambes, et particulièrement la jambe droite, fléchissaient sous lui dès qu'il essayait de faire quelques pas. Il ne pouvait non plus ni se plier, ni se redresser, et, assis sur une chaise, il se laissait aller involontairement du côté droit. Ses bras, et surtout le bras droit, sont faibles aussi, mais à un moindre degré. La sensibilité est conservée. Rien de remarquable du côté des organes sensoriaux, mais de l'hébétude et un assez grand embarras de la parole. Des pleurs sans motif. Cuvillier se plaint de céphalalgie et de douleurs lombaires, qui n'augmentent pas sensiblement par la pression des apophyses vertébrales. Il dort peu. Les urines et les selles sont involontaires ; mais, quoiqu'il renvoie les lavements au moment même qu'on les administre, il peut rester plusieurs jours sans aller. Rien de plus à noter d'ailleurs du côté de la langue, des organes digestifs, circulatoires ou respiratoires, si ce n'est, à certains intervalles et pendant la nuit principalement, un sentiment de constriction et de suffocation, qui paraissent dépendre de la paralysie des muscles respirateurs. Absence de fièvre.

Tel est, à peu de chose près, l'état dans lequel ce malade resta

pendant trois semaines. Je passerai donc outre sur les différents moyens que j'employai (arnica, aloès, extrait de noix vomique, frictions ammoniacales camphrées, etc.), et dont aucun n'eut un effet bien décisif, y compris la noix vomique, pour arriver au seigle ergoté, dont l'action rapide et merveilleusement efficace fait l'objet essentiel de cette observation.

Lorsque je commençai l'emploi de cet agent, les mouvements étaient cependant plus faciles, l'inertie intestinale moins grande, l'intelligence moins obtuse ; mais Cuvillier paraissait encore bien éloigné d'une guérison complète, si même on pouvait l'espérer. La paralysie de la vessie notamment persistait au même degré; chaque jour, il inondait son lit.

Le seigle ergoté, commencé le 23 mai, fut continué jusqu'au 29, à la dose de 1 gramme d'abord, puis de 1 gr. 50, pris en trois fois, à six heures d'intervalle chaque fois.

Au bout de trois jours, Cuvillier n'urinait plus involontairement, et le 8 juin, lorsqu'il sortit de l'hôpital, il ne lui était plus arrivé *une seule fois* de perdre ses urines. Chose non moins remarquable : la motilité générale avait elle-même subi la plus heureuse modification, et le malade se trouvait si bien sous ce rapport, comme sous tous les autres, qu'il quittait l'hôpital vers le milieu de juin, pour reprendre ses pénibles fonctions. Je l'ai rencontré à deux mois de là : la guérison ne s'est pas démentie.

(*Bullet. gén. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Janvier 1854. — Présidence de M. COMBES.

Physiologie expérimentale.

M. Brown-Séquard lit sur la section et la galvanisation du nerf grand sympathique, au cou, un Mémoire d'où il tire les conclusions suivantes :

« 1° La galvanisation du nerf grand sympathique au cou est suivie de la contraction des vaisseaux sanguins, d'une diminution dans la quantité de sang qui circule dans ces vaisseaux, d'un abaissement de température et d'une diminution dans les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf galvanisé.

« 2° La section du grand sympathique au cou est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins, d'un afflux de sang, d'une élévation de température et d'une augmentation des propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf coupé. »

Choléra.

M. Doyère lit des recherches chimiques sur la respiration des cholériques (*voir* ci-dessus).

Iode dans l'air, l'eau, etc.

M. Chatin lit sur ce sujet un travail que nous publierons.

Composition du blé.

M. Millon adresse des détails d'analyses et un tableau, comme développement du travail qu'il a lu dans la dernière séance.

Perchlorure de fer.

M. Burin-Dubuisson adresse une Note sur le mode de préparation du perchlorure de fer.

Matière médicale en Chine.

M. de Paravey adresse une Note sur trois produits très-employés en Chine : 1° la racine de mamiron, objet d'un grand commerce au Thibet, et utile dans les maladies des yeux ; 2° la racine composée d'une sorte de mélèze nommé *pé-fou-ling*, qui se vend un prix énorme, et s'emploie dans les maladies de poitrine, ainsi qu'une boisson faite avec de l'écorce de pin ; 3° de jeunes pousses, ou sang coagulé des bois de cerf, aussi vendues fort cher et employées dans diverses maladies.

Séance du 23. — Présidence de M. ROUX.

Physiologie expérimentale.

M. Brown-Séquard adresse la relation de quelques expériences qui prouvent, à son avis, qu'un afflux de sang vers la tête produit les mêmes effets que la section du grand sympathique au cou. Ainsi, en suspendant un lapin par les pieds, on observe le resserrement de la pupille, la contraction du muscle droit interne et oblique inférieur de l'œil, le larmoiement, la dilatation des vaisseaux sanguins, l'augmentation de température des narines, des oreilles, etc.

Classifications des blés.

Comme conséquences des recherches qu'il a exposées dans deux précédentes suivantes, M. Millon propose la classification suivante des blés :

« Jusqu'à ce jour, les caractères botaniques ont prévalu dans la détermination des blés ; on a invoqué, pour les définir, plusieurs signes tirés de l'épi et quelquefois de la tige. Mais ces définitions et dénominations ne sont pas sorties des Manuels et des Traités scientifiques. Sur les marchés, le grain de blé, isolé désormais de l'épi, n'est plus distingué que par un nom qui en rappelle habituellement la provenance : le commerce de la localité ne s'y trompe pas, mais le sens du mot échappe au loin, à la généralité des lecteurs, des agriculteurs et des parties intéressées.

« En invoquant la proportion relative de gluten et d'azote, on donne des bases solides et tout à fait scientifiques à deux distinctions déjà consacrées par le langage usuel du commerce ; je veux parler des blés *tendres* et des blés *durs*. Ce sont là deux divisions vraiment naturelles qu'on peut appuyer sur l'ensemble des caractères suivants :

« *Blés tendres.* Cassure blanche, opaque et farineuse, d'où l'amidon s'échappe plus ou moins abondamment ; remplacement partiel et même total du gluten par un principe albuminoïde soluble ; grandes variations dans la proportion d'azote.

« *Blés durs.* Cassure cornée, demi-translucide, sans apparence d'amidon ; tout l'azote existe sous forme de gluten, et le poids de celui-ci est toujours un peu supérieur à la quantité de principe albuminoïde que représente l'azote ; variations faibles dans la proportion d'azote dont le chiffre est toujours très-élevé,

« On remarquera que le chiffre élevé de l'azote ne suffit pas pour caractériser les blés durs ; il n'est pas rare de rencontrer des blés tendres qui renferment autant et plus d'azote que la plupart des blés durs.

« Il existe dans les blés des états intermédiaires aux deux précédents, et le commerce les distingue en les qualifiant de blés mitadins ou glacés ; il serait beaucoup plus convenable de les appeler *demi-durs* : cette dénomination, employée quelquefois, aurait pour avantage d'établir un rapprochement avec les blés durs avec lesquels ils ont, en effet, la plus grande analogie, tandis qu'ils n'en ont pas avec les blés tendres ; on peut en juger par la définition suivante :

« *Blés demi-durs.* Cassure moins ferme et moins cornée que celle des blés durs, blanchâtre au point de l'écrasement ; proportion de gluten qui se confond pour ainsi dire avec celle du principe albuminoïde ; forte proportion d'azote et variant peu.

« Les blés demi-durs réussissent bien dans le Nord et sont cultivés de préférence dans quelques circonscriptions ; je citerai la Champagne et le Soissonnais ; ils sont aussi très-répandus dans le midi de la France.

« Il est rare de rencontrer un blé dur entièrement exempt de grains demi-durs ou même tendres ; réciproquement, les blés tendres sont le plus souvent mélangés de grains demi-durs ; à plus forte raison, trouve-t-on du mélange dans ces derniers. Il importe beaucoup de ne pas confondre ces différences de grains durs, demi-durs et tendres reposant sur l'*essence*, avec les variations qui dépendent de la forme et se rattachent au *type* des blés. Dans une masse de blé, le mélange des types implique la négligence et la confusion dans le choix des semences, ou bien le mélange des produits de la récolte ; tandis que le mélange des essences a des causes que nul ne connaît encore : on ne l'éviterait peut-être pas en choisissant la semence grain à grain. Il y a là des expériences agricoles à tenter, et elles sont de la dernière importance dès que l'on fait entrer en ligne de compte le produit des blés en mouture.

« En admettant, comme point de départ, les trois distinctions capitales que j'ai indiquées pour l'essence des blés, on complète facilement la définition de ceux-ci par les caractères extérieurs du grain tirés du volume, de la couleur des téguments et du sillon.

« Après avoir indiqué qu'un blé est dur, demi-dur ou tendre, on énumère chacun des caractères précédents ainsi :

« *Volume.* — Le grain est grêle, petit, mince, allongé, gros, renflé, etc.

« *Couleur.* — Le grain est blanc, jaune, roux, rouge, brun. Il est bon de remarquer si la matière colorante qui réside habituellement, au-dessous des téguments, dans la couche la plus superficielle du périsperme, reste à la périphérie, ou bien s'est infusée, en quelque sorte, plus ou moins profondément dans l'intérieur du grain.

« *Téguments.* — L'enveloppe du grain est légère, mince, transparente, glacée, ou bien opaque, épaisse, rugueuse, plissée.

« *Sillon.* — Il participe aux caractères des téguments, mais le repli carpellaire qui le constitue pénètre plus ou moins dans le grain, et ce caractère, joint à ceux qui se tirent des téguments, fournit d'excellents indices sur le taux du blutage auquel il faudra soumettre la farine.

« Il ne faut pas oublier non plus combien il importe de savoir si un blé marchand est net ou bien sali par la poussière et la terre ; s'il est mélangé

de pierres, de sable, de pailles, de grains d'orge ou de graines étrangères, et lesquelles, si son odeur et sa saveur sont franches ou bien si elles rappellent le silo, le charançon, les moisissures, etc; s'il est tacheté, moucheté, bouté, comme on dit dans le commerce; enfin, s'il est atteint du charançon, de l'alucite, de la teigne, s'il l'a été par le charbon, la rouille, etc.

« A l'égard de ces dernières altérations du blé, je ne saurais trop recommander d'introduire des nombres toutes les fois qu'on le peut; c'est le moyen d'écarter des allégations vagues, des assertions toujours plus ou moins erronées et souvent monstrueuses. Je prendrai pour exemple le blé charançonné; lorsqu'on a convenablement prélevé et composé un échantillon propre à représenter la totalité de l'approvisionnement, on prend sur cet échantillon une première poignée de cent à cent cinquante grains et l'on en compte les grains charançonnés pour en établir la proportion; on recommence deux fois la même épreuve sur le même échantillon, et la moyenne des trois opérations donne un chiffre pour 100 qui représente très-exactement les ravages du charançon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Séance annuelle de l'Académie des sciences.* — Aujourd'hui a eu lieu au palais Mazarin, la séance annuelle de l'Académie des sciences. Conformément au programme que nous avons publié, M. Flourens a lu un éloge vivement applaudi de M. de Blainville.

L'Académie a décerné les récompenses et prix suivants :

1° à M. Kœlliker une récompense de 2,000 francs pour son travail sur l'*Anatomie microscopique des tissus* et le *Manuel de l'anatomie générale de l'homme*;

2° Une récompense de 2,000 francs à MM. Ch. Robin et Verdeil, pour leur ouvrage intitulé : *Traité de chimie anatomique et physiologique*;

3° Une récompense de 2,000 francs à M. Magnus Huss, pour son *Traité de médecine sur l'alcoolisme chronique*;

4° Une récompense de 2,000 francs à M. Morel, pour son *Traité théorique et pratique des maladies mentales*;

5° Une réompense de 2,000 francs à M. Sestier, pour son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*;

6° Une récompense de 2,000 francs à M. Vidal (de Cassis), pour son *Traité des maladies vénériennes*;

7° Une récompense de 1,500 francs à M. Giraldès, pour son *Mémoire sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*;

8° Une récompense de 2,000 francs à M. Guibourt, pour son *Histoire naturelle des drogues simples*;

9° Un encouragement de 1,200 francs à MM. Becquerel et Vernois, pour leur *Mémoire sur la composition du lait de la femme dans l'état de santé et de maladie*;

10° Une récompense de 2,000 francs à M. Abeille, pour son *Traité des hydropisies et des kystes*;

11° Une récompense de 1,000 francs à M. Bouchut, pour son *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*;

12° Un encouragement de 1,000 francs à M. Willemin, pour son *Mémoire sur le bouton d'Alep*;

13° Un encouragement de 1,000 francs à M. Gubler, pour son *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis chez les enfants du premier âge*;

14° Un encouragement de 1,000 francs à M. Bassereau, pour son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*;

15° Un encouragement de 1,000 francs à M. Gosselin, pour ses *Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement*;

16° Une récompense de 1,000 francs à M. Fontan, pour ses *Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées*;

17° Une récompense de 1,000 francs à feu M. Réveillé-Parise, pour son *Traité hygiénique de la vieillesse*;

18° Un encouragement de 500 francs à M. Reynoso, pour son *Mémoire sur la présence du sucre dans les urines*, etc.;

19° Un encouragement de 500 frans à M. Lecanu, pour ses *Etudes sur le sang et sur les urines*;

20° Un encouragement de 500 francs à M. Mouriès, pour son *Mémoire sur le phosphate de chaux dans ses rapports avec la nutrition des animaux*, etc.

— Nous avons la douleur d'annoncer que notre célèbre et savant chirurgien, M. Roux, a été atteint avant-hier de tous les symptômes d'un coup de sang. Grâce à la promptitude des soins qui lui ont été prodigués par notre excellent maître, M. Danyau, les phénomènes morbides ont perdu toute leur gravité, et M. Roux se trouve beaucoup mieux à l'heure où nous écrivons ces lignes.

— Après de spirituelles remarques sur un prétendu legs fait dans ces derniers temps à la presse médicale, sur cette jonglerie dont les hommes peu habitués aux faits et gestes de certains industriels, ont été dupes, la *Gazette médicale de Toulouse* publie la composition du bureau de la Société médicale de cette ville, pour 1854. Il est ainsi formé :

MM. Ste-Colombe, président;
Laforgue, vice-président;
Teillier, secrétaire général;
Guitard, secrétaire adjoint;
Dassier (Augustin), trésorier.

Commission générale :

1852 : MM. Delahaye, Estévenet, Dieuzaide.
1853 : MM. Parant, Lafont-Gouzi, Popis, Batut.
1854 : MM. Gaussail, Dassier (Adolphe), Giscaro.

— Le même journal ajoute :

« Nous avons annoncé dans notre dernier numéro, que des changements importants se préparaient dans le personnel de nos hôpitaux. Par suite de l'avis publié dans les journaux de la ville, un grand nombre de demandes sont parvenues à l'administration, qui a fait les choix suivants :

« M. Desbarreaux-Bernard a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement ds M. Dassier (Augustin).

« M. Estévenet, chirurgien à la Maternité, professeur d'accouchements, en remplacement de M. Duclos.

« M. Laforgue, éhirurgien en chef de la Grave, en remplacement de M. Estévenet.

« M. Fourquet, médecin du même hôpital, en remplacement de M. Ressayre.

« Nous avons aussi parlé, mais sans le garantir, du projet qu'avait l'administration des hospices de nommer des adjoints pour chaque service. Nous ne nous étions pas trompé; seulement, le concours pour ces places n'aura lieu qu'en novembre prochain, et, en attendant cette époque, la commission administrative a cru devoir désigner des médecins et des chirurgiens qui rempliront provisoirement ces emplois. Ce sont MM. Batut, Ad. Dassier, Despaignol, Dougnac, Colomiès, Guitard, Pégot, Ripoll, Roques-d'Orbcastel fils.

« Un concours s'ouvrira donc, au mois de novembre prochain, pour deux places de médecin et de chirurgien adjoints. Il en sera ainsi chaque année : il y aura un concours pour le remplacement des deux adjoints désignés par le sort; de façon qu'au bout de quatre ans, il ne restera plus d'adjoints provisoires. Nous désirons que cette combinaison amène de bons résultats, mais il faut pour cela que les candidats qui affronteront les chances d'un concours voient, à l'expiration de leur temps d'exercice comme adjoint, une position assurée plutôt qu'une perspective hasardeuse, ou des promesses vagues à échéance douteuse.

« *P. S.* Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le tirage au sort, qui a eu lieu, jeudi 19, a désigné pour sortir et être remplacés en novembre prochain, MM. Ad. Dassier (section de chirurgie), et Guitard (section de médecine).

« Nous publierons les conditions du concours, quand l'administration nous les aura fait connaître. »

Dans le rapport qu'il avait fait l'an dernier à M. le préfet, sur les vaccinations du département, et dont un exemplaire a été adressé à chacun de MM. les vaccinateurs cantonnaux, le comité central de vaccine leur a rappelé combien il était important que les états de vaccinations fussent parvenus au secrétariat à la fin de l'année. Plusieurs ayant été sourds à cet avertissement, nous sommes chargés de les prier de ne pas manquer de faire cet envoi d'ici au 31 janvier courant. Après ce terme de rigueur, le comité se verra forcé de passer outre, et de considérer les retardataires comme n'ayant point pratiqué de vaccinations pendant l'année qui vient de s'écouler.

— En annonçant l'ouverture d'un concours pour une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris, les *Annales de clinique* ajoutent : « Quand donc une semblable institution aura-t-elle lieu dans la ville médicale? » Il est presque incroyable, en effet, que les hôpitaux de Montpellier ne possèdent pas encore de pharmacien en chef ni d'interne en pharmacie.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 14. 2e ANNÉE. Jeudi 2 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 1er Février 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

(**Nouvelle variété de folie. — Pessaire intra-utérin.**)

Les tentatives de quelques classificateurs, de Sauvages et de Pinel, en particulier, n'ont pas avancé beaucoup la science médicale touchant le véritable sens qu'on doit attacher, en pathologie, aux mots *classe, famille, genre, espèce, variété;* elles n'ont même pas démontré que ces mots pussent être appliqués, avec quelque justesse, à l'ensemble des phénomènes qui constituent la pathologie.

Parmi les affections dans lesquelles les bases d'une telle application sont les plus incertaines, on doit placer les aliénations mentales ; les aliénations mentales, disons-nous ; est-ce bien là le langage qui convient ? L'aliénation mentale n'est-elle pas au fond une maladie unique, variable seulement par quelques accidents accessoires de forme ? N'est-elle pas, au contraire, une aggrégation de plusieurs maladies essentiellement différentes par leur cause intime, par leur nature, conséquemment ? Questions d'une haute portée, au point de vue philosophique, peut-être même sous le rapport thérapeutique, et que les aliénistes, sans en excepter ceux dont l'esprit a le plus de portée, n'ont pas suffisamment agitées encore. Ce n'est pas, on le pense bien, à une pareille entreprise que nous pouvons songer en ce moment ; nous avons voulu formuler cette proposition pour montrer que la lecture de M. Baillarger manque d'une discussion préalable qui seule aurait pu déterminer la véritable importance de la lecture, intéressante d'ailleurs, qu'il a faite hier à l'Académie. Qu'est-ce, en effet, que peut-être, du moins, en pathologie mentale, une variété ? Voilà d'abord ce qu'il fallait nous dire, avant de passer à la description d'une *variété nouvelle* de folie.

A défaut de solution de cette question capitale, nous ne pouvons accepter que comme une *forme,* dont l'importance pratique reste à déterminer, ce qu'il semble y avoir de spécial dans la curieuse alternative de phénomènes opposés décrits par M. Baillarger. Quand nous disons il semble, ce n'est pas que l'esprit d'observation bien connu de M. Baillarger nous laisse beaucoup de doutes ; peut-être, néanmoins, n'aurait-il pas été inutile de démontrer, par un plus grand nombre de faits, que la folie dont il est question reste bien telle depuis le début jusqu'à la fin ; qu'elle n'est pas susceptible de se transformer, soit en manie, soit en lypémanie, et réciproquement, que celles-ci ne sont pas susceptibles de prendre la forme qu'a décrite M. Baillarger. Enfin, peut-être n'aurait-il pas été inutile de rechercher quelles conséquences pratiques, sous le double rapport du pronostic et du traitement, pouvait avoir la distinction nouvelle.

Sous ce rapport d'ailleurs, un de nos aliénistes les plus recommandables, M. Falret, a déjà consigné dans la science quelques aperçus importants ; car la forme d'aliénation décrite par M. Baillarger n'est pas aussi nouvelle que notre excellent et très-distingué confrère a pu le croire de très-bonne foi. Voici, en effet, ce que nous lisons dans les *Leçons cliniques de médecine mentale,* de notre excellent maître et ami M. Falret (1re partie, p. 249) :

« La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, a été signalée, dans tous les temps, comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons *folie circulaire,* parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée. Faisons remarquer toutefois que les deux états dont la succession continuelle constitue la folie circulaire ne sont, en général, ni la manie ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels ; c'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladie mentale sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque, c'est-à-dire activité extrême des facultés avec besoin incessant de mouvement et désordre très-marqué dans les actes ; d'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives. Cette période d'affaissement de la folie circulaire est ordinairement plus longue que la période d'exaltation maniaque. Chose remarquable ! ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont ordinairement plus curables que les autres, présentent la plus grande gravité lorsqu'elles se trouvent

réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection ; *jamais* nous n'avons observé ni de *guérison complète* ni même d'*amélioration durable.* »

Comme on le voit, le savant aliéniste n'a pas seulement décrit les alternatives d'excitation et d'affaissement; il en a indiqué les rapports, la durée, les intervalles, et qui plus est, il en a signalé l'importance au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Mais tous ces détails où se trahit la sagacité de l'observateur, sont-ils basés sur un nombre suffisant de faits rigoureusement décrits? C'est là ce que nous apprendra une observation ultérieure, mais ce que tendent évidemment à confirmer les faits exposés dans la lecture de M. Baillarger.

Le second orateur appelé à la tribune a été M. Broca. Ce jeune chirurgien, dont nos lecteurs ont pu apprécier l'esprit distingué et la judicieuse critique, a communiqué à l'Académie trois faits qui démontrent tous les dangers qu'il peut y avoir à introduire et à laisser à demeure dans l'utérus, le redresseur utérin imaginé par M. Simpson et modifié par notre savant confrère M. Valleix. Les observations racontées avec une remarquable netteté et judicieusement interprétées par M. Broca, ne nous semblent pas laisser place au doute touchant la véritable cause de la mort, et elles viennent singulièrement corroborer notre peu de sympathie pour l'introduction à demeure du pessaire Simpson dans l'utérus. Toutefois, en voyant un homme aussi prudent, un observateur aussi sagace et aussi attentif que M. Valleix, persister dans une pratique qui, pour lui, date déjà de dix ans au moins, nous avouons franchement que nous hésitons à la condamner sans retour. C'est là la seule restriction que nous ferons aux conclusions du remarquable Mémoire de M. Broca.

La séance, bien occupée comme on voit, a été close par une lecture de M. Chatin, qui a fait connaître des analyses exécutées par lui dans un grand nombre de localités du Piémont, de la Savoie et de la Suisse.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Guérard.

Cholérine. — Mort subite accidentelle à la suite d'un écart de régime pendant la convalescence. — A l'autopsie : estomac en digestion, poumons et cœur offrant les signes de l'asphyxie.

Pendant le mois de décembre dernier, à l'époque de l'épidémie de choléra, il s'est passé, à l'Hôtel-Dieu, un fait qui nous paraît digne d'attirer quelques instants l'attention des médecins, quoiqu'il s'adresse surtout au public et qu'il démontre combien est dangereux le préjugé vulgaire : *Que la diète est très-préjudiciable aux convalescents,* préjugé qui, dans le fait suivant, a probablement été la cause unique de la mort du malade.

Le nommé Moreau, âgé de 20 ans, journalier, entra le 2 décembre 1853, à l'Hôtel-Dieu, où il fut couché au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, service de M. Guérard. C'était un jeune homme robuste, bien musclé et d'une grande taille; il avait toujours été bien portant, seulement depuis trois jours, quand il entra dans le service, il avait été pris d'une diarrhée très-abondante. Il avait sept à huit selles liquides chaque jour et autant chaque nuit; néanmoins, il continuait son travail et n'avait subi aucun traitement.

Bientôt la soif devint très-vive; la voix s'altéra, se voila; les yeux s'enfoncèrent profondément dans les orbites; la chaleur animale s'abaissa considérablement; le pouls devint complétement insensible aux deux artères radiales; la faiblesse musculaire devint excessive; les urines se supprimèrent; mais il n'y eut ni vomissements, ni crampes, ni cyanose. La diarrhée avait tellement augmenté pendant la nuit qui avait précédé l'entrée du malade à l'hôpital, la faiblesse était si grande, qu'on fut obligé de l'apporter sur un brancard.

Le 2 décembre, le malade présentait l'état que nous venons de décrire. On caractérisa sa maladie du nom de cholérine. Pour traitement, on prescrivit : thé au rhum, lavements laudanisés, diète.

Le lendemain, déjà la chaleur de la peau était revenue; le pouls était redevenu sensible, mais la diarrhée persistait. Pour traitement : riz, sp. coings, lavement avec thériaque 2 grammes; diète.

Le 6 décembre, c'est-à-dire après quatre jours de ce traitement, la diarrhée était complétement arrêtée, et on put accorder au malade un peu de bouillon.

Les jours suivants, à mesure que tous les symptômes sus-indiqués s'amendaient, l'appétit devenait excessif; aussi était-il très-difficile de maintenir le malade à la diète. Les deux bouillons qu'il prenait chaque jour lui paraissaient toujours insuffisants. Ce ne fut que le 10 décembre que le malade commença à prendre un potage. De jour en jour la santé se rétablissait, la convalescence marchait très-régulièrement, quand le 11 décembre, c'était un dimanche et par conséquent jour de visite, la sœur du malade étant venue le voir, lui apporta une douzaine de biscuits de Reims et un sac de gâteaux (dits petits-fours); il y avait de ces derniers environ une livre.

La religieuse de la salle, fort attentive à la convalescence de ce malade, venait de recommander, avec les plus vives instances, de ne rien lui donner; aussi les provisions dont nous parlons furent-elles passées très-mystérieusement. A peine celles-ci sont-elles en sa possession, que Moreau mange coup sur coup cinq biscuits, grignotte tous les autres et dévore la moitié du sac de gâteaux. Cela se passait à trois heures de l'après-midi, et, à quatre heures précises, le malade mourut un instant après le départ de sa sœur. Quand nous le vîmes à quatre heures et demie, le corps avait conservé sa température normale; les lèvres étaient bleues, violacées; la respiration et la circulation étaient complétement arrêtées; le creux épigastrique était mat à la percussion; mais, à son niveau, la paroi abdominale n'était pas moins déprimée qu'elle ne l'est ordinairement en dehors du temps de la digestion.

A l'autopsie, faite le 13 décembre à huit heures du matin, c'est-à-dire quarante-huit heures après la mort, on ne trouva aucune trace de putréfaction. L'organe qui nous semblait le plus important à examiner, l'estomac, occupait les deux hypochondres et la région épigastrique; il avait 16 centimètres de diamètre transversalement; cependant il était encore complétement caché sous la face inférieure du foie, qu'il fallut relever pour examiner l'organe qui nous occupe; il ne nous a paru ni plus volumineux, ni plus distendu par des gaz qu'il ne l'est ordinairement; il présentait, au milieu de ses faces antérieure et postérieure, une rainure circulaire, une sorte de resserrement médian qui lui donnait un aspect biloculaire, disposition déjà notée par M. Cruveilhier sur des estomacs de suppliciés en digestion (Cruveilh., *An. desc.*, t. 3, p. 293), et que Richerand avait également signalée à la suite de l'observation d'un ouvrier apporté à l'hôpital Saint-Antoine et dont le corps avait été écrasé quelques instants après son repas (Richerand, *Phys.*, t. 1, 10e éd.). Outre ce changement dans la forme, l'estomac avait changé de direction : la petite courbure regardait en arrière ; la grande, au contraire, était en avant; la face antérieure était devenue supérieure, la postérieure était inférieure; ses deux faces étaient encore aplaties; bien que l'organe ne nous ait pas paru augmenté de volume, cependant le foie et le diaphragme semblaient un peu refoulés dans la cavité thoracique, et la face supérieure du foie s'élevait jusqu'au niveau du mamelon droit. A l'intérieur, la muqueuse, d'un rouge vif, présentait une injection en arborisa-

tions capillaires très-abondantes; elle avait conservé ses plis, ses rides, très-saillants; elle était baignée, surtout au niveau de la grosse extrémité, par un liquide gris blanchâtre, bouillie chymeuse, sans doute composée de suc gastrique mélangé avec les aliments pris pendant la vie; il y avait environ deux cuillerées de bouillie. La vésicule du fiel, distendue outre mesure par la bile, dépassait le bord antérieur du foie d'au moins 3 centimètres : il serait curieux de rechercher si cette rétention de la bile est un fait constant quand l'estomac est en digestion. Des observations cliniques ultérieures seules pourront décider cette question.

L'intestin grêle était rempli, dans le dernier pli de sa longueur, de follicules isolés, hypertrophiés; ceux-ci ressemblaient à des boutons blancs de la grosseur d'une tête de forte épingle, et ils étaient très-saillants (psorentérie); en un mot, l'intestin offrait des lésions parfaitement semblables à celles qu'il présentait pendant l'épidémie du choléra de 1849.

Les poumons et les cavités droites du cœur étaient gorgés d'un sang noir fluide très-abondant; l'écume bronchique que l'on rencontre dans l'asphyxie se retrouvait dans chaque poumon en grande quantité. On n'a trouvé aucun corps étranger ni dans la trachée, ni dans les premières divisions bronchiques, de façon à faire supposer que les voies respiratoires aient été obstruées par quelques bouchées d'aliment.

On n'a pas examiné le cerveau.

P. Duclos, *interne des hôpitaux.*

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite. Voir le n° 157 du tome 1er et les nos 1, 2, 3, 4, 9, 10 et 12 du tome 2.*)

Je répète ce que je consignai, il y a dix-huit mois, dans un Mémoire que je lus à l'Institut :

« On peut nourrir les malades dont l'estomac, par faiblesse ou « impuissance, ne digère point. Les nourrir en se passant, pour « ainsi dire, de leur estomac; faire ses fonctions et sans lui, et « aussi bien qu'il les aurait faites lui-même; avec autant de « profit pour la nutrition et l'entretien de la vie. »

Pour beaucoup, ce Mémoire passa inaperçu; pour plus encore, utopique et téméraire, peu s'en fallut qu'il n'excitât la risée; mais je parlais fort sérieusement et je passai outre. Depuis, aux preuves que je donnais, s'en ajoutèrent d'autres, ce sont celles qui sont dans ce Mémoire et celles d'un autre ordre et qui sont consignées dans un prochain travail.

Pendant ce temps, les essais que quelques médecins voulurent bien faire de ma méthode, donnèrent des résultats bien satisfaisants [*voir* les exemples consignés dans la thèse du docteur Hérard (1)].

C'était le début, et ce fut ce qui m'encouragea, aussi à trois personnes je dois un témoignage tout spécial et bien senti de gratitude :

Au docteur Godart, qui tenta les premiers essais;

Au professeur baron Hippolyte Larrey, qui comprit si bien mon but, et, dans une séance de la Société de chirurgie (2), conseilla l'emploi de ma méthode dans quelques cas chirurgicaux;

Au docteur Hérard, médecin des hôpitaux, qui ayant, dans un concours pour une place de professeur agrégé à la Faculté de médecine, à soutenir une thèse sur les *applications pratiques des découvertes physiologiques les plus récentes, concernant la digestion et l'absorption,* me demanda avec instance mes notes incomplètes, les fit connaître longuement et donna à mon travail les plus flatteurs encouragements.

A cette époque, je n'avais point encore fait l'étude qu'on vient de lire sur les nutriments et leur usage.

Mais déjà le principe était trouvé; je disais qu'on pouvait, à l'aide de la *force vive* que renferme le principe digestif des animaux, transformer les aliments, suppléer ainsi à l'impuissance de l'estomac malade, nourrir enfin et faire vivre ceux que l'estomac, privé de cette force vive, laisse périr d'inanition.

Est-ce donc une médication par hasard, ou n'est-ce pas plutôt une médication si simple, si rationnelle, qu'en vérité je ne sais ce qu'on pouvait, en se creusant l'esprit, lui objecter?

Voici cependant ce que j'entendis répéter :

Sans doute, ce principe est bon, mais on ne peut s'en procurer (1). J'en ai employé des centaines de livres pour mes expériences.

Mais c'est difficile à administrer.

Les prises ou cuillerées nutrimentives sont des préparations que les personnes les plus difficiles prennent plus volontiers et plus facilement que le sous-nitrate de bismuth et le sirop de quinquina, et qu'on pourrait prendre pour condiment aussi bien que le sel ou le poivre! Que les médecins les voient et les goûtent!

Mais ces préparations alors n'ont pas la même vertu digestive.

Au contraire. Toutes sont ramenées à une force type. Toute cuillerée, toute prise peut convertir en nutriment un poids donné et toujours le même d'albumine ou de fibrine, de telle sorte que cette quantité de nutriment soit assimilée directement sans digestion.

C'est ce caractère organoleptique qui fait le type et non point les caractères physiques ni les chimiques.

Mais le principe digestif des animaux varie suivant chaque espèce animale et n'a pas la même vertu.

C'est aller à l'encontre de tous les physiologistes que dire cela. C'est contredire Réaumur, Spallanzani, etc., tous en bloc.

S'il y a une différence, c'est dans la force de ces principes; mais une fois ramenés au type dont j'ai parlé, tous sont les mêmes et ne varient point.

J'en fournirai toutes les sortes de preuves, jusqu'à la dernière; en voici deux sortes et capitales :

1° Que le principe vienne du mouton (c'est toujours celui de la caillette des moutons qui a servi), du veau, du cochon, du chien, de l'homme, d'un herbivore, d'un carnivore, d'un omnivore, le même poids d'aliment subira : *A.* les mêmes modifications physiques; *B.* les mêmes modifications chimiques; *C.* les mêmes modifications organoleptiques. Le nutriment ainsi fait, injecté dans les veines, nourrira de même un herbivore, un carnivore, un omnivore.

C'est l'objet du Mémoire qu'on a lu.

2° Ces principes sont influencés de même par les médicaments, c'est-à-dire, que les médicaments paralysent, activent ou respectent de même les principes digestifs naturels, purifiés, en poudre ou liquides, que ces principes viennent d'un herbivore, d'un carnivore, d'un omnivore.

C'est l'objet d'un Mémoire que M. Boudault et moi publierons et qui est basé sur plus de 500 expériences.

En est-ce assez pour engager les médecins, désireux du soulagement des malades, à employer une méthode soutenue par tant de preuves?

Est-ce prématuré de provoquer les médecins à ce traitement qui peut être dans tant de cas aussi *spécifique* qu'il est inoffensif dans les autres?

La plupart des médecins sauront bien découvrir les cas où cette méthode est applicable de ceux où elle ne l'est point, quand ce ne serait que par l'expérience de son emploi.

(1) *Thèse de concours pour l'agrégation* (section de médecine), 1853. Collection des thèses de la Faculté de médecine de Paris. « Nous n'ajouterons rien, dit-il, à ces observations; elles parlent assez d'elles-mêmes (p. 52). »

(2) Du 27 avril 1853.

(1) Un médecin fort connu de Lyon répondit cela à une malade qui lui citait l'exemple d'une de ses amies guérie par l'usage des cuillerées nutrimentives.

De mon côté, je travaille à ce sujet ; tandis que j'ai pu provoquer les mille expériences qui, chez les animaux, m'ont fourni, quand j'ai voulu, les éléments de mes conclusions actuelles, les cas de maladies ne se commandent pas, ils viennent, et souvent ils viennent avec d'autres phénomènes morbides qui obscurcissent ceux de la digestion et dont on ne peut se débarrasser à son gré.

J'ai pu me faire une certaine expérience à moi, mais pour formuler dans un écrit définitif le résultat de cette expérience, la prudence exige que j'accumule un grand nombre de faits variés et précis.

En mettant aujourd'hui, par la publication de ce premier Mémoire, les médecins à même de chercher à acquérir la même expérience que moi, j'acquitte un devoir de conscience.

Je me fusse reproché de poursuivre seul et dans l'ombre l'application de ce traitement des maladies de l'estomac, de garder pour moi seul les moyens de poursuivre cette œuvre, et d'attendre, pour la signaler, que j'eusse essayé de la parfaire.

Néanmoins, je veux donner quelques indications générales qui pourront servir de guide provisoire.

Ceux qui ont bien saisi l'ensemble de cette méthode, verront les cas où il y aura plutôt lieu de faire manger des aliments aux malades, en y associant les prises ou les cuillerées nutrimentives capables de transformer les aliments en nutriments, ou de leur administrer directement les nutriments eux-mêmes.

1° J'ai donné le nom de *prises* ou *cuillerées nutrimentives* au principe digestif purifié, en poudre ou liquide, parce qu'elles sont propres à élever les aliments azotés au degré de nutriments, et qu'elles sont propres à transformer ces aliments aussi bien dans l'estomac malade et dépourvu de principe digestif que dans les bocaux ;

2° On a fait en sorte que chaque prise ou cuillerée nutrimentive préparée ait toujours, sur un poids donné d'aliments azotés (fibrine), la même puissance digestive, ce qui facilite, on ne peut plus, l'emploi du médicament par les médecins, qui peuvent toujours compter sur une énergie pareille ;

3° Pour un malade, quelque malade qu'il soit, une prise ou une cuillerée nutrimentive a généralement suffi pour opérer la digestion d'une côtelette ou plus et d'un potage ; il est nécessaire de donner de la viande ou quelque aliment animalisé ou azoté avec le médicament ; car sans cela qu'aurait à faire ce dernier?

4° Si cette dose du principe digestif n'agit pas dans les trois premiers repas, et qu'une dose double n'ait pas plus d'effet, il est probable que le vice de la digestion ne tient pas à l'imperfection de la sécrétion.

En six repas, l'action du médicament est jugée, *surtout si, pendant un ou deux repas, on l'a supprimé*, car on a ainsi un contrôle.

Mais l'action, quoique appréciable, peut être moins marquée au début que dans le cours de la médication, parce qu'à sa force viennent s'ajouter celles de l'estomac revenues par l'alimentation ;

5° La prise se prend dans la première cuillerée de potage ; la cuillerée (à bouche) doit être mêlée avec une cuillerée de sirop de sucre, et prise au début du repas ; la cuillerée à bouche de sirop nutrimentif remplit à elle seule ce but ;

6° L'abondance des boissons aqueuses ou autres est nuisible à son action, si elles sont prises avant la deuxième heure accomplie de la digestion ou une heure avant le repas (il en est de même pour le thé et le café). Une chaleur de plus de 40° détruit toute vertu dans les prises ou les cuillerées nutrimentives ;

7° En général, tout médicament doit être proscrit pendant le même temps ; on verra plus loin (dans notre étude de l'action des médicaments sur l'action du principe digestif et l'estomac), ceux qui sont défavorables (extraits) ou favorables (sucre) à l'action de ce principe digestif.

Mais dès à présent je dois dire que généralement une petite dose : $0^{gr},01$ ou $0^{gr},02$ d'acétate de morphine ; 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth ; le lactate de fer et le valérianate de zinc à une dose inférieure à $0^{gr},05$; la strychnine à une dose inférieure $0^{gr},03$, peuvent être administrés simultanément à la prise ou à la cuillerée nutrimentive.

Quoique ainsi donnés, ces médicaments ne nuisent pas à l'action du principe digestif, *il ne faut guère les administrer que si on a remarqué,* avant l'emploi de ce dernier, *qu'ils ont sur la digestion du malade une influence salutaire.* Car on pourrait attribuer au principe digestif une impuissance qui ne serait due qu'à l'influence fâcheuse de ces médicaments sur les fonctions de trituration, de sensibilité ou autres de l'estomac, et c'est à eux qu'il faudrait s'adresser par contre, si les prises ou cuillerées avaient été impuissantes, car elles donnent un moyen diagnostic.

Quant aux eaux alcalines de Vichy, etc., elles peuvent être prises deux heures après le repas et avec avantage, *mais guère avant.* Il peut y avoir des cas où on peut enfreindre cette règle, mais il faudra s'expliquer plus longuement sur ce sujet en temps et lieu.

8° On sait que, dans une bonne digestion, les aliments azotés, pris avec appétit, arrivent à l'estomac, s'y dissolvent et s'y transforment, qu'ils passent doucement dans les intestins où les parties absorbables sont absorbées, les autres expulsés au dehors sans diarrhée ; tous ces phénomènes s'accompagnent d'un sentiment de bien-être.

Le dérangement de chacun de ces phénomènes peut dépendre d'une viciation du principe digestif.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 7, 8, 9, 10, 11 *et* 12 *du tome* 2.)

Voyons maintenant dans quel ordre se montrent et se succèdent les troubles de la sensibilité dans la paraplégie symptomatique.

Deux fois sur huit, une hypéresthésie bien localisée sur le trajet du nerf sciatique, propre à faire croire à une névrose de ce nom, précède l'abolition ou la diminution de la motilité dans les extrémités inférieures ; c'est dans un cas de paraplégie rhumatismale et dans un cas de paraplégie par compression de la moelle (28e et 30e *obs.*).

Dans trois cas, la sensibilité n'éprouve d'abord pas, ou n'éprouve que des troubles peu prononcés et bornés souvent au simple engourdissement, aux fourmillements (24e, 25e et 29e *obs.*)

Dans deux cas, la sensibilité reste exagérée en même temps que survient la paralysie du mouvement (30e et 31e *obs.*).

Dans un cas, au contraire, la sensibilité devient fort émoussée, mais si l'on presse sur un certain point du trajet de la moelle, elle reparaît aussitôt dans les membres inférieurs, pour disparaître encore après (29e *obs.*).

Il peut arriver que la sensibilité se conserve normale, tandis que la sensibilité tactile devient obtuse ; c'est ce qui a eu lieu dans notre 25e observation.

La calorification éprouve aussi parfois quelques modifications dans les membres paralysés. Si, six fois sur huit, les membres conservent la même chaleur que le restant de la peau, dans deux cas nous notons un refroidissement manifeste (27e et 30e *obs.*).

Une fois sur huit nous notons un engourdissement des extrémités inférieures en même tems que ces membres sont refroidis (30e *obs.*) ; une fois sur huit aussi, nous signalons des fourmillements dans ces mêmes extrémités, tandis qu'il y a hypéresthésie.

Comme troubles de nutrition ou des fonctions d'absorption, nous avons à signaler un œdème généralisé et un œdème borné aux extrémités paralysées (24e et 27e *obs.*).

Dans aucun cas, nous n'avons observé d'atrophie dans les membres, ou, si nous les avons trouvés amaigris, cet amaigrissement était en rapport avec la nutrition générale.

Dans un seul cas, la paralysie s'est étendue au rectum et à la vessie (30e *obs.*).

Étiologie. — Des causes qui président à la paraplégie symptomatique, les unes ne font que disposer à l'affection, les autres la suscitent directement : les unes peuvent donc être considérées comme prédisposantes, les autres comme déterminantes.

Causes prédisposantes. — Dans la paraplégie symptomatique de l'anémie globulaire, nous trouvons que, dans nos deux cas, il s'agit de femmes préalablement atteintes de métrorrhagies considérables, survenues après des couches laborieuses ou à l'occasion de violence extérieure. L'anémie était extrêmement prononcée dans ces deux cas. Les pertes de sang considérables, l'état anémique consécutif, rentrent donc dans les causes prédisposantes, de même que tout ce qui peut entraîner ces hémorrhagies. Comme il s'agit de femmes dans chaque cas, il s'ensuivrait que le sexe serait beaucoup plus disposé à cette paraplégie que les hommes.

Dans la paraplégie symptomatique du rhumatisme ou de la goutte, nous trouvons, sur nos trois cas, deux hommes et une femme, ce qui ferait pencher la prédisposition en faveur des premiers.

Dans ces trois cas, il est question de constitution forte; en sorte que cette constitution semble plus favorable au développement de cette paraplégie. L'âge oscille, dans ces trois cas, entre 40 et 52 ans.

Dans ces trois cas encore, on observe deux fois des atteintes nombreuses de rhumatisme, et dans l'autre, si le malade n'a pas eu antérieurement de fréquentes atteintes de goutte, on trouve, dans ses ascendants, des personnes qui en ont été affectées.

La goutte et le rhumatisme jouent donc ici tout à la fois le rôle de causes prédisposantes et de causes déterminantes.

Dans nos trois cas de paraplégie par compression de la moelle, il est question, une fois d'une petite fille de six ans, et deux fois d'adulte ou d'homme mûr. Nous ne pensons pas que, dans ces circonstances, on puisse tirer quelque parti de ces données pour l'étiologie.

Mais ce dont il importe de tenir compte, c'est que, deux fois, il se trouve des traces de scrofules et une constitution au-dessous de la moyenne (27e et 31e *obs.*). Ceci mérite d'entrer réellement en ligne de compte, sous le rapport de la prédisposition. C'est ainsi qu'on pourrait ranger sur la même ligne le rachitisme et tout ce qui tend à débiliter le système osseux et à l'exposer à des déviations, les vices cancéreux, tuberculeux, etc., qui peuvent donner naissance à des tumeurs.

Causes déterminantes. — Dans trois cas, nous trouvons les attaques de goutte, de rhumatisme, et conjointement des refroidissements subis pendant ou à la suite de ces attaques.

Dans deux autres cas (24e et 25e *obs.*), nous ne trouvons, pour cause déterminante, que l'anémie profonde qui a succédé aux pertes sanguines et que nous avons déjà placées parmi les prédisposantes.

Évidemment, il reste ici une inconnue que nous avons cherchée en vain, car la paraplégie est loin d'accompagner toutes les hémorrhagies graves.

Il est vrai que, dans ce cas, le sang ayant perdu une grande quantité de globules, se trouve hors d'état d'inciter suffisamment les centres nerveux qu'il abreuve. Mais pourquoi alors survient-il une paraplégie de préférence à tout autre paralysie, ou une autre paralysie plutôt que la paraplégie? Pourquoi, surtout, voit-on une paraplégie dans tel cas, et n'en voit-on pas dans tel autre cas semblable?

Dans la paraplégie symptomatique de compression, il s'agit, dans nos trois cas, de tumeurs développées aux dépens du système osseux; mais, dans d'autres circonstances, des tumeurs de tout autre nature peuvent jouer le même rôle.

Durée, terminaison. — Dans nos huit cas de paraplégie symptomatique, la durée a été notée chaque fois, et voici ce que nous trouvons : trente-deux jours, quatre-vingt-six jours, trois fois cinq mois, un an, deux ans et demi et cinq ans.

C'est dans la paraplégie symptomatique d'anémie globulaire que la durée est moins longue; elle est beaucoup plus longue dans la paraplégie par compression; enfin, c'est dans la paraplégie rhumatismale que la durée se montre d'une longueur désespérante.

En thèse générale, on peut dire que la paraplégie symptomatique a une durée bien autrement longue que l'idiopatique proprement dite.

Quant à la terminaison, voici ce qui ressort de nos observations :

Il y a une mort dans un cas de paraplégie par compression de la moelle (30e *obs.*). Ce n'est point la paraplégie elle-même qui a causé ce décès, mais bien la maladie osseuse dont elle découlait.

Dans cinq cas, nous avons obtenu une guérison radicale dans l'espace de trente-et-un jours à un an : deux fois dans la paraplégie symptomatique d'anémie globulaire, deux fois dans la paraplégie par compression de la moelle, et une fois dans la paraplégie goutteuse.

Dans deux cas, au contraire, il n'a été obtenu qu'une amélioration plus ou moins tranchée, après des traitements nombreux et variés; c'est dans la paraplégie rhumatismale (27e et 28e *obs.*). Il convient toutefois de faire observer que la maladie avait été longtemps méconnue dans ces deux cas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur la respiration et la chaleur humaines dans le choléra,

Par M. L. Doyère, *professeur de physiologie et de zoologie appliquées, à l'ex-Institut agronomique et à l'Ecole centrale des arts et manufactures.*

(*Suite et fin. Voir le n°* 13 *du tome* 2.)

Je crois devoir m'arrêter là dans la recherche des conclusions à tirer de mes analyses, pour ce qui concerne les phénomènes morbides eux-mêmes. Je laisse le soin de faire le reste aux praticiens qui, s'étant livrés à une étude approfondie du choléra, sous le point de vue médical, voudront bien accorder quelque attention à mon travail et rapprocher mes observations des leurs propres. Malheureusement, je ne me le dissimule pas, la description que j'ai donnée des symptômes laisse souvent à désirer. Pour le pouls, en particulier, j'avais cru pouvoir compter sur des notes qui étaient prises en même temps que les miennes, et qui, lorsque j'ai voulu les consulter, avaient été égarées ou se sont trouvées insuffisantes. C'est ce qui explique le manque de renseignements assez complets sur cette partie de la symptomatologie.

Il est une application magnifique qu'une étude comme celle que j'ai voulu faire peut recevoir, à laquelle tout le monde songera, et que l'on cherchera certainement dans les observations qui vont suivre. Je ne puis pas douter que l'analyse chimique des produits expirés ne dénonçât le mode d'action qu'un agent quelconque exerce dans le choléra plus sûrement, et surtout plus immédiatement qu'aucun symptôme connu, et les moyens qui ont servi pour ce travail, outre leur précision, sont assez prompts pour permettre de suivre l'effet d'un médicament, en quelque sorte instant par instant; car une analyse pourrait, à la rigueur, durer moins d'un quart d'heure. Malheureusement, une pareille étude ne m'était pas possible. J'ai pu constater seulement que le réchauffement artificiel, sous quelque forme qu'on le pratiquât, n'exerçait qu'une action superficielle et demeurait sans effet sur les phénomènes respiratoires. On verra aussi, à la fin du Mémoire, un essai que j'ai fait pour étudier l'influence de l'ammoniaque; cet agent paraît augmenter le dégagement de l'acide carbonique, surtout dans les premiers instants; mais le résultat le plus clair, c'est qu'il diminue assez notablement l'absorption de l'oxygène.

Parmi les éléments dont se compose le phénomène respiratoire, il en est un dont l'importance est incontestable, quoiqu'il soit dans des rapports évidemment moins intimes que la composition de l'air expiré avec l'altération profonde que la fonction subit dans le choléra; c'est la quantité de la respiration ou le volume d'air inspiré ou expiré dans un temps donné. On sait la difficulté extrême que cette détermination offre aux physiologistes; elle est telle qu'on peut dire, sans exagération, que le problème n'a jamais encore été résolu que par des approximations tout à fait douteuses dans leur principe, et dont les moins imparfaites seraient inapplicables pour une étude comme celle qui fait l'objet de ce Mémoire. Je travaillais à me préparer des procédés plus satisfaisants, lorsque le choléra éclata à Paris. Je dus ajourner cette recherche, pour ne point laisser échapper une occasion peut-être unique, et je négligeai cette face de la question, plutôt que de l'aborder avec des moyens trop au-dessous de ceux dont je disposais pour l'analyse elle-même. J'ai repris ce travail, et j'es-

père être prêt, si le choléra reparaît, pour donner ce complément essentiel à mes premières observations.

Avant de quitter cet examen des résultats donnés par l'analyse chimique des produits de la respiration, je dois en signaler un relatif à l'air expiré dans l'état de santé, et qui appelle l'attention des physiologistes.

On sait qu'il est admis que l'oxygène qui disparaît dans les poumons est supérieur à celui qui reparaît dans l'air expiré, combiné avec le carbone, sous forme d'acide carbonique. On regarde généralement ce rapport comme constant, et l'on explique la disparition de l'oxygène en admettant qu'il y a dans la respiration une double combustion : combustion de carbone pour la formation de l'acide carbonique exhalé dans les poumons ; combustion d'hydrogène et formation d'eau aux dépens des substances hydrocarbonées introduites par la digestion dans nos organes. On a même pu calculer exactement, d'après cette hypothèse, quelle est la part que doivent prendre les divers principes alimentaires dans la production de la chaleur animale, suivant qu'ils n'offrent à la combustion respiratoire que du carbone, comme les sucres et les fécules ; ou du carbone et de l'hydrogène, comme les principes gras.

Or, les 21 analyses que je donne de l'air expiré par un sujet sain et dans l'état normal, à des heures différentes, de nuit et de jour pendant une durée de 37 heures et demie, nous montrent neuf fois ce rapport supérieur à l'unité, c'est-à-dire neuf produits respiratoires dans lesquels l'acide carbonique exhalé est supérieur en volume à l'oxygène consommé. Et la moyenne de 21 analyses donne les nombres 0,0406 et 0,0447 qui se rapprochent de l'égalité autant qu'on puisse l'exiger pour être autorisé à conclure que ces deux éléments de la respiration sont identiques, pourvu qu'on les prenne dans une durée suffisante. Ce serait trop se hâter assurément, alors que nous ne possédons encore qu'une seule série ayant donné un semblable résultat ; mais je crois pourtant devoir faire observer que, pour que la conclusion contraire, celle qui est universellement admise, fût une erreur, il suffirait que les produits qui ont été analysés précédemment eussent été recueillis à de certaines heures de la journée plutôt qu'à d'autres, ou dans des conditions propres à produire un trouble pareil à celui de l'asphyxie.

Chaleur humaine dans le choléra. — Après quelques observations comparatives de températures prises dans la bouche et dans l'aisselle, je n'ai pas tardé à reconnaître que dans une affection où la circulation est aussi profondément troublée, et où le sang est littéralement figé dans les vaisseaux, le dernier mode méritait une préférence exclusive sur l'autre. Mais j'ai vivement regretté de ne pouvoir explorer d'autres cavités naturelles plus inaccessibles aux influences extérieures ; j'ai cru devoir y renoncer absolument dans l'intérêt même de mes recherches, sauf dans un seul cas (XXXVI) où je n'avais plus devant moi qu'un cadavre. Il serait aussi fort à désirer que des explorations pussent être faites avec les instruments thermométriques jusque dans les organes internes très-peu d'instants après la mort. S'il est une maladie qui puisse donner une sécurité pleine et entière sur les conséquences possibles d'investigations de ce genre, c'est le choléra, sans aucun doute. Au surplus, elles seront toujours possibles en employant les procédés si délicats et si précieux dont MM. Becquerel et Breschet ont enrichi la science.

Je regarde la température de 30° et celle de 32°,3 accusées par le thermomètre dans les 8e et 20e observations, comme les résultats d'erreurs dues à l'état d'algidité externe dans lequel se trouvaient les malades au moment de leur arrivée, et à ce que je n'ai pas attendu, comme je l'ai toujours fait plus tard, que la colonne thermométrique fût restée au moins 10 minutes sans aucun accroissement appréciable. En les écartant, il se trouve que les températures les plus basses que j'ai réellement observées sont celles de 33°,6 (110e *obs.*); de 34°,0 (93e *obs.*); de 34°,1 (82e *obs.*); de 34°,5 (83e *obs.*). Ainsi, l'ensemble des observations accuse dans les cholériques algides, une température interne relativement fort élevée (1) et à peine inférieure de plus de 3 degrés centigrades à la température normale. Toutefois, l'abaissement jusque dans les organes centraux ne peut être révoqué en doute.

La réaction amène le retour de la température normale ou même d'une température un peu plus élevée (cas XIV et XXX). Mais cette surélévation paraît être fort limitée dans les réactions franches et qui doivent être suivies de guérison. Toutefois, j'ai observé trop peu de ces cas pour pouvoir poser aucune règle à cet égard. Les phénomènes de calorification sur lesquels je veux insister ici, parce que je les ai bien et très-complétement étudiés, ce sont ceux qui précèdent la mort. Ils me semblent devoir provoquer, au plus haut degré, les réflexions des médecins et des physiologistes.

Tout le monde sait qu'il est regardé comme établi que les cadavres des cholériques se réchauffent après la mort au point, souvent, de devenir *brûlants au toucher;* c'est l'expression dont on se sert. Extrêmement frappé de la température élevée qu'offraient des cadavres que l'on m'avait signalés dès le commencement de mes recherches, je me suis appliqué, d'une manière toute spéciale, à en étudier la nature, et voici ce que j'ai reconnu :

Les cadavres des cholériques n'éprouvent pas de réchauffement. J'ai toujours vu l'ascension thermométrique s'arrêter au moment précis de la mort. Je crois pouvoir affirmer qu'un accroissement d'un dixième de degré n'aurait pu m'échapper dans aucun des cas que j'ai observés. Ainsi, le fait serait inexact, du moins quant au moment qu'on lui assigne, ce qui en change entièrement la nature. Mais ce qui est exact, et ce qui a donné lieu à la croyance générale dont il s'agit, c'est que la mort des cholériques est précédée, dans la plupart des cas, d'un réchauffement qui peut s'élever jusqu'au chiffre de 42 degrés qui n'avait peut-être jamais encore été signalé dans aucun cas pour la chaleur humaine. J'ai dit : *dans la plupart des cas;* je devrais peut-être dire *toujours ;* car, si l'on prend parmi les chiffres que j'ai constatés au moment de la mort ceux qui se sont trouvés inférieurs à la température moyenne du corps humain, et si on les compare à ceux qui avaient été observés quelques heures auparavant, le réchauffement devient presque aussi manifeste que dans les cas où il a atteint ses proportions extrêmes.

Les températures que j'ai observées au moment de la mort ou à une distance assez rapprochée, sont les suivantes :

CAS V.	39°,8	Une heure avant la mort.
IX.	39°,4	Au moment de la mort.
X.	40°,0	—
XII. . . .	38°,4	—
XVI. . . .	39°,3	—
XX. . . .	36°,9	—
XXIII. . .	38°,8	—
XXIV. . .	39°,0	—
XXV. . .	36°,4	—
XXVI. . .	37°,3	—
XXVII. . .	41°,6	Dix minutes après la mort.
XXIX . . .	42°,1	Au moment de la mort.
XXXI . . .	37°,8	Une heure avant la mort.
XXXVI. . .	40°,7	Six heures après la mort.
XXXVII. . .	38°,3	Trois quarts d'heure après la mort.

Observations isolées de température (*voyez* à la fin du Mémoire).

N° 1. . .	38°,7	Au moment de la mort.
2. . .	37°,9	—
3. . .	40°,6	—
4. . .	39°,1	—

Les cas XXIII et XXVI ont présenté l'exemple d'un abaissement précédant immédiatement la mort après avoir été précédé lui-même d'un exhaussement notable, dans le premier surtout.

Dans les cas XXVI et XXIX, on voit l'état comateux avec exhaussement rapide de la température, se terminer par un spasme tétaniforme de la nature la plus terrible. Le second de ces deux cas m'a offert un intérêt tout particulier, parce que j'avais osé prédire une mort imminente d'après le seul indice que me fournissait la marche du thermomètre et au moment même où tout semblait annoncer la réaction la plus favorable.

Je crois devoir signaler, d'une manière toute particulière, le cas XVI, à cause des oscillations remarquables que sa température a présentées, en rapport avec les crampes terribles dont ce sujet était atteint. Le cas XXVII m'a offert le même phénomène, mais beaucoup moins prononcé. Je l'ai vainement cherché dans plusieurs autres cas; je suis assez porté à ne l'attribuer qu'aux troubles considérables que les crampes doivent apporter dans le mouvement circulatoire, lorsqu'elles ont un caractère de généralité et de violence aussi marqué que dans le cas XVI.

Enfin on trouvera, dans le n° 5, des observations isolées que j'ai données à la fin du Mémoire, un cas de fièvre typhoïde qui prouve que le réchauffement des mourants n'est pas propre au choléra seulement ; puis, si l'on compare les observations de température aux analyses d'air expiré correspondantes, on ne pourra qu'être frappé de ce fait que, tandis que la température va s'élevant, l'absorption de l'oxygène et l'énergie respiratoire vont suivant une marche précisément inverse. Comment expliquer cet étrange phénomène ? Où et sous quelle forme se trouve dans l'organisation en santé cette chaleur latente que nous voyons réapparaître au moment où s'éteignent l'action nerveuse et la contractilité musculaire, comme reparaît la chaleur thermométrique, lorsque les vapeurs repassent à l'état liquide en perdant leur tension mécanique ? Nous ne pourrions répondre

---

(1) Le point sur lequel j'appelle tout particulièrement l'attention des observateurs, c'est la nécessité absolue de faire comparer leurs thermomètres pour le point de 37° précisément, avec les étalons de quelques-uns des grands laboratoires de physique de la capitale, d'un laboratoire de Faculté des sciences, etc. Ayant examiné quelques thermomètres dont on se servait pour prendre la température des cholériques, je les ai trouvés presque tous en erreur ; dans un, l'erreur s'élevait à 2 degrés et demi en moins. Un autre défaut à peu près constant, c'est la grosseur de la boule qui rend ces instruments extrêmement paresseux.

à ces questions que par des hypothèses sur lesquelles nous croyons tout à fait inutile d'insister. L'important est qu'elles soient définitivement posées par la confirmation des faits qui nous y ont conduit nous-même.

A coup sûr ces faits ne portent aucune atteinte à la théorie qui nous montre la source de la chaleur animale dans la combustion respiratoire; mais ils prouvent, de la manière la moins douteuse, que la combustion respiratoire et la température du corps à un moment donné, sont liées l'une à l'autre par des rapports moins étroits et moins immédiats qu'on ne le croit généralement, et qu'entre elles il existe quelque fonction remplissant pour la chaleur l'office que le volant remplit pour la force mécanique dans les machines; l'absorbant, la rendant latente, et pouvant la restituer, à un moment donné, sous forme de température. Parmi les faits de l'organisme qui trouveraient là leur explication, nous citerons l'équilibre de la température dans les animaux à sang chaud, équilibre que toutes les théories données jusqu'ici laissent enveloppé d'obscurités dans la plupart de ses détails. Nous ne pouvons pas non plus passer sous silence les rapports si étroits qui existent entre la respiration et le travail musculaire.

J'ai signalé, dans une note adressée à l'Académie (C. R. 1849), la découverte que j'avais faite de la réduction de l'oxyde de cuivre dans le réactif de Fromherz par la sueur visqueuse des cholériques; je ne crois pas avoir à y revenir ici, n'ayant saisi aucun rapport entre ce fait et aucun des phénomènes respiratoires qui viennent d'être signalés.

Je termine en offrant l'expression de ma profonde reconnaissance à M. le professeur Chomel, dans le service duquel ont été faites presque toutes les expériences et observations que l'on va lire, et qui m'a toujours aidé de son appui et de ses encouragements. Je n'ai trouvé d'ailleurs, je dois le dire, que la plus grande bienveillance chez tous ceux de ses confrères avec lesquels ces travaux m'ont mis en rapport, ainsi que dans l'administration même des hôpitaux, qui a mis un extrême empressement à me permettre et à me faciliter ces recherches.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 *Janvier* 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Trois recettes de remèdes infaillibles contre le choléra;

2° Recette d'une eau hygiénique, par S. Gobet, médecin à Paris;

3° Trois rapports sur des épidémies de fièvre typhoïde, par M. Saintyves, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melun;

4° Rapport sur une épidémie de fièvre catarrhale muqueuse, par M. Jobert de Guyonvelle (Haute Marne);

5° Rapport sur les eaux minérales de Guillon (Doubs), par M. Lambert (Clément).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Mouriès répond à la réclamation de priorité de M. Piorry, que ses recherches n'ont de commun que le titre avec celles de M. Piorry.

Inhalations iodées.

M. Duroy, pharmacien, adresse une Note sur un procédé pour l'inhalation de l'iode.

Ligature du tronc thoraco-brachial.

M. Bonnal, aide-major à l'hôpital militaire de Toulon, adresse la description suivante d'un nouveau procédé pour la ligature du tronc thoraco-brachial.

« Le malade couché sur le dos, le tronc peu élevé, l'épaule malade effacée, on pratique immédiatement au-dessous de la clavicule et parallèlement à cet os, une incision de 8 à 9 centimètres de longueur, qui se termine en dehors, après avoir divisé 2 centimètres environ de l'attache du deltoïde à la clavicule. On incise sans crainte (parce qu'il n'y a là aucun organe important) la peau, le muscle peaucier, le faisceau claviculaire du grand pectoral et 2 centimètres de l'attache antérieure du deltoïde à la clavicule; puis, on ouvre largement la gaîne fibreuse ou plutôt aponévrotique du muscle sous-clavier, qu'on repousse en avant et en bas, et avec elle le tronc veineux thoraco-brachial, qui se trouve en avant. On fait ensuite deux ou trois petites incisions perpendiculaires à cette gaîne, et on porte l'épaule en haut et en avant, pour se donner plus de facilité pour la manœuvre. Alors, on divise avec précaution l'aponévrose cervicale profonde, et on voit au milieu d'un tissu cellulaire lâche les pulsations de l'artère, traversée par quelques filets nerveux qui se rendent aux muscles pectoraux, et ayant derrière elle tous les cordons nerveux du plexus brachial. On aurait encore un point de ralliement dans la gouttière de la face supérieure de la première côte, si l'on en avait besoin; on sait que cette gouttière est limitée en avant et en arrière par les insertions des scalènes, et que le tronc artériel passe entre eux.

« Par ce procédé, il est impossible de léser ni la veine céphalique à son embouchure, ni la veine axillaire, qui se trouvent portées en bas et en avant.

« La ligature est placée au-dessus de l'origine des artères acromiale et thoracique. »

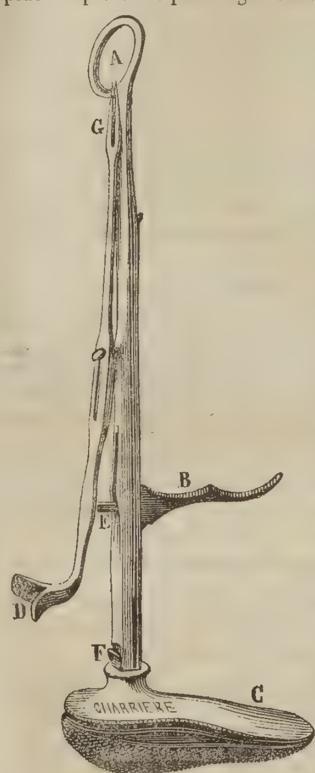
Nouvel amygdalotome.

M. Maisonneuve présente la note suivante sur une modification apportée à l'amygdalotome :

Entre les mains des chirurgiens les plus habiles, l'amputation des amygdales est souvent une opération délicate, surtout quand les malades ne s'y prêtent qu'avec répugnance; aussi, depuis longtemps, a-t-on tenté l'utilité des instruments qui rendent son exécution plus rapide et plus simple.

L'amygdalotome de Fanestock a, sous ce rapport, rendu d'éminents services; malheureusement il exige pour sa manœuvre l'emploi des deux mains, de sorte que le chirurgien éprouve sonvent de l'embarras à s'en servir, quand le malade oppose la moindre résistance.

Nous avons pensé qu'on pourrait obvier à cet inconvénient, en combinant le mécanisme de l'amygdalotome de manière à ce qu'une seule main pût le faire manœuvrer facilement; pour résoudre ce problème, nous avons fait appel à l'habileté de M. Charrière fils, qui, digne héritier du génie inventif de son père, a su réaliser notre pensée de la manière la plus simple et la plus ingénieuse.



Cet instrument se compose : d'une tige cylindrique longue de 30 centimètres, terminée en avant par un anneau ovoïde de 4 centimètres d'ouverture. Cette tige et cet anneau sont horizontalement fendus dans toute leur longueur en deux parties égales. Dans leur intervalle glisse une autre tige plate, terminée d'un côté par un anneau A tranchant dans sa concavité; de l'autre par une forte languette verticale B; un manche volumineux C s'articule par un cliquet F à la tige cylindrique.

A la face supérieure de l'instrument est adapté une tige accessoire dont l'extrémité antérieure G se bifurque en forme de fourchette; et la postérieure, recourbée en haut, présente un demi-anneau D à surface rugueuse.

Enfin, à la face inférieure de cette même tige existe une languette verticale E, longue de 1 centimètre, qui glisse dans une rainure correspondante creusée sur la face supérieure du corps de l'instrument.

Pour se servir de cet instrument, le chirurgien le saisit de manière que son manche C appuie dans la paume de la main où le fixent les deux derniers doigts. En même temps, l'index et le médius sont allongés pour saisir la languette ou détente verticale B, tandis que le pouce fortement fléchi appuie par son extrémité sur le demi-anneau D de la tige accessoire.

Dans cette position, l'instrument est porté dans la bouche, et, par son anneau A, embrasse l'amygdale malade; alors, en allongeant le pouce, le chirurgien fait glisser en avant la tige accessoire, dont la fourchette G embroche la glande et l'écarte par un mouvement de bascule, pendant que l'anneau tranchant, devenu libre, est entraîné en arrière par la pression que les doigts index et médius exercent sur la détente verticale B et coupe d'un trait l'amygdale à sa base.

Outre la facilité de la manœuvre, cet instrument a l'avantage de se démonter avec la plus grande facilité.

Candidature.

M. Barth se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

LECTURES.

Nouvelle variété de folie.

M. Baillarger lit un mémoire sur une variété spéciale de folie, qu'il propose de désigner sous le nom de *folie à double forme*.

Elle est caractérisée par deux périodes régulières, l'une d'excitation et l'autre de dépression.

Cette maladie se reproduit, le plus souvent, d'une manière intermittente.

La durée des accès est extrêmement variable. Il en est qui parcourent leurs deux périodes en huit jours, en six jours, ou même en deux jours; d'autres accès se prolongent deux, trois, quatre mois. Les cas les plus nombreux sont peut-être ceux dont la durée est d'une année. Le malade passe alors six mois dans la dépression mélancolique, et six mois dans l'excitation maniaque. La transition d'une période à l'autre est brusque et rapide dans les accès courts; elle a lieu ordinairement pendant le sommeil.

Dans les accès qui durent une année, la transformation des deux états se fait très-lentement et par degrés insensibles. Il arrive même un moment où une sorte d'équilibre s'établit dans l'exercice des facultés intellectuelles et le malade semble entrer en convalescence. Cependant, si le délire proprement dit a disparu, le retour à l'état antérieur est encore loin d'être complet. Quinze jours ou un mois plus tard, la seconde période éclate. Plus d'une fois, quand il s'agissait d'un premier accès, on a pris pour une convalescence réelle cet état de transition entre les deux périodes. Les malades sorties des hospices ont été presque immédiatement ramenées, en proie à une violente agitation maniaque. M. Baillarger signale plusieurs erreurs de ce genre, car on manque encore d'éléments certains de diagnostic pour prévoir la seconde période, quand il s'agit d'un premier accès.

La durée des intermittences est très-variable; elle peut être de quelques jours ou de plusieurs mois. Quelquefois les malades n'ont eu que sept ou huit accès dans l'espace de dix ou douze ans.

Dans certains cas, il n'y a pas d'intermittences: les accès se succèdent sans interruption; la maladie peut alors être comparée à une longue chaîne dont chaque accès formait un anneau. Les malades passent leur vie dans des alternatives régulières d'excitation et de dépression, de tristesse et de gaieté, sans jamais s'arrêter à l'état d'équilibre qui constitue la santé.

Ce qui caractérise surtout la folie à double forme, et peut la faire distinguer des agitations irrégulières observées quelquefois au début, à la fin, ou même dans le cours de la mélancolie, ce sont les rapports d'intensité et de durée qu'on constate entre les deux périodes. L'excitation maniaque est en effet d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde.

Dans les accès très-courts, la durée de chaque période est égale. Le même rapport existe encore, avec de légères différences, dans les accès qui se prolongent plusieurs mois ou même une année.

Les symptômes, dans la période maniaque, consistent bien plus souvent en des impulsions instinctives qu'en des conceptions délirantes proprement dites. On observe la nymphomanie, le satyriasis, la dipsomanie, des impulsions continuelles à des actes de méchanceté, etc.

Quant au traitement, M. Baillarger cite un cas dans lequel la saignée, pratiquée au milieu des intervalles menstruels, chez une jeune fille, a fait cesser la période maniaque; mais la période mélancolique a persisté et revient par accès.

Dangers du cathétérisme de l'utérus.

M. Broca donne lecture de trois observations qui prouvent, selon l'auteur, que l'emploi du redresseur de l'utérus de MM. Valleix et Simpson peut déterminer de graves accidents, et même la mort.

A la suite de cette communication, MM. Velpeau et Moreau présentent quelques réflexions qui confirment en tous points la manière de voir de M. Broca.

De l'iode dans l'air, dans l'eau et dans les plantes.

M. Chatin lit la suite de son travail sur ce sujet.

Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que l'état de notre illustre maître, M. Roux, a continué à s'améliorer, et que les légères craintes qu'on aurait pu concevoir sur les suites de l'accident qu'il a éprouvé sont entièrement dissipées.

— La Société de médecine de Gand vient d'accorder à M. le docteur R. Fallot, médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze, une mention honorable et le titre de membre correspondant, pour un mémoire envoyé, par notre habile confrère, au concours établi par cette Société savante.

(*Ann. de clin. de Montpell.*)

— *Société de médecine de Lille.* — Cette Société savante a mis au concours les questions suivantes:

1° *Médecine légale.* — Mort par la faim. — Quelles sont les traces laissées dans l'appareil digestif par la privation complète d'aliments?

Les descriptions anatomo-pathologiques résulteront d'expériences faites sur les animaux dont les organes digestifs ont le plus de rapports avec ceux de l'homme.

Le prix consistera en une médaille d'argent.

2° *Médecine.* — Faire l'histoire de la paralysie générale progressive, en appréciant les méthodes curatives proposées jusqu'à ce jour et basant le jugement porté sur des observations nouvelles.

Le prix sera une médaille d'argent.

3° *Chirurgie.* — Des différents accidents produits par les machines et des indications qui doivent guider le médecin dans leur traitement.

Le prix consistera en une médaille d'argent.

4° *Hygiène.* — Déterminer les règles d'hygiène qui doivent diriger l'autorité dans les prescriptions relatives: 1° aux percements des rues; 2° à leur alignement; 3° à la fixation de leur largeur; 4° à la hauteur des façades comparativement aux dimensions de la voie publique; 5° au nivellement, à la forme et à la confection de la chaussée; 6° aux dispositions concernant les accotements et les trottoirs; 7° aux conditions à remplir pour coordonner un bon système d'écoulement des eaux pluviales, ménagères et industrielles; 8° enfin, à tous les moyens d'établir et de maintenir, soit dans les villes, soit dans les villages, la voie publique dans un état satisfaisant de salubrité.

Le prix consistera en une médaille d'or.

5° *Chimie.* — Indiquer un moyen pratique, différent de ceux déjà connus aujourd'hui (dont l'insuffisance est notoire), pouvant être mis dans les mains des agents de l'autorité pour apprécier, d'une manière immédiate et sûre, le degré plus ou moins grand de pureté du lait livré journellement à la consommation des populations.

Prix: une médaille d'argent.

6° *Médecine vétérinaire.* — Établir scientifiquement le diagnostic de la pousse considérée au point de vue de la rédhibition.

Les concurrents devront faire connaître l'état physiologique de la respiration dans tous les âges de la vie et particulièrement durant la vieillesse, afin de faire mieux ressortir les caractères spéciaux de la maladie à diagnostiquer; ils traceront, en outre, une soigneuse démarcation entre la pousse et les affections qui pourraient être confondues avec elle; enfin, ils discuteront rigoureusement la valeur réelle des symptômes pathognomoniques qui servent habituellement à la constatation du mal.

Prix: une médaille d'argent.

Enfin, la Société accordera une récompense aux étudiants en médecine qui présenteront les meilleures observations de clinique médicale ou chirurgicale recueillies en 1854, dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

CONCOURS DE 1855. — 1° *Chirurgie.* — Absorption purulente ou putride, considérée non-seulement au point de vue chirurgical, mais dans ses divers modes de production. La question devra être éclairée par des observations empruntées à l'anatomie pathologique comparée, et, autant que possible, appuyée par des expériences faites sur des animaux.

Prix: une médaille d'argent.

2° *Chimie et pharmacie.* — Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres, *jusquiame, belladone, stramonium, ciguë* (*conium maculatum*), *aconit, tabac,* qui contient, à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse;

Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche;

Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve, dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité, sous le moindre volume, les principes actifs du végétal.

Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

Les mémoires, écrits très-lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés (*franco*) dans les formes académiques, à M. le docteur Pilat, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-Militaire, 54, à Lille, avant le 15 septembre 1854, pour la première série de questions, et avant le 15 septembre 1855, pour la deuxième série.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours. Les concurrents pour les prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leur adresse. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Le secrétaire général, CH. PILAT.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 15. 2e année. Samedi 4 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 3 Février 1854.

Un mot sur l'étiologie des tumeurs fibrineuses.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher ami,

L'étude des globules du sang à l'état normal et pathologique est depuis quelque temps à l'ordre du jour de mes travaux, et je me suis récemment occupé de ce que devenait l'élément solide (globules), et l'élément coagulable (fibrine), lorsque le fluide nourricier est épanché hors de ses vaisseaux. J'ai, pour la vingtième fois, réfléchi à la théorie de la formation des tumeurs fibrineuses, telle qu'elle est généralement acceptée de nos jours ; j'y étais d'ailleurs conduit par l'analyse d'un des faits les plus remarquables qui se puissent rencontrer dans ce genre, à savoir : une tumeur de cette espèce datant de près de *trente* ans.

Vous êtes au courant des idées nouvelles, et vous savez combien nous combattons les théories des transformations de tissus, aussi bien que celles des métamorphoses et des dégénérescences ; vous savez tout aussi bien que, dans l'opinion de chirurgiens justement célèbres, le sang sorti des vaisseaux, spontanément ou à la suite d'une contusion, devient le point de départ d'une foule de maladies diverses, depuis le kyste séreux de l'encéphale, jusqu'à l'épaississement de la tunique vaginale et la tumeur fibrineuse du sein ou des bourses séreuses sous-cutanées.

Or, chemin faisant, j'ai enfanté contre ces séduisantes hypothèses, et surtout contre l'étiologie, acceptée des tumeurs fibrineuses, une objection très-simple et qui dérive de l'arithmétique la plus élémentaire, je dirai presque la plus brutale.

Faisons d'abord une observation *schématique* de tumeur fibrineuse ; nous pourrions aussi bien prendre presque au hasard une de celles qui ont été publiées.

Une femme reçut un coup violent sur le sein ; il se forme une bosse sanguine et une ecchymose. Au bout d'un temps plus ou moins long, bosse sanguine et teintes ecchymotiques disparaissent, et nous croyons le tout fini, lorsque le travail inflammatoire léger s'est dissipé ; mais,

---

FEUILLETON.

Eloge historique de Marie-Henri Ducrotay de Blainville,

Par M. Flourens, *secrétaire perpétuel.*

Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des sciences du lundi 30 janvier 1854.

« Il n'y a au monde si pénible métier que celui de se faire un nom, » a dit Labruyère. Ce disant, il osa, soutenu par l'attrait de la censure, braver les rigueurs qu'il signalait, et s'en fit un très-grand. Celui de nos confrères dont je dois vous parler aujourd'hui avait trop d'énergie pour s'effrayer du mot de Labruyère, et, dans ses rudes labeurs, ce qui l'anima, ce fut le plaisir de la contradiction.

Il a réussi, par d'opiniâtres efforts, à éclairer d'un jour nouveau quelques-uns des points les plus élevés de la science des êtres ; il a goûté le succès qu'obtient en tout temps la critique, et cette part d'admiration ardente que ne manque jamais d'éveiller l'opposition, même lorsqu'elle s'attaque au génie.

Né à Arques, le 17 février 1777, de Pierre Ducrotay et de Catherine Pauger, M. de Blainville aimait à raconter que, quoique sa famille ne fût pas comptée au nombre des plus illustres de sa province, elle remontait cependant au XIVe siècle ; qu'elle était issue d'un gentilhomme écossais, émule du *Quentin* de Walter Scott, et qui, n'ayant aussi que la cape et l'épée, avait reçu du lieu de son débarquement ce nom de *Ducrotay*.

Après avoir ainsi placé sous l'égide de la loyauté écossaise la noblesse de ses ancêtres, il ajoutait que, sous François Ier, le gouvernement du château d'Arques, que sa position rendait à cette époque un poste important, avait été confié à un Robert Ducrotay; que la fortune de cette famille s'était encore accrue sous le descendant de celui-ci, lequel avait eu la rare habileté de se concilier les faveurs de cinq monarques successifs, avait été honoré de marques particulières d'estime par Henri III, et avait reçu de Henri IV, qui, à la bataille d'Arques, trouva en lui un auxiliaire intrépide, la confirmation de ses titres de noblesse, de ses priviléges, etc.

Ce fut donc au milieu d'une famille fière de souvenirs historiques et très-confiante en ses priviléges, que se formèrent les premières impressions morales du jeune Ducrotay de Blainville.

Il était fils cadet, et eut, en bas âge, le malheur de perdre son père. Il reçut du curé, voisin du manoir paternel, des leçons élémentaires, et rejoignit plus tard son frère aîné à l'École militaire de Beaumont-en-Auge. La direction de cette école était confiée à des moines bénédictins de Saint-Maur; un mot suffira à son éloge : elle a eu l'honneur de compter Laplace parmi ses élèves.

La tourmente révolutionnaire, en dispersant les congrégations religieuses, vint fermer trop tôt pour le jeune Blainville cette excellente source d'instruction. Il touchait à peine à sa quinzième année, lorsqu'il revint auprès d'une mère faible, accablée, dont l'affection aveugle ne pouvait opposer une digue assez forte pour maintenir un jeune homme d'une nature difficile. Tout ce que vaut la vie d'un père, tout ce que vaut l'expérience du chef de famille qui ne dissimule, à celui qui doit soutenir

au bout de plusieurs mois, de plusieurs années même, quelques douleurs se réveillent ; une tumeur apparaît, s'accroît ; nous intervenons chirurgicalement, et nous enlevons une tumeur de 30 grammes qui offre tous les caractères de la fibrine épanchée, c'est-à-dire qu'elle est formée par un tissu amorphe, sans vaisseaux, jaunâtre ou rosé, élastique, friable, plus ou moins solide, se coupant par tranches, sans donner de suc, enfin ne présentant aucune trace d'organisation. Supposons même que, pour contenter tout le monde, nous envoyions la tumeur à un anatomiste micrographe, qui prononce sans peine qu'elle est de nature fibrineuse.

Quelle explication donnerons-nous de l'étiologie de cette production? Rien n'est plus simple : la contusion a amené l'épanchement d'une certaine quantité de sang; par une exception fâcheuse, ce sang n'a été que partiellement absorbé; la partie liquide, le sérum, a disparu, puisque la tumeur est concrète ; les globules ont été également résorbés, puisque la masse est incolore ; mais la fibrine coagulée a résisté à l'absorption, et c'est elle qui forme la tumeur en question. Voici, si je ne me trompe, comme le maître dirait, et l'auditoire se déclarerait satisfait d'une étiologie à la fois simple et rationnelle.

On pourrait bien, à la rigueur, se demander comment la tumeur est restée si longtemps inaperçue, et surtout par quel mécanisme elle est susceptible de s'accroître. Mais laissons de côté ces questions secondaires, et prenons le fait dans toute sa simplicité ; disons : La tumeur actuelle n'est autre que la fibrine du sang épanché il y a quelques mois.

Voici, de mon côté, l'objection que je vous propose : Si la masse fibrineuse provient uniquement du sang épanché autrefois, elle doit représenter en *poids* la quantité de fibrine que renfermait le caillot générateur. Or, un calcul bien simple nous conduit au raisonnement suivant :

Le sang normal renferme trois millièmes de son poids de fibrine, c'est-à-dire trois grammes pour un kilogramme de sang. Notre tumeur pesant trente grammes (ce qui n'a rien d'impossible ni d'exagéré), ne représenterait rien moins que dix kilogrammes de sang épanché. Or, vous le savez, depuis les recherches surtout de Valentin, cette quantité de sang ne se trouve guère que chez les individus de la plus haute stature, et d'ailleurs je n'ai pas besoin de vous faire comprendre qu'il n'y a pas de contusion qui puisse accumuler dans un seul point de l'économie tout le sang que nos vaisseaux renferment.

J'aurais mauvaise grâce à exprimer tous les corollaires de mon argument, et je me contenterai de dire : Les tumeurs fibrineuses ne se forment point par le mécanisme admis jusqu'à ce jour ; elles ne sont point le résultat pur et simple de l'isolement de la fibrine du sang épanché, lors de la contusion originelle; elles naissent quelquefois par suite d'*hémorrhagies successives* et fréquemment répétées, comme dans les masses cancéreuses, par exemple ; mais souvent aussi elles me paraissent résulter d'une exsudation primitive des vaisseaux.

Je pourrais d'ailleurs, si je voulais dépasser les limites d'une simple note, vous renvoyer à la discussion sévère que M. Gosselin a opposée à la théorie régnante de l'épaississement de la tunique vaginale dans l'hématocèle. On pourrait, certes, en reprenant tous les faits, arriver sans peine à ébranler l'édifice de Hunter, soutenu en France par un chirurgien illustre. Mais tout a son temps, et la pathologie générale n'attendra pas toujours la révision complète de ce point de physiologie pathologique.

VERNEUIL, *agrégé à la Faculté de médecine.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

Depuis les Leçons sur les hernies faites en 1840 par M. Malgaigne, Leçons qui eurent un si grand et si légitime succès, le savant professeur n'a rien publié ni rien professé de spécial sur cet important sujet. Nous avons donc pensé que nos lecteurs liraient avec intérêt les Leçons que M. Malgaigne vient de reprendre après un intervalle de quatorze années, et nous les mettrons sous leurs yeux fidèlement sténographiées.

PREMIÈRE LEÇON.

Généralités sur les hernies, leur fréquence relativement à la population totale, aux âges, au sexe, à la richesse ou à la pauvreté, à la situation géographique des pays.

Messieurs, depuis le XVIIIe siècle, la question des hernies a été beaucoup étudiée au point de vue de leur fréquence, relativement à la population. En France, Bordenave pensait que la proportion des hernieux était, sur toute la population de 1 pour 100 : pour les enfants, de 1/50 ; pour les femmes, de 1/37; et pour les hommes, de 1/19. Louis, Sabatier, ont obtenu des ré-

---

l'honneur de son nom, aucune des rudes obligations de l'existence, ne s'apprécie souvent qu'après une longue suite de déceptions.

A l'âge de 19 ans, Henri de Blainville, voulant entrer dans les services publics par le génie, passa quelques mois à Rouen, dans une école de dessin. Le directeur de cet établissement écrivait à la mère de son élève : « Le caractère du jeune homme est âpre.....; son cœur, bien qu'ulcéré, « n'est pas sans ressources ; sa plus grande passion est l'envie d'ap- « prendre : tout le reste est absorbé par des idées mal combinées. »

Pour terminer ses études, M. de Blainville vint à Paris. A peine y était-il que l'ombre même de toute autorité disparut. Il perdit sa mère. Livré dès lors à lui-même, sa trop grande indépendance lui devint un dangereux écueil : il s'abandonna à toutes les passions de son âge, et, environné de jeunes étourdis, il parvint très-lestement et très-gaiement à dissiper tout son patrimoine.

Ce résultat naturel de la vie qu'il menait obtenu, il commença à réfléchir, et comprit la nécessité de suppléer aux ressources dont il venait de priver son avenir. Dans ses premiers essais, il ne fit qu'éparpiller une activité inquiète. On le vit tour à tour poëte et littérateur parmi ses amis, musicien zélé au Conservatoire, et, dans un atelier renommé, peintre et surtout dessinateur très-habile.

Deux principes élevés survivaient dans l'âme de ce jeune homme : le respect exalté de sa naissance et le goût du savoir. Le premier de ces deux sentiments avait bien, à la vérité, ses périls. De là naissaient des prétentions singulières. M. de Blainville avait conservé toutes les illusions de la gentilhommerie du siècle précédent, à ce point qu'il ne put jamais, même devenu homme sérieux, se dépouiller entièrement de la confiance que par ordonnance royale il fût pourvu de privilèges particuliers.

Celui de censurer et d'avoir toujours raison lui paraissant le plus précieux de tous, il en usait constamment et partout; et ceci rendait son commerce peu facile pour qui ne voulait point admettre cette féodalité arriérée.

L'ardeur de s'instruire, s'unissant au respect pieux de la famille, sauva cette vie orageuse en donnant un noble but à une extrême énergie.

Lorsque, secouant les dernières lueurs d'une folle jeunesse, notre fougueux gentilhomme se replia sur lui-même, et se trouva, en atteignant sa vingt-huitième année, ruiné, sans carrière, sans famille, si l'amertume vint à naître dans son cœur, il l'y refoula ; et, faisant un solennel appel à une âme fière, mue par un esprit rigoureux, il déploya pour se relever un courage digne de ses ancêtres.

Il n'y a qu'au malin esclave de Phrygie qu'il ait pu réussir de s'écrier : *Achetez votre maître.* Quoique pourvu de dispositions très-analogues, M. de Blainville jugea prudent de se conformer aux mœurs de son siècle. Le hasard l'avait conduit au cours de physique que M. Lefèvre-Gineau faisait au Collége de France ; et là s'était révélé à lui un attrait inconnu,

sultats à peu près semblables. Un bandagiste, chargé de fournir les bandages de l'armée, à la fin du siècle dernier, calcula que la fréquence des hernies était environ de 1/20.

En Angleterre, Turneby évalue la proportion à 1/15; Scheldrake à 1/10; Lawrence, enfin, la porte à 1 plus 1/3 pour 100.

Ces statistiques sont faites sur une trop petite échelle : elles sont mal faites; en effet, d'une part, on n'examine pas tous les individus, et, d'une autre part, beaucoup de chirurgiens, même de nos jours, ne reconnaissent pas les hernies, ce qui fait que l'on trouve une différence qui peut aller jusqu'à 50 pour 100. Nous en donnerons la raison plus tard.

Pour faire une bonne statistique, il fallait :

1° Tâcher d'opérer sur la population générale;

2° Il fallait faire un état de la différence des sexes, des âges, car les femmes y sont moins sujettes que les hommes; il en est de même des enfants; enfin il y en a plus, surtout chez les vieillards.

Au Bureau central, il y a un service spécial pour les hernieux de la classe indigente : là, tout individu malheureux, porteur d'une hernie, peut, en se faisant inscrire sur un registre, obtenir un bandage; on en délivre ainsi environ 2,000 par an.

Alors que je pris ce service des hernieux, je voulus faire des recherches sur ce sujet :

Je trouvai que, dans une période de 50 ans, il avait été délivré 80,000 bandages; il s'était présenté 400,000 hernieux. Faisant le relevé pour une année, je trouvai plus de 2,000 hernieux; j'en pris une seconde, et en ayant soin de retrancher les malades qui se présentaient pour la seconde fois, je trouvai, pour ces 2 années, un total de plus de 4,000. Certes, j'opérais bien là sur une population totale, et cependant on pourrait encore me faire cette objection que mes recherches ne portaient que sur les indigents.

Louis évaluait le nombre des hernieux chez les femmes à la moitié environ de ce qu'il est pour le sexe masculin; M. J. Cloquet professait dans ses leçons une opinion semblable. Monnikoff, célèbre bandagiste hollandais, évaluait la proportion des hernieux dans le sexe féminin à 1/3. Mathey, d'Anvers, à 1/5. La Société des bandagistes de Londres, à 1/6. D'où vient cette différence pour l'Angleterre? Cela tient probablement à la répugnance des femmes de ce pays pour montrer au médecin une maladie siégeant dans le voisinage des parties sexuelles, et chacun sait que ce n'est que depuis très-peu de temps que les Anglaises se soumettent à l'examen au spéculum.

Pour les mois d'octobre et de novembre 1835, sur 410 hernieux, j'ai trouvé 335 hommes et 75 femmes, la proportion est donc de 1 à 4 et demi.

En 1836, sur 2,767 hernieux, 2,203 hommes et 564 femmes.

En 1837, sur 2,373 hernieux, 1,884 hommes et 489 femmes.

D'après ces relevés, les plus considérables qui aient encore été produits, je crois donc pouvoir dire que, à Paris et pour la classe indigente, la proportion des hernieux est, non pas en faveur, mais contre les hommes de 4 à 1 pour les femmes.

Envisageant la question relativement aux âges, j'étais seul sur le terrain, je ne puis donner que mes résultats.

Sur 4,087 hernieux, il s'en trouvait seulement 38 aux premiers temps de la naissance; de 1 à 2 ans, 36; de 2 à 3 ans, 18; de 3 à 4 ans, 10; de 4 à 5 ans, 13; de 5 à 13 ans, 51. Il y a donc dans cette période (de 5 à 13 ans), seulement 6 hernies nouvelles par an.

Cette diminution du nombre annuel des hernies jusqu'à 13 ans reconnaît trois causes : 1° La négligence des parents à porter leurs enfants au Bureau central; 2° un certain nombre d'enfants guérissent de leur hernie; 3° la mortalité est-elle plus grande à cet âge à cause de la présence de la hernie?

D'où viennent donc ces hernies du premier âge? Ce sont les hernies que l'on appelle congéniales, et qui ne le sont pas, car, je le dis d'avance, ces hernies se forment dès les premiers jours sous l'influence de la non oblitération, à cet âge, du péritoine au niveau de l'anneau inguinal; et, ce canal s'oblitérant dans les premières années, on trouve bientôt une différence qui équivaut aux 5/6. Ajoutons que nombre des hernies chez les enfants guérissent même avec les mauvais bandages des bandagistes.

A partir de 13 ans, les hernies reviennent, parce que les anneaux s'ouvrent sous l'influence des efforts. De 13 à 15 ans, chaque année apporte 12 nouvelles hernies; de 15 à 20 ans, 21; de 35 à 70 ans, 44. Il y a bien dans ce nombre des hernies anciennes, mais l'expérience m'a démontré que ces hernies viennent d'un état de faiblesse, aussi les hernies qui peuvent se guérir jusqu'à l'âge de 35 ans environ, sont-elles presque incurables au delà de cette limite : pour ma part, je ne connais qu'un seul cas de guérison. De 70 à 75 ans, le chiffre descend à 30; de 75 à 80 ans, à 16.

Cette proportion que nous venons d'étudier d'une manière générale relativement aux âges, n'était pas la même pour les deux sexes. La proportion générale des femmes aux hommes est du quart. De la naissance à 1 an, on trouve 78 hommes, 15 femmes. De 1 à 2 ans, la proportion des femmes est du tiers. Chose remarquable, et que faisait prévoir l'anatomie, l'infundibulum péritonéal qui donne passage au ligament rond, se ferme beaucoup plus vite que l'anneau inguinal qui donne passage au testicule; aussi trouvons-nous à 3, 4, 5, 6 ans, la proportion des femmes être de 1 à 5. Ce chiffre diminue encore jusqu'à 13 ans. De 13 à 20 ans, on trouve 15 hernies chez la femme, et 150 chez l'homme. Mais aussi à cet âge les petites filles deviennent des demoiselles, elles ne courent plus, on les tient à l'attache, tandis que les gar-

---

celui des études sérieuses. Il s'était présenté au professeur comme un modeste néophyte, et avait su bientôt s'en faire assez apprécier pour être admis dans une maison où se réunissaient les confrères de M. Gineau, tous attachés au haut enseignement.

Ce fut au milieu de ce cercle d'hommes éminents que, pour la première fois, M. de Blainville se sentit une vocation. Rien ne s'harmonisait mieux avec ses goûts et la tournure de son esprit que l'autorité de la chaire et le ton dogmatique du maître; l'influence dominatrice qu'exerce sur les intelligences la supériorité du savoir lui parut le plus enviable des succès; il crut découvrir la route qui le conduirait un jour à la gloire.

Dès ce moment, le travail obstiné, ardent, s'empara de toutes ses forces. Se fiant à de sages conseils, il entra, par l'analyse approfondie de l'organisation humaine, dans la voie des grandes recherches, et fit de si prodigieux efforts et de si rapides progrès, qu'après deux années passées dans les amphithéâtres et les hôpitaux, il se posait, par un travail remarquable de physiologie expérimentale et comparée, en émule de Bichat, et prenait le titre de docteur: laissant stupéfaits de surprise ses nobles compatriotes, joyeux compagnons de sa première jeunesse, et qui ne le virent pas sans quelques regrets dépouiller l'enveloppe du dissipateur imprudent et frivole.

Le bruit de cette transformation pénétra, un jour, dans le manoir paternel, où était resté l'aîné de la famille des Blainville : « Savez-vous ce que devient votre jeune frère? se prit à lui dire un voyageur nouvelliste.—Rien de bien, je suppose. — Mais apprenez qu'il est sur la route qui conduit à une grande renommée. — Impossible! s'écria le féodal normand, il n'a jamais voulu rien faire. »

L'élévation de ses premiers travaux, son adresse de liaisons, sa naissance, ses débuts singuliers, firent, dès l'abord, distinguer ce nouvel adepte de la science.

En suivant dans toutes ses branches l'enseignement du Muséum, M. de Blainville rencontra partout une généreuse sympathie.

C'est là, c'est dans cette grande et première école de l'histoire naturelle moderne, que, durant dix années d'études profondes, se développèrent toutes les facultés supérieures d'un homme qui devait marquer son passage par la force dans la méditation, et par la hardiesse, par la ténacité dans la controverse.

M. de Blainville s'attacha d'abord à la zoologie. Il s'y est donné un caractère particulier.

Je remarque surtout ce caractère distinct dans ce qu'il nous a laissé sur les *mollusques* et les *zoophytes*. Quand il commença à s'occuper de ces deux groupes d'êtres, toutes les divisions principales y étaient déjà établies: le type circonscrit, les classes formées, ces classes divisées en ordres; mais il restait le travail des genres, travail qui demande une sagacité singulière, et dans lequel M. de Blainville a excellé.

çons se livrent à toutes sortes de jeux et d'efforts, et les hernies se produisent en grand nombre.

De 20 à 35 ans, la proportion revient à ce qu'elle était dans le premier âge, à un quart : le mariage et ses suites donnent l'explication naturelle de l'augmentation du nombre des hernies chez les femmes; mais lorsque les fonctions de la génération cessent, la femme rentre dans la vie commune et prend de plus en plus les caractères du sexe masculin; alors la proportion revient à 1/3 et plus tard à 1/5.

Les hernies deviennent beaucoup moins nombreuses, avons-nous dit, à partir de 75 ans; est-ce à la guérison qu'il faut attribuer cette diminution? Non, messieurs; je démontrerai plus tard qu'à partir de 35 ans environ il n'y a plus de guérison. Est-ce à l'étranglement? Non plus, la proportion en est très-minime. C'est à l'influence de la hernie sur la nutrition ; voilà la véritable, voilà la seule cause.

Vous savez, messieurs, que depuis le commencement de ce siècle, la population mâle de la France est appelée, à l'âge de 20 à 21 ans, à tirer à la conscription et à passer devant un conseil de révision : voyons donc quelle est la proportion des hernieux à cet âge.

Le docteur Knox pensait que, sur 30,000 hommes qui passent annuellement à ce recensement, il n'y avait que 4,000 exemptés pour des hernies, ou 1 et 1/3 pour 100 : c'était bien peu ; mais il ne savait pas quel est le nombre exact des sujets soumis à l'examen; il ignorait que les chirurgiens militaires ne voient ni les individus exemptés par la loi (fils de veuves, etc.) ni ceux exemptés pour défaut de taille (on se contente de les faire passer sous la toise, et, s'ils n'atteignent pas la limite, on les renvoie sans autre examen); voilà donc déjà deux catégories d'individus à défalquer. Mais lorsque l'on a atteint le chiffre du contingent à fournir, on laisse de côté tous les individus qui ont amené un numéro supérieur à celui du dernier conscrit faisant partie de ce contingent; il faut encore songer aux individus boiteux, aveugles, borgnes, bossus, et exemptés pour cela. On ne peut donc avoir le nombre réel des sujets examinés chaque année qu'en faisant toutes ces défalcations. En prenant toutes ces précautions, j'ai trouvé que, pour plusieurs séries considérables d'années, la moyenne des hernieux, à 20 ans, est de 1 sur 31. En était-il de même pour la France entière? On peut, jusqu'à un certain point, prendre la population de Paris comme donnant la moyenne, car elle est formée de sujets venus de toutes les provinces.

Comparons maintenant cette proportion des hernieux, chez les sujets masculins de 20 ans, à celle de la population de tout âge :

De la naissance à 30 ans, la proportion est de 1 sur 13 pour les hommes, et de 1 pour 52 chez les femmes ; pour les deux sexes ensemble, elle est environ de 1 sur 20, et je crois ce chiffre trop faible.

Voilà donc une maladie bien commune; et comment se fait-il que les chirurgiens aient presque entièrement abandonné les hernies à des serviteurs d'un ordre très-inférieur, les bandagistes, et que j'aie trouvé tant d'opposition, lorsqu'il y a 19 ans, je voulais faire rentrer l'étude des hernies dans le domaine de la chirurgie?

Eh ! messieurs, la dépense de la France, en bandages, est annuellement de 10 millions au moins : c'est cet impôt immense que prélèvent les bandagistes que je voulais faire rentrer dans la bourse des médecins.

Une autre question s'élève, c'est celle de l'influence de la misère sur la quantité de hernies. Nous n'avons examiné jusqu'ici que les indigents, voyons maintenant pour la population générale.

Les douze arrondissements de Paris peuvent se diviser en trois classes ; entre la population riche et la population simplement aisée, il n'y a pas de différence : la proportion est de 1 sur 37 à 20 ans. Elle est de 1 sur 28 pour la population pauvre. La misère prédispose donc aux hernies ; en effet, la banlieue est plus pauvre, en général, que la moyenne de la classe intermédiaire de Paris, et l'on trouve plus de hernieux dans la banlieue.

M. Hutin a recherché la proportion des hernieux chez les simples soldats et chez les officiers aux Invalides : pour une période de 5 ans, il a trouvé une moyenne de 1 sur 25 pour les officiers, et de 1 sur 18 pour les soldats.

Pour l'hospice de Bicêtre, j'ai fait moi-même le recensement, j'ai pris l'âge des malades, enfin, je me suis placé dans les meilleures conditions possibles : j'ai trouvé que sur les 2,000 lits (en nombre rond) occupés par les vieillards et les infirmes (les 1,000 lits restants étant destinés aux aliénés), il y avait 1,033 hernieux, plus de moitié, messieurs. Je me suis demandé alors si les chiffres que j'avais trouvés dans mes autres travaux de statistique n'étaient pas trop faibles, et si je n'avais pas eu tort de faire toutes les défalcations que j'avais faites pour le recrutement.

M. Hutin, aux Invalides, n'a trouvé pour moyenne que 1/5, et il y a peu d'Invalides au-dessous de 50 ans, la majeure partie est comprise entre 60 et 80 ans. D'où vient donc cette différence entre ces résultats et celui que j'obtenais pour Bicêtre? C'est, messieurs, que ces Invalides sont d'anciens soldats; ils ont été d'abord soumis au recrutement, donc pas un hernieux n'a été admis dans l'armée, donc toutes les hernies se sont développées depuis l'âge de 20 ans : de plus, ces hommes ne sont arrivés aux Invalides qu'après avoir résisté aux fatigues et aux dangers des camps et des batailles, c'est donc sur une catégorie d'hommes d'élite que M. Hutin opérait; et il a encore trouvé une proportion de 1/5. Mais il y a une autre raison. Sabatier, à la fin du

---

Il conçoit les genres comme les avait conçus Linné. Et ce rapport n'est pas le seul que je lui trouve avec ce naturaliste d'une trempe si rare. Ce sont les deux seuls méthodistes peut-être dont le feu ne s'éteigne pas dans les détails. Linné rend ces détails vivants par des expressions inventées, M. de Blainville les anime d'une autre manière : il en fait les ressorts passionnés de ses idées préconçues.

De la zoologie, M. de Blainville passa rapidement à l'anatomie comparée. Dans ces galeries, alors si nouvelles, tout lui rappelait l'admiration profonde qu'il avait éprouvée, lorsque, confondu dans la foule, il avait, pour la première fois, entendu la voix éloquente du rénovateur inspiré de l'antique savoir d'Aristote. Mais cette admiration même éveillait tous ses instincts critiques, et déjà se formait en lui la résolution téméraire de tenter un jour une lutte.

Tandis qu'il rêvait des vues d'opposition et d'indépendance, le regard pénétrant de l'homme de génie s'était plus d'une fois reposé sur lui. Cuvier voulait à la science de tels prosélytes; il les cherchait, les accueillait, leur ouvrait sa bibliothèque, sa maison, leur donnait une part réelle de son affection, tout cela avec une loyale bonhomie, tant qu'ils restaient les satellites de sa renommée ; mais aussitôt que, devenus forts, ils osaient contester *la part du lion*, l'alliance était rompue.

Un jour qu'au fond d'une galerie, M. de Blainville était absorbé dans ses méditations, il vit venir à lui Cuvier, le grand Cuvier, alors à l'apogée de sa brillante carrière. « J'ai, » dit-il à celui que le travail seul lui avait désigné, et à qui il parlait pour la première fois, « j'ai une proposition à « vous faire. Voulez-vous joindre vos efforts aux miens pour l'achèvement « d'un grand ouvrage d'anatomie comparée qui m'occupe depuis long- « temps : *vous aurez part à ma gloire,* nous nous aiderons. »

Séduit par le bonheur si vif qu'éprouve un homme de mérite qui se sent apprécié, et apprécié par une nature supérieure, M. de Blainville se hâta d'accepter cette collaboration.

Placé aussitôt au premier rang parmi les disciples déjà célèbres qui consacraient de laborieux efforts à l'exécution de travaux dont la pensée n'appartenait qu'au maître, M. de Blainville, qui ne put jamais supporter l'ombre d'une subordination quelconque, laissa s'éveiller en lui les ressentiments d'une susceptibilité ombrageuse. Il prit de l'humeur, se plaignit avec amertume, et fut écouté avec bonté, avec douceur ; car il devait être beaucoup pardonné à qui beaucoup valait.

Dès que le droit de censure fut octroyé, le disciple indocile l'établit sur des bases si larges, que M. Cuvier disait en riant : « Demandez à M. de « Blainville son opinion sur quoi que ce soit, ou même dites-lui seulement « *bonjour*, il vous répondra : Non. »

Contraint à un état permanent de guerre, M. Cuvier savait du moins en tirer parti ; il y trouvait un moyen sûr de connaître tous les côtés attaquables des idées qu'il émettait : tous étaient promptement saisis par un

XVIIIe siècle, trouve aux Invalides une proportion de 1 hernieux sur 17 hommes. M. Hutin, au XIXe siècle, trouve 1 hernieux sur sur 5 Invalides. Il y a, messieurs, une cause d'erreur, c'est que les chirurgiens militaires ne savent pas reconnaître toutes les hernies : il y en a 4 degrés, dont le premier était tout à fait inconnu avant moi, et le second degré (la hernie interstitielle), par lequel passent toutes les hernies, est encore peu connu, puisque, il y a 19 ans seulement, M. Goyraud ayant vu un cas de ce genre, l'a publié comme un fait entièrement nouveau, et lui a même donné un nom particulier.

Eh bien ! messieurs, 160 des malades de Bicêtre ne présentaient de hernies qu'au premier degré ; mais de ces hernies interstitielles qui sont encore dans le canal, il y en avait 354. Si donc j'avais laissé de côté ces deux classes de hernies, je ne trouvais plus une proportion que d'un quart et non pas de moitié.

Dans les rapports des chirurgiens militaires, j'ai trouvé « que certains individus avaient facilement des hernies, » c'étaient, disaient-ils, des hommes qui présentaient une faiblesse des anneaux ; c'est une erreur, messieurs, il y avait déjà hernie.

Recherchons maintenant l'influence de la situation géographique. On dit que la Suisse, la Hollande, l'île de Malte, le pays de Galles, l'Écosse, etc., présentent un grand nombre de hernieux ; je me suis posé cette question pour la population française: la proportion est-elle la même dans tous les départements? J'ai fait dresser au ministère de la guerre des tableaux pour deux années de recrutement, et j'ai trouvé des résultats frappants, en ce sens que les résultats d'une année étaient semblables à ceux de l'autre année, non-seulement pour tel ou tel département, mais encore pour tel ou tel autre groupe de départements qui ont été formés de la division d'une ancienne province et qui, par conséquent, renferment le même type d'individus, la même race.

Si l'on prend la carte que j'ai fait dresser, de la France hernieuse (1), on trouve que dans le département du Nord, la proportion est de 1/16 ; les hommes de ce département ressemblent beaucoup aux Hollandais, et l'on sait que chez ces derniers les hernies sont fréquentes ; en effet, l'histoire nous apprend que la Flandre française n'a formé qu'un département, le département du Nord, et, si nous descendons vers l'Artois, la Picardie, la Normandie, le nombre des hernieux est beaucoup moindre, 1/114, 1/80, etc...

Pour la vallée de la Loire, la proportion augmente, et dans le département de la Loire-Inférieure, formé d'une partie de l'ancienne Bretagne et d'une partie du Poitou, nous trouvons peu de hernies pour la partie bretonne, et un plus grand nombre pour la partie poitevine. Dans le Poitou pur, le nombre des hernieux est considérable.

(1) *Annales d'hygiène publique*, t. 24, p. 54.

Dans le midi et l'est, on trouve en général peu de hernies ; c'est la France centrale, l'ancien royaume de France, qui en fournit le plus. Larrey pensait que l'usage habituel de l'huile produit un grand nombre de hernies : c'est une erreur profonde. Il y a peu de hernieux en Provence. Astley Cooper attribuait une grande influence aux climats chauds ; il se trompait aussi.

Y a-t-il une différence entre les habitants des montagnes et ceux des vallées ? On dit en Angleterre que les habitants du pays de Galles et les Écossais offrent un grand nombre de hernieux à cause des efforts qu'ils sont obligés de faire pour gravir leurs montagnes : je crois, messieurs, que ceci n'est qu'une simple hypothèse, et en France, bien qu'on trouve un grand nombre de hernies dans la Creuse, on en trouve encore plus dans les vallées du Rhône, de la Garonne, de la Seine et surtout de la Loire.

D'où vient donc, messieurs, que la France centrale présente tant de hernies, et que l'on en rencontre peu dans tous les départements qui bordent la France ? Eh ! messieurs, l'histoire nous l'apprend ; c'est que la France centrale, la vieille race gallo-romaine, exempte de l'invasion et par conséquent du croisement des autres peuples, s'est amollie, tandis que les départements situés sur les bords de la France ont été retrempés par le croisement avec les différents peuples qui les ont envahis ; les Normands pour la Normandie, les Ligures pour la Provence, les Ibères pour la Gascogne. Il y a une seule exception à ce fait, c'est celui de la Bretagne ; cette vieille race kimrique, faisant partie de la race gallo-romaine, mais dure et sauvage, indomptable et indomptée par les armes et par la civilisation ; quoiqu'appartenant au même type d'individus que la France centrale, elle offre peu de hernieux. A.-P. DOUMIC.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 14 du tome 2.*)

Complications. — La paraplégie symptomatique peut se compliquer d'accidents et d'états morbides plus ou moins nombreux et variés, qui tiennent à la même origine qu'elle. C'est ainsi que, quand elle se lie à l'anémie globulaire, on voit des palpitations, des syncopes plus ou moins fréquentes, des troubles nerveux du côté des fonctions respiratoires et digestives, qu'il faut bien se garder de confondre avec des affections organiques, pour ne pas empirer la position des malades par des traitements irrationnels ou intempestifs. On devra toujours avoir présent à l'esprit l'état d'anémie et ses conséquences, pour ne pas tomber dans l'erreur.

antagoniste sévère, qui semblait, en combattant le grand homme, s'être chargé du rôle de ces prêtres de l'antiquité, redisant chaque jour aux rois au milieu de leur puissance : *N'oubliez pas que vous êtes hommes.*

En retour de services si généreusement rendus, le maître, judicieux et adroit, ne négligeait rien pour assurer l'avenir de ce singulier collaborateur. Après avoir fait pendant dix ans un cours à l'Athénée, il demanda que M. de Blainville l'y remplaçât ; il lui confia plus tard les suppléances de ses chaires, d'abord au Collége de France, et puis au Muséum ; enfin, lorsque la Faculté des sciences eut à se donner un professeur d'anatomie et de zoologie, il fit mettre la chaire au concours, et entoura son candidat de tous les moyens de succès. M. de Blainville fut nommé, et acquit ainsi, avec l'indépendance, une absolue liberté d'opposition dont il usa très-amplement.

Il ne s'était pas trompé sur sa vocation.

C'est surtout par son enseignement que M. de Blainville a donné de l'éclat à sa carrière scientifique. Il possédait au plus haut degré cette abondance facile, ce tour animé de paroles, ce ton dominant, qui subjuguent les esprits et les entraînent. Au calme judicieux qui sème, avec précaution, les germes heureux d'un savoir fécond, il préférait les formes hardies d'une logique emportée. Il réussissait à enflammer de jeunes têtes qui ne donnaient pas d'ailleurs, sans quelque malice, des marques de chaleureuse sympathie au disciple qui s'élevait en contredisant un grand maître. Et ce maître était pourtant Cuvier, dont la jeunesse était si fière, mais en qui elle tentait de blâmer indirectement le savant oublieux d'une glorieuse et indépendante simplicité.

De tels succès n'étaient pas faits pour rendre les rapports plus faciles. A la suite d'un séjour de quelques mois en Angleterre, M. de Blainville revint riche de matériaux scientifiques. Croyant encore sa juste suprématie respectée, M. Cuvier lui en demanda la communication. Le voyageur se borna à répondre : « Pour qu'ils soient plus aisément à votre disposition, « je vais les publier. »

Entraîné par un caractère rebelle dans une voie contraire aux sentiments de loyauté qu'il possédait très-sérieusement au fond du cœur, M. de Blainville se laissa emporter jusqu'à rompre sous des prétextes frivoles.

M. Cuvier regretta le concours puissant d'une haute et rare intelligence ; mais il sut très-bien que les avantages de la contradiction ne lui manqueraient pas. Pour M. de Blainville, il se privait d'un bienfait immense, du contact intime avec un esprit supérieur, où régnaient toutes les qualités qui tempèrent et qui dirigent : la droite raison, le calme lumineux de la pensée, et ce grand *bon sens*, dominateur réel et dernier juge de tout en ce monde.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Dans la paraplégie par compression, on peut trouver des complications dépendantes du vice scrofuleux ; c'est ainsi que dans notre 29e observation, nous avons eu à combattre une ophthalmie granuleuse qui tirait évidemment sa source de ce principe.

Nous avons trouvé également, comme complication de la paraplégie symptomatique, de l'œdème, généralisé dans un cas de paraplégie par anémie globulaire (24e *obs.*), et borné aux extrémités inférieures dans un cas de paraplégie rhumatismale (27e *obs.*).

Enfin disons que, dans un cas (27e *obs.*), nous avons rencontré, comme complication grave, une hydropéricarde chronique et assez développée, qui tirait évidemment sa source du rhumatisme qui avait attaqué l'enveloppe séro-fibreuse du cœur.

Pronostic.— Il résulte de l'exposé que nous avons fait, que le pronostic de la paraplégie symptomatique doit être essentiellement basé sur la nature et la gravité de l'affection dont elle devient symptôme.

Toutes choses égales, celle qui est symptomatique de l'anémie globulaire, est sans doute la moins sérieuse, la moins longue, et celle dont la terminaison est toujours heureuse.

La paraplégie rhumatismale ou goutteuse a une tendance à la persistance, à l'incurabilité même, si, méconnue dès le principe, elle n'est point combattue avec énergie et sans relâche. Les complications qui l'accompagnent parfois, telles que œdème des extrémités inférieures, péricardite chronique avec épanchement, donnent plus de gravité encore à son pronostic, en mettant en évidence la profondeur des atteintes portées à l'organisme par la maladie fondamentale.

Le pronostic de la paraplégie p r compression est toujours grave, en ce que la tumeur qui exerce cette compression est souvent difficilement curable et quelquefois au-dessus des ressources de l'art. Que si la cause comprimante est susceptible d'être vaincue, le médecin peut être rassuré alors sur la position du malade, car la paraplégie ne tarde pas à disparaître dès que ce but est atteint.

Il est évident, après tout cela, que plus le sujet est jeune, doué d'une bonne constitution ou d'une constitution peu détériorée, et moins le pronostic offre de gravité.

Nous exceptons cependant de ces conditons la paraplégie rhumatismale où la force de la constitution ne paraît point garantir une terminaison heureuse, ainsi qu'on le voit dans nos 37e et 28e observations.

Diagnostic différentiel.— Il est quelquefois assez difficile de poser nettement le diagnostic, et si l'on s'en laisse imposer par les premières manifestations ou par une seule série de symptômes, on peut facilement tomber dans l'erreur. Quand la paraplégie est symptomatique de l'anémie globulaire, on a les hémorrhagies antérieures, l'état chloro-anémique, et quelquefois l'invasion brusque, soudaine, sans phénomène précurseur aucun, qui mettent en garde contre la paraplégie par myélite. En outre, dans la première, il y a absence de toute douleur spinale à la pression ou à la percussion, phénomène qu'on rencontre si fréquemment dans la seconde.

Quand la paraplégie est symptomatique du rhumatisme ou de la goutte, la confusion est beaucoup plus facile, parce qu'il est rare qu'il n'y ait pas des douleurs rhumatismales le long du dos, qui simulent celles qu'on voit apparaître dans la myélite. Mais un praticien exercé ne confondra point ensemble ces douleurs, dont les unes siégent dans les couches musculaires, et les autres ont leur point de départ dans la moelle elle-même qui réagit au niveau des points que l'on presse ou percute.

La manière dont procède la paraplégie rhumatismale, qui succède toujours à des atteintes de rhumatismes, et se traduit par la diminution ou l'abolition du mouvement, à la suite des douleurs des membres, sert aussi à la faire distinguer.

Quant à la paraplégie symptomatique de la compression de la moelle, elle offre une similitude presque complète avec celle par myélite. En effet, même manière de procéder, mêmes phénomènes, même extension, quelquefois, de la paralysie à la vessie et au rectum.

Mais si l'investigation devient scrupuleuse, il y a bientôt découverte d'une tumeur qui rend compte de ce qui se passe; cependant, il peut arriver qu'avec la compression de la moelle il y ait inflammation de cet organe ; alors, il faut bien l'avouer, tout est ténébreux : on devrait soupçonner cette inflammation à la persistance de la paraplégie, quand on a dissipé la cause comprimante.

Généralement, la paraplégie symptomatique reste positivement limitée aux membres inférieurs qu'elle atteint d'emblée, et en cela elle s'éloigne de celle par myélite qui tend à gagner d'autres parties du corps et commence souvent sur un membre pour arriver ensuite sur les autres.

Dans la paraplégie symptomatique, on n'observe que rarement des troubles fonctionnels des autres organes, tandis que ces troubles existent fréquemment dans la myélite. Il y a le plus souvent apyrexie, dans la paraplégie symptomatique ; c'est le contraire qui a lieu dans la myélite.

Une fois sur huit, nous rencontrons la paralysie du rectum et de la vessie dans la paraplégie symptomatique ; c'est au contraire le cas le plus commun pour celle qui succède à la myélite.

Nous croyons donc fermement qu'en tenant compte de toutes ces circonstances, le médecin ne se trouvera point embarrassé pour poser son diagnostic.

Traitement. — C'est peut-être, de toutes les classes de paraplégie, celle dans laquelle le traitement peut être formulé avec plus de précision ; en effet, il faut toujours attaquer l'état morbide initial, et cela suffit souvent pour la cure de la paralysie.

Dans la paraplégie symptomatique de l'anémie globulaire, il convient d'abord de rechercher les causes des hémorrhagies, pour empêcher le retour de celles-ci ; c'est ce que nous avons fait dans notre 25e observation, en prescrivant les douches utérines froides et continues.

Il faut ensuite s'occuper, d'une manière active, à réparer les pertes éprouvées par le sang, à relever les forces des malades. Tout le monde sait que, dans ce cas, il faut une nourriture animalisée, azotée, l'usage du bon vin, des toniques, fer, quinquina ; les boissons amères, telles qu'infusion de camomille, décoction de feuilles de noyer, de racines de fraisier, etc., etc. Les frictions sèches et irritantes à la surface de la peau ont également de l'opportunité pour arriver à ce but.

C'est sous l'influence de ce traitement si simple et si rationnel que la paraplégie s'est dissipée dans les deux cas, aussitôt que l'organisme a eu récupéré une partie de ses forces.

Dans la paraplégie par compression de la moelle ou des nerfs qui se distribuent aux extrémités inférieures, le traitement doit être général et local; contre les scrofules, le rachitisme, la diathèse tuberculeuse, cancéreuse, etc., s'adresse le traitement général; le traitement local, au contraire, a pour but d'agir immédiatement sur la tumeur qui comprime. Nous ne parlerons pas de toutes les médications qui constituent le premier, chacun les connaît ; ce serait donc une énumération aride et inutile.

Les tumeurs sont attaquées par les sangsues, si besoin est, d'après leur nature, par les vésicatoires, les cautères, les moxas, par les onctions avec les pommades résolutives, telles que les pommades à base iodique et mercurielle, avec l'extrait de ciguë et de belladone.

Les bains sulfureux, qui agissent sur toute la surface cutanée, peuvent avoir encore une action locale pour la tumeur ou pour la maladie osseuse des vertèbres. Nous en dirons autant des bains salés, des bains de mer, surtout, qui doivent être mis à contribution tant que la saison le permet.

Mais, quand la compression est le résultat d'une incurvation vertébrale, avec l'emploi des moyens que nous venons de conseiller, il convient de dominer la position par un décubitus convenable et très-longtemps prolongé. Pour que ce décubitus ait un heureux résultat, il faut, autant que possible, que le malade puisse reposer sur un plan résistant, un matelas en crins, par exemple, et souvent qu'il supporte un traversin mis en travers du matelas, et sur lequel porte son ventre, suivant les cas.

En effet, y a-t-il excurvation en arrière d'une ou plusieurs ver-

tèbres, le malade, restant couché à plat-ventre, force les vertèbres à revenir peu à peu dans leur situation naturelle, s'il n'y a déjà eu des soudures osseuses à la place des cartilages de conjugaison.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. DEVAY.

Cas de morve aiguë chez l'homme. — Causes obscures. — Mort. — Autopsie.

Observation recueillie par MM. BENNAUD *et* MEYNET, *internes du service.*

Quoique la science possède déjà un certain nombre de cas de morve aiguë développée chez l'homme spontanément par infection ou inoculation, il ne nous paraît pas inutile de publier le fait qui s'est présenté il y a quelque temps dans le service de M. le docteur Devay. L'obscurité de la cause qui a donné naissance à la morve chez le sujet de cette observation, et aussi quelques détails d'anatomie pathologique que l'on n'a lieu que rarement de constater chez les individus morts de cette terrible maladie, et que la nécropsie a révélés dans ce cas d'une manière très-évidente, nous portent à penser que ce fait est de nature à intéresser ceux qui, dans ces dernières années, se sont occupés du développement de cette affection chez l'homme.

Au n° 6 de la salle Saint-Martin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Devay, vint se coucher, le 2 mai 1853, le nommé Claude Saunier, célibataire, âgé de 40 ans, domicilié à Saint-Genis-Laval (Rhône), et exerçant la profession de domestique.

D'un tempérament lymphatico-sanguin, cet homme était malade déjà depuis quinze jours quand il entra à l'Hôtel-Dieu. Interrogé sur les causes de sa maladie, il ne put donner aucun renseignement précis.

Le jour de son entrée, il prétendit avoir couché dans une écurie où il n'y avait qu'un cheval bien portant, et le lendemain il racontait qu'il soignait les bestiaux; et peu de temps après, considérant ce qu'il avait émis comme non avenu, il prétendait n'avoir jamais exercé que la profession de travailleur de terre;

Quoi qu'il en soit de l'obscurité de la cause de la maladie, il présentait les symptômes suivants :

Son facies exprimait la stupeur particulière aux affections typhoïdes; les yeux sont égarés et semblent chercher des objets qui n'existent pas; la langue est blanche, sèche; les lèvres couvertes de croûtes noirâtres; le pouls est accéléré, plein, vibrant et dépressible; la peau est sèche et brûlante, le ventre tuméfié et tympanisé, surtout au niveau du colon transverse; il y a de l'inappétence et de la constipation; le malade, couché dans le décubitus dorsal, répond difficilement et avec embarras aux questions qu'on lui adresse; la respiration est entrecoupée, anxieuse, les crachats sont mêlés de quelques stries sanguines; pas de matité à la percussion; l'auscultation révèle quelques râles sous-crépitants.

Au-devant de la poitrine, du côté droit, immédiatement au-dessus du sein, existe une tuméfaction considérable, régulièrement arrondie, s'étendant de la clavicule droite vers la cinquième côte environ; elle présente un diamètre transversal de 10 à 12 centimètres; molle, pâteuse, non dépressible comme celle de l'œdème, cette tumeur, d'une coloration rouge foncée, disparaissant sous le doigt pour reparaître aussitôt après, est surmontée à son sommet de deux phlyctènes noirâtres très-peu développées, laissant apercevoir au-dessous un liquide séro-sanguinolent d'une teinte foncée.

Toute la surface du thorax est recouverte de pustules d'ecthyma assez semblables à celles de la variole. Elles sont larges, à base circulaire, enflammées et à sommet recouvert d'une croûte blanchâtre. On en retrouve de semblables sur les épaules, les membres inférieurs, surtout au niveau des régions trochantériennes. La face antérieure du genou droit présente de petites taches rouges semblables à celles de l'érythème noueux; la jambe droite est le siége, au mollet, d'une tuméfaction érysipélateuse de la même nature que celle du thorax; on y remarque peu cependant de phlyctènes gangréneuses; la jambe gauche tout entière offre une teinte érysipélateuse; il y a même un œdème très-prononcé.

Vers la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur, on trouve aux deux avant-bras une tumeur du volume d'un œuf de poule. Fluctuantes, elles paraissent être des abcès situés au-dessous de l'aponévrose anti-brachiale; la peau qui les recouvre n'a pas changé de couleur, et est très-mobile.

Le front présente au-dessus des sourcils un peu d'empâtement.

En présence de pareils symptômes, M. Devay se croit avec forte raison autorisé à diagnostiquer un cas de morve aiguë. Nous dirons plus tard à quelle cause il attribua le développement de cette maladie. En conséquence, il prescrivit le 2 mai :

Tisane vineuse. — Potion avec :

Infusion de mélisse. . . .	120	grammes.
Alcoolat d'aconit.	1	—
Sirop d'éther.	15	—
— de quina	15	—

Diète absolue.

Le soir, nouvel abcès à la cuisse droite semblable à ceux des deux avant-bras.

Le 3 mai, éruption de nouvelles pustules sur toute la surface du corps, notamment à l'aile du nez et vers la région malaire gauche. Même prescription que la veille, avec augmentation de 2 grammes d'aconit dans la potion.

Le 4, la fièvre est plus forte; transpiration abondante, principalement à la face; deux nouveaux érysipèles surviennent au niveau des sourcils, là où existait primitivement de l'empâtement; le délire augmente; le malade rejette par la bouche un mucus grisâtre, mêlé de stries sanguines adhérentes aux lèvres; on voit sortir de la narine gauche un mucus parfaitement semblable à celui qui s'écoule par la bouche : l'adynamie est à son comble. Potion avec 2,50 d'alcoolat d'aconit, vin d'Espagne; chlorure de chaux pour pansement. Le malade meurt le 5 mai.

Autopsie faite en présence de M. Rey, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. — Les lésions anatomiques, à part celles de l'épiglotte, du larynx et de la trachée, diffèrent peu de celles observées dans les cas analogues.

Peau. — La peau présente les mêmes altérations qu'avant la mort : régions érysipélateuses parsemées d'ecchymoses, de phlyctènes à sérosité rougeâtre, quelquefois noirâtre; de pustules avec une petite auréole inflammatoire.

Muscles. — Le système musculaire est le siége de nombreux abcès. Il semble presque impossible de donner un coup de scalpel sans voir sourdre, en plus ou moins grande quantité, un pus jaunâtre bien lié, sans odeur bien caractéristique, quelquefois rougeâtre par le mélange d'une petite quantité de sang. De ces abcès nombreux, les uns sont situés dans l'épaisseur même des muscles, et sont généralement beaucoup plus petits, comme ceux que nous avons trouvés dans le grand pectoral du côté gauche et dans les jumeaux du côté droit. Des collections plus vastes sont simplement sous-cutanées ou inter-musculaires, comme les deux abcès des deux avant-bras, par exemple, et ceux des muscles de la cuisse.

En enlevant le sternum, nous avons trouvé également un abcès assez considérable dans le médiastin antérieur.

Fosses nasales. — Injection presque générale de la muqueuse, rougeur noirâtre dans certains points, épaississement et ramollissement de cette membrane par plaques quelquefois assez considérables. Cet état de la muqueuse se remarque particulièrement sur les cornets et sur les parois de la cloison; dans les anfractuosités, il se compose de petites plaques jaunes saillantes, arrondies, semblables à du pus concrété, et qui paraissent être, après leur réunion, le fond sur lequel s'établissent les ulcérations. Ces altérations sont spécialement observées du

côté gauche par lequel s'est fait le jetage. De ce coté-là, en effet, l'injection est plus générale, plus livide, les points ramollis plus étendus et plus nombreux. On remarque, en outre, çà et là, sur le cornet moyen, des petites ulcérations peu nombreuses et de peu d'étendue. L'anfractuosité qui sépare le cornet moyen du cornet inférieur est obstruée par la matière du jetage.

Les sinus renferment la plupart une sérosité transparente et jaunâtre.

Organes respiratoires. — Ici, nous trouvons des lésions qu'on a rarement observées, que je sache, dans ces parties, lésions qu'on rencontre, au contraire, très-fréquemment, chez le cheval.

Épiglotte. — A la face inférieure de l'épiglotte, du côté de son bord libre, on remarque, sur la ligne médiane, une plaque jaunâtre d'assez grande étendue, à surface inégale, et paraissant formée par la réunion de plusieurs de ces petites plaques que nous avons signalées à propos des fosses nasales, et que nous avons dit être le fond sur lequel se remarquent principalement les ulcérations.

Larynx. — Dans toute l'étendue de cet organe, mais surtout du côté droit, et au niveau du cartilage thyroïde, on trouve une multitude de ces petites plaques jaunes déjà mentionnées, et qui tendent à se réunir pour former une plaque unique, comme celle de l'épiglotte.

Trachée. — Dans l'intérieur de la trachée, environ à deux centimètres et demi du larynx, et du côté gauche, on remarque une large ulcération, ou plutôt une masse de petites ulcérations entourées d'un liséré rouge et reposant sur le fond jaune dont nous avons parlé. Enfin, vers l'éperon de bifurcation des bronches, on trouve encore une plaque jaune, comme à l'épiglotte, mais de moins d'étendue.

Rien dans les grosses bronches.

Cerveau. — Volumineux; membranes fortement injectées, piquetées à l'intérieur. Pas de ramollissement ni de collections purulentes.

Poumons. — Fortement congestionnés, gorgés d'un sang noir très-abondant. Pas d'altérations; aucune trace de pus.

Intestins et ses annexes. — Rien dans le foie, la rate ni les reins. Rien de particulier dans les intestins; seulement, étranglement assez considérable à la partie supérieure du rectum.

Rien dans les grandes articulations.

RÉFLEXIONS. — Personne ne contestera, je l'espère, le diagnostic porté par M. le docteur Devay. En effet, tuméfaction considérable, pâteuse, avec plaques gangréneuses, phlyctènes contenant un liquide noirâtre fétide, abcès multiples, pustules semblables à l'ecthyma, développées sur une grande partie du corps, teinte érysipélateuse diffuse dans plusieurs points, œdème très-prononcé ailleurs, écoulement par les narines d'un mucus grisâtre adhérent aux lèvres, et mêlé de stries sanguines; ne sont-ce pas là les principaux caractères locaux qui, en se joignant à un facies anxieux, à une peau chaude et sèche, à un pouls accéléré et à des symptômes adynamiques très-prononcés, constituent pendant la vie le développement de la morve aiguë chez l'homme?

L'autopsie n'est-elle pas assez venue corroborer ce diagnostic? On a trouvé, en effet, chez ce malade, non-seulement toutes les altérations que l'on rencontre chez ceux qui succombent à de pareilles affections, mais encore quelques lésions qu'on a rarement observées chez l'homme et qu'on retrouve, au contraire, très-fréquemment chez les chevaux morveux, sans parler des altérations signalées dans le larynx et la trachée-artère, et sur lesquelles nous reviendrons dans un moment.

A quelle cause faut-il attribuer le développement de la morve chez cet homme?

Est-elle survenue spontanément, ou bien n'a-t-elle été que la conséquence d'une infection ou d'une inoculation, d'une transmission de la morve du cheval à ce malade?

Il est difficile de résoudre cette question, vu l'obscurité des renseignements qui ont été communiqués à M. Devay.

En effet, interrogé sur la cause de sa maladie, le malade déclarait, tantôt qu'il cultivait la terre, d'autres fois qu'il soignait un cheval bien portant, une autre fois, enfin, qu'il gardait les bestiaux. Tous les renseignements que ce médecin a cru devoir faire prendre à ce sujet, auprès des gens qui ont transporté cet homme à l'hôpital, sont restés sans succès : personne ne le connaissait. En qualité de membre du conseil de salubrité du département du Rhône, il s'est même adressé à l'autorité supérieure, en la priant de lui donner sur l'existence de cet homme des éclaircissements précis. Toutes les démarches qu'elle a pu faire n'ont pu être fructueuses, car il lui a été impossible de trouver à Saint-Genis-Laval, la trace de cet individu, qui n'était probablement connu que sous un sobriquet, ce qui a rendu impossible la constatation de son identité.

M. Devay pouvait-il croire à un cas de morve développée spontanément? Des cas de cette nature existent dans la science. Si on ne leur a pas accordé à tous l'attention qu'ils méritent, parce qu'ils sont mal établis, ou bien parce qu'ils sont regardés comme impossibles, personne n'a pu mettre en doute la vérité de l'observation publiée par M. Tessier dans la *Gazette médicale* de Paris, année 1852, p. 497, relative à un cas de morve aiguë développée spontanément chez une femme.

M. Devay aurait bien pu se ranger du côté de cette opinion. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer de temps en temps des maladies qui revêtent des caractères si insolites, qu'elles échappent pour ainsi dire à toutes nos classifications nosologiques. Si on conteste ce que je viens d'avancer, il me suffira de dire qu'à peu près à la même époque où M. Devay observait ce fait dans son service, de son côté M. Sucquet, médecin de l'Hôtel-Dieu, avait à traiter dans ses salles une femme qui fut prise tout à coup de symptômes qu'on ne pouvait rapporter qu'à la morve aiguë, et qui guérit très-bien sous l'influence du sulfate de quinine administré à la dose d'un gramme par jour. Si réellement il était avéré que l'on eût eu affaire, dans ce cas, à une morve aiguë, ce fait serait très-intéressant, à cause de sa guérison obtenue par le sulfate de quinine.

Quoi qu'il en soit de cette étiologie, que l'on pouvait admettre, M. Devay, après avoir reçu de MM. Rey et Lévesque, professeurs à l'école Vétérinaire de Lyon, l'assurance que des cas de morve chez les chevaux avaient eu lieu à la même époque dans la commune de Saint-Genis-Laval, il a été conduit par cette indication à penser qu'il s'agissait dans cette circonstance d'un cas de morve transmise du cheval à l'homme.

Quelques-unes des lésions cadavériques méritent d'être signalées, car on les a encore très-rarement observées chez l'homme, tandis qu'elles sont au contraire très-fréquentes chez le cheval. On a remarqué à la face inférieure de l'épiglotte, du côté de son bord libre, et dans le larynx, une plaque jaunâtre d'une grande étendue, à surface inégale, et dans la trachée des ulcérations entourées d'un petit liséré rouge reposant sur un fond jaune, analogue aux plaques siégeant sur l'épiglotte, mais de moins grande étendue.

R. PHILIPEAUX, *D. M. P.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Depuis plus d'un mois, on persiste à faire courir certains bruits sur de prétendues modifications parmi les hauts fonctionnaires de la Faculté. Il est probable que la nomination de M. Bérard au Conseil de l'instruction publique, insérée hier au *Moniteur*, fera cesser ces bruits qui n'ont jamais eu la moindre raison sérieuse d'être.

— La petite Note que nous avons publiée sur la nécessité de soumettre à une réglementation la profession de concierge, a été l'occasion, pour plusieurs correspondants connus et inconnus, de réflexions dont quelques-unes mériteraient d'être publiées. Mais ces réflexions portant sur des matières dont il nous est interdit de nous occuper dans ce journal, nous prions les personnes qui nous ont adressé des lettres à ce sujet de vouloir bien s'adresser, soit à la presse timbrée, soit à l'administration de la police.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 16. 2e ANNÉE. Mardi 7 Février 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Redacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 6 Février 1854.

L'aliénation à double forme est-elle un nouveau genre *de folie?*

A propos de notre article d'appréciation sur la séance de l'Académie de médecine, nous avons reçu de notre distingué confrère, M. Baillarger, la lettre suivante, qui est un puissant argument en faveur des principes que nous avons exposés dans l'article auquel veut bien répondre M. Baillarger. Voyons d'abord la lettre de ce savant aliéniste.

Mon cher confrère,

Dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de mardi dernier, vous dites que la folie à double forme n'est pas aussi nouvelle que j'ai pu le croire de très-bonne foi. Vous citez ensuite, à l'appui de votre opinion, un passage des leçons de M. Falret, qui prouverait, à votre avis, qu'il n'a pas seulement décrit les alternatives d'excitation et d'affaissement, mais qu'en outre il en a indiqué les rapports, la durée, les intervalles et qui plus est, il en a signalé l'importance au point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

Vous ne considérez pas, assurément, la folie à double forme et la folie circulaire comme une seule et même chose, mais le lecteur peu attentif pourrait faire cette confusion. Permettez-moi donc d'ajouter quelques détails qui, je l'espère, préviendront toute erreur et permettront de distinguer plus facilement la pensée de M. Falret et la mienne.

Dans ma première conclusion, j'ai dit qu'outre la monomanie, la mélancolie et la manie, il y aurait lieu d'admettre un quatrième genre de folie, sous le nom de folie à double forme.

M. Falret continue, au contraire, à ne reconnaître que trois genres : la manie, la mélancolie et l'aliénation partielle expansive, qui répond à la monomanie d'Esquirol. Vous pouvez, à cet égard, vous assurer qu'il n'y a rien de plus ni rien de moins dans la neuvième leçon, consacrée à la classification. L'auteur, dans la dixième leçon, étudie la marche de la folie, et c'est là seulement, à la suite de la folie rémittente et intermittente, qu'apparaît la folie circulaire.

C'était là, en effet, sa véritable place.

La folie intermittente est une forme spéciale qui consacre un mode particulier de succession des accès.

La folie circulaire sera, si vous voulez, une autre forme spé-

---

FEUILLETON.

Eloge historique de Marie-Henri Ducrotay de Blainville,

Par M. Flourens, *secrétaire perpétuel.*

Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des sciences du lundi 30 *janvier* 1854.

(Suite. Voir le n° 15 du tome 2.)

A chaque secousse de sa vie, l'homme énergique que j'étudie semble avoir trouvé dans le travail une force nouvelle. Il a étonné ses contemporains par la vigueur portée dans l'étude. Recherches profondes, discussions hardies, résumés historiques approfondis, rien ne pouvait lasser les infatigables ressorts de cette âme ardente et mobile.

En 1822, il publia le premier volume d'un traité général sur l'*anatomie comparée*. — Avec ce livre parut une doctrine nouvelle.

M. Cuvier venait d'élever l'anatomie comparée par la méthode expérimentale, qui va des faits aux idées. Tous les efforts de M. de Blainville, tous ses travaux, tournèrent vers la méthode opposée.

Son premier soin est de se former un type abstrait de l'être vivant.

Buffon avait dit : « Nous pouvons distinguer dans l'économie animale « deux parties, dont la première agit perpétuellement, sans aucune inter- « ruption, et la seconde n'agit que par intervalles. L'action du cœur et « des poumons paraît être cette première partie ; l'action des sens et le « mouvement du corps et des membres semblent être la seconde. »

Cette vue devint, pour Bichat, le principe de sa distinction fameuse des deux vies : la *vie organique* et la *vie animale*.

Buffon avait ajouté : « Revêtons la partie intérieure d'une enveloppe « convenable, c'est-à-dire donnons-lui des sens et des membres, bientôt « la vie animale se manifestera, et plus l'enveloppe contiendra de sens, de « membres et d'autres parties extérieures, plus la vie animale paraîtra « complète, et plus l'animal sera parfait. »

M. de Blainville combine les deux idées de Buffon.

Il y a, dans la vie, deux vies : la vie de nutrition et la vie de sensation.

Buffon n'a vu, de l'enveloppe générale, que la partie extérieure, siége des sensations ; M. de Blainville voit cette enveloppe se continuer, se replier, pénétrer dans l'intérieur et là devenir le siége des voies respiratoires et digestives.

Enfin, de même qu'il y a deux vies, il y a aussi deux grands appareils : l'appareil vasculaire et l'appareil nerveux ; et de ces deux appareils dépendent tous les organes : du premier, les organes des sens et des mouvements, et du second, les organes de sécrétion et de nutrition.

Le type abstrait de l'être vivant, une fois posé, donne à M. de Blainville un cadre nouveau où tous les détails de l'anatomie comparée, détails presque infinis, se classent et se concentrent. Les structures diverses ne semblent plus que des cas réalisés d'une conception première. La marche dogmatique se substitue à la marche expérimentale, et M. de Blainville peut se dire aussi maître et grand maître, car il a fait passer dans la science la forme de son esprit et son originalité propre.

Tant et de si laborieux efforts assignaient, depuis longtemps, à

ciale qui indiquera la succession non interrompue d'accès de mélancolie et d'accès de manie.

C'est aux pathologistes à décider s'il convient, lorsque deux maladies différentes ou même deux périodes de la même maladie se succèdent sans interruption, de se servir du mot *circulaire* pour exprimer ce roulement d'états maladifs. Je n'ai pas à discuter cette question.

Le seul point qu'il m'importe de faire remarquer, c'est que les accès de folie à double forme, étudiés au point de vue de la marche, peuvent, comme je l'ai dit, être divisés en plusieurs catégories :

1° Les accès isolés;

2° Ceux qui se reproduisent d'une manière intermittente et à des intervalles irréguliers;

3° Les accès périodiques;

4° Enfin les accès qui se succèdent sans interruption.

Dans ce dernier cas, on dira si l'on veut que la forme de la maladie, au lieu d'être intermittente est circulaire; mais c'est uniquement une question de marche. Je n'admets pas, toutefois, qu'il y ait ici deux maladies différentes alternant entre elles, mais un seul et même accès qui se reproduit sans cesse.

En résumé, 1° j'ai décrit, sous le nom de folie à double forme, un genre de folie qui se reproduit ou non d'une manière intermittente et dont les accès se succèdent, en effet, quelquefois sans interruption;

2° M. Falret, en parlant de la marche de la folie, des transformations qu'elle subit, après avoir traité de la folie intermittente, signale, comme l'avait déjà fait Esquirol, la succession régulière de la mélancolie et de la manie, mais il voit là une forme spéciale qu'il appelle circulaire.

Ces deux faits sont évidemment très-différents.

La place de la folie à double forme serait à côté de la mélancolie et de la manie; celle de la folie circulaire, au contraire, près de la folie intermittente, et c'est, comme on l'a vu, après cette dernière que M. Falret l'a indiquée.

Quant à l'omission que j'ai faite, j'espère, mon cher confrère, que vous la trouverez assez légère, si j'ajoute que M. Morel, l'un de nos médecins-aliénistes les plus érudits, initié à l'étude des maladies mentales par M. Falret, n'a rien dit non plus de la folie circulaire.

Au milieu de tant de variétés de folie que contiennent les tableaux de l'ouvrage de M. Morel, j'ai vainement cherché quelque chose qui rappelât l'alinéa de la *Gazette des Hôpitaux*.

Évidemment, il ne serait pas juste, quand il s'agit des leçons de M. Falret, d'exiger de moi plus d'érudition que de M. Morel lui-même.

Agréez, etc. BAILLARGER.

Constatons d'abord un fait qui n'est pas absolument sans importance, quoique M. Baillarger n'y insiste en aucune façon; c'est que l'honorable académicien parle maintenant d'un nouveau *genre* de folie, au lieu d'une nouvelle *variété*, mettant ainsi, entre le titre de sa lecture et le titre de sa publication, l'énorme intervalle de la plus importante des divisions en histoire naturelle, l'espèce. Je dis que cette modification n'est pas sans importance, parce qu'elle semble prouver que M. Baillarger n'a pas cherché à se faire une opinion aussi arrêtée que possible, sur ce qu'on doit entendre par genre, espèce, variété. Or, c'est précisément dans la confusion qu'il nous semble faire à cet égard, que nous paraît être basée l'opinion qu'il se fait de la nouveauté de la folie à double forme.

Essayons de le prouver :

Dans la *forme* de folie appelée *circulaire* par M. Falret, le *stade* de dépression ou stade mélancolique, est séparé du stade d'excitation, ou stade maniaque, par un intervalle plus ou moins long; chacun de ces stades constitue un accès.

Dans la *forme* de folie dont M. Baillarger a entretenu l'Académie, les deux stades se suivent sans interruption.

Cette différence suffit-elle pour qu'on établisse entre les deux formes une différence radicale, pour qu'on donne à l'une la valeur d'une *forme*, et à l'autre, l'importance d'un *genre* ? C'est là ce que pense M. Baillarger; mais nous avouons que ses raisons nous ont paru presque complétement absentes : nous n'en avons trouvé aucune dans son Mémoire, et pas davantage dans sa lettre, si ce n'est que la distinction établie par M. Falret « consacre un *mode* particulier *de succession;* » qu'il désigne tout au plus « une *forme spéciale;* » mais qu'il ne saurait, en aucune façon, constituer un nouveau et « quatrième *genre* d'aliénation mentale. »

Or, c'est là résoudre la question par la question; car, ce qu'il s'agit d'établir d'abord, c'est que l'absence d'un intervalle de raison entre les deux stades suffit pour élever à la hauteur d'un *genre* ce qui, sans cette différence, ne serait qu'une simple forme.

M. de Blainville, une place à l'Académie. Il y fut appelé en 1825. En 1830, une ordonnance royale ayant divisé la partie de l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle, consacrée à la démonstration des animaux sans vertèbres, M. de Blainville fut naturellement appelé, par ses beaux travaux sur les mollusques et les zoophytes, à occuper l'une des deux chaires.

Ainsi, quoique s'étant livré tard aux sciences, il acquérait la meilleure position qu'elles puissent donner, et voyait s'accomplir la destinée qu'il s'était tracée, lorsque, dans un de ses dépits contre Cuvier, il lui avait dit : « Je m'assoirai un jour à l'Institut et au Muséum d'histoire naturelle, « à côté de vous, en face de vous, et malgré vous. »

Malgré vous était une injustice, l'animosité n'existait pas; mais c'eût été diminuer de la jouissance que de cesser d'y croire : seulement l'expérience avait prouvé à Cuvier la difficulté des rapports, et elle les lui faisait redouter.

M. de Blainville était arrivé à cet âge où un homme supérieur sent le besoin de réunir, par un lien philosophique, l'ensemble de ses idées.

Ses longues études sur la zoologie l'avaient amené à ne voir, dans le règne animal entier, qu'une *série continue* d'êtres qui, devenant à chaque degré plus animés, plus sensibles, plus intelligents, s'élèvent des animaux les plus inférieurs jusqu'à l'homme : grande vue qui fut celle d'Aristote dans l'antiquité, et qui a été celle de Leibnitz dans les temps modernes.

« La *continuité des gradations*, disait finement Aristote, la *continuité* « *des gradations* couvre les limites qui séparent les êtres, et soustrait à « l'œil le point qui les divise. »

« J'aime les maximes qui se soutiennent, » disait Leibnitz.

On sait que, pour en avoir de telles, il avait imaginé de les ramener toutes à une. Sa philosophie n'a qu'un principe, celui de la *continuité*. Chaque être, dans le globe que nous habitons, tient à tous les autres, et ce globe lui-même à tous les globes. « Avec M. Leibnitz, » disait Fontenelle, « on aurait vu le bout des choses, ou qu'elles n'ont point de bout. »

Jamais idée savante n'a éprouvé plus de vicissitudes que celle de l'*échelle des êtres*. Tous les naturalistes du XVIII[e] siècle l'admettent. « La « marche de la nature se fait par des nuances insensibles, » nous dit Buffon. « La nature ne fait point de sauts, » s'écrie Linné. Bonnet s'épuise en efforts naïfs pour chercher partout des êtres *mi-partis*, *équivoques*, qui remplissent les *vides*.

Cuvier paraît; et toute idée de *continuité*, de *suite*, est aussitôt exclue. Le règne animal se partage en groupes déterminés, circonscrits, profondément séparés, sans liaison, sans passage.

A Cuvier succède M. de Blainville; et, avec lui, nous revient encore la *série des êtres*, mais, cette fois-ci du moins, plus développée, plus complète, plus près d'être partout démontrée, et, ce qui est ici le dernier progrès, essentiellement rattachée à la doctrine, chaque jour mieux comprise et plus respectée, des *causes finales*.

Cette chaîne d'êtres assortis, et qui s'adaptent les uns aux autres, implique visiblement un dessein arrêté, un plan suivi, une fin prévue.

Les *causes finales* sont l'expression philosophique la plus haute de nos sciences, et la plus douce.

Il y a un plaisir d'un ordre supérieur à découvrir et à contempler cet assemblage merveilleux de tant de ressorts divers combinés dans des pro-

Au reste, cette succession sans interruption des deux stades n'est pas absolument aussi complète que semble le croire M. Baillarger, puisque, dans la quatrième des observations trop peu complètes qui servent de base à son travail, et dont une seule paraît avoir été recueillie par lui, il est dit que la dépression était séparée de l'excitation par un intervalle *très-court* de ce qu'on pourrait appeler la *raison parfaite*. Or, en décrivant la forme circulaire, M. Falret dit que les deux états maladifs sont séparés par un intervalle de raison *d'assez courte* durée. Ce serait donc à la distance du superlatif *très-court* au comparatif *assez court*, que M. Baillarger évaluerait celle de la *forme* au *genre*. Nous croyons que peu de pathologistes seront de l'avis de notre excellent et très-aimé correspondant.

Ce qui précède suffira sans doute pour démontrer à M. Baillarger que, pour donner à son travail toute l'importance qu'il aurait pu avoir, il n'aurait pas dû laisser aux pathologistes le soin « de décider s'il convient, lorsque « deux maladies, ou même deux périodes de la même ma- « ladie, se succèdent sans interruption, de se servir du mot circulaire, » pour désigner cette succession. Puisque les pathologistes n'ont pas traité cette question, et qu'il importait qu'elle fût résolue pour qu'on sût à quoi s'en tenir sur la valeur de la distinction établie par M. Baillarger, il fallait que l'habile académicien se chargeât lui-même de la tâche qu'il laissait à ses collègues. C'est là surtout ce que nous avons voulu prouver dans notre dernier article. Quant à la question de priorité, elle était secondaire à nos yeux, et elle dépendait d'ailleurs, comme on vient de le voir, de la question principale. H. de Castelnau.

Etudes sur les aliments et les nutriments, nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point,

Par le Dr Lucien Corvisart, *ancien interne des hôpitaux, médecin (par quartier) de S. M. l'Empereur.*

(*Suite et fin. Voir le n°* 157 *du tome* 1er *et les nos* 1, 2, 3, 4, 9, 10, 12 *et* 14 *du tome* 2.)

A. Sensations. — Le sentiment durable de pesanteur à l'estomac, la pression des vêtements supportés douloureusement, la tendance au sommeil, la céphalalgie et le malaise après le repas, indiquent que les aliments ne se digèrent point.

L'application de la méthode nutrimentive a plus souvent réussi dans ce cas que lorsqu'il y avait des douleurs vives, aiguës, atroces. Car ce caractère des douleurs, en effet, montre surtout qu'il y a une sensibilité très-exagérée de la muqueuse de l'estomac.

Cette exagération de la sensibilité peut résulter d'un état de la muqueuse qui coexiste avec le vice de sécrétion; aidée des narcotiques, surtout en applications extérieures ou à des doses faibles à l'intérieur, cette méthode peut encore réussir dans ce cas.

Il y a encore pour elle plus de chance, si cette sensibilité résulte d'un vice primitif de sécrétion qui, entravant la réparation par l'alimentation, affaiblit l'estomac et l'économie qui deviennent irritables, agacés; car cette méthode, faisant alimenter les malades, peut les guérir de leurs douleurs, *sanguis frenat nervos*.

La lenteur de la digestion et les douleurs obtuses peuvent être dues, dans certains cas, à ce que la paroi musculaire de l'estomac, affaiblie, ne triture plus assez bien les aliments et les laisse trop longtemps séjourner dans l'estomac; dès lors, on doit prescrire les médicaments propres à exciter la membrane musculeuse, ainsi de petites doses de noix vomique; si leur insuffisance montre que les deux actes, trituration et sécrétion, sont viciés, on doit simultanément employer les prises ou les cuillerées nutrimentives.

On conçoit que, si les trois vices existaient (de sensibilité, de trituration, de sécrétion), il faudrait employer simultanément les trois médications, et chacune seulement pendant le temps voulu, l'interruption momentanée de l'une d'elles étant toujours là pour guider. Je renvoie à l'observation que M. le docteur Hérard a consignée dans sa *Thèse* (mars 1852) :

Une jeune femme, vomissant et éprouvant différents symptômes propres au défaut de principe digestif, se porta bien en prenant des cuillerées nutrimentives; elle devint enceinte, l'irritation sympathique de la membrane musculeuse prédomina, et dès lors rendit la méthode impuissante; cette méthode redevint active après une fausse couche, l'irritation musculaire ne neutralisant plus l'action des cuillerées nutrimentives par le vomissement.

B. Vomissements. — On voit qu'ils peuvent être produits, à cause d'une sensibilité exagérée de la muqueuse gastrique, soit d'une irritabilité exagérée de la membrane musculeuse, soit à cause de la sécrétion imparfaite du principe digestif.

Si, quoique rendus, avant la deuxième heure de la digestion, les vomissements sont fades, neutres ou alcalins au tournesol (sans qu'on ait pris de sels alcalins), on est en droit d'attribuer le

---

portions si justes. Le spectacle d'une sagesse infinie donne du calme à l'esprit des hommes. « Ce n'est pas peu de chose, disait Leibnitz, que « d'être content de Dieu et de l'univers. »

En 1832, un coup terrible vint frapper la science. Cuvier disparut en quelques jours.

L'administration du Muséum crut devoir faire passer M. de Blainville à la chaire où le moderne Aristote s'était immortalisé.

Dès lors, gardien vigilant et presque jaloux, ce fut tout auprès de collections dues à un demi-siècle de labeurs illustres, que M. de Blainville vint planter sa tente : tente véritable, demeure digne de nos savants du moyen âge, où il reproduisit et leurs longues méditations et leur constant enthousiasme.

Passant sa vie dans un sombre cabinet, s'y recélant au fond d'un vaste et profond fauteuil, entouré d'un triple rempart formé du mélange confus de livres, de dessins originaux, de préparations anatomiques, de microscopes mal assurés, si parfois un disciple studieux était admis, il avait pour s'introduire plus d'un obstacle à surmonter, car l'envahissement était général, et, s'il était laborieux de se procurer un siége, il n'était pas moins difficile de le placer. Enfin, après les péripéties de l'installation, si, dans le feu du travail, la recherche d'un volume devenait nécessaire, il fallait ordinairement le tirer de la base d'une montagne dont le renversement général était, au milieu de ce chaos, un vrai cataclysme, qui, pour être fréquent, n'en était pas moins orageux.

Un aventureux visiteur, après avoir longtemps parlementé, parvenait-il à voir s'entr'ouvrir l'inviolable asile, alors qu'il n'était encore que sur le seuil, et sans qu'aucun mouvement eût manifesté que sa présence était aperçue, une voix grave et sonore lui adressait cette invariable interrogation : *Qu'y a-t-il pour votre service, monsieur ?* Quelquefois, au premier aspect, l'étranger, n'admettant pas qu'il pût exister un itinéraire du labyrinthe qui se présentait à ses yeux, ou n'ayant pas assez prévu tout ce qu'il y a de pénible pour un penseur profond dans un dérangement imposé au cours de ses idées, se déconcertait. Il devait alors chercher son salut dans une prompte retraite, et faisait ainsi excuser son imprudence. Si, au contraire, les premiers mots échappés à l'interrupteur décelaient un personnage digne d'un docte entretien, M. de Blainville, relevant aussitôt la tête, et se dépouillant des pensées qui l'absorbaient, employait tous les avantages que sa facile élocution mettait au service d'un grand savoir à séduire son auditeur, qui, charmé de tant de courtoisie, s'exposait, en prolongeant sa visite, au péril qu'après son départ le savant laborieux répétât une fois de plus : *Encore une heure perdue !*

Était-ce un ancien élève qui venait s'éclairer près du maître, il pouvait franchir avec confiance toute espèce de retranchement : l'accueil le plus bienveillant lui était réservé; car, si M. de Blainville, en véritable gentilhomme, exigeait que ses disciples lui rendissent complétement *foi et hommage*, au moins était-ce sincèrement et presque paternellement qu'il les affectionnait.

C'est de ce sanctuaire de l'étude, qu'après y avoir été longtemps retenue, comme les poëtes nous le disent de Minerve dans le cerveau de Jupiter, s'échappa un jour, tout armée, la controverse ardente de tous les

vomissement au vice de sécrétion. C'est une certitude, si, quoique pris en petite quantité, les aliments azotés, après la première heure de la digestion, ne sont point ou presque point attaqués, et la méthode trouve alors son application à peu près certaine. En effet, ce sont les indices clairs que le principe digestif n'a pas ses qualités normales, et n'est pas propre à digérer.

C. Diarrhée. — Elle résulte souvent de ce que les aliments, qui auraient dû être digérés dans l'estomac, ne l'y ont point été, leur présence à cet état d'in-digestion dans les intestins les irritant. C'est ainsi qu'une dame, affectée de cancer de l'estomac, ayant la diarrhée jusqu'à quarante selles en vingt-quatre heures, quand on lui donnait quelques cuillerées de potage ou qu'on lui faisait mâcher quelques bouchées de viande, ne l'eut plus une seule fois pendant trois mois et demi qu'elle prit des cuillerées nutrimentives, mangeant facilement une ou deux côtelettes par jour.

Si la diarrhée, effet d'in-digestion, résistait à la méthode nutrimentive, on pourrait croire que l'estomac laisse trop tôt passer les aliments de l'estomac dans l'intestin. Soit, et cela, quelle qu'en soit la cause primitive, parce que sa contraction est trop vive, soit parce que son atonie est trop grande, on devrait administrer les narcotiques ou les tétaniques, soit associés à la méthode nutrimentive, soit sans elle.

D. Anorexie. — L'anorexie coïncide souvent avec l'in-digestion. Un effet inconstant, mais réel, des prises ou des cuillerées nutrimentives a été de rappeler l'appétit. J'aurais pu croire que c'était en redonnant par l'alimentation plus de forces à l'estomac, il n'en est point toujours ainsi, car, sous l'influence de cette méthode, j'ai vu l'appétit, longtemps absent, revenir dès le repas suivant.

E. Il est d'autres symptômes d'in-digestion que je n'énumérerai pas ici, tels que les érythèmes à la face, les taches hépatiques; je les ai vus, tenant à l'in-digestion habituelle, disparaître avec elle par les mêmes moyens.

Ce Mémoire ne peut spécifier chacune des maladies particulières dans lesquelles on doit, je pense, employer la méthode nutrimentive.

Je dirai seulement qu'on pourra aider, par l'alimentation rendue par elle facile et sans fatigue, à la guérison de maladies qui, bien que primitivement étrangères à l'estomac, affectent ensuite cet organe, d'où il résulte une aggravation considérable. Dans ces cas, cette méthode pourra guérir d'une manière indirecte. Dans d'autres maladies, le temps seul manque pour guérir; l'inanition, la nutrimentation insuffisante faute de principe digestif, entravent la guérison, si bien que le malade meurt avant, qu'on me passe l'expression, d'avoir eu le temps de guérir; ainsi des convalescences de fièvre typhoïde dont je parlerai, etc. Ici encore on peut guérir d'une manière indirecte.

Dans d'autres maladies incurables qui amènent un tel trouble dans les fonctions de l'économie, que le dépérissement a lieu malgré tout, comme certains cancers, on pourra prolonger, autant que possible, par la nutrimentation, la vie des malades.

Enfin, la méthode nutrimentive aura toute son énergie, quand ce sera surtout la faiblesse de l'estomac, le défaut de principe digestif qui fera la maladie. Ainsi des convalescences de fièvre typhoïde, etc.

Que si la maladie (soit celle de l'estomac, soit celles d'autres parties de l'organisme, soit de toutes) est incurable, ne sera-ce pas un bienfait, par la nutrimentation soutenue et sans fatigue que procure cette méthode, de soutenir l'organisme et de prolonger la vie autant qu'il est dans la puissance humaine de le faire ?

Qu'on se rappelle ces paroles d'un savant illustre, elles sont applicables aux trois catégories de maladies que je viens d'établir :

« L'inanition est une cause de mort qui marche de front et en
« silence avec toute maladie dans laquelle l'alimentation n'est
« point normale. »

Le professeur H. Larrey a agrandi le cercle des applications possibles de cette méthode, en la faisant entrer dans la thérapeutique chirurgicale :

Société de chirurgie. — *Séance du 27 avril 1853.*

« Après un rapport de M. Lenoir sur un mémoire de M. Voillemier sur les injections alimentaires poussées directement dans l'intestin chez les malades affectés d'anus contre-nature ;

« M. Larrey croit devoir soumettre à l'appréciation de la Société, et sous toutes réserves, une idée qui lui a été suggérée par les intéressantes recherches de M. Lucien Corvisart. »

(Ce sont celles en vertu desquelles je disais que les aliments se digérant dans les bocaux avec le principe digestif comme dans l'estomac, on pouvait administrer aux malades ces aliments préalablement modifiés par ce principe digestif.)

« Ce serait de soumettre à ce mode d'alimentation diversement modifié, les sujets atteints d'anus contre-nature, chez lesquels l'injection de bouillons et d'autres liquides nutritifs ne pourraient s'effectuer d'une manière assez réparatrice. M. Voillemier trouverait peut-être là une ressource de plus pour les cas dont il a déjà fait connaître les curieux résultats. Même application serait possible à la gastrostomie proposée et pratiquée par M. Sédillot, qui en a publié deux observations remarquables. »

J'y ajouterai les cas d'épuisement par hémorrhagie, état nerveux, etc., où les sécrétions se tarissent.

---

arguments sur lesquels Cuvier avait fondé la science nouvelle de la *paléontologie*.

Le premier germe de cette science étonnante des *êtres perdus* résidait dans une vieille croyance : celle d'un grand et antique déluge.

Vainement la philosophie scolastique prétendit-elle que les coquilles fossiles n'étaient que des *jeux de la nature ;* vainement le philosophe Voltaire, qui, par des raisons très-peu philosophiques, ne voulait, à aucun prix, qu'il y eût eu un déluge, multipliait-il les pèlerins pour expliquer la dispersion des coquilles marines : ni les *jeux de la nature* ni les pèlerins ne pouvaient suffire. Soutenu par l'évidence du fait et par l'ineffaçable tradition, le sens humain protestait.

Au XVII[e] siècle, l'attention, éveillée par les *coquilles fossiles,* se porta sur les *ossements gigantesques* conservés dans les entrailles de la terre, et dont la première origine n'était pas moins cachée.

On découvre en 1696, dans la principauté de Gotha, quelques os d'éléphant. Le grand-duc assemble aussitôt le conseil de ses savants : le conseil déclare, à l'unanimité, que ce sont des *jeux de la nature.*

On trouve vers ce même temps, dans une de nos provinces, le Dauphiné, quelques-uns des os de l'animal que nous nommons aujourd'hui *mastodonte.*

Un chirurgien du pays achète ces os et les fait transporter à Paris, où il les montre pour de l'argent, affirmant, dans une brochure, qu'on les a tirés d'un sépulcre long de trente pieds, et que ce sont les restes d'un géant, roi de l'un des peuples barbares qui furent défaits près du Rhône par Marius. Tout Paris voulut voir ce trophée de la gloire de Marius; et, selon son usage à peu près constant, après avoir cru d'abord tout ce qu'on lui dit, il se moqua bientôt de tout ce qu'il avait cru.

Le XVIII[e] siècle amène enfin l'étude sérieuse. Gmelin et Pallas nous font connaître les ossements fossiles de la Sibérie ; ils nous apprennent qu'on y trouve de ces os en quantité prodigieuse, qu'il y en a de rhinocéros, d'éléphants, de ruminants gigantesques.

Quel sera l'interprète heureux de ces faits étranges?

Gmelin et Pallas pensent qu'une irruption immense des mers, venues du sud-est, a pu seule transporter dans les terres du nord ces grandes dépouilles, qui appartiennent toutes à des animaux du Midi.

Inspiré par un génie plus haut, Buffon, presque octogénaire, conçoit l'idée des *espèces perdues*.

« Les ossements conservés dans le sein de la terre sont, dit-il, des té-
« moins, aussi authentiques qu'irréprochables, qui nous démontrent l'exis-
« tence passée d'espèces colossales différentes de toutes les espèces ac-
« tuellement subsistantes....

« C'est à regret, ajoute-t-il avec une émotion éloquente, c'est à regret que
« je quitte ces précieux monuments de la vieille nature, que ma propre
« vieillesse ne me laisse pas le temps d'examiner.... Ce travail sur les êtres
« qui ont disparu exigerait seul plus de temps qu'il ne m'en reste à vivre,
« et je ne puis que le recommander à la postérité.... D'autres viendront
« après moi.... »

(*La suite à un prochain numéro.*)

Il ne faut employer cette méthode nutrimentaire que pendant le temps qu'elle est nécessaire.

Ce qu'on connaît à ce qu'en diminuant la prise du quart, du tiers, de la moitié, l'estomac digère encore assez bien, sa sécrétion normale commençant à se refaire.

On aidera l'estomac à sécréter, en lui donnant des substances propres à activer sa sécrétion, et nous les ferons connaître longuement, moyen qu'il ne faut jamais négliger, excepté dans le cas où ces stimulants seraient capables de *fatiguer* l'estomac encore trop faible.

Un bon moyen d'habituer, sans fatigue, l'estomac à agir sans secours et naturellement, est de faire un repas sans prise ou cuillerée nutrimentives, l'autre (1) avec elles, cas où on s'éclaire bien vite sur la valeur de la méthode nutrimentive.

Les cas où les forces qui président à l'absorption et à l'assimilation sont absolument abolies, sont tout aussi au-dessus de cette méthode que de toute autre ressource de l'art.

Si on ne veut point permettre d'aliments au malade et qu'on veuille cependant le nourrir, il faudra prescrire l'usage des préparations nutrimentaires.

(1) Les malades difficiles prennent très-facilement les prises nutrimentives enveloppées dans du pain à chanter au commencement du repas.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la leucorrhée vaginale par des cylindres médicamenteux,

Par le Dr Alex. Mayer.

L'affection qui fait le sujet de cette courte note est désignée par les dénominations synonymes suivantes : *Blennorrhagie vaginale*, *catarrhe vaginal*, *leucorrhée*. La forme que j'ai en vue est la forme chronique.

On n'ignore pas avec quelle désespérante opiniâtreté cette maladie résiste parfois aux médications les plus rationnelles et les plus accréditées. Le traitement général est rarement utile et l'emploi des topiques souvent infidèle. Le motif en est facile à saisir et un grand nombre d'auteurs l'ont signalé avant moi ; c'est qu'il est presque impossible, par les moyens usités jusqu'à présent, d'atteindre toute l'étendue de la membrane muqueuse dont la sécrétion morbide constitue et entretient le mal. En effet, les injections ne sont jamais mises en contact avec les nombreux replis du canal vulvo-utérin. On a imaginé différents procédés pour obvier à cet inconvénient dès longtemps reconnu ; ainsi on a proposé d'étendre des pommades astringentes et principalement au nitrate d'argent, sur toute la surface interne du vagin, en l'enfermant dans un tissu de mousseline, noué sur l'indicateur, qu'on promène en exerçant une certaine pression depuis le col utérin jusqu'à la vulve. J'ai expérimenté ce procédé sans succès et j'ai conjecturé que cela tenait à ce que, malgré tous les soins possibles, quelques anfractuosités échappaient à l'action du remède et qu'il suffisait de la persistance de la sécrétion pathologique dans un de ces points restreints, pour la propager de nouveau par voie de continuité. Avec d'autres praticiens j'ai fait usage du nitrate d'argent solide, que j'ai porté directement *loco dolenti*, après avoir au préalable introduit le spéculum, et en badigeonnant les parties mises à découvert par le retrait de cet instrument de l'intérieur à l'extérieur. Les mêmes mécomptes me sont arrivés probablement par les mêmes motifs qui m'avaient fait échouer avec les pommades. Mais voici un moyen que j'ai imaginé, du moins je le crois, et que, depuis environ un mois j'ai pu expérimenter dans trois cas, avec un résultat heureux dans chacune de ces circonstances.

Je fais confectionner une espèce de condom en *mousseline claire*, je le bourre de charpie fine, courte et brouillée, de façon à former un cylindre consistant.

J'imbibe celui-ci *profondément* avec une solution fortement astringente de sulfate de zinc, d'alun, de sulfate de fer, de nitrate d'argent, etc., etc. On pourrait aussi bien se servir d'astringents végétaux, comme le ratanhia, le tannin, le monesia, etc. Pour moi, j'ai employé, dans les trois cas dont je parle, le sulfate d'alumine et de potasse à la dose croissante de deux, quatre et huit grammes sur cent d'eau.

Je place un spéculum plein que j'ai le soin de faire pénétrer jusqu'au col de l'utérus. Je remplis le spéculum avec le cylindre de charpie préalablement imbibé du liquide médicamenteux, et je retiens celui-ci en place, pendant que je retire l'instrument qui m'a servi de conducteur ; le vagin se trouve déplissé dans toute sa longueur si le cylindre est suffisamment volumineux, ce qui est une précaution indispensable à prendre. Dès lors aucune portion de ce canal n'est soustraite à l'action modificatrice de la substance employée. On laisse à demeure cet appareil pendant 10 à 12 heures, et, avant d'en introduire un nouveau, on absterge les parties au moyen de plusieurs injections d'eau froide répétées coup sur coup. Dans le premier cas j'ai renouvelé cette petite opération 6 fois, dans le second le traitement a nécessité 15 introductions, et dans le troisième il a suffi de 5 cylindres pour amener une guérison complète et soutenue ; les sujets de ces 3 observations étaient des filles suspectes, une seule fois il y avait eu antérieurement un écoulement urétral dont le copahu avait fait justice. La durée de la maladie était de huit mois, de quatre mois et de trois semaines. Il n'y avait au moment où mes soins furent réclamés aucun symptôme inflammatoire ni chez l'une ni chez l'autre de mes malades.

Des injections nasales comme moyen d'alimenter les nouveau-nés et de leur administrer des médicaments.

M. le docteur Henriette, placé à Bruxelles, à la tête d'un service de 6 à 700 enfants nouveau-nés, avait remarqué que ceux de ces enfants qui refusaient le sein et que l'on nourrissait à la cuiller ou au biberon, succombaient presque tous. Il avait reconnu que la faiblesse, soit native, soit consécutive à une lésion organique, entrait pour une large part dans les causes qui empêchent l'enfant de prendre le sein. Quelle que soit la cause de cette faiblesse, les enfants privés du sein, pendant les premiers jours qui suivent leur naissance, sont plus enclins que les autres au sommeil. Ce sommeil prolongé doit appeler l'attention du médecin ; car il indique presque toujours que la nourriture est insuffisante, soit que la nourrice manque de lait, soit que l'enfant manque de force pour le faire monter. M. Henriette les nourrit alors artificiellement de la manière suivante :

L'enfant étant couché horizontalement dans son berceau, ou mieux sur les genoux de sa nourrice, le médecin, placé à sa droite, appuie, pour maintenir sa tête, la paume de la main gauche sur le front ; le pouce, resté libre, vient s'appliquer sur la lèvre supérieure, près de l'ouverture nasale. La main droite, armée d'une seringue préalablement chauffée, le médecin applique légèrement l'extrémité de la canule sur le pouce de la main gauche resté libre, en la présentant à l'ouverture du nez, sans jamais l'introduire de plus d'une ligne de profondeur ; on évite ainsi l'éternument, et on n'est pas exposé à blesser les enfants qui sont quelquefois, bien que très-rarement, indociles. Cela fait, le médecin pousse très-lentement le liquide, qui tombe goutte à goutte, à travers les fosses nasales, sur la partie postérieure du pharynx, dans l'œsophage et dans l'estomac. Aucun accident de toux, d'éternument, ne vient contrarier cette légère et inoffensive opération : le liquide injecté est avalé, et si l'enfant pleure, il s'arrête, et la déglutition ne s'en opère pas moins.

Il faut avoir soin, après chaque injection, de nettoyer la seringue, pour éviter la décomposition du lait. Le choix de ce dernier n'est pas indifférent. Il faut employer celui d'une bonne nourrice. Pour les enfants faibles, M. Henriette préfère le lait séreux qui a séjourné dans les seins ; car un lait plus nourrissant leur donne des diarrhées verdâtres. La quantité du liquide à injecter varie selon les besoins de l'enfant. En général, les injections se font toutes les deux heures, et la quantité est celle d'une cuiller à soupe ordinaire chaque fois.

La méthode de M. Henriette est également applicable à l'administration des remèdes que les enfants refusent d'avaler, ou qu'ils ne peuvent prendre par la bouche. On peut s'en servir aussi pour nourrir les aliénés qui refusent de manger, les individus atteints de tétanos, de fracture de l'os maxillaire inférieur, d'engorgement de la langue, etc.

(*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

CORRESPONDANCE.

La syphilisation à l'Académie de Turin.

Nous avons reçu sous ce titre, depuis plus de quinze jours, une lettre de M. Spérino, de proportions démesurées. Nous avions espéré que, sur nos instances, l'auteur voudrait bien la réduire à une étendue qui pût la rendre acceptable pour le journal et lisible pour le public. Il n'en a pas été ainsi. Force nous a donc été de nous livrer nous-même à ce travail, ce que nous avons fait avec une libéralité que nos lecteurs nous pardonneront sans doute, en faveur des principes d'impartialité dont ils ont bien voulu, jusqu'à ce jour, nous savoir gré. Comme les meilleures choses, ces principes mêmes ont leurs inconvénients ; à défaut d'autre mérite, la lettre de M. Spérino a au moins celui de démontrer cette triste vérité.

Quant au fond même de cette lettre, nous croyons parfaitement inutile de le discuter. La syphilisation est défunte, bien défunte, et les étranges protections qu'elle semble rencontrer au delà des Alpes ne feront pas même que les hommes sérieux consentent désormais à s'en occuper.

A M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Dans sa letttre (insérée dans le n° 137, 31 *décembre* du *Moniteur des Hôpitaux*) l'anonyme F. Fr. vous a dit que : *La chose a été réduite aux proportions d'une discussion personnelle par notre syphilisateur.* — Cela n'est pas exact, et tous ceux qui ont entendu mon discours peuvent attester que toutes mes observations critiques ont été faites dans l'intérêt de la science et de la vérité, et que je n'ai jamais essayé de porter la question sur le terrain des personnalités, terrain que même j'aurais dû éviter, me trouvant seul contre cinq. — Dans les séances publiques des 18, 19, 20 et 21 décembre, j'ai lu mon Examen critique du rapport de la commission, dans lequel j'ai prouvé, d'une manière bien évidente, que le rapport fourmille d'erreurs de fait et de science. J'y ai inséré des documents authentiques qui attestent la vérité de tout ce que j'ai dit. J'ai rétabli les faits dans toute leur intégrité, et j'ai prouvé que presque chaque page du rapport porte l'empreinte de la passion, comme un des membres les plus distingués de notre Académie le disait il y a peu de temps à *M. Beaumès*, de Lyon.

M. Beaumès, syphilographe très-distingué, comme vous savez, après avoir examiné un certain nombre de mes syphilisées, et se trouvant à la séance que notre Académie a tenue le 25 novembre, a été prié, par *M. Demarchi*, de manifester son avis sur la syphilisation. Voici ce qu'il a dit : *De longues études faites par des spécialistes sont indispensables pour qu'elle puisse être jugée en parfaite connaissance de cause.* Il a ajouté que *s'il se trouvait à la tête d'un gouvernement, non-seulement il permettrait la syphilisation, mais qu'il ordonnerait que des études se fissent chez un certain nombre de filles publiques qui seraient surveillées pendant plusieurs années* (*voir* le procès-verbal publié dans le *Journal de l'Académie* de Turin).

Mon examen critique du rapport sera publié dans peu de temps. Vous verrez alors que le compte rendu fait par M. F. Fr. ne mérite pas plus de foi que n'en méritaient les articles anonymes dont il est parlé plus haut. Pour le moment, il suffit de lire, dans les journaux de Turin (*Gazzetta dell' Associazione medica,* n° 53, 31 décembre ; *Gazzetta medica italiana,* n° 1, 2 janvier 1854 ; l'*Opinione,* 31 décembre), les comptes rendus des séances publiques et de la séance privée de l'Académie qui a eu lieu le 26 du mois dernier, pour apprécier à sa juste valeur la lettre de M. F. Fr. et pour être tenté de citer le vieil adage : *A beau mentir qui vient de loin.*

M. F. Fr. vous a dit que *peu d'académiciens* ont assisté aux séances publiques. Il est très-possible que quelques-uns des académiciens n'aient pas eu le courage de voter contre la syphilisation sans avoir assisté à la discussion du rapport, mais votre correspondant n'aurait pas dû vous le dire, car cela infirme la valeur morale du vote de l'Académie.

Selon M. F. Fr., il n'y avait que *des curieux, des amateurs, des indifférents et des intéressés au parti de M. Spérino.* Il n'oserait pas publier ces paroles dans un journal de Turin, car, ici, tout le monde sait que la vaste salle était surtout occupée par des étudiants en médecine et par des médecins qui ont pris intérêt à la discussion.

Votre correspondant vous a dit : *Parmi les adeptes ou dévoués au parti Spérino, il y avait beaucoup de jeunes écoliers qui...*, etc.

Dois-je répondre à un homme, qui, vieux ami de M. Ricord, comme il se vante de l'être, s'oublie au point de recourir à de semblables assertions pour défendre sa cause, irréparablement perdue ici dans l'opinion publique qu'il a cru pouvoir surprendre par ses publications injurieuses signées ou anonymes ? — Oui, je répondrai, la vérité doit être connue. Voici le fait :

Voyant que les notes prises en secret par la commission, sur des faits qu'elle avait *choisis* dans ses visites au syphilocôme (visites qui se faisaient à des intervalles de quatre, cinq ou sept jours), n'auraient pas suffi pour faire un rapport exact ; voyant que la commission faisait toujours, sans me rien dire, son étude de syphilisation, et ne voulant pas que le jugement de la commission exerçât tout seul son influence sur l'opinion publique, j'ai, dans les mois de mars, avril, mai et juin 1853, fait dans le syphilocôme, avec la permission du ministère, des conférences cliniques sur les maladies vénériennes, et j'ai soumis, à l'examen d'autres confrères, sept cas de syphilis constitutionnelle traités par la syphilisation.

Un grand nombre d'étudiants et quelques docteurs m'ont honoré de leur présence, et ayant vu, par leurs propres yeux, que réellement la syphilisation fait disparaître la syphilis constitutionnelle et fait rentrer l'organisme dans l'état normal, ils ont assisté avec assiduité aux discussions.

Après avoir exposé l'examen du rapport, j'ai présenté à l'Académie l'état actuel de la question : j'ai décrit, en sa présence, les faits observés par MM. les étudiants ; j'ai traité la question de l'immoralité soulevée par quelques adversaires de la syphilisation ; j'ai passé en revue toutes les études faites jusqu'à présent, à Turin et ailleurs, et j'ai conclu que la syphilisation est digne d'être soigneusement étudiée.

Les étudiants et les confrères qui avaient assisté à mes expériences de syphilisation, et qui ont pu s'en faire une idée plus exacte que les académiciens qui ne se sont pas donné la peine de l'étudier pratiquement, accueillirent, avec de bruyants applaudissements, mon exposition. Mais M. F. Fr. aima mieux attribuer à des motifs indignes d'un homme de science la démonstration de l'opinion publique donnée en faveur de la syphilisation.

Selon M. F. Fr., *M. Démaria a très-énergiquement repoussé .....*, etc.

M. Démaria n'a rien détruit de ce que j'avais avancé, et les documents insérés dans mon Examen prouveront au public que la commission n'a pas rempli sa mission comme elle devait le faire. M. Démaria a dit que la commission a été instituée pour être le tribunal qui devait juger la syphilisation sur les faits observés. Qu'il me soit permis de demander à messieurs les membres de la commission s'ils avaient bien étudié le code des maladies vénériennes avant d'accepter le mandat qui leur a été confié.

Les nombreuses erreurs de science échappées à la savante plume du rapporteur qui n'est pas chirurgien (non plus que M. Démaria qui honorait rarement de ses visites le syphilocôme), erreurs que j'ai dû révéler dans les séances publiques, leur ont-elles donné le droit de se constituer juges de mes connaissances en syphilographie ? Assez dit à ce propos.

Pour prouver que l'exposition des faits publiés par la commission est exacte, M. F. Fr. vous a dit que M. Pertusio, président de la commission, a fait voir à l'Académie que chez la femme du n° 20, le nombre des inoculations a été indiqué fidèlement dans le rapport. M. Pertusio a très-mal choisi, parmi le grand nombre de chiffres que j'ai démontré avoir été publiés d'une manière inexacte par la commission. Il a oublié que ce fait n'a été observé régulièrement par la commission que vers la fin du traitement, et que, par conséquent, n'ayant pris que peu de notes, la commission a dû me demander mon observation pour pouvoir rédiger la sienne. Je tiens la feuille de l'hôpital, dans laquelle se trouve enregistré ce qui s'est passé jour par jour, et l'original de l'observation dont la commission s'est servi et qu'elle avait trouvé en parfaite concordance avec ses notes. Ces documents prouveront toujours la véracité de ce que j'ai exposé.

Votre correspondant dit : *M. le rapporteur a commencé....*, etc.

Dans les premières pages du rapport, la commission a avoué que j'ai *toujours été loyal et probe dans tous les rapports que j'avais eus avec elle.* J'ai été *loyal* lorsque je lui faisais voir tous les cas de syphilisation, lorsque je la voyais en silence choisir les faits où il n'y a eu que très-peu d'inoculations (2, 5, 7), et refuser des faits de syphilisation complète avec disparition totale de la syphilis ; elle me trouvait *probe et loyal* alors que je lui faisais passer toutes mes observations et que je me taisais en voyant prendre ses notes secrètement ; j'étais *probe et loyal* alors que je ne disais rien de ce qu'aucun de ses procès-verbaux n'a été fait ni lu en ma présence et de ce que la commission ne m'appelait jamais à prendre part à ses travaux : j'étais *probe et loyal* alors, et la commission me dirait encore tel aujourd'hui, si je n'avais pas dévoilé toutes les erreurs de fait et de science qui se trouvent dans le rapport. Mais le témoignage de probité et de loyauté mis en tête du rapport avait déjà été tout à fait détruit par la rédaction entière du rapport, et il suffira d'en lire quelques pages pour s'en convaincre. — Devais-je donc me taire et permettre que l'opinion publique fût induite en erreur par un rapport fondé sur une base très-inexacte, et cela pour ne pas m'exposer à affronter l'anathème de M. le rapporteur ? — Non, certainement, non, la vérité avant tout. Je devais la faire connaître dans l'intérêt de la science et de mon honneur, et si j'ai eu le malheur de perdre l'estime de M. le rapporteur, j'en suis amplement dédommagé, me voyant mieux que jamais raffermi dans l'estime publique, et j'ai la con-

solation de n'avoir pas fait défaut à mon devoir soit en qualité d'homme, soit comme médecin.

La dose ordinaire du pain accordée aux malades, dans le syphilicôme de Turin, avait toujours été suffisante pour les filles traitées par les méthodes ordinaires.

La syphilisation était étudiée depuis cinq mois, et, l'état général des malades traitées par la nouvelle méthode s'améliorant de jour en jour, j'ai cru devoir seconder le désir de mes malades en priant le Ministère de leur accorder un demi-pain de plus. J'en ai parlé en même temps à la commission et je lui ai dit que, ne donnant pas de remèdes à ces malades, je croyais pouvoir leur faire donner un peu plus de pain. Eh bien ! M. le rapporteur a dit : *Voilà le pain de l'obéissance donné aux martyres de la syphilisation.* D'abord, notez-le bien, c'est un martyre qui augmente l'appétit et fait améliorer l'état des voies digestives. Ensuite, il est absurde de dire que les filles publiques se laissent martyriser spontanément pour un petit morceau de pain.

M. F. Fr. vous a dit que j'ai changé le diagnostic du tempérament chez les femmes des n°s 34, 39, 30 et 14. Cela n'est pas exact. Les filles des n°s 39 et 34 n'ont pas été syphilisées. Celle du n° 30 portait dans les régions latérales du cou plusieurs cicatrices d'ulcères scrofuleux datant de son bas âge. La fille du n° 14 avait eu, dans l'enfance, des adénites cervicales et des ophthalmies scrofuleuses. Elle en avait été traitée par M. *Frola, membre de la commission.* Ainsi, ayant dit par inadvertance, dans l'observation que j'avais remise à la commission, — *tempérament sanguin-lymphatique,* — je m'aperçus de cette faute de rédaction quand je passai en revue cette histoire avant de la faire imprimer, et ne voulant pas changer un mot à mes observations sans en avertir la commission, je lui ai écrit que les traces des adénites et des ophthalmies dont avait souffert cette femme dans l'enfance m'engageaient à ôter le mot : *sanguin.* Il est bien fâcheux de voir interpréter si mal des faits si simples et si clairs.

M. F. Fr. vous avoue que *la durée moyenne des différents accidents syphilitiques primitifs et secondaires avait été calculée par la commission, dès l'entrée jusqu'à la sortie des malades au syphilocôme.* Eh bien ! j'avais fait observer dans mon examen critique du rapport, que cette moyenne n'était pas exacte, car plusieurs malades, qui ont été syphilisées, se trouvaient dans l'hôpital depuis plusieurs mois, un an, deux ans ; chez presque toutes, les accidents syphilitiques disparurent bien avant que la syphilisation fût achevée ; et plusieurs filles syphilisées furent entretenues, après leur guérison, dans l'hôpital, pendant longtemps en observation. J'ai prouvé que la commission n'aurait pas dû faire peser sur la syphilisation tout ce temps, et que la durée des accidents syphilitiques, pour étudier les effets du traitement syphilisant, devait être calculée du jour de la première inoculation jusqu'au jour de la disparition des lésions syphilitiques. Je persiste toujours dans mon opinion, malgré l'avis contraire de M. Freschi, et on verra dans mon examen l'énorme différence qui existe entre les chiffres véritables et ceux qui sont présentés dans le rapport.

Selon M. F. Fr., M. le rapporteur a dit que *la loi fameuse de la décroissance régulière et constante des chancres successivement inoculés a été repoussée par la commission comme inadmissible.*

M. Freschi ne se rappelait plus avoir écrit, à la page 49 de son rapport, les paroles suivantes : *Dans un grand nombre de cas, on a observé que la manifestation et la succession des produits de l'inoculation étaient régulières, c'est-à-dire qu'on observait des chancres, puis des pustules, ensuite des résultats négatifs.*

A la page 148 du même rapport, on lit : *Certainement, parmi la riche série d'expériences auxquelles la commission a assisté, elle a vu le plus souvent que les chancres de la première inoculation étaient plus grands, plus enflammés et d'une durée plus longue que les seconds, les successifs et les postérieurs.*

Si la commission avait étudié avec moi les causes qui, dans quelques cas, ont produit des exceptions momentanées à la règle générale et que j'ai consignées dans mon ouvrage, elle n'aurait pas déclaré inadmissible la loi de décroissance.

Dans la séance publique du 23, M. Freschi a cherché à faire croire que la syphilisation a été la cause de la mort de la fille n° 34 du rapport (n° LXXVI de mon livre), et dans la lettre que M. F. Fr. vous a adressée, on lit que *cette femme est morte en conséquence des chancres phagédéniques et gangréneux, inoculés le 30 mai et le 3 juin 1851,* etc.

D'abord, je vous dirai que cette fille n'a eu que *cinq* chancres artificiels, et que les confrères impartiaux qui ont lu attentivement cette observation, ont été indignés du procédé de M. Freschi. M. Diday avait déjà dit, dans la *Gazette médicale de Paris*, en parlant de ce cas : *Hâtons-nous d'ajouter que la syphilisation ne peut en être accusée, puisqu'elle fut à peine essayée.*

Plus d'un mois après que tous les chancres artificiels étaient cicatrisés, cette femme mourut à la suite de l'entérite et de la diarrhée, qui, ayant commencé sous l'influence des mercuriaux, se sont reproduites dans les mois d'été. Étant depuis quelques jours absent du service, par maladie, je n'ai pu en faire l'autopsie.

Près de cette fille publique, la commission a vu une jeune fille qui portait des ulcères scrofuleux dans les régions cervicales, devenus gangréneux par l'influence d'une fièvre intermittente très-grave. Cependant cette malade n'avait pas été inoculée.

Dans les mois de juin, juillet et août, les maladies inflammatoires du canal digestif sont très-fréquentes dans le syphilocôme de Turin, et la commission a vu d'autres filles atteintes des mêmes maladies tout aussi graves que celles du n° 34, quoiqu'elles ne fussent pas soumises aux inoculations; mais M. le rapporteur a, malgré cela, attribué aux cinq chancres artificiels la mort de cette fille, croyant, par la narration bien détaillée d'un fait épouvantable, porter un coup terrible à la syphilisation et au syphilisateur, et s'attirer ainsi un peu de sympathie de la part des auditeurs.

Mais que dites-vous des chancres qui *avaient perdu leur caractère phagédénique et virulent,* et qui cependant *ont donné lieu a un autre chancre à la région du coccyx, lequel entraîna la pauvre femme à la mort?* Que dites-vous de cette ulcération de décubitus survenue à la suite d'une entérite qui, quoique appelée *chancre* par M. Freschi, secrète une matière qui, n'étant pas virulente, arrose les morsures des sangsues sans les empêcher de se cicatriser promptement? Un confrère qui, voulant accuser la syphilisation d'avoir causé la mort, étale de telles erreurs de science comme autant de preuves irréfragables de la vérité de son accusation, est-il juge compétent dans une si grave question? Donnez-vous la peine de lire le rapport de M. Freschi, et vous vous formerez une idée juste des connaissances en syphilographie que le rapporteur possède. N'aurait-il pas au moins dû vous dire que, dans les années 1852 et 1853, aucune des filles syphilisées n'a succombé, ni dans le syphilocôme, ni ailleurs?

Quant au discours de M. Sella qui, selon M. F. Fr. *a frappé profondément le nombreux auditoire,* je me bornerai à vous donner la traduction de ce qu'en a dit la *Gazzetta dell' associaziane medica*, n° 53 : « *M. Sella ne fut ni applaudi ni sifflé.* » Vous verrez, du reste, dans ma brochure, *la Syphilisation défendue*, la réponse aux attaques que M. Sella fait depuis un an, plus au syphilisateur qu'à la syphilisation.

M. F. Fr. veut persuader ses lecteurs que les discours prononcés par les quatre commissaires ont fait une sensation profonde sur l'esprit du public, et termine sa lettre par ces paroles : *M. Sperino a dû partir avec ses papiers et ses livres, accompagné par la désapprobation de toutes les personnes intelligentes, impartiales et de bon sens.*

Mille pardons, monsieur F. Fr., permettez-moi de vous adresser une demande. Dites-moi, s'il vous plaît, combien vous avez compté parmi les auditeurs de ces personnes intelligentes, impartiales et de bon sens? Très-peu certainement, puisque, ainsi qu'on lit dans les comptes rendus publiés par les trois journaux sus-énoncés, les applaudissements avec lesquels furent accueillies mes dernières paroles ont été bruyants et généraux. Si toutes les personnes présentes m'ont donné des preuves de leur sympathie d'une manière aussi solennelle, comment se peut-il faire que j'aie dû *partir avec mes papiers et mes livres, accompagné de la désapprobation de toutes les personnes intelligentes, impartiales et de bon sens?*

Dans la séance publique du 24, j'eus la parole pour répondre aux objections qui avaient été faites par la commission à mon examen critique du rapport.

Après quelques mots de préambule, j'ai dit : « Rappelez à votre mémoire, messieurs, que la main qui a rédigé le rapport est celle de celui qui ici, dans cette enceinte, hier, a soulevé le drap qui couvre le cercueil de R...., n° 34, sur lequel il avait *faussement* écrit : « Victime de la syphilisation. »

A peine avais-je prononcé ces paroles, que de bruyants et longs applaudissements partirent de tous les points de la salle. M. Freschi (*voir Gazzetta medica italiana,* n° 1), parlant au nom de la commission, déclara qu'elle se trouvait sous la pression du public, et que, si la séance continuait, la commission se retirerait. M. Spérino a demandé la parole, mais ce fut en vain. Le président, peu habile à diriger une discussion, proposa de passer au vote ou de dissoudre l'assemblée. M. Démaria, se montrant favorable à la seconde proposition, suggéra que l'Académie eût à se réunir dans ses salles privées. L'avis de M. Démaria prévalut.

M. le président invita l'Académie à se rassembler le lundi 26, en séance privée.

Je ne devais pas intervenir à cette séance, attendu que les accusations ayant été publiques, j'étais en droit de faire ma défense en public.

L'Académie de Turin est composée de 38 membres, dont 23 seulement intervinrent à cette séance. M. le président mit en délibération la clôture de la discussion. Elle fut *appuyée par la commission* et adoptée par une petite majorité.

J'avais déclaré dans une séance publique, à la fin de mon examen critique du rapport, que, comme partie intéressée, je me serais abstenu de prendre part au vote, et j'avais dit que la commission devrait également s'en abstenir, vu que cinq voix pouvaient déplacer la majorité.

Une question s'éleva donc, celle de savoir si les cinq membres de la commission devaient voter. Messieurs les commissaires protestent que si l'Académie décide qu'ils ne doivent pas voter, ils cessent à l'instant même d'en faire partie. Cette menace amène l'Académie à déclarer que la commission a droit de voter.

Alors, M. Démarchi voyant que, dans l'état actuel des connaissances, on ne peut résoudre aucune des questions de la syphilisation, a dit que, puisque l'Académie avait arrêté tout court la discussion, elle ne pouvait et ne devait adopter qu'un vote suspensif. Cette proposition fut appuyée par MM. Battalia, Bertini, Fiorito et Delponte. La commission s'y opposa et le vote suspensif ne fut pas accepté. M. Bonacassa proposa ensuite un ordre du jour dans lequel, après avoir fait des éloges à la commission et au syphilisateur, et après avoir déclaré qu'*avec le temps pourront être mieux assurées et appréciées les conséquences de la syphilisation chez l'homme,* les conclusions de la commission étaient adoptées.

Cette proposition fut acceptée par la majorité, y compris les *cinq* membres de la commission.

La syphilisation a donc été jugée par l'adoption des conclusions de la commission. Notez que pas un des juges ne s'est donné la peine de s'assurer, par ses propres yeux, si ce que j'ai dit à l'égard des sujets guéris par la syphilisation est vrai ou faux. On ne m'a pas permis de continuer en public ni en séance privée la défense de la syphilisation, m'ôtant ainsi le moyen de me disculper des graves imputations faites en public contre ma personne, et de présenter à l'Académie les documents irréfragables que je possède et à l'appui desquels mes assertions ne pouvaient plus être contestées. Que les adversaires de la syphilisation se gardent de se vanter de la résolution de l'Académie de Turin, car il n'y a vraiment pas de quoi !...

Cette délibération ayant été portée à ma connaissance, j'ai adressé à M. le président de l'Académie une protestation conçue dans les termes suivants.

(Nous croyons inutile de publier cette lettre dans laquelle l'auteur retrace une nouvelle odyssée de la discussion et affirme de nouveau que les faits ont été mal vus par la commission.)

M. F. Fr. vous a dit que l'Académie de Turin avait fait les *honneurs funèbres* à la syphilisation, et il vous a parlé d'*enterrement*. Non, monsieur, la syphilisation, malgré toutes les condamnations des commissions et des académies, ne sera pas enterrée, car elle contient en elle-même des éléments de vie. Elle survivra à toute l'opposition qu'on lui a faite. Quelques insuccès dans une méthode toute nouvelle ne détruisent pas les nombreux succès, et si, aux yeux des adversaires de la nouvelle doctrine, les faits publiés dans mon ouvrage ne paraissent pas suffisants pour prouver que la syphilisation est une réalité et qu'elle ne mourra pas, le mémoire publié tout récemment par M. Boeck, de Christiania, aura assez de puissance pour convertir les incrédules et les forcer à dire avec moi que la syphilisation est digne d'être étudiée.

M. F. Fr. a été si peu exact dans l'exposition de ce qui s'est passé aux séances publiques de notre Académie, que je le défie de faire publier dans un des journaux de médecine de Turin la lettre à laquelle je viens de répondre. Désormais, qu'il publie ce qu'il voudra contre la syphilisation et contre moi, je déclare que je ne lui répondrai plus, à moins qu'il ne fasse paraître dans un des journaux de cette ville l'écrit qu'il a fait insérer dans le n° 157 du *Moniteur des Hôpitaux*.

Monsieur de Castelnau, rappelez-vous qu'un des premiers faits qui ont conduit sur la voie de la découverte de la syphilisation vous est dû. Elle a donc le droit d'être soigneusement examinée par vous avant d'être jugée.

Les académies ont fait leurs études sur la syphilisation. Maintenant le sort de la nouvelle doctrine est entre les mains des spécialistes, qui *seuls* pourront juger la question d'une manière définitive et légitime.

Turin, le 10 janvier 1854. C. Spérino.

Post-scriptum. — J'avais écrit cette réponse à la lettre de M. F. Fr., insérée dans le n. 157 de votre journal, quand j'ai reçu le n. 1 du *Moniteur des Hôpitaux* (3 janvier), dans lequel a été publiée une seconde lettre de M. F. Fr. (que d'après vos propres expressions on ne peut plus douter être M. Freschi), avec le titre : *Enterrement de la syphilisation à l'Académie de Turin.* Le titre seul suffit pour donner au monde médical une idée exacte de l'esprit qui a guidé M. Freschi dans l'étude de la syphilisation, car l'Académie de Turin, quoiqu'entraînée par la commission, a laissé au temps, comme vous savez, la solution définitive de la question.

On trouve dans la deuxième lettre de M. Freschi les mêmes inexactitudes que dans la première. Je ne lui répondrai que sur deux points.

Il vous dit que l'*Académie a envoyé au ministre de l'intérieur le rapport de la commission et l'adoption de l'ordre du jour voté*.

Voici ce que M. le ministre a eu la bonté de m'écrire, le 30 décembre 1853 :

Le vote sur la syphilisation, émis le 26 du courant par l'Académie médico-chirurgicale me fait désirer de connaître vos observations à cet égard, déterminé que je suis, pour tout ce qui me regarde, de seconder vos prudents efforts et votre persévérance dans la recherche du vrai.

M. Freschi vous a dit que *M. Spérino ne peut pas souffrir sa terrible chute, alors qu'il se croyait déjà sur la colonne de Jenner.*

Cette ironie est tout à fait absurde, car ceux qui ont lu tout ce que j'ai écrit sur la syphilisation depuis trois ans, ont pu voir que j'ai toujours eu la précaution de ne me point attribuer la découverte de la syphilisation, et que, si j'ai cru pouvoir et devoir l'étudier chez l'homme, c'est parce que des considérations cliniques me faisaient apercevoir qu'il y avait dans le phénomène annoncé quelque chose d'utile pour l'humanité. Du reste, je souhaite à M. Freschi de pareilles chutes. Une conviction profonde d'avoir toujours dit et publié la vérité me dédommage entièrement de tout ce que M. Freschi a écrit contre mes études de syphilisation. Ainsi, monsieur de Castelnau, je ne puis vous dire combien je vous suis reconnaissant d'avoir écrit, dans la lettre adressée à M. Freschi, que vous avez publiée dans le même numéro de votre journal, les paroles suivantes : *En m'associant aux égards que l'Académie a gardés pour M. Spérino, qui paraît être un homme honorable.....*

J'espère que, grâce à votre impartialité, vous insérerez dans le premier numéro du *Moniteur des Hôpitaux*, ma lettre avec son *post-scriptum.*

Turin, le 12 janvier 1854. C. Spérino.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La table et le titre du tome 1er du *Moniteur des Hôpitaux* seront très-prochainement envoyés aux souscripteurs.

— L'administration du palais de Cristal de New-York a publié la liste des prix décernés aux exposants par le jury d'examen. L'industrie française, qui vient sur cette liste au second rang, immédiatement après les États-Unis, a obtenu cent soixante-huit médailles, dont quinze d'argent et cent cinquante-trois de bronze. Parmi les industriels français auxquels des médailles d'argent ont été décernées, on remarque MM. Charrière (instruments de chirurgie), Christofle, Odiot, Rudolphi (orfèvrerie), la Société de la Vieille-Montagne, etc.

— On lit dans le *Constitutionnel :*

« Omer-Pacha était souffrant depuis quelque temps, et, bien que son état ne présente aucun danger sérieux, il exige cependant beaucoup de soins et de repos. On dit que le sultan, en ayant été informé, a manifesté l'intention de lui envoyer un des plus habiles médecins de la capitale, et qu'il a lui-même désigné le docteur Fauvel, médecin sanitaire français, qui serait en outre chargé d'inspecter les hôpitaux et d'organiser le service médical de l'armée du Danube; lequel, à ce qu'il paraît, laisse beaucoup à désirer.

« En sa qualité de médecin au service du gouvernement français, le docteur Fauvel ne pouvant pas accepter cette mission sans l'autorisation de l'ambassadeur de France, une demande dans ce sens a dû être adressée, au nom même du sultan, à M. le général Baraguey-d'Hilliers.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 17. 2e année. Jeudi 9 Février 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 8 Février 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Les Dieux, a dit quelqu'un, font vite et font bien ; mais tout le monde n'est pas un dieu, et personne, mieux que ces pauvres journalistes (j'entends ceux qui peuvent prétendre à parler pour dire quelque chose), ne sait quelles difficultés il y a, à faire comme les habitants de l'Olympe. Nous ferons donc les compliments les plus sincères à M. Bouchardat pour avoir rédigé tel quel le savant rapport qu'il a lu hier à l'Académie, si, comme on nous l'a affirmé, il n'a eu que quelques heures pour la rédaction de ce travail. Mais nous n'en sommes pas moins d'avis qu'il ne faut pas que les Académies abusent de ces tours de force, parce que, quelque talent qu'on ait, il serait fort à craindre que les rapports se ressentissent de cette précipitation. Celui de M. Bouchardat, où nous nous plaisons à reconnaître l'énorme facilité et les vastes connaissances de l'auteur, n'a pas complétement échappé au danger que nous signalons. Aussi, à travers le feu croisé des objections et des contre-objections, après la spirituelle, légèrement risquée et un tant soit peu aventureuse improvisation de M. Malgaigne, l'Académie a-t-elle voté quatre conclusions qui auront grand besoin d'être coordonnées, soit entre elles, soit avec le rapport, et surtout avec l'expérience, si l'on veut qu'elles puissent se présenter avec tous les avantages possibles aux yeux de M. le Ministre. Fort heureusement, il s'agit d'une invention, ou du moins d'une prétendue invention qui ne mérite pas une bien sérieuse attention ; car, alors même que le nitrate de plomb jouirait de propriétés désinfectantes supérieures aux chlorures et sulfates de fer et de zinc, ce qui n'est pas, selon toutes probabilités, le prix de ce sel en rendrait impossible l'usage pratique. M. Malgaigne, dont le caractère fondamental n'est pas la crédulité, a bien pu croire, par exception, qu'on pouvait livrer à un prix égal le nitrate de plomb ; mais cette légère erreur n'a certainement pas résisté aux chiffres de M. Chevallier, qui a démontré que le nitrate de plomb avait une valeur huit fois plus grande, pour le moins, que celle du sulfate de fer. Assez sur *l'eau de Ledoyen et Raphanel*. Une autre communication mérite, à un plus haut degré, notre attention, c'est celle de M. le professeur Cruveilhier.

A l'exemple de M. Velpeau, nous ne chercherons pas à devancer la discussion importante qui ne pourra manquer de surgir d'un rapport rédigé par M. Depaul. Mais il est cependant quelques remarques que nous ne pouvons nous dispenser de formuler, sur l'observation et les réflexions présentées par notre très-respectable maître, M. Cruveilhier.

Cette observation et ces réflexions ne se ressentent-elles pas un peu des grandes préoccupations de l'absorbante pratique du savant professeur? Nous ne saurions nous défendre de le penser. Tout en avouant notre peu de faiblesse pour le redresseur utérin, nous ne croyons pas pouvoir le rendre responsable de la mort de la jeune femme dont M. Cruveilhier nous a lu l'histoire, sans faire les quelques restrictions que la raison nous semble commander.

La première de ces restrictions est fondée sur ce que M. Cruveilhier n'a vu que deux fois cette malade, et que, quelque confiance que l'on ait dans la sagacité, dans l'exactitude d'un confrère, et surtout d'un confrère un instant remplacé par un autre, et qui lui-même n'a pas assisté au début des accidents qu'il a plus tard observés, cette confiance ne peut aller jusqu'à accepter comme parfaitement exacte la filiation qu'il retrace, et cela de mémoire, probablement, d'accidents dont la constatation exige toute l'attention d'un clinicien rigoureux.

La seconde restriction est fondée sur ce que les accidents observés, eussent-ils même été rigoureusement observés et décrits par le médecin qui les a transmis à notre savant maître, ces accidents ne nous semblent pas d'une telle nature qu'on puisse les attribuer avec certitude, ni même avec les plus grandes probabilités possibles, à l'introduction de la sonde ; ils sont même, il faut le dire, peu propres à rendre un compte satisfaisant de la mort : aux deux visites que M. Cruveilhier a faites à la malade, aucun signe de péritonite n'a été constaté ; comme lésions locales, des signes de métrite et du râle muqueux au sommet du poumon droit, sont les seuls phénomènes locaux observés. Or, ces phénomènes expliquent-ils la prostration, l'épuisement, le *marasme* surtout sur lequel insiste M. Cruveilhier ? Cela nous paraît au moins douteux.

Voilà pour ce qui concerne le fait, d'ailleurs fort intéressant, raconté par M. Cruveilhier. Quant aux réflexions dont le savant professeur l'a fait suivre, nous serons bref sur ce point, car ce sont les questions qu'il a soulevées qui doivent surtout être réservées pour le moment où le rapport

sera présenté à l'Académie. Nous nous bornerons aujourd'hui à deux seules remarques, mais qui nous paraissent capitales :

La première, c'est que la clinique nous paraît avoir établi sur des faits irrécusables la réalité des déplacements utérins comme cause d'accidents plus ou moins graves, mais quelquefois très-sérieux ;

La seconde, c'est que la clinique ne nous paraît pas avoir établi sur des faits moins positifs la possibilité de remédier, dans quelques circonstances au moins, d'une manière efficace, durable, tout à fait définitive même, à ces déplacements. Pour ne parler que des dernières tentatives faites, la curieuse méthode de M. Desgranges, appliquée depuis par notre excellent maître et ami, M. le professeur Nélaton, a déjà produit des succès qui ne sauraient permettre le plus léger doute a cet égard. Ajoutons que, sans préjuger en rien le sort qui est réservé au redresseur utérin, il existe à notre connaissance des faits où cet instrument a procuré des guérisons durables de déviations de la matrice, accompagnées de tous les phénomènes attribués à ces déplacements, phénomènes qui ont disparu lorsque l'organe a repris une place plus normale.

Nous dirons enfin, pour terminer, que notre excellent maître, M. Cruveilhier, n'a pas traduit avec sa fidélité accoutumée l'état réel des choses, en énonçant que le redresseur utérin était le plus souvent employé pour remédier à la stérilité. Ce sont évidemment là, au contraire, les cas pour lesquels on l'applique, à beaucoup près, le plus rarement.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Clinique de M. Nélaton.

Ectropion de la paupière supérieure. — Kératite. —Traitement par la suture des paupières.

20 *janvier* 1854. — Au n° 17 de la salle des hommes est un petit malade que nous avons déjà depuis quelque temps dans notre service et qui est affecté d'ectropion des deux paupières supérieures. J'ai cherché à tirer de lui des explications sur la cause de son infirmité. Je supposais qu'elle avait été produite par une brûlure remontant aux premières années de sa vie ; mais je n'ai pu obtenir aucun renseignement certain. Il assigne pour cause de son mal une chute qu'il aurait faite, à l'âge d'un an, sur une pomme de pin. Ne nous arrêtons pas aux causes probables ; constatons ce qui est ; il faut nous résigner à une ignorance absolue, quant aux antécédents.

Nous avons besoin ici de toute notre attention. Il y a quelque chose à faire ; nous tenterons une opération. Précisons d'abord bien l'état de la question. Il y a, avons-nous dit, un double ectropion, mais beaucoup plus marqué à la paupière supérieure du côté gauche. Voici comment se présente cette lésion :

L'œil est entr'ouvert : il ne peut pas être fermé ; c'est à peine si le malade peut exécuter un léger clignement. La cornée est donc exposée à l'air. Le bord libre de la paupière et les cils se dirigent du côté du sourcil. Au-dessous se voit la surface muqueuse sur laquelle existent des granulations disséminées. En analysant la constitution de cette paupière, on reconnaît facilement, surtout en la pinçant entre le pouce et l'index, que toute cette partie, recouverte de granulations, a pour base le cartilage tarse qui a été complétement retourné et a basculé, de sorte que son bord supérieur est devenu inférieur, que la face externe est devenue la face interne, *et vice versâ*.

Avant d'aller plus loin, disons un mot sur le mécanisme de l'ectropion arrivé à ce degré. J'insisterai surtout ici sur le renversement du cartilage tarse, parce que c'est un signe sur lequel n'ont pas assez insisté les ophthalmologistes : il y a une sorte de décomposition des différents éléments de la paupière. Prenons-la couche par couche. De dehors en dedans, on trouve d'abord :

1° La peau (nous faisons abstraction des aponévroses intermédiaires) ; 2° le muscle orbiculaire ; 3° le cartilage tarse ; 4° la membrane muqueuse.

Le muscle orbiculaire représente assez bien une série d'arcs concentriques qui, dans leur contraction, tendent à la ligne droite ; en d'autres termes, leurs courbures tendent à s'abaisser, leurs extrémités restant fixes. Quand la peau se trouve raccourcie, détruite en partie, remplacée par un tissu cicatriciel, le muscle orbiculaire étant respecté, il arrive que, dans le mouvement d'occlusion, les fibres du muscle tendront à abaisser la partie centrale de leur arc. Mais la peau ne peut les suivre ; il en résulte que le cartilage tarse est pressé, déprimé à sa face antérieure ; peu à peu, il est abaissé, et, à un certain moment, il est renversé complétement.

J'ai dû rechercher ici ce qui restait de la paupière supérieure : la partie externe a été à peu près respectée ; mais en dedans, vers la grande commissure, la destruction est presque complète. Le bord libre est presque uni au sourcil, dont il n'est distant que de 2 à 3 millimètres. Quant à l'œil lui-même, il a beaucoup souffert : la cornée est déformée ; vers le milieu, elle présente une légère conicité ; on y voit plusieurs points opaques. Des vaisseaux assez abondants sont développés à la surface et profondément. La conjonctive est injectée aussi ; il en est de même de la sclérotique, ce qui se reconnaît à la présence de vaisseaux parallèles, de couleur lilas.

Que deviendra cette maladie abandonnée à elle-même ? Très-probablement, il y aura une destruction du globe oculaire, et, s'il ne se fait pas une perforation de la cornée, il se produira au moins une opacité qui rendra cet œil impropre à la vision. — Aujourd'hui, nous avons interrogé ce jeune homme devant vous, pour savoir quelle était l'étendue de ses facultés visuelles : il ne voit pas même une montre placée en face de son œil gauche ; c'est à peine s'il distingue le jour d'avec la nuit. Plus tard, le reste des facultés visuelles serait entièrement aboli ; c'est là une chose sûre. En outre, il souffre toutes les fois qu'il s'expose à l'air, son œil étant sans protection contre les milieux extérieurs. Ce pauvre garçon est hideux ; c'est un objet de répulsion pour les gens avec lesquels il est en contact, et il en résulte pour lui une grande difficulté à gagner sa vie. Ce sont là, messieurs, des inconvénients extrêmement graves, et c'est parce que j'en suis frappé que je suis décidé à faire quelque chose pour lui.

J'ai dû réfléchir au mode de traitement que j'emploierai. Pour cela, j'ai passé d'abord en revue les divers moyens de traitement pour l'ectropion, afin de faire un choix. J'ai été fort embarrassé avant de prendre un parti. Vous connaissez les différentes méthodes proposées pour des cas semblables ; je ne parle pas ici des petits moyens, tels que l'excision, la cautérisation. J'ai dû penser à ces moyens bien plus actifs de restauration qui méritent seuls le nom de blépharoplastie. Je ne discuterai que les méthodes qui peuvent être sérieusement proposées.

Vous connaissez tous la vieille méthode appelée *méthode de Celse*. Elle consiste en une incision que l'on fait sur la bride, sur la portion de peau trop courte, afin d'élever la paupière inférieure, ou d'abattre la paupière supérieure. Cette méthode serait insuffisante ici. Quand il n'y a qu'une bride peu large, qu'un ectropion peu prononcé, on peut penser à la méthode de Celse ; Mais lorsqu'il faut, après l'opération, écarter beaucoup les lèvres de l'incision, et maintenir cet écartement, on échoue presque constamment. La méthode est jugée, pour le cas présent ; car il nous faut abaisser la paupière de 1 centimètre et demi.

Il y a une autre méthode, plus compliquée, mais plus efficace ; elle ne s'applique qu'à la paupière inférieure : c'est la *méthode de Wharton-Jones*. Supposons qu'il faille relever la paupière inférieure. M. Jones pratique deux incisions de haut en bas, qui partent chacune de l'un des angles de l'œil, et viennent se réunir à angle, à un pouce environ au-dessous de la paupière. Il obtient ainsi un lambeau triangulaire, circonscrit par les deux in-

cisions, latéralement, et par le bord libre de la paupière, supérieurement. On dissèque le lambeau afin de le mobiliser. On relève donc la paupière inférieure. Elle a entraîné avec elle le lambeau qui laisse, en remontant, au-dessous de lui, une surface saignante ; on rapproche au-dessous les parties tranversalement ; on cherche à les réunir, et le lambeau ne peut plus descendre.

M. Jones a opéré sur un sujet atteint d'un double ectropion. C'est la seule observation où j'aie trouvé renversé le cartilage tarse : c'était à la paupière supérieure gauche, et là M. Jones a échoué, tandis qu'il a réussi pour la paupière inférieure, où n'existait pas cette complication. Je crois que les mêmes raisons nous feraient échouer ici.

J'ai repoussé encore cette méthode et je me suis demandé s'il y avait dans la science une autre méthode que nous pussions appliquer à notre malade.

Celle de Dieffenbach est très-compliquée; elle ne s'applique guère au cas actuel, et, en général, elle ne s'applique qu'à la paupière inférieure.

M. Dieffenbach commence son opération à peu près comme M. Jones ; seulement, il existe une différence, en ce qu'il ajoute une troisième incision au-dessous du bord libre de la paupière inférieure : le lambeau étant ainsi circonscrit par trois incisions, il l'enlève entièrement. Il reste un triangle saignant; alors, il fait une incision horizontale, qui va de l'angle externe de la paupière jusqu'au niveau de l'os de la pommette, puis il pratique une quatrième incision, parallèle à la branche externe du V ou triangle saignant; il détache ensuite ce lambeau jusqu'en bas, de manière à le mobiliser ; il l'attire en dedans et l'applique sur la surface dénudée. Cette méthode n'est guère applicable qu'à la paupière inférieure.

Parmi les grandes méthodes de blépharoplastie, il en est une autre, c'est celle de Fricke; elle est applicable aux deux paupières.

Le premier temps consiste à préparer la place du lambeau. Pour cela, on fait une incision qui divise transversalement les tissus, on dissèque les deux lèvres de l'incision, de façon à mobiliser la paupière, puis on l'abaisse (ou on la relève pour la paupière inférieure). L'incision, d'abord linéaire, s'est convertie en une surface saignante où il faut enchâsser le lambeau, qui est généralement emprunté à la région temporale.

Le lambeau est disséqué jusqu'au niveau de son pédicule ; on le tord sur son axe ; le bord externe de ce lambeau s'applique sur la lèvre supérieure de l'incision palpébrale, *et vice versâ*. Cette méthode présente quelques inconvénients : ces lambeaux anaplastiques doivent être très-grands, trop grands. En outre, comme on le sait, un lambeau long, dont le pédicule est étroit, est voué à une mort à peu près certaine. C'est justement le point par lequel il reçoit ses vaisseaux qui se trouve plissé, tordu. C'est là une cause de gangrène pour le lambeau. En effet, on voit très-souvent, dans ces cas, se produire la gangrène d'une partie assez considérable du lambeau. En outre il faut, chez notre malade, refaire surtout la partie de la paupière la plus voisine du nez, et c'est justement à cette partie que correspondrait l'extrémité libre du lambeau, qui est celle qui se mortifie le plus facilement.

Je ne m'arrêtais à aucune méthode quand j'ai pris le parti suivant. Je vous ai dit souvent, messieurs, que la rétraction du tissu inodulaire ne durait qu'un certain temps ; les ophthalmologistes, et Mackensie lui-même, en signalant cette particularité, n'ont pas assez fait ressortir en quoi elle pouvait être utile dans le traitement de l'ectropion. Donc, le tissu inodulaire cède peu à peu. J'ai pensé que si, après avoir produit un écartement suffisant, comme par la méthode de Celse, on maintenait cet écartement pendant un temps considérable, pendant plus d'une année au besoin, on pourrait avoir produit une cicatrice qui, au bout de ce temps, aurait perdu la propriété de se retracter.

Cette idée n'est pas tout à fait nouvelle. Il existe une opération de M. Maisonneuve, qui a une certaine valeur à cet égard. M. Maisonneuve eut à traiter, à Bicêtre, un ectropion avec exposition de la cornée à l'air; douleurs vives; le malade voulait être opéré. M. Maisonneuve résolut de souder les deux paupières, de façon que la paupière inférieure empêchât la supérieure de se relever. Il se promit d'attendre la cicatrisation complète. Ce malade nous fut présenté à la Société de chirurgie, après la suture des paupières. Le résultat était d'abord très-bon : la cicatrice avait recouvert la perte de substance ; on pouvait espérer qu'en désunissant les paupières, la cicatrisation conserverait toutes ses dimensions. M. Maisonneuve s'est trop pressé, il a trop tôt désuni les paupières, et l'ectropion s'est reproduit. Il y a donc ici vice dans la manière, mais non pas sans la méthode. Si, mieux instruit de ce qui pouvait arriver, comme nous le sommes nous-mêmes par son expérience, M. Maisonneuve eût attendu plus longtemps, il aurait eu bien plus de chances de succès.

C'est donc par la même méthode que je veux opérer ici. Je ferai une incision transversale à la paupière supérieure, puis j'amènerai au contact les deux bords libres des paupières, je ferai une suture, et, si j'obtiens l'agglutination, j'attendrai; combien de temps? Je ne sais. Il s'agit pour ce malade d'une chose importante, à laquelle est attaché l'avenir de toute sa vie. Eh bien ! nous l'engagerons à attendre, à prendre patience. D'ailleurs, la seule occlusion des paupières sera déjà un bienfait pour lui; elle aura mis fin à son affreuse difformité, et aura sensiblement amélioré sa position.

Clinique du 27 *janvier*. — Messieurs, dans notre dernière séance, j'ai pratiqué devant vous une opération dont je vous avais entretenu. Il s'agit d'une suture du bord libre des paupières. J'ai pratiqué une incision horizontale dans la rainure qui sépare le sourcil de la paupière supérieure ; j'ai abaissé cette paupière, rendue mobile, jusqu'à ce qu'elle fût en contact avec la paupière inférieure ; puis j'ai avivé les bords libres des deux paupières, dans une étendue d'un centimètre environ, en dehors des points lacrymaux, et je les ai réunis par trois points de suture entrecoupée. Cette première partie de l'opération a bien réussi ; mais le cartilage tarse qui était, comme vous le savez, renversé et retroussé, n'avait pas encore repris sa position normale. Il s'agissait de le réduire et de le maintenir réduit. Pour cela, j'ai passé une épingle à insecte à travers la paupière inférieure d'abord, puis à travers le cartilage tarse supérieur, et je l'ai forcé à rester ainsi dans une position régulière. Le malade a été reconduit à son lit ; des compresses trempées dans l'eau froide et souvent renouvelées ont été appliquées sur les paupières, de façon à obtenir une réfrigération constante. Rien de particulier ne s'est passé depuis. Aujourd'hui seulement le malade a accusé quelques douleurs dont il précise bien le sujet ; il indique qu'il souffre seulement au niveau de la paupière, et non pas dans l'œil ni dans l'orbite, ce qui exclut l'idée d'un phlegmon orbitaire. Il n'y a donc nulle complication.

Aujourd'hui, quarante-huit heures après l'opération, j'ai laissé en place les points de suture, de peur d'exercer sur ces points des tiraillements. Demain, je crois que je pourrai en retirer un ou deux, la section des paupières étant faite complétement ; peut-être couperai-je les fils.

Fin de la clinique, 4 *février* 1854. — Nous ajouterons ici quelques mots, pour indiquer dans quel état se trouve aujourd'hui le malade. — Les fils ont été coupés le lendemain du jour où M. Nélaton terminait ainsi sa clinique. Deux jours après, l'épingle à insecte était elle-même enlevée. Depuis quatre jours, les applications réfrigérantes ont été remplacées par un pansement fait avec un petit linge enduit de cérat et une bandelette agglutinative placée obliquement sur l'œil, de manière à tenir toujours les deux paupières au contact, et à empêcher le renversement du cartilage tarse à la partie externe.

Les résultats actuels de l'opération sont aussi satisfaisants que possible : le malade peut sans inconvénients ouvrir l'œil droit qu'il tenait fermé dans les premiers jours qui ont suivi l'opération ; une plaque saillante, sur laquelle apparaissent des bourgeons charnus, s'élève d'une largeur de 1 centimètre environ entre le sourcil et la paupière supérieure : elle devra constituer plus tard le tissu cicatriciel, réparateur de la paupière. Les bords

libres des paupières sont réunis et adhèrent définitivement dans la moitié interne de l'ouverture palpébrale ; la moitié externe est libre et donne issue aux mucosités peu abondantes qui s'écoulent hors du cul-de-sac conjonctival. La paupière supérieure, dans cette moitié externe, chevauche un peu sur l'inférieure, ce qui est dû à son épaississement. M. Nélaton, considérant que ce volume de la paupière est dû à la présence de bourgeons charnus du côté de la conjonctive, a l'intention de cautériser la conjonctive avec le crayon de nitrate d'argent. Il espère ainsi remédier au chevauchement, et rendre à la paupière sa position normale.

Bientôt ce malade sera livré à lui-même pour un temps très-long, un an au moins, et plus tard on verra s'il n'est pas possible de désunir les deux paupières, sans craindre la rétraction du tissu inodulaire, et de guérir ainsi définitivement l'ectropion.

P. Lorain et E. Cadet-Gassicourt,
Internes du service.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 et 15 du tome 2.*)

L'incurvation, au contraire, a-t-elle lieu en avant, il est essentiel que le malade puisse reposer son ventre sur quelque chose de saillant au-dessus du matelas, afin que cette saillie exerce une pression continue qui tend à repousser en arrière les vertèbres déviées en avant.

Ce décubitus continuel du malade est tellement essentiel que, tout traitement, quel que soit son effet salutaire, n'entraînerait aucun résultat pour la paraplégie, puisque la déviation ne disparaîtrait pas et que les vertèbres se consolideraient dans cette fausse position. C'est assez dire que le décubitus sur le ventre est de première nécessité et que le médecin doit l'exiger avec rigueur, jusqu'à guérison complète.

On peut voir quels services nous a rendus cette position rigoureusement maintenue, en consultant nos 29e et 31e observations.

Que si la paraplégie résistait après ces tentatives, nous ne balancerions pas à employer l'électricité en désespoir de cause, car il peut arriver que la moelle, comprimée depuis longtemps mais non altérée dans sa texture, soit susceptible de recouvrer en grande partie ses fonctions d'innervation, si, par une excitation de la périphérie au centre, des radicules nerveuses aux racines principales et à la moelle elle-même, l'électricité est dirigée contre son inertie par cause mécanique.

Dans un cas de paraplégie rhumatismale, la teinture de colchique donnée à haute dose a entraîné une amélioration que rien n'avait pu procurer jusque-là. Nous avons porté jusqu'à 2gr,50 par jour la dose de ce médicament (27e *obs.*).

Dans un autre cas, vésicatoires, quinine à haute dose, bains d'eaux thermales, douches sulfureuses, ayant complétement échoué, c'est au bicarbonate de soude à doses fractionnées que le malade dut de se trouver mieux (28e *obs.*).

Dans le cas de paraplégie goutteuse, emprunté au *Journal Mouthly* (26e *obs.*), on n'indique point le traitement employé ; mais il est dit que, durant le cours de la paraplégie, il survint plusieurs complications : d'abord une pneumonie gauche, puis un ictère de peu de durée. Il semblerait, au récit du narrateur, que la paraplégie aurait commencé à décroître sous l'influence de la dernière de ces affections.

En tout cas, quand on veut agir efficacement contre la paraplégie goutteuse ou rhumatismale, il faut la combattre de bonne heure. Nous conseillons, contre l'influence du principe morbide enraciné, l'usage du tartre stibié à haute dose, les vésicatoires multiples promenés sur les membres malades, et dont il faudra saupoudrer les plaies avec de la strychnine ; les bains de vapeur répétés, les bains sulfureux, les frictions avec le baume opodeldoch, le colchique à l'intérieur et à haute dose (de 1 à 2 et 3 grammes pour la teinture), les sels alcalins, le bicarbonate de soude en particulier, un régime végétal, et définitivement les eaux thermales sulfureuses. Quand la paraplégie résiste à tout, il faut recourir à l'électricité.

Inutile de dire que les complications, quand il en survient durant le cours de la paraplégie symptomatique, doivent être combattues, car elles peuvent exercer sur elle une fâcheuse influence.

On peut voir dans notre observation 27, que nous avons combattu avec persistance une péricardite chronique avec épanchement qui coexistait avec la paraplégie et rendait, du reste, plus grave l'état de la malade.

3e classe. — **Paraplégie sympathique arrivant en coïncidence de la néphrite suppurée ou chronique, d'autres maladies des voies urinaires, ou de maladies des organes génitaux.**

C'est au docteur Stanley que revient l'honneur d'avoir signalé le premier la paraplégie qui survient quelquefois à la suite de la néphrite suppurée, sans qu'il y ait une altération appréciable des centres nerveux.

Plus tard, en France, un observateur très-rigoureux, M. Rayer, constata lui-même la vérité du fait annoncé par Stanley. Il recueillit quelques observations analogues qu'on trouve consignées dans son *Traité des maladies des reins ;* et depuis, il y a eu quelques nouveaux faits qui ont été produits par l'un de ses élèves, M. Leroy (d'Étiolles) fils, dans sa thèse inaugurale de 1851. Celui-ci est venu, à son tour, mettre au jour quelques observations tirées de la pratique de son père et tendant à prouver que certaines affections des voies urinaires s'accompagnent de paraplégie sans qu'il y ait lésion des centres nerveux.

Il convient toutefois de faire observer que, dans presque tous ces faits, il s'agit de paraplégie incomplète et plutôt de faiblesse des extrémités inférieures que de vraie paraplégie.

Disons enfin que le professeur Lallemant, de Montpellier, a consacré, dans son beau *Traité des pertes séminales,* quelques belles pages à la paraplégie qui accompagne quelquefois ces pertes et l'abus de l'onanisme.

Raison d'être de ces paraplégies. — Peut-on expliquer la manière dont survient la paraplégie à la suite de certaines affections des organes génito-urinaires, et sans qu'il y ait maladie de la moelle ou du cerveau ?

Cela nous paraît à peu près impossible : de simples hypothèses peuvent être mises en avant, mais elles n'ont d'autre valeur que celle que leur prêtent leurs auteurs ; la véritable raison nous échappe évidemment.

Que les faits cliniques aient prouvé que les affections de la moelle épinière déterminent une modification ou une altération dans la sécrétion urinaire ; que l'anatomie nous apprenne qu'il existe entre la moelle épinière et les ganglions du grand sympathique, des communications au moyen de filets que les nerfs spinaux antérieurs et postérieurs leur envoient ; que Krimer ait prouvé, par ses expériences, que des lésions artificielles de la moelle produisent des changements dans la nature des urines, ce que M. Bernard a constaté plus tard au sujet des lésions du trisplanchnique, tout cela ne saurait donner la clef de la paraplégie.

Bellingieri a observé sur des moutons que l'inflammation de la moelle et de ses membranes est suivie fréquemment de péritonite et de néphrite ; mais cela ne prouve absolument qu'une chose, que le travail inflammatoire peut s'étendre à des organes plus ou moins éloignés par l'intermédiaire des nerfs, ou que le trouble de fonctions de divers organes accompagne fréquemment les lésions des centres nerveux, et cela se conçoit.

L'observation faite par le docteur Prout, que les chûtes sur le dos donnent lieu à des urines alcalescentes et aux dépôts de phosphate terreux, n'a pas plus de valeur pour l'explication de la paraplégie sympathique. On peut en dire tout autant de celle faite par Dupuytren et bien d'autres avec lui, savoir que, dans quelques fractures de la cuisse, les urines deviennent promptement ammoniacales.

Herbert Mayo a fait une expérience sur laquelle s'appuyait

Stanley pour expliquer sa nouvelle paraplégie, mais qui ne prouve que l'action reflexe des nerfs, la voici :

Si, quelques secondes après la mort, on divise la moelle vers le milieu du col ou vers le milieu du dos, si l'on stimule ensuite les organes internes liés à la portion de la moelle ainsi isolée, on détermine une action musculaire ; en d'autres termes, en stimulant un organe soumis à la volonté, l'irritation se propage par les nerfs sensitifs à la portion de la moelle isolée et de là aux muscles par une action réflexe.

M. Lebert a prouvé, d'une manière encore plus évidente, cette action réflexe dans ses recherches sur l'hypérémie des vasculaires.

Cet auteur fait la section de la moelle sur une grenouille ; il stimule ensuite la cuisse de l'animal, et l'hypérémie s'opère avec une très-grande agitation du membre, une agitation plus grande même que quand la moelle n'a pas été coupée.

Mais si, en même temps qu'il fait la section de la moelle, il abolit tous les rameaux de communication du système ganglionnaire, alors l'hypérémie se produit sous l'influence de la stimulation, mais sans mouvement aucun de la part du membre.

L'expérience de Müller; qui, en pinçant sur des lapins des portions des tri-splanchniques après leur sortie du ganglion semi-lunaire, détermine des contractions des muscles abdominaux, ne peut non plus fournir aucun motif plausible à l'explication de la paraplégie sympathique.

Si parfois, à la suite de fractures compliquées des membres inférieurs, il survient des rétentions d'urine qui semblent résulter de l'irritation des nerfs sciatique et crural, transmise aux plexus lombaire et sacré formés par les nerfs spinaux et de là aux nerfs de la vessie, cela ne peut expliquer encore, d'une manière raisonnable, comment survient la paraplégie dans certaines affections des organes génito-urinaires.

Que la réplétion considérable de la vessie, à la suite de quelque maladie de cet organe, puisse établir une compression sur les plexus hypogastriques, et déterminer consécutivement l'engourdissement et la faiblesse des extrémités inférieures, cela est incontestable.

Mais c'est là, à coup sûr, le cas le plus rare ; et encore, dans ce cas, les phénomènes paralytiques disparaissent avec l'évacuation de l'urine. Il ne faut donc point se bercer d'une semblable explication.

Nous voulons bien hasarder une hypothèse pour chercher à rendre compte de ce phénomène que nous appelons sympathique, et nous disons : si l'action réflexe par les nerfs ganglionnaires sur ceux de la vie de relation est évidente pour l'un des troubles de la sensibilité des membres, son exaltation, ne peut-il pas se faire que cette action réflexe ait lieu également pour la modification inverse, l'abolition ou la diminution de la sensibilité? Aucun motif sérieux ne s'oppose à une pareille interprétation.

Supposons pour un instant qu'on puisse matérialiser le fluide qui parcourt les nerfs et leur fournit leur propriété excitante : du moment que, par la stimulation d'un membre situé au-dessous de la section de la moelle, on augmente, par action réflexe des nerfs ganglionnaires, la somme de ce fluide dans les nerfs de la vie de relation de ce membre, n'est-on pas en droit de conclure que, dans des conditions pareilles, si on pouvait soustraire une partie du fluide qui parcourt normalement les nerfs ganglionnaires, on entraînerait par action réflexe la soustraction du fluide restant dans les nerfs du même membre? Qu'une maladie de la vessie ou des reins annule l'excitabilité des plexus ganglionnaires correspondants, ou leur fasse perdre leur fluide propre, ou les empêche de le recevoir, il peut s'ensuivre que les nerfs spinaux perdent ou ne reçoivent plus ce même fluide, par les raisons que nous venons de donner.

Mais abandonnons toute explication du phénomène qui laissera toujours après lui une inconnue, et occupons-nous sérieusement du phénomène lui-même.

Anatomie pathologique. — Sur 39 observations qui nous sont propres ou que nous avons recueillies dans divers auteurs, nous possédons dix autopsies (34e, 37e, 38e, 39e, 40e, 41e, 42e, 54e, 55e, 56e *obs.*).

Neuf fois sur dix, il n'a été rencontré aucune altération des centres nerveux qui pût justifier l'existence de la paraplégie ; on a toujours trouvé, au contraire, des altérations graves, profondes des voies génito-urinaires. Dans la dixième de ces observations, qui est due à Stanley (41e *obs.*), nous croyons que l'auteur anglais a commis une exagération en rapportant la paraplégie à l'altération seule des reins.

En effet, voici ce qui est dit au sujet de l'autopsie : turgescence vasculaire de la moelle, reins gorgés de sang ainsi que la muqueuse des bassinets, des uretères, etc.

Nous croyons qu'entre deux hypérémies locales, dont l'une atteint la moelle épinière et l'autre les reins, il est plus rationnel de rendre la première responsable de la paraplégie que la seconde, surtout quand rien ne peut expliquer, d'ailleurs, les phénomènes paralytiques. Cette observation doit donc être élaguée de notre travail, et, si nous l'avons rapportée, c'est plutôt pour en discuter la valeur que pour la présenter à l'appui.

Sous le rapport des altérations des organes génito-urinaires, voici ce que révisent les neuf autres autopsies :

Dans cinq cas, il a été trouvé de la suppuration ou des abcès multiples enkystés ou non dans les substances des reins, avec diverses autres altérations (34e, 37e, 38e, 39e, 40e *obs.*).

Dans un cas, il n'a été trouvé du pus que dans les calices et bassinets. La néphrite était consécutive à une opération de lithotritie (54e *obs.*).

On a trouvé de la suppuration dans un seul rein, l'autre offrant d'ailleurs des traces manifestes d'inflammation, telles que productions plastiques, granulations, hypérémie, induration, etc., dans deux cas (42e, 55e *obs.*).

Dans un cas, il n'existait que des altérations de la vessie, ecchymoses des parois, ulcérations, injection du col, etc., (56e *obs.*).

Dans les huit premières de ces observations où l'autopsie a été pratiquée, il existait en même temps que les lésions des reins sus-mentionnées, des altérations de la vessie, telles qu'injection, épaississement des parois, muqueuse hypertrophiée, tapissée de pseudo-membranes, ulcérée, engorgements de la prostate, etc., excepté dans la 38e où il n'est pas fait mention de la vessie.

On peut donc conclure que, dans la majorité des cas, il y a néphrite suppurée (8 fois sur 9) ; que l'altération des reins s'accompagne de diverses lésions vésicales (7 fois sur 9), et que dans quelques cas très-exceptionnels (1 fois sur 9), il n'existe que des altérations du réservoir urinaire.

C'est donc avec de bien justes motifs que nous avons dénommé cette paraplégie sympathique. En effet, les diverses lésions auxquelles elle succède et que nous venons de passer en revue, ne peuvent lui donner naissance par elles-mêmes, et la preuve en est que, dans la majorité des cas, ces lésions existent sans paraplégie. En un mot, rien ne relie directement une affection à l'autre quand la paraplégie existe, et ce n'est que par quelque mystérieuse et inexplicable sympathie qu'elle survient.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Février 1854. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Nouveau traitement des fièvres et des névralgies, par M. Em. Billot ;
2° Rapport constatant l'absence d'épidémie dans l'arrondissement de Nîmes, en 1853 ;
3° Echantillons de deux sources minérales sises à Cusset (Allier) ;
4° Appareils divers et remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidatures.

MM. Ménière, Beau et Sestier se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Tonsillotome fonctionnant à l'aide d'une seule main.

M. Blatin adresse une réclamation de priorité relativement à un amygdalotome qu'il a fait exécuter, il y a deux ans, par M. Mathieu, et dont celui qu'a présenté M. Maisonneuve, à la dernière séance, ne différerait que par des omissions.

Ce tonsillotome fonctionne à l'aide d'une seule main : trois doigts suffisent pour le maintenir solidement, tandis que le pouce fait mouvoir l'aiguille destinée à fixer l'amygdale, et que l'index, resté libre, tire en arrière la tige coudée qui entraîne la lame, pour opérer la section de la glande hypertrophiée.



Cette lame, par un mécanisme particulier, coupe en sciant, pendant qu'il est attiré en arrière par le doigt de l'opérateur.

LECTURES.

Folie circulaire.

M. Falret, à propos de la dernière communication de M. Baillarger, commence la lecture d'un Mémoire qui, n'étant pas à l'ordre du jour, est renvoyée bientôt à la prochaine séance.

Cas de mort à la suite de plusieurs introductions du redresseur utérin.

M. Cruveilhier lit la note suivante :

Dans la communication qu'il a faite mardi dernier au sujet d'un cas de mort survenu à la suite du cathétérisme utérin, M. Broca m'ayant cité comme ayant observé un fait du même genre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de rapporter ce fait malheureux, bien qu'il ne m'ait pas été donné de vérifier par l'autopsie la lésion locale.

Voici ce fait :

Je fus appelé, le 24 septembre dernier (1853), dans le département de l'Oise, pour une jeune femme âgée de 24 ans, que je trouvai dans un état désespéré ; elle était au dernier degré de la fièvre hectique et du marasme. Voici son histoire :

Mariée depuis cinq ans et stérile, cette jeune femme éprouvait de sa stérilité un chagrin profond qui était devenu une véritable monomanie. Elle s'imagina qu'il pouvait y avoir dans sa conformation quelque disposition organique, peut-être accessible aux moyens de l'art, qui s'opposait à la conception. En conséquence, elle pria de s'en assurer le médecin de sa famille, qui reconnut une antéversion légère de l'utérus, mais qui, n'attachant aucune importance à cette disposition, lui dit qu'il n'y avait rien à faire.

Peu de temps après, cette dame s'étant liée d'amitié avec la femme d'un jeune médecin, pria celle-ci d'en parler à son mari et consentit à se soumettre à un nouvel examen. Le jeune médecin reconnut qu'il existait un déplacement de l'utérus, lui affirma que la conception était complétement impossible dans la position vicieuse où se trouvait l'organe, et n'eut pas de peine à lui persuader de se soumettre à l'emploi d'un moyen nouveau qui faisait merveille, et qui d'ailleurs ne pouvait avoir aucune espèce d'inconvénient. Ce moyen nouveau, c'était la sonde de l'utérus, de M. Simpson, ingénieusement modifiée par M. Valleix. Il se chargea de son application.

La première introduction fut accompagnée de douleurs vives, qui retentissaient dans l'abdomen. La jeune femme fut même ébranlée dans sa confiance ; elle persévéra néanmoins. Mais la douleur devenant de plus en plus vive à la suite de nouvelles introductions, le médecin lui proposa de la conduire à Paris, auprès d'un médecin bien plus habile que lui à ce genre d'opérations.

La jeune femme vint donc s'installer à Paris avec sa mère, pour se remettre entre les mains du praticien distingué dont les leçons cliniques sur la sonde utérine ont eu un si grand retentissement. Notre confrère reconnut qu'il y avait une déviation de l'utérus; il admit que cette déviation était la cause de la stérilité, et déclara que, pour y remédier, il était nécessaire d'opérer le redressement de l'organe.

L'introduction de l'instrument, dirigée par une main exercée, fut beaucoup moins douloureuse que celle opérée précédemment ; mais malgré les recommandations du médecin, il fut impossible à la jeune dame de conserver la sonde utérine à demeure au delà de plusieurs heures ; elle fut en effet presque immédiatement prise de malaise épigastrique, de nausées, de ballonnement du ventre, d'angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès cette première application, la santé générale de cette jeune dame, qui n'avait pas été notablement troublée par les tentatives antérieures (à ce point que la veille de son départ pour Paris, elle était allée à un bal où elle avait beaucoup dansé), dès cette première application, dis-je, avec séjour de la sonde pendant plusieurs heures, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général se manifesta. Sur les sollicitations pressantes de la jeune femme et de sa mère, le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours.

Cependant de nouvelles introductions du redresseur furent pratiquées. Il paraît que l'introduction, par elle-même, était à peine douloureuse ; mais à peine l'instrument avait-il séjourné pendant quelques instants, que l'angoisse épigastrique avec ballonnement du ventre, état nauséeux, se renouvelaient ; si bien que la malade, malgré sa bonne volonté, malgré les recommandations les plus expresses du médecin, ne pouvait supporter l'instrument au delà de plusieurs heures, et le malaise général avec défaut d'appétit persistait pendant tout l'intervalle qui séparait les introductions. Enfin, après cinq introductions faites avec les mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à laisser là le traitement, et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

Il y avait cinq semaines seulement que la jeune malade était rentrée dans sa famille, lorsque j'ai été appelé. Or, voici ce qui s'était passé pendant les cinq semaines, d'après le récit très-circonstancié du médecin aux soins duquel elle a été confiée.

A l'arrivée de la malade, il constata tous les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite, caractérisée par le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très-vive. Le toucher causait beaucoup de douleur ; l'utérus était plus volumineux que de coutume, placé en antéversion comme avant le traitement par le redresseur, et d'une sensibilité telle que le moindre soulèvement de cet organe arrachait des cris à la malade. Quant à l'état général : altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées, efforts de vomissements, vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls.

L'état de l'abdomen paraît s'amender sous l'influence de l'application réitérée de sangsues et des cataplasmes émollients ; mais l'état général s'aggrave de plus en plus ; l'amaigrissement fait des progrès rapides ; la fréquence et la petitesse du pouls augmentent ; état d'angoisse épigastrique permanent, épuisement complet des forces. Tout espoir de guérison est enlevé quand je suis appelé. Voici ce que je constatai :

Marasme presque au dernier degré ; pouls filiforme à plus de 120 ; épuisement complet des forces ; état de nausées permanent ; l'abdomen est déprimé ; l'épigastre est à peine sensible à la pression. Il n'existe donc aucune trace apparente de péritonite.

Le toucher me fit reconnaître une antéversion de l'utérus. Le bout du doigt promené d'avant en arrière, le long de la paroi antérieure du vagin, ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. L'utérus est sensible au plus léger contact. Mais d'ailleurs son volume ne me paraît pas notablement plus considérable que de coutume. La malade était dans un tel état de faiblesse, que je n'ai pas cru devoir explorer l'utérus et l'excavation du bassin par le toucher rectal.

Ne pouvant me rendre un compte suffisant de la fièvre hectique, bien évidemment symptomatique, par l'état actuel de l'abdomen, j'explorai la poitrine, et je ne trouvai que quelques râles muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

Appelé de nouveau auprès de cette malade, je m'y rendis le 1er octobre; je la trouvai à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'ouverture n'a pas été faite.

Tel est le fait que j'ai eu l'occasion d'observer, fait incomplet, sans doute, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie qui constate positivement les lésions locales; mais, quelque incomplet qu'il soit sous le rapport de l'anatomie pathologique, il m'a paru assez complet sous le rapport clinique, pour qu'on puisse en conclure, d'une manière positive, que les accidents et la mort, dans ce cas, ont été la conséquence de l'introduction et du séjour de la sonde dans la cavité utérine.

Je demande la permission de faire suivre cette observation de quelques réflexions qui, d'ailleurs, ne sont que le développement de celles qui ont été déjà présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau et Moreau dont je partage entièrement la conviction à cet égard.

1re *Réflexion.* — Il me paraît démontré que *le redresseur de l'utérus, ou d'une manière plus générale, le cathétérisme de l'utérus par l'introduction d'une tige dans sa cavité, n'est pas toujours inoffensif.*

Que si l'utérus d'un certain nombre de femmes, j'accorde même du plus grand nombre, peut supporter impunément, non-seulement l'introduction, mais encore le séjour de l'instrument pendant plusieurs heures par jour, et même pendant plusieurs jours consécutifs; il en est plusieurs chez lesquelles cette introduction et ce séjour même trop peu prolongé, déterminent immédiatement des phénomènes locaux et généraux qui peuvent avoir la plus funeste conséquence. Et notez bien que je ne parle pas des cas où cette introduction a été faite par des mains inexpérimentées, qui déchirent, qui perforent les parois utérines, mais des cas dans lesquels elle est pratiquée par les mains les plus habiles.

2e *Réflexion.* — Mais admettons pour un instant que les déviations de l'utérus constituent une lésion tellement sérieuse, qu'on doive passer par-dessus les inconvénients qui peuvent résulter, dans quelques cas, de l'emploi des moyens propres à y remédier, et voyons si le redresseur de l'utérus peut remédier efficacement aux déviations; c'est là le sujet de la deuxième réflexion.

Eh bien! je dis que *le redresseur de l'utérus ne peut nullement remédier aux déviations de cet organe,* qu'il peut tout au plus en opérer le redressement pendant le temps qu'il est maintenu en place, et que lors même qu'il serait laissé à demeure pendant un grand nombre de jours, lors même qu'il redresserait l'utérus pendant toute la durée de son application, il faut de toute nécessité que l'utérus reprenne sa position primitive immédiatement après la cessation de l'emploi de l'instrument, et, ainsi que M. Velpeau l'a si bien dit dans la dernière séance, j'ajoute qu'il faudrait, pour qu'il reprît sa position primitive, que des adhérences solides se fussent établies entre l'utérus et les parties voisines pendant la durée de l'application de l'instrument. C'est ainsi que, dans le cas malheureux qui fait l'objet de cette lecture, j'ai trouvé l'utérus antéversé, c'est-à-dire dans la position où il se trouvait avant les tentatives.

3e *Réflexion.* — Mais je me demande *si la déviation de l'utérus dans l'état de vacuité constitue par elle-même un état morbide?* C'est là l'objet de la deuxième réflexion.

La solution de cette question est subordonnée à cette autre question: *L'utérus, dans l'état de vacuité, a-t-il un axe?* A cela je réponds: Non, l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a point d'axe proprement dit. Tous les anatomistes représentent, en effet, cet organe comme flottant dans l'excavation du bassin où il n'est maintenu que par ses ligaments, par le vagin et par la vessie, à laquelle la moitié inférieure ou les deux tiers inférieurs de son col sont unis à l'aide d'un tissu cellulaire assez lâche. On peut dire que, sous le rapport de sa direction, l'utérus est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants. Ainsi, la plénitude ou la vacuité de la vessie, la plénitude ou la vacuité du rectum, la présence ou l'absence d'un certain nombre de circonvolutions intestinales dans l'excavation pelvienne, les distensions plus ou moins considérables auxquelles les ligaments larges ou ronds ont été soumis dans des grossesses antérieures, la rétraction ou le relâchement du vagin, les différences de longueur que ce conduit présente chez les divers sujets, toutes ces choses exercent sur la direction de l'utérus la plus grande influence. Aussi, avais-je dit ailleurs (*Anat. descript.*, t. 3, p. 690, et *Anat. pathol., classe des déviations*) que l'utérus n'avait d'axe normal que chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants. Je suis encore plus absolu aujourd'hui, et je crois être fondé à établir d'une manière générale que *si l'utérus, dans l'état de grossesse, a des axes déterminés, dans l'état de vacuité, il n'a pas d'axe proprement dit.*

Or, s'il est démontré que l'utérus, dans l'état de vacuité, n'a pas d'axe normal proprement dit, il suit que les déviations de l'axe ne sont pas un état morbide, et c'est en effet ce que prouvent les observations cliniques et l'anatomie pathologique. L'observation clinique nous montre, en effet, tous les jours, par le toucher vaginal associé au toucher rectal, soit l'antéversion, soit la rétroversion, soit l'inclinaison latérale de l'utérus chez les femmes qui n'éprouvent aucun symptôme morbide du côté de cet organe. Et l'anatomie pathologique m'a démontré un très-grand nombre de fois les déviations les plus considérables de l'utérus, soit en antéversion, en rétroversion, ou même en rétroflexion chez des femmes qui n'avaient pendant la vie accusé aucun symptôme du côté de cet organe. J'ai même observé des cas de ce genre dans lesquels la rétroversion, maintenue par des adhérences solides aux parois du bassin présentait une obliquité telle, que l'axe de l'utérus était de haut en bas et d'avant en arrière sous un angle de 45 degrés.

C'est parce que j'étais bien pénétré de ces vérités, que j'ai dit ailleurs (*Anat. path.*) que j'ai été souvent tenté de considérer comme *imaginaires* ou du moins comme n'étant pas suffisamment démontrés les accidents attribués à la rétroversion et à la rétroflexion. Cette manière de voir est, d'ailleurs, confirmée par Boyer, lorsqu'il dit que *la rétroversion de l'utérus n'a presque jamais lieu dans l'état de vacuité,* ce qui veut dire, d'après ma manière de voir, que cette rétroversion est exempte de toute espèce d'accidents. Et plus loin j'ajoute, en parlant des accidents attribués à l'antéversion: « Ces phénomènes morbides me paraissent tenir, non pas à l'antéversion, mais bien à une fluxion chronique de l'utérus, à un catarrhe utérin auquel participe le tissu propre de l'organe; la preuve, c'est qu'on observe les mêmes accidents dans l'inflammation pure et simple de l'intestin, indépendamment des changements de position de cet organe. »

De ce qui précède, je crois devoir conclure que les déviations de l'utérus ne constituent pas par elles-mêmes un état morbide, et que les symptômes attribués aux déviations utérines doivent être rapportés à une autre lésion, et le plus ordinairement à un catarrhe chronique utérin dont la flexion s'est propagée de la membrane muqueuse au tissu propre de cet organe et a déterminé ce développement sub-inflammatoire connu sous le nom vague d'engorgement.

4e *Réflexion.* — *Les déviations de l'utérus sont-elles une cause de stérilité?*

J'ai dit que c'était pour une cause de stérilité que la malade qui fait le sujet de cette note s'était soumise à l'emploi du redresseur, et c'est le plus souvent pour la même cause que cet instrument a été mis en usage. Mais de même qu'il est établi que l'utérus n'a pas d'axe proprement dit, hors l'état de grossesse; que les déviations de l'utérus vide ne sont que des variétés presque indifférentes de position de cet organe, il suit que les déviations ne sont pas une cause de stérilité. On peut d'ailleurs prouver ce fait cliniquement, de la manière la plus directe, par le toucher qui démontre les mêmes déviations sur les femmes fécondes que sur les femmes stériles. C'est dans cette conviction que, consulté plusieurs fois par des jeunes femmes stériles, sur la question de savoir si elles devaient avoir recours à l'emploi du nouveau moyen dont on leur racontait des merveilles (et ce nouveau moyen était le redresseur), pour toute réponse, je disais: « Si vous étiez ma fille, je vous le défendrais. » Et cependant, alors je n'avais encore connaissance d'aucun fait qui établît que des accidents graves et la mort pouvaient être la conséquence de l'emploi de la sonde utérine, même appliquée par les mains les plus exercées.

M. Gibert. — J'ajouterai un seul mot à ce que vient de dire M. Cruveilhier, c'est que d'autres manœuvres, pratiquées sur l'utérus, dont on fait un si grand abus, la cautérisation par le fer rouge, par exemple, peuvent avoir les mêmes résultats que l'introduction du redresseur. J'ai vu une jeune mère de famille succomber à des accidents produits par une seule cautérisation au fer rouge pratiquée pour une induration de l'organe.

M. Velpeau. — La question soulevée par M. Broca est des plus intéressantes, mais j'avais pensé qu'il convenait d'en renvoyer au moment où le rapport serait présenté, la discussion approfondie. Après ce que vient de nous lire M. Cruveilhier, je crois encore que telle est la marche qu'on doit suivre, car s'il en était autrement, je me croirais obligé d'exposer immédiatement les motifs qui m'empêchent d'accepter la solidarité de beaucoup des opinions qui ont été professées par mon savant collègue, M. Cruveilhier; il me semble avoir considérablement exagéré les reproches qu'on peut faire à l'instrument de M. Valleix, et, après avoir montré combien peu j'en étais partisan, je serais aujourd'hui tenté de le défendre, à cause même de cette exagération. Ce n'est pas avec un fait malheureux qu'on peut apprécier une méthode, car le cathétérisme de l'urètre le plus simple peut causer des accidents et même la mort, ce que j'ai observé.

Après ces réflexions, la discussion est renvoyée au moment où le rapport sera présenté.

RAPPORTS.

Nouveau désinfectant.

M. Bouchardat, au nom d'une commission composée de MM. Bussy,

H. Gaultier de Claubry, Huguier, Robert et Bouchardat, rapporteur, lit un rapport sur le nitrate de plomb, proposé par les sieurs Ledoyen et Raphanel, comme nouveau désinfectant, sous le nom d'*eau inodore*.

Après la lecture de ce rapport, une discussion confuse s'élève sur les conclusions, qui sont plusieurs fois modifiées et adoptées *à peu près* dans les termes ci-après, car la rédaction de la plupart d'entre elles est laissée aux soins du rapporteur.

Voici les paroles que M. Chevallier a prononcées dans cette discussion, qui contiennent d'utiles renseignements sur une grande question d'hygiène :

M. Chevallier demande d'abord à M. Bouchardat de placer en tête de la liste de ceux qui ont indiqué l'emploi du chlorure comme désinfectant, le nom de Masuyer, qui, en 1809, avait, à l'hôpital militaire de Strasbourg, employé le chlorure de chaux connu sous le nom de *muriate de fer, oxygène de chaux*, en le plaçant dans des soucoupes entre les lits des malades, de manière à désinfecter l'air sans nuire aux malades par un excès de vapeur de chlore (1).

M. Chevallier combat ensuite les opinions émises par M. Malgaigne, sur l'impossibilité à tous les chimistes de désinfecter les matières par d'autres substances que le tartrate de plomb (2). Il établit que, si l'on ne réussit pas, c'est que l'on n'emploie pas les quantités de sels que l'on doit employer ; il dit que l'on peut désinfecter à l'aide du *sulfate de fer*, du *sulfate de zinc ;* que ces sels sont d'un prix beaucoup moins élevé que celui du sel de plomb ; que, de plus, l'emploi du nitrate de plomb donne lieu à une coloration des liquides en noir, coloration qui a fait rejeter l'emploi du sulfate de fer, qui colore aussi les liquides dans lequel on le fait entrer comme désinfectant.

M. Chevallier demande comment il se fait que l'acétate de plomb ne puisse être considéré comme désinfectant à l'égal du nitrate, puisqu'on sait que ce sel, mis en contact avec l'hydrosulfate d'ammoniaque ou avec l'hydrogène sulfuré, a de l'oxyde et a du sulfure de plomb ; il dit ensuite qu'on ne doit point avoir la crainte de ne point arriver à la désinfection des fosses d'aisances ; il cite à ce sujet les belles expériences faites par M. Payen, à l'aide du charbon animalisé, et il fait connaître que l'on vidangeait sans odeur une fosse à l'École Polytechnique, pendant que l'on donnait un bal dans une salle dont les fenêtres ouvertes donnaient sur la cour où la vidange était faite.

M. Chevallier déclare s'abstenir de discuter sur la valeur du nitrate de plomb appliqué sur les plaies, car il ne l'a jamais expérimenté ; ces expérimentations ne ressortaient pas de sa spécialité.

M. Chevallier s'étonne de ce que, dans le rapport de M. Bouchardat, il est dit que les urines doivent être répandues sur le sol, tandis que les matières solides seraient utilisées pour faire de l'engrais. M. Chevallier établit d'une manière positive, que, pour le bien-être de l'agriculture, on devrait faire le contraire, les matières solides ne contenant que peu d'azote, tandis que les liquides contiennent des sels et des principes azotés en de très-grandes quantités. Selon lui, aucune parcelle d'urine ne devrait être perdue ; c'est, dit-il, dans ces liquides que l'on retrouverait les principes que chaque jour les plantes empruntent au sol pour le développement des végétaux qui servent à notre alimentation.

Selon lui encore, il faut restituer à la terre les principes qu'on lui emprunte ; c'est là ce qui peut faire prospérer notre richesse agricole.

M. Malgaigne, a-t-il dit, croit que le nitrate de plomb est plus efficace pour la désinfection que ne le sont les substances employées : *le sulfate de fer, le sulfate de zinc ;* mais rien ne prouve ce dire. Où sont les expérience faites ? quelles sont les quantités employées ? Ce n'est qu'en employant la balance et en agissant comparativement qu'on établira la valeur comparée des produits désinfectants.

M. Chevallier s'étonne de ce que M. Malgaigne a avancé que quelques gouttes de nitrate de plomb, jetées dans un baquet, avaient opéré une désinfection subite ; il nie cette affirmation, car la désinfection ne peut avoir lieu que par le contact et en remuant les matières dans lesquelles on ajoute un produit pour opérer la neutralisation des matières infectes.

Il s'étonne encore de ce qu'on a proposé de prendre des linges, de les tremper dans du nitrate de plomb liquide, et de promener ces drapeaux dans les salles, pour aller à la recherche des miasmes ; selon lui, le chlore en quantité convenable pour ne pas nuire aux malades, soit qu'il provienne de l'eau chlorée, soit qu'il soit fourni par des chlorures, est plus convenable ; il se répand dans l'air et va détruire les matières qui infectent l'air.

Relativement à la désinfection non entière des matières fécales des fosses, il l'attribue à ce que l'opération n'est pas faite d'une manière rationnelle, et à ce que les agents de l'administration ne peuvent pas être partout à la fois ; de telle façon que l'on ne met pas autant de liqueur désinfectante qu'il en faudrait pour que la désinfection soit complète.

Conclusions : 1° La supériorité de l'eau inodore et désinfectante de Ledoyen et Raphanel, comparée aux solutions d'acétate de plomb employées dans le pansement des plaies qui répandent une odeur fétide, n'est établie sur aucun fait positif ;

2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, l'emploi du chlorure de zinc pour la conservation des cadavres est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb ;

3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel ;

4° Pour la désinfection des fosses d'aisance, les chlorures ou sulfates de zinc et de fer au maximum, à l'état le plus voisin de la neutralité, sont justement préférés au nitrate de plomb. Cependant, dans quelques conditions spéciales, quand on ne tiendra pas compte du prix du liquide employé, quand les précautions seront prises pour éviter l'action du plomb, on pourra utilement se servir de la solution de nitrate de plomb, préconisée par MM. Ledoyen et Raphanel.

La séance est levée à 5 heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Les journaux politiques ont parlé un peu vaguement d'une mission scientifique qu'aurait reçue M. Fauvel du gouvernement turc. Nos lecteurs liront sans doute avec intérêt les détails suivants que nous extrayons d'une lettre adressée à un de nos amis par notre savant confrère et compatriote, et qui confirment, en la précisant, la nouvelle publiée par la presse politique. Voici ces détails :

Constantinople, 24 janvier 1854.

« Mon cher ami,

« Je vous écris à la hâte quelques lignes pour vous annoncer que je pars demain pour Choumla où je suis envoyé, par S. M. le Sultan, auprès d'Omer-Pacha qui est souffrant depuis quelque temps. Je dois en outre inspecter le service médical de l'armée turque et donner mon avis sur les améliorations à y introduire. Je pars avec l'assentiment de M. le général Baraguay-d'Hilliers. Je vais par mer jusqu'à Varna, et de là à cheval jusqu'au camp. Une telle mission est trop honorable pour que j'aie pu hésiter un seul instant à l'accepter, malgré la responsabilité qu'elle entraîne et les fatigues qu'elle doit me donner dans cette saison et dans un tel pays. Quand vous recevrez cette lettre, je serai sur le théâtre des événements. »

— On lit dans le journal la *Presse :*

Dans le nord de la Chine, il existe ce que l'on appelle *la plante à sucre*. D'après les communications qui ont été faites à ce sujet à la Société centrale d'agriculture, une seule tige de cette plante donne 150 grammes de jus, lequel, essayé au saccharimètre, accuse une richesse de 10 à 13 pour cent.

En comparant ce jus à celui de la betterave, on trouve qu'il ne s'agirait de rien moins que d'une différence de 30,000 kil. par hectare ; il se présente d'ailleurs dans d'excellentes conditions : blanc et transparent comme de l'eau de Cologne, il ne semble pas contenir autant de matières étrangères que celui de la betterave, et produit moitié plus.

— En remplacement de M. le professeur Roux, M. Richet est chargé du cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Les leçons ont lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures. La visite commence à 8 heures.

— M. Broca, suppléant de M. Gerdy, commencera le cours de pathologie chirurgicale, le vendredi 10 février, à 3 heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi à la même heure. Il commencera par l'histoire des luxations.

BIBLIOGRAPHIE.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine,
Place de l'Ecole-de-Médecine, 23 (ancien n° 4), à Paris.

Traité de percussion et d'auscultation

Par le professeur Skoda, de Vienne, traduit de l'allemand, avec des notes et des remarques critiques, par le docteur Aran, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-18, format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

(1) Parmentier, à qui Masuyer avait, dès 1807, communiqué l'emploi des chlorures de chaux comme désinfectants, n'était pas de l'avis de Masuyer sur l'efficacité de ce chlorure (*voir* les *Annales de chimie*, t. 64).

(2) La priorité des sels de plomb, comme agents désinfectants, n'appartient pas à M. Ledoyen ; ils furent proposés, en 1762, par *Deboissieu ;* en 1833, par *Guibout* et *Samson* (Alphonse) ; en 1840, par *Broquet* et *Marie* (*voir* le *Bulletin de la Société d'encouragement*, 1848).

1re Série. Tome 2. — N° 18. 2e ANNÉE. Samedi 11 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 10 Février 1854.

De la substitution, au point de vue hygiénique, de la fécule, au poussier de charbon dans les fonderies de métaux.

Des dissentiments se sont élevés entre les ouvriers fondeurs et leurs patrons, fondés principalement sur les avantages qu'il y aurait, sous le rapport de l'hygiène, à substituer dans les fonderies la fécule au poussier de charbon. Nous croyons qu'il suffira de mettre en quelques mots, sous les yeux des parties intéressées, l'état actuel de la science, pour que ces dissentiments cessent d'avoir une raison d'être.

Pour bien fixer le point du débat, nous extrairons quelques passages d'un article publié par les ouvriers fondeurs dans le journal la *Presse,* où s'est agitée l'importante question dont il s'agit :

. . . .

« Les ouvriers fondeurs, voyant enfin se résoudre pour eux cette question si grave, et qui depuis nombre d'années a été le motif de tant de recherches : substituer un ingrédient quelconque au poussier de charbon, comprirent que la fécule, *bienfaisante et saine,* pouvait seule le remplacer ; en effet, dans la façon d'employer les deux substances et par leur différence de poids, on peut facilement se rendre compte des avantages de cette dernière ; la quantité de fécule qu'on met dans un sac est d'environ 1 kilogr, en l'agitant avec force, ce qui en sort tombe sur l'ouvrage.— Corps lourd, elle s'affaisse et s'étend peu, mais le poussier, employé dans les mêmes conditions, léger et sec, produit, par l'agitation du sac, un nuage de poussière continuellement renouvelée, que l'ouvrier aspire à pleins poumons, et *nos médecins constatent que tel asthme ou tel catarrhe provient tout naturellement de l'immense quantité qu'il a absorbée.*

« Non-seulement la fécule réunissait les qualités hygiéniques et les conditions voulues pour le travail, mais elle rehaussait le moral de tant d'ouvriers, qui, noirs, dégoûtants, n'osaient se montrer sans être soumis à un nettoyage complet ; ils firent des efforts tout naturels pour conserver ces avantages. Mais ils devaient s'attendre à des déceptions. C'est ce qui arriva !

« La fabrique de bronze, inquiète en voyant ce nouveau mode de travail, craignant que la manutention n'arrivât pas à ce même degré de perfection et ne vînt surtout déranger ses prix de revient sur ses travaux faits à façon, commença par faire à ses fournisseurs, sans motifs sérieux, une opposition sourde, leur suscitant mille tracasseries et apportant une surveillance plus active, plus sévère dans la fonte qu'ils lui livrèrent.

« Posée dans ces conditions, la fécule devait rencontrer une opposition incessante, car fondeurs et fabricants s'unirent bientôt d'un commun accord ; les uns par la crainte d'une mauvaise main-d'œuvre, les autres par la peur d'être obsédés, et, joint à cela, l'augmentation des métaux, qui résonne toujours désagréablement à l'oreille du fabricant et du fondeur.

« La fécule, commencée sous de bons auspices, se vit tout d'un coup chanceler ; on fit pressentir aux ouvriers qu'on l'abandonnait pour reprendre le poussier.

« La consternation fut grande parmi eux, habitués en quelques mois à ce mode de travail rempli de propreté, *très-doux pour la santé*, en ce qu'il permettait aux nombreux ouvriers affectés des maladies signalées plus haut de travailler sans interruption. Ils se réunirent spontanément, et nommèrent parmi eux trois délégués qu'ils chargèrent de les représenter auprès du conseil de salubrité, auquel la question fut soumise.

« On donne au conseil les preuves les plus complètes, les certificats de nombreux docteurs connus par leur science et leur pratique, attestant la gravité des maladies déterminées par l'emploi du poussier, l'examen qu'on fit subir devant le conseil à un grand nombre de malades de tout âge, et les essais faits devant les membres de la commission, chez M. Vittoz, partisan de la fécule, prouvèrent que, d'une part, l'emploi du poussier est mortel, et, de l'autre, qu'il n'y a pas de différence entre les deux substances quant aux produits.

« Nonobstant ces considérations, le conseil hésita à se prononcer. »

. . . .

Ou plutôt, comme le reconnaissent plus loin les auteurs de la lettre, le conseil de salubrité déclara « que rien ne démontrait l'influence nuisible du poussier de charbon, tandis que l'opinion de plusieurs auteurs tendait à faire considérer comme nuisible la poussière de fécule. »

Tel est, en effet, le véritable état des connaissances actuelles sur l'influence des poussières sur la santé des ouvriers qui les respirent. Ces connaissances, il est vrai, ne sont pas basées sur des recherches aussi précises qu'on pourrait le désirer ; elles ne sont pas le résultat de relevés statistiques exacts et dont chaque unité aurait été rigoureusement observée ; mais en l'absence d'une démonstration péremptoire, elles ont du moins en leur faveur les plus grandes probabilités et l'opinion des hommes les plus spé-

ciaux, entre autres celle de Ramazzini (*Traité des maladies des artisans*).

Nous devons ajouter que les laborieuses statistiques dressées et publiées récemment par M. Trébuchet, chef du bureau sanitaire à la Préfecture de police, confirment dans la mesure de leur valeur qui, à la vérité, est loin d'être absolue, l'opinion du célèbre auteur des *Maladies des artisans*. Ces statistiques établissent les résultats suivants :

Proportions des décès causés par la phthisie pulmonaire, en 1851, chez les :

a. 1° Boulangers et pâtissiers, 1 décès sur 4,93.

2° Amidonniers, vermicelliers et meuniers, 1 décès sur 9,50.

b. 1° Charbonniers et marchands de charbon, 1 décès sur 8,43.

2° Fondeurs en métaux et en caractères, 1 décès sur 11,16.

Si, au lieu de prendre la plus meurtrière des maladies des poumons, la phthisie, on prend toutes les maladies de ces organes réunies, c'est-à-dire les phthisies, les bronchites ou catarrhes et les pneumonies, on arrive à des chiffres presque identiques pour toutes les professions qui précèdent, ou :

a. 1° Pour les boulangers et pâtissiers, à 1 décès sur 12,29;

2° Pour les amidonniers, etc., à 1 décès sur 9,50;

b. 1° Pour les charbonniers, à 1 décès sur 8,43;

2° Et pour les fondeurs, à 1 décès sur 11,16;

C'est-à-dire que la mortalité par suite d'affections pulmonaires a été moins forte parmi les fondeurs que parmi toutes les autres professions que nous examinons ici.

Il résulte évidemment de ces simples chiffres, que si les médecins des ouvriers fondeurs ont cru à l'action pernicieuse de la poussière de charbon, c'est qu'ils ont été induits en erreur, par des coïncidences, à l'influence desquelles il est malheureusement très-difficile de se soustraire dans l'observation médicale.

Si donc les ouvriers fondeurs n'ont pas d'autres raisons que des raisons hygiéniques, de préférer la fécule au poussier de charbon, nous pouvons leur affirmer que leur véritable intérêt se trouve dans le maintien du *statu quo*; nous pouvons leur en donner pour garant notre constante sollicitude pour tout ce qui touche à l'amélioration de la santé publique. H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir le n° 15 du tome 2.*)

DEUXIÈME LEÇON.

Messieurs, il faut maintenant vous donner les déductions les plus générales que l'on peut tirer des résultats des recherches que j'ai fait passer sous vos yeux dans la dernière leçon :

1° En France, on peut estimer le nombre des hernieux à 1/20 de la population, c'est-à-dire à 180,000;

2° Les hommes fournissent quatre fois plus de hernieux que les femmes;

3° Cette proportion n'est pas la même pour tous les âges : à l'époque de la naissance et dans la première année, elle est de 1 (pour les femmes), à 4 (pour les hommes); de 2 à 20 ans, le nombre des filles est beaucoup moindre que celui des garçons affectés de hernies; à partir de 20 ans, la proportion du *quart* reparaît; enfin, dans la vieillesse, la femme est plus sujette aux hernies que l'homme; le rapport, à cet âge, est de 1/3;

4° Les malheureux, nous l'avons vu, sont plus exposés aux hernies que les gens aisés; la proportion est de 1/4 en sus pour les arrondissements pauvres, et, d'une autre part, la banlieue semble fournir plus de hernieux que Paris, les montagnes moins que les plaines; enfin, il faut tenir compte des différentes races qui habitent un grand empire : elles donnent un plus grand nombre de hernieux lorsqu'elles n'ont pas été retrempées par le croisement; la Bretagne, pays montagneux, dont les habitants sont en général petits, fait seule exception.

Vous vous rappelez, messieurs, que je vous disais que, craignant de trop enfler la proportion déjà si alarmante des hernieux, j'avais donné des chiffres très probablement inférieurs à la réalité. Examinons donc, les tableaux de recensement en mains, les résultats que donnait la population de Bicêtre à l'époque de mon travail sur ce sujet :

Sur 1,824 vieillards, j'ai trouvé 1,041 hernies (je comprends dans ce nombre le chiffre des pointes de hernies, hernies au premier degré, et, en défalquant ces hernies de premier degré, il reste encore 881 hernieux). J'ai vu que, de 20 à 50 ans, la proportion des hernieux est de 1/5; de 50 à 60 ans, elle est de 2/5, et, passé 60 ans, elle est de 3/5. La population totale de Bicêtre donne donc une proportion de 1/2, et, en la mettant à 1/3, je suis au-dessous de la réalité.

Si nous voulons maintenant examiner ce qui se passe en dehors de la France, la question devient très-périlleuse, car peu de travaux ont été faits; nous n'avons que des approximations :

En Angleterre, on évalue le chiffre des hernieux à 1/15. Cependant, Astley Cooper dit n'avoir jamais disséqué de vieillards sans trouver de hernies. Mais disons de suite que les hernies sont beaucoup plus fréquentes sur le cadavre que sur le vivant; nous dirons plus tard pourquoi.

En Suisse, en Hollande, on les dit très-fréquentes; au cap de Bonne-Espérance, colonie hollandaise, les hernies sont si nombreuses qu'elles ne font plus un cas d'exemption pour le service militaire : ce qu'il faut attribuer à la race d'abord, et peut-être aussi au climat, quoique nous ayons vu ce qu'il faut penser de cette dernière cause.

La Grèce offre quelque chose de très-curieux, au point de vue des hernies. Consulté un jour par un Grec qui avait une affection autre qu'une hernie, je fus frappé de l'énorme dilatation qu'offrait sa poitrine, tandis que son ventre était très-plat, les viscères étant refoulés en haut par l'usage de la ceinture. Je lui demandai s'il y avait beaucoup de hernies dans son pays; il me répondit qu'il n'en avait jamais entendu parler. Cette réponse, dans la bouche d'un homme de 40 ans, est d'une grande valeur.

Passons à l'Afrique. Au dire d'Astley Cooper, les chirurgiens anglais qui suivirent l'expédition française en Égypte, rapportent que les hernies sont très-fréquentes dans ce pays. Clot Bey, qui est resté longtemps en Égypte, dit qu'elles sont seulement ***assez*** nombreuses : on les attribue à l'eau du Nil, à l'usage fréquent des bains chauds, etc.; la raison en est peut-être dans l'isolement de la race des Cophtes qui ne se sont jamais croisés avec d'autres peuples.

Pour ce qui est de l'usage de la ceinture, certaines personnes lui attribuent la production d'un grand nombre de hernies; mais il faut bien distinguer : si on place la ceinture en haut du ventre, elle comprime les viscères, les refoule en bas, et favorise le développement des hernies; si, au contraire, on la place très-bas, comme les Grecs, les viscères sont refoulés vers la poitrine, et partant on est moins exposé aux hernies.

Le docteur Knox dit que, dans l'intérieur de l'Afrique, les nègres ont très-peu de hernies, et qu'au contraire, l'exomphale de naissance est très-fréquent chez les jeunes négrillons.

M. Torpino (?) m'écrivit, à l'époque où je faisais mes recherches, que ces exomphales sont fréquents chez les négrillons à la Louisiane et que, du reste, la race nègre est aussi exposée aux

hernies dans ce pays que la race blanche. Et il ajoutait : « Ici, la race noire est une marchandise que l'on a soin de bien examiner quand on l'achète ; car un nègre porteur d'une hernie est loin de valoir un nègre bien portant. »

M. Semur, médecin de l'île de Bourbon, dit que les hernies crurales et inguinales sont très rares chez les nègres nouvellement apportés par la traite ; elles sont également rares chez les blancs à l'île Bourbon. Les exomphales, au contraire, sont très-fréquents chez certaines peuplades nègres. Chez les Marquois et les Iambanes, les hernies ombilicales de naissance sont très-fréquentes et, se développant avec l'âge, pendent en avant et en bas, comme la bosse de devant de Polichinelle. « Plusieurs fois, ajoute-t-il, j'ai voulu traiter cette affection, mais ils s'y refusaient formellement, disant que cela leur ferait perdre le signe caracéristique de leur nation. » Où le patriotisme va-t-il se nicher?

M. Semur n'avait jamais entendu parler d'étranglement chez les nègres ; ceci est un point capital dans l'histoire de la hernie, messieurs, nous y reviendrons plus tard.

On dit, on pense qu'il y a très-peu de hernies chez les Lascares, tribu d'Indiens qui servent comme matelots dans la marine anglaise aux Indes : c'est peut-être bien que les hernieux ne prennent pas cette carrière.

Passons maintenant à l'histoire des hernies en particulier.

Vous savez, messieurs, que les hernies de l'abdomen se divisent en quatre espèces, hernies inguinales, crurales, ombilicales, hernies de la ligne blanche ; il y a en outre d'autres hernies qu'on appelle anomales. Commençons par les hernies inguinales, comme c'est l'usage.

Hernies inguinales. — Je distingue les hernies inguinales chez les deux sexes.

1° *Chez l'homme.* Quelle est la proportion des hernies inguinales ? Sur les 335 hernieux que j'avais trouvés pour octobre et novembre 1835, il y avait 316 hernies inguinales, ou une proportion de 16/17. A Bicêtre, sur 881 hernies, il y avait 815 hernies inguinales, ou 13/14 ; M. Hutin en a trouvé 845 sur 896 hernies. On savait bien que les hernies inguinales sont les plus fréquentes, mais qui eût osé dire que sur 17 hernies, il y en a 16 inguinales ?

Une maladie aussi fréquente a besoin d'être étudiée avec le plus grand soin.

Causes générales, causes prédisposantes, causes déterminantes. — Morgagni prétend que la cause de ces hernies est un allongement du mésentère : ceci est faux, car nous savons que les hernies peuvent exister sans cet allongement du mésentère, que l'on ne trouve que dans les hernies très-anciennes ; c'est donc une conséquence et non pas une cause ; et d'ailleurs, d'où viendrait cet allongement du mésentère ?

Scarpa a une singulière théorie : les hernies résultent, suivant lui, de la pression réciproque des viscères et des parois ; mais il n'y a de pression que de la part des parois, ce qu'a très-bien vu M. Cloquet : les parois abdominales pressent les viscères, et ceux-ci, lorsqu'ils sont fortement comprimés, tendent, en raison de leur élasticité, à se faire jour quelque part.

Astley Cooper distingue les hernies en deux grandes classes : 1° Les hernies par *excès de force,* et 2° les hernies par *défaut de force.* Voilà, messieurs, un coup d'œil juste, frappant, une grande vue sans laquelle on ne comprendrait rien à l'histoire des hernies. Celles de la première classe sont produites par les efforts (toux, action de lever de grands fardeaux, cahots, etc., toutes causes, en un mot, qui font contracter violemment les muscles de l'abdomen). Pour les hernies de la deuxième classe, il donne comme causes la faiblesse de constitution, la vieillesse, la misère, l'ascite, la grossesse et l'hérédité. Les hernies héréditaires, à quelle classe les rapporter? aux hernies de force ou aux hernies de faiblesse ? Nous verrons plus tard l'influence de l'hérédité.

Pour étudier convenablement les influences générales qui disposent aux hernies, il faut reprendre les herniés par âge. Sur 300 hernies inguinales, de la naissance à 1 an, on en trouve 22 ; de 1 à 5 ans, 17 ; de 5 à 10 ans, 9 : voici donc une première période dans laquelle nous trouvons que le moment ou les premiers temps de la naissance en produisent beaucoup ; et, à mesure que l'on marche dans cette période, on en trouve de moins en moins : ces hernies, je les appelle *hernies de l'enfance;* d'autres les ont nommées *congéniales,* et je me réserve de démontrer plus tard que les hernies congéniales sont excessivement rares ; je les ai même niées pendant un certain temps.

Arrive maintenant une autre période ; de 10 à 20 ans, on trouve 26 hernies ; de 20 à 30 ans, 45 hernies ; de 30 à 40 ans, 66 ; les hernies renaissent donc, à partir de 10 ans, et elles deviennent de plus en plus nombreuses jusqu'à 35 ou 40 ans. Je les appelle *hernies de force ;* elles ont pour cause les grands efforts musculaires.

A partir de ce moment, nous entrons dans la troisième période, des *hernies de faiblesse;* leur nombre augmente toujours, non pas d'une manière absolue, mais relativement au grand abaissement du chiffre de la population.

Il y a donc trois époques bien distinctes : la première, la plus tranchée, eu égard à ses chiffres, comprend les hernies de l'enfance, que l'on a eu tort, je le répète, d'appeler congéniales ; ces hernies congéniales sont si rares que je les ai niées pendant plusieurs années : toutes les fois que vous verrez de ces hernies, soi-disant congéniales, poussez de question en question la sage-femme, la nourrice ou les personnes qui les premières ont vu l'enfant, et vous verrez que ce n'est que dans les premières heures ou les premiers jours que l'on s'est aperçu de l'existence de la hernie. Pour sa part, M. Moreau n'en a jamais vu ; Chaussier en cite deux cas, mais qu'il n'a pas vus lui-même : c'est la sage-femme ou l'accoucheur qui les lui a rapportés. Ces hernies pourraient être appelées *congénitales,* et non pas congéniales, puisqu'elles se produisent non pas avant mais après la naissance, en vertu de la continuité conservée de la tunique vaginale avec le péritoine. Pendant la vie intrà-utérine, l'enfant est pressé également de toutes parts, et il n'y a pas de raison pour que la hernie se produise, tandis qu'après la naissance, péniblement impressionné par l'air extérieur ou par toute autre cause, il se met à crier ; ces cris déterminent un effort sur la partie inférieure de l'abdomen : voilà l'histoire de ces hernies.

A partir de la deuxième enfance, dans la jeunesse et l'âge adulte, il y a excès de force, l'homme se livre à des exercices de vigueur, il fait des travaux pénibles, ce sont donc des *hernies de force* qui se produisent.

A partir de la trente-cinquième année environ, les forces ne sont plus les mêmes, les muscles et tous les tissus ont perdu de leur résistance (je dis tous les tissus, messieurs, et avec intention ; car on a dit que l'affaiblissement des muscles est la cause qui favorise chez les vieillards la formation des luxations ; non messieurs, ce n'est pas seulement cette diminution de la force musculaire, c'est l'affaiblissement des ligaments et de tous les tissus qui produit ces luxations, qu'une chute moitié plus forte n'aurait pas produite chez un enfant, dont tous les tissus, à cet âge, ont une plus grande résistance) ; chez les vieillards tout est donc faible : anneaux, muscles, etc. ; aussi, un effort qui chez l'adulte n'aurait été suivi d'aucun accident, produit-il une hernie chez les gens âgés.

Voilà donc trois points que je crois hors de doute ; mais cela ne veut pas dire que l'on ne trouve pas de hernies de faiblesse avant 45 ans, car la consitution peut être débilitée avant cet âge, de même que l'on peut trouver des hernies de force chez des vieillards qui ont conservé toute leur vigueur.

Les chirurgiens ont aussi accusé certaines professions de produire les hernies ; j'ai fait des recherches dans ce sens, voici à quel résultat je suis arrivé : j'ai divisé d'une manière générale, les professions en deux classes : 1° professions debout, et 2° professions assises. Je dis d'une manière générale, car il y a quelques professions assises où l'on déploie plus de force que dans certaines professions debout. J'ai trouvé, sur 247 hernieux, 187 appartenant aux professions debout (ces professions exposent déjà aux hernies par la station verticale continue), et 60 pour les professions assises. J'ai examiné ensuite l'influence de l'âge.

De 15 à 35 ans, les professions debout ont donné 83 hernies, et de 35 à 60 ans, 104 hernies. Les professions assises donnent 21 hernies de 15 à 35 ans, et 39 hernies de 35 à 60 ans.

Quelle est l'influence de la taille? Les chirurgiens militaires ont dit que la cavalerie fournissait plus de hernieux que l'infanterie, à cause de l'exercice du cheval; mais il résulte des recherches de M. Hutin que, sur 893 hernieux, 175 appartiennent à la cavalerie et 718 à l'infanterie; la proportion entre ces deux chiffres est moindre que 1/5; or l'infanterie forme plus des 2/3 de l'armée. C'est donc une erreur, et il faut chercher la cause des hernies dans la cavalerie dans une autre influence : c'est la différence de taille. Dans l'infanterie on prend des hommes qui ont même moins de 4 pieds 10 pouces, et dans la cavalerie il faut au moins 5 pieds.

Ici se place, parmi les considérations générales, l'influence de l'hérédité. Il y a des hernies héréditaires, car j'en ai trouvé 87 sur 316 hernieux, 1 sur 3 1/2. A quel âge l'hérédité se fait-elle sentir? Pour la plupart, ces hernies se produisent dans la première moitié de la vie.

De la naissance à 30 ans, il y a 44 hernies héréditaires sur 122; de 30 à 50 ans, il n'y en a plus que 22 sur 152 hernies, et de 50 à 70 ans, il n'y en a que 13 sur 79.

Comment s'exerce l'influence de l'hérédité; est-ce par la ligne maternelle ou par la ligne paternelle? Par la ligne maternelle je n'ai trouvé que 17 hernies, et par la ligne paternelle 60. Ce rapport est le même que la proportion générale des hernies chez l'homme et chez la femme. Puis j'ai trouvé qu'un tiers environ du nombre total des hernieux avaient dans leur famille des antécédents de hernies, et cette proportion est immense, messieurs, quand on songe combien il est difficile d'avoir à cet égard des renseignements précis.

Il y a des familles qui sont singulièrement affligées de hernies. Ainsi, trois de mes hernieux avaient à la fois leur père et leur mère hernieux aussi; un avait son père, sa mère, son oncle et ses cousins; un autre, son père, sa mère, son oncle, une tante, ses cousins et son fils; enfin il y en avait un, messieurs, dont la famille comptait tous ses membres hernieux. Cette influence aura un très-grand poids pour le pronostic, et vous en comprenez les déductions pour la pratique.

Influence de la taille. — M. Roux, ancien chirurgien militaire, a dit le premier qu'il avait été frappé de la plus grande fréquence des hernies chez les individus de grande taille : mes recherches m'ont donné ce résultat : sur 78 hernieux, il y en avait 15 au-dessous de 5 pieds, 21 de 5 pieds à 5 pieds 2 pouces, et 42 pour la taille au-dessus. En prenant 5 pieds 2 pouces comme la taille moyenne en France, nous trouvons 36 hernieux pour les petites tailles et 42 pour les grandes tailles. La grande taille est donc plus sujette aux hernies. Mais comment agit la grande taille? Sont-ce des hernies de force ou des hernies de faiblesse? Les chirurgiens militaires disent que les hommes très-grands sont généralement faibles; on sait aussi que les fantassins de 4 pieds 10 pouces supportent bien mieux la fatigue que la grosse cavalerie; enfin, pour citer un fait qui m'est personnel, 60 chirurgiens français ont fait comme moi la campagne de Pologne; 13 sont morts, c'étaient toutes les belles tailles, ils n'avaient pas pu résister aux fatigues que nous, plus petits, avons très-bien supportées.

Mes recherches statistiques m'ont aussi démontré que les grandes tailles étaient plus sujettes aux hernies à l'âge que j'ai appelé de faiblesse.

En étudiant les hernies, j'avais vu un fait d'anatomie que les anatomistes ne connaissent pas, que les artistes savent très-peu et qui est cependant d'une grande importance : je veux parler de l'influence de la forme du ventre sur la production des hernies. Il y a des ventres saillants, des ventres plats, et des ventres à triple saillie. Cette dernière variété, que j'ai le premier signalée, se montre surtout chez les sujets à ventre plat. Il y a chez ces individus une première saillie sur la ligne médiane formée par les muscles grands droits de l'abdomen, séparés l'un de l'autre par la ligne blanche; de chaque côté de cette saillie médiane est une dépression formée par les aponévroses des muscles des parois abdominales, et enfin une saillie à droite et une autre à gauche du ventre, formées par les muscles eux-mêmes; je ne sais à quelle disposition anatomique doit être rapportée cette forme du ventre, peut-être à la grande puissance de ces muscles. Chez ces individus, vers la partie inférieure du ventre, tout près de l'arcade pubienne, il y a une saillie au niveau de l'anneau inguinal : c'est probablement une saillie de faiblesse. Cette forme du ventre prédispose à la hernie.

Sur 153 hernieux, le ventre plat dominait de beaucoup (il est vrai que j'opérais sur une population d'indigents). Cependant il est assez consolant d'y trouver encore 13 ventres saillants; enfin il y avait 15 ventres à triple saillie.

Cette étude des prédispositions générales ne s'arrêtera pas là, nous avons encore à examiner la fréquence des hernies à droite et à gauche. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Saint-Antoine. — M. Chassaignac.

Quelques aperçus relatifs à la physiologie du larynx, à l'occasion d'une plaie grave et profonde du cou.

Quelques cas de plaies graves et profondes du cou, recueillis à l'hôpital Saint-Antoine, ont été déjà publiés à diverses époques, et nous rappellerons, entre autres, ceux qui ont été consignés, dans la *Gazette des Hôpitaux* (5 août 1852), par MM. Marcé et Buquoy.

L'une des observations rapportées dans ce journal indique un mode particulier de suture qui avait été tenté dans le but de réunir les bords de la plaie. Ce mode de suture, qui jusqu'alors n'avait pas été appliqué, pourra être utilisé dans l'avenir, lorsqu'on aura affaire à des cas analogues.

On sait que Dieffenbach s'est fortement prononcé contre l'emploi de la suture dans les plaies du cou; mais il faut noter que, si ce mode de traitement donne généralement des résultats fâcheux, on doit en accuser beaucoup moins le moyen en lui-même que la manière dont il est appliqué. Presque toujours, la suture, dans ces sortes de cas, porte seulement sur les parties superficielles, tandis que les parties profondes ne sont pas rapprochées avec exactitude. Il résulte de là un grand nombre d'inconvénients faciles à prévoir. Mais, si la suture était faite d'après les principes qui règnent actuellement, et avec les perfectionnements auxquels a donné lieu l'habitude de l'autoplastie, nous n'hésitons pas à croire qu'on pourrait revenir sur les opinions trop exclusives de Dieffenbach à cet égard.

Le but que nous nous proposons, en rapportant l'observation qu'on va lire, est du reste beaucoup moins en rapport avec les considérations pratiques sur le traitement de ces plaies, qu'avec certains faits physiologiques qui nous ont paru d'une haute importance. Ces faits se rapportent : 1° à l'état de l'orifice supérieur du larynx pendant l'acte de la respiration; 2° à l'existence de ce que nous croyons devoir nommer l'épiglotte arythénoïdienne.

Schwartz Mayer, âgé de 52 ans, ébéniste, rue Saint-Antoine, n° 241, entré le 10 juin 1853, à l'hôpital Saint-Antoine. — Cet homme, voulant se suicider, se porta un coup de rasoir à la région du cou. Le pharynx fut largement ouvert. On voit facilement la partie supérieure du larynx qui d'ailleurs ne paraît pas lésée. Quand le malade porte le menton sur la poitrine, on peut facilement distinguer ce qu'il dit. En introduisant le doigt dans le pharynx, on constate que la sensibilité, toujours si exaltée de cette région, est si faible, qu'on peut y promener la pulpe digitale sans déterminer le moindre accès de toux : circonstance qui nous porterait à conclure que le nerf laryngé supérieur a été coupé. Au contraire, le laryngé inférieur et le pneumo-gastrique paraissent intacts, comme l'indique l'intégrité des phénomènes respiratoires. Enfin, on remarque que, bien que le pharynx soit largement ouvert, la déglutition n'est nullement

empêchée. Le malade a pu manger du riz sans éprouver aucun accident. La langue n'a perdu aucun de ses mouvements.

13 *juin*. Etat de marasme; le malade semble avaler plus difficilement. La plaie suppure.

Le 14, accès de suffocation pendant la nuit, qui paraît avoir été produit par le rétrécissement de l'orifice laryngé supérieur enflammé et tuméfié.

Le 15, la veille au soir, nouvel accès de suffocation. La peau est attirée en bas par les muscles du cou, qui ont perdu leur insertion supérieure. Il faut peut-être ajouter à cette première cause l'espèce de rétraction que subit la trachée vers la poitrine.

Le 26, en introduisant le doigt par la plaie et en le recourbant de bas en haut, on parvient à sentir sur la face dorsale de la langue et tout à fait en arrière, l'épiglotte qui s'y trouve appliquée en manière de feuille d'acanthe.

Le 30, le passage des aliments détermine de la toux. Si l'on excite la muqueuse du larynx avec un corps étranger, les arythénoïdes exécutent un mouvement d'arrière en avant, en vertu duquel l'ouverture supérieure du larynx se ferme.

11 *juillet*. Quand la tête est fortement renversée en arrière, nous observons que les sons laryngés sont sensiblement semblables pour chaque voyelle. On constate également que dans cette position, la plus grande partie des liquides ingérés s'échappe par l'ouverture du pharynx.

Le 13, toutes les fois que le malade sort des salles pour aller au jardin, il est pris d'un accès de toux.

En examinant les parties mises à découvert par la plaie, on remarque que l'ouverture laryngée supérieure se ferme. Ce n'est ni pendant l'inspiration ni pendant l'expiration, c'est pendant la suspension de l'acte respiratoire.

On n'a fait aucune tentative pour réunir les lèvres de la plaie.

Le malade, après avoir présenté, dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, des conditions meilleures, fut pris d'une pneumonie à laquelle il succomba. L'autopsie n'a pu être faite.

Les faits relatifs à l'occlusion de l'orifice du larynx par l'épiglotte arythénoïdienne, pendant l'intermittence respiratoire, ont été constatés par M. Morel-Lavallée.

En résumant les principales circonstances mentionnées dans cette observation, on voit qu'un homme de 52 ans s'est fait, au moyen d'un rasoir, une large plaie à la partie supérieure du cou. L'incision, qui est transversale, a rasé très-exactement le bord supérieur de l'os hyoïde, et de plus, complétement divisé la base de la langue, en détachant l'épiglotte, qui reste appliquée en manière de feuille d'acanthe sur la base de la langue. Il résulte de cette ablation de l'épiglotte que l'orifice supérieur du larynx se trouve complétement découvert et très-facile à observer. Or, voici ce que l'on a constaté :

1° Dans les premiers jours de la lésion, on pouvait promener impunément le doigt sur cet orifice, sans exciter ces phénomènes de suffocation et cette excitation convulsive qui s'observent habituellement au moindre contact d'un corps étranger sur la muqueuse laryngée, particulièrement celle qui borde l'orifice supérieur du larynx. Cette insensibilité a paru tellement extraordinaire dans le cas particulier, qu'elle n'a été expliquée que par la section traumatique des nerfs laryngés supérieurs, section qui aurait paralysé du sentiment la muqueuse du larynx.

2° Le fait le plus remarquable consiste dans le mode d'occlusion de l'orifice supérieur du larynx au-dessous de l'épiglotte. Voici ce qui a été observé à ce sujet :

Le larynx, à son orifice supérieur, et immédiatement au-dessous de l'épiglotte, ne se ferme pas par l'aplatissement transversal; mais, par un mouvement d'arrière en avant de l'espèce de valve bi-arythénoïdienne, qui vient s'abaisser jusqu'au contact avec la concavité du cartilage thyroïde.

Il y a donc, comme moyen de fermeture de l'orifice supérieur du larynx, 1° l'abaissement de l'épiglotte; 2° l'abaissement de ce qu'on peut appeler l'épiglotte arythénoïdienne; 2° le resserrement jusqu'à occlusion des lèvres de la glotte.

On croit généralement qu'en dehors de certaines conditions particulières, telles que l'effort ou bien le passage des liquides et solides dans le pharynx, l'ouverture laryngée supérieure est béante d'une manière non interrompue. Il n'en est rien; car on peut remarquer, chez le sujet de cette observation, qu'il y a des repos fréquemment répétés dans l'acte respiratoire. Il n'y a pas une régularité parfaite dans ces intervalles de repos, comme cela a lieu dans les phénomènes de l'action du cœur, mais ces repos sont beaucoup plus longs et plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

Quand on observe chez ce malade l'acte de la déglutition et de la phonation, il change très-notablement suivant que la tête est inclinée en avant ou plus ou moins renversée dans l'état d'extension. Si, par exemple, on lui commande de prononcer les diverses voyelles, la tête étant renversée, quelle que soit l'intention du malade de prononcer un *a*, un *e* ou un *i*, le son laryngé est identiquement le même. S'il abaisse la tête, chaque voyelle est distinctement articulée.

Dans la déglutition des aliments, si la tête est fléchie, l'acte physiologique s'accomplit très-régulièrement à l'égard des solides et des liquides. Si, au contraire, la tête est renversée, les solides seuls suivent leur cours régulier; une grande partie des liquides s'échappe par la plaie et cause fréquemment des accidents de suffocation.

Hôtel-Dieu. — M. Horteloup.

Abcès volumineux dans le lobe gauche du cervelet. — Ramollissement de toute la partie du cervelet voisine de l'abcès et d'autres portions du cerveau. — Pour tous symptômes : céphalalgie frontale et fièvre, les cinq derniers jours avant la mort.

Malgré les nombreuses théories émises sur les fonctions spéciales de telle ou telle partie des centres nerveux, malgré les milliers d'expériences instituées dans le but de les démontrer, c'est chose bien peu satisfaisante que de voir de temps à autre des faits pathologiques venir contredire tout d'un coup et brutalement des opinions qu'on s'était donné tant de peine à établir. Mais, quoiqu'il y ait des faits avec lesquels, pour le moment, nous ne pouvons raisonner, nous croyons devoir publier l'observation suivante, quoiqu'elle ne soit malheureusement pas la seule qui vienne jeter du trouble dans les idées qu'on se fait généralement sur les fonctions de l'encéphale.

Un jeune garçon, nommé Louis L...., âgé de 16 ans, entra dans le service de M. Horteloup, le 19 janvier dernier.

Cet enfant est tailleur en acier, son intelligence est très-ordinaire, il ne donne que des renseignements assez incomplets sur sa maladie.

Il paraît que, depuis dix à douze jours, il se sentait fatigué, avait perdu l'appétit, et souffrait de temps en temps du mal de tête. Il vint, du reste, à l'Hôtel-Dieu, à pied.

20 *janvier*. A la visite du matin, on constate l'état suivant : Céphalalgie légère occupant le front, sans photophobie; pupilles à l'état normal; la sensibilité, la motilité et l'intelligence sont intactes; anorexie complète; langue rouge à la pointe et sur les bords, humide et limoneuse à sa surface; haleine fétide; ventre à l'état normal; pas de douleur ni de gargouillement dans les fosses iliaques; aucune tache sur la peau, un peu de constipation; peau chaude; 100 pulsations par minute; soif vive; ni épistaxis ni nausées.

L'examen du thorax ne présente rien de particulier (on prescrit un vomitif, de la limonade pour boisson et la diète absolue).

Le 21, le malade a rejeté beaucoup de matières bilieuses; la nuit a été sans sommeil, mais non agitée.

Le 22, céphalalgie très-vive, arrachant des cris au jeune malade, occupant surtout le front; pouls fréquent, mou et battant 90 fois par minute; la langue est moins sale; aucun symptôme de fièvre éruptive ou typhoïde. (*Prescription :* 6 sangsues à l'anus, eau de Sedlitz, limonade 2 pots, diète.)

Le 23, le malade se sent mieux et a un peu dormi.

Le 24, retour de la céphalalgie, elle est plus intense que la précédente, elle dure plus longtemps, présente des rémissions plus rares, occupe toujours le front; la peau est chaude; il y a 100 pulsations; cependant la langue reste nette; l'intelligence et la sensibilité sont à l'état normal; pas de vomissements ni de constipation. (*Prescription :* émélo-cathartique, 5 ventouses scarifiées derrière chaque oreille.)

Le 25, très-peu d'amélioration; la céphalalgie est continue; le malade pousse des cris et des plaintes presque continuelles; l'état général reste le même. (*Prescription :* julep avec 1 gramme d'extrait de valériane et 30 grammes de sirop d'éther.)

Le 27, aggravation de tous les symptômes précédents; cris continuels; le malade porte souvent la main au front; intelligence nette; légère photophobie. (*Prescription :* 8 ventouses scarifiées au cou, 1 pilule de Méglin de 2 heures en 2 heures, till. oranges.)

Le 28, mort après une courte agonie.

Autopsie. — Elle fut faite 28 heures après la mort. Rigidité cadavérique considérable. Après avoir enlevé la calotte osseuse du crâne, on arriva sur la dure-mère qui ne présenta rien de particulier, sauf un peu d'engorgement de ses vaisseaux. Celle-ci incisée, il ne s'écoula pas plus de sérosité qu'à l'état sain; mais en enlevant la masse encéphalique de la boîte crânienne, on s'aperçut, au moment où on extrayait la partie postérieure, celle qui répond au cervelet, que la partie gauche de celui-ci était très-ramollie, se déchirait facilement, et quand le tout fut enlevé, il s'écoula 3 ou 4 onces de sérosité trouble et très-sanguinolente. Le décollement très-facile de la dure-mère et une suture irrégulière et beaucoup plus prononcée que de coutume, avait fait croire tout d'abord à une fracture du crâne au niveau du rocher, et cette circonstance, jointe au peu de renseignements qu'avait donnés le malade, engagèrent à examiner la surface du corps avec soin, et même la région périnéale, où on put très-bien constater une disposition infundibuliforme de l'anus, lequel permettait facilement et sans effort l'introduction de deux doigts dans le rectum. On verra plus tard que des renseignements ultérieurs donnèrent une certaine valeur à cet examen.

Cependant, un examen plus attentif fit voir qu'il n'y avait pas de fracture, et on procéda alors à l'examen de l'encéphale.

Cervelet. — Un abcès volumineux occupe le centre du lobe gauche de cet organe; la cavité de cet abcès peut loger une petite pomme d'api; il s'était ouvert en dedans du côté de la scissure interlobaire par une ouverture assez large; sa cavité est anfractueuse et parcourue par quelques brides qui vont d'une paroi à l'autre; elle est tapissée par une matière pultacée, grisâtre, et renferme encore une certaine quantité de pus sanieux, mêlé à du détritus. Toute la partie du cervelet qui avoisine l'abcès est très-ramollie, tandis que le bulbe et la protubérance sont d'une consistance remarquablement ferme.

Cerveau. — La partie extérieure est de consistance normale, mais quand on eut pénétré dans les ventricules latéraux, on trouva d'abord que la cavité de ceux-ci était doublée d'étendue par de la sérosité, laquelle infiltrait les plexus choroïdes. Toute la partie antérieure ou prolongement frontal de ces ventricules est ramollie et même diffluente, surtout du côté gauche. La voûte à 3 piliers est également ramollie, ainsi que la partie du corps calleux qui est en rapport avec elle. Il en est de même de la superficie des couches optiques et des corps striés. Le ventricule moyen ne présente rien à noter. Quant aux enveloppes du cerveau, elles ne présentent aucune altération.

REMARQUES.— Cette observation est bien propre à faire naître de sérieuses réflexions, sur tout ce qui a cours dans la science, au sujet des fonctions de l'encéphale. En effet, nous voyons des désordres considérables ne donner lieu à aucun trouble dans les fonctions du système nerveux. Loin de nous la pensée de mettre en doute l'exactitude des expériences que les physiologistes ont instituées sur les diverses parties des centres nerveux, mais ce qui frappe tout d'abord, c'est cette différence si grande entre les lésions subites, mécaniques ou expérimentales, et les lésions lentes ou pathologiques. Et même, en dehors de cette comparaison, quelle différence, entre les résultats, pour une même lésion morbide! Ainsi, dans le cas dont il s'agit, point de délire, point de paralysie de sentiment ou de mouvement, et, tous les jours, nous voyons les plus petites lésions, même survenant d'une manière lente, se traduire par des désordres des plus graves dans les fonctions nerveuses. D'où vient donc cette susceptibilité si capricieuse du cerveau? Pourquoi une altération presque imperceptible va-t-elle donner naissance à de la paralysie, à tous les désordres possibles, soit du côté de l'intelligence, soit du côté des organes des sens; tandis que des destructions presque complètes de quelques-unes de ses parties ne donneront lieu à aucun symptôme de trouble fonctionnel, au point même de rendre le diagnostic pour ainsi dire impossible?

Un fait qui vient de se passer dans le service de M. le professeur Trousseau, rend cette observation encore plus curieuse :

Un jeune homme de 17 ans entre à peu près à la même époque à l'Hôtel-Dieu, pour une affection qui se traduisait par des attaques ressemblant assez bien à de l'éclampsie. Ces attaques devinrent de plus en plus fréquentes. Enfin, la dernière dura plus de deux heures, et le malade devint aveugle, strabique, et paralysé du sentiment et du mouvement. On fait l'autopsie. Que trouve-t-on dans le cerveau? Rien, absolument rien.

Une dernière question se présente. Nous avons dit que cet enfant présentait une disposition infundibuliforme de l'anus. Un de ses parents, questionné à ce sujet, nous déclara que la moralité de cet enfant laissait beaucoup à désirer. On lui connaissait des habitudes vicieuses; il s'échappait souvent de chez son maître dans la nuit et rentrait quelquefois le matin, sans qu'on ait pu découvrir où il allait.

On voit, en un mot, que nos prévisions étaient à peu près vérifiées; mais peut-il y avoir quelque rapport de cause à effet entre l'affection cérébrale à laquelle il a succombé et les pratiques vicieuses auxquelles il s'adonnait? Nous craignons que cette question ne soit pas près d'être résolue.

H. DAL PIAZ, *interne du service.*

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 *et* 17 *du tome* 2.)

Symptomatologie. — C'est toujours à la suite d'une néphrite dont on peut retrouver les traces, de maladies de la vessie ou de la prostate, quelquefois à la suite de l'onanisme poussé à l'excès, déterminant des pertes séminales diurnes, qu'il y ait ou non alors altérations de la vessie, qu'on voit survenir cette paraplégie.

Son invasion n'est jamais brusque, soudaine : si quelquefois elle offre l'apparence d'un tel début, on s'aperçoit bientôt, en interrogeant soigneusement le commémoratif, qu'il y a eu, antérieurement, une faiblesse plus ou moins prononcée dans les extrémités inférieures, et souvent des troubles de la sensibilité.

Cette faiblesse peut avoir disparu sous l'influence du traitement ou de toute autre circonstance, ou par le fait même de l'amendement de la maladie fondamentale; d'autres fois, sans avoir cessé d'une manière complète, elle peut se montrer tout d'un coup à un très-haut degré, de façon à constituer la paraplégie proprement dite. Quelquefois, bien longtemps avant l'apparition de la paraplégie, il se manifeste des symptômes paralytiques en divers autres points (55e *obs.*).

Il faut un certain temps d'existence des lésions des organes génito-urinaires, pour que la paraplégie se montre; c'est au moins là le cas le plus ordinaire.

Dans des cas beaucoup plus rares, elle se montre presque au début des lésions de ces mêmes organes ou peu de temps après (*voyez* nos 32e, 38e, 39e, 40e, 42e *obs.*).

Quand la paraplégie se lie à des lésions de la vessie, de la prostate, etc., et que celles-ci tirent leur source du rhumatisme, de la syphilis, de la présence de calcul dans la vessie ou dans l'urètre, de l'onanisme, etc., les malades sont toujours tourmentés par ces maladies longtemps et fort longtemps avant que survienne la paralysie des extrémités inférieures.

Il convient de noter que c'est surtout après des rétentions plus ou moins complètes d'urine, la dysurie, de fréquentes mictions avec souffrance dans la région prostatique, et plus rarement à la suite d'incontinence d'urine, qu'elle se montre.

Voici ce que nous trouvons à ce sujet, en analysant nos observations :

La paraplégie est survenue après des mictions très-fréquentes, trois fois (32ᵉ, 34ᵉ et 36ᵉ *obs.*) ; à la suite de rétention plus ou moins complète d'urine ou de dysurie, onze fois (29ᵉ, 37ᵉ, 40ᵉ, 42ᵉ, 44ᵉ, 47ᵉ, 48ᵉ, 49ᵉ, 50ᵉ, 52ᵉ et 53ᵉ *obs.*).

A la suite d'incontinence incomplète d'urine, une fois (46ᵉ *obs.*). Mais, dans presque tous les cas, les troubles des fonctions urinaires se sont montrés, soit en même temps que l'invasion de la paraplégie, soit pendant son existence, s'ils n'avaient pas eu lieu longtemps à l'avance, et ces troubles, justifiés par les lésions organiques, ne sont point le résultat de la paraplégie elle-même.

L'état des urines, comme symptôme des lésions des organes génitaux urinaires, mérite aussi une mention toute spéciale dans la symptomatologie de la paraplégie, car, quelquefois, ce liquide présente des anomalies toutes particulières.

Les urines sont troubles, bourbeuses ou purulentes, chargées de mucus en plus ou moins grande quantité, dans la très-grande majorité des cas, pendant l'existence de la paraplégie; elles ont déjà ces qualités avant son apparition, dans un certain nombre de cas (32ᵉ, 33ᵉ, 34ᵉ et 36ᵉ *obs.*).

Dans quelques cas aussi, il y a hématurie ou urines sanglantes (34ᵉ 36ᵉ, 44ᵉ et 46ᵉ *obs.*).

Parfois, à la fin de la miction, les urines, claires, limpides d'abord, prennent un aspect opalin, sortent chargées de matières glaireuses ou troubles et épaisses, et le même phénomène se produit pendant l'acte de la défécation où les malades rendent par l'urètre, dans les derniers efforts, une matière glaireuse, filante, opaline, assez analogue au sperme, au premier aspect (35ᵉ, 36ᵉ et 55ᵉ *obs.*).

Quelques recherches microscopiques ont été faites au sujet de l'urine, dans la paraplégie sympathique; elles doivent particulièrement fixer l'attention, car les données qu'elles fournissent peuvent, dans quelques cas, jeter de vives et décisives lumières pour le diagnostic.

Il est des cas où, avec des globules de pus et des globules muqueux, on a vu, dans les urines, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien (32ᵉ, 36ᵉ, 42ᵉ, 43², 47ᵉ et 51ᵉ *obs.*).

Dans trois cas, on a trouvé des corpuscules brillants, paraissant doués de mouvements moléculaires et qu'il a été difficile de définir; ce peut être des portions de spermatozoaires ou des corpuscules propres à la liqueur prostatique (35ᵉ, 43ᵉ et 48ᵉ *obs.*).

Dans l'un de ces cas, avec ces corpuscules, nous avons rencontré des spermatozoaires dans l'urine (85ᵉ *obs.*).

Disons enfin que, dans plusieurs cas, l'urine précipite par la chaleur ou l'acide nitrique (32ᵉ, 35ᵉ, 36ᵉ et 43ᵉ *obs.*).

Mais nous devons faire observer, toutefois, que le plus souvent le précipité se redissout si on sature la liqueur d'acide nitrique (32ᵉ, 35ᵉ et 36ᵉ *obs.*), ce qui prouve que le précipité n'est point albumineux, ou que, s'il est albumineux, il est formé par cette albumine que M. Mialhe appelle albumine amorphe ou caséiforme.

Sous le rapport de la pesanteur spécifique, le liquide urinaire en présente une plus considérable qu'à l'état normal, dans bon nombre de cas, lorsqu'il précipite par l'acide nitrique ou la chaleur, et d'autres fois quand, ne précipitant pas, il contient au moins des globules muqueux ou du pus.

Il est remarquable de voir comment ce liquide change du matin au soir, du jour au lendemain. Acide le soir, il se présente alcalin le matin, ou *vice versâ*. Quand il revient à l'état neutre ou acide, et qu'il le conserve, la maladie s'améliore ; quand il contient des corpuscules brillants, il est ordinairement alcalin.

L'un des points les plus importants dans la symptomatologie de la paraplégie sympathique, est de connaître comment se comportent les troubles de la sensibilité et de la motilité des extrémités inférieures.

Il est bon d'observer d'abord, qu'avec ces troubles localisés, il existe parfois aussi des troubles d'autres fonctions organiques, tels que troubles de l'intelligence, de la vue, de la digestion ; que la tristesse, le dégoût de la vie, le désespoir, s'emparent quelquefois des malades (32ᵉ, 55ᵉ et 59ᵉ *obs.*).

C'est ainsi que l'intelligence peut s'émousser, s'affaisser au point de constituer l'idiotie, ce qui a surtout lieu chez les paraplégiques par suite de masturbation. Les digestions deviennent difficiles, laborieuses; il y a de la dispepsie; la vue peut s'obscurcir aussi, et parfois un tremblement des mains précède l'inertie des extrémités inférieures, ce qui a été noté dans la 55ᵉ observation.

L'abolition de la motilité n'est pas toujours complète, tant s'en faut ; on voit les troubles de cette fonction varier depuis la simple faiblesse des extrémités inférieures jusqu'à l'impossibilité absolue de tout mouvement ou de la sustentation.

L'impossibilité absolue de la locomotion s'est montrée dans un peu plus d'un tiers des cas, onze faits sur trente-et-un (32ᵉ, 33ᵉ, 34ᵉ, 35ᵉ, 36ᵉ, 41ᵉ, 42ᵉ, 47ᵉ, 49ᵉ, 54ᵉ et 55ᵉ *obs.*). Dans tous les autres cas, la locomotion est plus ou moins affaiblie, mais point complétement abolie. Quatre fois sur trente-et-une, l'abolition du mouvement s'accompagne de fourmillements dans les membres paralysés jusqu'au niveau de l'ombilic (32ᵉ, 34ᵉ, 54ᵉ et 47ᵉ *obs.*).

Quatre fois, ou dans un peu moins d'un huitième des cas, on remarque, avec la paralysie du mouvement, un refroidissement notable des extrémités inférieures (32ᵉ, 36ᵉ, 43ᵉ et 49ᵉ *obs.*).

Cinq fois sur trente-et-un cas, ou dans un peu moins d'un sixième, les membres paralysés sont le siége d'un engourdissement prolongé (26ᵉ, 35ᵉ, 36ᵉ, 49ᵉ et 58ᵉ *obs.*).

Sous le rapport des troubles de la sensibilité dans les membres paralysés, voici ce qui résulte des observations consignées dans notre mémoire : dans huit cas, ou un peu plus d'un quart, la sensibilité est plus ou moins exaltée. Cette exaltation se traduit par des douleurs, des agacements, des picottements, des fourmillements douloureux, etc. (33ᵉ, 42ᵉ, 44ᵉ, 45ᵉ, 47ᵉ, 55ᵉ, 56ᵉ et 57ᵉ *obs.*).

Dans quatre cas, ou un peu moins du huitième, elle est abolie ou diminuée à un degré plus ou moins prononcé (34ᵉ, 38ᵉ, 41ᵉ et 54ᵉ *obs.*), et dans un cas, on ne trouve que l'abolition de la sensibilité tactile.

Il s'ensuit évidemment que, dans la paraplégie sympathique, la sensibilité se trouve plus souvent exaltée qu'abolie, ce qui est tout le contraire dans les autres paraplégies.

Une fois sur trente-et-une, les membres paralysés sont le siége d'une contracture permanente de la part des fléchisseurs, qui fait que les jambes restent appliquées sur la face postérieure des cuisses (54ᵉ *obs.*).

Une fois sur trente-et-une aussi, on constate l'atrophie des membres inférieurs (34ᵉ *obs.*).

Une fois sur trente-et-une, il existe de l'œdème dans ces mêmes membres (43ᵉ *obs.*).

Deux fois sur trente-et-une, la paraplégie s'est étendue à la vessie, ou au rectum et à la vessie à la fois (37ᵉ et 40ᵉ *obs.*).

En résumé, dans la paraplégie sympathique, la motilité est toujours affectée, la sensibilité l'est moins souvent, l'atrophie des membres est tout à fait l'exception.

La plupart des malades ressentent des douleurs plus ou moins vives dans les reins, soit avant la paraplégie, soit pendant sa durée : ces douleurs peuvent s'apaiser, disparaître même complétement, ou bien rebondir, devenir plus intenses, sans qu'on puisse leur trouver la moindre relation avec la paraplégie; la

raison en est que ces douleurs sont symptomatiques des lésions rénales ou vésicales.

Ces douleurs ont été très-violentes quand la maladie s'est terminée promptement d'une manière funeste (37e et 38e *obs.*); elles ont été violentes aussi dans la 32e observation, où l'issue a été heureuse.

Elles succèdent tantôt à un coup, une chute, un refroidissement, à des injections anti-gonorrhéiques : tantôt elles sont la conséquence de l'abus du coït ou de la masturbation, et d'autres fois elles surgissent sans cause physique appréciable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'aménorrhée dans la phthisie,

Par M. René Van Oye.

Beaucoup de médecins sont tentés de considérer l'aménorrhée chez les jeunes personnes, au début de la phthisie pulmonaire, comme une des causes de la maladie, et essayent quelquefois d'instituer un traitement ayant pour but de rappeler les règles. C'est une erreur qu'une observation attentive des faits met complétement hors de doute. En effet, au lieu de voir l'état des malades s'améliorer lorsque les moyens mis en usage réussissent à reproduire les menstrues, on constate presque toujours une précipitation dans le cours de la maladie. L'emploi des emménagogues, tant internes qu'externes, doit donc être rejeté; tout au plus me paraît-il permis de faciliter l'écoulement des règles, interrompu par suite de l'affection, quand des signes évidents montrent que l'organisme est disposé à rétablir la fonction menstruelle, ce qui n'a guère lieu, du reste, que lorsque la constitution s'est notablement améliorée. Ces vérités, pour être faciles à saisir, ne sont pas toujours présentes à l'esprit des praticiens. Dernièrement encore, nous avons vu un médecin, jouissant d'une réputation méritée, ordonner une douzaine de sangsues à la vulve d'une phthisique arrivée à l'ultime période de la maladie. Inutile de dire quel fut l'effet de cette ordonnance. Non-seulement les règles ne reparurent point, mais encore l'état de faiblesse augmenta rapidement, et, en moins d'une quinzaine, la malade succomba. (*Ann. médic. de la Flandre occidentale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— D'après le journal américain, *The New-York Herald*, qui rend un compte complet, dans son numéro du 21 janvier, de l'exposition universelle de New-York, nous devons modifier ainsi la nouvelle que nous avons empruntée au *Journal des Débats :*

Médailles d'argent: à M. Charrière (Jules), de Paris, pour une case d'instruments ingénieux et d'une parfaite exécution ; — à M. Luër (Aimé), de Paris, pour des instruments originaux et d'une parfaite exécution.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon :*

Société de médecine de Lyon. — Dans la séance du 9 janvier cette compagnie a élu, *vice-président,* M. Théodore Perrin ; *secrétaires adjoints,* MM. Garin et Rambaud.

Concours, le lundi 8 mai 1854, pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq séances, ainsi qu'il suit :

Premier jour. — Question d'anatomie et de physiologie, à traiter de vive voix.

Second jour. — Question de pathologie chirurgicale et accouchement, à traiter par écrit ; lecture des mémoires en séance publique.

Troisième jour. — Question de médecine opératoire, à traiter de vive voix : les concurrents pratiqueront sur le cadavre une opération chirurgicale.

Quatrième jour. — Question médico-chirurgicale, à traiter par écrit; lecture des mémoires en séance publique.

Cinquième jour. — Examen clinique d'un malade choisi par le jury ; les candidats émettront de vive voix, en séance publique, leur opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie soumise à leur examen.

La question à traiter dans chaque séance sera la même pour tous les concurrents ; un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury.

A la fin des épreuves, et après le vote du jury, l'administration nommera, s'il y a lieu, le chirurgien-major.

Conditions d'admission au concours. — 1° Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, à l'Hôtel-Dieu, quinze jours au moins avant le 8 mai.

2° Nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est porteur d'un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie, délivré par l'une des trois Facultés de médecine.

3° En se faisant inscrire, les candidats devront déposer leur acte de naissance, leur diplôme de docteur; et, s'ils ne demeurent pas à Lyon, un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

4° Avant de concourir, chaque candidat prend connaissance du règlement de l'Hôtel-Dieu, et s'engage à remplir, en cas de nomination, toutes les obligations que ce règlement impose au chirurgien-major.

Ces candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine ou la chirurgie : ces documents seront examinés par MM. les jurés.

Services et honoraires. — Le cadidat nommé fera pendant six ans, à partir du 1er janvier 1856, le service d'aide-major; il exercera ensuite les fonctions de chirurgien-major pendant six autres années, à l'expiration desquelles il conservera également pendant six années, sous la dénomination de chirurgien titulaire, le service indiqué par la délibération du 19 juillet 1848.

Les honoraires de l'aide-major sont de 400 francs par an ; ceux du chirurgien-major de 720 francs; l'un et l'autre ont, de plus, le logement et la nourriture à l'Hôtel-Dieu, ainsi que le chauffage et l'éclairage.

Le chirurgien titulaire est externe; il reçoit annuellement 600 francs de traitement et 600 francs de droit de présence.

— *Création d'un nouvel hôpital à Lyon.* — Dans un rapport présenté par M. le conseiller d'État, à la Commission municipale de Lyon, sur les améliorations à introduire dans cette ville, nous avons remarqué le passage suivant :

« Quant au quartier de la Croix-Rousse, le vœu qui m'a été exprimé en son nom, c'est d'avoir un hospice qui dispense ses malades du long trajet qu'ils ont à faire pour aller chercher des secours à l'Hôtel-Dieu, et qui recueille ceux de ses vieillards qui sont dépourvus de ressources, sans les éloigner de leurs familles et de leurs amis.

« L'Hôtel-Dieu et la Charité ne suffisent plus, en réalité, pour l'accroissement qu'a pris la population des quatre communes réunies, et une succursale de ces deux établissements ne saurait être mieux placée que dans un arrondissement presque tout composé d'ouvriers.

« L'administration des hospices a déjà voté l'établissement de cette succursale, secondant ainsi le désir qu'a l'administration municipale de donner une satisfaction à la population de la Croix-Rousse, et vérifiant ces sages et conciliantes paroles que nous faisait entendre, il y a peu de jours, son président : « L'administration des hospices se considère comme une émana- « tion, une délégation de l'administration de la ville de Lyon, pour une partie « des services communaux. »

« Si, par suite des dépenses que nécessitera le nouvel établissement, le revenu des hospices devient insuffisant pour leurs besoins annuels, c'est la caisse municipale qui aura l'obligation d'y suppléer ; ainsi se trouve constaté le concours de la ville dans la création de l'établissement dont il s'agit de doter la Croix-Rousse. »

L'administration des hospices est, dit-on, sur le point d'acheter l'établissement des Trinitaires, situé dans le quartier des Tapis. Si cette négociation réussit, on pourra établir, d'ici à quatre ou cinq mois, trois services de cent lits chacun.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 19. 2e année. Mardi 14 Février 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 13 Février 1854.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Ni matérialistes ni vitalistes.—Positivistes ou orthodoxes.

Tandis que les *faits* les plus importants, les plus considérables, les plus fertiles en conséquences graves, éveillent à peine l'attention publique et s'effacent avec une incroyable rapidité du souvenir des hommes, entraînés qu'ils sont par le tourbillon d'événements accumulés qui nous emporte tous, et nous laisse à peine le temps de nous reconnaître, il est des questions, d'un intérêt fort médiocre, qui ont le privilége de vaincre l'indifférence, de résister à l'oubli, et de se transmettre, toujours jeunes, vivaces et ardentes, d'une génération à l'autre, pendant une longue suite d'années.

Que, si l'on cherche à se rendre compte de ce phénomène, on ne tarde pas à s'apercevoir que ces questions ne sont éternelles que parce qu'elles dérivent des passions, des préjugés, de l'esprit de parti, de l'intérêt personnel, de l'envie ; tristes et inévitables attributs de l'humanité, qui vivront aussi longtemps que le monde.

Parmi les questions dont il s'agit, il en est une qui, depuis plus de cinquante ans, se retrouve dans toutes les bouches, qui a fait les frais d'une foule de livres, de brochures, de pamphlets, de libelles, d'articles de journaux ; qui, dernièrement encore, s'est produite dans les plus hautes sphères sociales; qu'un grand nombre de gens colportent avec acharnement et exploitent avec une charitable et pieuse ferveur, et qui, bien que se rattachant à l'enseignement universitaire de France en général, a été spécialement et traîtreusement accrochée aux flancs de la Faculté de médecine de Paris.

Cette question peut être résumée dans les termes suivants :

L'École de Paris est VOLTAIRIENNE *et* MATÉRIALISTE ; *l'École de Montpellier est* HIPPOCRATISTE *et* VITALISTE.

Nous nous proposons de démontrer qu'à moins d'être complétement étranger aux sciences médicales et à la marche qu'elles ont suivie depuis le commencement de notre siècle, il suffit de quelques minutes de réflexion pour se convaincre que ces paroles sont un non-sens, si elles ne cachent pas une perfidie.

Mais d'abord, peut-il encore exister plusieurs *Écoles ?* Existe-t-il, en particulier, une *École* de Paris et une *autre*

FEUILLETON.

Eloge historique de Marie-Henri Ducrotay de Blainville,

Par M. Flourens, *secrétaire perpétuel.*

Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie des sciences du lundi 30 *janvier* 1854.

(Suite et fin. Voir les nos 15 et 16 du tome 2.)

La prophétie s'est accomplie. A la gloire de notre siècle, Cuvier se crée un art nouveau ; il touche ces débris épars, et fait revivre à nos yeux étonnés les *races éteintes*.

Il interroge chaque couche du globe, et chacune lui rend une population propre.

Il trouve d'abord des *crustacés*, des *mollusques*, des *poissons ;* puis des *reptiles;* puis des *mammifères,* mais des *mammifères* dont la race n'existe plus : il ne trouve les races qui vivent aujourd'hui qu'à la surface actuelle du globe.

La vie ne s'est donc développée que graduellement, progressivement ; et la belle théorie de la *succession des êtres* croît et s'élève comme la déduction la plus sûre des observations les mieux établies.

Il y a eu, selon Cuvier, plusieurs créations *partielles* et *successives ;* ces populations multiples se sont *perfectionnées,* en se diversifiant ; et pour la disparition subite de tant d'espèces à la fois, il a fallu des causes violentes et brusques.

M. de Blainville prend, l'une après l'autre, chacune de ces propositions, et les combat toutes.

Il veut une création unique et simultanée ; une population première et complète, soumise à des extinctions incessantes ; et, pour ces destructions continues, il ne lui faut que des causes ordinaires et lentes.

Comment ! s'écrie-t-il, vous prétendez qu'à chaque révolution que vous supposez, le grand ouvrier des choses créées a recommencé son œuvre !

Mais remarquez, d'abord, la ressemblance générale qui lie les espèces vivantes aux espèces perdues. Malgré toute votre sagacité, vous n'avez pu réussir à distinguer, par un trait certain, l'éléphant fossile de l'éléphant actuel des Indes.

Vous reconnaissez vous-même que, parmi les animaux fossiles, il s'en trouve plusieurs qui ne diffèrent en rien des animaux vivants.

Les faits sur lesquels vous fondez votre théorie ne sont donc que des faits insuffisants, incomplets. Des faits incomplets ne peuvent être posés comme limite à nos conjectures.

A défaut de faits complets, qu'il n'a pas plus que M. Cuvier, M. de Blainville cherche une raison supérieure qui puisse lui en tenir place, et délivrer son esprit impatient du tourment d'attendre.

École rivale, antagoniste? Ce n'est que par un puéril jeu de mots qu'il nous semble possible de le nier.

L'*École de Paris* existe : son individualité est parfaitement distincte et facilement reconnaissable à certains caractères, qui ont fait, qui font et qui feront sa gloire, sa force et sa durée.

En face d'elle, et *contre elle,* se dresse une autre *École* dont l'individualité n'est pas moins nettement dessinée. Que cette École rivale soit à Montpellier, qu'elle n'y soit pas ou qu'elle n'y soit *plus,* que certains hommes soient, oui ou non, autorisés à dire :

Rome n'est plus dans Rome, elle est toute où je suis ;

c'est là une question subsidiaire qui ne change rien au fond des choses, et que nous n'avons pas à examiner.

Deux courants, parallèles dans une grande partie de leur trajet, mais très-divergents à leurs extrémités, se disputent l'intelligence de l'homme; la lutte, qui a déjà plus d'un siècle de durée, a pu, à une certaine époque, être considérée comme irrévocablement terminée ; mais des cataclysmes imprévus ont tout remis en question, et aujourd'hui, les esprits les plus droits, les plus fermes, flottent de nouveau incertains entre la vérité et l'erreur, semblables à des navigateurs qui ont perdu leur boussole et qui errent à l'aventure sur la vaste mer du doute et de l'inconnu.

Si les admirables conquêtes du XVIIIe siècle et de la première moitié du XIXe, ces conquêtes si laborieusement et si chèrement achetées, ont conservé leur valeur dans l'ordre physique, il semble qu'elles ne soient destinées qu'à jeter la perturbation, le trouble, l'indécision dans l'ordre intellectuel et moral. Les archevêques et les évêques intervenant par des mandements, en 1854, dans la question des tables tournantes et des esprits frappeurs : voilà un phénomène bien capable de nous faire mesurer le chemin que nous avons déjà parcouru en arrière, et qui menace de nous ramener aux bienheureuses ténèbres du moyen âge.

Dans ces conjonctures, il nous paraît opportun de signaler à la jeune génération médicale les tendances, les doctrines qui aspirent à la guider, en les dépouillant de tous les artifices de langage, de toutes les subtilités de raisonnement dont on s'est plu à les entourer, et en les ramenant à la vérité et à la sincérité.

L'École de Paris serait donc MATÉRIALISTE? Voyons ce que peut signifier ce mot, et jusqu'à quel point il est applicable à l'enseignement de notre Faculté.

L'époque où l'accusation de *matérialisme* a été portée avec le plus de force et avec la plus grande *apparence* de raison contre l'École de Paris, est celle qu'ont illustrée les magnifiques travaux d'anatomie normale et pathologique qui ont enfin donné une base solide et impérissable aux recherches biologiques. Cette assertion, si elle avait besoin d'être justifiée, le serait par ce fait incontestable que, pendant longtemps et qu'aujourd'hui même, les expressions d'*École anatomo-pathologique* et d'*École matérialiste* ont été et sont encore considérées comme synonymes par un grand nombre de personnes. Il résulte de cette première considération que les principaux représentants du matérialisme médical sont les Bichat, les Laënnec, les Broussais, les Dupuytren, les Andral, les Bouillaud, les Cruveilhier, les Louis, les Rostan, etc., singuliers matérialistes, et qui feraient de l'enfer un lieu d'excellente compagnie.

Mais quel rapport existe-t-il donc entre le matérialisme et l'anatomie normale ou pathologique? Est-ce que l'homme est un pur esprit? Est-ce qu'il n'a point un corps formé d'organes accessibles aux sens? Est-ce qu'il n'est point intéressant, utile, nécessaire de connaître la position, la forme, les rapports, la structure, les usages de ces organes? Est-ce que ces organes ne subissent pas souvent des modifications plus ou moins considérables dans certaines circonstances physiologiques et pathologiques?

Quelque vitaliste ou hippocratiste que l'on soit, il est difficile de ne point répondre par l'affirmative à toutes ces questions.

Or, qu'ont fait les anatomistes et les anatomo-pathologistes, sinon *étudier* et *décrire* les organes dans l'état physiologique et dans l'état pathologique? Ont-ils, par hasard, nié la *vie?* Ont-ils prétendu circonscrire la science de la vie dans la connaissance des organes? Ont-ils assimilé la *matière organisée et* VIVANTE à la matière *inorganique et brute,* ou à la matière organisée MORTE? Ont-ils considéré l'étude *cadavérique* des organes comme autre chose qu'une notion préliminaire, indispensable pour pouvoir s'élever à l'étude de l'homme *vivant?* L'ignorance ou la mauvaise foi pourrait seule le soutenir. Ce que nous disons est encore si vrai, qu'à l'époque d'anatomie a succédé l'époque de physiologie normale et pathologique, sur le drapeau de laquelle on lit les noms des Dumas, des Magendie, des

---

Cette raison supérieure lui paraît être dans l'*unité du règne.*

Et ici la science lui doit un de ses grands progrès.

Tant qu'il s'était borné à l'étude des espèces actuelles, la *série animale* lui avait offert partout des *lacunes,* des *vides.* Partout des êtres manquaient. C'est alors que, dans un éclair de génie, il voit et retrouve dans la nature perdue les êtres qui manquent à la nature vivante, et qu'il intercale avec une habileté surprenante parmi les espèces actuelles les espèces fossiles, saisissant dès ce moment même et, le premier entre tous les naturalistes, nous découvrant enfin l'*unité du règne.*

Le *règne animal* est donc un. L'*unité de règne* semble le premier point démontré de l'*unité de la création.*

Après avoir exposé les opinions contraires des deux auteurs, j'examine leurs méthodes, qui ne le sont pas moins.

M. Cuvier suit les faits : également résolu et à les attendre, quelque lentement qu'ils arrivent, et à accepter le résultat qu'ils lui donneront, quel qu'il puisse être, soit la théorie des *créations successives,* si les espèces continuent à se trouver partout séparées et superposées, soit la théorie d'une *création unique et simultanée,* si on finit par les trouver quelque part réunies et confondues.

M. de Blainville prend un grand fait qu'il transforme en principe : le fait de l'*unité du règne;* et de l'*unité du règne* il conclut hardiment l'*unité de la création.*

C'est toujours, d'un côté, la marche expérimentale, avec son procédé sûr et ses résultats incertains ; c'est toujours, de l'autre, la marche dogmatique, avec son résultat présenté comme certain, mais obtenu par un procédé qui n'est pas sûr.

L'esprit humain se sert de ces méthodes et les juge. Il a cela d'excellent, qu'il ne trouve jamais le repos que dans la connaissance pleine et entière des choses. C'est cette inquiétude du vrai, mouvement continué d'une impulsion divine, qui fait sa force dans le travail et sa joie dans la découverte. Dans l'étude nouvelle qui nous occupe, une foule de faits, j'entends de faits nécessaires, nous manquent encore. Nous n'avons exploré qu'une partie de la surface du globe ; il est des lieux où, dans un débat aussi grave, la nature s'étonne de n'avoir pas été interrogée. Il s'élèvera des observateurs hardis qui s'ouvriront des régions inconnues. Il s'élèvera des penseurs nouveaux. La belle science des Cuvier et des Blainville, car, par l'opposition même des idées, les deux noms resteront unis, en est venue du moins à ce point supérieur, de poser enfin avec précision le problème qui la divise ; et ce problème de l'ordre *successif* ou *simultané* des êtres créés est assurément, dans le domaine de l'histoire naturelle, le plus grand que le génie des hommes ait jamais conçu.

Maîtrisé par des idées si hautes et si pleines de séduction, M. de Blainville en vint à condescendre de moins en moins à ces rapports de confiante aménité qui rendent la vie facile. Pour s'en excuser envers lui-même,

Boussingault, des Bouchardat, des Mialhe, des Cl. Bernard, etc.

C'est donc à dire que l'*École physiologique* n'est pas moins matérialiste que l'*École anatomique?* Oui, vraiment; pour être conséquent et pour aller jusqu'au bout, il a fallu articuler cette absurdité. L'anathème lancé contre le scalpel s'est retourné foudroyant contre l'instrument de physique et contre le réactif! Mais du carbone est-il brûlé, oui ou non, au sein de l'organisme *vivant*, par le fait d'une véritable combustion? La diastase salivaire et pancréatique transforme-t-elle, oui ou non, la fécule en glucose? Je ne sache pas qu'il existe de par le monde un seul vitaliste qui soit disposé à répondre non.

En allant au fond des choses, il devient donc évident qu'il n'y a et qu'il ne peut y avoir *qu'une seule École* quant aux *faits* qui tombent sous nos sens, et qui sont accessibles à nos moyens d'investigation. A moins d'être tout simplement privé du sens commun, il est impossible de rejeter du domaine biologique ni le scalpel, ni le microscope, ni la pile, ni les réactifs. Ce n'est ni sur l'anatomie normale ou pathologique, ni sur la symptomatologie, ni même sur la physiologie EXPÉRIMENTALE que peuvent porter les dissidences; c'est seulement sur l'*étiologie*. Ce n'est que lorsqu'il s'agit de la recherche des *causes* que peuvent éclater les contradictions, que des Écoles différentes peuvent surgir, et c'est ici que nous croyons utile de dessiner nettement les deux partis qui se disputent l'enseignement et la pratique de la médecine.

D'une part se présentent les POSITIVISTES, lesquels déclarent avec Aug. Comte :

« Que nos efforts doivent tendre a la découverte des « lois NATURELLES, en considérant comme *absolument* « *inaccessible et vide de sens, pour nous, la recherche des* « *causes, soit premières, soit finales;* »

Avec M. le professeur Dumas :

« Qu'il faut nous borner à étudier le rôle de la matière « dans la production et l'accroissement des êtres orga- « nisés, la part qu'elle prend à l'accomplissement des « phénomènes, de leur existence journalière, et les alté- « rations qu'elle éprouve après la mort; »

Avec Berzélius :

« Qu'il sera toujours plus honorable pour nous d'admi- « rer la sagesse que nous ne pouvons suivre, que de vou- « loir nous élever à une connaissance *supposée* de choses « qui seront probablement à jamais hors de la portée de « notre entendement. »

De l'autre côté se rangent les hommes qui, au-dessus du *naturel*, placent le *surnaturel*; qui, à *l'inexplicable*, substituent *l'incroyable*, et qui rattachent les causes premières et finales à la *révélation*, à l'intervention incessante d'une *volonté universelle* et *toute-puissante.*

Ayons le courage de la franchise :

Nous sommes tous VITALISTES, car l'objet de nos travaux, de nos recherches, de nos investigations, c'est la VIE.

Il n'y a point de MATÉRIALISTES dans le sens que la mauvaise foi et la méchanceté ont donné à ce mot; mais seulement dans le sens que Voltaire a si bien exprimé en quelques lignes :

« *L'énergumène.* — Qu'est-ce que l'esprit?

« *Le philosophe.* — Je n'en sais rien.

« *L'énergumène.* — Qu'est-ce que la matière?

« *Le philosophe.* — Je n'en sais pas grand'chose. Je la crois étendue, solide, résistante, gravitante, divisible, mobile; Dieu peut lui avoir donné mille autres qualités que j'ignore.

« *L'énergumène.* — Mille autres qualités, traître! Je vois où tu veux en venir : tu vas me dire que Dieu peut animer la matière! »

Il existe encore de par le monde quelques MÉTAPHYSICIENS, mais le nombre en diminue chaque jour, et bientôt deux méthaphysiciens ne pourront plus se regarder sans rire. L'École de Montpellier a été métaphysicienne, et c'est pour la maintenir sur ce terrain que certains adeptes surannés s'épuisent encore en vains efforts de logomachie, et poussent jusqu'à ses limites extrêmes l'art de parler longtemps et de beaucoup écrire pour ne rien dire; mais ces respectables momies n'ont plus le pouvoir de convaincre les hommes ni même de fasciner les femmes ou les enfants, et ils n'obtiennent d'autre prix de leurs nébuleuses élucubrations que d'être reniés, honnis, conspués par leurs alliés d'autrefois, qui sont aujourd'hui leurs adversaires, et qui seront leurs ennemis demain. Le temps des concessions, des compromis, des réticences est passé et ne reviendra pas.

Mais il y a des POSITIVISTES et des ORTHODOXES, et c'est entre eux que le débat sera désormais circonscrit. Or, l'École de Paris est positiviste, et l'École de Montpellier,

---

il attribuait à rigidité de principe ce qui n'était qu'erreur de jugement.

Il était alors en possession des *priviléges*, très-réels, du succès. Ils ne diminuèrent point ses prétentions. Il les apporta toutes dans cette Académie, en dépit de l'avertissement que nous a donné Fontenelle : « Ici on a « voulu que tout fût simple, que personne ne se crût engagé à *avoir* « *raison;* qu'aucun système ne dominât, et que toujours les portes res- « tassent ouvertes à la vérité. »

Cette liberté d'*avoir raison* parut, à qui avait trop appris dans le professorat tout ce que vaut le droit du plus fort, intolérable dès qu'elle ne s'appliquait pas à lui seul. Répliquant avec une tranchante autorité, M. de Blainville oubliait qu'il était descendu de sa chaire, et qu'ici tous les siéges sont égaux. « Sans doute, » disait en parlant d'un de ses confrères le sage historien que je viens de citer, « sans doute la recherche de la « vérité demande dans l'Académie la liberté de la contradiction; mais « toute société demande dans la contradiction de certains égards, et il ne « se souvenait pas que l'Académie est une société. On ne laissait pas de « bien sentir son mérite au travers de ses manières, mais il fallait quelque « petit effort d'équité, qu'il vaut toujours mieux épargner aux hommes. »

Ces efforts d'équité n'échappèrent pas plus à M. de Blainville que la terreur que, par ses brusques attaques et par ses luttes à outrance, il en était venu à inspirer aux plus valeureux académiciens. Prenant dès lors une résolution extrême, il sembla se dire aussi :

> Mon dessein
> Est de rompre en visière à tout le genre humain.

Il s'éloigna de nos réunions (1); et, nouvel Alceste, pour trouver

> Sur la terre un endroit écarté
> Où d'être homme d'honneur on eût la liberté,

il se barricada de plus belle au fond de son cabinet.

Il avait entrepris de donner, dans un grand ouvrage d'*ostéographie comparée,* la description et la démonstration des collections qui lui étaient confiées, et surveillait, avec cette sévérité d'attention qui lui était propre, des dessins que mieux que personne il était capable de juger. Cette entreprise entraînait à d'énormes dépenses, et avait toutes sortes de droits aux encouragements que, dans tous les temps, l'autorité accorde aux publications sages et vastes. Il était donc de simple justice que cet ouvrage fût placé sous le patronage du gouvernement. Mais, pour obtenir, il faut de-

(1) Sa position imposait au savant orateur l'obligation de ne point parler de la cause ou tout au moins du prétexte de cet éloignement; mais nous ne sommes pas tenu à la même discrétion, d'autant plus que le trait dont il s'agit ne contribue pas médiocrement à peindre le caractère de Blainville. A la suite d'une nomination académique qui avait excité toutes les antipathies du célèbre naturaliste, il s'écria en sortant de la salle des séances : « *Puisque vous venez de faire passer un âne par cette porte, à partir de ce jour, je n'y passerai plus,* » et il tint parole.

ne pouvant plus être métaphysicienne, doit être orthodoxe, si elle veut conserver une individualité et être autre chose que la seconde Faculté de médecine de France.

Hâtons-nous d'ajouter et de démontrer que cette manière de voir ne nous appartient pas exclusivement et qu'elle a déjà été formulée par les antagonistes de la Faculté de Paris, et par ceux qui aspirent au titre de véritables représentants de la Faculté de Montpellier.

L'anthropologie, dit M. Bautain, part des données que lui fournit, sur l'origine et la nature de l'homme, l'ontologie, basée sur la parole divine et la révélation.

Tant que nous avons eu un ennemi, dit un pâle écho de cet habile écrivain, nous avons cru prudent de ne pas rompre l'ensemble des partis vitalistes, et de faire cause commune avec l'École de Montpellier pour le combattre. Mais le combat fini par la victoire, il s'agit de se reconnaître et de se distinguer par la *pureté* des principes.... C'est contre Montpellier, c'est contre le *principe vital qui déguise une âme organique* que nous nous proposons de nous mesurer.

A la bonne heure ! Dans ces termes, la question est franchement posée, et nous acceptons volontiers le combat ! Plus de réticences, plus de creuse phraséologie, plus de vaines disputes de mots, plus de perfides insinuations, et pour montrer, du premier coup, combien nos armes seront courtoises et loyales, nous allons commencer par donner la parole à nos adversaires, en puisant aux sources les plus élevées et les plus *pures* dont puisse s'honorer leur parti.

Nous espérons que les passages que nous allons textuellement reproduire auront, pour le lecteur, non moins de charme que d'intérêt ; dans tous les cas, ils auront le mérite de bien fixer le terrain de la discussion, en mettant dans tout leur jour et dans tout leur éclat, quelques-unes des principales applications de l'ontologie aux sciences naturelles.

Chimie. — De même qu'une fleur épanouie exhale une douce odeur, en répandant autour d'elle l'esprit qui l'anime et qui vient affecter agréablement notre organe ; ainsi une âme pleine d'innocence, de vertu et de charité, s'ouvrant avec amour sous l'influence vivifiante du soleil des âmes, rayonne autour d'elle l'esprit céleste qui la remplit ; c'est ce qu'on appelle la bonne odeur d'une sainte vie. *Ce qui peut servir à expliquer, jusqu'à un certain point, ce qu'on raconte des corps des saints, à savoir qu'ils exhalent souvent après la mort, et même longtemps après leur inhumation, une odeur agréable.* L'esprit divin, dont les âmes qui habitaient ces corps étaient abondamment pénétrées, a pu y laisser des émanations vivifiantes capables d'en empêcher la corruption, *comme cela arrive d'ailleurs par l'embaumement avec des substances aromatiques.*

Physiologie. — Quoique le sens ne puisse s'exercer que par un organe, cependant il n'est pas attaché exclusivement à tel organe, ni surtout à la forme organique. Ainsi la vue, qui fonctionne *ordinairement* par le nerf optique et le globe de l'œil, peut néanmoins agir et être impressionnée par une autre voie. Les somnambules qui arrivent à la clairvoyance magnétique, soit naturellement, soit artificiellement, à la suite de certaines manipulations, voient, les yeux fermés, ce que nous n'apercevons pas avec nos yeux ouverts. Ils distinguent les choses à de grandes distances ou à travers des milieux opaques, ils perçoivent ce qui se passe dans un corps malade, le siége de la maladie, etc. ; ils lisent une lettre cachetée et placée sur l'épigastre, *et autres choses de ce genre.*

La vue est le sens de la manifestation, le goût, celui du mystère ; or, mystère et manifestation sont l'être et l'existence, le subjectif et l'objectif dans chaque chose. Le mystère se perçoit par le goût et non par la vue ; autrement il ne serait point mystère. La manifestation se perçoit par la vue et non par le goût ; autrement elle ne serait pas la lumière. L'homme ne peut donc connaître l'être qu'autant qu'il a le goût de l'être, et ce goût, nourri et cultivé en lui, fait sa sagesse. Il ne peut connaître l'existence qu'autant qu'il en a l'évidence par la lumière, et cette évidence fait sa science. Or, la science et la sagesse qui proviennent de l'évidence et du goût sont au-dessus de tout argument ; car on ne dispute point des goûts.

Nous ressentons du malaise, du trouble dans l'atmosphère des hommes vicieux et méchants, et cela sans contact, sans parole, sans regard, *sans communication autre que celle des atmosphères, et par le mélange des émanations perçues par l'odorat.*

Dieu a parlé à l'homme. Car *l'homme ne parlerait pas* s'il n'avait entendu la parole, si son divin Auteur ne lui avait parlé le premier.

L'estomac, pôle inférieur du cœur, en correspondance avec le cerveau qui en est le pôle supérieur, se polarise à son tour en haut et en bas, à droite et à gauche, ce qui est bien marqué par le foie d'un côté et la rate de l'autre, dont l'influence sur la digestion est incontestable.

Le corps *savoure* et *s'assimile* les aliments sans que l'esprit s'en mêle. Dans l'ordre intellectuel, l'esprit peut *goûter* la vérité et s'en *repaître* sans en avoir la science. C'est ce qui arrive surtout aux âmes simples et droites qui reçoivent la parole avec

---

mander, exposer ses droits, et jamais misanthrope ne voulut plus originalement conserver toutes les prérogatives de sa mauvaise humeur.

Prisant fort haut, et avec raison, la valeur de l'auteur et celle de l'ouvrage, M. de Blainville prétendait qu'on devait venir au-devant de lui et le prier d'accepter ; car, en surplus de *l'effroyable haine* qu'il avait vouée *au genre humain*, il douait tout ce qui était autorité d'un degré supérieur et privilégié d'irritation, et, celle qui nous régissait alors le froissant dans la constance de ses affections de gentilhomme, on ne parvint jamais à obtenir de lui de condescendre à l'honorer d'une demande. Il souffrit, se plaignit amèrement, se donna la satisfaction d'accuser tout le monde : confrères, Académie, Institut, ministère, gouvernement, tout fut coupable, tout, excepté lui, qui ne démordit pas de sa rigidité, et ne réussit par là qu'à s'ôter la possibilité de terminer son gigantesque et savant catalogue.

Ce même homme, dont l'ombrageuse fierté s'enflammait à la seule apparence d'une faveur reçue du pouvoir, et dont les antécédents ne révélaient certes pas un pacificateur, s'occupait pourtant, vers cette époque, de la plus délicate des conciliations.

Sous le titre d'*Histoire des sciences de l'organisation, prises pour base de la philosophie*, il fit paraître, en 1845, un ouvrage dont le but est, dit-il, l'alliance de la philosophie et de la religion.

Toujours entraîné par des vues préconçues, il porte dans l'histoire le même procédé que dans la science. Il se fait des types. Aristote est le type des sciences naturelles dans l'antiquité, Albert le Grand dans le moyen âge, et de nos jours, c'est M. de Lamarck. Il supprime à peu près tout le reste des naturalistes, et, dans ses tableaux passionnés, il ne se souvient pas assez que l'histoire est un juge, et que le premier devoir d'un juge est l'impartialité.

Non moins téméraire comme diplomate que comme historien, il va demander les premiers ressorts de sa philosophie à Lamarck, à Gall, à Broussais, qu'il appelle les trois grands philosophes de notre siècle. Muni de ce bagage peu spiritualiste, il s'aventure dans des routes incertaines, et manque la seule qui soit sûre, celle qu'a suivie Bossuet dans son immortel traité de la *Connaissance de Dieu et de soi-même.*

On s'y obstine en vain, et c'est temps perdu. La science de l'organisation ne peut être la base de la philosophie. Les domaines sont séparés. Ce que nous appelons aujourd'hui la philosophie, ce que Descartes appelait, d'un mot plus précis, la métaphysique, n'a qu'un objet, profondément circonscrit, l'étude de l'âme.

Comme appréciation raisonnée des progrès de l'esprit humain dans les sciences naturelles, le livre de M. de Blainville avait été précédé d'un livre de M. Cuvier sur le même sujet, production, lentement mûrie, d'un esprit plus calme.— En comparant cet ouvrage-ci à l'autre, on se rappelle involontairement le vers fameux :

Mon flegme est philosophe autant que votre bile.

confiance ; elles discernent spontanément et comme par instinct le vrai qui est dans la parole ; elles en retirent une certaine *saveur* qui les récrée et les fortifie ; *c'est la saveur de la vérité, produite par le sel impérissable que contient la parole.*

Nous connaissons peu de paroles qui aient autant de sel que celles qu'on vient de lire et que nous avons fidèlement extraites de la *Psychologie* EXPÉRIMENTALE de M. Bautain.

Voyons maintenant la Théologie morale de M. Debreyne :

OBSTÉTRIQUE. — La ponction crânienne du fœtus ne doit être pratiquée *dans aucun cas, car on ne peut savoir au juste, à priori, le degré de développement de l'hydrocéphalie compatible ou incompatible avec la possibilité de l'acte de l'accouchement, et il n'existe pas de preuve certaine de la mort intrà-utérine de l'enfant.* Il faut donc pratiquer l'opération césarienne ou la symphyséotomie, afin d'extraire le fœtus et de lui donner le baptême.

Dans le cas où il serait possible d'arrêter le développement d'une grossesse *extrà-utérine,* pour épargner à la mère des périls qui doivent compromettre son existence, il faudrait s'abstenir. Le fœtus extrà-utérin doit être considéré, *au point de vue chrétien,* comme un fœtus intrà-utérin, qu'une excessive étroitesse du bassin empêche de naître par les voies naturelles, avec cette différence pourtant, que l'opération césarienne peut devenir encore plus nécessaire dans le cas de grossesse extrà-utérine que dans celui de grossesse intrà-utérine, parce que, dans celle-ci, on pourrait du moins, peut-être, *administrer le baptême par l'ouverture du col de l'utérus.*

HYGIÈNE. — *Le jeûne, l'abstinence* et la tempérance sont incontestablement *le principe et la source de la santé et de la longue vie.*

THÉRAPEUTIQUE. — Depuis une trentaine d'années on a produit au jour un grand nombre de guérisons extraordinaires réputées surnaturelles ou miraculeuses, obtenues *par des moyens purement spirituels,* tels que des prières, des neuvaines, de pieux pèlerinages et autres saintes pratiques de dévotion.

Nous sommes persuadé que la plupart des guérisons que l'on a publiées comme miraculeuses le sont en effet, et ont été opérées d'une manière surhumaine, *surnaturelle et tout en dehors des lois physiologiques et pathologiques.*

La *Théologie morale* de M. Debreyne n'est pas, comme on le voit, au-dessous de la *Psychologie expérimentale* de M. Bautain, et nous pourrions nous abstenir de tout commentaire. Les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* sont trop perspicaces pour ne pas comprendre tout ce que les malades et les médecins gagneraient à l'extension, à la domination universelle et absolue d'une secte médicale en faveur de laquelle militent des citations aussi caractéristiques que celles qu'on vient de lire, et qui ne sont encore qu'un spécimen fort incomplet des doctrines professées par les adeptes.

Voilà ce que produit l'orthodoxie transportée du domaine de la théodicée dans celui des sciences naturelles, des sciences d'observation ! Voilà la philosophie médicale orthodoxe que l'on oppose à la philosophie médicale naturelle de Bâcon, auquel on prodigue le dédain, le sarcasme et l'injure ! Voilà de quelle manière l'orthodoxie est entendue, appliquée et propagée par des hommes qui se disent les amis les plus intelligents et les défenseurs les plus habiles de la religion et du principe d'autorité ! Voilà enfin la science telle que l'enseignent les hippocratistes orthodoxes, telle que, suivant eux, doit l'enseigner *traditionnellement* la fille de l'antique Cos.

C'est avec connaissance de cause que la génération médicale qui s'élève peut maintenant faire son choix entre l'École orthodoxe de Montpellier et l'École positiviste de Paris.

LOUIS FLEURY.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17 *et* 18 *du tome* 2.)

Marche, durée, terminaison.— Si, dans le plus grand nombre des cas de paraplégie sympathique, on observe à la fois des maladies des reins et de la vessie ou de ses annexes, il résulte de tous nos faits que c'est le plus souvent sur la vessie que commencent à se montrer les lésions initiales. Sans doute la néphrite apparaît quelquefois la première avant que la vessie ait témoigné quelque souffrance, et, pour s'en convaincre, il suffit de lire les 38e et 39e observations extraites de l'auteur anglais Stanley ; mais le plus souvent elle n'arrive que par l'extension de proche en proche de l'inflammation du réservoir urinaire. La plupart de nos faits démontrent cette vérité, mais on peut prendre pour type la 54e observation, qui a trait au professeur Samson.

Il arrive pourtant que la paraplégie sympathique survient parfois sans lésion bien prononcée de la vessie, et cela quand elle existe chez des personnes adonnées à l'onanisme, affectées consécutivement de pertes séminales diurnes.

On a cherché à commenter d'une façon différente les observations rapportées par le professeur Lallemand, dans son ou-

---

Une grande distance sépare l'esprit pénétrant qui découvre le faible des idées des autres de l'esprit réfléchi qui juge ses propres pensées. Trop impatient pour soumettre ses théories à une analyse sévère, mais aussi trop prudent pour les laisser exposées à des attaques qui auraient pu avoir leurs périls, M. de Blainville usa de stratagème : il porta la guerre chez ses rivaux, et, ne leur laissant ni paix ni trève, il les força à se tenir toujours sur la défensive.

Le besoin du succès, tyran implacable, inspirait tour à tour, en lui, le contradicteur obstiné, et le professeur séduisant et fascinateur ; et c'est parce qu'ici le succès était certain qu'en abordant le rôle de maître, non-seulement il déployait toutes ses supériorités intellectuelles, mais encore qu'il laissait apparaître toutes ses bonnes qualités morales : la confiance d'être utile, l'espoir d'être aimé, l'attrait de la reconnaissance, écartaient alors toutes les aspérités de son écorce. Le sentiment de la prédominance suffisait pour faire disparaître la roideur, la prétention ; et, confiant, ne dissimulant aucun de ses efforts, il gagnait beaucoup à être vu ainsi.

Un jour, à la sortie d'un de ses cours, un ancien élève s'approcha pour le féliciter sur la manière heureuse dont il venait de traiter une grande question. « Je suis bien aisé que vous soyez satisfait, » lui dit M. de Blainville ; « le sujet était ardu, et voici huit jours que je médite cette leçon « depuis neuf heures du matin jusqu'à minuit. »

Cet aveu nous découvre une conscience bien sévère ; car jamais personne n'a eu, plus que lui, le don de l'improvisation brillante. On l'a vu souvent, après une heure et demie d'une riche et chaleureuse leçon, pour peu qu'il y fût excité par quelque objection, recommencer à huis-clos à professer, à argumenter, retrouvant immédiatement toutes ses ressources, toutes ses forces, ne concédant rien, et restant toujours le dernier champion.

Une telle ardeur de dispute soumettait à de singulières vicissitudes des amitiés qui certes ne coururent jamais le danger de s'engourdir dans un calme plat. « Pendant près d'un demi-siècle, » nous dit le compagnon fidèle, le sage Pylade de ce fougueux Oreste, « pendant près d'un demi-« siècle que notre liaison a duré, elle s'est plutôt entretenue et cimentée « par la discussion que par un parfait accord. »

En effet, si, à son gré, M. de Blainville obtenait trop tôt gain de cause pour la thèse qu'il soutenait, il prenait aussitôt en main la thèse contraire. Mais enfin, s'écriait-on d'impatience, quelle est décidément votre opinion ? Est-ce *oui ?* — Non, ce n'est pas *oui.* — C'est donc *non ?* — Je viens de vous prouver que ce ne pouvait être *non.* — Il faut pourtant que ce soit l'un ou l'autre. Prononcez. — *Ho ! ho !* disait-il alors, *vous oubliez donc que je suis Normand ?*

Tout en lui, au physique comme au moral, rappelait cette origine.

Il était d'une taille moyenne, mais d'une vigueur remarquable. Son œil vif, pénétrant, investigateur, décelait une nature supérieure. Sa simpli-

vrage, et, forçant un peu les conséquences, on a prétendu que, dans tous les cas, c'est aux lésions vésicales auxquelles la masturbation donne naissance que l'on doit rattacher la paraplégie.

Quoique quelques-unes des observations de l'ex-professeur de Montpellier rentrent véritablement dans cette catégorie, et servent, par conséquent, de texte à cette interprétation, il arrive cependant que la vessie n'est parfois que peu ou même pas altérée, quand la paraplégie survient chez les masturbateurs. Il serait puéril de vouloir faire jouer, dans ces cas, un rôle si considérable aux lésions vésicales consécutives, quand la paraplégie est si rare, eu égard à la si grande fréquence de ces lésions.

L'abus de l'onanisme cause un épuisement tel, a un retentissement si prononcé sur la moelle épinière, qu'il semble plus particulièrement énerver, qu'il n'a pas besoin d'une explication aussi détournée pour justifier la paraplégie quand elle survient.

Quoi qu'il en soit, si l'on admet que le col vésical, devenu malade, enflammé, par une cause ou par une autre, est, dans la plupart des cas, le point de départ de toutes les autres lésions et de la paraplégie, voici ce qu'on pourrait dire, en récapitulant les faits observés :

Le col vésical, tuméfié par un travail inflammatoire ou par une simple hypérémie, s'oppose d'abord au libre écoulement de l'urine qui séjourne dans la vessie. Par son séjour dans ce réservoir, le liquide urinaire devient ammoniacal et suscite bientôt une inflammation de la muqueuse, un catarrhe vésical. Cette inflammation persiste, se propage à la muqueuse des uretères et gagne les calices et bassinets. Les substances rénales finissent par participer à la phlegmasie ; l'urine, qui ne s'écoule pas librement, finit par s'altérer à son tour dans les bassinets, et prête, par cette altération même, au développement de la pyélite.

Mais, hâtons-nous de dire qu'il n'est pas besoin de cette altération du liquide urinaire pour donner naissance à ces lésions diverses de la vessie et des reins ; que la néphrite peut arriver rapidement, rien que par la simple extension de l'état phlegmasique de proche en proche, et alors l'altération de l'urine devient effet au lieu d'être cause.

Une fois les reins affectés, la paraplégie ne tarde pas à paraître : c'est au moins ce qui a lieu dans la majorité des cas. Néanmoins, il n'est pas bien prouvé pour nous qu'il y ait toujours participation morbide de ces organes, ainsi que nous l'avons déjà dit, quand la paraplégie arrive à la suite d'excès dans la masturbation.

Voilà bien à peu près la manière dont les choses se passent ; voilà bien la route suivie par les accidents, pour arriver à la paraplégie. Une fois les lésions organiques déclarées, ou après un temps plus ou moins long de leur existence, survient de la faiblesse dans les jambes. Cette faiblesse tend à progresser continuellement, jusqu'à ce qu'elle ait réduit les membres à l'impuissance. Il est rare que cette impuissance arrive tout d'un coup : cela ne se voit que dans des cas exceptionnels; mais, ce qui est moins rare, c'est de voir la faiblesse diminuer, puis revenir et gagner en intensité avec la durée des lésions organiques ou leur aggravation.

La durée de la paraplégie sympathique est extrêmement variable et pas toujours en rapport avec la gravité des lésions des organes génito-urinaires. Nous pouvons citer, à l'appui de cette dernière assertion, la 32ᵉ observation dans laquelle on voit, à la marche de la maladie, à sa physionomie symptomatique, que la néphrite arrive promptement à suppuration, et où, cependant, la guérison de la paraplégie est assez rapide, puisqu'elle s'effectue en une soixantaine de jours.

Mais la ténacité même de ces lésions génito-urinaires se trouve, en général, dans un rapport assez direct avec la ténacité de la paraplégie. C'est ainsi que la tuméfaction de la prostate, avec induration ou ramollissement, formant ou non un repli valvulaire, donne naissance à la paraplégie la plus tenace, la plus persistante, et quelquefois incurable. La paraplégie se montre encore telle, quand elle succède à l'abus de l'onanisme, qu'elle soit précédée ou non de lésion prostatique ou vésicale (35ᵉ *obs.*).

Dans nombre de cas où la paraplégie se lie à la néphrite initiale, sa durée est courte et la mort survient rapidement. Nous pouvons citer comme exemples les 37ᵉ, 38ᵉ, 39ᵉ et 41ᵉ observations.

Dans des cas plus rares, la paraplégie liée au même état morbide, et se terminant également par la mort, a une durée assez longue (34ᵉ *obs.*).

Il est difficile, pour ne pas dise impossible, de préciser la durée de la paraplégie sympathique dans chaque cas, parce que son début est souvent insidieux, insaisissable, et que, d'autre part, après avoir persisté un certain temps, elle s'améliore ou disparaît, pour revenir ensuite d'une manière brusque, spontanée, ou insensiblement et graduellement.

Dans douze cas où la durée a été notée, on la trouve de 12, 15, 18 jours, un mois, et 86 jours, deux fois de 6 mois, 1 an, 14 mois, 18 mois, 6 ans. Dans les cas où la durée a été la plus courte, 12, 15, 18 jours, c'est la mort qui a été la terminaison.

On voit, en vérité, qu'il n'est pas possible d'établir une durée moyenne d'après ces données, d'autant mieux qu'il est des cas où l'affection reste incurable.

Mais ce qu'on peut dire, c'est que quand la paraplégie doit avoir une issue heureuse, elle peut avoir, d'après les faits notés, une durée de 64 jours à 6 ans, c'est-à-dire une durée moyennement très-longue.

La terminaison de la paraplégie sympathique serait souvent funeste, s'il ne fallait tenir compte que des observations insérées

---

cité extérieure laissait deviner sa confiance en une valeur personnelle qui ne voulait rien emprunter à des distinctions honorifiques, distinctions pour lesquelles il a prouvé toute son indifférence. Aucun faste, aucune petite vanité, n'ont amoindri cet homme. Il semble qu'il s'était dit que par l'étude seule la vie pouvait être assez agrandie.

Cependant, sous toutes les enveloppes, le cœur conserve toujours sa sa place ; et lorsqu'il paraît impénétrable, s'il vient à vibrer, ses élans n'en sont que plus vifs.

Redevenu possesseur du petit domaine seigneurial de ses ancêtres, chaque année M. de Blainville allait revoir ses plages, ses collines, respirer l'air vivifiant de la mer, et demander à la brise qui avait bercé ses premières années de doux souvenirs. Pendant le temps qu'il habitait son petit manoir, le savant disparaissait et le gentilhomme n'était pas grondeur. Il portait dans les châteaux, où on le recherchait, une amabilité sans mélange, qui rappelait en même temps les avantages de la naissance et les supériorités acquises, et il déployait dans la société, surtout dans celle des dames, une véritable coquetterie d'esprit et un bon ton qui reculaient dans un horizon lointain et parmi les brouillards de la science tout écart misanthropique.

Cette joie des souvenirs trouvait, pour M. de Blainville, un autre aliment dans la réunion des représentants de toutes les époques de sa vie. Fréquemment convoqué chez lui, ce cercle d'amis ouvrait ses rangs à toutes les philosophies, aux opinions les plus opposées, à toutes les positions sociales, à tous les âges : pour le plus jeune d'entre eux, le critique sévère, le penseur profond ne pouvait dissimuler toute sa tendresse. En retour d'une affection si vraie, un dévouement sans bornes consacre aujourd'hui à cette mémoire illustre les soins pieux du culte filial.

Au commencement de l'année 1850, M. de Blainville se crut obligé, malgré l'altération de sa santé, d'ouvrir son cours à la Faculté des sciences. Il reparut dans ses premières leçons avec un talent qui n'avait rien perdu de sa force ni de son éclat.

Dominé cependant par de sombres pressentiments, le soir du 1ᵉʳ mai il quitta sa modeste habitation du Muséum, annonçant un très-prochain retour : il ne voulait, disait-il, qu'aller respirer l'air natal, et revoir encore le soleil du printemps éclairer les belles plages de la Normandie.

Ce vœu ne fut point accompli. A peine avait-il pris place dans le wagon qui devait le transporter, que, subitement frappée, cette grande existence s'éteignit. L'autorité qui veille sur les plus humbles citoyens peut seule protéger les derniers instants et restituer à ses amis et à ses collègues la dépouille terrestre de cet homme si digne de respect, et par qui le néant de la vie n'avait jamais été oublié.

dans notre mémoire. Mais il est à croire que, souvent, on n'a relaté que les cas où l'autopsie est venue révéler l'intégrité de la moelle ou du cerveau, rapportant à des lésions de ces organes des paraplégies qui avaient la même origine, mais que l'autopsie ne permettait pas de vérifier. C'est évidemment ce qui a eu lieu pour les observations dues à Stanley, et on s'explique d'autant mieux comment l'auteur anglais n'est parvenu à signaler cette paraplégie qu'à la suite des investigations cadavériques.

Dans les cinq observations qui nous sont propres (32e, 33e, 34e, 35e et 36e *obs.*), où aucun détail ne manque, la terminaison a été funeste une fois (34e *obs.*) : le sujet est mort. Une fois l'issue n'a pu être notée (le malade est parti en convalescence); deux fois elle a été heureuse (32e et 33e *obs.*), et une fois assez satisfaisante, puisqu'il y avait amélioration après un temps très-long de durée (35e *obs.*).

Quand la terminaison est funeste, ce n'est jamais par le fait même de la paraplégie qui n'est qu'une infirmité de plus ajoutée aux maladies existantes, mais bien par suite de ces maladies mêmes.

Quand le retour au mouvement et au sentiment s'effectue dans les membres paralysés, cela n'a jamais lieu d'une manière brusque, spontanée, comme nous l'avons observé pour quelques paraplégies de notre 1re classe, mais bien par la rétrocession progressive des phénomènes paralytiques. Cette rétrocession a lieu d'une manière d'autant plus active, toutes choses égales, que la maladie des voies urinaires cesse plus promptement.

Dissipe-t-on l'intumescence de la prostate en peu de temps; fait-on disparaître la rétention d'urine avec instantanéité, par le cathétérisme, la décroissance de la paraplégie est rapide, quand il n'y a pas d'autres lésions profondes (*voir* notre 33e *obs.*).

Il suffit quelquefois de faire uriner le malade, pour voir les urines reprendre leurs caractères physiologiques, et la faiblesse des jambes se dissiper. Il est vrai, qu'alors, il ne s'agit que d'une simple faiblesse et non d'une paraplégie confirmée.

Faisons une dernière remarque au sujet de la terminaison de cette paraplégie, savoir, que les troubles du sentiment, de la calorification sont les premiers à disparaître, quand le retour au mouvement doit s'opérer; ceux de la loco-motilité ne décroissent que consécutivement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Note pour servir à l'histoire des corps étrangers avalés.—Aiguille avalée.—Mort vingt-neuf jours après. — Autopsie.

Par M. le Dr BOUTEILLER fils, *de Rouen.*

Le 9 janvier dernier, mademoiselle X...., âgée de 25 ans, avala par mégarde, en montant un escalier, une aiguille qu'elle tenait à sa bouche.

Je fus appelé sur-le-champ, ainsi qu'un confrère et mon père, médecin de la famille depuis de longues années. Nous fîmes, mais en vain, les explorations les plus minutieuses et diverses tentatives pour voir, sentir et extraire le corps étranger. Dans les premiers jours, la malade accusa un sentiment de piqûre à droite du larynx, puis tout le cou devint douloureux.

Pour des raisons étrangères à la médecine, mademoiselle X.... entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen, comme pensionnaire, le 25 janvier, dans le service de M. le docteur Achille Flaubert.

A partir de cette époque, les accidents augmentèrent, la fièvre s'alluma, et, dans le commencement de février, une tumeur apparut à la région parotidienne droite. Le 6 de ce mois, M. A. Flaubert perçut une légère fluctuation en ce point, et il devait, le lendemain, pratiquer une incision; mais, quelques instants avant l'heure de sa visite, la malade succomba, pour ainsi dire, subitement. L'autopsie, comme on va le voir, a démontré que l'incision n'eût point remédié au mal. Quant à la cause de la mort subite, je dois dire de suite qu'elle nous est restée inconnue, parce que la famille n'a autorisé que la recherche du corps étranger; et d'ailleurs, c'est là une question subsidiaire; ce qu'il y a de certain, c'est que la mort devait être le résultat nécessaire des lésions survenues à la suite d'un accident qui, dans la majorité des cas, ne compromet ni la santé ni la vie.

Le 8 février, M. A. Flaubert et moi nous avons recherché l'aiguille. Voici ce que nous avons vu : la dissection nous a fait rencontrer une foule de foyers purulents, dans la région parotidienne droite, entre tous les organes du cou de ce côté, notamment dans les scalènes, autour de la veine jugulaire et de l'artère carotide. Cette veine ouverte nous a paru présenter un commencement d'inflammation; dans la carotide, il y avait de petits caillots et beaucoup de sérum. A droite, l'apophyse mastoïde était dépouillée de son périoste; il en était de même des apophyses transverses cervicales. Derrière l'œsophage et à gauche, s'étaient formés aussi des clapiers purulents, mais dans une moins grande étendue.

Nous avons ouvert l'œsophage, sur le côté droit, et nous avons aperçu, à la paroi postérieure, sur la ligne médiane, une ulcération arrondie, de 1 centimètre de diamètre, ayant entièrement perforé ce conduit. Il a suffi d'y poser le doigt pour sentir la *pointe* de l'aiguille; il est important de noter qu'elle ne faisait pas saillie dans l'œsophage. En tirant sur cette pointe, nous avons extrait l'aiguille, qui était dirigée de dedans en dehors, et *fixée* dans les parties fibreuses et tendineuses qui recouvrent en avant la colonne vertébrale. L'aiguille était donc sortie de l'œsophage par sa grosse extrémité, et s'était portée horizontalement de la partie médiane vers le côté gauche.

Cette ulcération était située à la hauteur du disque qui sépare les quatrième et cinquième vertèbres cervicales; dans la position donnée au corps pendant la dissection, elle répondait à peu près à l'orifice supérieur du larynx; mais on sait combien ce dernier organe est mobile. Je ne pense pas qu'elle eût été accessible au doigt du chirurgien; en tout cas, l'aiguille ne pouvait être vue et ne faisait pas assez saillie pour être saisie.

L'aiguille avalée était du n° 5, qualité inférieure; elle avait presque 4 centimètres de longueur.

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des cautères médicamenteux dans la sciatique.

La névralgie sciatique peut, quand elle n'est pas symptomatique, tenir à des causes très-facilement amovibles. Quelquefois, elle semble succéder à d'anciens herpès qu'on a guéris. Le miasme marécageux peut aussi se porter sur le nerf sciatique, et produire une fièvre larvée névralgique, à laquelle il faut opposer le quinquina. Enfin, dans les cas les plus communs, la névralgie sciatique est rhumatismale, et bien que ce rhumatisme soit plus tenace dans ce nerf que dans tout autre, on peut cependant le débusquer à peu de frais, par l'emploi d'un moyen sur lequel M. Trousseau s'est étendu, en parlant d'une malade couchée au n° 25 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu.

Les vésicatoires morphinés, a-t-il dit, constituent un agent de médication excellent; mais ils ont le double inconvénient d'être dispendieux et d'un entretien difficile. C'est pourquoi M. Trousseau a imaginé sa méthode hypodermique, qui consiste à introduire, dans la profondeur de la peau, des médicaments narcotiques. On fait pour cela coucher les malades sur le ventre, et à l'aide d'un bistouri, on pratique à l'échancrure sciatique une incision cruciale de 1 centimètre et demi, au centre de laquelle on incruste un pois médicamenteux. On réunit ainsi, à l'efficacité d'un corps étranger agissant à la manière du cautère simple, celle d'un topique antinévralgique placé dans le voisinage du nerf malade. Voici la formule des pois employés par M. Trousseau :

Pr. Extrait d'opium. . . . . . } āā 2 gr.
— de belladone . . . . }
Mucilage . . . . Q. S.

F. S. Q. 20 pilules contenant chacune 10 centigrammes de substance active. Ces pilules, qu'on ne doit pas faire argenter, sont séchées à l'étuve, et grâce à la poudre de gaïac superfine qui entre dans leur composition, elles acquièrent la dureté du bois. On ne doit pas s'en servir le premier jour. Une fois l'incision faite, opération d'ailleurs peu douloureuse, on introduit dans la plaie un pois à manger, qui a l'avantage sur le pois d'iris d'être souple, non irritant, et d'accroître, par l'augmentation rapide de son volume, la cavité qui recevra plus tard les bols médicamenteux. Le second jour, on se sert de ceux-ci. On en met un seul dans la plaie, puis à côté de celui-ci on place deux petits pois ordinaires; le tout est maintenu par un peu de charpie et un morceau de diachylon. Si, le troisième jour, le malade n'a pas été trop narcotisé, on passe à deux pois médicamenteux, puis à 3 et à 4 s'il est nécessaire. Au bout de huit jours, on constate généralement une amélioration très-voisine de la guérison. Du reste, comme cette affection est très-persistante et sujette à récidive, une fois les douleurs dissipées, M. Trousseau donne le conseil d'entretenir la suppuration du cautère pendant quinze jours ou trois semaines. On a par ce moyen un révulsif agissant d'une manière permanente, et une porte tout ouverte pour y faire passer, en cas de retour de la douleur, de nouvelles substances narcotiques. Si l'on considère en outre que tandis que les sels de morphine ne valent pas moins de 50 centimes les 5 centigrammes, les pois dont il s'agit coûtent 5 centimes; qu'en moyenne 10 à 20 de ces pois suffisent pour enlever la douleur; que ce pansement peut être fait par tout le monde, sans le moindre inconvénient; on reconnaîtra que c'est là une ressource d'autant plus précieuse, que la sciatique frappe de préférence les ouvriers. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Utilité de l'ammoniaque dans la menstruation douloureuse,

Par M. Sère (*de Muret*).

Il y a déjà longtemps que l'ammoniaque a été conseillée comme remède emménagogue : on l'administre de deux manières. Les uns, avec Lavagna et Nisato, l'ordonnent mélangée avec du lait en injections dans le vagin; ces injections produisent un écoulement leucorrhéique de la vulve et du vagin, à la suite duquel la fluxion menstruelle ne tarde pas à s'établir. Nous avons vu ce mode d'administration réussir entre les mains de M. le docteur R. Broussonnet, et nous en avons nous-même retiré de bons résultats. Les autres, avec Nisato, prescrivent l'ammoniaque à l'intérieur dans un julep à la dose de 15 gouttes à un demi-gros dans les 24 heures; elle a la réputation de favoriser l'éruption menstruelle, surtout quand celle-ci est douloureuse. Cette dernière pratique est celle qui a été suivie par M. Sère chez une fille de 23 ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution affaiblie, laquelle éprouvait à chaque période menstruelle des coliques souvent excessives : au moment de leur apparition, le ventre devenait intumescent, les extrémités se refroidissaient, le pouls était petit et dépressible, et alors, si un état syncopal n'apparaissait point, c'étaient des accidents choréiques divers qui avaient lieu. Presque tous les moyens employés jusque-là ayant été sans succès, M. Sère prescrivit de l'ammoniaque étendue dans une infusion de stigmates de safran, espérant de ce moyen énergique une vive stimulation des forces et leur dissémination sur la peau. Effectivement, bientôt une suraction générale apparut, le pouls prit du développement, la peau devint chaude et sudorale, et les menstrues, trois heures plus tard, coulaient, sinon abondantes, du moins sans douleur. Il est évident pour nous que, dans ce cas et tous ceux de la même espèce, l'ammoniaque agit comme excitant et anti-spasmodique. (*Revue thér. du Midi.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Zoologie pratique.* — *Société d'acclimatation des animaux domestiques.* — La grande question de l'acclimatation, dont la solution importe à un si haut degré à l'hygiène publique et au problème de la colonisation, n'est guère moins importante pour l'économie domestique, lorsqu'au lieu de l'envisager au point de vue de l'homme, on l'envisage sous le point de vue du changement de climat des animaux domestiques. Tous les hommes qui s'intéressent au progrès des sciences naturelles, médicales et économiques, apprendront donc avec un vif intérêt la formation d'une Société exclusivement consacrée à l'étude de l'acclimatation des animaux utiles à l'économie domestique, et notamment à l'agriculture. La Société s'est déjà constituée sous la présidence de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui s'occupe avec une si intelligente persévérance de la domestication des animaux. Les autres menbres du bureau sont :

MM. Le baron de Pontalba et Richard (du Cantal), *vice-présidents*,
D'Epremesnil, *secrétaire*,
Paul Blacque, *trésorier*,
De Couessin, *archiviste*.

Ont été nommés *Membres du Conseil* : MM. le marquis Amelot, le prince de Beauveau, le comte de Linety, Jacquemart, Pomme, Ruffier, Saulnier, Delon, de Quatrefages, de Selves, Valserres, le baron Séguier.

A la suite de la nomination du bureau, l'assemblée a entendu un excellent rapport de M. Richard (du Cantal), sur la situation actuelle de la Société et l'avenir de l'acclimatation, de la domestication et de la multiplication des animaux domestiques en France. Plusieurs commissions ont été nommées ensuite.

Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant de ceux des travaux de la Société qui pourront intéresser la physiologie et la pathologie.

— *La loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie en Belgique.* — Cette loi, qui paraîtrait enfin sur le point d'aboutir, si le corps médical y pouvait mettre un peu de bonne volonté et d'entente, a été renvoyée par le gouvernement à l'examen de l'Académie de médecine de Bruxelles. Mais il paraît que la docte assemblée est beaucoup moins encore que sa sœur de Paris, disposée à traiter en public ce qu'elle semble considérer comme ses *affaires particulières*. Elle a donc jugé à propos de discuter en comité secret la loi dont il s'agit, et la *Presse médicale belge* nous apprend que la discussion n'a pas été un modèle de discussion parlementaire. La marche adoptée par l'Académie n'a pas été, comme on peut bien s'y attendre, des mieux accueillies par la presse, et le *Scalpel* saisit cette occasion de publier, d'après l'*Emancipation*, quelques détails assez curieux, si toutefois ils sont bien exacts, sur la constitution de l'Académie et sur son budget. En voici les plus importants :

Parmi les nombreux abus que l'on rencontre au budget de l'intérieur, nous devons signaler tout particulièrement à l'attention de la Chambre et du public ceux qui concernent l'Académie royale de Belgique.

Cette institution, fondée en 1841, par M. Nothomb, dans le but de favoriser l'essor des sciences médicales, reçoit un crédit annuel de 20,000 fr. Avec cette somme, on pourrait faire de bonnes choses, si l'emploi en était bien dirigé. Malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Sur cette somme, M. Vleminckx, président, touche 1,000 fr.; M. Sauveur, secrétaire perpétuel, 1,000 fr.; M. Marinus, secrétaire adjoint, 1,500 fr.; un commis, 1,200 fr.; soit en tout 4,700 fr. pour frais d'administration !

Or, dans aucune société savante, le président n'est payé; partout cette place est purement honorifique. Il y a un secrétaire rétribué et un commis, mais pas d'adjoint : le règlement primitif de l'Académie l'entendait ainsi; mais M. Sauveur ne remplissant pas convenablement ses fonctions, force fut de lui nommer un aide. Il n'en conserva pas moins ses 1,000 fr., et son adjoint en reçut 1,500. Ces rétributions n'empêchent pas ces messieurs de toucher, en sus, des jetons de présence pour les séances de l'Académie, pour celles du bureau, et pour celles des commissions.

Vient ensuite une somme de 1,680 fr. allouée annuellement à M. J. Guérin, rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*, pour faire connaître les travaux de l'Académie.

Pendant qu'elle dépense ainsi 6,300 fr. en frais d'administration et en subsides accordés à l'étranger, elle ne consacre à ses impressions que 4,000 à 5,000 fr. par an; elle est obligée de repousser des ouvrages importants qui lui sont adressés, par la raison qu'elle n'a pas le moyen de les publier.

Comment l'Académie vote-t-elle de pareilles dépenses? Elle ne les vote pas, elle n'en sait même rien. Non, chose incroyable, l'Académie ignore, toute la première, l'emploi des fonds que la Législature lui alloue. C'est le bureau qui fait tout à lui seul, c'est-à-dire la partie active du bureau, M. le président Vleminckx et M. le secrétaire Sauveur.

Il y a plusieurs autres détails que nous ne croyons pas utile de publier; ceux qui précèdent suffiront sans doute, alors même qu'ils ne seraient pas de la plus rigoureuse exactitude, pour montrer combien les Académies doivent se tenir en garde si elles ne veulent pas s'exposer à être conduites comme de dociles troupeaux.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 20. 2e année. Jeudi 16 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 15 Février 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur le nouveau genre de folie de M. Baillarger, ou sur la forme circulaire de M. Falret, a occupé hier la plus grande partie de la séance ; les allocutions des deux orateurs ont pris de telles proportions, que nous sommes obligé d'en renvoyer le compte rendu et l'appréciation au prochain numéro. La séance s'est terminée par une lecture de M. Alexandre Legrand (pas celui de Macédoine), sur « *la maladie connue sous le nom de calculs biliaires.* »

Les lectures de MM. Broca et Cruveilhier ont commencé à mettre en émoi les praticiens qui se sont occupés d'une manière plus ou moins spéciale des déviations utérines et des moyens de les traiter. Dans une Note, que l'on trouvera au compte rendu, M. Valleix a plutôt posé les jalons de la discussion qu'il n'a discuté les faits communiqués à l'Académie, et il a annoncé qu'il les soumettrait prochainement, devant la savante Compagnie, à un examen critique. Alors aussi, nous compléterons la discussion que nous avons commencée il y a huit jours.

La seconde communication que nous avons remarquée, portant sur le même sujet, est celle de M. Gariel, dont on connaît les ingénieux appareils pour remédier aux déviations et aux abaissements utérins, et qui professe sur l'ensemble de ces déplacements une opinion qui sera féconde en conséquences pratiques importantes, s'il parvient à l'établir sur un nombre suffisamment imposant de faits. Nous publierons sa Note dans un prochain numéro.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Sur une nouvelle méthode d'urétrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre.

(*Mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 13 février 1854.*)

Jusqu'à l'époque toute récente où M. Syme (d'Édimbourg), et M. Reybard (de Lyon), eurent l'heureuse idée d'appliquer au traitement des rétrécissements de l'urètre la méthode des grandes incisions, la cure radicale de ces maladies était considérée comme à peu près impossible.

La cautérisation, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, n'avait tenu aucune de ses promesses. La scarification, considérée du reste, plutôt comme un adjuvant utile de la dilatation que comme une méthode curative, n'avait donné que des succès éphémères. Enfin la dilatation elle-même, malgré les nombreux perfectionnements apportés à ses procédés, ne réussissait le plus souvent qu'à pallier le mal, sans en détruire la cause organique.

Le traitement des rétrécissements n'avait donc, malgré les efforts incessants de la chirurgie, réalisé presque aucun progrès. Seule, la méthode des grandes incisions renferme vraiment une idée féconde, et paraît devoir atteindre le but si longtemps poursuivi.

Il n'est plus permis, en effet, de révoquer en doute la possibilité d'obtenir un élargissement durable de l'urètre, à l'aide d'incisions profondes pratiquées sur le tissu inodulaire qui constitue les rétrécissements. Les importants travaux de MM. Reybard et Civiale ont établi ce fait d'une manière incontestable, et les observations cliniques qui le démontrent sont aujourd'hui assez nombreuses pour que chacun ait pu les voir et les constater.

C'est donc un fait actuellement bien acquis à la science, qu'une incision profonde, pratiquée longitudinalement dans le canal de l'urètre, donne lieu à une cicatrice déprimée, et que celle-ci forme une sorte de rigole permanente dont la largeur augmente d'autant les dimensions du canal.

Mais si ce principe fondamental de l'urétrotomie a reçu l'assentiment de presque tous les chirurgiens, il n'en est pas à beaucoup près ainsi des méthodes et des procédés opératoires destinés à en réaliser l'application.

Ces méthodes sont au nombre de trois :

L'une, dite méthode de Syme, boutonnière ou urétrotomie de dehors en dedans, consiste à diviser successivement avec un bistouri, la peau, le tissu cellulaire et les parois de l'urètre au niveau du rétrécissement.

La deuxième méthode, imaginée par divers chirurgiens, mais appliquée plutôt aux scarifications qu'aux incisions, est dite urétrotomie d'avant en arrière, et s'exécute avec des instruments de formes variées, dont la pointe, introduite dans l'ouverture du rétrécissement, sert de conducteur à une lame tranchante, qui la fait saillir au-devant de l'obstacle, et que l'on pousse ensuite contre lui pour le diviser.

La troisième méthode, imaginée par M. Reybard, sous le nom duquel elle est connue dans la science, consiste à diviser, d'arrière en avant, toute l'épaisseur des parois urétrales au niveau du point rétréci, au moyen d'un instrument dont la lame, d'abord cachée, s'ouvre quand elle a dépassé l'obstacle. Cette lame, ainsi ouverte à angle obtus, est ramenée d'arrière en avant, con-

tre le rétrécissement qu'elle incise dans toute l'épaisseur de la paroi du canal.

Chacune de ces méthodes remplit bien certainement son but principal, qui est la division des points rétrécis; mais leur manuel opératoire, qui est ordinairement si délicat et si complexe, et surtout les accidents qu'elles entraînent sont si nombreux et si graves, que les praticiens les plus expérimentés hésitent à en faire usage.

La méthode nouvelle que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a l'avantage d'arriver aux mêmes résultats que les précédentes, sans présenter presque aucun de leurs inconvénients, et son exécution surtout est si simple, qu'elle peut, sous ce rapport, être rangée dans la catégorie des opérations les plus vulgaires.

Cette méthode, que je désignerai sous le nom d'*urétrotomie de dedans en dehors,* consiste à diviser les parois rétrécies au moyen d'un bistouri caché, dont la lame, enveloppée d'une gaîne, est introduite jusque dans l'ouverture de l'obstacle, et là, par un mécanisme des plus simples, se dégage, presse de dedans en dehors sur le rétrécissement, qu'elle tend à dilater, puis, au moindre mouvement de traction, incise les parties malades à la profondeur déterminée à l'avance.

Instrument. — L'instrument dont je me sers (*voir fig.* 1) n'est point un instrument nouveau. Il est connu de tous les praticiens, son mécanisme leur est familier : c'est tout simplement le lithotome de frère Côme. Pour en faire un urétrotome, je me suis contenté de rendre sa lame un peu plus longue et courbe sur le plat, de donner à sa gaîne une forme cylindrique, surtout à son extrémité; d'y faire tracer les divisions du mètre, d'y adapter un régulateur précis, enfin de disposer son articulation de manière à ce qu'au besoin l'écartement de la lame puisse être égal dans toute son étendue.

Fig. 1.

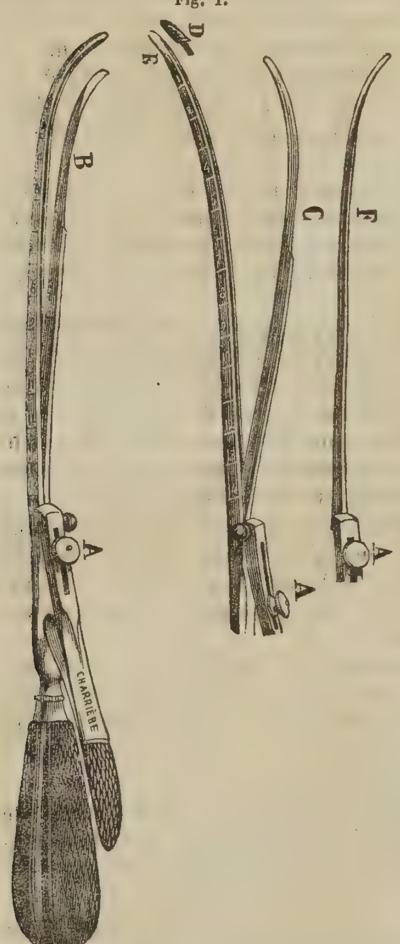
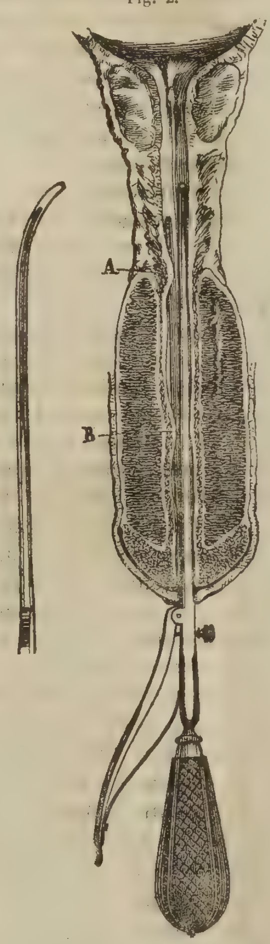


Fig. 2.



Description de l'opération. — Précautions préliminaires. — Avant de pratiquer l'urétrotomie par notre méthode, le chirurgien doit préalablement amener graduellement l'urètre au degré de dilatation suffisant pour que l'urétrotome puisse être facilement introduit. Il doit surtout accoutumer le canal au contact des instruments, afin d'éviter les accidents fébriles qui, dans cette région, compliquent si fréquemment les opérations même les plus simples. En conséquence, pendant une quinzaine de jours au moins, le malade sera soumis à la dilatation graduée au moyen de bougies élastiques. En même temps, on le tiendra à un régime doux, on lui prescrira des bains fréquents, des lavements émollients, des boissons rafraîchissantes.

Ce traitement préliminaire n'a pas seulement pour objet d'accoutumer le canal au contact des instruments et d'obtenir la dilatation nécessaire pour l'introduction de l'urétrotome, il est encore utile pour permettre au chirurgien d'introduire les instruments explorateurs et de s'éclairer ainsi d'une manière précise sur le nombre des rétrécissements, sur leur position, leur étendue, leur degré de résistance, etc.

Toutes ces données étant acquises, on peut procéder à l'opération :

Le malade doit être couché sur le dos et maintenu dans cette position par des aides. Il est bon aussi qu'il soit soumis au chloroforme. Le chirurgien, placé à droite, explore une dernière fois l'urètre, avec une bougie à boule; puis saisissant l'urétrotome dont il a fixé d'avance le degré d'ouverture, à 15 millimètres environ, il l'introduit comme un cathéter ordinaire jusqu'à 3 centimètres au delà du dernier rétrécissement, et le dispose de manière que sa concavité regarde en haut. Alors, tenant la verge sur l'instrument, il ouvre celui-ci en pressant sur la bascule, et par un mouvement de traction, lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue (*voir fig.* 2).

Ce mouvement suffit pour que la lame tranchante incise tous les obstacles qui s'opposaient à son développement, sans néanmoins intéresser les parties saines intermédiaires. Alors l'opérateur, cessant aussitôt de presser sur la bascule, la lame rentre dans sa gaîne et l'urétrotome est retiré doucement.

Mode d'action de l'urétrotome sur les rétrécissements. — Nous avons vu qu'au moment où le chirurgien presse sur la bascule dans la manœuvre que nous avons décrite, la lame de l'urétrotome, chassée de sa gaîne, rencontre d'abord l'obstacle qui s'oppose à son écartement; puis, aussitôt qu'on imprime à l'instrument un léger mouvement de traction, son tranchant incise les parties indurées sans intéresser préalablement les parties saines voisines.

Cette propriété qu'a notre urétrotome de ne pouvoir atteindre les parties saines qu'après avoir incisé les parties rétrécies, est un des caractères essentiels de la méthode et n'est pas un de ses moindres avantages. On comprend de suite combien il en résulte de sécurité pour le praticien et le malade.

C'est surtout dans les cas de rétrécissements multiples que cet avantage est réellement précieux. Lorsque, en effet, il existe une série de rétrécissements séparés par des intervalles variés, l'urétrotomie par les méthodes ordinaires est une opération tellement effrayante, que l'on comprend à peine sa possibilité.

Par la méthode de Syme, par exemple, le chirurgien serait obligé pour inciser tous les obstacles, de fendre l'urètre dans presque toute sa longueur, et son auteur l'a si bien compris, qu'il réserve son opération aux cas seulement où il n'existe qu'un seul rétrécissement et où le rétrécissement occupe la portion périnéale ou membraneuse.

La méthode de M. Reybard n'est pas non plus, dans ces circonstances, d'une application beaucoup plus avantageuse; car la lame de l'instrument devant se déployer derrière chaque rétrécissement, et devant nécessairement diviser une partie assez considérable du tissu sain en arrière et en avant de l'obstacle, il arrive fréquemment que toutes ces incisions réunies constituent un délabrement énorme, sans compter que leur exécution exige une série de manœuvres longues et difficiles, pour ouvrir et fermer l'instrument.

Dans notre méthode, au contraire, quels que soient le nombre et la position des rétrécissements, le chirurgien est assuré que d'un seul trait tout ce qui fait obstacle au développement de la lame

tranchante sera divisé, sans que les parties saines puissent être sérieusement compromises. Ainsi disparaissent les manœuvres compliquées et les énormes incisions qui effrayaient à juste titre les praticiens, et les faisaient reculer devant l'urétrotomie.

Immédiatement après l'incision, le chirurgien introduit dans le canal une bougie métallique volumineuse de 5 à 6 millimètres de diamètre, afin de s'assurer que tous les obstacles sont bien divisés. Il remplace ensuite cette bougie par une sonde élastique du même volume, qu'on laisse à demeure pendant vingt-quatre heures au moins et trois jours au plus. Cette sonde a pour objet d'épargner au malade les douleurs assez vives que produit l'urine en passant au niveau de la plaie, en même temps que de maintenir l'écartement des lèvres de l'incision et d'arrêter l'écoulement sanguin.

Il est nécessaire ensuite de continuer, pendant six semaines environ, l'introduction journalière d'une bougie d'étain de gros calibre, pour entretenir la dilatation du canal.

Accidents consécutifs à l'opération. — En général, les suites de l'urétrotomie pratiquée d'après notre méthode sont d'une grande simplicité.

L'hémorrhagie s'arrête en quelques heures. La douleur produite par le passage de l'urine cesse dès le huitième ou dixième jour et la suppuration se tarit vers la fin de la sixième semaine. Mais, dans quelques circonstances, on observe des accidents d'une autre nature :

1° *Engorgement du testicule.* — Cet accident ne survient guère que vers le huitième jour. Il a peu de gravité et disparaît de lui-même sous l'influence du repos et de cataplasmes émollients. Une fois, cependant, nous l'avons vu acquérir les proportions d'une orchite très-aiguë, qui exigea l'emploi du débridement et de plusieurs applications de sangsues.

2° *Abcès au périnée.* — Dans les premiers essais que nous avons fait de notre méthode, alors que nous pratiquions l'incision directement en bas, sur la ligne médiane, nous avons observé deux cas d'abcès urineux, suivis de fistules multiples au périnée et sur les bourses ; mais depuis que nous avons adopté l'incision latérale, nous n'avons plus rien observé de semblable.

3° *Fièvre urétrale.* — Tous les praticiens savent combien sont fréquents, à la suite du cathétérisme, les accidents fébriles à types rémittents et intermittents. Ces accidents, quelquefois fort graves, peuvent se manifester après l'urétrotomie, comme après toutes les opérations que l'on pratique sur les voies urinaires. Jusqu'à présent, ceux que nous avons observés n'ont offert aucune gravité ; ils se sont bornés à quelques frissons éphémères. Mais le chirurgien ne doit pas perdre de vue que c'est là un des dangers les plus redoutables de l'opération qui nous occupe, et qu'il doit apporter toute son attention à le prévenir ou à le combattre. Les bains fréquents, les boissons mucilagineuses, le repos et surtout l'extrême discrétion dans le cathétérisme dilatateur, sont les meilleurs moyens d'arriver à ce résultat.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hôpital Saint-Charles.

Fracture comminutive de la jambe gauche, compliquée de l'issue du fragment supérieur du tibia à travers les téguments. — Guérison.

Par M. Arlaud, *professeur d'anatomie et de physiologie à l'École navale de Rochefort.*

Le 31 juillet 1853, Jean Cheminant, âgé de 46 ans, cordonnier, né à Autun, département de Saône-et-Loire, en descendant de l'impériale d'une voiture, manqua le marchepied qui devait lui servir d'appui et tomba violemment sur le sol, de la hauteur d'un peu plus d'un mètre. Tout le poids du corps porta sur la jambe gauche. Une douleur vive et un craquement furent sentis par le blessé qui se releva à l'instant, pour retomber quelques secondes après. Les assistants le débarrassèrent de la botte dont il était chaussé, et remarquèrent que le tibia, qui faisait saillie à travers les téguments, avait labouré et perforé la tige de la botte au point correspondant à la fracture. Le sang coulait abondamment, et Cheminant fut transporté à l'hôpital Saint-Charles où, en mon absence, M. Drouet, chef des travaux anatomiques, reçut le blessé et lui donna les premiers soins. Le déplacement, suivant la longueur, et le raccourcissement étaient très-considérables ; la jambe présentait, au tiers inférieur, une plaie irrégulière, à travers laquelle le tibia faisait une saillie de plus de 4 centimètres. Cette portion d'os était étranglée par la boutonnière cutanée. Le sinus formé par les deux fragments était saillant en avant, et les tentatives faites pour opérer la réduction furent vaines. Alors M. Drouet plaça le membre fracturé sur un coussin de balle d'avoine, eut recours à un débridement de 3 centimètres, dirigé, de l'angle supérieur de la plaie, vers le genou, et parvint alors à donner à la jambe une direction rectiligne ; mais la contraction des muscles postérieurs ne permit pas d'arriver à une coaptation parfaite, et il resta entre les bouts supérieur et inférieur du tibia et du péroné, un chevauchement assez considérable ; la pointe du fragment supérieur du tibia, disposée en forme lancéolée, restant à nu et recouvrant l'extrémité du fragment inférieur, coupé en biseau aux dépens de ses bords et faces interne et externe.

Il est à présumer que le déplacement des fragments du péroné avait lieu dans le même sens. Il eût été difficile de pouvoir en donner la démonstration, à cause de l'engorgement et de la tension, qui avaient déjà envahi la plus grande partie de la jambe.

M. le chirurgien en chef, prévenu immédiatement de l'accident, ne tarda pas à arriver, et, en présence d'un cas aussi grave, prescrivit le sédatif par excellence, les irrigations d'eau froides continues.

La jambe resta étendue sur un coussin de balle d'avoine doublé d'une toile de tissu imperméable et disposé en gouttière.

1er *août.* Le malade a supporté très-bien les irrigations, et les douleurs ont diminué. Le pouls est calme ; le gonflement n'a pas fait de progrès ; les compresses qui recouvrent la plaie sont assez abondamment teintes de sang (potion sédative, limonade tartarisée et émétisée à 0,05).

3 *heures du soir.* Douleurs insupportables au talon, cessant pour un instant, quand on déplace le pied et qu'on réussit à changer le point d'appui. La moindre secousse arrache des cris au malade ; l'affaissement du plan sur lequel repose le membre cause des tiraillements douloureux ; la peau est tendue, luisante ; le tibia fait une saillie très-considérable à travers la plaie.

Du 2 au 3, les douleurs ont été un peu moins vives ; mais il n'y a pas eu de repos possible, pas de sommeil (eau gommeuse sucrée, soupe légère).

Le 4, deux attelles et deux coussins en balle d'avoine sont appliqués sur les faces interne et externe de la jambe. Ces moyens de contention n'empêchent pas la mobilité des fragments. La douleur que détermine cette mobilité augmente les contractions spasmodiques des muscles et la saillie du fragment supérieur. En présence de cette difficulté constante d'immobiliser les fragments osseux, et de la nécessité de pouvoir avoir constamment sous les yeux la plaie osseuse et tégumentaire, on a recours à la planchette *hyponarthésique,* en la modifiant d'après les indications de MM. Munaret et Gaillard. Cette planchette est perforée d'une série de trous disposés en quinconce, sur trois ou quatre rangs parallèles, de chaque côté du grand *creux* ou *gouttière*, offrant la forme que laisserait la face postérieure de la jambe, si on en prenait l'empreinte dans une substance molle. Un coussin en balle d'avoine, assez étroit, est placé au fond de la gouttière et la jambe appuyée dessus, repose doucement sur un plan parfaitement adapté à ses formes. Alors deux attelles sont mises sur les côtés de la jambe, deux coussins en balle sont interposés entre elle et les attelles, et un nombre plus ou moins considérable de chevilles maintient ces attelles dans une position invariable. La plaie est à la portée des yeux du chirurgien, pansée à plat et recouverte de quelques compresses que l'appareil irrigateur tient constamment mouillées et à la même température. La toile imper-

méable qui isole la partie malade du reste du lit, est placée autour de l'appareil et relevée sous le jarret. Pas une goutte d'eau ne peut se répandre sur le lit du malade. Enfin, les cordes passées aux montants et au ciel du lit à fracture permettent de mobiliser la jambe et le bassin en masse, mais les deux fragments de tibia n'exécutent plus aucun mouvement.

Le 5, le malade n'accuse pas de douleur au niveau de la fracture; quelques tractions exercées sur le pied pendant qu'un aide opère la contre-extension au niveau du genou, n'amènent pas l'allongement de la jambe, ne changent rien au chevauchement. La fièvre est assez forte, la céphalalgie intense.

La tisane émétisée a déterminé plusieurs selles abondantes. La sensation que cause l'eau sur la partie malade est désagréable, fatigue le malade.

Le 7, frissons violents dans le membre inférieur gauche. Le gonflement a beaucoup diminué, des bourgeons charnus se montrent sur les bords de la plaie, tout autour du fragment d'os saillant au dehors. (Eau vineuse sucrée, trois potages, cessation des irrigations.)

Du 7 au 15, la suppuration devient de plus en plus abondante, l'engorgement est peu considérable, le chevauchement a aussi un peu diminué; mais la pointe du tibia est déviée à gauche, irrite la plaie et détermine un écoulement de sang dès qu'on imprime au pied le moindre mouvement.

Le 20, même état. Aucun travail de consolidation n'est commencé; le fragment osseux, exposé au contact de l'air, a pris une teinte rosée, indice certain que l'inflammation s'en est emparée; la position demi-fléchie de la jambe sur la cuisse, ou plutôt de la cuisse sur le bassin, a permis de diminuer le chevauchement; mais il a été jusqu'ici impossible de mettre en contact la face postérieure du fragment supérieur avec la face antérieure du fragment inférieur, ou mieux de coapter les biseaux en sens inverse que présentent les deux fragments.

Le malade mange le quart. L'état général est satisfaisant. Il est d'une docilité très-grande, très-intelligent, et il seconde admirablement bien mes vues. Ancien écuyer dans un des cirques renommés de France, il trouve le moyen de mobiliser pour ainsi dire toutes les parties de son corps, moins celle qu'il sait devoir laisser immobile.

Pour vaincre cette tendance au déplacement de fragments qui a tant causé de labeurs à la plupart des praticiens, un seul moyen se présentait; moyen souverain, moyen qui a soulevé des récriminations, des critiques acerbes, mais qui restera comme un des nombreux titres de gloire de son auteur : je veux parler de la *vis* de M. Malgaigne. Je n'ai pas hésité à jeter un pont en fer sur la fracture. Cet arc métallique fixé par des vis sur une planchette hyponarthésique, présentait à sa partie culminante, qui était placée de 4 ou 5 centimètres plus haut que la crête tibiale et la pointe osseuse rebelle, un pas-de-vis. La vis de pression, terminée en bas par une pointe aiguë, en haut par un anneau de clef, permit de piquer l'os et de l'abaisser lentement contre le fragment inférieur. Cette vis n'empêche nullement les pansements d'être renouvelés, modifiés, etc. Le pied est assujetti convenablement. (Quart de ration et trois soupes dans la journée; demi-ration de vin.)

Le 23, le fragment osseux a presque disparu au milieu des bourgeons charnus.

Le 24, application d'un étrier et d'une vis de rappel qui permet de coapter presque entièrement les fragments.

Le 26, la pression de la vis ayant paru fatiguer le malade, le pont en fer a été reculé de 4 centimètres vers le genou. Une attelle brisée a été étendue sur la crête tibiale; sur cette attelle, a été placé un chevalet en bois, et la dépression du fragment tibial a pu être continuée médiatement.

Le 27, la nuit a été très-calme, la suppuration de bonne nature. Une petite collection purulente existant en dehors de la plaie s'est fait jour par cette plaie elle-même. Tout fait espérer une guérison dans un cas qui était de nature à faire craindre la perte du membre.

2 *septembre*. La pointe saillante du tibia a changé de coloration et passé à une teinte grise. Saisie avec une pince, elle se laisse mobiliser et enfin est entraînée avec peu de difficulté. Le petit séquestre qu'elle forme n'intéresse pas toute l'épaisseur de la substance compacte. Il a 2 centimètres de long et est épais de 2 millimètres au plus.

Le 4. A dater de ce jour, la vis de pression n'a plus été placée qu'à quelques centimètres au-dessus de l'extrémité du fragment supérieur, qu'elle maintient parfaitement appliqué contre l'inférieur, mais en agissant médiatement à travers l'attelle antérieure et le chevalet.

Le 11, la plaie a diminué beaucoup d'étendue. (Un pansement par jour; demi-ration.)

Le 13, la plaie est réduite à de très-petites dimensions. Le travail de consolidation est facile à constater par les mouvements qu'on imprime à l'un des deux fragments, quel qu'il soit, et qui entraîne des mouvements dans celui qui lui est opposé.

Le 19, accès de fièvre.

Le 20, deuxième accès. (Sulfate de quinine, 0,75; limonade tartrique; soupe légère le matin; quart de ration le soir.)

Le 22, apyrexie depuis le 20. Etat général satisfaisant. Le cal devient tous les jours plus solide.

Le 27, la cicatrisation de la plaie est complète. Les coussins ont pu être changés aisément; la jambe a été soulevée avec précaution et les fragments osseux n'ont éprouvé aucun déplacement.

Le 29, l'appareil hyponarthésique est enlevé, remplacé par un simple bandage roulé. Le malade a été mis dans un fauteuil pendant quelques heures.

1er *octobre*. Il y a de la roideur dans l'articulation femoro-tibiale. (Onctions huileuses; coton cardé.)

Le 12, le malade marche avec des béquilles.

Le 20, compresses iodées sur le cal, continuées pendant quelques jours. Elles n'ont amené ni bien ni mal.

Le 28, en voulant quitter son fauteuil, le malade s'appuyait d'une main sur un bâton et de l'aisselle gauche sur une crosse, qui, ayant glissé, a déterminé une chute sur le pied gauche : une douleur très-vive en est résultée dans l'articulation tibio-tarsienne, qui a été menacée de diastasis; mais le cal a résisté.

3 *novembre*. La jambe est le siége d'un engorgement œdémateux modéré et l'articulation fémoro-tibiale est atteinte d'un peu de roideur; la flexion est bornée et il serait impossible de faire faire à la jambe et à la cuisse un angle de plus de 60 degrés.

Le 6, le malade peut sortir de l'hôpital pendant quelques heures; il se promène tous les jours en s'aidant d'un bâton et d'une béquille de précaution. Pour combattre la roideur du genou, il a été donné des douches sulfureuses et des embrocations avec le baume d'opodeldoch.

Il quitte l'hôpital le 3 janvier 1854. La déambulation est facile, non douloureuse, sans claudication, malgré un raccourcissement de 1 centimètre, raccourcissement qui a été corrigé par l'intervention d'une feuille de liége de l'épaisseur de 1 centimètre et demi, placée dans le soulier qui chausse le pied du côté fracturé.

THÉRAPEUTIQUE.

Fistule à l'anus traitée avec succès par les injections de perchlorure de fer,

Par M. le Dr A. Miergues fils.

Observation. — M. V. J...., atteint de fistule à l'anus survenue à la suite d'un abcès au scrotum, s'étant refusé à une opération chirurgicale, fut traité pendant près de deux ans par divers topiques et injections, entre autres par celles au nitrate d'argent et les injections iodées, qui n'amenèrent aucun changement dans son état.

Lorsqu'il vint me consulter, la fistule offrait un bourrelet muqueux par où s'écoulait une sérosité purulente et grisâtre; et, par suite des obstructions successives du méat externe, il s'était produit de petits abcès passagers. Je prescrivis, d'après un arti-

cle publié dans la *Revue*, les injections de teinture de ratanhia, qui, en pénétrant dans le rectum, donnaient au malade des envies d'aller (ces injections ne furent pratiquées qu'après avoir dilaté l'ouverture au moyen de l'éponge à la cire). Ce moyen fut vainement employé pendant un mois ; alors je le traitai par les injections d'eau hémostatique de Pagliari, qui, dans quinze jours, avaient à peine modifié l'état des sécrétions. Pensant que la guérison se ferait trop attendre, si toutefois elle devait avoir lieu par ce moyen, je fis une petite injection avec du perchlorure de fer pur, n'ayant rempli la seringue qu'au tiers ; la douleur fut vive, mais de courte durée. Des injections journalières furent faites avec le mélange suivant :

Pr. Eau de Pagliari. . . . . . 120 grammes.
Perchlorure de fer.. . . . . 30 —

Dans huit jours, le malade était tout à fait guéri ; il ne restait qu'un petit bourgeon charnu qui disparut par la cautérisation au nitrate d'argent. Notre malade a fait depuis lors plusieurs longs voyages en diligence, sans éprouver le moindre inconvénient. (*Revue thérap. du Midi.*)

Polyurie. — Extrait de valériane, à haute dose.

On voit au n° 6 de la salle Saint-Bernard, à l'Hôtel-Dieu, un homme affecté de polyurie, dont le cas est curieux sous le rapport de la quantité d'extrait de valériane qu'a prise le malade. A son entrée dans le service, il y a un an, il rendait 32 litres d'urine en vingt-quatre heures ; cette urine ne contenait pas de sucre. Or, dans l'espèce, M. Trousseau ne voit qu'un état nerveux auquel il oppose l'extrait de valériane. Ce malade en a pris progressivement des doses énormes. Le 22 janvier 1852, la dose de l'extrait était de 6 grammes à prendre en deux bols, un le matin, l'autre le soir. On prescrivait en même temps 5 grammes de bicarbonate de soude. La quantité d'urine était tombée à 8 litres après un mois de traitement. Le 3 février, la dose d'extrait était de 12 grammes, et la quantité d'urine de 6 litres trois quarts. Le 15 février, 15 grammes d'extrait ; 6 litres d'urine. Le 19, 5 litres et demi. Le 1er mars, 16 grammes d'extrait en quatre bols, une bouteille d'eau de Vichy ; 5 litres d'urine. Le 15 mars, 4 litres et demi. Le malade commençait à transpirer. Le 20 juillet, 30 grammes d'extrait de valériane ; bismuth, 4 grammes ; une bouteille d'eau de Vichy ; tisane de houblon et de chicorée ; 2 litres trois quarts d'urine. La dernière fois que nous avons vu ce malade, il prenait toujours de l'extrait de valériane, et la proportion de ses urines tendait de plus en plus à revenir aux conditions normales. C'est donc là un fait intéressant, et dont on peut tirer profit dans le cas de diabète non sucré.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Février 1854. — Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Huit lettres ministérielles relatives à des échantillons ou à des formules de remèdes secrets et non secrets ;

2° Rapports de MM. Madin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde ; — Roudolphi, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarreguemines, sur une épidémie de fièvre typhoïde ; — Dusouil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres), sur une épidémie de fièvres intermittentes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Redresseur utérin.

M. Valleix adresse la lettre suivante :

Mon nom ayant été plusieurs fois prononcé dans les dernières séances de l'Académie, et M. Cruveilhier ayant communiqué à l'assemblée un fait qui me concerne, on serait sans doute étonné de me voir garder le silence. Aussi, mon intention était-elle de présenter quelques explications à l'Académie ; mais atteint de choléra il y a quelques jours, je ne me sens pas encore assez fort pour entrer dans ce débat ; je prierai sous peu l'Académie de bien vouloir m'entendre.

En attendant je vous prie, Monsieur le président, si vous n'y voyez aucun inconvénient, de vouloir bien communiquer à l'assemblée les remarques préliminaires suivantes :

1° On pourrait penser, d'après les citations faites à l'Académie, qu'après M. Simpson, je suis à peu près le seul qui ai mis en usage le traitement dont il s'agit, et que, par conséquent, la responsabilité est très-peu partagée. Je rappellerai donc que ce traitement était, à quelques modifications près, celui de Kiwisch, à Prague ; qu'il est employé aujourd'hui par M. le professeur Mayer, à Berlin ; qu'en Angleterre, à côté de M. Simpson, se placent MM. les docteurs Rigby, Prothéroé, Smith, Canning, etc. ; qu'à Paris, MM. Richet et Maisonneuve en ont fait usage avec succès ; que MM. Broussonnet, à Montpellier, Piachaud et Maunoir, à Genève, Lediberder, à Lorient, Moussous, à Bordeaux, l'ont adopté ; que M. le professeur Dieulafroy, de Toulouse, dont le nom est si avantageusement connu, possède un certain nombre d'observations de malades chez lesquelles il a fait usage de ce moyen ; et qu'enfin, cette pratique a été adoptée par un bon nombre d'autres médecins français ou étrangers, qui avaient pris connaissance des faits. J'ajoute que tout cela ne s'applique qu'à l'emploi du pessaire Simpson, du pessaire Kiwisch et Mayer ou du redresseur intra-utérin. Quant à l'usage de la sonde intra-utérine, il est bien plus répandu encore. Je me contenterai de citer M. Huguier, qui lui a donné le nom d'hystéro-mètre, et M. le professeur P. Dubois, dont la prudence n'est pas plus contestable que la haute valeur scientifique. J'ai, en effet, appris de M. P. Dubois lui-même, qu'en y mettant tous les ménagements nécessaires, il se servait avec avantage de la sonde pour redresser progressivement l'utérus dévié.

2° Je ferai remarquer qu'on a eu tort de confondre dans une même discussion ce qui est relatif à l'emploi de la sonde utérine, et ce qui concerne l'application du redresseur intra-utérin ; il n'y a aucune parité à établir ; et quant à l'observation de M. Broca, que je n'ai connue que par le compte incomplet qui se trouve dans les journaux de médecine, on peut dire déjà qu'il y a des circonstances si singulières, que beaucoup de personnes ont douté de la réalité de la cause invoquée ; mais je me réserve de la discuter quand j'en aurai pu prendre connaissance d'une manière complète dans le bulletin de l'Académie.

3° Relativement à l'observation de M. Cruveilhier, je me contenterai de dire aujourd'hui que j'ignorais complétement ce qui s'est passé ; que je peux maintenant démontrer que le fait lui a été raconté de la manière la plus inexacte, et que l'interprétation de l'honorable professeur s'en est tellement ressentie qu'il me sera facile de prouver que le titre de l'observation doit être totalement changé.

4° Une troisième question bien distincte a été soulevée par mon honorable maître, M. Velpeau ; c'est celle de la curabilité des déviations utérines. C'est une question qui ne peut être résolue que par les faits, et qui doit dominer toute la discussion. Je ne pense pas l'aborder ici, et je ne pourrai le faire complétement qu'après avoir fait un appel à tous mes confrères qui ont mis en usage le redresseur, afin qu'ils adressent à la commission ou à moi tous les cas favorables ou défavorables de leur pratique. Ainsi, la vérité sera connue, et, quel que soit le résultat, je m'en féliciterai ; car si le danger de ce traitement dépassait celui qu'on doit malheureusement (ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Velpeau) craindre des plus minimes opérations chirurgicales, je redouterai plus que personne de les affronter. Je n'ai jamais nié, en effet, qu'on ne puisse provoquer des accidents : je les ai signalés ; mais ils ne m'ont pas paru de nature à faire renoncer à un traitement que je regarde comme efficace dans un grand nombre de cas.

5° Qu'on n'oublie pas, enfin, que ce traitement va en se perfectionnant tous les jours ; que bien des accidents qu'on a produits, faute d'une expérience suffisante, sont aujourd'hui évités ; et que, dans les déviations en arrière, j'ai remplacé avec avantage l'emploi du redresseur intra-utérin par celui du redressement avec la sonde et le pessaire en caoutchouc combinés, qui me donne chaque jour d'excellents résultats ; mais je n'insiste pas sur ces points, car ce sont autant de questions posées naturellement à la commission académique et qu'elle pourra résoudre quand elle aura pris connaissance des faits.

Traitement des déviations utérines par les pessaires en caoutchouc.

M. le docteur Gariel, à propos des communications de MM. Broca et Cruveilhier, adresse une note que son étendue nous oblige à renvoyer à un prochain numéro.

Amygdalotome.

M. Maisonneuve adresse la note suivante :

D'après la réclamation adressée dans la dernière séance, par M. le docteur Blatin, l'amygdalotome que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie ne serait autre que le sien.

Permettez-moi, monsieur le président, de repousser cette prétention qui ne supporte pas l'examen et que dément le plus simple coup d'œil jeté sur les deux instruments.

Urétrotomie.

M. Maisonneuve présente un mémoire sur ce sujet (*voir* ci-dessus).

Vaccine.

M. Bayard adresse une réponse au rapport de M. Bricheteau.

Nutrition.

M. le docteur L. Corvisart communique des observations faisant suite à son précédent Mémoire. Nous publierons ce travail.

M. Boudault, pharmacien, présente la partie chimique de ces recherches, dont voici le résumé :

L'estomac et les sucs gastriques opèrent la transformation des aliments azotés, c'est-à-dire font la digestion.

Mais les sucs gastriques sont les produits complexes de deux fonctions de l'estomac : tels produits sont inutiles ou nuisibles à l'action digestive, tels autres sont chargés de celle-ci.

La première fonction élimine, hors des tissus, des substances incompatibles avec l'économie :

1° Des substances étrangères, tel le cyanure de potassium quand il a été injecté dans les veines ou qu'il y a pénétré (exp. de M. C. Bernard). Ces substances peuvent nuire à l'action digestive, ou tout au moins ne lui sont de nul secours ;

2° Des sels, ayant fait partie de l'économie, mais qui doivent l'abandonner. Le suc gastrique renferme ces sels nombreux, et ce sont les mêmes que les excrétions lacrymales, rénales, expulsent aussi ; ils n'ont aucun pouvoir utile à l'action digestive ; au contraire, ils la gênent ; c'est ainsi, qu'expérimentalement, j'ai vu les sels indiqués comme faisant partie des sucs gastriques (des animaux ayant mangé de la viande ou des légumes), par les analyses de MM. Blondlot, Leuret et Lassaigne, Bernard et Barreswil, mélangés au principe digestif, entravant d'autant plus l'action digestive de celui-ci, qu'ils sont en plus grande quantité, sans que j'aie cependant jamais dépassé la proportion de 2 grammes pour 100 grammes de liquide digestif;

3° Des substances organiques qui sont aussi destinées à être éliminées par excrétion (ainsi du mucus) et qui n'ont absolument aucune influence favorable sur l'action du principe digestif sur les aliments.

Je ne parle pas ici des substances descendues de plus haut dans la cavité gastrique, et qui se mélangent alors au principe digestif. Bien qu'existant constamment dans les sucs gastriques, il est bien clair qu'elles ne font pas réellement partie de sa constitution (ainsi la diastase salivaire). Je parle moins encore d'autres produits étrangers à la sécrétion de l'estomac, comme agent digestif, tels que la bile qui peut y refluer, l'albuminose qui peut s'y trouver. Si on les trouvait dans une analyse chimique, on indiquerait qu'ils font partie des sucs gastriques, comme on a fait pour les sels ; or, ils nuisent comme les sels à l'action digestive..

La seconde fonction est la vraie fonction, la fonction spéciale de l'estomac ; c'est elle qui donne naissance non pas au suc gastrique, produit mixte et impur, mais au *principe digestif* (composé d'un acide uni à la gasterose), qui caractérise l'estomac, comme organe si important à la vie.

Quand on veut avoir l'agent digestif dans sa pureté et sa force, dans un but thérapeutique, c'est au *principe digestif* qu'il faut s'adresser (non au produit mixte) ; c'est lui qui forme la base des *préparations nutrimentives.*

Les expériences les plus concluantes du docteur Corvisart prouvent l'identité de l'action physiologique et thérapeutique, de divers principes digestifs et des diverses préparations nutrimentives.

Procédés employés pour faire les préparations nutrimentives. — 1° diviser et laver rapidement un grand nombre de caillettes de veaux, de moutons, etc., avec une brosse de chiendent; déchirer, réduire en pulpe et enlever toute la membrane muqueuse ; faire macérer cette pulpe dans l'eau distillée, pendant douze à vingt-quatre heures ;

2° Passer cette eau à travers un linge, puis la traiter par l'acétate plombique; laver le précipité à grande eau, puis le laisser se tasser et égoutter;

3° Une fois tassé et consistant, le décomposer par un courant d'acide sulfhydrique en excès, pour qu'il ne reste pas trace d'acétate plombique. Il faut toujours, avant l'essai des liquides et des poudres, s'assurer qu'il n'y a plus ni composé plombique ni hydrogène sulfuré dans les produits, les chasser s'ils existent, filtrer de nouveau et recueillir les liquides, qui fourniront les *cuillerées nutrimentives,* après avoir ajouté de l'acide lactique.

Prises nutrimentives. — 1° Après avoir essayé, comme on le verra plus loin, le liquide nutrimentif, on le met sécher à une température constante de + 36° à + 40° th. c., jusqu'à ce qu'il forme une pâte épaisse ;

2° On y incorpore alors de la gomme ou de l'amidon pulvérisés, puis on fait sécher complétement à la même température ;

3° On pulvérise, et on a la poudre qui formera les *prises nutrimentives.*

Le *sirop nutrimentif* se fait en dissolvant la pâte dans du sirop de sucre, sans incorporer à celle-ci ni gomme ni amidon.

Depuis la première jusqu'à la dernière opération, on doit agir (à part le dessèchement), dans un endroit frais, car la putréfaction, ou une chaleur plus élevée que 50°, ferait perdre aux préparations toute leur vertu digestive.

Un fois faites, par la même raison, il faut conserver, à l'abri de la chaleur, les flacons parfaitement bouchés ; et pour ceux des cuillerées, parfaitement exempts de toute bulle d'air ; on conserve alors ces préparations des années, avec toute leur action.

C'est une même raison qui nous a amené à ne faire jamais pour les malades des flacons contenant plus de six doses, car leur emploi est fait alors en trop peu de temps pour qu'elles puissent, par leur exposition à l'air, s'altérer.

Les procédés précédents, purement chimiques, donnent sans doute, chaque fois, un principe digestif toujours *chimiquement* identique.

Mais quand on veut avec lui transformer les aliments en nutriments, soit dans l'estomac des malades, soit dans des bocaux, on éprouve, quoi qu'on ait fait, bien des déceptions ; tantôt on réussit, tantôt on ne réussit pas.

On est alors bien vite ramené à se rappeler que le principe digestif n'est point un corps purement chimique, mais *un ferment* mobile, variable, comme les ferments organiques, et cela sous mille causes que l'on est encore inhabile à préciser, par conséquent à éviter.

Il ne suffit donc pas d'avoir bien préparé et suivant les règles, les prises ou les cuillerées nutrimentives, pour être assuré qu'elles soient bonnes, et les livrer pour un usage thérapeutique.

Moyens de reconnaître et de mesurer le pouvoir des préparations nutrimentives et du principe digestif. — Les caractères physiques sont absolument impuissants à faire reconnaître le principe digestif, sa qualité et sa force (bien que la saveur puisse donner quelque présomption).

2° Les caractères chimiques sont également impropres à le faire connaître ; ainsi l'albuminose, produit de digestion, ressemble à ce point de vue à l'agent de la digestion (gasterose) ;

3° La coagulation du lait (1), qui a été donnée comme la meilleure réaction du principe digestif, est tout infidèle et ne peut nullement servir ; en effet :

A. Les liquides simplement acides peuvent coaguler le lait ;

B. Le principe digestif actif fait coaguler le lait ;

C. Le principe digestif, rendu inerte comme agent digestif (chauffé à 100°), coagule le lait ;

D. Le principe digestif rendu inerte (par une digestion artificielle qui a épuisé sa force) coagule le lait.

Le principe digestif dont on a saturé l'acide coagule le lait :

A. S'il est actif, comme agent digestif ;

B. S'il est inactif, ayant épuisé toute sa force par une digestion artificielle.

Wasman ne remarque-t-il pas que l'estomac du porc lui fournit un très-bon principe digestif, mais toujours incapable de faire coaguler le lait !

On ne peut donc s'assurer par ce moyen, si les précautions employées pour les préparations nutrimentives ont conservé ou ravi au principe digestif son pouvoir sur les aliments, et par conséquent si l'on peut avoir confiance en eux confiance en eux comme agents thérapeutiques ;

L'essai physiologique, la transformation en nutriment d'une quantité donnée d'aliment (fibrine) par une digestion artificielle dans un bocal, est le seul moyen de reconnaître, dans les préparations nutrimentives, l'aptitude à faire une *digestion.*

Le pharmacien qui les préparera devra donc toujours faire au préalable cet essai de digestion artificielle sur un échantillon de la masse du principe qu'il aura préparé ;

Des essais pareils sur des doses et des mélanges variés, feront connaître la quantité d'acide lactique, de gasterose, de sirop, de gomme et d'amidon, d'eau, etc., à employer pour les prises et les cuillerées nutrimentives ;

Il faut s'arranger pour que chaque cuillerée nutrimentive, chaque prise délayée dans une cuillerée d'eau, mise huit heures à une température constante de + 38 à + 40° th. c., dans un bocal agité de temps en temps, transforme en nutriment quatre grammes de fibrine de veau fraîche, pressurée fortement et finement hachée. Ceci a lieu, 1° quand la fibrine a été complétement désagrégée et ne laisse sur le filtre qu'un sédiment presque inappréciable ; 2° quand la liqueur filtrée, chauffée à + 100°, coagule légèrement en flocons d'albumine caséiforme.

(1) Les prisures préparées suivant les procédés relatés dans Dumas (*Chimie physiologique*), ne sont pas aptes à faire des digestions artificielles, quoiqu'elles coagulent le lait avec une grande énergie.

3º Quand après avoir filtré de nouveau, la liqueur précipite par le bichlorure platinique (ce précipité étant soluble dans l'acide nitrique); par l'alcool absolu (ce précipité étant insoluble dans l'eau froide); par la noix de galle, l'acide plombique, le chlorure mercurique, le nitrate argentique, le chlorure stanneux, etc., caractères de la fibrine devenue complétement nutrimentaire.

Alors, chaque prise ou cuillerée suffit, suivant M. le docteur Corvisart, pour un repas; on la prend, la première, soit dans du pain à chanter, soit dans la première cuillerée de potage, et la cuillerée nutrimentive immédiatement avant celui-ci, et pendant le repas, il faut manger de la viande.

Candidatures.

MM. Chassaignac, Nélaton et Moreau (de Tours) se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

LECTURES.

Aliénation mentale.

M. Falret donne lecture d'un Mémoire sur la folie circulaire.

M. Baillarger prononce un discours en réponse à M. Falret. L'abondance des matières ne nous permet pas de publier ces travaux aujourd'hui.

Calculs biliaires.

M. Alexandre Legrand lit un Mémoire sur la *maladie connue sous le nom de calculs biliaires.*

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

(Séances du 27 janvier et du 10 février.)

La Société d'hydrologie de Paris a déjà tenu trois séances, dont la moitié a été consacrée à son organisation, et l'autre moitié à la discussion de la question des piscines. Nous avons rendu compte de la partie organisatrice, nous allons maintenant initier nos lecteurs à la partie scientifique.

Mais rappelons d'abord que les médecins de Paris se sont laissé prévenir par nos confrères du midi de la France. Aux médecins de Bordeaux, de Toulouse, de Montpellier, revient l'honneur d'avoir fondé la première Société d'hydrologie. Disons encore que ceux-ci paraissent s'être proposé un champ plus vaste d'observation : tandis que la Société de Paris a pour but de développer et de propager l'étude des EAUX MINÉLALES, celle du Midi veut examiner « l'emploi de l'*eau* sous toutes ses formes, dans toutes ses « applications, avec tous ses moyens, que l'on veuille s'en servir au loin « ou auprès, comme *agent thérapeutique, prophylactique, curatif ou con-« servateur.* » (Congrès de Toulouse, 1853.) Cette différence est considérable; nous y reviendrons dans un autre article.

Déjà l'idée a été émise de voir en France se fonder une Société centrale, réunissant tous les médecins s'occupant d'hydrologie, tenant tous les ans à Paris un congrès hydrologique, où viendraient se résumer tous les travaux particuliers, et se rattachant à toutes les Sociétés qui se formeraient dans les départements. Si de nouvelles Sociétés s'établissaient, elles pourraient avec avantage prendre pour base de leur règlement celui que vient d'adopter la Société de Paris. Il est clair, précis, et il se prêterait à toutes les modifications que peuvent exiger d'autres localités.

Dans son numéro du 24 décembre dernier, le *Moniteur des Hôpitaux* a rendu compte de la première séance, qui a eu lieu le 21 précédent. Dans sa seconde séance (27 janvier 1354), après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Mélier remercie en très bons termes ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le chargeant de diriger les premiers travaux de la Société. Il se félicite des encouragements, des marques de sympathie qu'elle a reçus de toutes parts; puis il lit les noms de ceux que le bureau propose d'admettre comme membres honoraires ou correspondants.

Une distinction particulière est proposée pour M. Dumas, qui, dans son trop court ministère, a prouvé combien il avait à cœur le progrès des études hydrologiques. Le bureau propose de nommer M. Dumas président honoraire. M. Heurtier, conseiller d'État et directeur général de l'agriculture et du commerce, dont le zèle est connu pour tout ce qui se rattache à nos établissements thermaux; M. Julien, chef de division au même ministère; MM. François et Isabelle, ingénieurs qui ont exécuté des travaux si remarquables près de nos sources les plus importantes, un grand nombre de médecins et de savants de Paris choisis parmi les membres de l'Académie des sciences, de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie de médecine, sont proposés au choix de la Société comme membres honoraires; vient ensuite une longue liste de membres correspondants, pris parmi les médecins indigènes ou étrangers qui ont attaché leur nom à des ouvrages distingués sur la science hydrologique. Tous les noms proposés par le bureau sont accueillis avec faveur, et, pour cette fois, on se dispense du scrutin, devenu inutile en présence de l'assentiment général, et qui eût été d'ailleurs impossible par la longueur du temps qu'il aurait exigé.

MM. Fermont et Rousselot sont nommés, au scrutin, membres de la commission de rédaction.

M. le président fait part qu'un projet de loi sur les eaux minérales s'élabore en ce moment, et sera probablement présenté au Corps législatif dans sa prochaine session. Il demande si la Société ne trouverait pas utile qu'une commission fût chargée de s'occuper de cette question si importante? La Société adopte cette opinion, et prie M. le président de nommer cette commission, qui devra faire son rapport le plus tôt possible.

On passe à la discussion sur la question des piscines. M. le secrétaire général lit une Notice fort intéressante de M. François, ingénieur, sur l'ancienneté des piscines, et sur la diminution successive qu'elles ont éprouvée depuis celles où l'on pouvait se livrer à la natation jusqu'à la simple baignoire. Cette Notice forme en quelque sorte un avant-propos à la discussion qui va s'ouvrir.

M. Lhéritier n'est pas grand partisan des piscines; il leur reproche de la malpropreté par suite de non renouvellement de l'eau qu'elles contiennent; la répugnance qu'elles inspirent soit à cause du contact d'autres malades, soit comme à Louèche, par le mélange des sexes. Il craint que des principes morbides que fournissent certains malades ne soient absorbés par les autres malades, dont les souffrances seront ainsi augmentées. Il n'est pas jusqu'au grossier vêtement de laine dont on se revêt pour entrer dans la piscine, qui ne soit l'objet de sa critique, comme gênant le contact de l'eau minérale et pouvant altérer ses principes.

M. Fermont, s'appuyant sur les expériences de M. Dutrochet, dit que dans une piscine il s'établit un double courant entre les fluides du malade et l'eau extérieure; que ce mouvement continu d'endosmose et d'exosmose l'expose, lorsqu'il se débarrasse des principes morbides qu'il contient, à absorber ceux qui s'échappent du corps des autres malades. Il se fait alors un échange qui peut ne pas lui être favorable.

M. Constantin James vient confirmer les assertions de M. Lhéritier. Il dit qu'à Barèges, il a vu dans les piscines des malades ayant des plaies couvertes de pus, se baignant avec les autres malades : il affirme que là et ailleurs, l'eau qui arrive aux piscines est déjà maculée, parce qu'elle a servi aux bains de baignoires et aux douches; que l'eau qui a servi à une première piscine passe dans une seconde, puis dans une troisième. Il déclare qu'il y a là une cause de dangers pour les malades qui, d'ailleurs, ont le droit, puisqu'ils payent, d'avoir une eau non salie, non maculée.

M. Wulfran Gerdy ne peut voir dans l'établissement des piscines qu'un prétexte d'économie; il soutient que cette économie n'existe pas, et qu'une piscine emploie beaucoup plus d'eau que les baignoires pour le même nombre de malades.

M. Michel Lévy, relevant ce qui a été dit sur le danger de la contagion, demande si l'on peut citer un fait authentique constatant cette contagion.

M. Patissier fait observer que jusqu'à présent, on a examiné la question des piscines théoriquement et non au point de vue pratique; il demande que, vu l'heure avancée, la discussion soit ajournée à la prochaine séance; cette proposition est adoptée.

M. le président annonce que sur la demande de plusieurs membres, une séance extraordinaire aura lieu le vendredi, 10 février, pour continuer la question des piscines, et que l'on discutera ensuite le traitement du diabète.

Une observation sur cette séance. Nous sommes de l'avis de M. Patissier; la discussion s'est établie non sur la question, mais à côté d'elle. On s'est occupé des inconvénients que présentent certaines piscines, mais non de l'utilité qu'elles peuvent avoir au point de vue pratique. Disons, toutefois, que les piscines si vivement attaquées nous paraissent cependant avoir déjà gagné leur cause, même avant d'être défendues. En effet, M. Lhéritier a concédé qu'il admettrait des piscines si elles étaient vastes et baignées par un flot renouvelé sans cesse. M. James a dit qu'à Néris et à Aix en Savoie, les piscines étaient fort convenables. M. Gerdy a déclaré qu'il croyait les *bains prolongés* utiles dans certaines maladies, et, de plus, que certaines eaux minérales ne pouvaient agir que par un contact longtemps continué. Or, s'il est des maladies dont la cure ne peut être obtenue que par des bains prolongés; s'il est des eaux dont l'action ne se révèle qu'après des bains de plusieurs heures, toute la question se réduit à ceci : Vaut-il mieux, quand on doit prendre un bain de plusieurs heures, le prendre dans une piscine où le mouvement est possible, que dans une baignoire où, bon gré malgré, il faut rester immobile?

La réponse ne saurait être douteuse.

Séance du 10 février 1854.

Après l'adoption du procès-verbal et la lecture de la correspondance, M. le Président annonce que la commission nommée pour l'examen de la législation des eaux minérales s'est divisée en plusieurs commissions spéciales, et pourra probablement bientôt faire son rapport.

On reprend la discussion sur les piscines.

M. Lecomte range les objections contre les piscines en deux ordres, selon qu'elles auraient pour but de les supprimer où bien de les améliorer. On leur a reproché de ne pas être assez vastes pour qu'on pût se livrer à la natation : ce reproche ne saurait être sérieux. Quant aux inconvénients résultant de l'endosmose et de l'exosmose, a-t-on des faits à citer? Il n'est pas vrai que les piscines exigent plus d'eau ; le courant d'eau qui renouvelle sans cesse l'eau des piscines n'équivaut pas à la masse nécessaire pour donner de nouveaux bains. D'ailleurs, la véritable question est de savoir si les bains de piscine sont favorables.

M. Réveil a vu des hommes portant des plaies, se baignant auprès d'autres malades ; ailleurs, il a vu les sexes mêlés; mais un plus grand reproche qu'il adresse aux piscines, c'est que la température est la même pour tous les malades, et surtout c'est qu'elle baisse trop rapidement. Dans certaines maladies, la piscine peut être dangereuse : ainsi, il a vu un homme contrefait et hémopthisique pris de crachement de sang pour avoir pris un bain de piscine au lieu d'un bain à demi-corps dans une baignoire. Y a-t-il économie d'eau? Oui, quand plusieurs séries de malades se succèdent dans la piscine sans qu'elle ait été renouvelée ; autrement, il n'y a qu'économie de temps et plus de facilité dans le service. Si l'endosmose et l'exosmose dont a parlé M. Fermont étaient réels, il faudrait supprimer les piscines, même à compartiment. Mais le pus ne se dissout pas, et l'épiderme s'oppose à l'absorption.

M. Laurès. — Y a-t-il un seul fait qui motive l'appréhension que l'on a montrée, quant à l'absorption des virus? Je ne le pense pas; en admettant l'absorption comme possible, les virus seraient dans un état de dilution tel qu'ils ne pourraient nuire. Qu'il y ait des piscines incommodes, mal disposées, où l'on n'ait pas pris toutes les mesures possibles contre les inconvénients signalés, cela est fâcheux ; mais peut-on nier l'utilité des bains prolongés dans certaines maladies? le mouvement dans le bain n'est-il pas nécessaire pour traiter le rhumatisme, l'ankylose incomplète? Sans doute, tous les malades ne peuvent pas supporter une température uniforme ; mais à Néris, grâce à la possibilité du mouvement, on supporte plus facilement une température plus basse. Renouveler l'eau pour chaque série n'est pas toujours possible ; si la température de la source est trop considérable ; si de 80°, comme à Chaudes-Aigues, ou de 53°, comme à Néris, il faut la ramener promptement à 28 ou 29°, comment faire, à moins de la mélanger avec de l'eau naturelle?

Le bas prix des bains de piscine est utile aux indigents. A Néris, 200 malades se baignent dans 40 mètres cubes d'eau ; il n'y a aucun fait de contagion.

M. Beaude. — On a exagéré les inconvénients des piscines ; leur utilité est incontestable : les Romains ne connaissaient que la piscine, et en établissaient partout où ils étendaient leur puissance. Si l'endosmose était à craindre, elle s'exercerait par le fait même de l'air qui nous entoure ; mais l'épiderme est là qui lui sert de barrière : la peau qu'il recouvre ne peut absorber les virus ; pourquoi? Je n'en sais rien. S'il est des piscines où l'on emploie de l'eau déjà maculée, c'est un mal : on ne doit établir de piscine que là où il y a pour ainsi dire une rivière d'eau minérale. Il y a des établissements où l'on n'agit que par le bain prolongé, quand on veut obtenir la poussée, à Louèche, par exemple. Si quelques femmes répugnent à se baigner avec les hommes, toutes n'ont pas cette susceptibilité anglaise. Les piscines ont un autre avantage, c'est l'atmosphère de vapeurs d'eau minérale qui les entoure ; ces vapeurs que l'on respire sont éminemment utiles. On a dit que, dans certains établissements, on altérait l'eau minérale en y ajoutant l'eau de torrent ; et pour preuve, on a dit que l'eau froide contenait moins d'hypo-sulfite que lorsqu'elle est chaude : cela prouve seulement qu'une élévation de la température suffit pour faire reconnaître certaines substances qui restent sans elle à l'état latent ; c'est ainsi que les vapeurs d'iode sont d'autant plus absorbées que la température est plus élevée.

M. Patissier traite la question pratique des piscines, et s'appuie, pour démontrer leur utilité, sur les écrits des médecins des eaux les plus recommandables. Son discours n'étant qu'une suite de citations n'est pas susceptible d'analyse.

M. Durand-Fardel. — La piscine n'est pas seulement un bain en commun, c'est un bain où l'on peut se mouvoir. On peut supposer de petites piscines où chaque malade se baignerait seul ; il en est d'autres un peu plus considérables que l'on appelle piscines de famille : leur dimension doit se calculer non sur le nombre de malades qu'on peut y mettre, mais sur la place nécessaire à chacun pour qu'il puisse se mouvoir. D'ailleurs, le bain de piscine doit être réglé par les circonstances de la maladie et par la nature des eaux.

M. Barthez est partisan des piscines : inutiles dans les cas où l'on ne donne que des bains de courte durée, elles sont nécessaires si le bain doit se prolonger. Il ne faut pas craindre la contagion, et les malades qui ont une infirmité sont les premiers à demander qu'on les dispense du bain de piscine. Il faut avouer que le bain de piscine est plus coûteux. Un mètre cube d'eau suffit pour quatre bains de baignoire, et ne pourrait suffire à quatre personnes dans une piscine. Si l'on ne peut établir de piscine, on peut procurer ses avantages à la baignoire ordinaire. Des cabinets de trois ou quatre bains font éviter l'isolement. La fatigue énorme du corps, qui, dans la baignoire, n'appuie que sur trois points, les talons, les fesses et les épaules, peut être évitée par un siége-fauteuil. Le bien-être que procure le mouvement dans la piscine peut être procuré par le massage.

M. Villars a remarqué que les guérisons étaient plus promptes chez les sous-officiers et les soldats qui fréquentent la piscine que chez les officiers qui n'usent que des bains de baignoire : la durée du bain est pourtant la même. Serait-ce parce que les premiers sont généralement plus jeunes?

M. L'héritier dit qu'à Plombières, 50 personnes n'emploient, avec le petit courant de renouvellement, que 6 mètres 67 centimètres d'eau.

M. Lambrou. — La piscine est très-employée à Luchon pour les hommes ; elle l'est encore peu pour les femmes. Elle est alimentée non avec l'eau des bains, mais avec celle des douches qui n'est pas souillée, ni altérée dans ses principes. Cette altération serait peut-être même utile ; car autrefois, lorsque l'eau venait à ciel ouvert, les cures n'étaient pas moins fréquentes, et aujourd'hui encore des pauvres vont se baigner les jambes dans le canal de décharge extérieur à l'établissement, et n'en guérissent pas moins vite. Ces effets sont dus à la décomposition d'une partie du soufre, que M. Lambrou regarde comme utile.

Nous passons un débat qui s'est élevé sur la justesse des sulfhydromètres, sur l'absorption de l'iode, etc., parce que la Société d'hydrologie doit avoir bientôt une discussion spéciale sur la sulfhydrométrie.

M. Wulfran Gerdy. — On ne peut contester que la piscine consomme plus d'eau, surtout si elle a un courant continu. Si M. Lhéritier a dit que 6 mètres suffisaient pour cinquante malades, c'est que ceux-ci se baignent successivement dans la même eau. L'exemple invoqué des Romains n'est pas applicable. Les premiers Romains se baignaient dans le Tibre ; lorsqu'ils eurent des piscines, c'est qu'ils étaient déjà corrompus. Même dans les piscines, leurs bains étaient courts et accompagnés d'une foule d'usages dus à un affaiblissement des mœurs publiques.

L'heure avancée met fin à la discussion, et quand le président donne connaissance de l'ordre du jour de la prochaine séance, on demande si le débat sur les piscines sera clos sans que l'on formule de conclusions. Il est arrêté que le bureau en présentera au vote de l'assemblée. Dieu veuille que chacune d'elles n'amène pas un nouveau débat !

Cette séance, meilleure que la précédente, n'a point encore été cependant ce qu'elle devait être : beaucoup de longueurs, de répétitions, de choses étrangères au débat engagé.

Qu'une assemblée qui, comme l'Académie de médecine, a des séances hebdomadaires, laisse la discussion errer un peu à l'aventure, le mal n'est pas bien grand ; mais la Société d'hydrologie ne peut avoir au plus que cinq séances jusqu'à la fin de sa session. Or, le diabète en prendra deux ; la loi pour les eaux minérales au moins une. Déjà d'autres questions sont indiquées ; il ne faut donc pas perdre de temps en discours inutiles : parler n'est pas toujours discuter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Monument Orfila.* — La souscription relative au monument à élever à la mémoire de M. Orfila, sera close le 15 mars prochain. — Les souscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris et chez M. Labé, éditeur des œuvres de M. Orfila, place de l'École-de-Médecine, 23.

— Le 4 février courant a eu lieu l'inauguration solennelle du buste du professeur De Candolle. En présence des principales autorités du département, des membres du Corps académique et d'un public d'élite, plusieurs orateurs ont successivement pris la parole pour rendre hommage aux diverses qualités de l'illustre botaniste. M. le recteur Jourdain a lu un discours plein des plus judicieuses pensées et d'exhortations flatteuses à tous les membres de l'Académie en présence de la vie digne et laborieuse du célèbre De Candolle. M. le professeur Gervais, au nom de la Faculté des sciences, a retracé les nombreux et importants travaux du héros de cette fête scientifique. L'orateur s'est attaché à démontrer la nécessité d'étudier les faits avec sévérité, et de baser sur les faits seuls les théories contre les écarts desquelles il s'est élevé avec une grande insistance. Enfin, M. le professeur Martins a porté la parole au nom de la Faculté de médecine. L'habile orateur a signalé les changements successifs survenus dans notre Jardin des Plantes, et les nombreuses améliorations que De Candolle sut y introduire pendant les sept années qu'il en fut le directeur.

(*Annales de cliniq. de Montpell.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 21. 2e année. Samedi 18 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 17 Février 1854.

De la folie à double forme ou folie circulaire.

Nous avons l'habitude d'aller au fond des questions que nous traitons, lorsque nos forces nous le permettent ; c'est donc ce que nous avons cherché à faire en commençant, dans un de nos derniers numéros, l'examen du Mémoire lu à l'Académie par M. Baillarger. Mais l'argumentation qui a suivi la lecture de ce Mémoire ayant considérablement étendu le cercle de la discussion, et, qu'il nous soit permis de le dire, légèrement embrouillé les éléments qui doivent en être la base, nous nous contentons de publier aujourd'hui l'extrait du Mémoire de M. Falret et le discours textuel de M. Baillarger, nous réservant d'apprécier l'un et l'autre dans notre prochain numéro et de faire nos efforts pour jeter quelque jour dans une discussion qui nous a paru, ainsi qu'à bien d'autres, un peu ténébreuse.

H. de Castelnau.

Séance de l'Académie des sciences du 6 Février.

Dans l'avant-dernière séance, l'Académie des sciences a été témoin d'une de ces découvertes qui font époque dans l'histoire de la science et dont la mention doit se trouver dans notre recueil, quoique cette découverte n'intéresse que très-accessoirement la médecine. Tous les médecins et tous les élèves qui ont préparé jusqu'à ce jour l'examen des sciences accessoires, ont appris de leurs professeurs, ainsi que dans les livres, que l'aluminium était un de ces métaux équivoques, qui, au contact du corps le moins oxydant, passait aussitôt à l'état d'oxyde, et qui décomposait l'eau à froid et avec une grande rapidité. Donc, ce métal, de même que le sodium et le potassium, dont on le rapprochait, ne pouvait être ni forgé, ni laminé, ni conservé à l'air, ni servir en un mot à aucun des usages si importants auxquels sont destinés les vrais métaux.

M. Sainte-Claire Deville a changé tout cela ; il a mis sous les yeux de l'Académie des lames et des fils d'aluminium qui ont prouvé à tous les assistants que ce corps, parfaitement pur, est non-seulement ductile et malléable, mais encore qu'il est inattaquable par l'eau, par l'air, et qui plus est par les acides nitrique et sulfurique, c'est-à-dire qu'il est plus inaltérable que l'argent dont il possède la blancheur, et presque aussi inaltérable que le platine.

Quand on songe que toutes les marnes et terres glaises sont composées presque exclusivement d'alumine, on comprend la révolution industrielle et financière qui résulterait de la découverte de M. Deville, si cet habile chimiste parvenait à appliquer en grand les procédés de préparation de l'aluminium, restreints jusqu'à présent aux manipulations du laboratoire. C'est à l'application industrielle que vont tendre maintenant tous les efforts de M. Deville. Sur la généreuse initiative de M. Thénard, en qui les jeunes savants sont toujours assurés de trouver un protecteur aussi chaleureux qu'éclairé, l'Académie a décidé qu'elle s'associerait à ces efforts en mettant à la disposition de M. Deville les fonds nécessaires pour continuer ses laborieuses et dispendieuses recherches.

Dans cette séance, M. Ch. Martins a adressé une Note sur des observations météorologiques, qui, continuées pendant plusieurs années, pourront jeter beaucoup de jour sur les questions aujourd'hui si importantes de géographie médicale.

H. de C.

REVUE DE MÉDECINE COMPARÉE.

Pustule maligne.

Une question de la plus haute importance a été récemment agitée au sein de la Société impériale de médecine vétérinaire.

Convaincu que la médecine comparée y puisera d'utiles documents, nous présentons à nos lecteurs le résumé analytique de la discussion à laquelle cette question importante a donné lieu. Il s'agit de la *pustule maligne*.

Depuis une époque très-reculée, médecins et vétérinaires regardaient cette affection comme un symptôme de la fièvre charbonneuse, lorsque, en 1852, M. Benjamin, actuellement vétérinaire à Paris, se basant sur des études faites pendant six années dans la Champagne, vint annoncer que, pour l'homme et les animaux, elle était *essentielle*, et il ajoutait que souvent elle engendrait la fièvre charbonneuse, mais que jamais celle-ci ne lui donnait naissance. Si la pustule maligne, dit ce vétérinaire, est rare dans certaines localités, par contre, elle sévit annuellement dans d'autres, notamment en Champagne. Coexistant avec les maladies charbonneuses, elle semble fatalement se modeler sur elles. Sont-elles peu graves, elle est rare ; sont-elles désas-

treuses, elle sera fréquente. Pendant les fortes chaleurs de l'été, elle atteint simultanément et l'homme et les animaux; l'habitant des campagnes; ceux qui, par profession, sont fréquemment en contact avec les débris cadavériques charbonneux, les vétérinaires, etc., etc.; et parmi les animaux, ceux à allures lentes en sont le plus atteints.

M. Benjamin expose minutieusement les symptômes : sans signes précurseurs, l'invasion se signale par une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, rouge, chaude, douloureuse, déterminant un prurit variable suivant l'irritabilité du sujet; puis en cinq, six, au plus quinze heures, elle a envahi une plus grande surface; sous les doigts qui la compriment, suinte un liquide séro-sanguinolent; son centre se gangrène; des phlyctènes, gonflées de sérosité, s'étalent autour du point mortifié; mais jusqu'ici l'organisme se maintient à l'abri de tout trouble; la pustule n'est plus méconnaissable. Vingt-quatre, trente-six heures sont écoulées, le mal arrive à la période d'état, le volume égale celui des deux poings réunis; au centre, le bistouri ne peut réveiller une sensibilité déjà éteinte; alentour, une aréole à fond brunâtre est constituée par des vésicules séreuses, et de ce point, la douleur va en croissant jusqu'à l'extrême limite de la tumeur; là, les phénomènes inflammatoires sont exaltés; alors aussi, l'état général dénonce une violente perturbation de l'organisme; un pouls contrastant par sa vitesse et sa petitesse avec les battements tumultueux du cœur; des ecchymoses sur les conjonctives; un sang veineux noirâtre, avec tous les caractères de la pyohémie; puis la gangrène sans cesse progressante; la disparition de l'aréole; quelquefois la présence d'un sillon disjoncteur, barrière derrière laquelle la vie essaie en vain de se retrancher : tel est le cortége effrayant qui annonce une mort prochaine.

L'avis de M. Benjamin est que le glossanthrax du cheval, et la soie du porc sont des variétés de la pustule maligne.

Si maintenant, dit ce laborieux vétérinaire, on compare ce qui se passe chez l'homme, on est frappé de l'identité la plus parfaite. Le prurit variera aussi suivant le tempérament et les conditions de la peau; une tache rouge violacée, après vingt-quatre, trente-six heures, se transformera en véritable bouton déprimé, déjà mortifié; le centre est grisâtre, circonscrit par une aréole inflammatoire, et circulairement et dans une étendue de 4 à 5 centimètres, la peau revêt une teinte rouge vif; çà et là sont des taches ecchymotiques, mais les fonctions ne sont en rien entravées; puis vers le quatrième ou cinquième jour, les symptômes s'aggravent, les lymphatiques satellites des veines peuvent atteindre la grosseur du petit doigt; la tumeur, plus considérable, présente à son sommet une ouverture d'où la sérosité suinte facilement; les dimensions de la partie gangrénée égalent celles d'une pièce de cinquante centimes; les frissons généraux, la concentration, la petitesse du pouls, l'énergie des battements du cœur, font pressentir un dénouement fatal qui se passe vers le sixième ou huitième jour.

Après avoir cité la résolution, la gangrène, la fièvre charbonneuse comme les trois terminaisons de la fièvre maligne, M. Benjamin trouve la plus grande analogie entre les lésions nécropsiques de cette affection, et celles de la fièvre charbonneuse, avec cette différence toutefois, que dans celle-ci elles sont plus prononcées.

Quelle est la nature de cette maladie? Due à un principe septique inoculé ou autrement introduit, la pustule maligne, dit M. Benjamin, se range parmi les affections carbunculaires; son siége primitif est dans la peau et le tissu cellulaire sous-jacent; elle ne devient générale qu'en engendrant la fièvre charbonneuse.

Si nous remontons à ses causes, elles sont les mêmes que pour le charbon; mais à peine la pustule maligne s'est-elle développée qu'elle agrandit le théâtre de ses ravages; c'est que, non-seulement les conditions ont été identiques pour beaucoup de sujets, mais encore vient agir une funeste propriété : la contagion. Personne ne doute que le simple contact de débris cadavériques puisse faire naître la maladie qui nous occupe; mais une fois déclarée, est-elle susceptible de se transmettre? Le point est fort contestable : il faudrait plus qu'un simple contact; une inoculation serait nécessaire, à moins qu'elle ne se soit convertie en fièvre charbonneuse. Ce sont les insectes qui viennent en quelque sorte inoculer à l'homme et aux animaux le principe septique qu'ils ont puisé sur les cadavres. M. Benjamin cite un cas où la bave d'un cheval affecté de glossanthrax fait déclarer la fièvre charbonneuse sur un mouton. Mais, dans les circonstances où les moyens de contagion sont impossibles, l'auteur admet la spontanéité.

En Champagne, l'observation démontra que l'usage de la viande ne suscitait pas d'accidents, ainsi que l'ont prouvé les belles expériences faites, à l'École d'Alfort, par l'honorable M. Renault.

Reposant sur le principe que, d'abord, la pustule maligne est une affection locale, le traitement doit consister dans l'extirpation, la cautérisation préférablement potentielle, et dans l'emploi des stimulants à l'intérieur. Pour l'homme, il est le même : la pâte de Vienne et le chlorure d'antimoine ont donné de bons résultats.

Trois observations suivent; nous les analyserons plus loin.

Un des plus laborieux vétérinaires de la province, M. Garreau, étudie depuis seize années les maladies charbonneuses dans la Beauce, théâtre fréquent de ces terribles affections. Frappé des considérations développées dans le Mémoire de M. Benjamin, il a élevé la parole le 13 octobre dernier, dans une séance de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, il ne partage pas les idées de son confrère dont il veut réfuter la plupart des assertions. Si les localités, dit-il, influent sur les maladies, ce n'est jamais au point de modifier totalement leurs caractères : la péripneumonie, la clavelée, etc., etc., sont les mêmes en quelque pays qu'on les étudie; dès lors, il ne peut s'expliquer que les circonstances locales puissent déterminer exclusivement dans une contrée la pustule maligne; cette maladie, enregistrée seulement pour mention dans la pathologie vétérinaire, n'eut d'autres échos que les ouvrages de Guersent, d'Arboval, de M. Renard, qui se sont trop laissé guider par la médecine humaine. Sans déterminer la valeur d'une telle dénomination à une maladie de l'homme qui n'a rien de pustuleux, M. Garreau nie qu'elle soit applicable à aucune des maladies charbonneuses de nos animaux; il regarde comme erroné ce principe qu'établit M. Benjamin, à savoir que la fièvre charbonneuse soit la conséquence de la pustule maligne.

M. Garreau va plus loin : partant de ce principe que toute éruption charbonneuse est morte dès sa naissance, il se demande si la pustule maligne de M. Benjamin n'est pas une tumeur inflammatoire se terminant par gangrène; et ne voit-on pas, dans ce qu'il appelle fièvre charbonneuse, tous les symptômes d'une résorption septique? C'est l'avis de M. Garreau. Toute éruption charbonneuse, dit-il, est littéralement morte dès son début jusqu'à sa terminaison. L'opinion de M. Benjamin se réfute par ses propres observations :

1re *Observation.* — Le sujet de la 1re observation est une génisse confiée à une servante brutale. Le membre antérieur gauche porte une petite tumeur extrêmement douloureuse; la peau, rouge foncé, est en un point noirâtre, presque insensible. Vingt-quatre heures après, mouvements désordonnés, pouls petit et vite; muqueuse buccale de teinte foncée, sueur générale et froide, inappétence, fétidité des excréments, colonne dorso-lombaire emphysémateuse; teinte plus foncée de la tumeur, dont le centre, déprimé, gangréné, ne dénote aucune sensibilité sous l'action du bistouri; le sujet succombe. Autopsie faite, M. Benjamin crut reconnaître une fièvre charbonneuse; plus tard, ajoute-t-il, l'expérience me démontra que j'avais eu affaire à la pustule maligne.

Ici, M. Garreau objecte que si le sang avait été étudié, il eût infailliblement démontré qu'il y avait infection septique gangréneuse consécutive à une violente contusion.

2e *Observation.* — Dans la 2e observation, nous voyons un cheval présenter au passage des sangles un engorgement chaud, douloureux, crépitant et progressant d'une manière rapide; une

escarre se forme, mais autour d'elle point de vésicules. M. Benjamin diagnostique une pustule maligne : il extirpe et cautérise ; mais, malgré ces soins, la tumeur se prolonge dans tous les sens, arrive dans la région testiculaire, et si, en ce point, le bistouri est introduit, il donne issue à des gaz putrides ; enfin, un pus louable apparaît aux endroits cautérisés, et, six semaines après, l'animal est considéré comme guéri.

Ici encore le diagnostic aurait dû l'éclairer par l'étude du sang : M. Garreau n'y voit qu'un des accidents si fréquemment consécutifs aux froissements des harnais.

3e *Observation.* — Au rapport du propriétaire, un cheval a été exposé, toute la journée, aux piqûres des taons ; une tumeur apparaît à la face interne de la cuisse gauche ; elle a son centre induré, noirâtre, indolent, circonscrit de petites ampoules séreuses ; la guérison arrive sous l'influence du traitement que nous connaissons, auquel s'ajoute le liniment ammoniacal.

Cet accident bien caractérisé, dit M. Garreau, ne peut en nosographie trouver place que dans le cadre des maladies dues aux piqûres d'insectes ; il est le premier exemple des suites pernicieuses que peut entraîner la piqûre de ces diptères.

Puis M. Garreau ne peut s'expliquer que, si la pustule n'est pas contagieuse, cette dénomination soit donnée au glossanthrax, qui, sur un mouton, occasionna la fièvre charbonneuse. Si M. Benjamin comprend aussi dans ce groupe la maladie du porc désignée sous le nom de *soie,* c'est qu'il a été influencé par quelques lésions communes à une infection septique et aux fièvres charbonneuses.

Reportons-nous maintenant à la séance du 10 novembre 1853. M. Benjamin dit que ses conclusions reposent sur des faits nombreux, qu'elles sont le résultat d'une longue observation pratique ; pour lui, les localités exercent une influence incontestable ; pourquoi, dans une même contrée, une maladie revêt-elle des caractères différents ? Mille fois il a remarqué des variations pour les affections charbonneuses ; il faut bien l'admettre, les conditions locales impriment un cachet particulier, d'où peuvent résulter des variétés. Pourquoi la pustule maligne n'en serait-elle pas une du charbon essentiel? En ce qui concerne la première observation, il combat M. Garreau quand il dit qu'il n'y a eu que contusion dans le principe. Quelque violent que soit un coup, rarement la gangrène en sera la suite, *à fortiori* n'apparaîtraient pas tous les phénomènes qui se sont déroulés consécutivement. Jusqu'à preuve du contraire, il est convaincu de l'existence de la pustule maligne chez l'homme, parce qu'il l'a plusieurs fois vue et traitée ; chez les animaux, parce que les analogies l'y obligent ; en résumé, il maintient ses conclusions.

M. Garreau croit avoir suffisamment démontré que la pustule maligne ne doit point trouver place dans la nosographie vétérinaire ; les maladies charbonneuses ont déjà été le sujet d'opinions si divergentes, qu'il est sage de ne s'en rapporter qu'à l'observation pratique ; si les causes et le traitement de ces graves affections sont encore si peu connus, c'est que la confusion a existé parmi des maladies essentiellement différentes. Relativement aux influences locales, son opinion est inébranlable ; elles peuvent bien modifier la marche, la durée, la terminaison, mais changer les caractères, jamais.

M. Garreau nie la spontanéité de développement de la pustule maligne sur les animaux, il l'admettrait plutôt sur l'homme, dont la nature et l'organisation sont prédisposantes ; en faudrait-il une autre preuve que l'inoculation, qui demande chez les animaux 60, 90 heures pour amener la mort, résultat funeste si rapide chez l'homme ; à ce sujet, M. Garreau rappelle ne devoir la vie qu'à la cautérisation par le deuto-chlorure de mercure, qu'il ne saurait trop préconiser.

Ce vétérinaire, en terminant la discussion, en appelle au jugement de la Société, au nom de laquelle l'honorable directeur de l'École d'Alfort, M. Renault, émet le sage avis que la solution d'une question aussi nouvelle et aussi sérieuse mérite des études ultérieures.

Tout en penchant vers l'opinion de M. Garreau, nous ne saurions trop approuver la circonspection dont M. Renault a fait preuve dans la discussion.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite. Voir les nos* 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18 *et* 19 *du tome* 2.)

Diagnostic. — Un point commun rapproche la paraplégie symptomatique de celle qui succède à la myélite, nous voulons parler des altérations subies par l'urine ; mais d'autres points culminants les différencient l'une de l'autre, et nous essayerons de les faire ressortir de notre mieux.

Mais au sujet même des altérations urinaires qui se montrent dans l'une et l'autre paraplégie, il y a quelque chose de particulier dans la paraplégie sympathique.

S'il est vrai que, dans la paraplégie produite par la myélite, l'urine s'altère quelquefois, se trouble, charrie du mucus, prend un aspect trouble ou purulent, cela n'a lieu qu'après un certain temps de l'existence de la paraplégie. En effet, que ce soit par influence du système rachidien sur la vessie et trouble consécutif des fonctions urinaires, que ce soit par suite de paralysie consécutive de la vessie, que ces diverses perversions du liquide urinaire surviennent, elles ont besoin de l'existence plus ou moins prolongée de la paraplégie pour se montrer.

Dans la paraplégie dont nous nous occupons, au contraire, les altérations des voies génito-urinaires sont toujours antérieures à la paraplégie. C'est de ces altérations que découlent les troubles de fonctions ; par conséquent, les modifications de l'urine existent toujours avant qu'apparaisse la paralysie des extrémités inférieures. Ce point est essentiel à noter, car il établit une ligne de démarcation importante pour le diagnostic différencié.

Si les urines finissent par devenir ammoniacales, alcalines dans la paraplégie par myélite, elles se font remarquer, au contraire, par des alternatives d'acidité et d'alcalinité dans la même journée ou du soir au matin, dans la paraplégie sympathique.

M. Henri Huret de Darmont croit avoir remarqué, dans les cas de paraplégie sympathique qui se sont offerts à sa pratique, les phénomènes suivants :

1° Engourdissements, crampes, impuissance de la volonté pour diriger les mouvements ;

2° Sensations éprouvées par les malades, ressemblant à des fils métalliques ou cordons qui serrent les membres en diverses directions ;

3° Dès le début de l'inflammation des reins, l'urine n'éprouve aucune altération de qualité, ce qui éloigne de toute idée de maladie de ces organes, jusqu'à ce qu'elles contiennent du pus.

Plusieurs des signes énumérés par l'auteur sont controuvés dans nos observations, ou sont bien loin d'avoir la constance qu'il leur accorde.

On peut trouver des spermatozoaires dans l'urine, quand la paraplégie résulte des pertes séminales diurnes, par suite d'excès vénériens. Ce signe fait complétement défaut dans la paraplégie par myélite.

Dans la plupart des cas de paraplégie consécutive à l'onanisme, aux pertes séminales diurnes, il y a lésion des organes génito-urinaires et surtout de la prostate, et M. Lallemant lui-même a reconnu cette corrélation quand il dit : « Il est rare que les pollutions diurnes ne soient pas compliquées de catarrhe chronique de la vessie ou d'irritation aiguë (*Pertes séminales,* t. 1, p. 88). » Cette corrélation de deux genres d'altérations différentes, pertes séminales diurnes et catarrhe vésical, peut rendre difficile le diagnostic de la paraplégie qui succède aux premières ; mais il y a des points de démarcation qui la font différencier.

En effet, s'il peut arriver que la paraplégie qui succède à l'onanisme résulte du catarrhe vésical consécutif, ou de l'inflammation de la prostate, il est des cas où on n'observe ni catarrhe ni inflammation de la prostate, et où les pertes séminales diurnes

constituent toute la maladie. M. Lallemant en cite des exemples; notre 35e observation est de ce nombre également.

Quel que soit l'état des urines, et elles sont toujours plus ou moins troubles, purulentes, chargées de mucus, soit qu'il y ait simplement maladie des voies urinaires ou pertes séminales avec ou sans ces dernières, quel que soit, disons-nous, l'état des urines, le microscope est appelé à donner la solution du diagnostic.

En effet, tant que cet instrument ne découvre que des globules de pus, du mucus, ou des globules rouges de sang déformés, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, et même des corpuscules brillants doués d'un mouvement moléculaire, on est autorisé à penser qu'il y a maladie des voies urinaires et que la paraplégie en découle ou se lie à elles.

Mais si avec un ou plusieurs de ces éléments, si surtout sans la présence d'aucun d'eux, le microscope décèle dans ce liquide des spermatozoaires, il faut alors, de rigueur, rapporter la paraplégie aux lésions génitales, aux pertes séminales diurnes. Le diagnostic acquiert encore plus de certitude quand les antécédents des malades mettent en évidence l'habitude de la masturbation ou les excès avec les femmes.

On voit donc que les qualités de l'urine, qui servent si puissamment à faire distinguer la paraplégie sympathique de celle par myélite, peuvent également faire reconnaître si la première se lie purement et simplement à des lésions des voies urinaires, ou si elle procède de l'épuisement causé par les excès vénériens, par la masturbation.

Prenons maintenant un à un les signes de la myélite et de la paraplégie qui l'accompagne, et nous verrons qu'ils servent presque tous à établir une ligne de démarcation entre cette dernière et la paraplégie sympathique.

Et d'abord, s'agit-il de myélite aiguë? Il y a, du côté de la moelle, des manifestations morbides qu'on ne retrouve plus dans la paraplégie sympathique de lésions des voies génito-urinaires.

La myélite donne lieu, dans le plus grand nombre des cas, à des douleurs plus ou moins vives, bien senties par les malades, exaspérées par les mouvements, la pression, la percussion ou même le simple contact d'une éponge imbibée d'eau chaude qui réveille une chaleur insolite. Il n'y a rien de semblable dans la paraplégie par maladie des voies génito-urinaires. Si, dans quelques cas, nous avons noté des douleurs parfois très-vives sur le dos, aux lombes, ces douleurs différaient essentiellement de celles de la myélite, en ce sens que, par des manœuvres directes, pression, percussion, elles se traduisaient nettement dans la région de l'un ou l'autre rein, quelquefois des deux, et n'avaient nullement leur siége dans la moelle.

La 54e observation, qui a trait au professeur Sanson, et qui est si caractéristique en ce genre, nous montre des douleurs correspondantes à certaines vertèbres du dos, mais allant répondre immédiatement sur les deux reins dès que la percussion était exercée sur les vertèbres endolories.

S'agit-il, au contraire, de myélite chronique? Ou elle l'est d'emblée, ou elle succède à l'aiguë. Dans ce dernier cas, tout ce que nous venons de dire de la myélite aiguë lui est applicable; dans le second, il existe des signes qui, pour être moins saillants, n'en sont pas moins fondamentaux.

En effet, il existe presque toujours, et nous insistons sur ce point parce qu'il a été nié, il existe presque toujours, disons-nous, une douleur que le malade peut ne pas ressentir habituellement, ou qu'il ne ressent que sous forme de lassitude, de pesanteur, de tiraillement, mais qui, sous la pression ou la percussion exercée sur chaque apophyse épineuse, prend un caractère décidé et arrache des plaintes au patient.

Dans la myélite, il y a toujours des fourmillements, de l'engourdissement, souvent de l'endolorissement, des crampes dans les extrémités inférieures : ces troubles sont d'autant plus intenses que la myélite est aiguë, et alors l'abolition du mouvement les suit de très-près.

Nous avons vu, au contraire, que dans la paraplégie sympathique, les crampes manquent presque toujours, et que les fourmillements et l'engourdissement n'ont lieu que dans la minorité des cas.

Dans la myélite, la sensibilité, exagérée un moment ou pervertie, s'abolit presque constamment d'une façon plus ou moins complète, et la sensibilité tactile est tellement obtuse, que les malades ne sentent point les objets sur lesquels ils marchent.

Dans la paraplégie sympathique, la sensibilité des membres malades est plus souvent exaltée que diminuée, et plus souvent encore elle reste intacte. Nous ne trouvons la sensibilité tactile diminuée que dans un cas.

Dans la myélite, la paraplégie tend à gagner de bas en haut dans la majorité des cas. Elle reste toujours bornée aux membres inférieurs dans la paraplégie sympathique. Deux fois seulement elle a paru remonter jusqu'à l'ombilic pour la sensibilité. On observe dans la myélite, et presque dès le début, des troubles de fonctions des organes splanchniques qui reçoivent des nerfs spinaux, troubles des fonctions digestives, de la circulation, de la respiration. Rien de cela n'a lieu, ou du moins c'est exceptionnel, dans la paraplégie sympathique.

La myélite s'accompagne souvent d'état fébrile; la fièvre fait défaut dans la majorité des cas de la paraplégie sympathique.

La paralysie du rectum et de la vessie se montre presque constamment à la suite de la myélite; c'est un phénomène tout à fait exceptionnel dans la paraplégie sympathique; nous ne l'avons vu que deux fois sur trente-et-un cas.

Dans la paraplégie par myélite, l'autopsie révèle constamment des altérations sensibles de la moelle. Il y a absence de toute altération des centres nerveux dans la paraplégie sympathique.

La paraplégie sympathique est curable dans la majorité des cas; elle peut cesser, diminuer ou reparaître tour à tour : celle que suscite la myélite marche, gagne, persiste, et se guérit rarement.

On distinguera la paraplégie sympathique de la paraplégie idiopathique ou essentielle, en ce que celle-ci n'est précédée d'aucune lésion des organes génito-urinaires, n'offre aucune altération des urines, survient toujours à propos de l'hystérie, de convulsions idiopathiques, d'attaques d'éclampsie, de chorée, ou à la suite d'une fièvre typhoïde, ou d'un accès grave de fièvre intermittente, d'intoxications saturnines, ou enfin en ce qu'elle succède brusquement à un refroidissement prolongé des extrémités inférieures.

L'absence de toute douleur à la région des reins, l'invasion ordinairement spontanée et sa marche rapide, sont tout autant de circonstances qui serviront encore à faire distinguer la paraplégie idiopathique de la sympathique.

La constation d'une tumeur qui comprime la moelle à l'origine des nerfs qui se distribuent aux membres inférieurs; la préexistence de plusieurs attaques de goutte ou de rhumatisme, l'état anémique des sujets, sont des points capitaux pour asseoir le diagnostic entre la paraplégie symptomatique et cette dernière, et s'il restait quelques doutes, en explorant attentivement le liquide urinaire, et tenant un compte rigoureux de l'état des organes génito-urinaires, il se dissiperait promptement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Mémoire sur la présence du sucre dans les urines et sur la liaison de ce phénomène avec la respiration,

Par M. Alvaro Reynoso (1).

L'attention des médecins est depuis longtemps fixée sur la présence du sucre dans les urines, car il y a près d'un siècle que Willis trouva l'urine sucrée dans le diabète. Tous les faits, toutes les expériences, physiologiques, chimiques ou autres, qui se rapportent à cette altération de l'urine, ont par conséquent une certaine importance pour les pathologistes; ce sont autant

(1) Paris, 1853, 40 pages (analyse).

de documents propres à éclairer une question, dont la solution n'est pas encore donnée complétement. Aussi est-ce avec un vif intérêt qu'ont été accueillies, dans ces derniers temps, les expériences de M. Cl. Bernard, sur les fonctions du foie, et les recherches non moins curieuses de M. Reynoso, qui viennent d'obtenir une distinction honorable de la part de l'Institut.

M. Bernard a prouvé que le sucre, produit dans le foie à l'état normal, disparaît dans l'acte respiratoire; on n'en retrouve plus de traces dans le sang, après son passage à travers les poumons. Il est certain qu'il s'y détruit, soit en se brûlant directement, soit en se convertissant en d'autres substances. Il y a donc ici deux facteurs qui concourent à l'accomplissement de la fonction : le foie, d'une part, et le poumon, de l'autre. La logique veut, en conséquence, qu'à l'état normal de l'alimentation, la présence du sucre dans l'urine doive être attribuée à un trouble dans la fonction d'un des deux facteurs connus.

Ainsi donc, on peut supposer que la respiration reste normale ; le sucre, apparaissant dans les urines, y serait, parce que le foie en fabrique une quantité supérieure à celle que l'économie peut consommer. Ou bien, la quantité de sucre consommée par l'animal à l'état de santé, ne pourra plus l'être lorsque la respiration ne s'exercera plus comme à l'état normal.

M. Bernard a principalement cherché à élucider la première hypothèse, tandis que M. Reynoso admet uniquement les troubles apportés à la fonction respiratoire. Il serait hasardé, suivant nous, de vouloir attribuer, dans l'état actuel de la question, la présence du sucre dans les urines à l'une des deux causes énumérées à l'exclusion de l'autre, parce que chacune des deux fonctions peut être troublée, indépendamment de l'autre. Peut-être même les progrès de la science nous feront-ils encore connaître d'autres sources de ce phénomène pathologique, comme, par exemple, l'existence dans le sang de substances qui se combinent avec le sucre ou qui le transforment au point de cacher sa présence. C'est sous cette réserve, qui n'ôte rien à l'importance des recherches de M. Reynoso, que nous allons exposer les principaux résultats obtenus par l'auteur.

Pour prouver l'influence de la respiration, il fallait trouver le moyen d'empêcher cette fonction en causant une asphyxie : l'expérience a démontré qu'au moyen de l'anesthésie, on arrivait à produire du sucre dans les urines. Dans l'hypothèse de M. Reynoso, on devait trouver d'autant plus de sucre, que l'animal soumis à l'éthérisation avait une respiration plus active et que ses aliments en contenaient plus : car il passerait alors plus de sucre non brûlé. Or, l'auteur a observé que, chez les herbivores ou les animaux soumis à un régime mixte, il passe plus de sucre que chez les carnassiers nourris exclusivement avec de la viande ; chez deux hommes soumis à l'éthérisation, le plus vigoureux est celui qui donne le plus de sucre. Ces résultats s'obtiennent avec toutes les substances qui déterminent l'anesthésie et avec les gaz ou vapeurs irrespirables. Enfin, il était curieux de voir si, dans d'autres circonstances d'asphyxie, on verrait aussi les animaux devenir diabétiques. Des lapins strangulés et noyés ont donné du sucre dans les urines, mais pas constamment.

Toutes ces expériences réussissent aussi bien avant qu'après la section des pneumogastriques.

L'auteur cherche à expliquer également, par des troubles apportés à la respiration, la présence du sucre dans les urines dans diverses autres circonstances, à savoir : chez des chiens, à la suite de la piqûre du nœud vital (de M. Flourens), ou chez ceux qui ont été « soumis à un traitement d'arsenic, de plomb, zinc, cuivre, de sulfate de fer, chez des malades traités au carbonate de fer, » ou avec le bichlorure, iodure et sulfure de mercure, les sels d'antimoine, l'opium et le sulfate de quinine. Dans la pleurésie, dans la bronchite chronique, il y a du sucre dans les urines ; il y en a aussi dans l'asthme ; dans l'hystérie et l'épilepsie, à la suite des attaques ; chez les tuberculeux ; lorsqu'on a bu une forte infusion de café ou de l'alcool. Dans toutes ces circonstances, la respiration serait troublée, suivant l'auteur.

Il résulte d'expériences faites par M. Reynoso, en commun avec M. Dechambre, que le sucre existe aussi habituellement dans l'urine des vieillards, où « la détérioration sénile des organes respiratoires empêche l'hématose de se faire convenablement, et la calorification générale de s'effectuer dans les limites qu'exige l'exercice complet et normal de nos fonctions. »

On ne sera pas étonné, d'après ce qui précède, de voir l'auteur terminer son Mémoire par une explication du diabète, qui ne serait également que le résultat d'une modification de la respiration. On lira avec intérêt, dans la brochure de M. Reynoso, les détails et les arguments de cette explication ingénieuse. Quelle que soit, du reste, l'opinion que l'on se forme sur la théorie glucosurique de l'auteur, toujours est-il que les expériences dont il a enrichi la science, ont révélé un ordre tout nouveau de faits qui intéressent autant la physiologie que la médecine pratique. Dr Louis Mandl.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 14 FÉVRIER 1854.

Analyse du Mémoire lu par M. Falret, *et intitulé :* Mémoire sur la folie circulaire, *forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé.*

Avant d'aborder la description de la folie circulaire, l'auteur commence par éliminer plusieurs ordres de faits de rémissions ou d'intermittences, dans les maladies mentales, pour mieux faire comprendre, par comparaison, ce qu'il entend par folie circulaire. Il passe successivement en revue :

1° *Les rémissions et les paroxysmes* que l'on observe dans toutes les maladies mentales dont l'existence est bien connue, mais qui n'ont peut-être pas suffisamment attiré l'attention, ni dans l'aliénation générale, ni dans l'aliénation partielle;

2° *Les intermittences proprement dites;* il signale en passant comme caractères des folies intermittentes, l'invasion prompte des accès, l'uniformité de leur marche, leur guérison brusque, et enfin la ressemblance extrême que présentent généralement les divers accès chez le même malade. La durée de chaque accès peut augmenter à mesure que la maladie devient plus ancienne, mais la folie intermittente ne finit pas par devenir continue : elle est donc curable dans ses accès, mais incurable dans son essence. D'ailleurs, dans les maladies mentales, l'intermittence est rarement de la périodicité.

3° *Les intermittences à courts intervalles*, moins connues que les précédentes, et qui méritent cependant bien de l'être, soit au point de vue du pronostic, qui est plus grave encore que dans les folies intermittentes à longs intervalles, soit sous le rapport de la médecine légale.

4° *Les folies rémittentes à courts accès,* qui diffèrent des rémissions ordinaires en ce que la diminution des symptômes est plus tranchée et plus fréquente, et des folies intermittentes à courts intervalles, en ce que la suspension de la maladie n'est pas complète, et en ce que le pronostic en est beaucoup plus favorable.

A ces distinctions préalables, l'auteur ajoute que l'on constate assez fréquemment des états mélancoliques, soit au début, soit dans le cours, soit au déclin de la manie ordinaire ; que d'un autre côté l'aliénation partielle présente assez souvent des paroxysmes maniaques ; qu'il est une mélancolie agitée qui arrive quelquefois jusqu'aux limites de l'aliénation générale, et qu'enfin on voit quelquefois la manie succéder à la mélancolie, ou réciproquement, d'une manière accidentelle, ainsi que tous les auteurs l'ont noté. Mais, pour constituer la folie circulaire, la dépression et l'excitation doivent se succéder pendant un long temps, d'une manière presque régulière, dans un ordre toujours le même, et avec un intervalle de raison ordinairement assez court relativement à la durée des accès.

La folie circulaire, caractérisée par l'alternative régulière de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique, est tantôt à courtes, et tantôt à longues périodes. Tantôt le cercle est décrit en trois semaines ou un mois, tantôt il n'est complet qu'après plusieurs mois ou plusieurs années, mais cette différence de durée ne change rien à la nature de la maladie. C'est donc une forme véritable de maladie mentale, puisqu'elle consiste dans un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques à eux-mêmes dans les diverses périodes, et se succédant dans un ordre déterminé, possible à prévoir. Elle n'est pas basée, comme la manie ou la mélancolie, sur un seul caractère principal, la quantité des délires, la tristesse ou l'agitation, mais sur la réunion de trois états, se succédant dans un ordre particulier et n'étant pas susceptibles de transformations. Un caractère général de cette maladie, c'est la ressemblance des diverses périodes de chaque accès, chez un même malade, non-seulement dans leur ensemble, mais jusque dans la plupart des manifestations déli-

rantes; uniformité bien propre à faire réfléchir sur la prétendue variété infinie des idées délirantes chez les aliénés, et sur la possibilité de découvrir plus tard un petit nombre de formes naturelles, dont la folie paralytique et la folie circulaire nous donnent déjà un spécimen, dans l'état actuel de la science.

Description des trois périodes de la folie circulaire, dont la réunion constitue un accès complet. — 1° *Période d'excitation.* En général, elle consiste dans une simple exaltation de toutes les facultés : activité extrême de l'intelligence, qui, au début, pourrait paraître une modification avantageuse, s'il ne s'y joignait bientôt des altérations des sentiments et des actes étranges et désordonnés. Exubérance des idées, exaltation des sentiments, manifestations malveillantes et haineuses ; mouvements rapides et incessants. Les malades se livrent aux actes les plus désordonnés, bouleversent tout ce qui les entoure, font mille niches et mille tours, conçoivent des projets et les exécutent, composent et écrivent en prose et en vers. Insomnie, sentiment d'une santé parfaite, augmentation de l'appétit, activité plus grande de toutes les fonctions, acuité des sens, absence de fatigue, malgré les mouvements incessants et la privation de sommeil ; face colorée, yeux brillants, traits d'une grande mobilité, tels sont les symptômes physiques habituels de cette période, qui ordinairement se prolonge ainsi, à peu près au même degré et sans modification jusqu'à sa fin, qui d'autres fois présente de temps en temps, au milieu de cet état de simple exaltation, des paroxysmes maniaques, et qui enfin, dans un certain nombre de cas, consiste en une véritable manie ordinaire, même avec illusions et hallucinations très-prononcées.

L'excitation diminue, en général, graduellement, surtout dans les folies circulaires à longues périodes, et passe, au bout d'un temps plus ou moins long, par nuances insensibles à la période de dépression. Le plus habituellement, l'observateur exercé ne constate pas d'intervalle lucide entre l'excitation qui s'affaiblit de jour en jour et la dépression qui commence à poindre ; néanmoins, il est quelques cas exceptionnels où le malade se trouve, pendant quelques jours, dans un état qu'on peut considérer comme un intervalle de raison ; mais sa durée est très-courte, même dans les folies circulaires à longues périodes, et toujours moins longue que celle du véritable intervalle lucide qui succède à la dépression.

2° *Période de dépression.* — Habituellement, elle se produit par degrés ; mais elle peut quelquefois survenir brusquement. Le malade commence à se tenir à l'écart et à ne proférer que de rares paroles ; il semble manifester de la honte ou de l'humilité. Bientôt, il reste tout à fait solitaire et dans l'immobilité. L'affaissement physique et moral devient de jour en jour plus prononcé et il peut quelquefois être porté jusqu'au point de transformer en quelque sorte le malade en une statue. Le cours des idées est ralenti, sans cependant jamais arriver jusqu'à la suspension de l'intelligence. Les sentiments sont affaiblis ; les malades ne manifestent ni sympathie ni antipathie, et sont sans impulsion. Les mouvements sont lents ou presque nuls : face pâle, traits tirés en bas et dénotant l'affaissement plutôt que l'anxiété ; yeux ternes, paupières à peine entr'ouvertes ; sentiment de malaise général, organes du mouvement dans un état de torpeur ; appétit très-diminué, digestion lente, défécation difficile ; sommeil meilleur que pendant l'excitation, mais irrégulier et interrompu. Généralement, la période de dépression ne présente que ces symptômes généraux de prostration physique et morale ; dans un certain nombre de cas, cependant, il y a des idées tristes prédominantes, principalement des idées d'humilité, de ruine et de culpabilité. Cette période est ordinairement plus longue que la période d'excitation ; toutefois, il est des cas ou bien des accès où elle paraît avoir à peu près la même durée ; habituellement, elle a d'autant plus de durée que la période d'excitation a été elle-même plus prolongée.

3° *Intervalle lucide.* — Après un temps plus ou moins long, la période de dépression diminue, en général, progressivement. Le malade semble s'éveiller à la vie de relation et retourne à ses habitudes d'ordre et de travail ; il redevient alors à peu près ce qu'il était à l'état normal. Mais, plus on a d'expérience et de sagacité dans l'observation, plus la durée réelle de l'intervalle lucide se trouve diminuée. Cependant, il existe ; il est toujours plus court que chaque période considérée isolément ; mais sa durée est variable, et, dans les folies circulaires, à longues périodes, elle peut être de plusieurs mois. Au bout d'un certain temps, les signes de l'excitation deviennent de nouveau manifestes, et insensiblement, en général, un autre cercle maladif recommence, avec les mêmes caractères que le précédent.

Après cette description sommaire, l'auteur prévient qu'il a entre les mains un certain nombre d'observations de folie circulaire à longues et à courtes périodes, mais qu'il ne peut les lire devant l'Académie, de crainte d'abuser de son attention. Il termine son Mémoire par l'indication de quelques conséquences pratiques à tirer de la connaissance de la folie circulaire. Et d'abord, est-elle fréquente ? Elle l'est bien plus qu'elle ne le semblerait à première vue, en se basant sur le peu d'attention qui lui a été accordée jusqu'à ce jour, et même sur les faits que l'on rencontre dans les asiles. Mais on a méconnu son degré de *fréquence*, parce qu'on observe peu la marche des maladies mentales ; parce qu'un petit nombre de médecins se trouve en position de suivre un même malade pendant de longues années, et parce que souvent ces malades restent dans la société où ils ne sont pas considérés comme aliénés, parce que la période d'affaissement passe pour de l'ennui ou du découragement, et la période d'excitation pour de la vivacité d'intelligence ou pour un défaut de caractère. L'auteur en a acquis la preuve par l'observation directe, ainsi que par les renseignements fournis par les parents des malades, relativement à leurs ascendants. Ces mêmes renseignements le portent à penser que cette forme de maladie mentale est plus *héréditaire* que les autres ; mais il ne peut l'affirmer d'une manière positive, à cause des difficultés que présentent les recherches de ce genre. Il n'a pas les mêmes doutes relativement à sa *fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme*, qui résulte pour lui de la comparaison entre les services de la Salpêtrière et de Bicêtre, et de sa pratique particulière.

Le *pronostic* est très-grave. Cette maladie est incurable. Mais la constatation de cette gravité n'est pas sans importance ; elle peut être utile aux malades eux-mêmes atteints de folie circulaire, en provoquant le zèle des médecins pour la découverte de nouveaux moyens thérapeutiques ; et elle rend un service aux malades atteints des autres formes de maladies mentales, en dégageant leur pronostic de ce fâcheux élément.

La détermination de cette forme nouvelle sera d'ailleurs utile :

1° Pour la *nosologie* des maladies mentales, en ouvrant la voie à une classification plus régulière et plus naturelle que celle que nous possédons aujourd'hui ;

2° Pour la *thérapeutique*, en contribuant à faire apprécier exactement l'action des agents curatifs, non sur la folie en général, mais sur certaines formes en particulier, par la connaissance préalable de leur marche naturelle ;

3° Pour la *médecine légale*, en fournissant aux médecins experts, dans les cas de ce genre, des moyens de conviction et de démonstration bien précieux, puisés dans la marche des maladies mentales et non dans les mobiles ou les détails de l'acte même soumis à leur appréciation.

M. Baillarger.— Dans la communication que notre collègue, M. Falret, avait commencée dans la dernière séance et qu'il a terminée aujourd'hui, il y a deux choses complétement distinctes :

1° Une réclamation relative au travail que j'ai lu à l'Académie, il y a quinze jours ;

2° Un Mémoire sur la folie circulaire.

Je n'ai pas à m'occuper du Mémoire rédigé depuis la lecture de mon travail, à laquelle notre collègue avait assisté.

Reste donc la réclamation. Elle se fonde sur un court alinéa faisant partie d'une Leçon publiée, en 1851, dans la *Gazette des Hôpitaux*. D'après M. Falret, la folie circulaire qu'il a indiquée dans ce passage ne serait autre chose que le genre de folie décrit par moi sous la dénomination de folie à double forme.

Avant de discuter jusqu'à quel point cette réclamation est fondée, permettez-moi, messieurs, de la réduire à ses véritables proportions. A mon avis, en effet, elle ne peut s'adresser qu'à une petite partie des observations que j'ai étudiées sous le nom de folie à double forme. Pour le prouver, il me suffira de rappeler ce que M. Falret entend par folie circulaire.

C'est une forme spéciale des maladies mentales caractérisée par la succession continue d'accès de mélancolie et de manie, séparés seulement entre eux par de courtes intermittences.

Je ferai remarquer que la condition essentielle est ici la continuité dans la succession des accès ; sans cela, l'espèce de roulement, qui a donné à notre collègue l'idée d'employer la dénomination de circulaire, n'existerait pas.

Ceci bien établi, il sera facile, je l'espère, de démontrer que beaucoup d'observations de folie à double forme ne peuvent, en aucune manière, rentrer dans cette définition.

1re *catégorie.* — Elle comprend les accès isolés, soit que le malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait au plus quelques-uns, séparés par de très-longs intervalles, et provoqués par de nouvelles causes.

Ces faits n'ont rien de commun avec la folie circulaire, puisque le caractère principal, la continuité dans les accès n'existe pas.

2e *catégorie.* — Les accès se reproduisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a huit, dix, douze accès à des intervalles de six mois, un an, deux ans même, et aucune cause nouvelle ne peut en expliquer l'apparition.

Ici encore, les observations n'ont rien de commun avec la folie circulaire.

3e *catégorie.* — C'est la folie à double forme périodique ; la durée des intermittences est régulière, mais très-variable selon les cas ; dans l'un des faits que j'ai cités, elle était de quinze jours, dans l'autre de huit mois.

Ici encore, point de continuité dans les accès, qui ne peuvent être rattachés à la folie circulaire. S'il en était autrement, les mots folie circulaire

seraient synonymes de folie intermittente périodique, et on ne peut pas prêter à notre collègue la pensée d'avoir voulu confondre deux choses si différentes.

Il faut d'ailleurs bien distinguer les intermittences dont M. Falret a parlé, de celles dont il est ici question.

Les premières auraient lieu entre les périodes de l'accès, les secondes, au contraire séparent les accès eux-mêmes.

Supposez, par exemple, qu'il y ait une intermittence bien tranchée, mais très-courte entre chacun des trois stades qui se succèdent dans l'accès de fièvre intermittente, ce sera quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans la folie circulaire, mais ces intermittences, je n'ai pas besoin de le dire, sont très différentes de celles beaucoup plus prolongées qui séparent les accès eux-mêmes.

C'est une distinction qu'il est utile de ne pas oublier.

4e *catégorie.* — Je rangerai ici les accès qui se succèdent sans interruption, mais dont la durée est au plus de quelques mois. Ces faits pourraient rentrer dans la folie circulaire, mais ils en sont exclus par l'un des caractères principaux ; je veux parler des intermittences. Ici, la transition est si brusque, si rapide, qu'aucun doute n'est possible, les périodes et les accès se succèdent sans interruption.

M. Brière a cité, il y a quelques jours, un fait de ce genre : le malade était trois jours gai, expansif, agité, trois jours triste, abattu et inerte. Il n'y avait aucune intermittence ni entre les périodes, ni entre les accès.

5e *catégorie.* — C'est la seule série d'observations qui rentre dans la folie circulaire, telle que l'a définie M. Falret. Il s'agit d'accès de longue durée qui se succèdent sans interruption.

Le passage d'une période à l'autre se fait d'une manière lente, graduelle, et on peut même, à un certain moment, regarder le malade comme revenu à la santé. Je ne crois pas que ce retour soit complet, et par conséquent, qu'il y ait même une courte intermittence.

M. Falret, au contraire, admet cette intermittence.

C'est là une dissidence importante, sans doute, mais qui, en réalité, n'empêche pas que je ne reconnaisse ici les observations qui ont fixé l'attention de notre collègue.

Voilà, messieurs, un premier fait.

Sans rien exagérer, et en prenant les termes même dont s'est servi M. Falret, sur cinq catégories d'observations que comprend la folie à double forme, une seule rentre dans la folie circulaire, et encore faudrait-il supprimer l'un des caractères principaux indiqués par M. Falret, c'est-à-dire les intermittences entre les périodes.

C'est donc à tort, comme on le voit, que notre collègue n'a mis aucune restriction dans la réclamation qu'il a élevée. Pour être exact, il eût fallu la restreindre à une partie seulement des observations dont j'ai parlé.

Cette réclamation une fois ramenée aux limites qu'elle n'aurait pas dû franchir, recherchons jusqu'à quel point elle est fondée, et pour cela, voyons sur quelle base s'est appuyé M. Falret pour admettre la folie circulaire.

Cette base est nettement établie au commencement de l'article qu'il a lu devant vous.

Il résulte de cet article :

1° Que la transformation de la manie en mélancolie ou réciproquement, a été signalée de tout temps comme un fait accidentel ;

2° Qu'on n'a pas assez remarqué, ou du moins qu'on n'a pas dit, d'une manière assez expresse, que cette succession se manifeste quelquefois avec continuité et d'une manière presque régulière. M. Falret ajoute immédiatement : « Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme de maladie mentale que nous appelons *folie circulaire,* etc. »

Ainsi, messieurs, aucun doute n'est possible sur le point de départ et sur la pensée principale.

Avant notre collègue, la succession de la manie en mélancolie était considérée comme un fait accidentel. En opposition avec ce fait, il établit, pour certains cas, deux choses : la continuité et la presque régularité de cette succession.

Je crois, messieurs, que notre collègue a commis ici une assez grave erreur.

Avant lui, la succession de la manie et de la mélancolie n'avait pas été considérée, dans tous les cas, comme accidentelle.

Examinons d'abord ce qui se rapporte à la continuité de cette transformation.

Tous les auteurs ont dit que la mélancolie et la manie alternaient entre elles. Or, quelle différence y a-t-il entre deux maladies qui alternent entre elles, et deux maladies qui se succèdent d'une manière continue?

Ici, je dois le dire, il y a eu un changement très-notable entre le passage de la *Gazette des Hôpitaux* et celui que M. Falret a lu devant l'Académie, et qui se trouve dans ce que j'appellerai la seconde édition de ses Leçons.

Dans le premier, M. Falret ne dit point que la succession de la manie avec la mélancolie a seulement été considérée comme un fait accidentel. Il reconnaît, au contraire, que les auteurs ont fréquemment parlé des alternatives de la mélancolie et de la manie.

Ce fait de la continuité des accès ayant été fréquemment indiqué par les auteurs, il est évident que je n'avais pas à l'emprunter à notre collègue.

Reste la circonstance plus importante de la régularité.

Ce caractère ne se trouve pas dans le passage de la *Gazette des Hôpitaux.* Il n'est que dans la deuxième édition des Leçons. Je crois devoir faire remarquer que je ne pouvais pas connaître cette deuxième édition, qui n'a paru que quelques jours après la lecture de mon Mémoire. Mais j'admets que M. Falret a simplement omis dans la *Gazette des Hôpitaux* le fait de la régularité dans la succession des accès.

Ici encore, je n'ai pu faire aucun emprunt à notre collègue, par une raison bien simple, c'est que le fait se trouve dans l'ouvrage d'Esquirol (t. 2, p. 170), et je dois rappeler que j'ai cité le passage au commencement de mon Mémoire.

Il y a cependant une différence que je dois signaler entre ce passage et celui de M. Falret.

Dans ce dernier, la succession des accès est présentée comme *presque* régulière.

Esquirol est plus net et moins timide, et proclame que cette succession est *très-régulière.*

Ainsi, non-seulement notre collègue n'a pas dit le fait d'une manière plus expresse qu'on ne l'avait fait avant lui, mais au contraire, il l'a atténué.

Quel emprunt pouvais-je donc lui faire sous ce rapport, puisque la base sur laquelle il s'appuie était connue et nettement définie ?

Mais si M. Falret n'a rien ajouté au fait principal, il est bien vrai qu'il lui a donné une dénomination nouvelle. Cette dénomination, je n'ai pas à la critiquer, mais évidemment elle m'eût été, quand bien même je l'eusse connue, complétement inutile.

M. Falret n'a parlé de la folie circulaire qu'après la folie intermittente. C'était en effet là sa place, puisqu'il n'a eu en vue que de consacrer un mode particulier de succession.

Mais de même qu'on ne pourrait pas appeler intermittente une maladie qui est souvent continue, de même je n'aurais pu me servir du mot circulaire pour une maladie qui, dans les trois quarts des cas, ne présente pas ce mode particulier de succession.

En résumé, je crois pouvoir conclure de la discussion à laquelle je viens de me livrer :

1° Que la réclamation élevée par M. Falret, présentée comme elle l'a été sans restriction et d'une manière générale, est inexacte, puisqu'au lieu de s'adresser à tout mon travail, elle ne se rapporte qu'à une seule des catégories d'observations que j'ai étudiées ;

2° Que, même dans ces limites, cette réclamation n'est pas fondée, puisque je n'ai pu emprunter à notre collègue, ni le fait principal sur lequel il s'est appuyé, et qui avait été nettement indiqué avant lui, ni la dénomination nouvelle qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait s'appliquer à mon travail.

Avant de terminer, permettez-moi, messieurs, d'ajouter quelques mots ;

Il est bien vrai que le court alinéa de la *Gazette des Hôpitaux* m'avait échappé ; mais cette omission paraîtra peut-être assez légère, si j'ajoute que M. Morel, l'élève et l'ami de notre collègue, qui a pendant plusieurs années suivi ses leçons, vient de publier deux volumes, dans lesquels il a décrit un très-grand nombre de variétés de folie, sans mentionner la folie circulaire.

Mon silence a été involontaire, mais, en eût-il été autrement, que je comprendrais difficilement que notre collègue montrât à cet égard la moindre susceptibilité.

M. Falret a écrit cent pages sur les hallucinations, et en particulier sur la théorie de ce phénomène. Il a dans dix endroits discuté mon travail, sur le même sujet auquel l'Académie a bien voulu accorder le prix Civrieux, en 1845, et qui fait partie de la collection de ses mémoires.

Je n'ai jamais songé à me plaindre du silence de notre collègue, ayant pour principe qu'il faut s'habituer, sous ce rapport, à une grande tolérance. Sans cela, en effet, la vie se passerait en vaines réclamations, dont le moindre inconvénient serait de n'avoir pour la science aucune espèce d'utilité.

M. Falret remonte à la tribune et fait observer que cette question présente un point de vue personnel et un point de vue scientifique ; qu'il ne serait pas convenable d'insister sur le premier devant l'Académie, et que le second ne peut être éclairé que par des faits ultérieurs. En conséquence, il juge inutile de répondre à la précédente argumentation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 *Février* 1854. — Présidence de M. COMBES.

De l'aluminium et de ses combinaisons chimiques.

Au nom de M. H. Sainte-Claire Deville, M. Dumas lit la Note suivante :

On sait que M. Wöhler a obtenu l'aluminium pulvérulent en traitant le chlorure par le potassium. En modifiant convenablement le procédé de M. Wöhler, on peut régler la décomposition du chlorure d'aluminium de manière à produire une incandescence suffisante pour voir les particules de ce métal s'agglomérer et se résoudre en globules. Si l'on prend la masse composée du métal et du chlorure de sodium (il vaut mieux employer le sodium), et si on la chauffe dans un creuset de porcelaine au rouge vif, l'excès du chlorure d'aluminium se dégage, et il reste une masse saline à réaction acide, au milieu de laquelle se trouvent des globules plus ou moins gros d'aluminium parfaitement pur.

Ce métal est aussi blanc que l'argent, malléable et ductile au plus haut point. Cependant, quand on le travaille, on sent qu'il résiste davantage, et l'on peut supposer que sa ténacité le rapprochera du fer. Il s'écrouit, et le recuit lui rend sa douceur. Son point de fusion est peu différent du point de fusion de l'argent. Sa densité est 2,56. On peut le fondre et le couler à l'air sans qu'il s'oxyde sensiblement. Il conduit très-bien la chaleur.

L'aluminium est complétement inaltérable à l'air sec ou humide ; il ne se ternit pas, et reste brillant à côté du zinc et de l'étain fraîchement coupés qui perdent leur éclat. Il est insensible à l'action de l'hydrogène sulfuré. L'eau froide n'a aucune action sur lui ; l'eau bouillante ne le ternit pas. L'acide nitrique faible ou concentré, l'acide sulfurique faible, employés à froid, n'agissent pas non plus sur lui. Son véritable dissolvant est l'acide chlorhydrique ; il en dégage de l'hydrogène, et il se forme du sesquichlorure d'aluminium. Chauffé jusqu'au rouge dans l'acide chlorhydrique gazeux, il produit du sesquichlorure d'aluminium sec et volatil.

On comprendra combien un métal blanc et inaltérable comme l'argent, qui ne noircit pas à l'air, qui est fusible, malléable, ductile et tenace, et qui présente la singulière propriété d'être plus léger que le verre, combien un pareil métal pourrait rendre de services s'il était possible de l'obtenir facilement. Si l'on considère, en outre, que ce métal existe en proportions considérables dans la nature, que son minerai est l'argile, on doit désirer qu'il devienne usuel. J'ai tout lieu d'espérer qu'il pourra en être ainsi, car le chlorure d'aluminium est décomposé avec une facilité remarquable à une température élevée par les métaux communs, et une réaction de cette nature, que j'essaye en ce moment de réaliser sur une échelle plus grande qu'une simple expérience de laboratoire, résoudra la question au point de vue de la pratique.

M. Debray, jeune agrégé et habile chimiste, attaché au laboratoire de l'École Normale, qui prépare depuis longtemps un travail complet sur la glucyne, recherche en ce moment les propriétés du glucyum.

M. de Sénarmont ayant bien voulu se charger de me procurer en quantité suffisante, pour l'étude, des zircons d'Expailly, je serai moi-même en mesure de soumettre bientôt à l'Académie, des résultats généraux sur les métaux des terres, et le rang de leur combinaison chimique dans la série des matières métalliques.

A la suite de cette communication, M. Thenard fait remarquer combien il serait à désirer que des expériences qui semblent promettre de si beaux résultats, pussent être poursuivies activement. « Ces expériences étant coûteuses, je crois, dit le savant chimiste, que l'Académie hâterait l'achèvement du travail en mettant à la disposition de M. Deville les fonds nécessaires. »

Cette proposition, étant appuyée, est renvoyée à l'examen de la commission administrative.

Sur la quantité relative de pluie tombée à Paris et à Montpellier, en 1853.

M. Ch. Martins communique la note suivante :

La région méditerranéenne de la France, comprenant la Provence, le Languedoc et le Roussillon, est soumise à un régime de pluies totalement différent de celui des régions atlantiques et continentales de ce pays. Dans le Nord, les pluies sont fréquentes, modérées, jamais torrentielles ; sur les bords de la Méditerranée, il pleut rarement, mais par averses, et ces averses durent souvent des journées entières. Dans le Nord, les nuages pluvieux arrivent de l'Atlantique poussés par des vents d'ouest. Dans le Midi, les vents d'est amènent ces légions de nuages qui se résolvent en pluies diluviennes. Dans le nord de la France, l'addition des quantités de pluie tombées dans le cours d'une année n'atteint jamais 80 centimètres. Dans le Midi, la quantité de pluie tombée dans un nombre de jours beaucoup moindre dépasse quelquefois 1 mètre. Dans le Nord, une année sèche est celle où il tombe les deux tiers de l'eau qui constitue l'année pluvieuse. Dans le Midi, une année sèche est celle où il tombe trois fois moins d'eau que dans une année pluvieuse. Dans le Nord, la pluie est distribuée d'une manière à peu près uniforme dans les diverses saisons. Dans le Midi, deux saisons pluvieuses, l'automne et le printemps, sont séparées par une saison sèche, l'été, et une saison intermédiaire, l'hiver. En résumé, le nord de la France, jusqu'à la région des Oliviers, appartient à la zone hyétométrique, qui comprend les Iles-Britanniques, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne occidentale, le Danemarck et la Norwége. La Provence et le Languedoc, au contraire, forment la partie septentrionale de la zone des pluies tropicales.

Jamais, peut-être, ces contrastes n'ont été aussi frappants que pendant l'année 1853. Le tableau suivant montre en regard les quantités de pluie tombées au Jardin des Plantes de Montpellier et à l'Observatoire de Paris :

MOIS.	QUANTITÉS DE PLUIE. Paris.	QUANTITÉS DE PLUIE. Montpellier.	MOIS.	QUANTITÉS DE PLUIE. Paris.	QUANTITÉS DE PLUIE. Montpellier.
Janvier....	80mm	153mm	Juillet....	47mm	4mm
Février....	18	93	Août.....	72	6
Mars.....	29	97	Septembre..	33	80
Avril.....	70	32	Octobre...	55	215
Mai......	49	262	Novembre..	12	169
Juin......	46	41	Décembre..	10	126
Sommes				521mm	1m,278

La quantité de pluie tombée à Montpellier a été plus que le double de celle que la terre a reçue à Paris. Cependant, *en moyenne*, la différence est moindre ; la pluie annuelle de Paris étant représentée par 1, celle de Montpellier le sera par 1,32. A Montpellier, en 1853, cette masse d'eau de 1m,278 est tombée en soixante-dix-huit jours. Les observations publiées dans les *Comptes rendus* ne me fournissent pas les éléments nécessaires pour apprécier le nombre correspondant des jours de pluie à Paris, en 1853 ; annuellement il est, en moyenne, de cent quarante-cinq, nombre bien supérieur pour une quantité d'eau beaucoup moindre ; mais les averses étant plus fortes et plus prolongées, la somme d'eau tombée est plus considérable ; ainsi, le 4 mai, il est tombé 75 millimètres d'eau en douze heures, et le 10 octobre, 86 millimètres en seize heures.

Depuis 1767, année où commencent les observations pluviométriques de Montpellier, je ne trouve aucune année comparable à celle qui vient de s'écouler.

J'emprunte à un travail de M. Marié-Davy les chiffres des années les plus remarquables sous ce point de vue, en me bornant à celles où la quantité d'eau a dépassé 1 mètre :

ANNÉES.	QUANTITÉ DE PLUIE.	ANNÉES.	QUANTITÉ DE PLUIE.
1768	1038mm	1797	1098mm
1772	1168	1808	1187
1788	1035	1811	1152
1790	1208	1844	1053

Les extrêmes opposés sont les années 1798, 1837 et 1850, où il n'est tombé que 423, 433 et 289 millimètres d'eau. Jamais, dans le nord de la France, on n'a observé de pareilles différences.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La Société de médecine de Nîmes met au concours pour l'année 1855, la question suivante : « Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début dans les fièvres graves, peuvent le plus sûrement « en enrayer la marche ? » — Le prix sera une médaille de la valeur de 200 fr. — Les Mémoires devront être envoyés, *franco*, selon les formes académiques avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, Hôtel-de-Ville, à Nîmes. *Le secrétaire*, ÉBRARD, *D. M.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 2. — N° 22. 2e ANNÉE. Mardi 21 Février 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15 et 18 du tome 2.*)

TROISIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance nous avons recherché quelles étaient les grandes prédispositions aux hernies inguinales ; pour résumer les points principaux de leur histoire, je dirai :

1° Les hernies inguinales chez l'homme sont à toutes les autres hernies comme 16 est à 1 ;

2° Ces hernies, relativement à l'époque de leur apparition, se divisent en trois grandes catégories : de la naissance à 10 ans, *hernies de l'enfance ;* de 10 ans à 35 ans, *hernies de la jeunesse ou de force ;* et de 35 à 100, *hernies de l'âge adulte et de la vieillesse* ou *hernies de faiblesse ;*

3° Les professions debout ou qui exigent un grand déploiement de forces, donnent jusqu'à 35 ans 3 fois, et à partir de cet âge, 4 fois plus de hernies que les professions assises ;

4° Les hernies héréditaires sont dans la proportion de 2 sur 7, et sont 4 fois plus nombreuses chez l'homme que chez la femme. Cette influence s'exerce jusqu'à 30 ans environ ; jusqu'à cet âge, elle fournit 1/3 des hernies ; jusqu'à 60 ans, elle en fournit 1/4 ; et au-dessus de cet âge, elle n'en donne plus que très-peu ;

5° La grande taille est aussi une prédisposition ;

6° Parmi les trois différentes formes que présente le ventre, le ventre à triple saillie semble prédisposer le plus aux hernies.

Quelle est la portée de ces conclusions? Sont-ce des lois théoriques? Je suis de ceux qui aiment la science qui conduit à des déductions pratiques ; mais, en face d'un fait bien établi, je ne me dis pas : « A quoi cela sert-il? »

Après la dernière Leçon, messieurs, j'ai été abordé par un jeune Anglais qui suit ce cours ; il m'a appris que l'influence de la grande taille est si bien reconnue dans son pays, que l'on refuse pour la cavalerie les hommes qui sont au-dessus d'une certaine limite : cette influence a aussi été parfaitement constatée. Pourquoi, messieurs, refuse-t-on ces hommes d'une taille si élevée? C'est qu'ils sont prédisposés aux hernies, et, par cela même, incapables de supporter les exercices prolongés de la marche, et de faire de grands efforts.

Il y a encore d'autres prédispositions : d'où vient, chez les nouveau-nés, cette énorme proportion de hernies? La prédisposition est ici manifeste ; elle résulte d'un détail anatomique. Pendant le cours de la vie intrà-utérine et même pendant les premiers temps qui suivent la naissance, le testicule n'est pas encore descendu dans le scrotum ; il adhère au péritoine et l'entraîne avec lui comme un doigt de gant ; il lui adhère dans un point où le péritoine ne forme pas de repli viscéral ; le testicule, dans sa marche, n'entraîne donc pas, le plus souvent, d'anse intestinale ; si le péritoine a contracté des adhérences, c'est une chance pour qu'il n'y ait pas de hernie. Mais quand le testicule descend après la naissance, l'enfant se livrant à des efforts qui retentissent sur les parois abdominales (cris, toux, etc.), courra risque de devenir hernieux au moment de la descente du testicule.

Quelle est la proportion des enfants dont les testicules ne sont pas descendus dans le scrotum à la naissance? Sur 102 fœtus à terme, Briders en a trouvé 72 chez qui les testicules étaient descendus ; il y avait donc 30 enfants qui portaient une prédisposition à la hernie.

Chez l'enfant à la naissance, ce n'est pas tant la descente du testicule qui le prédispose à la hernie ; mais, chez un certain nombre de sujets, le canal péritonéal qui lui a donné passage n'est pas oblitéré, ou ne l'est pas suffisamment, et alors les efforts de toux, les cris, etc., au moment de la naissance, poussent les viscères en bas, et, suivant le degré d'oblitération du canal, il se produit ou non une hernie dans un certain laps de temps.

Sur 63 sujets qui avaient les deux testicules descendus, Camper n'en a trouvé que 7 qui eussent les deux canaux oblitérés ; chez 34, il était ouvert des deux côtés ; chez 14, à droite seulement ; et à gauche chez 8. Vous voyez donc combien il y a de sujets prédisposés. Mais, messieurs, le rétrécissement du canal inguinal peut aussi donner lieu à un étranglement.

Recherchons maintenant quelle est la fréquence des hernies d'un côté par rapport à l'autre. Disons de suite que les hernies du côté droit sont plus communes et chez les nouveau-nés et chez l'adulte.

Nous avons déjà vu que, sur le nombre de sujets dont le canal inguinal était ouvert d'un seul côté, il y en avait 14 à droite, et 8 à gauche ; il y avait donc 14 sujets prédisposés à la hernie à droite : c'est une proportion de 7 à 4.

Avant de vous exposer les résultats de mes recherches sur les hernieux du Bureau central, je vais vous rapporter un fait personnel, un souvenir d'enfance :

Mon père était un vieux chirurgien établi loin de toute communication facile avec une grande ville; il était donc obligé de se munir de bandages pour sa clientèle; on lui vendait généralement un bandage gauche pour douze bandages droits; il lui est resté finalement un certain nombre de bandages du côté gauche.

Sur 273 hernieux, j'ai trouvé 171 hernies à droite et 102 à gauche. Il est remarquable que la proportion soit ici la même que pour les enfants à la naissance.

A Bicêtre, sur 439 hernieux n'ayant qu'une seule hernie inguinale, il y en avait 253 à droite et 186 à gauche.

M. Hutin, aux Invalides, en a trouvé 296 pour le côté droit et 216 pour le côté gauche.

Ces quatre séries donnent donc un résultat à peu près semblable et l'on peut dire que la proportion des hernies droites et gauches est comme 7 est à 4 ou 5.

D'où vient que le côté droit est plus sujet que le côté gauche aux hernies? Il est bien difficile de répondre à cette question: nous savons que, pour plusieurs lésions chirurgicales (fractures, luxations, etc.), le côté droit en est plus souvent affecté que le côté gauche; il est certain que les muscles du côté droit de l'abdomen agissent un peu plus que ceux du côté gauche; est-ce de là que dépend la prédisposition? Schinke l'attribuait à la présence du foie qui exercerait une pression continue sur les viscères du côté droit; c'est une erreur profonde. Martin pensait que c'était l'inclinaison du mésentère, qui s'en va précisément à droite; mais alors pourquoi cette cause n'agit-elle pas plus souvent? M. J. Cloquet a trouvé la solution la plus raisonnable: il pense que cette proportion de hernies droites résulte du plus grand nombre d'individus agissant avec les membres du côté droit: mais d'où viennent alors les hernies gauches et les hernies doubles? Voici ce que disait M. J. Cloquet: Quand un homme est debout et qu'il fait des efforts, les viscères sont refoulés en bas par le diaphragme, et la ceinture abdominale résiste. La résultante de la pression des viscères vient à la région hypogastrique qui est très-forte; si la pression se fait directement en avant, il ne se produit pas de hernies; mais si elle agit un peu obliquement en bas et en avant, il peut se produire une hernie double; si, par suite de l'inclinaison du corps et conséquemment du diaphragme, l'effort aboutit en bas et à droite, il y a hernie droite, en bas et à gauche, une hernie gauche. Il y a du vrai là-dedans, mais si l'on cherche les chiffres, l'idée seule dans cette théorie si séduisante, subsiste. En effet, on se penche à gauche quand on porte un fardeau à droite; est-il vrai que l'on doit avoir alors une hernie à droite? Eh bien! messieurs, on trouve des sujets qui ont eu la hernie à droite en portant le fardeau à gauche, et d'autres qui l'ont eue à gauche en le portant sur l'épaule droite. Je suis même arrivé à cette conclusion: que les hernies se font principalement du côté où les muscles agissent davantage; mais comment cela se fait-il? Il y a là une immense difficulté à résoudre. Ce fait établi, il devrait y avoir proportion entre le nombre des droitiers et celui des hernies droites: sur 151 hernieux que j'ai interrogés sur ce point, il y avait 136 droitiers et 15 gauchers; on ne peut donc pas accuser jusqu'ici l'usage du membre droit.

Sur ces 136 droitiers porteurs d'une hernie inguinale unique, 91 l'avaient à droite et 45 à gauche; il y a bien ici plus de hernies à droite qu'à gauche; sur les 15 gauchers, 10 avaient la hernie à gauche et 5 à droite; le droitier est donc plus disposé à la hernie droite et le gaucher à la hernie gauche; mais cela est peu de chose.

Dans la disposition anatomique dans l'âge adulte, n'y a-t-il pas quelque chose d'analogue à ce que l'on trouve chez le nouveau-né? J'ai voulu savoir si le poids du testicule n'avait pas quelque influence; oui, messieurs, l'hydrocèle chez le vieillard amène souvent des pointes de hernie, elle peut même produire des hernies, mais s'il s'agit du testicule seulement, la différence qu'a trouvée M. J. Cloquet entre le poids des deux testicules est si faible, qu'on ne peut l'en accuser. Mais n'y a-t-il rien dans la façon dont se comportent les deux testicules dans le scrotum? En général, on dit que le testicule gauche descend plus bas que le droit; mais un grand nombre d'individus ont les deux testicules au même niveau dans les bourses; et chez beaucoup, enfin, le droit descend plus que le gauche: mes recherches au sujet de cette influence ne m'ont donné aucun résultat satisfaisant.

Voilà, messieurs, tout ce qui a rapport aux grandes prédispositions: passons maintenant à l'histoire des causes déterminantes. Quelle est la cause déterminante des hernies? Cette question posée aux élèves et même aux médecins, serait le plus souvent suivie de cette réponse: un effort. Eh bien! on se tromperait; un fait qui m'a frappé dans l'histoire des hernies, c'est que sur 310 hernies bien étudiées sous ce rapport, il y en avait 57 arrivées sans cause connue: je les appelle *hernies spontanées;* le sujet ne s'est pas aperçu quand elle s'est formée, il n'a souvenir ni d'un coup ni d'une chute, et il est tout surpris de se trouver une hernie; quand, comment s'est-elle produite? Il ne le sait pas. Il reste donc 253 hernies dues à des efforts, ou environ les 5/6. Quels sont les efforts qui donnent le plus souvent lieu à des hernies? Or, 65 sujets avaient eu leur hernie en soulevant un fardeau de terre: pour saisir un poids et l'enlever de terre, on commence par écarter les jambes pour avoir une base de sustentation plus large et partant plus solide; puis on se penche en avant; on courbe donc le corps en avant; le ventre est donc courbé; c'est dans cette position que l'anneau externe offre le moins de résistance, et c'est en faisant effort pour se relever que se produit la hernie: la position accroupi, les jambes écartées n'est que l'exagération de la position dont nous venons de parler; elle produit souvent aussi des hernies. La connaissance de ce fait a une grande importance, messieurs, car les bandagistes, sachant parfaitement que cette position favorise la production des hernies, n'essaient pas les bandages dans cette position précisément, ils les essaient debout, le médecin qui applique un bandage doit donc en faire l'essai dans toutes les positions, afin de constater si le bandage comprime bien la hernie, et si, dans ce mouvement, on ne s'expose pas à ce que la hernie sorte audessous du bandage: nous reviendrons plus tard sur ce point. 38 sujets seulement ont eu la hernie en portant un fardeau; 36 en faisant des efforts pour vaincre la constipation; 20 par suite de toux répétée, comme dans la coqueluche; 17 par des chutes; 9 par suite de coups sur le ventre; 2 par des efforts de vomissements, et enfin, un seul en faisant des efforts pour uriner, ayant un rétrécissement de l'urètre.

A propos des coups sur le ventre, permettez-moi une petite digression qui a trait à la médecine légale. Il y a longtemps, messieurs, avant l'époque où je fis mes recherches sur les hernies, je fus consulté par une femme enceinte qui avait reçu un coup pied dans le ventre, et qui prétendait que ce coup de pied avait donné naissance à une hernie; elle me demandait un certificat pour constater ce fait: je l'examinai avec soin, et, ne trouvant pas de traces de ce coup, qu'elle disait avoir reçu depuis quelques jours seulement, j'en conclus que la hernie était ancienne. Mais l'ecchymose, ici, ne signifie rien; il peut très-bien y avoir une ecchymose à la suite d'un coup sur le ventre, sans qu'il se produise de hernie, de même que cette lésion peut résulter d'une violence qui ne laisse aucunes traces: l'absence d'ecchymose ne prouve donc pas que la hernie était ancienne.

Il nous reste donc, sur notre chiffre de 253 hernieux, 62 sujets qu'il était difficile de disposer en catégories; la hernie s'était produite chez eux par des causes diverses.

Lorsqu'on veut appliquer ces idées théoriques, on se trouve bien embarrassé; voilà un homme qui est devenu hernieux en portant un fardeau; mais cet homme a fait effort pour charger ce fardeau, pour l'enlever de terre, puis un autre pour le porter, puis enfin, pour le décharger. Quand est survenue la hernie, quelle en a été la cause précise, pourquoi est-elle à droite ou à gauche? Tout cela est impossible à dire; tout ce que l'on peut faire, c'est de tenir compte des grandes prédispositions: hérédité, faiblesse de constitution, etc.

Cependant, messieurs, j'ai voulu scruter la chose dans ses der-

niers replis, j'ai cherché quel serait le résultat pour des individus qui avaient contracté la hernie en soulevant des fardeaux ; sur 30 hommes, il y avait 26 droitiers et 4 gauchers. Pour les droitiers, 13 avaient eu la hernie à droite et 13 à gauche ; sur les gauchers, 2 l'avaient eue à droite et 2 à gauche. Sur 13 sujets qui étaient devenus hernieux en portant des fardeaux, 11 avaient porté ce poids à droite ; sur ces 11 individus, 7 avaient la hernie à droite et 4 à gauche.

Voilà, en général, quelles sont les causes des hernies simples, mais pour les hernies doubles, les chirurgiens les ont totalement oubliées, parce qu'ils n'ont étudié les hernies qu'au point de vue de l'étranglement. Les hernies doubles sont-elles donc rares? Sur 319 hernies inguinales recueillies en 1835 et 1836, il y avait 133 hernies simples, il y en avait 186 doubles ; il y en a donc plus de doubles que de simples.

Les hernies doubles se produisent-elles par le même mécanisme que les hernies simples ? J'ai classé ces 186 hernies doubles : 34 s'étaient produites en même temps, à la suite d'un effort ou spontanément ; 8 étaient de celles que l'on nomme à tort, je le répète, congéniales : voilà pour les hernies doubles *simultanées ;* mais pour les hernies qui sont devenues doubles par le développement d'une hernie que j'ai appelée *secondaire*, arrivant plus ou moins longtemps après la hernie positive, 44 seulement sur 144 s'étaient produites à la suite d'un choc ; les 100 autres étaient arrivées sans que l'on s'en aperçût. Ici, il y a plus du double de hernies spontanées ; la hernie secondaire vient sans qu'un homme qui en a déjà une, et qui, par conséquent, prend toutes les précautions possibles, soit à l'abri de cette maladie. A quel âge ces hernies secondaires si nombreuses viennent-elles après la hernie primitive ? Elles peuvent se présenter au bout de quelques jours, comme après 50 ans ; on n'est donc assuré par rien contre la hernie secondaire. Y a-t-il une certaine période où elle se montre plus fréquemment ? Sur 55 hernies datant de quelques semaines, quelques mois ou un an, j'en ai trouvé 12 qui ont suivi la hernie primitive dans la première année : c'est environ 1/5 ; 34 l'avaient suivie de la deuxième à la cinquième année : c'est plus des 2/5 ; plus tard, la prédisposition cesse ou diminue considérablement quand la hernie primitive date de plus de 6 ans.

Comment expliquer ces hernies doubles? Je n'en sais rien, messieurs ; mais, une fois le réceptacle des viscères agrandi d'un côté par une hernie, il semblait que l'autre côté devait être plus serré : c'est tout le contraire qui arrive, ce sont précisément les hernieux qui sont le plus sujets aux hernies.

Il y a au musée Dupuytren une hernie (en cire), qui comprend presque tout le tube digestif jusqu'à l'estomac, cela n'a pas empêché qu'il ne s'en forme une seconde de l'autre côté : pourquoi? Je le répète, je n'en sais rien ; cela choque la raison humaine, mais c'est là le cas le plus fréquent.

Parlons maintenant du mode de développement des hernies : il faut les diviser en deux grandes catégories : les hernies de l'enfance, que l'on appellera, si l'on veut, *hernies à canal ouvert,* et celles de l'âge adulte ou de la vieillesse, ou *hernies à canal fermé.*

Ces hernies de l'enfance, que l'on a nommées, à tort, je le répète, hernies congéniales, Ast. Cooper les appelait hernies dans la tunique vaginale ; cette distinction ne suffit pas, car je décrirai tout à l'heure quatre espèces de hernies dans la tunique vaginale. Pour Scarpa, les hernies congéniales sont celles qui se forment au-dessous du testicule descendu ; c'est une erreur, car cette hernie est une des plus rares, et lorsque je faisais au Bureau central des leçons sur les hernies, j'ai été quelquefois deux mois sans pouvoir montrer un seul cas de ce genre. J'appelle ces hernies *hernies vaginales testiculaires.* Dans la majeure partie des cas, l'oblitération a commencé dans le canal, et le rétrécissement est le plus souvent au-dessus du testicule ; là s'arrête l'intestin. Il peut s'arrêter plus ou moins près de l'anneau, mais il est toujours au-dessus du testicule qui est libre ; la hernie n'est en contact qu'avec le cordon ; j'appelle cette hernie *hernie vaginale funiculaire.* Ajoutons un mot :

Ast. Cooper donne à une certaine espèce de hernie le nom de hernie vaginale enkystée : dans ces hernies, après avoir ouvert le sac herniaire, si l'on pousse un peu plus loin, on tombe dans un autre sac sans ouverture. Eh bien ! messieurs, c'est la hernie funiculaire qui, poussée plus bas par un nouvel effort, a doublé la tunique vaginale, dont une portion renferme le testicule et l'autre le cordon.

Voilà donc deux variétés importantes de hernies dans lesquelles le testicule est descendu dans le scrotum ; il y en a deux autres dans lesquelles il n'est pas descendu, et cette circonstance est bien plus fâcheuse ; en effet, si avec le testicule qui se présente à l'anneau, il vient se joindre une hernie, celle-ci, par sa pression, enflamme le testicule ; si l'on applique un bandage, on comprime le testicule, et si l'on n'en met pas, on s'expose aux dangers de la hernie. C'est donc là une espèce très-importante de hernies. Je les nomme *hernies testiculaires.*

Le testicule étant encore dans l'anneau, il est très-rare qu'il se produise une *hernie funiculaire.* La sortie brusque du testicule n'est pas toujours une cause de hernie ; j'ai vu un jeune homme qui, à l'école de natation, tomba violemment à plat ventre sur l'eau ; le testicule était sorti d'un seul coup et descendu dans les bourses très-tuméfiées : il n'y a pas eu de hernie, l'oblitération du canal inguinal s'était faite immédiatement.

Enfin, ne peut-il pas se faire une autre espèce de hernie, le testicule étant encore dans le ventre? J'ai vu un sujet chez qui la tunique vaginale entraînée dans le scrotum, avait fait un petit recul dans le périnée : n'aurait-il pu, dans ce cas, se produire une hernie dont l'anatomie ne repousse pas la possibilité ? Je n'ai jamais trouvé de hernies de ce genre. A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Phlébite des veines du mollet. — Abcès froid du cou. — Abcès survenu à la suite d'une morsure de chat. — Conjonctivite double. — Paraplégie incomplète disparaissant pendant la grossesse. — Rétraction du doigt amenée par une cicatrice, qui détermine l'amputation. — Rétention d'urine consécutive à une blennorrhagie.

Au n° 1 de la salle des femmes, est entrée une jeune fille, avec quelque chose de rare, non pas comme maladie, mais dans la région, c'est-à-dire une phlébite des veines du mollet, et cela, sans état variqueux antécédent bien marqué. Les phlébites viennent, en général, à l'occasion de blessures ou dans des veines variqueuses, et, dans ce dernier cas, les phlébites spontanées s'observent sur le côté interne de la jambe et de la cuisse. Ici, il n'y a point eu de violence, et il n'y a pas de varices, et cependant une phlébite s'est montrée sur le mollet, phlébite des veines qui se ramifient en forme de réseau dans cette région ; ce n'était pas cependant une phlébite très-intense, il y avait une tuméfaction notable du mollet et beaucoup de douleur. Cela s'est dissipé sous l'influence d'un large vésicatoire volant sur le mollet ; seulement, la malade se plaint un peu de la jambe opposée, de la jambe gauche, ce qui porterait à croire que le mal s'est développé sous l'influence d'un état général.

Au n° 36, est entré un homme avec un vaste abcès sur le côté du cou ; abcès froid, c'est-à-dire une collection purulente, grosse comme une moitié d'œuf, avec peau fortement amincie, rouge, tout cela reposant sur des ganglions lymphatiques assez malades. L'abcès a été ouvert avec de la potasse caustique, pour provoquer une réaction de meilleure nature dans le fond du foyer. Aujourd'hui les parois du foyer se sont affaissées et rapprochées, et il ne reste plus que la tuméfaction des ganglions lymphatiques, qui a précédé la formation de l'abcès.

Au n° 6, est entré un homme pour un abcès sur le côté cubital, au tiers inférieur de l'avant-bras droit. Cet abcès a cela de particulier, qu'il est le résultat d'une morsure de chat. Les morsures de chat sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus dangereuses que les morsures d'autres animaux, qui ne sont pas venimeux, bien entendu, sans qu'on puisse bien dire pourquoi ; néanmoins, c'est un fait d'observation. Ces morsures provoquent plus souvent des abcès, ou laissent fréquemment, à leur suite, des douleurs singulières, des douleurs

brûlantes qui s'étendent loin dans le membre, et résistent aux traitements ordinaires que l'on fait contre les douleurs, les névralgies. Chez notre malade, il est survenu, sous la cicatrice de la plaie, qui s'est fermée très-vite, une inflammation et un abcès qui a été ouvert. Avec des cataplasmes, il faut espérer que tout disparaîtra en une semaine.

Au n° 21, des hommes, est une ophthalmie double qui appartient à la catégorie des conjonctivites aiguës, mais non spécifiques. Le sujet a les yeux très-rouges; néanmoins, il peut entr'ouvrir les paupières sans trop d'embarras; avec une kératite, au contraire, avec une inflammation moins apparente, il y aurait un écoulement abondant de larmes, et le malade craindrait d'entr'ouvrir ses paupières. De plus, ici, la cornée est comme encadrée dans une plaque d'étoffe rouge, la conjonctive est donc boursouflée. La face interne des paupières est aussi rouge et criblée de granulations. C'est une conjonctivite granuleuse sur les deux yeux, qui date de dix jours, et qui est survenue sans cause appréciable. Comme c'est une conjonctivite simple, elle guérira facilement, à l'aide de quelques purgatifs et de la solution de nitrate d'argent comme topique.

Au n° 13, des femmes, il existe un cas très-complexe. Il s'agit d'une tumeur cancéreuse au sein, vers le bord antérieur de l'aisselle; sur le mamelon, il y a une plaque rouge et ulcérée, c'est une inflammation eczémateuse. Il y a, en outre, une autre complication; c'est une femme de trente-cinq ans à peu près, qu'on ne peut pas aborder sans qu'elle tremble; elle a les membres inférieurs dans un état de semi-paralysie tel, qu'elle ne peut pas marcher. Elle conserve, néanmoins, la sensibilité, et peut remuer ses membres dans son lit. Cette femme cesse d'être paralysée quand elle devient enceinte; pendant tout le cours de la grossesse, elle reprend l'usage de ses membres. Cette cessation momentanée de la paraplégie a déjà eu lieu six fois. Comme cette femme est dans un état de faiblesse extrême, et très-craintive, M. Velpeau hésite à pratiquer l'ablation du sein.

Dans la salle des hommes, est un jeune homme de vingt-trois ans, qui subira prochainement une amputation de doigt. Il est atteint d'une rétraction de deux doigts, de l'annulaire et de l'auriculaire. Nous parlerons surtout de l'annulaire, dont la rétraction est plus prononcée. Il y a, là, une rétration par bride cutanée. Il y a plusieurs catégories de flexion permanente des doigts, qui demandent des traitements différents, suivant la cause qui produit la difformité. Les doigts peuvent être tenus fléchis, soit par ankylose, soit par suite de brides cutanées, de cicatrices amenées par des brûlures ou autre lésion, ou bien par des brides fibreuses sous-cutanées, sans blessures préalables, et, enfin, par la rétraction des tendons.

Ces quatre classes n'exigent pas le même traitement; si la flexion est due à une ankylose, la difformité est irrémédiable; si elle est due à une bride cutanée, il faut agir sur la peau; lorsqu'elle est produite par une bride fibreuse, on peut, par une simple piqûre, aller couper la bride; enfin, il faut agir sur les tendons seulement, quand ce sont eux qui sont la cause de la rétraction.

Outre la flexion forcée du doigt par la bride de la peau, il y a quelque chose de plus ici, il y a des douleurs vives qui occupent la main et l'avant-bras, jusqu'à l'aisselle, douleurs brûlantes qui empêchent le malade de dormir et de travailler. En voulant essayer, au moyen d'une planchette, de redresser le membre, il s'est fait très-vite de petites escarres, ce qui a forcé à laisser la plaie se cicatriser sans précaution, et la déformation a été plus prononcée. Quelque temps après, on a remis le membre dans l'extension, mais les douleurs ayant augmenté, on s'est encore vu forcé de renoncer à ce moyen. De sorte que cet homme, qui est ouvrier, désire qu'on lui ampute son doigt, puisqu'on ne peut le redresser. Ceci pourrait bien être classé dans la catégorie des opérations dites de complaisance, contre lesquelles M. Velpeau lui-même s'est élevé avec beaucoup de force, mais il ne faudrait pas prendre les choses d'une manière trop absolue.

Quand, pour une simple satisfaction d'amour-propre, un malade veut qu'on fasse une opération qui n'est pas utile ou nécessaire, qui peut être dangereuse, et que des accidents arrivent, on est très-malheureux; mais parmi ces opérations dites de complaisance, il en est qui sont nécessaires, quoique la maladie ne soit pas sérieuse. Ici le malade est jeune, souffre beaucoup, et ne peut travailler, parce qu'il a un doigt difforme; il préfère se faire enlever le doigt, au risque du danger d'une opération, plutôt que d'être exposé à ne pas travailler toute sa vie. Il n'y a donc pas à hésiter.

Si on amputait dans la continuité de la phalange, la bride cicatricielle ne pourrait servir de lambeau, parce qu'elle est trop dure, et qu'elle se rétracterait après l'amputation, puis les douleurs pourraient persister. Il vaut donc mieux amputer dans la jointure, les tissus seront plus souples et plus sains, et nous aurons plus de chances de guérison. Du reste, si on amputait dans la continuité de la phalange, on laisserait un bout de doigt qui serait inutile et pourrait même gêner.

Au n° 10, est un jeune homme de vingt-huit ans, bien constitué, fort; il se plaint d'envies très-fréquentes d'uriner depuis une huitaine de jours, qui ont succédé, à ce qu'il paraît, à une rétention d'urine. Une rétention d'urine, chez un jeune homme de cet âge, n'est pas fréquente, à moins qu'il n'y ait chaude-pisse. Mais en dehors de cela, c'est assez rare, car pour que la rétention se produise, il faut qu'il y ait un rétrécissement, ce qui n'est guère le fait d'un jeune homme, ou une maladie de la prostate, ce qui n'est pas le fait non plus d'un jeune homme.

Comme la rétention d'urine est survenue tout d'un coup, cela a fait supposer une inflammation aiguë. L'écoulement, légèrement blanc, qui se montre encore aujourd'hui au méat urinaire, permet de croire à une blennorrhagie. Une sonde métallique ordinaire a été introduite sans obstacle dans l'urètre, il n'y a donc pas de rétrécissement. Il y a seulement au col de la vessie un obstacle contre lequel heurte le bec de la sonde; de plus la vessie est très-douloureuse, et les urines sont floconneuses, ce qui indique un peu de cystite et une inflammation de la région prostatique. Tout cela tient à la chaude-pisse que le malade porte depuis près d'une année.

Selon M. Velpeau, c'est une sommation avec frais que la nature lui fait là, et s'il continuait, il subirait une contrainte et bientôt une prise de corps, s'il ne mettait pas de régularité dans sa vie, et ne se tenait pas en garde contre de nouvelles blennorrhagies. A. L.

Note sur un cas rare d'éclampsie, pour servir à l'histoire générale de cette affection,

Par M. le Dr Depaul, *membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien des hôpitaux*, etc.

Il est un point de l'histoire générale de l'éclampsie sur lequel tous les médecins paraissent d'accord aujourd'hui; je veux parler de l'extrême rareté de cette maladie dans les quatre premiers mois de la gestation. Le fait que nous devons à Danyau père, et qui a été consigné dans la thèse de M. Prestat, est peut-être le seul qu'on puisse considérer comme suffisamment authentique. Il a été reproduit dans presque tous les ouvrages modernes, et je me contente de rappeler qu'il se rapporte à une femme qui, dans deux grossesses successives, et à l'occasion d'un avortement qui s'effectua chaque fois à la fin de la sixième semaine, fut en proie à des phénomènes convulsifs qui paraissent bien se rapporter à l'éclampsie.

Mais il ne me paraît pas bien démontré qu'il en fût de même pour la femme dont M. Velpeau nous a donné l'observation sous le n° 21 (*Thèse de concours*, 1834). Ce fait manque de détails, et je crois, avec le savant professeur, qu'on peut le rapporter à une autre forme de convulsions qu'à la forme éclamptique.

Je ne pense pas non plus que la dame de Ferrare dont parle M. Cazeaux, qui avait périodiquement des convulsions dès qu'elle avait conçu, et chez laquelle les attaques se renouvelaient tous les quinze jours pendant toute la durée de la grossesse, puisse être donnée comme un exemple d'éclampsie.

L'observation qu'il m'a été donné de recueillir, il y a déjà quelques années, et que je n'ai pas encore publiée, quoiqu'elle ait été le point de départ d'une lecture que j'ai faite à l'Académie en 1851, offrira donc, j'espère, quelque intérêt, par la rareté des cas analogues que possède la science.

Éclampsie bien caractérisée, survenue à la fin du troisième mois de la grossesse, chez une femme enceinte pour la seconde fois. — Seize accès dans l'espace de deux heures. — Guérison sans que la grossesse ait été troublée dans sa marche. — Accouchement heureux. — La nommée B...., âgée de 24 ans, brune et d'une assez bonne constitution, quoique maigre et de petite taille, avait déjà eu une première grossesse qui avait été conduite à terme sans accidents, et qui s'était terminée par la naissance d'un enfant vivant. Elle n'avait jamais eu d'attaque d'épilepsie ni aucune autre affection nerveuse. Depuis son accouchement, les règles s'étaient naturellement rétablies et avaient paru pour la dernière fois du 15 au 20 février 1849. Des raisons particulières et concluantes ne permettent pas de placer le point de départ de sa nouvelle grossesse avant le 10 du

mois suivant. Le 15 juin, elle était donc parvenue à la fin de son troisième mois environ, et n'avait jusque-là rien éprouvé qui méritât d'être signalé. A cette époque, à la suite d'un repas assez copieux, composé d'une soupe, de bœuf et de petits pois, elle fut prise presque immédiatement de vomissements très-abondants, auxquels succédèrent des mouvements convulsifs qui offrirent tous les caractères de l'éclampsie. C'est ainsi qu'elle perdit subitement connaissance et tomba à terre. En même temps, les membres se roidirent; les muscles du visage furent pris de mouvements saccadés et rapides; la bouche se dévia et se remplit bientôt d'écume. La langue, considérablement tuméfiée, dépassa les arcades dentaires; les lèvres, ainsi que la face, offraient une coloration violacée très-marquée. A cet état, qui dura une minute et demie environ, succéda un coma complet avec respiration stertoreuse prononcée. Quelques minutes après, survint un nouvel accès qui offrit tous les caractères du précédent; puis, plusieurs autres séparés par des intervalles assez courts pour que, dans l'espace de deux heures, on pût en compter quinze.

Les choses en étaient là, lorsque la malade fut confiée à mes soins. Elle n'avait pas repris connaissance depuis l'invasion des premiers accidents; elle ne répondait à aucune des questions qui lui étaient adressées. Les membres, dans une résolution complète, tombaient comme des masses inertes, quand, après les avoir soulevés, on les abandonnait à eux-mêmes. La sensibilité n'était pas cependant complétement éteinte, car les pincements qu'on exerçait sur la peau paraissaient produire une impression pénible dont la malade témoignait par de l'agitation et une sorte de grognement. Le pouls était large et fort, mais sans fréquence (80 pulsations); les pupilles dilatées. De l'urine, retirée de la vessie avec la sonde, fut traitée par l'acide nitrique et la chaleur, et je pus m'assurer qu'elle renfermait une assez grande quantité d'albumine. Le tissu cellulaire sous-cutané des extrémités ou des autres parties du corps n'était le siége d'aucune infiltration séreuse.

Pendant que je procédais à cet examen, un seizième accès se déclara, et je pus m'assurer par moi-même qu'il offrait bien tout ce qui caractérise une véritable attaque d'éclampsie. Rien n'annonçait, d'ailleurs, un travail de fausse-couche: le toucher me permit de constater que le col était long et fermé.

Jusque-là, aucune médication n'avait été employée. Je fis immédiatement une saignée de 400 grammes; en même temps, des compresses trempées dans l'eau froide furent maintenues sur le front. Une amélioration notable suivit de très-près l'évacuation sanguine. Au bout de quelques heures, la malade commence à répondre aux questions qui lui sont adressées: elle n'accuse aucune douleur; elle se plaint seulement d'un sentiment de faiblesse extrême; elle n'a aucun souvenir de ce qui lui est arrivé et paraît fort étonnée d'être dans son lit et d'avoir été saignée; elle a complétement oublié et le nom qu'elle porte et celui de la rue qu'elle habite; mais elle reconnaît les personnes qui l'entourent. Le visage étant encore assez coloré, je fais appliquer six sangsues derrière chaque oreille; je prescris une potion antispasmodique; pour boisson, de la solution de sirop de groseilles, et la diète.

16 *juin*. Il n'y a pas eu de nouvel accès. L'amélioration, du côté de l'intelligence, a fait de grands progrès; cependant, il n'y a pas eu de sommeil; un peu de céphalalgie, courbature générale, visage pâle; langue blanche au milieu, rouge et gonflée sur les bords qui ont été lacérés par les dents; soif assez vive, pas d'appétit. Il n'y a eu, depuis hier, ni urines ni garde-robes; pouls à 72, régulier et d'une force modérée. Bouillon de poulet, solution de groseilles, potion antispasmodique, lavement.

Des urines ayant été rendues dans la journée, je m'assurai que l'albumine avait presque entièrement disparu.

Le 17, facultés intellectuelles à peu près complètes. La mémoire des choses et des lieux est revenue; toutefois, la malade n'a pas la conscience des accidents qu'elle a éprouvés. Le pouls est régulier et bat 76 fois par minute. L'urine ne renferme plus aucune trace d'albumine.

A partir de ce moment, l'état devient de plus en plus satisfaisant; il est tel, trois jours après, que la femme B.... peut être considérée comme entièrement guérie et qu'elle reprend ses occupations habituelles.

Ainsi que je l'ai déjà dit, l'utérus resta étranger à la perturbation générale causée par les convulsions, et le produit de la conception continua à vivre. Le développement de la grossesse se fit avec une régularité parfaite. Je revis cette femme cinq mois après, c'est-à-dire lorsqu'elle en était à la fin de son huitième mois; elle se portait à merveille. Un mois plus tard, le terme étant arrivé, elle accoucha très-heureusement d'un enfant bien portant, et n'éprouva rien qui pût faire craindre un seul instant le retour des accidents nerveux qui avaient signalé le début de la grossesse.

Je ne pense pas qu'après avoir lu cette observation on puisse conserver le moindre doute sur la véritable nature de l'affection convulsive. Il est évident que c'est à la forme éclamptique la mieux caractérisée que j'ai eu affaire. La description des accès et le coma qui leur succédait (phénomène que j'ai pu constater par moi-même), en sont la preuve irrécusable. Les antécédents de cette femme établissent d'ailleurs qu'elle n'avait jamais eu ni attaques d'épilepsie ni aucune autre maladie convulsive. Je n'ai pas besoin de dire que, s'il en eût été autrement, ce cas aurait beaucoup perdu de son intérêt, car tout le monde sait que l'épilepsie qui préexiste à la grossesse trouve quelquefois dans cet état physiologique une excitation nouvelle qui peut en multiplier les apparitions; mais personne ne contestera que, quand il en est ainsi, le pronostic est beaucoup moins grave.

La manière dont les choses se sont passées ultérieurement chez la femme B..., la terminaison heureuse de la grossesse, la naissance d'un enfant vivant, tout démontre que le traitement véritablement utile et qu'il convient d'opposer aux convulsions, ne consiste pas, comme le croient encore quelques personnes, dans la provocation ou la prompte terminaison de l'accouchement. Dans ce cas en particulier, que serait-il arrivé, si, moins confiant dans l'efficacité d'un traitement médical, j'avais cru devoir solliciter les contractions utérines par l'emploi de moyens mécaniques? J'aurais certainement compromis la grossesse, et je n'aurais pas obtenu pour la mère des résultats meilleurs que ceux que j'ai fait connaître. Je suis même convaincu qu'outre les dangers que font toujours courir de semblables manœuvres, l'éclampsie elle-même n'aurait pu que s'aggraver, ainsi que l'expérience me l'a prouvé dans plusieurs circonstances.

Etudes cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite,

Par M. Abeille, *médecin de l'hôpital du Roule.*

(*Suite et fin. Voir les nos* 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19 *et* 21 *du tome* 2.)

Pronostic. — En thèse générale, le pronostic de la paraplégie qui coïncide avec les lésions des organes génito-urinaires est grave, non à cause de la paraplégie elle-même, mais bien par le fait des désordres organiques qu'elle accompagne.

Le nombre considérable de morts survenues pendant sa durée légitime cette manière de voir: en effet, ce nombre n'est pas moindre de douze sur trente-et-un cas, ou un peu plus du tiers. Que si l'on envisage le pronostic de la paraplégie sous le rapport de sa durée, il acquiert encore de la gravité, car ce n'est que très-exceptionnellement qu'on peut obtenir la guérison dans l'espace de deux à trois mois, dans tous les autres cas, la maladie se prolongeant de six mois à six ans et plus.

La paraplégie qui coïncide avec des maladies des voies génito-urinaires dans lesquelles on voit survenir la néphrite, est de toutes la plus grave, puisqu'elle est généralement suivie de mort dans un temps plus ou moins long. Dans toutes les observations empruntées à Stanley, la mort est arrivée dans un temps assez court. Dans l'observation qui a trait à Sanson (54e *obs.*), et dans la 34e, elle n'est survenue qu'au bout d'un an.

Quand il y a néphrite, la guérison peut encore être obtenue si l'affection rénale est reconnue et combattue dès les premiers temps. On peut voir un exemple remarquable de guérison dans la 32e observation.

Quand la paraplégie coïncide avec les seules altérations de la vessie, catarrhe, prostatite, etc., sa durée peut être longue, quelquefois même elle peut rester incurable; mais, dans la très-grande majorité des cas, on en obtient la guérison, et son pronostic est généralement favorable.

Quand la paraplégie accompagne avec les pertes séminales, avec ou sans complication de lésions vésicales, il faut s'attendre à une durée d'autant plus longue que le mal date de plus loin et que le sujet est plus épuisé. La mort termine assez souvent cette profonde détérioration de l'organisme.

Quand avec la paraplégie il y a des troubles de l'intelligence, le pronostic est très-grave. Dans les deux cas où on a observé cette complication, la mort s'en est suivie. Les récidives de la paraplégie sympathique sont en général à redouter, parce qu'elles coïncident avec l'aggravation des lésions organiques génito-urinaires.

Étiologie.— S'il fallait tenir compte des sexes parmi les causes prédisposantes, nous verrions que, dans les 31 observations relatées, il ne s'agit qu'une seule fois de femme, et que, par conséquent, les personnes du sexe ne sont que très-exceptionnellement atteintes.

Mais il ne faut pas attacher à cette circonstance plus d'importance qu'elle ne mérite, et il convient de se borner à dire que la paraplégie sympathique paraît plus commune aux hommes qu'aux femmes, et cela en raison du genre de vie, des habitudes et des excès que les premiers commettent plus fréquemment. Sous le rapport de l'âge, nous voyons que l'enfance n'entre point en ligne de compte, puisqu'il n'existe pas un seul cas à cet âge.

L'adolescence, au contraire, commence par payer son tribut; c'est à cet âge, en effet, que commence la funeste habitude de la masturbation, qui est quelquefois poussée à l'extrême. Le livre de M. Lallemant contient quelques exemples de cette paraplégie à cet âge. De 20 à 30 ans, la paraplégie sympathique se montre un plus grand nombre de fois; sa fréquence augmente encore de 30 à 40, et c'est à partir de cette dernière période au-dessus qu'elle atteint son maximum. Du reste, la très-grande fréquence de lésions des voies urinaires dans la vieillesse, rend un compte suffisant de cette circonstance.

Les causes de désordres dans l'appareil génito-urinaire, qui donnent lieu à la paraplégie, peuvent se ranger ainsi, par ordre de fréquence : la blénorrhagie, les injections anti-gonorrhéennes, la masturbation, avec ou sans les diverses manifestations d'altérations des organes urinaires, les excès de femmes, la présence de calcul dans la vessie, les tentatives de lithotritie, le rhumatisme; et les coups, les chutes, en général toutes les violences extérieures, quand la néphrite préside à tous ces désordres. Il faut ranger à la suite de toutes ces causes, les grandes fatigues, le refroidissement répété et prolongé.

Il est incontestable que les abus que font les jeunes gens et les vieillards des organes sexuels, entraînent assez souvent à leur suite cette paraplégie, et que fréquemment c'est à ces mêmes excès qu'est due la tuméfaction de la prostate qui survient avant elle.

M. Valentin Moet, professeur à New-York, a pu constater lui-même la véracité de ces assertions; dans une lettre adressée en 1851 à M. Leroy (d'Étiolles) père, il cite l'exemple d'une jeune femme devenue paraplégique à la suite d'excitation excessive des organes sexuels.

Quant aux effets de la masturbation pour la production de cette paraplégie, ils ont été mis hors de doute par M. Lallemant dans son *Traité des pertes séminales*. Après des recherches faites sur des aliénés des deux sexes, cet auteur a trouvé que chez l'homme la masturbation entraîne assez souvent la paraplégie.

Traitement. — Pour tracer avec quelque fruit le traitement de la paraplégie sympathique, il convient de procéder avec un certain ordre; et d'abord, disons que ce n'est point à la paraplégie elle-même que doit s'adresser la thérapeutique, mais aux lésions fondamentales à la suite desquelles elle apparaît.

Si la néphrite devient saillante par ses symptômes, qu'elle domine ou non les autres lésions, il faut la combattre avec énergie et adapter le traitement aux périodes où on la surprend.

La saignée générale est rarement utile, parce que l'inflammation du rein est presque toujours arrivée à suppuration quand la paraplégie survient.

Cependant, si on soupçonnait qu'il n'y a encore qu'hypérémie rénale, ou qu'avec la suppuration de l'organe, il y a en même temps hypérémie momentanée, il ne faudrait pas balancer à mettre la phlébotomie en pratique, avec la réserve que commande l'état du malade. Les sangsues, appliquées à la partie correspondante de la peau, les ventouses scarifiées, conviennent encore à cette période, et ces dernières peuvent être hardiment répétées plusieurs fois, à titre de révulsif cutané, quand la pyélo-néphrite est parfaitement évidente. Après les ventouses, il convient d'appliquer successivement, sur les régions rénales, des vésicatoires, des cautères potentiels ou des moxas, tandis qu'on administre à l'intérieur les balsamiques, les résineux, en tête desquels figure la térébenthine cuite.

L'usage des cantharides à l'intérieur produit quelquefois aussi un excellent effet dans la pyélite. Une observation insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1853), confirme cette proposition. Les eaux naturelles de Vichy, de Spa, de Contrexeville, le bicarbonate de soude, ne doivent point être négligés dans cette période de la néphrite. L'emploi des bains sulfureux ou de Baréges artificiels dont il a été fait si fréquemment usage dans un très-grand nombre de nos observations, et qui ont presque toujours donné de bons résultats, est essentiellement recommandé dans cette période de l'affection et devient utile pour la paraplégie elle-même.

Le tube digestif, cette vaste surface à révulsion, doit être mis à contribution pour le traitement de la néphrite. Les purgatifs doux, rarement les drastiques, devront donc devenir une arme de nécessité entre les mains du médecin.

Après les lésions rénales, l'attention doit plus particulièrement se fixer, pour le traitement, sur les altérations du restant de l'appareil génito-urinaire.

Les urines sont-elles troubles, purulentes? Il faut donner les boissons délayantes, rafraîchissantes. C'est ici que le bicarbonate de soude est appelé à rendre des services, autant que quand elles sont fortement acides.

Le réservoir urinaire doit être attentivement surveillé dans la paraplégie sympathique, pour mener à bonne fin son traitement; car, que le catarrhe vésical soit la conséquence d'une maladie de la prostate, de la présence d'un calcul, d'un rétrécissement urétral, d'injections anti-gonorrhéennes, etc., quand les urines ne s'écoulent plus librement, ce catarrhe tend à persister, à s'accroître, à gagner les urétères, les bassinets, si la chose n'est déjà faite.

Il est donc important de vider la vessie par le cathétérisme, et de mettre le malade à même de la vider lui-même tous les jours, par la même opération.

Une fois cette première indication remplie, on combattra le catarrhe vésical, et, pour arriver à ce but, on comprend que les moyens à employer varient beaucoup, et varient surtout suivant les causes qui ont donné lieu à la phlegmasie de la muqueuse vésicale.

Reconnaître un rétrécissement urétral, une intumescence de la prostate, la présence d'un calcul dans le réservoir urinaire, c'est savoir déjà ce qu'il y a à faire. Après avoir évacué l'urine, vidé la vessie, on combat, par la dilatation graduée, la cautérisation, l'incision, le débridement en boutonnière, le rétrécissement urétral; on applique, suivant les cas et les exigences individuelles, la compression, la cautérisation, l'incision ou l'excision à la prostate devenue proéminente, ou faisant fonction de valvule.

Il n'y a que le tact du chirurgien, le degré d'intensité et de

résistance de l'affection, l'état individuel, qui puissent faire opter pour tel ou tel procédé ; et quelquefois devront-ils être tous essayés tour à tour et successivement.

Mais, nous le répétons, il faut à tout prix empêcher l'urine de séjourner longtemps dans la vessie, et, pour cela, il faut habituer le malade à se sonder régulièrement, même pendant qu'on lui applique le traitement.

Contre le catarrhe vésical, on dirige avec succès des injections vésicales à double courant. Ces injections devront être d'abord émollientes; puis on les fera avec de l'eau froide ; quelquefois on pourra injecter une solution de nitrate d'argent au vingtième ou au trentième, ou faire des injections iodées au huitième ou au dixième.

Qu'on lise, dans notre 33e observation, les beaux résultats que nous ont donnés les injections froides, après que, par un tour de force, nous avions labouré, avec le bec de la sonde, la prostate tuméfiée et devenue fongueuse !

En même temps qu'on use des injections si bienfaisantes, les malades sont soumis aux balsamiques, baume de tolu, térébenthine cuite, etc., et on promène quelques vésicatoires sur la région hypogastrique. Le broiement des calculs ou la taille devient nécessaire quand tous les accidents tiennent à la présence de ces corps étrangers dans la vessie.

Un régime hygiénique, physique et moral, doit être imposé aux malades. On ne doit point négliger de frictionner les membres et les reins avec des teintures irritantes et notamment celle de cantharides. Le plus souvent, quand la maladie des voies urinaires a été fructueusement combattue, on voit la paraplégie se dissiper d'elle-même : d'autres fois pourtant elle persiste.

Il nous reste à voir les quelques moyens qu'on peut lui opposer alors. Le premier, comme le plus énergique des médicaments auquel on doive recourir, est, sans nul doute, la strychnine. Ici, les centres nerveux ne sont point lésés matériellement ; ils ont subi seulement une dépression considérable dans leur incitation naturelle, de quelque façon qu'on veuille l'expliquer, dépression tout à fait sympathique. Il y a donc tout lieu d'espérer que la strychnine, maniée habilement, pourra réveiller cette innervation déprimée, engourdie, mais non détruite. C'est d'un centigramme à trois, et quelquefois quatre pour les adultes, que ce médicament doit être employé, mais avec gradation, et en en surveillant les effets avec une très-grande attention, pour savoir s'arrêter, suspendre au besoin.

Après la strychnine, il ne faut point balancer à recourir à l'emploi de l'électricité, quand la paraplégie résiste. La prudence exige qu'on emploie cet agent par gradation marquée, lorsqu'on a sous la main un appareil convenable, ce qui n'a pas lieu fréquemment dans la pratique de la ville. On devrait procéder d'abord avec de faibles courants, par voie de simple contact. Nous avouons cependant que, de toutes les façons de mettre l'électricité en jeu sur les malades affectés de cette paraplégie, c'est l'électro-poncture que nous préférons ; d'abord, parce que c'est elle qui nous a le mieux et le plus promptement réussi toutes les fois que nous avons eu à employer cet agent ; ensuite, parce qu'elle permet de mettre immédiatement en contact avec des rameaux nerveux importants le fluide électrique.

Mais, répétons-le pour la dernière fois, c'est à combattre les lésions génito-urinaires qu'il faut surtout s'attacher, car, avec leur guérison, la paraplégie disparaît le plus souvent.

Enfin, disons qu'il ne faut point perdre de vue que la paraplégie qui succède aux pollutions diurnes est longue, tenace, et qu'il importe de restaurer, par tous les moyens, les malades épuisés.

La cautérisation du col vésical, mise en pratique par M. Lallemant pour faire cesser les pertes séminales et parfois couronnée d'un plein succès, doit toujours, et avant tout, être mise en pratique.

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur la solution iodo-tannique. De son emploi en chirurgie, et de son action coagulante sur le sang,

Par M. F. Barrier.

On sait, par une note présentée à l'Académie de médecine, il y a peu de temps, par le docteur Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. Al. Guilliermond, pharmacien de cette ville, que l'iode, qui est à peu près insoluble dans l'eau pure, peut s'y dissoudre en quantité considérable à l'aide du tannin, et forme avec ce principe astringent une combinaison particulière dont la nature ne paraît pas encore parfaitement connue. Ce n'est pas sous le rapport chimique ou pharmaceutique que je veux en parler ici. C'est sur son emploi thérapeutique que je veux appeler l'attention des praticiens, en indiquant les résultats de mes premiers essais.

La solution iodo-tannique est depuis longtemps employée à l'intérieur par mon honorable collègue le docteur Socquet, dans les cas où se présente l'indication des préparations iodées et en particulier celle de l'iodure de potassium. Nous savons que notre savant confrère n'a eu qu'à se féliciter jusqu'à présent de ce nouveau mode d'administration de l'iode. J'y ai eu recours aussi chez un certain nombre de sujets scrofuleux, depuis deux ou trois semaines, et, si ce laps de temps est trop court pour juger de l'efficacité de ce médicament, j'ai pu au moins me convaincre qu'il est parfaitement supporté par l'estomac. J'ai donné la solution de façon à ingérer chaque jour d'abord cinq, puis dix centigrades d'iode, sans aucun dérangement dans les fonctions, et je me propose d'atteindre des doses plus élevées. M. Guilliermond nous a fourni un sirop de ratanhia iodé très-agréable pour les malades et très-commode, dans lequel l'extrait de ratanhia joue, vis-à-vis de l'iode, le même rôle que le tannin, bien que cet extrait n'y soit pas à une dose aussi forte que dans le sirop de ratanhia ordinaire. M. Guilliermond a déjà reconnu qu'un grand nombre des principes astringents analogues au tannin et à l'extrait de ratanhia agissent sur l'iode de la même manière et le rendent soluble dans l'eau. J'ai aussi expérimenté la solution iodo-tannique à l'extérieur. Je l'ai employée en injections d'abord dans des fistules, suites d'abcès froids, et dans l'hydrocèle, c'est-à-dire dans les cas où la teinture d'iode est devenue d'un usage vulgaire. Dans ces cas j'en ai obtenu des résultats aussi satisfaisants que si j'avais agi avec la teinture iodée. Dans l'hydrocèle, par exemple, les effets ont été absolument les mêmes; douleur vive au moment de l'injection avec irradiations dans les régions voisines, inflammation les jours suivants, sécrétion séro-plastique dans la tunique vaginale, résolution et guérison dans l'espace de vingt à trente jours.

En songeant à l'action du tannin sur le sang, et en particulier sur l'albumine, j'ai eu l'idée d'essayer la solution iodo-tannique comme agent coagulateur du sang. J'ai injecté des varices et j'ai produit un caillot moins prompt à se former que par le perchlorure de fer, mais très-sensible au bout de quelques heures, et accompagné les jours suivants d'une légère inflammation des parois veineuses. Cette inflammation, sans doute nécessaire pour que le caillot adhère au paroi de la veine, se dissipe en peu de jours, et l'on ne constate plus alors qu'un cordon dur, plein, où le sang ne circule plus et qui fournit la preuve que la varice est bien oblitérée.

Satisfait de ce résultat que je n'espérais pas aussi complet, j'ai cherché à me rendre compte du rôle respectif de l'iode et du tannin dans cette coagulation. Pour cela j'ai traité du sang, à sa sortie de la veine, avec deux solutions contenant la même proportion d'iode, mais une dose différente de tannin. On devait s'attendre à ce que le liquide contenant le plus de tannin coagulerait mieux le sang que l'autre; or, c'est tout le contraire que j'ai observé et fait constater à plusieurs reprises par les élèves qui suivent ma visite. C'est le liquide le moins chargé de tannin qui a donné le coagulum le plus ferme et le plus complet. Ce résultat inattendu semble montrer que l'iode exerce ici, grâce au

tannin, une action très-particulière et dont il ne me paraît pas facile de donner l'explication. Ne sait-on pas, en effet, que l'iode pur mis directement en contact avec l'albumine ne la coagule point, mais s'y dissout? Si, au contraire, l'iode de la solution iodo-tannique coagule le sang, c'est sans doute en exerçant une action spéciale sur la fibrine ou sur les globules. Il y a là une voie ouverte à des recherches intéressantes. Pour nous, ce fait a surtout de l'intérêt en nous montrant que ce liquide est capable de coaguler le sang. Cette action m'a paru assez énergique pour qu'on doive l'étudier sous ce rapport, afin de voir si la solution iodo-tannique ne remplacerait pas avec avantage le perchlorure de fer dont on connaît les inconvénients, dans le traitement des anévrismes, des varices, etc. Je me propose d'approfondir ce sujet par de nouvelles recherches et de les publier si elles me paraissent dignes d'intérêt.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

De l'emploi des serres-plates pour arrêter les petites hémorrhagies, et en particulier celles provenant des piqûres de sangsues,

Par M. Delioux.

Pour arrêter les hémorrhagies provenant des piqûres de sangsues, alors qu'elles prennent des proportions telles que ni les absorbants, ni les astringents et les caustiques n'ont pu suffire à y mettre un terme, M. Delioux a eu l'idée de faire confectionner un petit instrument compresseur, construit d'après le même principe que les serres-fines de M. Vidal (de Cassis). C'est une petite pince, en fil d'argent ou d'acier, à mors croisés, coudée à angle droit tout près du mors. Celui-ci est constitué par deux petits anneaux quadrilatères à angles arrondis ; à la face interne de ces anneaux est appliquée une plaque d'acier semi-lunaire, terminée à son bord droit et libre par une rangée de petites dents triangulaires, obliques en dedans et s'encastrant avec celles du côté opposé quand la pince est fermée. En appliquant des deux côtés d'un pli fait à la peau les mors de cet instrument, le ressort donne aux disques une force compressible assez considérable, en même temps que les dents *accrochent*, de façon à maintenir très-solidement l'instrument à son point d'application. Et même, dans les endroits où la peau a une certaine laxité, il n'est pas rigoureusement nécessaire d'y faire un pli préalable ; il suffit de présenter la pince ouverte perpendiculairement à la surface de la peau, et de l'abandonner ensuite à l'action du ressort; les bords dentés *ramassent* d'eux-mêmes la peau, font leur pli et s'y accrochent. Par comparaison avec l'ingénieux instrument de M. Vidal (de Cassis), l'auteur propose d'appeler celui-ci *serre-plate*.

M. Delioux assure avoir employé cet instrument avec un succès constant. Lorsque l'instrument est bien placé, de manière à intercepter un pli cutané dont la piqûre de sangsue occupe le sommet, l'arrêt du sang est instantané; on l'enlève au bout d'une, deux trois, quatre heures, quand on croit, en un mot, qu'il n'est plus utile, sauf à le réappliquer immédiatement, bien entendu, si le sang coule de nouveau.

M. Delioux n'a eu l'occasion, jusqu'ici, d'employer la serre-plate que dans des cas d'hémorrhagies par piqûres de sangsues ; mais il est permis d'espérer qu'elle pourrait être employée, avec le même avantage, contre les hémorrhagies capillaires traumatiques.

(*Gazette méd. de Paris.*)

Brûlure. — Collodion.

Nous fûmes appelé, le 3 août dernier, pour voir un petit garçon d'environ huit mois, gras, frais, bien portant, à qui sa bonne venait de laisser tomber sur le corps une tasse de lait presque bouillant. Ce liquide avait été répandu sur le thorax, l'abdomen et les cuisses.

Il y avait environ une heure de l'accident, lorque j'arrivai près de l'enfant. Ses cris étaient incessants et accusaient la plus vive douleur. Il ne pouvait tenir en place, et la roideur presque convulsive de ses membres, le tremblement de sa mâchoire, faisaient craindre un état encore plus grave.

Des phlyctènes existaient à la base de la poitrine, sur le bas-ventre, sur la verge, le scrotum, la fesse et la cuisse droite dans une grande étendue. En attendant qu'on apportât le mélange que j'avais demandé de 30 grammes de collodion et de 6 grammes d'huile de ricin, j'évacuai avec soin la sérosité des phlyctènes et des vésicules, par de petites piqûres avec une aiguille déliée, et j'appliquai des compresses froides sur les parties atteintes.

Vaine ressource : l'enfant continuait à crier et à s'agiter. Bientôt on apporte le collodion : je l'étends à l'instant même avec le bouchon du flacon à large ouverture qui le contenait, sur toutes les parties brûlées, et, bien que l'enfant ne cessât de crier, à mesure que j'appliquais le remède, il semblait de moment en moment redoubler ses cris. L'épiderme avait été enlevé de la plus large phlyctène auprès de l'ombilic, il en résulta une douleur plus atroce de l'application du remède. Je recouvris toutes les parties où était étendu le collodion, de coton en rame, qui y adhéra parfaitement bien, et la peau se trouvait ainsi à l'abri du contact de l'air et des corps étrangers.

Deux ou trois minutes s'étaient à peine écoulées, que l'enfant commençait à se consoler ; mais la douleur semblait revenir par accès.

L'étendue de ces brûlures, dont une partie atteignait le troisième degré, l'irritabilité de l'enfant, son embonpoint, et l'injection capillaire de sa peau, me faisaient craindre quelque accident. Je retournai le voir quatre heures après, et je fus agréablement surpris de le trouver gai et jouant sur les bras de sa bonne. Après deux ou trois jours, le coton se détacha des parties les moins atteintes, et le point de l'abdomen où je redoutais une longue suppuration, n'en donna pas du tout; seulement, là, le coton ne tomba que plusieurs jours après.

On ne peut se faire une idée de la promptitude et de l'excellent effet du collodion dans la brûlure. Nous ne saurions trop recommander ce moyen. Coste.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Election d'un membre dans la section de botanique à l'Académie des sciences.* — Le résultat de cette élection était parfaitement connu d'avance.

Au premier tour de scrutin, M. Moquin-Tandon a obtenu 36 suffrages ; M. Payer, 5 ; M. Duchartre, 6.

En conséquence, M. Moquin-Tendon a été élu membre de le section de botanique, sauf approbation de S. M. l'Empereur.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux, par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. — Tome 1er, contenant : *Introduction historique et Prolégomènes*, 1 vol. grand in-8 de xxiv-456 pages. Paris, chez Victor Masson. — Prix : 8 fr. L'ouvrage comprendra 5 tomes ; les tomes 2 à 5 seront publiés chacun en deux parties, lesquelles paraîtront d'année en année.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 23. 2e année. Jeudi 23 Février 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 22 Février 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a perdu lundi dernier et d'une manière tout à fait inattendue, son très-honorable président. Elle a pensé qu'elle devait à la mémoire de M. Nacquart de suspendre ses travaux, et elle a levé la séance immédiatement après le dépouillement de la Correspondance. Tout le monde applaudira au sentiment qui a inspiré l'Académie dans cette circonstance. M. Nacquart, quoique auteur de quelques articles d'une valeur ordinaire dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, et d'un *Traité* peu connu *de la nouvelle physiologie du cerveau*, M. Nacquart n'était point une des lumières de l'Académie; mais c'était assurément un des membres qui comprenait le mieux les questions de dignité et de convenance académiques, et qui soutenait avec le plus d'insistance son sentiment sur ces questions; c'était de plus un des hommes les plus dévoués au Corps qu'il a été appelé à présider, qu'il contribuait par sa tenue et la distinction de ses manières à faire honorer le plus qu'il lui était possible. A tous ces titres, la mort de M. Nacquart est une véritable perte pour l'Académie; mais sa parfaite honorabilité, son extrême bonté, l'agrément de son commerce, rendront cette perte encore bien plus sensible pour ses amis. M. Nacquart, malgré son âge avancé, jouissait d'une santé en apparence très-robuste, et rien ne pouvait faire prévoir une fin aussi prochaine. Il est mort d'une pneumonie, à l'âge de 74 ans. H. de C.

Séance de l'Académie des sciences du 13 Février.

Cette fois, ce n'est pas le Sénat romain, c'est l'Académie des sciences qui a mis, non pas le turbot, mais le saumon à la sauce piquante. Dans la séance du 6 février, M. Coste, qui, ainsi que tout le monde le sait, s'occupe avec un zèle si persévérant du repeuplement de nos rivières, avait annoncé qu'il était parvenu à introduire dans les eaux de la France, le saumon du Danube, désigné sous le nom de *salmo hucho.* Le prince Charles Bonaparte fit observer « qu'il avait étudié pendant plusieurs années les poissons du Danube et qu'il ne savait pas ce que c'était que le *salmo hucho.* » A quoi M. Coste répond, dans la séance du 13, que ce n'est probablement ni sur les bords du Danube où tous les pêcheurs connaissent le *salmo hucho,* que M. Charles Bonaparte a étudié les poissons, ni dans les livres où le *salmo hucho* est partout désigné sous ce nom. Comme on le voit, il était difficile de mettre le poisson à une sauce plus piquante sans sortir des exigences académiques; mais la sauce a été bientôt notablement adoucie par le prince lui-même, qui a déclaré que son intention n'avait pas été de révoquer en doute l'existence du *salmo hucho,* mais seulement de savoir dans lequel des genres modernes M. Coste plaçait cet animal. M. Coste, satisfait d'avoir prouvé qu'il n'avait pas pris le nom d'un port pour un nom d'homme, et pensant probablement que la question de genre importait peu à la pisciculture, n'a pas cru devoir prolonger davantage une discussion qui a jeté une courte animation dans la calme enceinte de l'Académie.

M. Lussana, de Milan, a adressé une nouvelle et intéressante observation sur le traitement des tumeurs sanguines par les coagulants, observation qui, toutefois, aurait été plus intéressante encore, si l'auteur avait attendu une plus longue consolidation de la guérison et surtout s'il avait pris la peine d'établir avec plus de soin le diagnostic. Nous doutons fort, en effet, malgré le titre de l'observation, que la tumeur fût un anévrisme; il nous paraît beaucoup plus probable même que ce n'était qu'une tumeur érectile.

Quant à la préférence que M. Lussana a donnée à l'acétate sur le chlorure, d'après des expériences chimiques faites par M. Ruspini, cette préférence n'est en aucune façon motivée, car toutes les expériences que M. Ruspini dit avoir faites, M. Pravaz les avait faites bien avant lui et d'une manière plus complète, et elles avaient eu pour résultat de démontrer que l'acétate a des propriétés coagulantes très-notablement inférieures à celles du chlorure, bien loin qu'elles leur soient supérieures.

Le travail le plus intéressant pour nous, présenté dans cette séance, est celui de M. Personne. Quoique l'auteur n'ait encore fait aucune application thérapeutique des produits qu'il a isolés dans le lupulin, l'étude à laquelle il s'est livré n'en est pas moins fort curieuse, à ce point de vue surtout, que le laborieux chimiste a trouvé, en proportions très-notables, dans le houblon l'acide valérianique, et qu'il

a ainsi ajouté un fait de plus à ceux qui ont déjà prouvé que le même principe immédiat peut se rencontrer dans des végétaux différents.

Nous venons de dire que M. Personne n'a encore fait aucune application thérapeutique de ses recherches ; mais nous devons profiter de cette occasion pour informer nos lecteurs des expériences qui ont été faites récemment avec le lupulin. D'après quelques-unes de ces expériences, il semblerait résulter que ce produit déterminerait des effets très-prononcés à la dose de 20, de 40 ou de 80 centigrammes. Or, d'après les observations qui sont à notre connaissance, notamment d'après celles qui ont été faites par M. Ricord, à l'hôpital du Midi, il est démontré qu'on peut donner plus de 10 grammes de lupulin à un individu sans déterminer aucun effet sensible. C'est donc d'après ces dernières données que les praticiens devront se guider s'ils veulent expérimenter un produit qui nous paraît d'ailleurs appelé à jouer un faible rôle en thérapeutique, au moins administré en nature, tel que le houblon le fournit naturellement. H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18 et 22 du tome 2.*)

QUATRIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance nous nous sommes occupé d'une dernière prédisposition aux hernies, de la prédominance des hernies du côté droit sur celles du côté gauche, nous avons étudié les causes déterminantes, le développement de la hernie inguinale, et nous sommes arrivé à ces conclusions :

1° Il y a des hernies qui apparaissent des deux côtés à la fois, sans prédisposition appréciable ;

2° Les hernies droites sont aux hernies gauches comme 2 est à 1 ; il y a plus de hernies droites chez les droitiers, et de hernies gauches chez les gauchers ; cependant, chez les uns et chez les autres, on compte encore environ 1/3 de la somme totale pour le côté le plus faible ;

3° Chez les nouveau-nés, la prédisposition tient à la non oblitération du canal inguinal ;

4° Aux deux autres périodes de la vie, la prédominance d'un côté semble tenir aux plus grands efforts de l'un ou de l'autre côté ;

5° Les causes déterminantes diffèrent beaucoup pour les hernies simples ou primitives et pour les hernies secondaires. Des hernies primitives, environ 1/6 arrive sans cause connue ; on les nomme *hernies spontanées ;* pour les hernies secondaires, ce sont des efforts, cris, toux, etc., chez les enfants nouveau-nés ou très-jeunes ; et pour tout le reste de la vie, des efforts différents, soit pour soulever ou porter des fardeaux, des coups, des chutes, des efforts de vomissement, de défécation, de miction, etc.... ; mais ici la proportion des hernies spontanées est de 2 contre 1. Les hernies secondaires se montrent principalement dans les six premières années qui suivent l'apparition de la hernie primitive, sans que, ce laps de temps écoulé, le malade soit pour cela à l'abri d'une hernie secondaire.

Il est bien entendu, messieurs, que ces lois n'ont d'effet pour les hernies secondaires qu'autant que la hernie primitive est mal contenue ou ne l'est pas du tout, et je suis porté à croire qu'une hernie primitive bien contenue met presque sûrement à l'abri d'une hernie secondaire.

Pour ce qui est du développement, nous avons vu qu'il y a des hernies à canal ouvert et des hernies à canal fermé ; ensuite, nous avons vu deux classes, le testicule étant descendu, hernies vaginales testiculaires ou funiculaires, et deux classes, le testicule n'étant pas descendu, suivant que la hernie repose sur le testicule ou s'est fait jour au-dessous de lui ; lorsque le testicule est encore dans le ventre, la hernie se produit très-lentement, le doigt de gant péritonéal ou le canal inguinal ne se formant qu'à la longue sous l'influence des efforts que fait le malade, efforts qui retentissent sur le péritoine et le testicule lui-même.

Voyons maintenant quelles sont les conséquences d'une hernie non contenue. Elle agit sur l'économie tout entière. Une hernie qui descend dans la tunique vaginale et qui n'est pas maintenue, atrophie le testicule ; j'ai mis le premier ce point en lumière, car dans son travail sur l'atrophie du testicule, travail remarquable d'ailleurs, M. Follin a oublié cette cause : le testicule s'atrophie donc, et s'il existe une hernie des deux côtés, les deux testicules s'atrophient. J'ai vu un jeune homme de 26 ans, porteur d'une hernie qu'il n'avait jamais maintenue ; messieurs, le testicule de ce côté n'avait plus que le volume d'un haricot : ici l'influence n'allait pas plus loin ; l'autre testicule fonctionnait bien, l'économie n'en souffrait pas ; mais chez un homme de 40 ans, affecté d'une hernie des deux côtés, les testicules n'offraient le volume que d'un très-petit haricot ; cet homme, d'une haute taille, avait un embonpoint considérable, tous ses tissus étaient doublés de graisse, la voix était grêle, la barbe nulle ; il était réduit à l'état de castrat par l'effet de ses deux hernies : mais des faits de ce genre sont rares. Il y avait ici quelque chose de remarquable : les hernies, bien que remplissant le scrotum, l'avaient laissé ce qu'il est chez l'enfant ; il avait, en effet, la forme d'une demi-sphère renversée, comme chez l'enfant, au lieu de la forme en poire renversée, séparée en deux moitiés latérales par un raphé médian, qu'il a chez l'adulte.

Mais, messieurs, il y a une influence bien autrement fâcheuse, lorsque le testicule se présente à l'anneau en même temps que la hernie : abandonnée à elle-même, cette hernie atrophie nécessairement, indubitablement, le testicule. Que faut-il faire dans ce cas? Jamais, avant moi, on n'avait attaqué directement cette question : un malade se présente avec une tumeur un peu au delà de l'anneau ; on sent qu'il y a là de l'intestin, quelquefois de l'épiploon (jamais chez les enfants), on fait rentrer l'un et l'autre, et l'on sent le testicule un peu plus haut que l'anneau ; c'est cette espèce de hernie dans laquelle la hernie et le testicule sont dans le même sac ; eh bien! messieurs, que fait-on? On applique un bandage ; et qu'en résulte-t-il, s'il vous plaît? On retient le testicule dans le ventre, et là, sous l'influence de la pression de la hernie, il s'atrophie, s'enflamme, et peut même dégénérer. Il s'ensuit donc ceci pour la pratique, que le danger, dans ce cas, vient moins de la hernie que de l'arrêt du testicule, et qu'il faut, sans s'occuper de la hernie, laisser descendre le testicule, la hernie dût-elle descendre avec lui. Aussi, contrairement aux autres chirurgiens, je conseille, en pareille circonstance, les exercices violents, équitation, courses, etc., et puisque ces jeunes gens ont une hernie en même temps qu'un arrêt du testicule, il faut profiter de la pression même que les viscères exercent sur le testicule pour le faire descendre, et ne pas s'effrayer des chances d'étranglement qui sont très-rares, quoi qu'on en ait dit.

Il reste un autre cas, c'est celui où le testicule n'est pas complétement descendu dans le scrotum, et la hernie est funiculaire ; le testicule est enveloppé dans la tunique vaginale fermée, et la hernie touche le testicule en haut ; quelquefois, en pressant sur le testicule, on peut le faire descendre ; si alors il est assez loin de la hernie pour qu'on puisse appliquer un bandage sur l'intestin que l'on a fait rentrer, il faut l'appliquer ; mais si l'on applique une pelote pour contenir la hernie, le testicule étant trop près de l'anneau, le moindre effort retentissant sur le crémaster, celui-ci repousse le testicule sur la pelote et le testicule s'enflamme ; il faut, dans ce cas, enlever immédiatement la pelote et veiller d'abord à la sûreté du testicule ; on s'efforcera, par tous les moyens possibles, de le faire descendre, et lorsque

sa descente sera complète, alors seulement on songera à appliquer un bandage.

Mais le diagnostic de ces hernies à canal ouvert est-il facile? Lorsque le testicule est descendu, on reconnaît facilement la hernie chez un enfant ou un jeune homme à ce qu'elle est arrivée du premier coup jusqu'au fond du scrotum : le même signe sert aussi pour la hernie vaginale funiculaire. Lorsque le testicule est à l'anneau, le diagnostic est évident; mais chez un vieillard, par exemple, si le malade n'a pas noté précisément le moment où s'est produite la hernie, on pourrait la confondre avec une nouvelle hernie qui se serait faite dans le sac d'une ancienne hernie dont le collet ne se serait pas oblitéré; on n'aura, dans ce cas, pour se guider, que les signes commémoratifs.

Mais, chez l'adulte ou le vieillard, une hernie accidentelle ou à canal fermé, ne peut pas se produire ainsi brusquement et s'étrangler au moment même de sa formation, et je déclare que tous les faits de ce genre qui ont été cités, sont faux.

Nous allons examiner cette loi, contre laquelle je ne connais pas une seule exception, savoir : que, pour les hernies inguinales à canal fermé, il n'y en a pas une seule qui soit arrivée du premier coup au delà de l'anneau externe. Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle et les premières années du XIXe, tous les chirurgiens ont cru que la hernie se faisait par un anneau unique, et que sa production était défendue, garantie, seulement par le péritoine et le tissu cellulaire qui se trouve derrière l'anneau du grand oblique comme la pellicule d'un œuf : si donc vous étudiez la hernie inguinale dans les écrivains qui ont précédé cette époque, vous voyez que deux périodes du développement de la hernie leur sont inconnues. C'est Astley Cooper, le premier, qui démontra que la hernie inguinale sort, non pas par un anneau unique, mais par un canal à deux anneaux, l'un interne ou abdominal, et l'autre externe ou inguinal, et entre ces deux anneaux est le canal inguinal, ce doigt de gant formé par l'allongement du péritoine dont le testicule s'est enveloppé à sa descente dans les bourses. Quand la hernie commence à se faire, elle enfonce d'abord le péritoine dans l'anneau interne ou abdominal ; dès ce moment, messieurs, il y a une hernie, c'est ce que j'ai appelé la *pointe de hernie,* qui avait échappé aux autres chirurgiens. C'est là le premier degré ; la hernie a déprimé le péritoine et écrasé le tissu cellulaire qui unit le cordon et sa gaîne au canal inguinal, elle a franchi l'anneau abdominal, elle entre dans le canal.

Si la hernie est poussée un peu plus, elle arrive dans le canal ; vous avez alors une hernie qui remplit le canal inguinal et que l'on peut sentir à travers l'anneau externe ; on les a appelées *hernies interpariétales,* d'autres, *hernies interstitielles ;* je leur ai conservé ce dernier nom.

Cette hernie est-elle fréquente? Oui, certes, messieurs, puisque toutes les hernies inguinales régulières passent par ce degré ; mais, en 1834, peu de chirurgiens encore la connaissaient, puisque M. Goyrand, en ayant trouvé une étranglée dans le canal, est le premier qui en ait parlé à cette époque. C'est lui qui leur a donné ce nom de *hernies interstitielles.* Ces hernies s'étranglent aussi, mais alors il n'y a pas de taxis à faire : nous reviendrons, du reste, sur ce point, à propos de l'étranglement. C'est donc là la seconde période obligée de la hernie inguinale.

Une fois qu'elle a franchi le canal inguinal , la hernie fait saillie à l'aine, c'est ce que les auteurs avaient nommé *bubonocèle,* et je garde ce nom pour la troisième période de la hernie inguinale : ici la hernie fait saillie au-dehors de l'anneau externe au-dessus du scrotum. Si elle descend plus bas, elle envahit le scrotum qu'elle peut plus ou moins remplir et distendre ; c'est alors ce que l'on appelait autrefois *oschéocèle,* c'est le quatrième degré.

Quand on étudie sur le vivant la marche de ces hernies lentes spontanées, on trouve donc un grand nombre de pointes de hernies : oui, messieurs, car sur un millier de vieillards que j'ai observés à Bicêtre, j'ai trouvé 100 et quelques pointes ; mais les anciens chirurgiens ne pouvaient pas la connaître, car la pointe de hernies, je le répète, ne s'étrangle jamais, et les malades ne vont pas non plus pour cela consulter le bandagiste : mais la connaissance de ce fait est très-importante, car sur une pointe de hernie, il faut appliquer un bandage pour empêcher le développement de la hernie, et une fois la hernie contenue et bien contenue, il n'y a plus de danger, il y a au contraire beaucoup de chances de guérison. Mais pour les hernies de vive force, celles où l'intestin descend d'un seul coup jusqu'au fond des bourses, comment les choses se passent-elles? J'ai examiné soigneusement sur ce point tous les malades qu'il m'a été possible : l'un vous dit : Tel jour, à telle heure, en soulevant un poids, j'ai senti un craquement; quelquefois cela se borne là, le malade surpris regarde son ventre, il ne voit rien et se remet à travailler. D'autres sentent non pas un craquement, mais une douleur, la douleur se passe et le malade travaille. D'autres ont à la fois le craquement et la douleur, mais bientôt ils peuvent reprendre leur travail ; mais il y en a aussi qui gardent longtemps cette douleur, et qui sont obligés de rester couchés pour la faire cesser ; j'en ai vu un, enfin, dont la douleur ne s'est passée qu'après trois semaines de séjour au lit. Voilà ce qui s'est passé au moment même de l'effort, mais je ne sache pas qu'une hernie se soit présentée à l'orifice externe du canal inguinal avant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et même souvent, pour que la hernie sorte, il faut un nouveau craquement, un nouvel effort. Cependant, chez quelques sujets, la barrière a été franchie du premier coup et il ne reste plus que le tissu cellulaire qui double le péritoine à érailler, pour que la hernie sorte, alors elle se fait rapidement.

L'anatomie rend parfaitement compte de la lenteur de ce travail de production de la hernie : comment, s'il n'y avait pas un travail préliminaire, une hernie pourrait-elle d'un seul coup dilater un canal qui n'existait pas avant, détacher les adhérences du cordon spermatique au fascia transversalis, etc.? Non, messieurs, lorsqu'il se produit une hernie à canal fermé, elle ne peut pas se produire brusquement, et il ne peut pas y avoir d'étranglement ; cela ne peut arriver que pour une hernie accidentelle se faisant dans un ancien sac herniaire à goulot étroit ; lors donc que vous verrez un fait semblable rapporté, soyez sûr que c'est une hernie dans la tunique vaginale ou dans un ancien sac. Il faut donc du temps à une hernie pour allonger le péritoine, érailler le tissu cellulaire, dilater l'anneau abdominal et le canal inguinal, détacher les adhérences du cordon spermatique, dilater l'anneau externe et descendre dans les bourses. La hernie inguinale passe donc par quatre degrés : la pointe, la hernie interstitielle, le bubonocèle et l'oschéocèle ou hernie scrotale. Enfin, une fois arrivée dans le scrotum, la hernie peut prendre des dimensions immenses ; j'en ai vu qui descendaient jusqu'au genou.

Toutes les fois que les malades se rappelaient bien comment les choses s'étaient passées, je n'en ai pas vu un seul, messieurs, dont la hernie soit arrivée du premier coup au dehors, pas même à l'anneau externe. Mais j'ai vu des malades qui, venant me consulter pour une hernie datant de la veille, me disaient : « Monsieur, ma hernie était aussi grosse hier qu'aujourd'hui. » Eh bien ! messieurs, par un interrogatoire scrupuleux et circonstancié, j'ai appris que, au moment où ils avaient senti la douleur, ils n'avaient pas encore de hernie ; plus tard, ils n'avaient qu'une pointe ; et plus tard encore, la hernie s'était montrée à l'extérieur.

Lorsqu'une hernie se présente ainsi, suivant la filière, recherchons par quels signes généraux elle se traduit à l'extérieur, nous verrons ensuite l'influence que la hernie exerce : 1° sur les parties voisines ; 2° sur les organes digestifs et la digestion ; 3° sur les autres fonctions de l'économie ; 4° sur la hernie elle-même, ce qu'il advient du sac, des viscères, etc.

Lorsqu'un malade viendra vous consulter avec une grosse hernie qui n'aura pas été bien maintenue, soyez sûrs, messieurs, qu'il y a une pointe de l'autre côté. Pour s'assurer s'il n'y a pas une hernie commençante, la plupart des chirurgiens et des bandagistes font tousser le malade, pendant qu'ils appliquent le doigt contre la région inguinale. C'est un mauvais pro-

cédé, jamais on ne sentira ainsi avec le doigt une pointe, si elle n'est très-volumineuse; on ne peut, par ce moyen, reconnaître aucun des deux premiers degrés de la hernie.

Est-ce donc une preuve de hernie si l'on sent quelque chose qui vient heurter le doigt lorsque le malade tousse? Mais non; appliquez le doigt sur un point quelconque de votre abdomen, et toussez, le doigt sera repoussé. Il ne faut donc pas se servir du doigt pour reconnaître la pointe; il faut, en plein jour, examiner le malade de profil pendant qu'il tousse; si alors on voit que, dans un point unique de l'abdomen, à 1 pouce en arrière et en haut de l'anneau externe, il se produit une petite saillie anormale, il y a une pointe de hernie. Mais, quand la hernie est entrée dans le canal, peut-on la sentir avec le doigt? Quelquefois on sent sous le doigt quelque chose qui glisse; c'est l'intestin que l'on peut faire rentrer, et même quelquefois avec la sensation de *glou-glou*. Il n'y a plus alors de doute; il y a une hernie; mais il ne faut pas s'en tenir à l'examen avec le doigt; on aurait tort: il y a, au niveau du canal inguinal, une saillie ovoïde, saillie dont on peut, à l'avance, déterminer le siége et la forme, sans la voir et avant de faire tousser le malade.

Voilà pour le diagnostic de la hernie interstitielle.

Pour le bubonocèle, ordinairement simple et sans complications, le diagnostic est très-facile: on applique le doigt sur cette saillie, elle rentre par l'anneau externe, passe dans le canal et rentre complétement dans le ventre; il n'y a donc pas de difficulté pour le diagnostic.

Je dirai ici quelque chose par avance: la hernie n'arrive pas toujours à sa quatrième période; chez certains sujets, elle reste dans le canal et s'y accroît; on dirait que l'anneau externe n'est pas assez large pour lui livrer passage, et tous les efforts du malade n'arrivent qu'à lui faire décoller de côté et d'autre les parois abdominales; elle peut même ainsi acquérir le volume du poing sans sortir du canal. J'ai vu un exemple de ce fait chez un sacristain de Saint-Sulpice, qui portait deux hernies inguinales grosses comme le poing; elles n'avaient pas franchi l'anneau externe.

Il y a aussi des hernies qui, une fois sorties par l'anneau externe, ne veulent pas descendre dans le scrotum; elles se développent considérablement, mais elles ne descendent pas dans les bourses; cela tient à ce que l'enveloppe du cordon ne veut pas se laisser dilater; il y en a d'autres, enfin, qui, en sept ou huit jours, descendent jusqu'au fond du scrotum: il y a donc des différences dont il faut tenir compte pour le diagnostic.

Il s'agit maintenant de savoir quels sont les effets de la hernie sur les parties voisines: la hernie, pour passer, est obligée de dilater le canal inguinal, elle déchire le tissu cellulaire qui unit le cordon aux parois de ce canal; le cordon est venu en arrière du péritoine, et la hernie, au contraire, est en avant; la hernie doit donc se trouver à la face antérieure du cordon: tel est l'ordre régulier des choses; aussi vous dit-on que, dans l'opération de la hernie étranglée, après avoir coupé toutes les enveloppes extérieures, vous ouvrez le sac herniaire. Mais les chirurgiens ont vu que, dans certains cas, on peut rencontrer sous le bistouri les veines et les artères du cordon et même le conduit déférent; la hernie se trouve alors au milieu des éléments du cordon: cela tient au séjour prolongé de la hernie dans le canal inguinal; elle repousse à droite et à gauche tout ce qui lui fait obstacle, jette ainsi d'un côté ou d'un autre les vaisseaux spermatiques, et peut alors se trouver non plus en avant, mais à peu près au centre du cordon: telle est, messieurs, la théorie de la dissociation du cordon.

A part ce fait qui est très-rare, quelle est l'influence de la hernie sur le cordon? Lorsque la hernie a fait un long séjour dans le scrotum, le cordon est souvent engorgé par une sorte de lymphe, par du tissu fibro-plastique qui ne dégénère pas, et cela peut même être un obstacle au chirurgien. Quelquefois on trouve un varicocèle, qui peut acquérir même le volume du poing, lorsque l'on comprime la hernie: il peut y avoir une induration chronique du tissu cellulaire du cordon; mais, le plus souvent, c'est du tissu adipeux qui s'y dépose. Pour les hernies de l'enfance et de l'âge adulte, j'ai vu rarement le testicule atrophié mais il est souvent engorgé, ainsi que l'épididyme. Il n'est pas rare, surtout pour les vieillards, de voir un hydrocèle survenir sous l'influence de la hernie; est-ce l'effet de la compression des veines du cordon (vous savez que M. Bouillaud attribue le plus ordinairement les hydropisies à la compression veineuse), ou bien est-il dû au gonflement du testicule? Je ne sais; mais j'ai rencontré plus de quinze fois une hernie accompagnée d'hydrocèle; la hernie avait toujours précédé l'hydrocèle, et cependant, il peut se faire que quelquefois la hernie soit appelée par une hydrocèle volumineuse.

Quant au scrotum, il s'épaissit, devient dur, se charge de graisse; la rainure, qui séparait à l'extérieur la hernie du testicule, disparaît et se remplit de graisse. Quelquefois, enfin, la peau du scrotum a été tellement distendue par suite du développement de la hernie, qu'elle ne prête plus, alors la hernie emprunte la peau de l'abdomen et des cuisses; cela est très-facile à reconnaître, car la peau des cuisses ou de l'abdomen ne présente pas de saillies transversales comme celles que forme le crémaster sur le scrotum, elle est plus lisse, plus douce et moins brune, etc.

Nous verrons, dans la prochaine Leçon, les autres influences qu'exerce une hernie non contenue, soit sur les anneaux, sur le sac, sur la digestion, etc.

A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôtel-Dieu. — M. Horteloup.

Epanchement thoracique considérable. — Asphyxie imminente. — Thoracentèse. — Guérison complète.

On a déjà beaucoup écrit sur la ponction de la poitrine, et les indications et contre-indications de cette opération étaient encore, il y a fort peu de temps, à l'ordre du jour dans les journaux scientifiques et les sociétés médicales. Nous n'aurons donc presque rien à ajouter à tout ce qui a été dit déjà; nous voulons surtout enregistrer l'observation suivante, comme étant un des cas où cette opération était le mieux indiquée, et comme ayant été suivie du succès le plus complet.

Le nommé Piot (Louis), âgé de 36 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Louis), le 5 janvier dernier.

Cet homme est assez bien musclé et paraît robuste; seulement, l'état de souffrance dans lequel il se trouve lui donne un air de faiblesse qui n'est pas en rapport avec sa conformation physique. Il n'a pas d'antécédents tuberculeux; ses parents ne le sont pas et vivent encore. Il n'a jamais craché de sang; n'a jamais présenté, enfin, aucun des symptômes qui caractérisent les affections tuberculeuses; il n'y a que depuis dix mois qu'il rend quelques crachats visqueux et blancs, lesquels sont dus à un rhume qu'il contracta à cette époque, à la suite d'un refroidissement.

Trois semaines avant son entrée dans nos salles, il fut pris d'accidents de dyspnée assez sérieux. Ainsi, il lui survenait des étouffements et des palpitations à la moindre cause; toutefois, il assure n'avoir ressenti à cette époque ni fièvre ni point de côté; seulement, il avait noté que la gêne respiratoire siégeait surtout du côté droit.

Malgré cet état de souffrance, il voulut continuer son travail journalier; mais, au bout de quinze jours, la dyspnée devint si considérable que force lui fut bien d'y renoncer, et il se décida à venir à l'hôpital.

5 *janvier*. Voici dans quel état il fut trouvé: face pâle et abattue, exprimant une anxiété extrême; mains froides, un peu cyanosées; respiration saccadée, entrecoupée, quand le malade parle ou fait le moindre effort. Décubitus sur le côté droit; mais le malade se lève de temps en temps et s'assied dans son lit pour respirer plus facilement. La langue est nette, l'appétit diminue; le pouls est fréquent, mou; les battements du cœur sont un peu sourds et profonds: il y a 40 respirations par minute.

En examinant le thorax, on remarque que le côté droit est plus saillant que le gauche; cependant, sa mensuration n'indique qu'une différence d'un centimètre en faveur du côté droit. Quand on percute ce côté, on trouve une matité absolue, véritable *matitus femoris;* il n'y a qu'au niveau de la clavicule que cette matité n'existe pas. Si, ensuite, on applique l'oreille, on n'entend le bruit respiratoire nulle part, excepté au niveau de la clavicule, là où n'existe pas la matité absolue, et le long de la gouttière vertébrale où elle peut encore être perçue, mais très-profondément et avec beaucoup de peine. Quand on fait parler le malade, on entend une égophonie très-marquée et imitant fort bien le bruit du mirliton. Le foie est abaissé notablement; le côté gauche parfaitement sain.

(On diagnostique un épanchement remplissant la cavité pleurale droite, et on prescrit l'application d'un grand vésicatoire en arrière de la poitrine, une bouteille d'eau de Sedlitz et de la tisane de chiendent avec 2 grammes de sel de nitre.)

Le 10, pas d'amélioration notable; légère cyanose de la face et surtout des lèvres.

Le 17, depuis quatre à cinq jours, l'état général du malade s'aggrave; un second vésicatoire, qui avait été appliqué en avant de la poitrine, n'avait pas plus soulagé que le premier. La dyspnée est extrême. Le malade est constamment debout dans son lit, et prend toutes les attitudes possibles pour ne pas suffoquer. Les extrémités sont froides et violacées, la figure exprime l'abattement et l'effroi, le pouls est petit, fuyant, les respirations sont presque aussi nombreuses que les pulsations artérielles.

M. Horteloup, pensant que la thoracentèse serait bien indiquée, pria M. le professeur Trousseau de venir voir le malade. Il fut décidé que la ponction était urgente et devait être pratiquée le plus tôt possible. Elle le fut, le matin même, par l'interne de service. Le trocart fut plongé dans le sixième espace intercostal, à 5 centimètres en dehors du mamelon droit. Inutile de dire qu'on se servit du trocart à soupape de M. Reybard, tel que l'emploie toujours M. Trousseau. Il s'écoula un liquide citrin, un peu louche, épais, et dont la quantité fut trouvée être de 2 kil. 500 grammes, ou vingt palettes environ. Ce liquide ayant été jeté par mégarde, ne put être étudié. Aucune fausse membrane ne vint contrarier l'écoulement du liquide. On favorisa la sortie des dernières portions en comprimant le thorax de temps à autre. Il s'était à peine écoulé 2 litres de sérosité, que déjà on pouvait constater, en auscultant la poitrine au niveau de la fosse sous-épineuse droite, un commencement d'expansion pulmonaire, se manifestant par des râles disséminés. Le malade se disait soulagé, et déjà les signes de la cyanose et de la dyspnée avaient en grande partie disparu. Le pouls était redevenu calme.

Après la sortie de la totalité du liquide, on ferma la petite plaie avec un morceau de sparadrap et on appliqua un bandage de corps médiocrement serré. Tisane de digitale ($0^{gr},50$ par litre). une portion, deux potages.

Le 18, M. Trousseau qui, la veille, avait vu le malade presqu'à l'agonie, eut de la peine à le reconnaître le lendemain, tant il était changé. En effet, la face avait repris son aspect normal, les extrémités leur couleur et leur température, le malade avait bien dormi et ne fut réveillé deux fois, dans la nuit, que par le besoin d'uriner, provoqué par la digitale. Il n'y avait déjà plus que trente respirations par minute, et si le décubitus a lieu encore du côté droit, c'est par habitude, car le malade assure pouvoir se coucher sans gêne et sans douleur sur le côté gauche, et même sur le dos. On peut entendre la respiration jusqu'à la partie moyenne du poumon; le pouls s'est élevé un peu, la peau est fraîche, et le moribond d'hier éprouve un bien-être inexprimable.

Le 22, amélioration toujours croissante, plus de douleur ni de dyspnée, aucune tendance à la reproduction du liquide, puisque tous les jours le poumon comprimé gagne du terrain; les nuits sont très-bonnes, la faim est impérieuse, mais on ne la satisfait pas complétement, pour assurer l'absorption des produits morbides (continuer la digitale, une portion d'aliments solides).

Le 26, la respiration s'entend partout, excepté en arrière et en bas, où elle est encore très-faible; partout ailleurs, il n'y a qu'une matité relative, et une expansion pulmonaire augmentant de jour en jour.

2 *février*. Le malade a quitté l'hôpital; son état est parfait, la respiration s'étend maintenant dans toute l'étendue du poumon. Il n'y a que vingt-six respirations par minute, le seul phénomène morbide qui reste est une matité, par rapport au côté gauche; mais on sait que, dans des cas pareils, il faut des mois, et quelquefois même plus d'une année, pour qu'elle disparaisse complétement.

Remarques. — Les auteurs qui ont le mieux compris les indications de la paracentèse du thorax, ont surtout insisté sur l'espèce d'épanchement qui réclamait cette opération.

Ce sont, en général, des épanchements pleuraux, dans lesquels l'élément hydropique domine l'élément inflammatoire. Ce sont, en un mot, des pleurésies à suffusion séreuse considérable et à marche rapide. Serait-il juste de toujours appeler ces affections des pleurésies? Peut-être que non. Elles ont, du reste, reçu d'autres dénominations, telles que : hydrothorax aigu, pleurésie latente, etc., sans qu'il soit toujours facile, même aujourd'hui, de préciser leur cause intime. Le mot *hydrothorax aigu*, devenu à la mode depuis l'application plus générale de la thoracentèse, dépeint assez bien, par ses symptômes, l'espèce d'épanchement à laquelle la ponction est surtout applicable. Quant à la pleurésie latente des anciens, on sait qu'elle est devenue bien plus rare, aujourd'hui que nous avons à notre disposition des moyens physiques d'exploration que ne possédaient pas les anciens. On a cru longtemps que l'hydrothorax aigu, non symptomatique de lésions graves du cœur, ou des reins, ou survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu, était le plus souvent dû à la présence des tubercules disséminés dans les poumons ou dans la plèvre. Ce fait a du reste été nié, mais il est une observation clinique que chacun a dû faire, c'est que la grande majorité des tuberculeux, loin de présenter des dispositions à l'hydropisie de poitrine, n'ont en général que des pleurésies circonscrites, adhésives et disséminées.

Restent donc les épanchements qui surviennent dans le cours d'affections organiques graves, et elles ne réclament que bien exceptionnellement la thoracentèse. On voit donc qu'on peut résumer en deux mots la nature des épanchements qui réclament la ponction : ce sont des épanchements inflammatoires ou non, mais dans lesquels l'hypersécrétion séreuse domine de beaucoup l'élément inflammatoire, et tend toujours à s'accroître. Faute d'avoir bien saisi cette indication, on a longtemps discuté sur la ponction thoracique, et à son détriment, parce qu'on n'en avait pas bien saisi l'application. C'est ainsi qu'on ne voulait voir en elle que la résurrection de cette malheureuse opération de l'empyème, pratiquée par les anciens, et toujours, comme on sait, comme moyen extrême et quand les malades étaient voués à la mort. Cette dissidence, qui animait les discussions, fut bien comprise par M. Pidoux, et dans un Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux (1850), il indiqua, avec la précision et la clarté qui caractérisent tous ses travaux, les cas qui réclament la thoracentèse, et ramena ainsi la discussion sur son véritable terrain.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, les symptômes ont bien été ceux de l'hydrothorax aigu; peut-être l'affection catarrhale qu'il avait auparavant a-t-elle été pour quelque chose dans la production de celui-ci, quoiqu'il ait bien pu survenir sans elle. Il est facile de voir qu'il aurait été bien impossible de compter sur l'absorption du liquide par les moyens naturels et même thérapeutiques, et que sans l'évacuation de la plèvre, le malade succombait au bout de quelques heures.

On voit donc que cette thoracentèse, qui a tant effrayé et qui effraie encore tant de praticiens, est un moyen héroïque qui a rendu de grands services à l'humanité et qui en rend tous les jours. Vouloir la comparer encore à l'ancienne opération de l'empyème, serait aussi injuste que de comparer la trachéotomie telle qu'on la pratiquait autrefois, c'est-à-dire *in extremis*, avec la même opération, faite aujourd'hui avec discernement, bien à

propos, et qui a pour résultat d'arracher à la mort bon nombre d'enfants qui, autrefois, succombaient infailliblement, que l'opération ait été pratiquée ou non.

H. DAL PIAZ, *interne du service.*

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des ophthalmies par l'occlusion complète des yeux.

M. Bonnafont a voulu, à son tour, soumettre ce moyen à une expérimentation sérieuse, et les résultats qu'il a obtenus lui paraissent assez concluants et assez nombreux pour qu'il doive les faire connaître. Ce praticien cite une vingtaine d'individus atteints de conjonctivite aiguë ou chronique, de kératite même, à l'état d'ulcère, etc., qui ont cédé en très-peu de temps à ce mode de traitement. Pour fermer l'œil et le mettre complétement à l'abri du contact de la lumière, M. Bonnafont, après avoir employé le collodion, ainsi que le taffetas emplastique, s'est arrêté au sparadrap, comme étant d'une application plus simple et plus facile. Pour cela, il suffit d'appliquer les paupières l'une contre l'autre, et de poser dessus un morceau de sparadrap bien découpé, s'étendant des sourcils à la pommette; on le maintient en place à l'aide d'un peu de charpie qui remplit le creux orbitaire et d'une bande en chevestre simple, ou avec un bandeau noir. On laisse l'appareil cinq ou six jours; on lave l'œil et l'on renouvelle l'appareil en appliquant de la même manière jusqu'à guérison complète, qui ne se fait pas longtemps attendre, puisque M. Bonnafont assure que les ophthalmies les plus aiguës ont été guéries dans l'espace de douze jours.

(*Revue médicale.*)

Traitement des fissures et des abcès du mamelon.

Ce qui contrarie parfois l'allaitement, c'est l'existence des fissures du mamelon et les abcès qui en sont une des conséquences.

M. Guillot combat les premières à l'aide de lotions faites sur l'organe malade avec la liqueur suivante :

Pr. Bi-chlorure hydrargyrique. . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . 1 litre.

Quant aux abcès, il les ouvre aussitôt que la fluctuation est évidente, et il ne craint pas de donner à son incision une longueur de 7 à 8 centimètres, pour éviter la formation de foyers multiples.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Février 1854. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillons de remèdes secrets ;

2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Heulard d'Arcy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Clamecy ;

3° Échantillon d'une eau minérale provenant d'un puits artésien sis à Sotteville-lès-Rouen.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hernies.

M. le docteur Remy, de Châtillon-sur-Marne, adresse une observation de hernie étranglée non réductible, terminée par la guérison à la suite de la formation d'une escarre.

Candidature.

M. Maisonneuve se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Prix.

Envoi de plusieurs Mémoires pour divers prix de l'Académie.

Décès de M. Nacquart.

M. le vice-président annonce que l'Académie ayant eu la douleur de perdre hier son président, il demande si, dans cette circonstance, la Compagnie ne jugerait pas utile de suspendre ses travaux. Cette proposition est adoptée et la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Février 1854. — Présidence de M. COMBES.

Traitement coagulant des anévrismes.

M. Lussana adresse une Note intitulée : *Cure radicale d'un anévrisme, par injection d'acétate de sesqui-oxyde de fer*, et qui contient l'observation suivante ;

« Marie Gelmi, jeune fille âgée de 22 ans, avait depuis longues années une tumeur molle, flottante et homogène dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doutes sur la nature anévrismatique artérielle de la tumeur.

« Dans le courant de janvier de cette année, chez mon excellent ami et collègue le docteur Pierre Gelmi, et avec son concours, je pratiquai dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très-effilée, une ponction de 3 millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale. A peine l'incision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. J'introduisis aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue en verre remplie d'*acétate de peroxyde de fer* pur. Je poussai dans la tumeur de huit à dix gouttes de la solution hémostatique, et, après en avoir sorti l'appareil injecteur, je tins mon doigt sur l'incision pendant une minute à peu près. L'ayant alors retiré, on ne vit plus aucune goutte de sang s'échapper de l'ouverture ; la tumeur, de molle et fluctuante, était devenue solide et dure, et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection ; mais la douleur qui l'avait causé s'était aussitôt arrêtée... Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation. La jeune fille se porta constamment bien et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers. Au bout d'une semaine, l'enflure œdémateuse s'était effacée ; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle. Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang et rencontra la résistance très-sensible du caillot anévrismatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. »

Rétrécissement de l'urètre.

M. Maisonneuve présente une Note sur l'urétrotomie de dedans en dehors, à l'aide du lithotome de frère Côme, légèrement modifié dans sa longueur et dans sa courbure.

Electricité thérapeutique.

M. Boulu présente sur ce sujet un Mémoire sur lequel les *Comptes rendus* ne donnent aucun détail.

Histoire chimique et naturelle du lupulin.

M. Personne, préparateur de chimie à l'École de pharmacie de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, présente un Mémoire dont voici l'analyse complète :

Le houblon (*humulus lupulus*), plante dioïque de la famille des *Cannabinées*, fournit au commerce un produit très-important, que la thérapeutique, et surtout la fabrication de la bière consomment sous le nom commercial de houblon.

Ce produit commercial se présente sous la forme de petits cônes ou d'épis très-courts, formés par la réunion des fleurs femelles sur un axe réuni. Les fruits et les écailles qui constituent ces cônes sont recouverts, les fruits à leur surface, et les écailles à leur base, par une multitude de corpuscules jaunes, résineux et odorants, qu'on détache très-facilement en froissant les cônes mûrs et secs. Cette poudre jaune constitue le *lupulin*, et la partie la plus importante du houblon. C'est à elle seule, en effet, que l'on doit rapporter les propriétés, c'est-à-dire la saveur amère et aromatique de cette plante ; car si on dépouille les écailles et le fruit de cette poudre jaune, on les prive complétement de toute saveur.

L'importance de ce corps, qui a été aussi désigné sous le nom de *lupuline* ou *lupulite*, a été reconnue depuis longtemps. Dès 1821, le docteur Yves, de New-York, le soumit à l'analyse chimique; un an après, MM. Payen et Chevallier en firent une plus complète analyse; enfin, en 1827, M. Raspail démontra, dans un Mémoire sur l'*organisation de la lupuline*, l'analogie complète de ce corps avec le pollen, et le désigna sous le nom de *pollen des organes foliacés*.

Cette assimilation du lupulin au pollen, d'un côté, et de l'autre, la petite quantité de matière que les chimistes ont soumise à leur investigation ne leur ayant pas permis d'étudier les corps qu'ils en ont obtenus, j'ai pensé qu'il serait d'une certaine utilité de reprendre cette étude, dans le but de fixer d'abord nettement les idées sur l'organisation de ce corps; ensuite, d'éclairer la thérapeutique par l'étude de ses produits immédiats, et d'apporter, s'il est possible, quelques perfectionnements à la fabrication de la bière, dont l'importance est destinée à devenir considérable, si l'oïdium continue ses ravages dans nos vignobles.

Ce travail est divisé en deux parties : l'une traite de la *forme*, de la *structure*, de l'*accroissement* du *lupulin*; la seconde est consacrée à l'étude chimique des corps que j'ai pu en isoler.

Forme, structure et développement du lupulin. — Le *lupulin* obtenu des cônes pris à maturité se présente sous la forme d'une poudre jaune, dont la teinte varie du jaune verdâtre au jaune d'or ou au jaune orange foncé, suivant le temps écoulé depuis sa récolte. Les grains varient en grosseur de 20 à 30 centièmes de millimètre.

Ces grains, parvenus à leur complet développement, affectent la forme d'un gland muni de sa cupule. Mais en comparant le *lupulin* à un gland, je ne veux pas dire qu'il soit comme lui composé de deux parties solides, dont l'une emboîte la base de l'autre. Cette comparaison ne s'applique qu'à la forme extérieure, elle ne va pas plus loin; tout, du reste, est différent. En effet, la surface des deux parties du lupulin est parfaitement continue, seulement, la supérieure, à son insertion sur l'inférieure, s'infléchit un peu vers le centre, et c'est cette courbe légère qui rappelle la forme du gland, comme on peut le voir dans la planche qui accompagne ce Mémoire. Cette planche est due au talent bien connu de M. Trical, qui a bien voulu m'aider de ses lumières dans ces recherches microscopiques très-délicates.

Ces deux parties du lupulin présentent une structure apparente semblable; elles semblent toutes les deux composées de cellules irrégulières, qui paraissent cependant disposées avec une certaine régularité.

Mais comme je l'ai dit, cette structure n'est qu'apparente pour la moitié supérieure; car, si l'on parvient à faire une coupe longitudinale suivant l'axe du grain de lupulin, on reconnaît que la partie inférieure du grain, qui présente la forme de la copule du gland, est composée d'une seule couche de cellules assez grosses, tandis que la partie supérieure, qui est continue avec l'inférieure, n'est constituée que par une membrane très-mince, sillonnée d'empreintes d'utricules. C'est par la base de la cupule que le grain se trouve fixé sur les bractées, et ce sont les cellules qui la composent qui sécrètent les matériaux que renferme la cavité du grain.

En observant l'origine et le développement de cet organe, on est témoin d'un phénomène anatomique et physiologique des plus curieux. On voit que le lupulin commence comme un poil très-raccourci, ayant son extrémité globuleuse composée de quelques utricules; cette partie supérieure se renfle circulairement par la multiplication des utricules; son sommet paraît se déprimer par l'élévation graduelle des bords: elle se trouve enfin transformée en une petite coupe fort élégante, striée longitudinalement à l'intérieur et à l'extérieur, et tapissée intérieurement par la cuticule qui doit former la partie supérieure du grain. Le pédicille étant resté stationnaire pendant cet accroissement de la partie supérieure, la cupule paraît nulle. Alors commence la sécrétion du liquide, qui, s'épanchant entre la surface de la cupule et la cuticule qui la tapisse, soulève peu à peu cette cuticule et la refoule à l'extérieur comme un doigt de gant. C'est alors que le lupulin prend la forme du gland auquel je l'ai comparé, et qui est parvenu à son entier développement.

Je fais voir que les boyaux polliniques, que M. Raspail a cru observer, n'existent pas.

Je prouve que, la position que les graines de lupulin occupent dans la plante, l'époque de son entier développement, etc., sont autant de faits qui combattent l'opinion émise par ce physiologiste sur la nature du lupulin et sur les fonctions qu'il lui attribue.

Enfin, comme ce corps ne se développe complétement que sur les bractées ou écailles florales et sur l'ovaire, tandis que sur les feuilles de la tige il reste à l'état rudimentaire et se flétrit rapidement, je crois, comme l'ont déjà dit MM. Payen et Chevallier, que ce n'est qu'un organe destiné à protéger le fruit contre l'humidité au moyen de la matière résineuse que le grain sécrète, à la manière de certains bourgeons qui sont protégés par une matière résineuse spéciale.

Partie chimique. — Le lupulin fournit, par l'action de l'eau bouillante, deux groupes de corps; les uns, volatiles et s'obtenant par la distillation avec ce véhicule; les autres fixes, ou du moins non volatils, avec la vapeur aqueuse.

Les produits volatils sont : un acide et une huile essentielle.

L'acide s'obtient en saturant par du carbonate de soude l'eau distillée acide, évaporant à siccité, traitant le résidu par l'acide sulfurique ou phosphorique siropeux, et distillant le liquide huileux obtenu; après plusieurs rectifications, on recueille un acide, bouillant à $+175°$ en distillant sans altération vers cette température.

Cet acide est un liquide incolore, légèrement oléagineux, assez fluide, d'une odeur forte et persistante d'acide valérianique; sa saveur est acide et piquante; il produit une tache blanche sur la langue, comme les acides gras volatils. Il ne se solidifie pas par un froid de $-16°$, et reste parfaitement limpide; il brûle parfaitement avec une flamme fuligineuse. La densité à $+15° = 0,9403$. Il forme avec le baryte un sel difficilement cristallisable qui éprouve un mouvement giratoire quand on le projette en petits fragments à la surface de l'eau.

Sa composition a été trouvée de $C = 58,64$, $H = 9,91$, $O = 31,45$, ce qui donne la formule de l'acide valérianique hydraté $C^{10}H^{10}O^4$.

Les analyses des sels d'argent, de cuivre et de baryte conduisent toutes au même résultat. Ainsi le sel d'argent, obtenu par double décomposition, contient, en centièmes : $Ag = 51,81$, $C = 28,49$, $H = 4,381$.

Le sel de cuivre : $CuO = 29,599$, $C = 44,97$, $H = 6,86$.

Le sel de baryte : $BaO = 45,04$, $C = 35,24$, $H = 5,337$.

Cet acide est donc bien de l'acide *valérianique*.

L'huile volatile est plus légère que l'eau, quelquefois d'un très-beau vert, couleur qu'elle perd par la rectification; son odeur rappelle celle du houblon; elle n'a pas de réaction acide, mais, par son exposition au contact de l'air, elle s'acidifie en se résinifiant.

Le Lupulin en fournit des quantités qui varient entre 1 0/0 jusqu'à 0,61, c'est-à-dire de près de moitié.

Elle entre en ébullition vers $+140°$ et distille pendant quelque temps entre $+150°$ et $160°$; mais la température s'élève bientôt peu à peu et finit par dépasser $+300°$.

Il est impossible d'obtenir, par la rectification, des produits bouillants à une température fixe, de manière à pouvoir donner des résultats certains par leur analyse.

J'ai obtenu, par la rectification, deux liquides dont le point d'ébullition est très-éloigné, puisque le premier a été recueilli entre $+150 . 160°$ et l'autre vers $+300$; cependant, ces liquides donnent à l'analyse les mêmes nombres en centièmes. La quantité de charbon en centièmes n'a varié, dans un grand nombre d'analyses, que de 0,26 à 0,24; l'hydrogène et l'oxygène restant toujours dans le même rapport. L'analyse de ces corps conduit à la formule C^{22}, H^{18}, O^2.

Ces liquides dévient à droite la lumière polarisée; ils ne subissent aucun changement par une exposition à un froid de $-17°$.

L'acide sulfurique les dissout en les colorant en rouge; l'eau les sépare de la dissolution, et le liquide aqueux retient un acide formant un sel soluble avec la baryte. L'acide nitrique les transforme en acide valérianique et matière résineuse. La potasse en solution ne paraît pas les attaquer; mais si on les fait tomber goutte à goutte dans de la potasse fondante, on obtient un hydrogène carboné liquide, du carbonate et du valérianate de potasse avec le corps oxygéné.

Cette réaction de la potasse éclaire sur la véritable constitution de cette essence, et vient la ranger à côté de l'essence de valériane. L'hydrogène carboné obtenu, possède, en effet, la formule $C^{10}H^8$ qui, retranchée de la précédente, laisse $C^{12}H^{10}O^2$ qui est la formule du valérol de M. Gerhardt.

La grande quantité de matière résineuse que renferme le lupulin s'oppose à ce que l'on puisse isoler aussi facilement ce corps que dans l'essence de valériane.

La seule différence qui existerait entre l'essence de houblon et celle de valériane, c'est que l'hydrogène carboné de l'essence de houblon n'est pas le BORNÉINE de l'essence de valériane : il ne peut donner de camphre solide de Bornéo; il se rapproche au contraire du thymène.

La masse solide résineuse épuisée par l'eau retient encore une assez grande quantité du principe oxygéné. Si on la distille avec de l'hydrate de chaux à une température modérée, de manière à ce que la masse ne se charbonne pas, on obtient un liquide huileux d'une odeur pénétrante, duquel on peut séparer par la rectification un corps bouillant vers $+90°$, incolore, d'une odeur éthérée pénétrante, sans action sur les réactifs colorés, mais devenant promptement acide par son exposition au contact de l'air, d'une densité de 0,8009 à $+20$. La potasse le brunit et le résinifie; il réduit avec la plus grande facilité le nitrate d'argent; l'acide nitrique et l'acide chromique le transforment en acide valérianique. La formule de ce corps est $C^{10}H^{10}O^2$ qui est celle de l'aldéhyde valérianique obtenu par M. Chenal en distillant le valérianate de chaux.

Il me reste, pour terminer l'histoire chimique du lupulin, à décrire les produits non volatils. Les plus importants sont un acide organique et une matière amère soluble dans l'eau. Mais je n'ai pas encore été assez heu-

reux pour les isoler de manière à pouvoir les soumettre à une étude suffisante.

Je me bornerai aujourd'hui à constater :

Que le lupulin n'offre aucune analogie d'organisation et de fonction avec le pollen ;

Que c'est un organe vésiculaire spécial, une glande destinée à sécréter des matières huileuses et résineuses ;

Que parmi les produits de cette sécrétion, il existe de l'acide valérianique et une huile essentielle analogue, par sa composition, à l'essence de valériane ;

Et que l'existence de ces corps identiques dans deux plantes très-éloignées l'une de l'autre, par leur caractère botanique, sont un nouvel exemple à ajouter à ceux que possède la science.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de reproduire le discours plein d'appréciations justes, prononcé par M. le professeur Martins à l'inauguration du buste de De Candolle, nous nous bornons à publier les détails historiques que donne l'habile professeur sur le Jardin botanique de Montpellier :

En 1596, sur les instances de Richer de Belleval, Henri IV fondait le Jardin des plantes de Montpellier. Il est le plus ancien de France, et, en Europe, ceux de Padoue, Pise, Leyde et Leipzig n'ont été créés que quelques années avant lui. Au commencement du XVIIe siècle, les hommes les plus compétents, Olivier de Serres, le célèbre agronome, Guy de la Brosse, fondateur du Jardin des plantes de Paris, en parlent comme d'une merveille sans égale : il s'étendait alors jusqu'au sommet du Peyrou, mais s'arrêtait à l'allée qui longe le pied septentrional du monticule artificiel appelé la Montagne. C'est sur les deux versants de cette montagne que Richer de Belleval avait établi son Jardin. Les végétaux amis du soleil étaient au sud, ceux qui recherchent l'ombre se trouvaient au nord. Une école de plantes médicinales occupait l'emplacement de l'allée des maronniers qui longe la serre. Le lieu où je parle était une pépinière.

Le siége de Montpellier, en 1622, vint détruire le fruit de tant de travaux. Des bastions furent construits dans le Jardin même : l'école médicale fut seule préservée. « Mars, dit Richer de Belleval parlant dans le goût métaphorique de l'époque, Mars qui n'épargne rien, épargna les plantes médicinales qui guérissent les blessures reçues dans les combats. » Après le siége, Belleval réclama vainement les terrains qui s'élevaient vers le Peyrou ; ils se couvrirent de constructions et furent irrévocablement perdus pour le Jardin. Si ces terrains eussent été restitués à la Faculté de médecine, dont ils étaient la propriété, des allées ombragées descendraient sans interruption depuis la promenade du Peyrou jusqu'au fond du Jardin des plantes. Cependant Belleval ne fut pas découragé par cette perte; il se remit à l'œuvre, et, les secours du gouvernement étant lents à venir, il sacrifia une partie de sa fortune personnelle. Dans peu d'années, les traces du siége furent effacées. Sa tache accomplie, Richer de Belleval mourut en 1632. Malheureusement, aveuglé par l'esprit de famille, il désigna pour lui succéder son neveu, qui négligea complétement l'héritage scientifique de son oncle A son tour, ce neveu voulut avoir pour successeur un de ses parents, aussi peu botaniste que lui. Ce parent, Michel Chicoyneau, fut le fondateur d'une dynastie où la place de chancelier, jointe à celles de professeur d'anatomie, de botanique et d'intendant du Jardin, se transmit héréditairement pendant près d'un siècle, de 1693 à 1773. Ces professeurs privilégiés obtenaient la survivance de leurs chaires pour leurs fils encore au berceau : à 20 ans, on leur conférait le grade de docteur, et, à 21 ans, ils prenaient possession de leur chaire. C'est seulement pendant la minorité de ces héritiers présomptifs, qu'un homme de génie tel que Magnol, ou des botanistes éminents, tels que Sauvages et Cusson, prenaient pendant quelques années le gouvernement du Jardin, auquel ils rendaient temporairement l'éclat dont il avait brillé sous Richer de Belleval. Un penseur dont s'honore la Faculté de médecine, Barthez, fut le dernier qui réunit la dignité de chancelier à celle de directeur. Barthez était médecin, physiologiste, métaphysicien, mais nullement naturaliste. La révolution changea cet ordre de choses, et le botaniste Gouan succéda au philosophe Barthez. Malheureusement Gouan n'était plus jeune; il n'eut ni le temps, ni peut-être les moyens de réaliser les améliorations dont il comprenait l'urgence.

Son successeur est un homme dont la vie aventureuse, les voyages lointains et la fin prématurée ont laissé une profonde impression parmi ses contemporains : c'est Auguste Broussonnet ; à peine installé, toute son activité se tourne vers le Jardin ; il bâtit l'orangerie pour abriter les végétaux délicats pendant l'hiver, fait creuser ce canal pour recevoir les plantes aquatiques, enrichit le Jardin d'un grand nombre d'espèces nouvelles et en publie le catalogue. Une maladie cruelle, la perte de la mémoire des noms substantifs, l'arrête brusquement au bout de trois ans. De Candolle lui succède en 1808, et voici ce qu'il accomplit pendant les sept ans qu'il dirigea le Jardin. Il débarrasse ses abords d'une foule de baraques et de constructions inutiles, élève la terrasse demi-circulaire qui nous entoure, et y plante les acacias de Constantinople que vous y voyez. Il fait creuser le bassin de la porte d'entrée dont les eaux alimentent ceux de l'École botanique. Broussonnet avait bâti l'orangerie et une partie de la serre, De Candolle achève la serre et la met dans l'état où elle est aujourd'hui ; il replante l'école botanique où vous êtes, et la range suivant la méthode naturelle de Jussieu modifiée par lui. Chaque plante est accompagnée d'une étiquette indiquant son nom et sa patrie. En rangeant cette école, De Candolle préludait à la publication de sa Flore universelle. Avant de classer les plantes dans son livre, il les classa dans la nature, et cette école est un livre vivant dont il a doté la ville de Montpellier : aussi est-ce dans l'école même, en face de son ouvrage, que nous avons voulu inaugurer son buste comme il avait inauguré ceux de Cusson et de Broussonnet. Ce n'est pas tout : il attacha au Jardin un peintre habile, M. Node-Vérant, chargé de reproduire les plantes intéressantes qui fleurissaient dans les serres, dans les banquettes ou dans la campagne. Il établit notre conservatoire botanique. Sur ses instances, la ville de Montpellier acquiert, en 1809, un clos appartenant aux dames Itier, afin d'agrandir le Jardin des plantes : c'est la partie qui s'étend depuis la montagne jusqu'à l'Hôpital-Général. De Candolle en fait une école d'application, il y réunit une collection de vignes, une école forestière ; il voulait la compléter par un jardin fruitier, un carré de naturalisation et une réserve de plantes économiques et industrielles. Le temps lui a manqué, car il quitta Montpellier en 1816.

Pour faire tant de choses en si peu d'années, son activité et son savoir eussent été impuissants ; mais il fut soutenu par deux Ministres amis des sciences. L'un c'est Chaptal qui, professeur de chimie à la Faculté de médecine et devenu Ministre de l'intérieur, avait fourni à Broussonnet les moyens d'élever l'orangerie, à De Candolle ceux de bâtir les serres; l'autre c'est Cretet qui invita la ville de Montpellier à faire l'acquisition du jardin Itier. Grâces à ces habiles administrateurs, notre établissement a pu soutenir sa vieille réputation, et reprendre le rang qu'il occupait à son origine. C'est au premier Empire qu'il a dû une vie nouvelle; malgré les charges de la guerre, les Ministres de Napoléon Ier ont continué l'œuvre commencée par ceux de Henri IV. Ces traditions de l'Empire ne seront pas abandonnées, nous en avons la ferme confiance, et le Jardin de Montpellier ne restera pas inférieur aux autres jardins de l'Europe. Tous se sont agrandis, améliorés, embellis en profitant des perfectionnements apportés dans la construction des serres où l'on cultive les plantes de toutes les parties du globe. Le Jardin de Montpellier seul est resté stationnaire depuis 1816. Et pourtant que d'avantages ne réunit-il pas ? Placé sous le beau ciel du Languedoc, il est le seul Jardin botanique du littoral méditerranéen de la France, l'étape naturelle des plantes septentrionales qu'on tentera d'acclimater en Algérie, et des plantes africaines qui doivent tôt ou tard occuper une place dans l'agriculture française ; c'est à notre Jardin que s'adressent tous ceux de l'Europe, pour en obtenir les graines des plantes de la région des oliviers. Sous tous ces points de vue, il a des titres à la sollicitude d'un gouvernement éclairé. Déjà le Conseil municipal de la ville de Montpellier lui a donné des preuves d'intérêt ; mais son action est limitée. Joignez-vous donc à moi, messieurs, pour attirer sur cet établissement les regards de ceux qui peuvent assurer sa prospérité. Si mes vœux, qui sont aussi les vôtres, s'accomplissent bientôt, l'inauguration du buste de De Candolle sera le commencement d'une ère nouvelle; et toutes ses conceptions dans l'intérêt de la botanique, ou de ses applications à la médecine, à l'agriculture, à l'horticulture et à l'industrie, seront complétement réalisées.

— *Concours pour une place de pharmacien en chef dans les hôpitaux de Paris.* — Ce concours s'est ouvert le 20. Le jury est composé de MM. Buignet, Cap, Grassi, Lutz, Réveil, Gosselin et Bricheteau ; suppléants : MM. Robert, Vigla et Quévenne.

La question à traiter par écrit a été ainsi posée : *Théories sur la constitution chimique des sels ; Histoire naturelle des coléoptères ; préparations pharmaceutiques fournies par la cantharide.*

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'exploration de LA RÉTINE et des milieux de l'œil sur le vivant, au moyen d'un nouvel ophthalmoscope, par A. ANAGNOSTAKIS, docteur médecin de la Faculté d'Athènes. — 2 planches coloriées; in-8. — A Paris, chez LECLERC, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 24. 2e année. Samedi 25 Février 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 24 Février 1854.

De la ressemblance ou de la dissemblance, de l'importance et de la nouveauté de la folie à double forme et de la folie circulaire.

Les détails dans lesquels sont entrés les deux savants aliénistes, MM. Falret et Baillarger, dans la discussion à laquelle ils se sont livrés devant l'Académie, ne sont peut-être pas parvenus à dissiper toute obscurité touchant leurs prétentions respectives, la nouveauté et l'importance des faits qu'ils ont signalés à l'attention des médecins. C'est pour les aider dans cette tâche que nous nous sommes réservé de prendre une dernière fois la parole avec la ferme intention de ne pas oublier que si la première qualité de l'écrivain est d'être vrai, la seconde est d'être clair.

Trois questions nous paraissent résumer tous les points du débat soulevé par M. Baillarger :

1° *Les faits signalés par M. Falret et par lui sont-ils des faits du même ordre?*

2° *Ces faits sont-ils nouveaux?*

3° *Quelle en est l'importance?*

Première question. — La première question ne saurait être un instant douteuse pour quiconque est exempt de toutes préoccupations autres que celles d'un appréciateur rigoureux. M. Falret avait désigné sous le nom de folie *circulaire* celle dans laquelle « la manie et la mélancolie « se succèdent avec continuité et d'une manière presque « régulière ; » M. Baillarger appelle folie *à double forme*, celle qui est « caractérisée par l'existence régulière de deux « périodes : l'une d'excitation et l'autre de dépression. » On ne saurait trouver en pathologie des phénomènes d'une ressemblance plus parfaite.

Quant aux catégories qu'on pourrait établir parmi ces phénomènes, suivant la longueur absolue ou relative des deux périodes, suivant qu'elles se succèdent d'une manière continue ou suivant qu'une intermittence ou seulement une rémission s'interpose, soit entre la première et la seconde, soit, à la fois, entre la première et la seconde, puis entre la seconde et la première ; ce sont là des distinctions accessoires dont l'importance nous semble devoir être assez faible, et qui, dans tous les cas, ne pourrait être appréciée que lorsqu'on aura d'abord établi celle du fait essentiel, l'association persévérante, la succession régulière ou à peu près régulière, de deux états différents, l'excitation maniaque et la dépression mélancolique. La réponse à la première question n'exige pas de plus grands développements.

Seconde question. — La seconde question n'est pas plus difficile à juger que la première : Non, il n'y a rien de nouveau dans la mention des faits qui servent de base aux dénominations de folie à double forme et de folie circulaire ; il y a seulement de nouveau, d'abord les noms, et ensuite quelques points de vue sous lesquels on a envisagé ces faits.

Les faits n'ont rien de nouveau ; et la preuve, c'est qu'on a non-seulement cité les auteurs qui en parlent, mais encore reproduit les observations qui se trouvent dans quelques-uns de ces auteurs, dans Esquirol en particulier. A cet égard même, nous aurons un léger, mais double reproche à adresser à M. Baillarger : c'est d'avoir cité sans critique et, ainsi, presque accepté en quelque sorte sous sa responsabilité, une opinion absurde d'Esquirol, et puis de lui avoir, au contraire, emprunté les faits les moins concluants, pendant qu'il omettait le plus important de tous (1).

(1) Nous croyons devoir citer ici cette observation ; mais qu'on nous permette auparavant une courte remarque sur le caractère scientifique d'Esquirol. On connaît notre haute estime pour cet illustre aliéniste, et nous avons eu récemment l'occasion de la témoigner, à propos du ridicule déménagement qu'on a fait subir à son portrait dans l'enceinte académique, pour le remplacer, par qui..... ? par le portrait de Fouquier ?

Mais, il faut bien le dire, si l'on trouve souvent dans le livre d'Esquirol les indices d'un penseur profond, d'un esprit pénétrant, on n'y trouve pas moins fréquemment les marques d'un observateur léger, d'un écrivain peu méthodique, et même, il est fâcheux de le dire, un caractère évident d'ignorance extrême sur les parties de la médecine qui ne font pas l'objet spécial des études de l'auteur. La phrase suivante, citée trop laconiquement par M. Baillarger, n'est pas une des moindres preuves à l'appui de notre opinion :

« Il n'est pas rare de voir la manie alterner, et *d'une manière très-régulière*, « avec la *phthisie*, l'hypochondrie et la lypémanie. »

Quel est le médecin sachant les premiers éléments de la science, et qui oserait dire aujourd'hui que la phthisie peut *alterner* avec une autre maladie quelconque ! Il y a tout une étude à faire sur Esquirol, et des plus intéressantes, et il est étonnant qu'aucun critique sérieux et consciencieux ne l'ait encore entreprise. Mais

Non-seulement, les auteurs ont mentionné et admis la folie à double forme ou folie circulaire à deux chaînons, mais encore ils ont admis des formes *ternaires*, ou folie circulaire à trois chaînons, comme le prouvent les citations suivantes d'Esquirol :

La rémission, dans quelques cas, n'est que le passage d'une forme de délire à une autre forme ; ainsi, un aliéné passe trois mois dans la lypémanie, les trois mois suivants dans la manie ; enfin, quatre mois, plus ou moins, dans la démence, *et ainsi successivement*, tantôt d'une manière régulière, tantôt avec de grandes variations (Esq., t. 1, p. 78).

Nous venons de voir que les diverses formes de délire se remplacent, se succèdent. Nous devons ajouter qu'elles se compliquent pour former des *composés binaires, ternaires* (Ibid., t. 1, p. 80).

D'après ces citations, il serait difficile de voir quelque chose de nouveau dans la mention des faits signalés par MM. Falret et Baillarger. Il reste à déterminer ce qu'il y a de nouveau dans la manière dont ils les ont envisagés et dans l'importance qu'ils leur ont accordée.

Troisième question.— Sous ce rapport, les observations de M. Falret auront imprimé un progrès réel à la science, si, comme nous l'avons déjà dit dans un précédent article, une expérience ultérieure confirme les propositions de ce savant aliéniste. Il faut reconnaître, en effet, qu'Esquirol et ses prédécesseurs s'étaient contentés de mentionner les folies à double ou à triple forme, sans leur accorder d'importance spéciale, et en les considérant comme de simples nuances du type dominant, manie ou mélancolie. M. Falret a été plus loin ; il a fait observer :

1° Que la manie et la mélancolie de la folie circulaire ne sont pas la manie et la mélancolie ordinaires ;

2° Que la réunion des deux états, maniaque et lypémanique, est plus grave que chacun d'eux régnant exclusivement; que même la folie circulaire est toujours incurable;

3° Que cette forme d'aliénation mentale est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes;

Il est vrai que déjà, sous ce dernier rapport, M. Morel, qui dirige avec distinction le service médical de l'asile de Maréville, dit avoir observé le contraire, à la page 383 de son *Traité des maladies mentales*, où il décrit un peu vaguement la folie à double forme, sous la dénomination impropre de *folie périodique;*

4° Enfin, M. Falret a introduit dans le langage une dénomination nouvelle pour désigner la succession de symptômes laissée jusqu'ici sans nom spécial. Nous n'oserions pas affirmer que cette dénomination fût bien indispensable, et, dans tous les cas, peut-être aurait-il été possible d'en rencontrer une plus heureuse. Mais nous nous hâtons d'ajouter que ce qui importe le plus, en science comme en tout, étant de se bien entendre, nous n'attacherons pas une grande valeur au choix d'un mot, pourvu qu'on lui donne une signification bien déterminée.

Quant à M. Baillarger, il a également désigné par une dénomination nouvelle l'ensemble de phénomènes qu'il a décrits ; mais son intervention dans la question a surtout eu pour but d'élever à la hauteur d'un *genre* une forme morbide qu'il avait d'abord considérée comme une *variété* et qu'il désigne dans son Mémoire modifié, tantôt sous l'une, tantôt sous l'autre de ces dénominations (*voir Gazette hebdom.*, 10 février, p. 280, col. 1, ligne 22, et même numéro, p. 281, col. 1, ligne 6, et col. 2, lig. 8 et 17). Mais, ainsi que nous l'avons fait observer dans un précédent article, le disert académicien n'a ni donné les motifs de l'importance qu'il attribuait à la forme morbide qu'il a décrite, ni cherché à établir ce que pouvait être en pathologie générale ou en pathologie spéciale un genre, une espèce, une variété.

Or, notre très-distingué collègue sait aussi bien que nous qu'il n'en est pas des nœuds scientifiques comme des nœuds énigmatiques : on peut trancher ceux-ci ; mais il faut absolument dénouer ceux-là, si l'on veut sortir de la difficulté à la satisfaction des spectateurs.

En résumé, les efforts de M. Falret et aussi ceux de M. Baillarger, qui viennent corroborer les premiers, doivent prendre rang dans l'histoire de l'aliénation mentale ; ils auront pour résultat inévitable de provoquer les recherches des médecins spéciaux, sur la forme morbide que ces honorables académiciens ont signalée avec plus d'insistance qu'on ne l'avait fait encore, et ces recherches peuvent avoir des conséquences d'une grande utilité. Pour notre compte, nous accueillerons avec empressement les communications que tous les hommes spéciaux voudront bien nous adresser à ce sujet.

Nous pourrions indiquer ici les points sur lesquels devront porter les observations, pour conduire le plus promptement possible à des résultats précis; mais outre que nous nous en rapportons à la sagacité des aliénistes, nous ne pourrions que développer ce que nous avons déjà énoncé dans un précédent article. H. DE CASTELNAU.

---

arrivons à l'observation, beaucoup plus détaillée que celles qu'a citées M. Baillarger, de folie à double forme.

« Madame de S....., d'une forte constitution, a longtemps habité dans l'Inde ; mariée à 20 ans, elle accoucha à 21 ans ; six jours après l'accouchement, le feu prit à son lit : elle s'effraya, poussa un grand cri, le lait et les lochies se supprimèrent; un quart d'heure après, manie et fureur pendant trois mois, suivies de mélancolie pendant deux mois. On pratiqua, au début de la maladie, plusieurs saignées du pied ; des bains frais furent administrés. Elle était alors à l'Ile-de-France.

« *A l'âge de* 29 *ans*, madame de S... eut un *second accès*, provoqué par le chagrin que lui causa la prise de Batavia où son mari était en garnison. La manie furieuse éclata subitement, persista pendant deux mois, et fut suivie, comme dans l'accès précédent, de mélancolie ; la durée de l'accès fut de quatre mois.

« 35 *ans, nouvel accès*, causé par l'inquiétude d'une traversée pénible et par le désespoir de l'emprisonnement du mari de madame. L'accès a été moins violent et n'a duré que trois mois, y compris la période de mélancolie.

« 39 *ans, novembre* 1815, *quatrième accès*, provoqué par le déplacement du mari et par la mort d'une amie intime. L'accès éclata le 3 novembre, et la malade fut confiée à mes soins, le 4 ; la manie persista pendant deux mois et fut suivie de mélancolie. La période de mélancolie fut plus prolongée que dans les accès antérieurs.

« 40 *ans.*— Madame de S... part avec son mari pour le Sénégal, elle éprouve toutes les horreurs du naufrage de *la Méduse*, naufrage si malheureusement fameux ; elle ne perd point la raison ; l'année suivante, *cinquième accès*, en tout semblable aux précédents. Elle arrive en France avec de la tristesse, de l'accablement et des tiraillements d'estomac ; ces symptômes ne se dissipent qu'après quelques mois.

« 45 *ans, sixième accès.*— Tous les divers accès ont présenté le même caractère : invasion subite provoquée par quelque affection morale ; période maniaque de deux à trois mois, remplacée par la période mélancolique qui, d'abord, n'avait que deux à trois mois de durée et qui a persisté beaucoup plus longtemps dans les deux derniers accès. Pendant la période maniaque, madame de S... prend en aversion son mari et sa fille, qui sont les objets de sa plus tendre affection lorsqu'elle est en santé. Pendant la période mélancolique, il semble à la malade que sa tête est vide, elle se croit incapable de penser et d'agir ; pendant l'accès elle maigrit beaucoup, et dès que l'amaigrissement est extrême, la cessation de l'accès ne se fait pas attendre. »

Esquirol termine là brusquement son observation, comme la plupart de celles qu'il rapporte ; et tout ce qu'il est possible d'y constater, c'est que madame de S... a offert, au moins pendant une partie de sa vie, une folie à double forme, ou, pour parler le langage d'Esquirol, un exemple de *combinaison binaire* d'aliénation mentale.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Clinique de M. Nélaton.

Luxation de l'épaule. — Procédé très-simple de réduction.

Messieurs, on l'a dit depuis longtemps, aucun médicament n'est applicable toujours et exclusivement à tous les cas analogues; cela est vrai aussi des méthodes opératoires, et nous avons dans notre service un malade qui va vous prouver, je l'espère, qu'un procédé qui serait inapplicable dans beaucoup de cas, peut rendre, au contraire, de signalés services dans quelques autres.

Nous avons à réduire devant vous une luxation de l'épaule chez une jeune femme de 20 ans, qui a fait hier une chute sur le sol du haut d'une chaise, et a heurté le plancher avec sa main et son coude; l'épaule n'a point touché à terre. C'est là une chose bonne à noter, car on a fait beaucoup de raisonnements sur le mode de production des luxations de l'épaule. La malade est très-explicite; elle affirme n'être pas tombée sur l'épaule. Nous ne passerons pas en revue tous les signes de la luxation; nous en examinerons un certain nombre qui seront suffisants pour le diagnostic. D'ailleurs, l'embonpoint de la malade nous prive d'un certain nombre de signes. J'ai la conviction que les mesures prises sur son membre pour constater les rapports de l'apophyse coracoïde avec le bras donneraient des notions très-infidèles; j'ai donc cru devoir m'abstenir de la mensuration.

Voyons quels sont les signes francs de luxation : je signalerai d'abord une attitude particulière (la malade s'incline du côté où existe la luxation). Son membre ne tombe pas naturellement le long du corps; il est dans une légère abduction; si l'on cherche à rapprocher le coude de la base de la poitrine, la malade s'incline de façon que son corps aille pour ainsi dire au-devant du bras. On n'obtient pas un mouvement franc d'adduction du membre, et on ne peut faire ces tentatives sans que la malade éprouve quelques souffrances. En outre, vous avez pu constater une déformation extérieure, et apparente à première vue : il y a aplatissement du moignon de l'épaule, qui est à la vérité peu marqué, à cause de l'embonpoint de cette épaule, qui est comme matelassée par des couches graisseuses épaisses. Du reste, il y a persistance de quelques dépressions normales, ce qu'il est bon de constater : le creux sous-claviculaire n'est pas comblé.

Par le palper, il est très-facile de reconnaître la déformation et le changement de rapports des surfaces articulaires; si l'on relâche le deltoïde en portant le coude en dehors, on voit au-dessous et en dehors de l'acromion une dépression profonde; si l'on y enfonce les doigts, on pénètre sous la voûte acromio-claviculaire, et l'on s'approche de la cavité glénoïde. Ce sont là des signes qu'il faut constater. Vous savez qu'il y a des fractures du col huméral, en un point très-voisin de la tête de cet os, lesquelles peuvent simuler une luxation; dans ce cas, il y a, il est vrai, dépression du moignon de l'épaule, mais si l'on plonge les doigts dans cette dépression, on sent manifestement la tête humérale qui occupe sa place normale.

Ici, en même temps que l'on constate cette dépression sous-acromiale, on peut, sous l'aisselle, reconnaître la tête humérale; portez le bras très-légèrement dans l'abduction, vous agrandissez le creux axillaire, la main s'y engage et sent manifestement l'extrémité arrondie, lisse de l'humérus, et si l'on fait exécuter au membre un mouvement de rotation, on sent la tête humérale se mouvoir sous le doigt.

Tout cela est plus que suffisant pour nous permettre d'affirmer une luxation humérale. Je ne crains pas de le dire, c'est une luxation sous-coracoïdienne; dans les luxations intra-coracoïdiennes, la tête humérale est placée en dedans de l'apophyse, plus haut, dans l'espace coraco-claviculaire. Dans ces cas, la tête humérale peut être placée plus ou moins haut.

Ici, au contraire, la tête humérale est placée en bas, et déborde un peu en dedans. Pourtant, on peut facilement déterminer le point qui correspond au sommet de l'apophyse coracoïde.

Je n'entre pas dans l'exposé des autres symptômes; je vous ai dit pourquoi.

Quant à la luxation sous-glénoïdienne, elle a des signes plus tranchés. La tête est alors comme dégagée du creux de l'aisselle; à peine a-t-on mis la main à l'aisselle, qu'on sent toute la tête, que l'on prend pour ainsi dire dans la main. Il n'y a rien de semblable ici.

Il faudra procéder à la réduction, qui se fera sans grande difficulté; nous pourrons essayer la réduction par *simple pression*. C'est là une méthode d'une grande utilité. En effet, messieurs, il se présentera à vous des cas dans lesquels vous devrez savoir réduire une luxation semblable par simple pression. Si une fracture complique la luxation, les tractions sont impossibles; il faut, par une pression convenable, réduire cette luxation; ce qui est devenu plus facile, grâce au chloroforme. Pour ma part, il m'est arrivé, même sans l'aide du chloroforme, et seulement avec les doigts appliqués sous l'aisselle, de réduire de semblables luxations chez des hommes très-forts. J'essaierai ici une réduction par simple impulsion; si je ne réussis pas ainsi, j'aurai recours à la méthode ordinaire, qui consiste, comme vous le savez, dans l'extension, la contre-extension, et dans de légères tractions.

Fin de la clinique. — La malade étant assise sur une chaise, M. Nélaton a procédé à la réduction de la manière suivante : après avoir reconnu par le palper l'état des parties, il a imprimé au membre de légers mouvements d'adduction et d'abduction; puis, par une pression rapide et exercée, pour ainsi dire, par surprise sous l'aisselle, il a fait rentrer la tête humérale dans sa cavité. Cette opération n'a pas duré plus d'une minute, et s'est faite sans l'assistance d'aucun aide.

P. Lorain et E. Cadet-Gassicourt,
internes du service.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. P. Guersant.

Polypes du vagin chez une petite fille de treize mois.

L'observation qui va suivre nous a semblé intéressante à plus d'un titre : ce n'est pas chose commune, en effet, que les polypes du vagin, surtout à une époque de la vie où l'éveil physiologique des organes n'est pas encore venu constituer une prédisposition puissante aux lésions vitales de ces parties. De plus, cette tumeur a soulevé, au point de vue du diagnostic et du traitement, des questions du plus haut intérêt. La lecture de l'observation permettra d'en apprécier l'importance.

Mélia Grain, âgée de 13 mois, est amenée à la consultation de M. le docteur Guersant, le 10 janvier 1854, pour une tumeur qui siége à l'orifice vulvaire. Cette enfant, qui semble être d'une bonne constitution, a été nourrie avec du lait de vache; elle a été vaccinée, n'a jamais eu ni gourmes, ni ophthalmies, ni glandes au cou, ni fièvres éruptives, ni pneumonie. En un mot, elle n'avait jamais été malade, lorsqu'elle fut prise, vers le 1er novembre 1853 (les parents n'ont pas su nous donner la date précise), de vomissements; et c'est à cette occasion que les parents s'aperçurent de l'existence d'une tumeur siégeant à l'orifice vulvaire, qui prit, en huit jours, un rapide accroissement, puis resta stationnaire.

L'enfant fut alors confiée aux soins de M. le docteur Daudré (de Nesle), qui a bien voulu nous donner les renseignements qui suivent :

La tumeur dont il s'agit siégeait à l'orifice de la vulve; elle était globuleuse, de la grosseur d'une aveline, insérée par un pédicule unique, court, mais bien caractérisé sur la cloison urétro-vaginale, vers la demi-circonférence supérieure de la membrane hymen. Cette tumeur fut liée le 6 novembre 1853; elle tomba quelques jours après, et la surface de la plaie fut cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 18 décembre, M. le docteur Daudré fut appelé de nouveau : il y avait eu récidive : une tumeur peu élevée, à base très-large, non pédiculée, occupait l'entrée du vagin et une partie de l'orifice de l'urètre, paraissant insérée comme la première fois sur la cloison urétro-vaginale. Cette tumeur était hérissée d'une foule de petites végétations, d'une couleur rouge brunâtre, ressemblant à de petits grains de raisin, d'une consistance molle et saignant facilement. Assisté d'un de ses confrères, M. le docteur Daudré comprit cette tumeur dans deux anses de fil, et en obtint, comme la première fois, la mortification. La plaie fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure.

Cette seconde ligature avait été pratiquée le 21 décembre ; et, le 7 janvier, M. le docteur Daudré était rappelé auprès de l'enfant : la tumeur avait repullulé. M. Daudré donna alors aux parents le conseil d'amener l'enfant à Paris, et de la confier aux soins de M. le docteur Guersant.

Le père et la mère sont d'une bonne santé : un des médecins qui ont vu l'enfant avait émis l'hypothèse d'une affection syphilitique; les parents affirment qu'il n'y a à redouter aucun antécédent de cette nature. Ils n'ont pas non plus souvenir qu'il y ait eu dans leur famille aucune affection analogue à celle de leur petite fille : ils n'ont pas d'autre enfant.

L'enfant n'a jamais eu d'écoulement sanguin par la vulve : depuis quelque temps elle tache son linge ; elle urine très-difficilement et souffre en urinant. Les garde-robes sont pénibles aussi.

Depuis que la seconde ligature a été pratiquée, l'enfant a éprouvé certains troubles fonctionnels : elle a perdu l'appétit et beaucoup maigri ; elle a de temps en temps un peu de fièvre ; elle crie facilement. Elle a en ce moment de la diarrhée.

10 *janvier*. Quant aux symptômes locaux, voici quels ils sont : l'orifice vulvaire est occupé par deux tumeurs d'aspect différent, et qui, par cela même, nous avaient paru tout d'abord être de nature différente. La suite de l'observation prouvera qu'il n'en était rien ; que l'une d'elles, seulement, était arrivée à un degré plus avancé de développement. La première de ces tumeurs, antéro-supérieure, occupe le pourtour de l'orifice urétral qui est refoulé vers le côté gauche et aplati par elle, et sur lequel elle semble prendre des points d'implantation. Elle laisse cependant en haut libre accès dans le canal de l'urètre ; un cathéter pénètre sans difficulté dans la vessie. En bas, elle adhère à la seconde tumeur, de telle sorte qu'en essayant de pénétrer entre elles deux on est arrêté par une bride formant cul-de-sac. Cette première tumeur a la forme, à peu près, et le volume de l'extrémité du doigt médius ; elle est lisse, humide, rosée, et résiste à la pression du doigt. La seconde tumeur, qui occupe l'entrée du vagin est molle, fongueuse, rugueuse, découpée sur les bords, rétrécie à son extrémité libre, évasée à l'extrémité par laquelle elle se prolonge dans le vagin, tandis que, par son extrémité supérieure, elle se confond intimement avec la précédente, par l'inférieure; au contraire, elle est libre, de telle sorte qu'on peut plonger le petit doigt profondément dans le vagin qui semble dilaté. Cette seconde tumeur saigne facilement, et lorsqu'on pratique le toucher vaginal au-dessous d'elle, on donne issue à une certaine quantité de pus sanguinolent. On sent aussi, sur la paroi antérieure du vagin, une sorte de *corde* qui fait suite à cette tumeur et se prolonge plus loin que le doigt ne peut atteindre. Lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, la tumeur sort et paraît plus volumineuse du double ; mais elle n'est en aucune façon réductible.

Le 11, l'état général est bon ; pas de fièvre ; la diarrhée a cessé.

Le 13, l'enfant a crié pendant toute la nuit et a un peu toussé.

Le 16, M. Marjolin pratique le toucher vaginal avec le doigt indicateur (on n'avait pu toucher jusqu'alors qu'avec le petit doigt) ; il suit aussi la tumeur le long de la paroi antérieure du vagin, et sent dans un point très-élevé son pédicule. Il ramène à l'entrée de la vulve une plus grande partie de la tumeur, et ce qui apparaît alors lui semble formé par des granulations entées sur une tige commune. — Depuis quelques jours, l'aspect de la tumeur a changé ; elle augmente de volume et prend une coloration noirâtre qui peut faire prévoir sa mortification et peut-être son élimination spontanée.

Le 18, des escarres très-superficielles apparaissent à la périphérie des tumeurs, dont le volume continue à augmenter. Le clitoris s'infiltre et s'œdématie. L'enfant mange assez bien. Nous constatons qu'elle a une hernie ombilicale.

Le 19, M. Guersant a présenté l'enfant à la Société de chirurgie. Elle y a été examinée par M. Huguier. Ce chirurgien a exploré le rectum et la vessie, qui ne lui ont paru avoir aucune connexion intime avec la tumeur. La vessie est ample et conserve parfaitement l'urine. Il a pu arriver jusqu'au point d'insertion de la tumeur, en suivant la paroi antérieure du vagin, et ramener une partie du pédicule avec le doigt recourbé, jusqu'auprès de l'orifice vulvaire. Il a pu sentir aussi le petit col de l'utérus, qui est parfaitement sain. Cette tumeur est, pour M. Huguier, une hypertrophie de l'appareil folliculaire et du tissu cellulaire qui forment la colonne antérieure du vagin. Ce chirurgien croit qu'il y a lieu d'opérer, la tumeur devant, dans le cas contraire, entraîner fatalement la mort de la malade, puisqu'elle est déjà frappée de sphacèle en quelques points. D'ailleurs, il n'y aurait guère d'autre accident à redouter, par le fait de l'opération, que l'hémorrhagie. Il n'y aurait pas d'inconvénient à faire préalablement une ponction exploratrice.

Le 24, la tumeur a beaucoup augmenté. Elle n'est plus lisse comme au début; elle est bosselée, et son aspect a beaucoup plus d'analogie avec celui que présentent les tissus de mauvaise nature. En pratiquant le toucher vaginal, on sent le cathéter qu'on vient d'introduire dans la vessie ; mais en même temps, on peut se convaincre que la tumeur occupe la cloison vésico-vaginale.

Le 28, la tumeur a été examinée par M. Lenoir. Ce chirurgien a constaté aussi que cette tumeur se prolonge sous la paroi antérieure du vagin, mais sans en être détachée, et en quelque sorte comme un pilastre sculpté aux dépens et dans l'épaisseur de cette partie des organes génitaux. Les résultats de l'exploration à laquelle il s'est livré diffèrent de ceux obtenus par M. Huguier, en ce qu'il n'a pu rencontrer le col de l'utérus, ni ramener avec l'extrémité de l'index le pédicule libre de la tumeur. Du reste, M. Huguier, qui a de nouveau examiné l'enfant, nous a, il est vrai, rendu témoin de cette circonstance, qu'il ramenait *quelque chose;* mais ce n'était peut-être qu'un nouveau lobe de la tumeur, en tous points semblable à ceux qui se développent librement au dehors, et rien n'indique qu'elle se termine là. M. Lenoir a même émis un instant l'opinion que le point d'implantation de la tumeur était peut-être sur les os.

La tumeur inférieure est maintenant égale en volume à la supérieure, et a pris le même aspect.

L'enfant tousse assez habituellement, sans présenter à la percussion ou à l'auscultation aucun symptôme saillant. Elle refuse tout aliment, et ne prend plus qu'un peu de décoction de quinquina et de café. Elle maigrit et s'étiole.

Le 31, M. Guersant s'est résolu à porter aussi loin que possible, sur le pédicule de la tumeur, une ligature. Deux longues aiguilles courbes, portant chacune un fil double, traversent la base apparente des deux tumeurs ; les fils sont ensuite liés ensemble autour du pédicule, deux à deux, puis en masse. On a pris soin d'éviter de comprendre dans la ligature l'orifice urétral. Pendant l'exploration qui a précédé la ligature, un flot de pus fétide est sorti du vagin ; en outre M. Guersant a ramené avec le doigt cinq ou six lobes distincts de la tumeur ; l'un d'eux a cédé à la traction, et a été arraché. Il est de couleur blanchâtre, d'aspect gélatiniforme, et semble infiltré de sérosité ; il présente une grande analogie avec les polypes muqueux des fosses nasales.

Une demi-heure après l'opération, la tumeur a déjà pris une teinte violacée ; l'enfant crie ; on lui donne une cuillerée à café de sirop diacode.

1er *février*. L'enfant a été tranquille pendant toute la journée d'hier ; la nuit ne s'est pas aussi bien passée. La tumeur est noirâtre, l'enfant urine bien.

La petite malade a été calme toute la journée, je la trouve dormant paisiblement à ma visite du soir.

Le 2, rien de nouveau. Une autre ligature circulaire est placée autour de la base de la tumeur, en prenant la précaution de placer un cathéter dans l'urètre, et de le protéger par cela même.

Le 3, la tumeur ne tombant pas sous l'influence de la ligature, et étant pour la malade un foyer permanent d'infection, M. Guersant prend le parti de l'exciser avec des ciseaux courbes. La tumeur résiste assez au tranchant de l'instrument, ce qui s'explique par cette circonstance que nous avons constatée ensuite : que le centre de la tumeur formait un noyau qui avait jusqu'alors échappé à la mortification. L'excision est suivie d'un écoulement sanguin insignifiant, que réprime facilement une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Un tampon de charpie est appliqué à la surface de la plaie. Je vois l'enfant une heure après, elle est assez tranquille. Mon collègue, M. Besnier, la voit à quatre heures du soir; elle est assez bien : état fébrile modéré; il n'y a pas eu d'hémorrhagie, pas de convulsions, aucun phénomène grave.

Elle succombe à sept heures du soir.

Autopsie pratiquée 36 *heures après la mort.*— Aucun altération notable dans les cavités splanchniques : les poumons, sains, exempts de tubercules, crépitent partout et présentent seulement un peu d'engouement hypostatique. Quantité assez notable de liquide dans le péricarde. Rien au cœur.

La muqueuse gastro-intestinale, plus pâle que de coutume, est saine.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Les organes génito-urinaires sont enlevés et disséqués avec soin, et nous constatons les faits suivants : à l'orifice vulvaire, plus de vestiges de la tumeur, la partie du pédicule sur laquelle a porté l'excision s'étant rétractée. Le clitoris est œdématié.

Ni la vessie, ni le rectum, ni l'utérus et ses annexes (trompes, ovaires), ne sont intéressés par la maladie; ces organes présentent le volume et l'aspect qu'ils ont d'habitude. La partie latérale droite du vagin ne présente non plus rien d'anormal du côté de sa surface externe; du côté gauche, au contraire, on reconnaît la saillie formée par la tumeur contenue dans ce conduit, saillie qui occupe toute la longueur du vagin jusqu'au cul-de-sac péritonéal, en s'avançant dans uue étendue plus considérable du côté de la paroi postérieure.

Le vagin étant incisé sur le côté gauche, nous remarquons :

1° L'épaisseur de ses parois, qui est d'un demi-centimètre;

2° La couche de tissu cellulaire sous-muqueux paraît être le siége spécial de cette hypertrophie;

3° Le diamètre considérable du conduit, circonstance que la facilité avec laquelle les explorations étaient faites, avait déjà permis d'apprécier pendant la vie.

Le col de l'utérus, que nous avons maintenant sous les yeux, est parfaitement sain et présente son volume normal.

La surface interne du vagin présente les altérations suivantes : la muqueuse, d'un gris-rougeâtre, et sur laquelle les rides transversales sont très-marquées, présente, dans la plus grande partie de son étendue, mais surtout au voisinage de l'orifice vulvaire, de petites tumeurs blanchâtres, résistantes; quelques-unes de ces tumeurs sont sessiles, les autres insérées par un pédicule très-court; un grand nombre présentent seulement le volume de grains de millet, mais elles s'élèvent par degrés à un volume plus considérable; et assez près de l'orifice vulvaire, on voit, sur la colonne postérieure du vagin, un groupe formé par trois ou quatre de ces tumeurs, ou plutôt une de ces tumeurs tri ou quadrilobées présentant à peu près le volume d'une fraise, adhérant à la surface interne du vagin par une large base, et flottant librement dans ce conduit par son extrémité libre arrondie.

Mais c'est sur la partie latérale gauche du vagin que siége celle de ce ces tumeurs qui est de beaucoup la plus considérable : celle-ci présente à peu près le volume du petit doigt; elle a 4 centimètres et demi de longueur; sa base, qui a 1 centimètre et demi de largeur, et qui est comme bifurquée, s'implante assez près de l'orifice vulvaire; la tumeur se prolonge ensuite, en n'adhérant que dans une faible étendue aux parois du vagin, jusqu'au près du col de l'utérus. La base de la tumeur dont nous parlons atteint les limites de celle qui a été excisée; elle paraît cependant en avoir été indépendante et n'avoir eu avec elle que des rapports de voisinage.

L'examen microscopique du noyau central de la tumeur excisée a montré qu'elle était formée de tissu fibreux; il est juste de dire que la constriction éprouvée par le pédicule avait pu en altérer la texture intime.

Quant aux tumeurs encore adhérentes au vagin, elles n'auraient pu être examinées au microscope avec fruit, car elles avaient été mises dans l'alcool, immédiatement après l'autopsie.

A. Warmont, *interne du service.*

CLINIQUE CIVILE.

Établissement hydrothérapique de Bellevue.

Du traitement des phlegmasies par l'application d'enduits imperméables.

A monsieur le docteur Robert-Latour.

Mon cher confrère,

Lorsque j'ai rendu compte de votre ouvrage, dans ce journal, j'ai pris, envers vous et envers moi-même, l'engagement d'expérimenter consciencieusement l'application des enduits imperméables dès que l'occasion s'en présenterait.

J'ai tenu parole; et quoique les résultats que j'ai obtenus ne soient pas encore très-nombreux, je crois utile de les signaler, dès à présent, à l'attention des praticiens; je le fais d'autant plus volontiers, d'ailleurs, qu'ils sont entièrement conformes à ceux que vous annoncez et qui ont été la récompense méritée de vos persévérants efforts.

Le frère de l'un de nos plus illustres peintres d'histoire m'a été adressé à Bellevue, le 9 juin dernier, par notre excellent confrère Jacob. Le malade était dans un état cachectique fort grave, lorsque, le 12 juillet, survint une fâcheuse complication. Toute la jambe droite fut envahie par un érysipèle dont le développement m'inspira d'autant plus d'inquiétude que, par suite de phlébites antérieures et d'une maladie du cœur, les membres inférieurs étaient notablement œdématiés. La jambe fut revêtue d'une couche de collodion élastique et maintenue dans la position élevée. La douleur et la chaleur disparurent au bout de très-peu de temps; le surlendemain, il ne restait plus de traces de la phlegmasie érysipélateuse, et l'œdème lui-même avait notablement diminué.

J'ai eu occasion, dans le courant de cet hiver, de voir plusieurs enfants dont les mains étaient couvertes d'engelures très-volumineuses et très-douloureuses; j'ai eu recours au collodion élastique et les résultats ont été on ne peut plus satisfaisants. Un léger prurit a remplacé la douleur, la tension, la chaleur, qu'éprouvaient les petits malades; la résolution s'est opérée rapidement et plusieurs tumeurs déjà ulcérées se sont cicatrisées dans l'espace de quelques jours. De tous les remèdes que j'ai employés ou vu employer contre les engelures depuis vingt ans, aucun n'a exercé une influence aussi favorable et aussi prompte que l'enduit imperméable.

J'ai appliqué le collodion élastique à un grand nombre de goutteux, et très-souvent j'ai enrayé instantanément, ou plutôt j'ai fait avorter un accès déjà parfaitement caractérisé par la douleur, la rougeur et la gêne ou l'abolition des mouvements de l'articulation. Dans d'autres cas, où déjà une fluxion considérable s'était opérée, l'application de l'enduit a eu pour effet immédiat de faire cesser la douleur et de permettre la locomotion. La résolution a été évidemment favorisée, et les articulations ont repris beaucoup plus tôt que d'habitude leur volume normal et la liberté de leurs mouvements. J'ai d'ailleurs constamment associé

au collodion élastique la position et les applications réfrigérantes.

Voici un fait extrêmement curieux, digne d'une sérieuse attention, et dont je parle avec une connaissance d'autant plus parfaite, qu'il m'est personnel :

Un furoncle volumineux s'était développé à la partie interne et inférieure de ma cuisse droite. Les douleurs, très-vives d'ailleurs, étaient exaspérées à ce point, par le plus léger contact, qu'il m'était impossible de supporter celui du pantalon ou même de la chemise, et qu'après avoir vainement essayé de protéger la tumeur par des cataplasmes et une foule d'appareils plus ou moins ingénieux, je n'avais plus d'autre ressource que de garder le lit. J'allais m'y résigner, et en présence d'une fluctuation très-évidente, mon excellent confrère et ami Marchal (de Calvi) me proposait d'inciser largement la tumeur, lorsque l'idée me vint de recourir au collodion élastique. — « Qu'allez-vous faire? me dit M. Marchal; enfermer le loup dans la bergerie? Du pus est formé; une portion de tissu cellulaire est gangrénée; il faut nécessairement que, par l'intervention du bistouri ou spontanément, une issue s'ouvre à l'extérieur. » — « Je conviens, répondis-je, que ma tentative est bien irrationnelle, mais j'ai des affaires qui me réclament impérieusement, et je ne demande au collodion que de me permettre d'y vaquer aujourd'hui; demain nous verrons. » Une couche épaisse de collodion élastique fut appliquée sur la tumeur. Dix minutes après, je m'habillais sans éprouver la plus légère douleur; j'allais à Paris et j'y faisais de nombreuses courses, soit à pied, soit en voiture. Le lendemain matin, j'allai chasser à Rambouillet et je marchai pendant sept ou huit heures, sans penser un seul instant à mon furoncle.

Deux jours après, je racontais ce fait à l'un de mes meilleurs amis, M. le docteur Froment. — « Prenez garde, me dit-il; vous jouez gros jeu; le pus que vous empêchez de se faire jour à l'extérieur, va fuser, décoller la peau et former, peut-être, une vaste collection. » J'enlevai l'enduit protecteur, la peau était très-amincie et violacée, la fluctuation aussi manifeste que possible, mais la tumeur était parfaitement circonscrite et les parties environnantes ne présentaient ni rougeur ni empâtement. Je réappliquai immédiatement une couche de collodion élastique. Abrégeons. La résorption s'est opérée graduellement; au bout de huit jours, la peau avait repris sa couleur naturelle, il n'y avait pas trace de fluctuation, et l'on ne sentait plus, sous le doigt, qu'un petit corps dur, arrondi, du volume d'un noyau de cerise. Quinze jours après, celui-ci avait disparu à son tour, et aujourd'hui rien n'indique la place qu'a occupé le furoncle.

Une jeune dame se fait une éraillure profonde dans la paume de la main gauche. Quelques heures après, la fièvre s'allume, des douleurs vives se font sentir dans le bras et dans l'aisselle, les ganglions axillaires deviennent tuméfiés et douloureux, et des traînées rouges, très-nettement dessinées sur l'avant-bras, indiquent que nous avons affaire à une lymphangite. Une couche de collodion élastique est étendue sur la main et sur l'avant-bras, des compresses réfrigérantes sont appliquées et fréquemment renouvelées; le lendemain, tous les accidents avaient disparu.

Une dame, portant une tumeur de l'ovaire droit, est prise subitement d'une douleur extrêmement vive dans le ventre, et bientôt apparaissent tous les symptômes d'une violente péritonite : pouls petit, serré, à 130; météorisme considérable; sensibilité excessive du ventre; altération profonde des traits du visage; forme caractéristique des ailes du nez; nausées, etc. Des sangsues sont appliquées à la partie externe des cuisses; fomentations émollientes; calomel à doses fractionnées. A onze heures du soir, l'état de la malade est on ne peut plus alarmant. M. Andral est appelé en consultation; l'éminent professeur confirme le diagnostic et porte un pronostic fort grave. Il conseille des frictions mercurielles sur l'abdomen. Je propose l'emploi du collodion élastique, et M. Andral veut bien céder à mes instances en déclarant, toutefois, qu'il n'a point expérimenté ce moyen et qu'il m'en laisse la responsabilité. Une couche imperméable est étendue sur toute la paroi abdominale antérieure. Au bout d'un quart d'heure, les douleurs se calment, le météorisme diminue, les nausées cessent, le pouls se relève, et, le lendemain matin, la malade était sauvée.

Tel est, mon cher confrère, le résumé rapide des faits que j'ai recueillis jusqu'à présent. J'ai pensé qu'il vous serait agréable de les connaître, et je désire que les praticiens y trouvent un nouveau motif pour expérimenter largement la médication dont la science et l'humanité vous sont redevables.

LOUIS FLEURY.

De la rupture pulmonaire chez les enfants, et de l'emphysème général qui lui succède,

Par le D[r] Ch. OZANAM, *bibliothécaire de l'Académie de médecine.*

Ce travail, publié par l'auteur dans les *Archives générales de médecine,* est assez important pour que nous croyions utile d'en donner ici toute la partie dogmatique.

Je me propose d'étudier dans ce travail une lésion grave et peu connue, que j'ai observée plusieurs fois chez les jeunes enfants : c'est la *rupture pulmonaire, et l'emphysème général qui lui succède.* Elle ne constitue point une maladie par elle-même, mais survient le plus souvent comme complication dans le cours de certaines maladies graves de l'appareil pulmonaire. Cela explique comment elle a si souvent échappé à l'observation des médecins, dont l'attention était absorbée par l'affection principale. Néanmoins cet état est important à connaître, car il nous donne la raison de phénomènes qui jusqu'alors demeuraient inexplicables, et le praticien en retire, soit pour le pronostic, soit pour le traitement, des indications précieuses.

Depuis un an à peine, l'attention s'est portée sur ce sujet, et déjà deux mémoires importants ont été publiés, l'un par M. le D[r] Roger, médecin de l'hôpital des Enfants (1), l'autre par M. Natalis Guillot, médecin à l'hôpital Necker (2).

Causes. — Tout obstacle à la respiration peut devenir une cause de rupture pulmonaire, et par là d'emphysème; cet obstacle provient tantôt d'une affection pectorale, d'une pneumonie, d'une pleurésie, qui en rendant une partie du poumon inutile à l'acte respiratoire, détermine dans l'autre un surcroît d'activité; tantôt d'un trouble fonctionnel, comme dans la coqueluche, la bronchite, où la violence de la toux détermine des efforts violents.

Enfin, en dehors de ces causes qui tiennent à l'état morbide de l'organe lui-même, la rupture des vésicules peut avoir lieu par la violence des cris d'un enfant qui éprouve un accès de colère, une douleur très-vive, ou au milieu d'un délire furieux (4[e] *obs.*).

Des faits analogues ont déjà été publiés; M. Vitali a rapporté l'histoire d'un emphysème général survenu sans lésion extérieure chez un enfant qui faisait effort pour se dégager des bras de sa nourrice (*Archives gén. de méd.*, 1846, p. 372).

Mais, si des efforts exagérés déterminent parfois la rupture pulmonaire, bien plus souvent ils produisent la dilatation de ces mêmes cellules, et ce qu'on appelle chez l'adulte l'emphysème vésiculaire, lésion si fréquente chez les asthmatiques. J'en ai vu un si grand nombre d'exemples à l'hôpital des Enfants, que je regarde cette lésion comme habituelle à la suite des affections pulmonaires.

MM. Rilliet et Barthez (*Pneumonie,* t. 1, p. 76) expriment la même opinion.

Il en résulte pour moi cette conviction, que l'emphysème vésiculaire n'est point, comme l'ont prétendu plusieurs pathologistes habiles, la cause organique et matérielle de l'asthme; en ce cas, un grand nombre de jeunes enfants devraient être asthmatiques, car il n'en est presque pas qui, à la suite d'une affection pulmonaire, *bronchite, coqueluche,* etc., ne soient atteints d'emphysème vésiculaire. Mais l'asthme, maladie nerveuse, produisant une gêne très-grande de la respiration, détermine comme

(1) Communiqué à la Société de médecine de Paris, 1853, p. 156.

(2) *Archives générales de médecine*, 1853, p. 151.

lésion consécutive la dilatation des vésicules pulmonaires, et l'emphysème n'est qu'un résultat.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'emphysème vésiculaire, dont l'histoire est parfaitement connue, et j'aborderai immédiatement l'affection bien plus grave qui résulte de la rupture du poumon, alors que l'air, chassé hors de ses voies naturelles, soulève la plèvre et s'infiltre dans toutes les parties du corps.

Je ne puis admettre, avec MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*), que l'emphysème soit borné au côté malade, dans le cas de pneumonie, et qu'il soit toujours plus prononcé du côté où l'inflammation est plus forte.

Je vois, au contraire, dans les observations qui me sont propres, trois cas où l'emphysème survint dans le cours d'une pneumonie, et, dans les trois cas, il occupait le poumon resté sain, comme si tout l'effort de la respiration avait porté sur cet organe.

Sans vouloir établir une règle basée sur un si petit nombre de faits, je crois cependant qu'on peut en conclure que l'inflammation d'un côté de la poitrine n'entraîne pas le développement de l'emphysème du même côté, mais que l'autre poumon peut en être également affecté.

Symptomatologie et anatomie pathologique. — Examinons d'abord le mécanisme de la rupture pulmonaire, et suivons l'emphysème dans sa marche progressive depuis son origine jusqu'à la périphérie du corps.

Nous ne séparerons point, dans cette description, la symptomatologie de l'anatomie pathologique, car il existe une telle union entre les lésions produites et les symptômes qui les manifestent, que ces deux ordres de faits s'éclairent et s'expliquent mutuellement.

A. Mécanisme de la rupture. Au milieu d'un violent délire, pendant les accès d'une toux spasmodique très-forte, ou sous l'influence de toute autre cause, l'enfant resserre la glotte avec force, abaisse l'épiglotte sur l'ouverture du larynx, et empêche ainsi la sortie de l'air, qui ne s'échappe que par saccades, dans la toux, et par un jet très-délié, pendant les cris aigus.

Or, tandis que la glotte est ainsi presque fermée, l'enfant presse avec ses côtes, et surtout avec le diaphragme, pour diminuer la capacité de la poitrine, comprimer le poumon, et chasser l'air par l'étroite ouverture du larynx.

Il en résulte que le poumon, comprimé de dehors en dedans par le diaphragme et les côtes, de dedans en dehors, par l'air qui remplit les vésicules, finit par céder sur quelques points, et les cellules dilatées se brisent en nombre plus ou moins considérable.

B. Formation de l'emphysème. Il ne faudrait pas croire qu'il se fait immédiatement une large déchirure par laquelle l'air se précipite dans la plèvre; pareil cas ne s'est point offert à notre observation, quoique cela ne soit pas impossible. Mais, dans les faits que nous avons observés, les débuts furent presque imperceptibles (3e *obs.*).

M. Natalis Guillot est parvenu à insuffler et à gonfler plusieurs fois les poumons malades, ce qui démontre pleinement que l'air ne s'échappait que par des ouvertures imperceptibles.

Quelques cellules se brisent et forment, sous la plèvre pulmonaire, une petite cavité de la grosseur d'un grain de millet, d'autres se rompent sur un point plus ou moins rapproché; ces petites déchirures se multiplient au point que le poumon en paraît criblé; puis, si l'air est toujours chassé avec force, tous ces petits épanchements grandissent, finissent par se réunir par le décollement de la plèvre qui les séparait, et qui se soulève alors sous forme de bulles plus ou moins considérables.

Les accidents peuvent se borner là et ne pas dépasser les limites du poumon; tant que l'emphysème sous-pleural est ainsi isolé, il est impossible, je crois, de le reconnaître d'une manière certaine; on ne peut que le soupçonner théoriquement, si l'on trouve en certains points une sonorité exagérée de la poitrine, tandis que le murmure vésiculaire est moins net, moins fort que partout ailleurs.

C. Marche de l'emphysème le long des gaînes vasculaires. Mais, si la cause première continue d'agir, bientôt l'emphysème prend une direction nouvelle, et c'est là un des points les plus importants, les moins connus de son évolution.

L'air rencontre sur son passage les gaînes des vaisseaux pulmonaires, et comme le tissu cellulaire qui entoure ces vaisseaux est beaucoup moins ferme, moins résistant que le tissu du poumon, l'épanchement aérien s'y ouvre un facile passage. On peut suivre parfaitement la marche de cette lésion dans la 2e observation.

On y voit l'emphysème se ramifiant d'une manière régulière; puis, en fendant avec le scalpel les bulles soulevées, on met à nu les veines ramifiées dans le même sens.

On ne peut s'empêcher de remarquer l'analogie qui existe entre la marche de l'emphysème, le long des gaînes celluleuses, et celle de l'inflammation qui suit la même route. Les travaux de Hunter, et de notre temps les observations des docteurs Tessier, Jousset et Sestier, ont en effet démontré que les transmissions inflammatoires s'opèrent en suivant les gaînes celluleuses des vaisseaux (1-2).

Dans un cas cité par le docteur Stokes, de Dublin (3), le pus d'un abcès du poumon s'infiltra dans le tissu cellulaire des bronches, les disséqua jusque dans leurs dernières ramifications, et isola tous les lobules en les séparant jusqu'à leurs derniers éléments.

En suivant les gaînes celluleuses, l'air arrive peu à peu jusqu'à l'origine des bronches, s'infiltre derrière la trachée, et sort ainsi de la poitrine, comme les vaisseaux, sans avoir rompu la plèvre (1re *obs.*).

Par la même voie, le fluide remonte derrière le larynx et le pharynx, puis il vient apparaître sur les côtés du cou et dans les cavités maxillo-zygomatiques; il décolle la graisse qui tapisse et remplit cette cavité, la refoule de toutes parts, et soulève la peau des joues, sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, brillante. Cette tumeur est ferme, élastique au toucher si l'air n'a pénétré que par des ouvertures étroites qui ne lui permettent pas de fuir facilement sous le doigt qui la presse (4e *obs.*); si, au contraire, la communication avec les parties profondes s'opère largement, la tumeur de la joue s'affaisse par la pression, et disparaît complétement, pour reparaître peu à peu au bout d'un certain temps (1re *obs.*).

Dans les deux cas, cette tumeur offre un caractère particulier; c'est une transparence que l'on aperçoit facilement lorsqu'on approche une lumière en faisant ombre au-dessus avec les doigts rapprochés de la main (1re *obs.*).

Le gonflement de la joue est ordinairement le premier signe qui éveille l'attention du médecin et qui permet de reconnaître la maladie; il occupe tantôt un seul côté, tantôt les deux côtés de la face, et alors le malade offre un aspect qu'il est impossible d'oublier; cette figure bouffie, ces joues soulevées, ces yeux entourés d'un bourrelet saillant, lui ôtent, pour ainsi dire, forme humaine; la voix et les cris présentent un timbre particulier, comme si le malade parlait en ayant la bouche pleine.

A l'entour de la tumeur des joues et sur les côtés du cou, on observe une foule de points où la peau semble soulevée, et le doigt, en appuyant dessus, détermine une crépitation évidente.

Bientôt l'infiltration aérienne s'étend sur la poitrine et les bras, puis sur le ventre et le dos, et peut enfin gagner tout le corps progressivement.

Marche de l'emphysème à l'intérieur. — Telle est la marche de l'emphysème à l'extérieur; mais il peut occuper aussi les parties internes, et alors on observe le remarquable phénomène du *décollement des séreuses.* En effet, au sortir de la poitrine, l'air s'engage dans le tissu cellulaire de la base du cou, il arrive jusqu'à la plèvre costale, la refoule en dedans, la décolle, et l'applique avec plus ou moins de force contre le poumon. Plusieurs

(1) Tessier, thèse sur la propagation de l'inflammation et de ses produits, 1836, n° 293.

(2) Jousset, thèse d'agrégation; Paris, 1847.

(3) *Dublin journ. of med. and chirurg. science*, mars 1833, n° 7 (*Archives gén. de méd.*, t. 4, 2e série, p. 133).

des cas cités par M. Natalis Guillot nous montrent la plèvre ainsi soulevée entre les espaces intercostaux (14e et 15e *obs.*), et détachée même de la surface du diaphragme (12e *obs.*).

Ainsi, après avoir, dans sa marche ascendante, décollé la plèvre pulmonaire et comprimé le poumon, l'air chassé par la respiration décolle dans sa marche descendante la plèvre costale, l'applique à son tour sur le feuillet viscéral, et comprime le poumon par cette nouvelle pression, transmise d'une manière médiate. Toute cette évolution s'opère sans que le fluide pénètre dans la cavité pleurale, et quoique les signes qui indiquent sa présence soient semblables a ceux du pneumo-thorax, on voit que la marche des accidents est bien différente; l'air contourne la plèvre dans tous les sens, et ne pénètre point dans la cavité normale.

Il peut en être de même du péricarde, comme le rapporte M. Natalis Guillot dans sa 12e observation.

Nous devons ajouter que l'air peut gagner de proche en proche les bras, les jambes, le ventre, le cuir chevelu, en sorte que, dans la période la plus complète, le corps paraîtrait comme soufflé; mais il est rare que les accidents arrivent à ce degré, le malade succombe avant, et ce n'est que sur divers sujets que l'on peut observer l'ensemble de ces phénomènes.

Nous devrions peut-être ici parler des observations si remarquables d'emphysème des parois du cœur recueillies par les docteurs Retzius, Béghin et Decondé (1); mais cet état nous a paru se rapporter au développement spontané de gaz au sein des tissus de l'économie, car, à l'auptosie, M. Decondé trouva des bulles d'air nombreuses dans les veines du cerveau. Cette étude, malgré tout l'intérêt qui s'y rattache, nous entraînerait trop loin de notre sujet.

M. Natalis Guillot a démontré que les bulles emphysémateuses devenaient parfois le siége d'épanchements sanguins ou purulents; je n'ai jamais rencontré ces lésions, mais il faut remarquer que nos observations sont recueillies sur des enfants de 4 et 5 ans, tandis que celles de M. Natalis Guillot ont trait à des enfants nouveau-nés. Le tissu pulmonaire doit chez eux être encore plus délicat; dès lors il n'est pas étonnant que les déchirures du poumon et le décollement de la séreuse déterminent parfois un épanchement de sang ou une inflammation suivie de suppuration.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est toujours fort grave, non-seulement par elle-même, mais parce qu'elle survient dans le cours de certaines maladies dont plusieurs sont déjà très-dangereuses. Il est impossible au médecin d'en prévoir l'issue; car on a vu des cas, légers en apparence, dans lesquels la rupture pulmonaire paraissait peu considérable, et l'emphysème peu développé, se terminer rapidement par la mort (1re, 2e, 3e et 4e *obs.*), tandis que, dans d'autres circonstances, malgré tous les désordres survenus dans la respiration, l'enfant peut guérir, comme dans la 5e observation. Nous savons d'ailleurs qu'un praticien des plus distingués, M. Pénard, de Versailles, a été témoin d'un cas de ce genre, où l'enfant fut sauvé, contre toute espérance; et M. Natalis Guillot en rapporte un autre (16e *obs.*) dans lequel il y eut une première fois guérison, puis rechute, et nouvelle guérison.

Ces exemples nous montrent quelle doit être la prudence du médecin dans ses paroles et dans sa conduite, et qu'il doit persévérer jusqu'au bout, soignant les malades dans les cas les plus désespérés, comme s'il avait tout espoir de les sauver encore.

Du reste, il est facile de résumer l'état de la science sur ce sujet :

M. Roger cite	8 obs.,	6 morts,	2 dont la mort paraissait prochaine.	
N. Guillot,	16 —	15 —	1 guéri.	
Vitali,	1 —	résultat non consigné.		
Pénard,	1 —		1 —	(obs. non publiée).
Ozanam,	5 —	4 —	1 —	
Total...	31 obs.,	25 morts,	3 guéris,	3 dont la mort imminente n'a pas été constatée.

En moyenne, une guérison sur 9 malades.

(1) *Moniteur des Hôpitaux,* 1853, p. 439.

Nous ferons ici une remarque importante, c'est que la présence de l'air comme corps étranger, soit sous la plèvre, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, n'y a développé qu'une irritation bien faible et presque insensible.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris et le canard de l'enfant-poisson.* — Malgré la féconde imagination de certains fabricants de canards, il paraît que le métier commence à tomber en discrédit; les honorables inventeurs sentent, depuis quelque temps, le besoin de placer leurs produits sous le patronage de quelque nom justement considéré. C'est M. P. Dubois qu'ils ont choisi cette fois. Ces palmigènes, comme on voit, n'ont pas trop mauvais goût. Donc, voici ce qu'on lit dans la *Patrie,* dont la fécondité est devenue proverbiale dans le genre d'invention dont il s'agit :

« Un fait des plus extraordinaires, *dont nous garantissons l'authenticité,* s'est passé dimanche dernier, dans le quartier de la place Maubert. Une femme, demeurant rue des Carmes, 2, est accouchée d'un enfant-poisson, qui n'est mort qu'hier lundi, vers dix heures du soir. Le nouveau-né a le corps couvert d'écailles, excepté aux articulations; il a la bouche d'une large dimension et semblable à celle du phoque; aux extrémités de ses mains se trouvent de petites griffes: les pieds ont la forme à peu près ordinaire. M. Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, ayant été mandé après l'accouchement, a pris soin du nouveau-né tant qu'il a vécu, et l'a fait transporter aujourd'hui, à midi et demi, à la Clinique.

« Pendant toute la journée, une foule considérable a stationné aux abords de la maison de la rue des Carmes, et il a fallu faire venir plusieurs sergents de ville pour contenir les curieux. »

Si l'on en croit la chronique, l'inventeur qui a eu recours au patronage de M. P. Dubois, aurait dépensé moins d'imagination qu'on ne se l'imaginerait tout d'abord. Ce qu'il y a de vrai dans l'histoire du poisson-canard, c'est que beaucoup de curieux se présentant pour voir un cas assez rare de monstruosité, on refusait l'entrée à un assez grand nombre d'entre eux; parmi ces derniers se trouvait, à ce qu'il paraît, un fonctionnaire subalterne de la Faculté, qui, se voyant éconduit comme les autres, imagina de dire qu'il se présentait au nom de la Faculté. A ces mots, dit-on, les portes s'ouvrirent, et les assistants, le prenant pour le professeur Dubois, lui rendirent tous les honneurs dus à sa science et à sa grande réputation.

— Tous les académiciens sont-ils nécessairement immortels ? Ce n'est pas à propos de M. Chailly que nous formulons cette question; il est par trop évident que les académiciens de cette trempe ont leur place marquée à l'ex-Panthéon. Mais peut-être pourrait-on discuter les raisons qui ont décidé les amis de M. Visconti à élever une statue à la mémoire de cet honorable architecte, surtout quand ils prétendent faire contribuer à l'érection du monument les modestes habitués de l'Académie des sciences auxquels on distribuait, il y a huit jours, des invitations à la souscription, et même tous les citoyens en général. — Nous croyons volontiers que M. Visconti était un homme fort intelligent; mais en France, et notamment dans les Académies, quoi qu'on en dise, les hommes intelligents ne sont pas rares, et nous croyons que les statues occuperaient bientôt beaucoup trop de place à la surface du sol, si l'on devait en élever à tous les hommes simplement distingués.

— Notre très-distingué confrère, M. Scrive, ancien professeur à l'hôpital d'instruction militaire de Lille, est désigné comme médecin en chef de l'avant-garde qui doit prochainement partir pour l'Orient. On parle de M. M. Lévy comme médecin en chef de l'armée expéditionnaire.

— *Mutations parmi les officiers de santé de l'armée de terre.* — Par décision ministérielle du 18 février 1854, les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont reçu les destinations ci-après indiquées, savoir :

M. MARTENOT DE CORDOUX passe du 72e de ligne au 13e bataillon de chasseurs à pied, à Besançon.

M. DUBOY, du 46e de ligne au 18e bataillon de chasseurs à pied, à Rennes.

M. LALLEMAND, du 5e bataillon de chasseurs à pied au 20e bataillon de chasseurs à pied, à Vincennes.

M. DUSSEUIL, du 21e de ligne au 36e de ligne, à Paris.

M. LECLERC (L.-F.-E.), du 7e de ligne au 44e de ligne, à Thionville.

M. CAMUS, du 27e de ligne au 10e cuirassiers, à Versailles.

M. VIGUIER, du 3e hussards au 1er lanciers, à Libourne.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 25. 2e année. Mardi 28 Février 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 27 Février 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 20 Février.

La seule communication faite dans cette séance, qui puisse nous intéresser directement, est celle qui a été adressée à l'Académie par l'habile chirurgien de Strasbourg, M. Sédillot ; elle a eu pour sujet un cas d'hypertrophie de la langue, aussi rare par sa nature même que par le degré considérable de développement auquel cette hypertrophie était parvenue. Ce qui n'est pas moins intéressant pour les praticiens, c'est qu'une opération fort simple a, sinon guéri complétement, au moins singulièrement amélioré l'état du malade. Sous ce rapport cependant, il aurait été préférable que ce savant professeur eût attendu quelque temps encore avant de livrer ce fait à la publicité, afin de pouvoir nous donner un résultat plus définitif. Au reste, c'est là une lacune qu'il lui sera très-facile de combler dans quelques mois, et nous avons lieu de croire qu'il n'oubliera pas de nous faire connaître plus tard les renseignements qui seuls peuvent donner à son observation tout l'intérêt qu'elle peut avoir.

Un fait intéressant et rare de monstruosité, présenté par un de nos praticiens de province qui sait allier les devoirs de la pratique à un grand zèle pour la science, M. Dezautière, a été, de la part de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, l'objet d'un court rapport, qu'apprécieront spécialement ceux de nos lecteurs qui s'occupent d'anatomie comparée.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22 et 23 du tome 2.*)

CINQUIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons étudié, dans la dernière séance, le mode de développement des hernies inguinales, et nous avons vu qu'elles parcouraient quatre périodes : 1° la pointe, c'est-à-dire quand la hernie repousse seulement le péritoine à travers l'anneau interne ; 2° la hernie interstitielle, lorsqu'elle remplit le canal inguinal ; 3° le bubonocèle, quand elle forme une petite saillie au-dessus du scrotum, et 4° l'oschéocèle, quand la hernie est dans les bourses.

Nous avons ensuite examiné les signes diagnostiques de ces hernies, et enfin l'influence d'une hernie non contenue sur les tissus voisins ; nous allons maintenant voir l'influence qu'elle exerce sur la digestion, sur les autres fonctions en général, sur les tissus qui la composent et sur le sac lui-même.

1° *Influence de la hernie non contenue sur la digestion.* — Dès qu'une hernie se présente dans le canal, le plus grand nombre des malades éprouvent une faiblesse des parois abdominales ; ils ne savent à quoi la rapporter ; ils ne soupçonnent pas l'existence d'une hernie ; quelques-uns ont peut-être bien le souvenir d'une douleur, mais comme cette douleur n'a pas duré longtemps, et qu'il ne leur reste qu'une faiblesse des parois abdominales, ils vont trouver un bandagiste qui leur applique une ceinture contre cette faiblesse des parois de l'abdomen. Que fait cette ceinture ? Elle fait du bien seulement au bandagiste qui l'a vendue, mais elle fait du mal au malade dont elle serre le ventre et dont elle refoule les viscères en bas ; elle ne peut donc que favoriser le développement de la hernie.

Quand la hernie fait saillie au dehors, un certain nombre de sujets n'en ressentent rien. J'en ai vu qui avaient des hernies grosses comme mon chapeau et qui n'avaient que l'incommodité du poids et du volume, comme si c'eût été une tumeur graisseuse du scrotum ; mais, en général, les malades en sont avertis par des douleurs ou du malaise qu'il est très-important d'étudier. D'abord, d'une façon générale, un sujet qui porte une hernie non contenue ou mal contenue ressent un malaise général et une douleur locale, c'est, pour les malades, un baromètre aussi sûr que les blessures pour les vieux soldats, lorsque le temps est à la pluie ; on dirait, messieurs, que le corps de l'homme participe un peu de l'éponge : quand le temps est humide, on urine davantage, et il semble que cette humidité remplit davantage l'intestin, d'où augmentation des douleurs et du malaise. A ce propos, messieurs, je dirai que si l'on essaie un bandage par un temps humide, et qu'il maintienne bien la hernie dans ce moment, il est certain qu'il la contiendra encore bien mieux lorsque le temps sera sec. Il m'a semblé aussi que la hernie est plus sujette à l'étranglement quand le temps est humide ; nous reviendrons sur ce sujet.

Ces douleurs qu'éprouve le malade sont de diverses natures. Il y a quelquefois des coliques sourdes à la partie inférieure de l'abdomen ; quelquefois même dans tout le ventre : ventre ballonné, éructations, malaise physique et moral, digestions difficiles, etc. J'appelle toute votre attention sur ce point, car ces phénomènes se produisent souvent même lorsque la hernie n'est encore que dans le canal. Un grand nombre d'individus, surtout

chez les hommes de plus de 40 ans, se plaignent que leur digestion se fait mal, principalement lorsqu'ils ont mangé certains aliments : les médecins voient là une *gastralgie,* et font suivre au malade un traitement antigastralgique qui ne guérit rien du tout; le chirurgien, au contraire, demande au malade s'il n'a pas une hernie, s'il n'a pas ressenti de douleur dans l'aine ou un craquement à une époque plus ou moins éloignée; quand même il n'aurait aucun souvenir de cela, il faut y regarder, car vous savez qu'un sixième de ces hernies se produit spontanément. Si, par le moyen que je vous ai indiqué dans la dernière leçon, vous découvrez une hernie, appliquez un bandage d'une façon méthodique, régulière. J'ai été assez heureux pour faire cesser, chez plusieurs individus, des phénomènes de ce genre, par la simple application d'une pelote. Dans un grand nombre de cas, messieurs, vous pouvez être consultés par des individus qui n'offrent d'autres signes que ces douleurs sourdes au niveau des anneaux; eh bien! messieurs, si le sujet a un peu d'embonpoint, vous n'apercevrez rien; mais s'il est maigre, on voit une petite pointe : dans ce cas, il n'y a pas à douter, il faut appliquer un bandage. Mais, messieurs, dans le commencement, je me défiais de moi-même, et souvent je croyais inutile d'appliquer le bandage. Aujourd'hui, non-seulement je l'applique quand je trouve évidemment la pointe; mais souvent, lorsque je ne trouve pas de hernie, je vais jusqu'à soupçonner des pointes : alors je mets un bandage et le malade est soulagé sur-le-champ. Je ne saurais trop appeler votre attention sur ce point, et nous y reviendrons à propos des hernies crurales.

Lorsque nous avons étudié la proportion des hernies chez l'homme et chez la femme, nous avons vu qu'il y avait 4 hernies pour le sexe masculin contre 1 pour le féminin. Sur 450 cadavres de hernieux, M. J. Cloquet a trouvé 300 hommes et 150 femmes. Lorsque je vis ce résultat si différent du mien, je ne savais trop comment m'en rendre compte. Je me disais : Il est probable que sur le cadavre il y a beaucoup plus de hernies que sur le vivant. Eh bien! oui, cela est vrai; il y a beaucoup plus de hernies sur le cadavre qu'on n'en avait reconnu sur le vivant, non-seulement des hernies inguinales, mais aussi des hernies crurales, tant chez l'homme que chez la femme; c'est contre ces hernies que l'on ne peut reconnaître qu'à l'autopsie que j'applique un bandage à tout prendre. Le diagnostic est très-obscur dans ces cas, messieurs; on n'a pour se guider que les douleurs sourdes au niveau des anneaux, et les coliques qui manquent souvent; mais on ne s'expose nullement en appliquant un bandage, et si ce bandage soulage le malade, il faut bien en conclure qu'il y avait là une hernie méconnue.

Nous avons dit plus haut, messieurs, que certains aliments avaient de l'influence sur les hernies : quels sont donc les aliments qui influent le plus sur les hernies? Ce sont ceux qui donnent naissance à une grande quantité de gaz : les légumes secs, les haricots, les choux, etc. Il en résulte ceci, c'est que l'individu riche, qui peut à son gré changer sa nourriture, rejette tous ces légumes, et si les fruits ou les légumes verts lui donnent encore de mauvaises digestions et ont une influence fâcheuse sur sa hernie, il se prive de tous ces aliments et ne mange que de la viande; aussi est-ce dans cette classe que l'on trouve le plus de ventres rebondis. Mais les pauvres ne peuvent pas se nourrir comme ils veulent; ils sont obligés de manger peu de viande, et au contraire beaucoup de légumes secs et de pommes de terre; joignez à l'influence de cette mauvaise nourriture, l'influence de la hernie sur la nutrition, et vous aurez la raison de la prédominance du ventre plat chez les sujets pauvres. Ces ventres plats sont donc l'indice d'une mauvaise nutrition qui finit par miner la source de la vie. Il est donc bien vrai que la misère est une cause de hernies!

A partir de 70 ans, on est frappé de la diminution du nombre total des hernieux : pourquoi ce chiffre s'abaisse-t-il ainsi? Ce n'est pas en raison du nombre de guérisons, je vous ai déjà dit qu'elles sont très-rares à cet âge, c'est que la mortalité est plus grande; mais il ne faut pas attribuer cette mortalité à l'étranglement, il est peu fréquent, mais mes recherches m'ont amené à cette conclusion que les hernieux vieillissent plus vite que les autres sujets, qu'ils sont, par conséquent, plus exposés que les autres aux affections de la vieillesse, et qu'enfin ils meurent plus vite sous l'influence d'une maladie dont une organisation plus vigoureuse se serait débarrassée. Sur ce point, messieurs, j'ai trouvé un contradicteur, c'est M. Hutin. Ayant examiné aux Invalides le nombre des hommes hernieux et de ceux qui ne l'étaient pas, il a trouvé que la mortalité était, chez les sujets exempts de hernies, le double de ce qu'elle est pour les hernieux, de sorte que la hernie semblait favoriser la longévité; il en a conclu que la hernie est sans influence sur la mortalité. Voyez donc combien une bonne statistique est difficile à faire! J'agissais, moi, sur une population d'indigents, mais M. Hutin, de son côté, faisait ses recherches sur des individus mutilés; un grand nombre des individus qui peuplent les Invalides sont usés avant leur entrée par les fatigues de la guerre, les paralysies y sont très-nombreuses, le catarrhe pulmonaire, etc., mais surtout le catarrhe vésical, si funeste chez les vieillards, et vous savez que la population des Invalides se compose de militaires âgés et surtout usés. La hernie est donc aux Invalides une affection peu grave relativement aux autres maladies. Quant à ce que dit M. Hutin de la rareté des affections intestinales chez les hernieux, je vous ai dit par anticipation que l'étranglement n'est pas très-fréquent, mais il y a une conséquence bien autrement fatale de la hernie, c'est l'usure des forces, c'est l'affaiblissement général de la constitution, qui fait qu'un homme qui n'a que 70 ans d'après son acte de naissance, en a 80 par le fait de sa hernie, et que cet homme peut mourir d'une pneumonie à laquelle son voisin, plus âgé que lui par le nombre des années, mais encore doué d'une bonne constitution, pourra parfaitement résister. (Il est bien entendu que ce que nous venons de dire a trait à l'influence de la hernie non contenue ou mal contenue.)

La hernie, messieurs, donne rarement lieu à des nausées et des vomissements; ce sont peut-être même les phénomènes les plus rares dans cette maladie. (Je parle de la hernie non étranglée.)

Ces accidents que nous venons de décrire comme appartenant à la hernie, se calment généralement la nuit; ainsi la plupart des hernieux souffrent moins pendant la nuit, leur hernie rentrant en général lorsqu'ils sont couchés; il est cependant remarquable que certains sujets souffrent davantage à ce moment de la journée; ainsi j'en ai vu un qui, pendant le jour, ne pouvait pas marcher si sa hernie n'était pas rentrée, et qui ne pouvait pas dormir la nuit si sa hernie n'était sortie. Mais ces exceptions sont très-rares.

2° *Influence de la hernie sur les autres fonctions.* — Je viens de parler de la débilité générale causée par la hernie; voyons maintenant son influence sur la voix et sur la fonction musculaire. J'ai vu des hernieux qui avaient complétement perdu leurs forces, tant que la hernie n'était pas maintenue : les forces tombent très-vite, car l'effort exige une tension de tous les muscles de l'économie; pour fixer le thorax, par exemple, le diaphragme se contracte et refoule les viscères contre les parois abdominales qui résistent. Mais si les viscères sortent, l'action du diaphragme est nulle, l'effort est donc impossible : les terrassiers, les débardeurs, les forts de la halle, hernieux, sont dans ce cas. Il en est de même des musiciens qui jouent d'un instrument à vent, et des chanteurs, chez qui l'effort agit surtout par la contraction permanente du diaphragme et des muscles abdominaux.

On a dit que, au bout d'un certain temps, les hernieux s'accoutument à leur position, et que la hernie n'a plus d'influence sur l'économie : cela n'est vrai que pour les hernies peu considérables et tout à fait indolores, et pour peu que l'on examine avec soin, comme je l'ai fait au Bureau central, on verra que, plus la hernie vieillit, plus elle devient douloureuse, et moins les efforts sont possibles.

Nous arrivons maintenant, messieurs, à une série de questions qui intéressent la chirurgie et la médecine opératoire.

Influence de la hernie sur les viscères qui la composent : épiploon et intestin (je ne parlerai pas des autres viscères) ; *sur le sac et son collet; enfin, sur le péritoine.* — Il est rare de trouver une vieille hernie épiploïque sans adhérences, ce qui veut dire que l'épiploon ne rentre plus ; il s'engorge par suite d'un dépôt de lymphe plastique, ou bien il se charge de graisse : cette adhérence devient alors la cause de l'accroissement de la hernie, parce qu'elle attire toujours à elle une nouvelle quantité d'épiploon et d'intestin ; c'est pour ces hernies que j'ai institué un mode de traitement qui m'est propre, messieurs, et qui les fait rentrer : j'ai fait rentrer ainsi des hernies qui dataient de vingt ans ; nous en parlerons à propos du traitement des hernies. L'épiploon s'épaissit donc, il se charge de graisse et devient adhérent : il est une certaine forme d'adhérences dont je veux vous parler ; grâces au ciel, elle est très-rare, mais elle pourrait singulièrement embarrasser l'opérateur : le sac est divisé, par ces adhérences de l'épiploon, en plusieurs loges, dans lesquelles l'intestin peut s'étrangler. Jusqu'ici, la difficulté n'est pas très-grande, mais, si l'épiploon entourant l'intestin adhère au collet du sac, et que, dans ces circontances, l'intestin s'étrangle, il ne s'agit plus alors de dilater ou d'inciser seulement les anneaux et le collet du sac, mais il faut encore débrider sur l'épiploon lui-même. De tels faits sont rares ; j'en ai vu cependant plusieurs exemples rapportés par un chirurgien anglais.

Quant à l'intestin lui-même, il contracte très-rarement des adhérences avec le sac ; cela ne se voit guère que pour les hernies très-anciennes et très-volumineuses qui n'ont jamais été contenues. Les gros intestins sont plus souvent adhérents au sac par leurs petites laciniures graisseuses quasi-épiploïques ; cela est encore assez rare, vu le nombre très-minime de ces hernies, qui ne forment que 1/15 ou 1/20 environ des hernies inguinales.

Il y a encore une circonstance où l'intestin semble ressentir l'influence du collet du sac, sans qu'il y ait eu pour cela d'étranglement : il y a, dit-on, dans ce cas, une sorte de rétrécissement tout autour de la surface externe de l'intestin, marqué sur le cadavre par une ligne blanchâtre. C'est Ritsel qui a parlé de ce rétrécissement de l'intestin, mais M. J. Cloquet, sur 5 ou 600 autopsies de hernieux qu'il a faites, ne l'a jamais noté. Pour moi, je n'y crois pas ; mais voici un cas que j'ai vu : il y a des hernies qui sont formées par une petite portion seulement d'une anse intestinale ; ce sont des hernies dont l'orifice du sac est très-rétréci, un effort violent fait passer une très-petite portion d'intestin à la fois : ces hernies, si petites encore, donnent quelquefois lieu à des coliques ; sous l'influence des efforts et des mouvements, cette portion d'intestin descend donc en forme de doigt de gant ; c'est alors que l'on trouve ces diverticulums intestinaux qui ont pour type l'appendice vermiculaire. Il me paraît plus que cette sorte de hernies se fait par la distension et l'allongement d'une petite portion d'intestin sous l'influence de la pression des viscères.

Ce qui importe bien plus au chirurgien, c'est l'étude du sac. Nous allons donc voir comment se forme le sac herniaire, comment il se rétrécit, comment il se comporte dans les cas de guérison radicale ou non radicale ; enfin, nous verrons comment se forme le collet du sac.

Comment se forme le sac ? — Il y a derrière l'anneau une sorte de tenture formée par le péritoine, doublé par le *fascia propria ;* cette toile est bien tendue, comment donc traverse-t-elle l'anneau ? Est-ce que le péritoine va se laisser amincir de sorte que la portion qui correspond à l'anneau ait seule perdu de son épaisseur, et forme ainsi le sac ? Le péritoine n'est pas assez adhérent aux parois abdominales vers l'anneau, pour que cela puisse se produire dans les hernies inguinales ; mais cela arrive pour les hernies ombilicales. Dans les hernies qui nous occupent en ce moment, le péritoine, poussé dans l'anneau au niveau de ce point, attire à lui, de proche en proche, les portions péritonéales voisines : ce n'est donc pas par distension, par amincissement du péritoine, que se forme le sac, c'est par une sorte de locomotion. Ce fait, généralement admis aujourd'hui, peut se démontrer de deux manières. Si avec le doigt on pousse, sur le cadavre, le péritoine vers l'anneau, il est facile de voir qu'il y a une véritable locomotion : on peut aussi s'en convaincre en examinant la forme du sac sur une hernie récente ; elle a la forme d'une ampoule ; et, lorsque le sac est très-distendu, le collet est étroit et offre des plis, ce qui prouve bien que le péritoine qui forme le sac est venu de loin ; enfin, en examinant le sac lui-même, on voit qu'il a le même aspect, la même épaisseur que le péritoine normal, et qu'il est aussi doublé par le *fascia propria :* c'est donc par la locomotion du péritoine que se forme le plus souvent le sac d'une hernie ; mais il peut aussi s'agrandir par la distension de cette séreuse. Si l'on porte la pression un peu plus loin, le péritoine ne cède pas, mais le *fascia propria* s'éraille et se crève ; si l'on continue à presser, on entend bientôt le péritoine craquer, et, sous l'influence d'un dernier effort, il finit par se crever. Dans certains cas, on voit des sacs dont le péritoine est éraillé, aminci ; il n'a plus la même forme, la même épaisseur : ce n'est donc pas seulement par déplacement que se forme le sac herniaire.

La forme et l'orifice du sac diffèrent beaucoup, suivant les diverses espèces de hernies. Quand il n'y a qu'une pointe de hernie, le sac est conoïde ; lorsque la hernie est descendue, il a la forme sphéroïde ; quelquefois, cependant, la hernie s'allonge dans ce cas, et le sac a la forme elliptique. Quand la hernie sort à travers l'anneau inguinal, il affecte la forme globuleuse ; il y a deux rétrécissements formés par les points en contact avec les anneaux, entre lesquels existe une dilatation plus ou moins ovoïde, et ce qui dépasse l'anneau externe a la forme globuleuse. Enfin, quand la hernie est dans le scrotum, c'est la forme d'une poire renversée qu'il offre.

Comment se comporte l'orifice ? — Dans la hernie du premier degré, l'orifice est plus large que le fond ; mais si l'on examine une hernie encore récente qui s'est dilatée après sa sortie, on trouve, au collet, des plis semblables à ceux que présente une bourse serrée dans un de ses coulants, ces plis sont simplement accolés les uns aux autres ; mais les choses ne restent pas longtemps dans cet état ; le collet cesse bientôt d'être dilatable : ces plis rayonnés sont encore visibles quelquefois au bout d'un certain temps, mais ils sont réunis entre eux par du tissu plus ou moins dense, semblable quelquefois au tissu cicatriciel qui succède aux vastes brûlures cutanées, c'est ce que M. J. Cloquet a nommé des *stigmates ;* on les trouve généralement sur la portion du collet où la hernie se replie sur les bords fibreux des parties voisines. L'orifice du sac, lorsque la hernie est ancienne, est toujours plus étroit que le fond : mais il peut être exactement circulaire, ou bien elliptique, de sorte qu'un des bords de la fente passe sur l'autre comme une soupape ; dans ce dernier cas, en vertu de cette espèce de soupape, la hernie ne sortait pas sur le vivant ; enfin, il peut être triangulaire, il n'y a pas de règle pour la forme, ceci résulte de la manière dont s'est fait le travail pathologique.

Quand le sac s'est dilaté dans le canal inguinal ou dans un scrotum pourvu d'un crémaster très-solide, lorsque l'on a rentré les viscères dans le ventre, le sac, abandonné à lui-même, offre des plis comme une vessie que l'on vide du contenu qui la remplissait. Cela se montre seulement dans les hernies récentes.

Ce sac, tel qu'il est, rentre-t-il dans le ventre ? Voilà une question pratique : peut-il rentrer lorsque l'on réduit la hernie ? Lorsqu'il a la forme conoïde appartenant aux hernies du premier degré, et qu'il est sans adhérences, il peut rentrer ; mais lorsque le sac a la forme elliptique, globuleuse, etc., rien ne peut indiquer s'il rentre ou non ; on a bien conscience de la rentrée des intestins, mais pour ce qui est du sac, on n'a aucun indice certain. M. J. Cloquet, qui a écrit sur l'histoire anatomo-pathologique du sac, un ouvrage qui est encore ce qu'il y a de mieux aujourd'hui sur ce sujet, un véritable *Livre d'or,* M. J. Cloquet, dis-je, a fait plus de 200 expériences sur le cadavre, dans le but de savoir si le sac pouvait rentrer : jamais il n'a pu faire rentrer un sac lorsqu'il était déjà un peu prolongé ; il y a cependant une exception, c'est lorsque la hernie est étranglée par le collet du sac lui-même ; on peut quelquefois, alors, faire rentrer le sac et

la hernie qu'il renferme. Nous reviendrons sur ce point à propos de l'étranglement.

Il y a une autre question qu'il importe de toucher : ce sac, qui ne rentre pas sous l'influence du taxis, peut-il rentrer par l'effet d'une autre cause? Oui, messieurs, il est certaines circonstances où le sac peut rentrer, à condition toutefois qu'il n'ait pas contracté d'adhérences avec les anneaux fibreux. M. J. Cloquet a vu des sacs herniaires rentrer sous l'influence d'une grossesse. Il n'est pas très-rare que les femmes enceintes voient ainsi disparaître leur hernie; voici comment les choses se passent : la matrice, en se développant, soulève le péritoine, qui attire à lui le sac qu'il entraîne dans un autre point de l'abdomen; ces femmes se croient guéries, mais, après l'accouchement, le péritoine n'étant plus soulevé, redescend derrière la paroi abdominale, et la hernie se reproduit. Une rétention d'urine dilatant extraordinairement la vessie, peut, par le même mécanisme, faire disparaître une hernie qui se reproduit lorsque la cause du déplacement péritonéal a cessé d'agir. J'ai vu un cas extrêmement curieux d'une hernie secondaire faisant disparaître une hernie primitive. C'était la même portion d'intestin qui s'était creusé un canal à droite et à gauche; lors donc qu'elle faisait saillie d'un côté du ventre, la hernie disparaissait de l'autre côté. Ces faits sont utiles à connaître, messieurs, car si, chez une femme enceinte, vous voyez une hernie disparaître ainsi, il ne faut pas trop vous hâter de dire qu'il y a guérison, vous vous exposeriez à de cruels reproches de la part des malades.

D'autres causes encore peuvent faire rentrer le sac, et en même temps la hernie. Le séjour prolongé au lit, dans le décubitus dorsal seulement, peut avoir cet effet lorsque la hernie est très-récente. Dans cette position, le péritoine est obligé de se développer pour recouvrir toute la masse intestinale; il remonte donc, et, en se déplaçant ainsi, il tire le sac en haut et le fait disparaître; mais si le malade reste au lit, couché sur un des côtés, le sac ne disparaît pas, le péritoine n'étant pas obligé de se distendre pour envelopper tous les intestins, comme il doit le faire dans le décubitus sur le dos. Ce mécanisme de la rentrée du sac est très-facile à comprendre. M. J. Cloquet avait aussi admis que le sac pouvait rentrer dans le ventre par la seule rétraction du tissu cellulaire sous-péritonéal; enfin, il croyait que la simple contraction du crémaster pouvait amener ce résultat; mais à propos de ces deux dernières assertions, il ne rapporte aucun fait Je n'admets donc pas ces deux causes de guérison, et je ne reconnais comme possible la rentrée du sac que sous l'influence du séjour prolongé au lit, en conservant le décubitus dorsal, et par le développement extraordinaire d'un des viscères amenant ainsi un déplacement du péritoine en totalité.

Le sac est sujet à des inflammations, et à la suite de ces inflammations, il contracte des adhérences, il s'épaissit, et peut même devenir comme cartilagineux; enfin c'est une partie de ce sac, son collet, qui joue le plus grand rôle dans l'histoire de la hernie, et surtout dans l'étranglement.

Qu'appelle-t-on collet du sac ? — Dans un sac herniaire, messieurs, on distingue trois parties : l'*orifice*, le *corps* et le *fond*. L'orifice du sac est donc l'ouverture qui fait communiquer la cavité du sac avec le grand péritoine. L'orifice prend le nom de *collet*, lorsque, par une cause quelconque, il vient à s'indurer; lorsque tous les plis qui existaient dans l'origine en cet endroit ont disparu ou sont réunis entre eux par des cicatrices.

Disons d'abord que le collet du sac peut être ou non adhérant aux anneaux. Quand il adhère à l'anneau, il peut le faire, soit en un point seulement, soit dans toute sa circonférence; dans ce dernier cas, le doigt peut bien parcourir tout le pourtour de l'anneau, mais il ne peut pénétrer dans le canal, entre les parois de ce canal et le sac. D'où viennent ces adhérences, messieurs? C'est une question qu'aucun des chirurgiens qui les ont notées n'a cherché à résoudre : elles sont le résultat de l'inflammation, comme toutes les adhérences du corps humain. Y aurait-il donc d'autres adhérences qui ne reconnaîtraient pas l'inflammation pour cause? Oui, certes, il y en a. Comment se fait, s'il vous plaît, l'oblitération du canal inguinal, de l'artère et des veines ombilicales chez l'enfant? C'est par atrophie, par inutilité des organes. Les sacs herniaires eux-mêmes, lorsqu'ils ne servent plus à rien, se flétrissent et s'atrophient par inutilité également. Mais faut-il admettre que le collet tout seul s'atrophie, tandis que le sac reste plein et entier? Non, non, messieurs, cela n'est pas : adhérence du collet aux anneaux, inflammation; adhérence du collet avec lui-même, inflammation. C'est une inflammation dont les signes sont cachés. Il y a là une péritonite sourde, locale, ne se révélant que par des douleurs sourdes, limitées à cet endroit, et dont le résultat définitif est le rétrécissement du collet. Nous reviendrons là-dessus dans la prochaine leçon.

A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

De l'emploi du perchlorure de fer sous la forme médicamenteuse.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Depuis que j'ai publié quelques observations sur l'application du perchlorure de fer de l'extérieur à l'intérieur, il m'est arrivé d'en faire plusieurs fois usage dans des opérations qui toutes ont été couronnées de succès. Ainsi, l'expérience a parfaitement établi déjà la double utilité de ce sel comme hémostatique et comme caustique, qu'on l'emploie de l'intérieur à l'extérieur par injections, ou par simple application de l'extérieur à l'intérieur. Aujourd'hui, une occasion vient de s'offrir de l'appliquer à un usage interne par lavements ou par potions sous forme médicamenteuse.

Honoré, dès ma jeunesse, de l'affectueuse bienveillance de Cuvier et de de Blainville; pénétré surtout de l'opinion de ce dernier sur l'influence de connexité du tégument interne et du tégument externe, je me demandais si l'on ne pourrait pas administrer le perchlorure de fer à l'intérieur, et j'avais causé à ce sujet avec MM. Robiquet et Rousseau, préparateurs de chimie. Mais l'acide nitrique qui entre généralement dans la composition du perchlorure de fer se trouvait être un obstacle à ce que nous cherchions; car, étendre à l'excès un médicament pour détruire l'effet de l'acide, c'était détruire en même temps l'effet du médicament lui-même.

Une circonstance fortuite appela un de nos amis, un des hommes qui honorent le plus la science, à résoudre cette question : M. Chaix d'Est-Ange, notre collègue à l'Hôtel-de-Ville, un des avocats les plus distingués du barreau de Paris, vint au Conseil municipal le vendredi 3 février, fortement impressionné de l'état d'une jeune personne à laquelle il s'intéressait, et qui, à la suite d'une fièvre typhoïde intense, se trouvait prise d'hémorrhagie intestinale. Notre collègue regardait la mort comme imminente et à peu près certaine. Il était évident que c'était l'hémorrhagie qui tuait la malade. Nous étions ensemble, MM. Pelouze, Dumas et moi, quand M. Chaix d'Est Ange vint tout éploré nous demander conseil, en nous faisant part de ses chagrins. Je demandai à M. Pelouze s'il ne pouvait pas préparer du perchlorure de fer sans acide et le rendre neutre. Il se mit aussitôt à la besogne, et le soir même il m'apporta un flacon plein de perchlorure de fer à l'état neutre, tel que je désirais en trouver pour l'usage interne.

Le perchlorure ou sesqui-chlorure de fer que me remit M. Pelouze a été préparé par la voie sèche, en faisant passer du chlore desséché et en excès sur du fer porté au rouge dans un tube de porcelaine. Le perchlorure ne doit pas sentir le chlore. S'il en avait l'odeur, il faudrait l'exposer à l'air pendant quelques minutes, avant de l'employer. Comme il est très-déliquescent, on doit le conserver dans des flacons bien fermés. En mélangeant ce sel avec une très-grande quantité d'eau qui lui

conserve une saveur fortement âcre et styptique, on obtient un liquide légèrement orangé que l'on peut boire avec facilité.

Quand M. Pelouze me remit le perchlorure de fer ainsi préparé, la jeune malade allait mieux, heureusement, et l'hémorrhagie avait cessé. Mais comme le médicament était tout prêt, je ne voulus pas que ce fût peine perdue, et je crus de mon devoir de faire quelques autres essais. D'abord, je bus moi-même plusieurs verres de cette eau acidulée, astringente, qui me soumit la bouche à un tannage rapide, nullement douloureux, sans que la peau, qui revint tout de suite, eût rien perdu de sa souplesse et de son élasticité; puis je fis prendre le perchlorure de fer à un homme qui s'était présenté chez moi, ayant un de ces affreux cancers de la bouche qu'on ne peut opérer, accompagné d'hémorrhagie qu'annonçaient elles-mêmes de violentes douleurs. L'emploi de ce liquide en lotions et en boissons arrêta l'hémorrhagie.

Dans deux autres circonstances, le perchlorure de fer ainsi préparé m'a également réussi pour arrêter des hémorrhagies intestinales qui résultaient de fièvres typhoïdes.

Maintenant, quel sera le sort de cette nouvelle médicamentation? J'ai cité des faits : ce sont de nouveaux faits et des faits nombreux; ce sont l'expérience et le temps qui résoudront cette question. ALEX. THIERRY.

De la rupture pulmonaire chez les enfants, et de l'emphysème général qui lui succède,

Par le Dr Ch. OZANAM, *bibliothécaire de l'Académie de médecine.*

(Suite. Voir le n° 24 du tome 2.)

Ce fait se trouve en contradiction avec les observations habituelles, qui démontrent la funeste influence de l'air extérieur sur les plaies. C'est même pour éviter l'inflammation si vive qui en résulte que l'on a eu recours à la réunion des plaies par première intention, et les ponctions, les sections sous-cutanées, sont regardées, à juste titre, comme un vrai progrès de la science, parce qu'elles exécutent les manœuvres opératoires sans soumettre les organes à l'influence atmosphérique, et par conséquent sans craindre une réaction inflammatoire.

D'où vient cette différence d'action? Pourquoi, le tissu cellulaire étant largement déchiré, la peau soulevée de toutes parts, ne s'est-il déclaré ni phlegmon ni érysipèle, mais seulement un peu de rougeur? Je crois pouvoir l'expliquer par la composition différente du fluide pénétrant; l'air ne s'infiltre sous la peau qu'après avoir traversé le poumon jusque dans ses dernières cellules; il y a cédé une grande partie de son oxygène, c'est-à-dire de sa partie active et irritante; il ne pénètre sous la peau qu'un mélange d'azote, d'acide carbonique et d'une minime portion d'oxygène. Or, l'azote et l'acide carbonique n'ont point une action locale irritante; ils sont facilement tolérés par les parties sensibles qu'ils traversent.

On pourrait objecter, il est vrai, que l'emphysème qui survient à la suite des fractures de la mâchoire, des côtes ou des plaies du larynx, ne détermine pas plus d'accidents, quoique l'air n'ait pas été modifié par la respiration; mais il faut tenir compte du non-renouvellement de l'air. Dans le cas de plaie extérieure, le renouvellement de l'air est constant, la quantité d'oxygène mise en contact avec la plaie est considérable : de là l'inflammation plus vive.

Dans le cas d'emphysème, suite de fracture, l'air infiltré reste le même, et, après avoir cédé son oxygène, devient bientôt un corps neutre et sans danger.

Du reste, je n'avance cette idée que comme hypothèse probable; il faudrait, pour en faire une certitude, déterminer par l'analyse chimique la composition du gaz contenu dans les cellules emphysémateuses.

La résorption de l'air infiltré sous la peau exige un temps considérable; ce n'est qu'au bout de huit à dix jours qu'il disparut totalement chez le sujet de la 4e observation, quoique depuis longtemps il n'y eût plus de communication avec la déchirure pulmonaire.

Modes divers de guérison. — En face de pareilles lésions, l'art se trouve bien impuissant, il ne peut prêter qu'un secours bien faible aux efforts conservateurs de la nature; mais c'est alors que l'on peut apprécier toutes les ressources de l'organisme abandonné à lui-même, car, pour un état qui paraît irrémédiable, il y a plusieurs modes de guérison possibles.

1° *Retrait des cellules pulmonaires.*— Les cellules pulmonaires, en vertu de leur élasticité, reviennent peu à peu sur elles-mêmes; les ouvertures par lesquelles l'air du poumon passait sous la plèvre, se rétrécissent et s'oblitèrent; dès lors ce foyer est rendu indépendant, l'air qu'il contenait est évacué par une ponction comme celui du tissu cellulaire, ou bien il se résorbe progressivement.

2° *Dépôt de lymphe plastique ou de sang.* — Les cellules pulmonaires déchirées laissent suinter une certaine quantité de lymphe plastique; celle-ci remplit peu à peu leur cavité, et empêche l'air de s'épancher au dehors.

Mais ici nous devons distinguer trois variétés :

A. Lorsqu'il n'y a qu'un léger dépôt de lymphe plastique superficiel, résultat de la déchirure;

B. Lorsqu'il y a un épanchement plus ou moins considérable de sang, comme M. Natalis Guillot l'a observé;

C. Lorsqu'il survient une pneumonie, suite de l'irritation des parties déchirées, cette inflammation a pour résultat aussi d'oblitérer les cellules pulmonaires, au moins momentanément, et de permettre à la cicatrice de se former.

3° *Compression du poumon par un épanchement liquide.* —Cet exemple se présente lorsque, une pleurésie venant à se déclarer du côté malade, l'épanchement séreux comprime peu à peu la plèvre pulmonaire et les vésicules déchirées du poumon, les affaisse sur elles-mêmes, et empêche tout passage de l'air (4e *obs.*).

4° *Compression par l'épanchement gazeux lui-même.* — Cette dernière opération de la nature est la plus intéressante à étudier. L'air, aussi bien que les liquides, exerce une compression sur les organes : or, quand les mouvements respiratoires ont fait passer une suffisante quantité d'air sous la plèvre, cet air exerce une compression de plus en plus grande sur les vésicules pulmonaires déchirées qui forment une des parois de la cavité qui l'enferme.

Il arrive un moment où les vésicules sont totalement affaissées, leurs bords déchirés s'agglutinent, et l'air contenu dans les bronches cesse alors de passer dans la cavité anormale (5e *obs.*).

Tels sont les quatre modes de guérison auxquels la théorie et l'induction nous font arriver de prime abord; mais, quoique tous également possibles, ils n'ont pas tous été observés jusqu'ici.

Les autopsies que j'ai faites ne m'ont révélé aucune trace de dépôt plastique sur les cellules pulmonaires déchirées; celles-ci apparaissent très-nettes, avec leurs bords et leurs cavités irrégulières.

Mais M. Natalis Guillot a vu plusieurs fois la vésicule pleurale remplie par du sang épanché, et l'on conçoit facilement que ce dépôt fibrineux, venant à se former, puisse oblitérer les ouvertures infiniment petites par lesquelles s'échappe l'air.

Je n'ai pas rencontré non plus d'inflammation vive du parenchyme pulmonaire autour des parties déchirées, et, chose digne de remarque, chez le sujet de notre 5e observation, qui guérit, la pneumonie occupa successivement les deux tiers inférieurs du poumon, et sembla respecter le tiers supérieur, où s'était opérée la déchirure.

Quoique ces différents modes de guérison puissent paraître, au premier abord, les plus simples et les plus faciles à comprendre, il est probable que, dans notre observation, la guérison a dû se produire au moyen de la compression des cellules pulmonaires par l'épanchement gazeux. Il faut se rappeler, en effet, que le souffle amphorique se faisait entendre dans l'étendue d'un pouce, et avait par conséquent refoulé une partie notable du poumon à l'endroit déchiré, absolument comme il arrive pour le poumon tout entier dans le pneumo-thorax.

Il est nécessaire néanmoins qu'une quantité très-faible de lymphe plastique se soit répandue sur les surfaces pour former la cicatrice ; on est obligé de l'admettre théoriquement, quoique l'expérience ne l'ait pas encore démontré.

Diagnostic. — Il est quelques points du diagnostic qui peuvent offrir certaines difficultés ; nous les examinerons en peu de mots, afin d'éviter aux praticiens toute chance d'erreur.

1° *Distinguer la crépitation de l'emphysème du râle crépitant de la pneumonie.* — Quand l'emphysème gagne le tissu cellulaire du dos et de la poitrine, chaque mouvement inspirateur comprime ce tissu infiltré d'air, et détermine une crépitation qui ressemble assez bien au râle crépitant de la pneumonie, et parfois même à tel point que l'on pourrait s'y méprendre pendant l'auscultation, si l'on ne connaissait d'avance l'existence de l'emphysème ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir :

A. Que cette crépitation est plus forte, plus superficielle, et voisine de l'oreille ;

B. Qu'elle est sensible à la main et au toucher, et détermine une sensation analogue à celle que produiraient un certain nombre de grains de millet ou de sable tombant sur la main qui palpe ou l'oreille qui ausculte ; ce n'est pas seulement un bruit comme le râle crépitant ; mais il y a, en outre, sensation d'un choc ;

C. Outre cette crépitation régulière et cadencée causée par la respiration du malade, on en produit soi-même à volonté, dans l'intervalle, par la palpation, ou en appuyant un peu l'oreille contre la poitrine du malade ;

D. Enfin, outre ces différentes crépitations, on entend le véritable râle crépitant, plus sourd, plus régulier, plus profond, lorsqu'il existe une pneumonie en même temps que l'emphysème, comme nous l'avons remarqué dans la 4e observation.

2° Le *souffle* produit par l'emphysème sous-pleural (4e *obs.*) peut donner lieu aux mêmes erreurs, et se confondre avec le souffle de la *pneumonie* ou de la *pleurésie,* s'il est peu étendu, ou encore avec celui d'une *caverne* ou d'un *pneumo-thorax.*

Il en diffère néanmoins en ce qu'il est plus superficiel, plus voisin de l'oreille, et qu'il ne s'accompagne :

A. Ni de *râle crépitant pulmonaire,* comme dans la *pneumonie ;*

B. Ni d'*égophonie,* comme dans l'*épanchement pleurétique ;*

C. Ni de *gargouillement,* comme dans une *caverne ;*

D. Ni de *tintement métallique,* comme dans le *pneumo-thorax.*

3° Le *gonflement de la joue,* quand il survient chez des enfants affaiblis par une rougeole, une longue coqueluche, etc., pourrait en imposer, au premier abord, pour les prodrômes d'une *gangrène de la bouche;* car il y a deux formes de gangrène de la bouche chez les enfants : l'une qui commence par l'ulcération de la muqueuse, celle-ci ne doit pas nous occuper.

L'autre qui produit un gonflement considérable et très-dur de la joue, gonflement qui augmente jusqu'à mortification des tissus, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires.

A. Mais c'est précisément cette *dureté* qui facilite le diagnostic ; car la tumeur aérienne est rouge, luisante, parfois un peu dure et empâtée, il est vrai, par suite du refoulement du tissu cellulaire, mais le plus souvent élastique et fluctuante ; tandis que la tuméfaction inflamatoire a la dureté de la pierre et n'offre aucune rénitence.

B. Dans l'emphysème, les ganglions sous-maxillaires restent aussi dans leur état normal.

C. L'emphysème offre une transparence qui manque complétement dans l'engorgement qui tend à la gangrène. Quoique cette distinction puisse paraître inutile, à cause de la grande différence qui existe entre les deux affections, quand leurs caractères sont bien tranchés, j'ai cru devoir les indiquer ici, parce qu'une fois, j'ai dû hésiter quelques heures, aucun signe d'emphysème n'existait encore, la joue seule était rouge, gonflée, dure, et l'état très-grave du malade pouvait tout faire craindre.

Tels sont les signes qui peuvent servir à distinguer ces deux affections au début, car plus tard les symptômes de chacune sont si tranchés, qu'on ne pourrait s'y tromper. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur le diagnostic, il nous suffit d'avoir montré les diverses causes d'erreur d'une manière générale ; quant aux difficultés qui peuvent survenir à propos de chaque malade en particulier, c'est au médecin à compléter ces connaissances préliminaires pour arriver à un diagnostic sûr et précis.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement de la pneumonie par les inhalations de chloroforme,

Par M. le Dr Varrentrapp, *de Francfort.*

Les résultats obtenus par M. Varrentrapp sont assez remarquables pour que l'on prenne en considération ce nouveau moyen thérapeutique. A la vérité, il ne l'a encore appliqué qu'à 23 malades, et il a soin de dire lui-même que ce nombre est trop faible pour permettre de tirer aucune déduction générale. S'il s'est décidé à publier ces premiers résultats, ce n'est ni pour établir une statistique, ni pour faire prévaloir ce mode de traitement, mais uniquement pour engager les médecins, et surtout ceux qui sont à la tête des hôpitaux, à faire les mêmes essais.

Déjà les docteurs Wacherer et Baumgartner avaient fait usage des inhalations de chloroforme, mais leurs essais ont passé inaperçus. M. Varrentrapp administre les doses plus fortes et plus rapprochées ; il n'emploie aucune autre médication, même dans des cas graves, et, jusqu'à présent, il n'a eu qu'à se louer de ce traitement. Sur ses 23 malades, 21 hommes et 2 femmes, il n'en a perdu qu'un seul ; c'est un homme de 59 ans, qui n'était entré à l'hôpital que le neuvième jour.

Ordinairement les malades qui entraient dans son service, étaient au quatrième jour de la maladie ; on commençait immédiatement le traitement ; on imbibait de chloroforme un petit tampon de coton de la grosseur d'un à deux doigts, que l'on enveloppait ensuite dans une pièce de coton de la grandeur de la main et de l'épaisseur du doigt, et l'on tenait cette espèce de pelote plus ou moins rapprochée du nez du malade. L'inhalation durait 10 à 15 minutes, quelquefois plus longtemps. Le minimum des inhalations fut de six dans les 24 heures, le nombre moyen de huit à douze. Ce nombre fut porté jusqu'à vingt, et même une fois jusqu'à vingt-cinq.

L'auteur estime à environ 60 gouttes la quantité de chloroforme consommée dans chaque inhalation. Ce procédé permet de régler l'administration du médicament d'après les circonstances individuelles, en rapprochant ou en éloignant du nez le tampon de coton. Il arrive assez souvent que, dès le début, les malades éprouvent des vertiges, un peu de narcotisme, du malaise ; mais ces accidents disparaissent dès qu'on éloigne le tampon. Peu à peu les malades s'habituent aux inhalations, et en éprouvent même du bien-être.

Sur les 23 malades traités par le chloroforme, la pneumonie siégeait au côté droit dans les dix cas (deux lobes dans 4 malades, trois lobes dans 5) ; au côté gauche, dans huit cas (un lobe cinq fois, un lobe et demi une fois, deux lobes deux fois) ; des deux côtés, dans cinq cas (un lobe à droite et à gauche une fois, un lobe à gauche et deux à droite deux fois, un lobe à gauche et trois à droite une fois, un lobe et demi à gauche et deux lobes et demi à droite une fois).

Parmi les complications, l'auteur a noté sept cas de pleurésie.

Dès les premières inhalations, on observe une augmentation de la chaleur, une sueur plus abondante, diminution de la dyspnée, de la toux et de la douleur locale ; en un mot, un soulagement réel.

L'auteur passe en revue chaque symptôme, et fait connaître l'influence que le chloroforme a exercée sur sa durée. Le point de côté, par exemple, cessa du troisième au quatrième jour du traitement. Il en fut de même de la dypsnée ; la toux perdit sa violence du deuxième au troisième jour ; en moyenne, elle dimi-

nuait déjà dès les premières inspirations, et l'expectoration devenait plus facile. Quant à la fièvre, elle diminuait aussi peu à peu en raison de l'amélioration qui survient dans les autres symptômes. La durée de la maladie a été, en moyenne, de quinze jours trois quarts.

L'auteur donne, après ces considérations générales, l'histoire détaillée des 23 cas de pneumonie qu'il a traités par les inhalations chloroformiques.

(*Journal des Connaissances méd. prat. et de Pharmacologie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Février 1854. — Présidence de M. Combes.

Hypertrophie de la langue.

M. Sédillot communique l'observation et les réflexions suivantes :

L'hypertrophie simple avec procidence de la langue est une affection rare que l'on trouve à peine mentionnée dans les ouvrages les plus récents de pathologie et de médecine opératoire.

MM. Velpeau, Vidal, Nélaton, Malgaigne, se sont peu occupés de cette gênante et dangereuse difformité, et l'on est obligé de recourir à des documents plus anciens pour en trouver des observations.

Notre regrettable collègue, le professeur Blandin, avait cité, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (art. *Langue*), Gallien, Scaliger, Marcellus Donatus, Trioen, Th. Bartholin, Paul de Sorbait, Percy, Mirault d'Angers, comme ayant rapporté des exemples d'hypertrophie de la langue compliquée de procidence, et il avait signalé les principales altérations qui peuvent accompagner et aggraver cet état.

L'excision et la ligature ont été les moyens de traitement habituellement employés, et l'on connaît quelques beaux résultats de ces opérations. La question ne nous a pas cependant paru épuisée sous le rapport des causes, de la nature, des progrès et de la thérapie de l'affection ellemême et des lésions consécutives dont elle peut être suivie, et nous avons jugé digne de l'intérêt de l'Académie l'observation suivante, recueillie à notre clinique.

Observation (recueillie par M. Herr, élève interne). — Le nommé Kraut (Auguste), âgé de 9 ans, fut présenté à la clinique de M. le professeur Sédillot, le 16 novembre 1853, pour une hypertrophie très-considérable de la langue qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation.

D'après les renseignements transmis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue avait commencé à s'hypertrophier cinq années auparavant, à la suite de la section du filet pratiquée pour faciliter la prononciation.

Dès la première année, la langue ne pouvait déjà plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très-vives qui réagissaient sur la santé générale et forçaiennt parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut, mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gène causée par une aussi grave infirmité, la constitution n'est pas notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée, l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur.

La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre $0^m,13$ d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a $0^m,05$ de diamètre longitudinal, $0^m,053$ de largeur et $0^m,027$ d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte en arrière de papilles fungiformes très-développées qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont cachées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie sur laquelle glisse la langue sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et de cautérisations répétées; mais l'inutilité de ces tentatives et l'embarras croissant de la déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix et la difformité croissante, ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot ayant jugé l'*excision indiquée*, la pratiqua de la manière suivante, le 19 décembre 1853 :

L'enfant, assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint dès lors facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait $0^m,09$ de longueur, et comprenait toute la largeur de l'organe jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuse) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie promptement arrêtée par des lotions d'eau de Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents; mais on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue, fasse encore saillie hors de la bouche, et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le 25, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le 1er décembre, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoique la tuméfaction persiste encore; mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires. On constate, par une mensuration précise, que la présence de la langue entre les dents, pendant le long intervalle de cinq années, a déterminé l'incurvation permanente en bas, du maxillaire inférieur. Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant, et atteint 28 millimètres entre les deux incisives médianes.

M. le professeur Sédillot pense qu'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé, embrassant la moitié antérieure du menton, et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux, et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Réflexions. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques-unes des considérations qui ressortent de cette curieuse observation.

1° Il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, et nous penchons à croire que l'affection était antérieure à l'opération, et qu'elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés. L'hypertrophie resterait inexpliquée sans renseignement étiologique. C'est une lacune à combler qui appelle l'attention des observateurs.

2° L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure, et venant préserver la langue de toute action mécanique irritante et ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire qui, non-seulement prévint les dilacérations de la langue, mais soutint les dents et les empêcha de s'incliner horizontalement et de s'ébranler, comme on le constate si fréquemment;

3° La déviation permanente du maxillaire inférieur portée à 3 centimètres au moins d'écartement, si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats, puisque des déformations consécutives peuvent en résulter, et compromettre pour longtemps l'intégrité si importante des formes et des fonctions de la bouche;

4° L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est le procédé opératoire le plus favorable, et ne saurait, sous aucun rapport, être comparée à la ligature qui entraîne de véritables dangers de suffocation par la tuméfaction quelquefois très-considérable des parties étranglées, détermine une suppuration prolongée, et offre beaucoup moins de chances d'une réunion régulière;

L'excision est prompte et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours; nous recommandons notre procédé comme le plus sûr et le plus facile;

5° La réunion des deux lambeaux réclame la suture enchevillée, et nous conseillons de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies de 1 centimètre environ de hauteur sur 2 de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté. C'est le meilleur moyen d'obtenir l'affrontement complet des lambeaux pendant un temps assez long pour la consolidation de la plaie. Les ligatures simples coupent trop rapidement les tissus et exposent à laisser une langue bifide, accident dont nous avons été témoin;

6° L'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale, disparaît avec la cause qui l'a produite; mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire. L'art doit intervenir, et la fronde élastique dont nous avons conseillé l'emploi, nous paraît le meilleur moyen de combattre efficacement cette gênante difformité chez les enfants dont l'accroissement n'est pas encore achevé.

Monstruosité (cochon opodyme).

M. Dezautière, médecin à Decize (Nièvre), adresse une lettre relative à un cas de monstruosité sur lequel M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire donne les détails suivants :

L'animal envoyé à l'Académie par M. le docteur Dezautière, est un cochon monstrueux, né il y a quelques jours, aux environs de Decize (département de la Nièvre). Il appartient à la famille des monstres doubles monosoniens, et au genre opodyme ou polyopse.

Les exemples d'opodymie abondent dans la science, mais principalement dans deux espèces remarquables entre toutes par la fréquence de la duplicité monstrueuse, le chat et le bœuf : chez le chat, c'est même à peine si l'opodymie peut être appelée un cas rare. Chez le cochon, au contraire, elle est peu connue, et je n'avais même pu en citer un exemple dans cette espèce, que d'après les observations de M. Otto et de M. Gurlt, les unes et les autres faites sur le même individu, appartenant au musée de l'Université de Berlin. L'envoi de M. Dezautière offre, sous ce point de vue, quelque intérêt pour la science, et son cochon opodyme sera utilement placé dans la collection tératologique du Muséum d'histoire naturelle, si l'Académie veut bien en faire don à cet établissement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Ainsi que nous l'avions parfaitement prévu, nous avons eu raison de n'accepter que sous bénéfice d'inventaire les détails publiés par l'*Emancipation* belge sur le budget de l'Académie de médecine de Bruxelles, desquels nous avons eu soin, d'ailleurs, de retrancher ce qu'il pouvait y avoir d'offensant pour certains confrères. Voici déjà la rectification que publie la *Gazette médicale* de Paris :

Un journal politique belge, l'*Emancipation*, a publié récemment, à l'occasion de la discussion du budget du ministère de l'intérieur à la chambre des députés, un article très-violent contre l'administration de l'Académie royale de médecine de Belgique, dans lequel le bureau de ladite Académie, et particulièrement son président, M. Vleminckx, sont accusés de gaspillage, de mauvaise gestion des finances académiques, et presque de malversation. Les honorables académiciens, objets de cette attaque, sauront très-bien se défendre. Ceci n'est pas notre affaire. Mais il y a dans l'article de l'*Émancipation*, à l'adresse personnelle de la *Gazette*, un passage qu'il nous importe de relever :

« Vient ensuite une somme de 1,680 fr. allouée annuellement à M. Jules Guérin, rédacteur de la *Gazette médicale* de Paris, *pour faire connaître les travaux de l'Académie*. Il paraît que nos académiciens n'ont pas grande foi dans la valeur de leurs travaux, puisqu'ils croient qu'on n'en parlerait pas, *s'ils ne payaient les panégyristes. Du reste, depuis* 1850, *M. Guérin n'a pas publié les travaux de l'Académie, ce qui ne l'a pas empêché de continuer à toucher les* 1,680 fr., etc. »

L'article de l'*Émancipation* a été reproduit en Belgique par un journal médical de Liége, le *Scalpel*, et ensuite par un de nos confrères de la presse médicale parisienne, qui aurait bien fait peut-être de s'enquérir d'abord auprès de nous de la vérité des faits.

Quoi qu'il en soit, voici, pour les auteurs et reproducteurs de cette attaque, une rectification que nous demandons, sinon à leur bienveillance, du moins à leur justice :

1° Les 1,680 fr. annuellement touchés par M. Jules Guérin, rédacteur de la *Gazette médicale* de Paris, ne lui sont pas *alloués* à titre de panégyriste gagé de l'Académie de médecine belge. Ils représentent le prix, et le prix réduit, de 52 exemplaires de la *Gazette*, régulièrement envoyés individuellement à chacun des membres de l'Académie. En outre, le compte-rendu *in extenso* des travaux de l'Académie entraîne un surcroît de frais dont il est bien juste qu'il soit indemnisé. La somme en question n'est donc pas un *subside accordé à l'étranger*, comme le prétend l'article, c'est le solde d'une valeur réelle.

2° Il n'est pas vrai que M. Jules Guérin a cessé, depuis 1850, de publier les travaux de l'Académie de Belgique, tout en continuant de toucher ses 1,680 fr. Il n'a pas cessé, au contraire, de les publier régulièrement aux époques convenues, comme tous les lecteurs de la *Gazette* le savent, et comme auraient pu et dû le vérifier l'auteur et les reproducteurs de cette allégation; et il a expédié non moins régulièrement les 52 exemplaires de la *Gazette*.

3° La *Gazette médicale* de Paris n'a jamais fait le panégyrique de l'Académie de médecine belge. Elle s'est bornée à exécuter l'unique condition de son arrangement avec elle, c'est-à-dire à publier le compte rendu de ses séances. Que l'Académie ait bien ou mal fait d'adopter ce mode et cet organe de publicité, c'est une autre question qui n'intéresse guère qu'elle-même. Cependant on peut présumer qu'elle n'avait pas pris un trop mauvais parti. La publicité de la presse médicale parisienne, soit dit sans vouloir blesser aucun patriotisme, est plus étendue que celle de la presse bruxelloise, même en Belgique. Chez nous même, notre Académie parlerait presque à huis-clos pour la France et l'étranger si elle était réduite à son bulletin officiel. Aussi allonge-t-elle de temps en temps les banquettes destinées aux journalistes. L'Académie de médecine belge n'avait donc pas fait un marché onéreux avec la *Gazette médicale* de Paris, quoi qu'en puissent penser les éplucheurs de son budget, et, dans tous les cas, la *Gazette médicale* de Paris n'a reçu de l'Académie que le juste prix de ce qu'elle lui a livré, quoi qu'en veuillent dire de charitables confrères de Bruxelles, de Liége ou de Paris. Nous aimons à croire qu'ils n'ont péché envers nous que par ignorance. Ceux qui, après nos explications, répéteraient ces méchants propos, n'auraient plus la même excuse.

— Nous sommes bien heureux de pouvoir annoncer que les prévisions que nous avions manifestées lors du départ de M. Michon se sont réalisées. Quelques mois de repos dans l'air pur de la campagne ont rendu toute son activité à l'habile chirurgien, qui a pu reprendre hier son service à l'hôpital de la Pitié.

— Le mercredi 22 mars 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à Paris, pour la nomination à trois places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire, du mercredi 22 février courant au 6 mars prochain, à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, L. Dubost.

— Le nombre des malades est toujours très-considérable en ce moment. Pour obvier à l'insuffisance du nombre des lits d'adultes dans les hôpitaux de Paris, et en attendant l'ouverture si désirée de l'hôpital de Lariboissière, l'administration de l'assistance publique vient de faire ouvrir à l'hospice de Bicêtre deux services supplémentaires qui ont été confiés à des médecins du Bureau central, MM. Moutard-Martin et Delpech. Bien qu'éloignés de Paris, ces services seront fort utiles, et ils permettront de recevoir un grand nombre de malades qu'on se trouvait, faute de place, dans la triste nécessité de refuser au Bureau central d'admission.

— M. le docteur Daremberg, qui a déjà été chargé, par M. le Ministre de l'instruction publique, de différentes missions, vient de partir pour entreprendre de nouvelles recherches en Allemagne et en Italie. M. Daremberg doit recueillir dans les bibliothèques les manuscrits qui peuvent intéresser l'histoire de la médecine et l'histoire générale. M. Bussemacker est adjoint à M. Daremberg comme secrétaire.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a mis au concours les questions suivantes pour 1855 :

Première question. Faire l'histoire des préparations d'argent, décrire leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et déterminer quelles sont celles qui doivent obtenir la préférence.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Deuxième question. Faire connaître les différents moyens qui ont été proposés pour constater les empoisonnements par les bases végétales, et discuter leur valeur au point de vue chimique, en indiquant la marche la plus rationnelle à suivre.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Troisième question. Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements).

La Société croit devoir signaler à l'attention des concurrents les rapports entre le pouls et la respiration dans les maladies, la métallothérapie et la question de l'hérédité dans les maladies diathésiques.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Quatrième question. Cette question, laissée au choix des concurrents, devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques.

Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

Conditions de concours — Les membres titulaires et les membres honoraires de la Société résidant à Bruxelles ou dans la banlieue, sont seuls exclus du concours.

Les mémoires devront être écrits lisiblement en français, en latin, en allemand ou en hollandais, et être remis (*franco*) avant le 1er mars 1855, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14.

Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur, et portant sur l'enveloppe la devise ou épigraphe placée en tête du mémoire.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, et ceux qui parviendraient au secrétariat après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Arrêté en séance du 5 décembre 1853.

Le secrétaire, Dr J. Crocq. *Le président,* Dr Dieudonné.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 26 2e année. Jeudi 2 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef **: M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 1er Mars 1854.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De l'influence de la poussière de charbon sur les organes respiratoires.

A l'occasion de l'article d'hygiène publique que nous avons publié dans notre n° 18 du 11 février, les délégués de la Société des ouvriers fondeurs nous ont adressé une lettre que nous allons insérer textuellement, malgré deux ou trois expressions dont nous aimons à croire que les signataires n'ont pas bien calculé la portée. Nous regrettons seulement que, s'il existe quelque médecin instruit qui croie à l'influence nuisible de la poussière de charbon, les ouvriers fondeurs ne lui aient pas confié la défense de ce qu'ils considèrent comme leurs intérêts, car ces intérêts sont liés à des questions dont l'examen exige des connaissances que ni des ouvriers ni des gens du monde ne peuvent posséder et auxquelles même trop de médecins sont malheureusement étrangers. Quoi qu'il en soit, nous allons d'abord reproduire la lettre de MM. les délégués ; nous la ferons suivre ensuite de quelques courtes remarques.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du samedi 11 février 1854, vous avez publié sous ce titre : *De la substitution, au point de vue hygiénique, de la fécule au poussier de charbon dans les fonderies de métaux,* un article où, tout en donnant aux ouvriers fondeurs en cuivre l'assurance de votre *sollicitude pour tout ce qui touche à l'amélioration de la santé publique,* vous vous posez en champion du poussier de charbon.

Or donc, Monsieur le rédacteur, comme votre journal est plus souvent dans les mains de nos savants docteurs que dans les nôtres, qui sommes forcés, par notre position sociale, de nous occuper plus de notre travail manuel que de controverses scientifiques, et vu que dans ce moment la question qui a motivé votre article est soumise à l'examen des hommes de science pour lesquels vous écrivez journellement, nous attendons de votre impartialité la publication des quelques lignes qui suivent, en réponse à l'article du 11 février, afin de détruire, s'il est possible, dans l'intérêt de notre cause, la défaveur qu'il peut avoir jetée dans l'opinion de vos lecteurs, sur ce qui fait l'objet de nos réclamations.

Monsieur le rédacteur, après avoir reproduit dans votre article sus-mentionné, une partie de la lettre publiée par les ouvriers fondeurs en cuivre dans le journal *la Presse* du mardi 7 février, vous vous arrêtez au passage suivant : « Nonobstant ces considérations, le conseil hésita à se prononcer, » et puis vous ajoutez ensuite : « Ou plutôt, comme le reconnaissent plus loin les auteurs de la lettre, le conseil de salubrité déclara « que rien ne « démontrait l'influence nuisible du poussier de charbon, tandis que l'opi- « nion de plusieurs auteurs tendait à faire considérer comme nuisible la « poussière de fécule. »

Voilà, Monsieur le rédacteur, ce que vous faites dire aux ouvriers fondeurs auteurs de la lettre, lorsqu'ils disent tout le contraire, ainsi que le prouve surabondamment le passage dénaturé par vous, et que nous vous remettons sous les yeux : « Le conseil de salubrité ayant déclaré que le « poussier pris en petite quantité n'était pas malsain, » il n'y a dans cette déclaration, qui est selon nous très-nette et des plus simples, rien qui se prête à la fausse interprétation qui en a été faite, et nous ne savons vraiment où vous avez pu saisir dans la lettre des ouvriers fondeurs quelque chose qui puisse faire supposer à la déclaration du conseil de salubrité le sens que vous lui attribuez.

Aussi, afin de ne laisser subsister aucun doute dans l'esprit de vos lecteurs sur la déclaration dudit conseil, déclaration qui nous a été signifiée dans nos ateliers par MM. les commissaires, à la suite d'ordres à eux donnés par M. le préfet de police, nous vous dirons que cette déclaration était à peu près conçue en ces termes : 1° le poussier de charbon, pris en petite quantité, n'est pas malsain ; 2° ce qu'il y a de malsain dans le poussier, ce sont les matières siliceuses qu'on y ajoute. Ainsi donc, dans cette grave question pour la fonderie de cuivre : le poussier de charbon ou la fécule, on se contente de déclarer que le poussier de charbon n'est pas malsain, et puis tout est dit ! Mais nous devons ajouter que, pour nous, MM. les membres du conseil de salubrité n'ont pas tranché la question, mais qu'ils l'ont simplement tournée. Oui, Monsieur le rédacteur, la question a été seulement tournée, ainsi qu'un corps d'armée tourne une place qu'il ne peut prendre ; car le conseil de salubrité, tout en déclarant que le poussier n'était pas malsain, évitait avec soin de se prononcer pour ou contre la fécule, dont on ne trouve pas le nom dans sa déclaration ; alors même que la lutte était engagée entre ces deux agents de notre travail, qui ont chacun leurs partisans : le poussier, les patrons, la fécule, les ouvriers.

Mais le poussier n'est pas malsain, nous dit-on sans cesse. Eh ! mon Dieu, nous sommes-nous jamais plaints de l'insalubrité du poussier ? Non, mais de l'immense quantité que notre travail nous oblige d'employer (1) ; car, ainsi que le disent avec raison les auteurs de la lettre (après avoir parlé de la fécule) : « Le poussier employé dans les mêmes condi- « tions, léger et sec, produit, par l'agitation du sac, un nuage de poussière « continuellement renouvelée que l'ouvrier aspire à pleins poumons. » Pour venir à l'appui de ce passage de la lettre du 7 février, nous prendrons la liberté de mettre sous vos yeux deux certificats qui n'ont pas été faits pour le besoin de la cause, mais que vous pourrez trouver, au besoin, dans plusieurs journaux, et notamment dans le *Moniteur des Conseils de prud'hommes* du 15 mars 1842, époque à laquelle plusieurs de nos camarades furent condamnés à la prison, par le tribunal de police correctionnelle, pour délit de coalition, car alors les ouvriers fondeurs ne connaissant pas d'agent propre à remplacer le poussier de charbon, demandaient

(1) Nous pouvons citer comme exemple telle maison de fonderie où vingt-deux ouvriers fondeurs mouleurs employaient près de 3,000 kilog. de poussier de charbon par an, et qui, maintenant, pour le même laps de temps, n'emploient que 1,050 kilog. de fécule.

une diminution de deux heures sur la journée de travail (dix heures au lieu de douze).

Voici ces certificats :

M. Huron, médecin de l'hôpital Saint-Merry, « certifie que les immix-« tions qui résultent de la fusion du cuivre et du zinc, produisent une ir-« ritation des bronches et de presque tout l'appareil respiratoire des mal-« heureux ouvriers qui se livrent à ces travaux : ce qui détermine chez la « plupart des inflammations aiguës et chroniques des poumons, et par « suite, des maladies de cœur qui abrégent considérablement l'existence « des personnes employées à ces travaux. »

M. Lafont, médecin de la Société de prévoyance et de secours mutuels des ouvriers fondeurs en cuivre de Paris, « certifie que, depuis 1834, sur « dix-neuf décès, il en a constaté treize d'affection aiguë ou chronique des « poumons, deux de mort violente, et quatre de maladies diverses, et que, « sur vingt cas de maladie, seize au moins ont leur siége dans les organes « de la respiration. En effet, la fonction la plus importante à la vie de « l'homme est toujours, durant le travail, dans un état de gêne et de trou-« ble : 1° par une chaleur souvent très-vive; 2° par une fumée et une « poussière épaisse et permanente au point de ne pouvoir faire une seule « aspiration sans qu'il en entre une grande quantité dans les bronches, « dont la dernière ramification arrive promptement à être obstruée ; de là « résulte gêne et oppression pour la presque totalité des ouvriers, après « deux, trois, quatre heures de travail. Aussi, un grand nombre d'entre « eux ne peuvent-ils travailler que trois ou quatre jours par semaine, et « quelques-uns ne peuvent faire que demi ou deux tiers de journée ; ajou-« tez à l'habitation permanente dans un atelier plein de poussière et de « fumée, l'obligation de tenir le même atelier exactement clos, surtout « pour le travail à la chandelle, qui a lieu l'hiver, de trois à huit heures « du soir, vous aurez alors une idée précise de la cause des affections qui « viennent si souvent atteindre cette classe de travailleurs. Il a vu des ou-« vriers fondeurs, atteints de maladies de poitrine, expectorer de la pous-« sière d'atelier cinq et six mois après avoir cessé tout travail. »

(Extrait du *Moniteur des conseils de prud'hommes*, 15 mars 1841.)

Ces attestations n'ont rien de vague, rien d'ambigu ; elles sont, au contraire, d'une exactitude, d'une précision vraiment désespérante pour tout homme qui sent battre dans sa poitrine un cœur véritablement humain. Voici qui n'est pas moins précis. Depuis le 1er janvier 1842, époque à laquelle ces certificats ont été faits, jusqu'au 1er janvier 1854, dans la Société de secours mutuels des ouvriers fondeurs en cuivre de la ville de Paris, dont les membres ne sont admis définitivement qu'après avoir passé deux visites sanitaires, distantes l'une de l'autre de six mois, et qu'ils sont reconnus n'être atteints d'aucune maladie chronique ou autre, il y a eu 33 décès de sociétaires, dont 24 d'affections chroniques ou aiguës des poumons, et 9 de maladies diverses ; mais, sur les 9 sociétaires décédés de maladies diverses, il y en a 2 qui sont morts, l'un d'un squirrhe dans l'estomac, et l'autre d'une attaque d'apoplexie, quoique depuis longtemps ils étaient atteints de nos maladies professionnelles. De tout ce qui précède, il résulte évidemment que vous étiez dans l'erreur lorsque vous avez publié que les décès causés chez les fondeurs en cuivre, par des pneumonies, phthisies, catarrhes, etc., etc., ne s'élèvent qu'à 1 sur 11,16.

En présence d'un tel résultat, nous vous le demandons, Monsieur le rédacteur, la main sur la conscience, n'est-il pas pénible pour vous de combattre des hommes qui luttent depuis longtemps, afin de se soustraire, autant que faire se peut, aux influences morbides d'un travail qui, pour beaucoup d'entre eux, cause des maladies graves et les moissonne avant l'âge?

Surtout lorsque pour les combattre, vous ne pouvez opposer aux raisons par eux données que des arguments sans valeur ; nous n'en voulons d'autres preuves que le passage suivant, pris dans votre article. Nous citons textuellement : « Tel est, en effet, le véritable état des connaissances « actuelles sur l'influence des poussières sur la santé des ouvriers qui les « respirent. *Ces connaissances,* il est vrai, ne sont *pas basées* sur des *re-« cherches* aussi *précises* qu'on pourrait *le désirer ;* elles ne sont pas le ré-« sultat de relevés statistiques *exacts* et dont chaque *unité* aurait été *ri-« goureusement observée ;* mais en l'*absence* d'une démonstration *péremp-« toire,* elles ont du moins en leur faveur les plus grandes probabilités et « l'opinion des hommes les plus spéciaux. » Après cette citation, que pourrions-nous ajouter qui nous soit aussi favorable ? Rien, puisque vous reconnaissez, à l'avance, que les connaissances acquises aujourd'hui sur cette matière ne sont pas basées sur des recherches précises, et qu'elles ne sont pas le résultat de relevés statistiques exacts et rigoureusement observés.

Désirant vous convaincre, Monsieur le rédacteur, nous vous prions de vouloir bien prendre connaissance du remarquable rapport qui a été fait à la suite d'une consultation de médecins provoquée par les ouvriers fondeurs, consultation qui a eu lieu le 2 février, et à laquelle assistaient MM. les docteurs Bouillot, Lafont et Escoffier, médecin de la Société des ouvriers fondeurs depuis 1842.

Nous avons l'honneur de vous saluer,

Pour les délégués de la corporation,

G. Muller, Grandperrin, *ouvrier fondeur en cuivre, membre du Conseil de prud'hommes (section métaux), et président délégué de la Société des ouvriers fondeurs en cuivre de la ville de Paris.*

Nous devons regretter que le rapport dont MM. les délégués font mention à la fin de leur lettre n'ait pu être mis sous nos yeux ; peut-être y aurions-nous trouvé quelques renseignements de nature à modifier l'opinion que nous avons émise sur l'innocuité du poussier de charbon ; mais nous sommes obligé de reconnaître qu'aucun de ces renseignements ne se trouve, soit dans la lettre de MM. les délégués, soit dans les certificats de MM. Huron et Lafont.

Nous n'insisterons pas sur la prétendue dénaturation que nous aurions fait subir à l'opinion du Conseil de salubrité ; il est assez évident, par les objections de MM. les délégués au rapport du conseil, que l'opinion de ce dernier est parfaitement conforme à la nôtre; seulement, nous ajouterons à cet égard deux remarques :

La première, c'est que le Conseil ne s'est pas borné à dire que le poussier de charbon, pris en petite quantité, n'est pas malsain, mais qu'il a rappelé, dans son rapport, l'opinion des auteurs qui ont cru observer l'influence nuisible des poussières végétales, de la farine et de la fécule en particulier ;

La seconde, c'est que le Conseil de salubrité n'a en aucune façon tourné la question, attendu qu'en reconnaissant que le poussier de charbon n'a aucune action nuisible, il déclarait par cela même, de la manière la plus directe et la plus positive, qu'il n'y avait aucune raison ***hygiénique*** pour proscrire cette matière.

Du reste, l'aveu que MM. les délégués placent immédiatement après leurs objections au rapport du conseil, est tellement conforme à notre manière de voir, que nous avons quelque peine à bien comprendre les motifs de leur réclamation. Ils déclarent ne s'être « *jamais plaints de l'insalubrité du poussier*, mais seulement de la *quantité* qu'on leur en faisait employer. » Si nous saisissons bien leur pensée, cela signifie que le poussier n'agirait point par sa nature malfaisante, mais seulement par son abondance. Il est certain que si le poussier était répandu en suffisante quantité dans l'atmosphère pour occuper le quart, le cinquième, ou même le dixième de l'espace que doit occuper l'air ; si en un mot les ouvriers fondeurs étaient obligés de respirer un air mélangé d'un dixième de poussière de charbon, un tel mélange aurait nécessairement une influence fâcheuse ; mais ce ne serait pas là une influence propre au charbon ; elle aurait également lieu de la part de toutes les substances inertes possibles.

Nous arrivons aux certificats. Celui de M. Huron ne disant pas un mot de l'influence du charbon, ne faisant même aucune allusion à cette influence spéciale, nous n'avons pas à nous en occuper.

Quant à celui de M. Lafont, ce médecin attribuant les maladies des fondeurs à l'action combinée « *d'une chaleur très-vive, d'une fumée épaisse qui arrive promptement à obstruer les bronches,* et à la clôture hermétique, » c'est-à-dire à l'insuffisance d'aération des ateliers, il est encore fort difficile de savoir ce que pense M. Lafont de l'action isolée du charbon.

Dans tous les cas, les opinions sont peu de chose en science, quand elles ne sont pas basées sur des faits précis et suffisants ; or, celles de M. Lafont sont loin d'avoir ce caractère, même considérées au point de vue de son opinion telle qu'il l'expose. Le premier fait qu'avance M. Lafont, celui de l'obstruction des bronches par le charbon, ce fait, aussi improbable que possible, n'a jamais été observé par personne, et M. Lafont ne l'a certainement pas constaté, il l'a supposé.

Quant aux 13 décès sur 19, attribués à des maladies des voies respiratoires, outre qu'il eût été nécessaire de dire quelles étaient ces affections, et décrire pour chacune d'elles les symptômes à

l'aide desquels on les a reconnues, le chiffre de 19 décès est beaucoup trop faible pour qu'on puisse fonder sur lui une démonstration quelconque; le hasard peut produire et produit très-souvent de semblables coïncidences, comme nous allons le démontrer dans un instant, en parlant des tables dressées par M. Trébuchet.

Enfin, quand M. Lafont avance que sur 20 cas de maladies qu'on observe sur les ouvriers fondeurs, il y en a 16 *au moins* qui ont leur siége dans les organes de la respiration, nous ne pouvons nous dispenser de faire observer qu'il ne peut y avoir de solution approximative dans une telle question : c'est nécessairement 16 ou plus de 16 ou moins de 16; les mots *au moins* indiquent que M. Lafont a fait une de ces appréciations par à peu près, qui ne peuvent plus être acceptées aujourd'hui comme documents scientifiques.

Enfin, MM. les délégués terminent en nous objectant que nous avons eu d'autant plus tort de ne pas croire à la fâcheuse influence du poussier de charbon, que, même suivant nous, « nos connaissances actuelles sur ce sujet ne sont pas basées sur des connaissances aussi précises qu'on pourrait le désirer, etc.... » (*Voir* notre article du 11 février 1854.)

Ce reproche serait fondé, si, aux recherches sur lesquelles sont basées nos connaissances actuelles, MM. les délégués avaient opposé des recherches plus précises. Mais il s'en faut singulièrement qu'il en soit ainsi, et si nous avions procédé comme l'ont fait les auteurs des certificats rapportés ci-dessus, nous aurions affirmé avec beaucoup plus de raison qu'eux, et de la manière la plus positive, que le poussier de charbon n'a absolument aucune action délétère.

Nous nous sommes bien gardé de le faire, d'une part, parce que nous ne nous faisons le champion d'aucune autre cause que celle de la vérité, et d'autre part, parce que nous sommes un peu plus difficile en fait de preuve que ne le sont, nous ne disons pas les hommes du monde, mais aussi la plupart des médecins.

Si nous ne nous sommes pas arrêté d'une manière définitive à l'opinion de Ramazzini (opinion tout à fait contraire à celle de MM. les délégués), ni aux statistiques de M. Trébuchet, c'est que l'opinion de Ramazzini est fondée sur des appréciations plus ou moins problématiques, c'est que les statistiques de M. Trébuchet portent sur des faits trop peu nombreux et d'une authenticité insuffisante relativement au diagnostic des maladies qui ont causé les décès. Mais il n'en faut pas moins reconnaître que les statistiques de M. Trébuchet et l'opinion de Ramazzini sont des éléments de conviction d'une tout autre valeur que les certificats de MM. Huron et Lafont, et, à plus forte raison, que les appréciations de MM. les délégués, qui manquent, non-seulement des connaissances nécessaires pour se faire une opinion dans une telle question, mais qui, de plus, ne peuvent évidemment l'apprécier avec une entière liberté d'esprit.

En résumé, il résulte de ces remarques, ainsi que de la lettre elle-même de MM. les délégués :

1° Que, d'après les recherches et les opinions des observateurs les plus recommandables, la poussière de charbon n'a aucune action nuisible sur la santé ;

2° Que ces recherches toutefois ne reposent pas encore sur des faits assez précis ni assez nombreux pour permettre de considérer comme démontrée l'opinion qui règne actuellement dans la science.

Quant à l'influence des poussières féculentes, nous exprimerions exactement notre opinion en répétant les deux propositions précédentes avec cette variante à la première : *ont* une action nuisible, au lieu de : *n'a aucune* action.

Nous croyons inutile, après ce qui précède, de déclarer que nous ne combattons pas et que nous n'avons jamais combattu *des hommes;* nous ne combattons que l'erreur, parce que l'erreur nous paraît aussi nuisible aux patrons qu'aux ouvriers; parce qu'elle nous paraît ici-bas la seule ennemie de tout le monde. Que MM. les délégués montrent à la commission d'enquête, qu'ils nous montrent à nous-même des faits plus concluants que ceux qu'ils ont invoqués, et nous serons prompt à proclamer que la raison est de leur côté.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie de médecine.

Les mardis-gras sont partout comme les autres jours : ils se suivent et ne se ressemblent pas ; à l'Académie c'est le contraire ; ils se ressemblent beaucoup. Après quatre ou cinq de ces spirituels et judicieux rapports que lit périodiquement M. Robinet, la parole a été donnée à M. Thomas, qui, dans une longue lecture sur le choléra, a eu le mérite de ne pas soustraire l'Académie aux préoccupations du jour.

Il nous faut cependant mentionner d'une manière spéciale la courte oraison funèbre prononcée par M. Dubois sur la tombe de M. Nacquart; dans cette composition, l'honorable secrétaire perpétuel a retrouvé la sensibilité, l'élégance, le tact et le bon goût qui l'ont si souvent inspiré dans de semblables occasions.

Pourquoi ne mentionnerions-nous pas aussi la communication de M. Poujol, ancien agrégé de la Faculté de Montpellier? Certes, bien des méthodes de traitement ont été opposées à la phthisie, depuis l'origine du monde jusqu'à ce jour, et les pauvres inventeurs ont bien de la peine à échapper aux réclamations de priorité !

Nous croyons que M. Poujol sera plus heureux; car nous ne pensons pas que personne se soit imaginé de traiter la phthisie à l'aide de la *méthode analytique*. L'auteur, il est vrai, associe à cette méthode quatre ou cinq médicaments qu'*il juge à propos de ne pas faire connaître;* mais il est évident que c'est la *méthode analytique* qui est le fond de sa médication. Nous espérons que quelque concurrent ne manquera pas de nous annoncer prochainement qu'il préfère la méthode synthétique.

H. DE C.

De la rupture pulmonaire chez les enfants, et de l'emphysème général qui lui succède,

Par le Dr Ch. OZANAM, *bibliothécaire de l'Académie de médecine.*

(Suite et fin. Voir les nos 24 et 25 du tome 2.)

Traitement. — Le traitement de cet état morbide comprend deux ordres d'indications :

1° Détruire la cause ; 2° détruire l'effet.

La cause, comme nous l'avons dit, est, suivant les circonstances, une toux violente, un délire furieux, des cris et des efforts déterminés par une vive douleur, enfin une oppression pénible causée par quelque affection pulmonaire ; suivant chacune de ces causes, le traitement variera.

A. Le délire et les cris seront calmés par des bains, surtout chez les enfants nerveux, et quand il existe une chaleur brûlante de la peau, et l'on peut voir quel effet merveilleux nous en avons retiré chez le petit malade qui fait le sujet de notre 4e observation. Nous y voyons un délire furieux ayant duré cinq jours et cinq nuits, résisté aux calmants les plus décisifs, céder comme par enchantement à des bains tièdes ; à la suite, survient un calme complet de trente-six heures, pendant lequel le malade repose avec une telle tranquillité qu'on n'apercevait plus sa respiration. Nous trouvons dans ces détails une autre réflexion intéressante à faire.

C'est la possibilité de donner avec avantage des bains à un malade, alors même qu'il est atteint de suffocation imminente ; mais il faut alors qu'ils soient donnés avec une attention, une surveillance extrême ; on ne doit enfoncer le malade dans l'eau qu'au point où la pression ne lui est pas trop pénible, et le soulever dès qu'on aperçoit qu'il ne peut plus la supporter. Le bain doit tou-

jours être très-court, quelques minutes seulement ; il vaut mieux y revenir plusieurs fois que de le donner trop long. Si le bain n'était pas toléré, on arriverait au même but, en faisant des lotions d'eau tiède sur le corps de l'enfant couché, en l'enveloppant de linges humides, puis en le couvrant d'une couverture de laine pour entretenir une douce moiteur.

B. La toux, si elle est forte, devra être calmée par tous les moyens connus, opium, belladone, jusquiame, morphine, thridace, etc. M. Natalis Guillot rapporte un fait de double guérison, chez le même enfant, sous l'influence de ces moyens (15e *obs.*) ; il en est de même d'une douleur violente qui exciterait des cris continuels.

C. On conçoit enfin que si une affection pulmonaire, pleurésie, pneumonie, etc., était la cause de l'emphysème par rupture du poumon, le premier traitement devrait être dirigé sur cette cause première, sans quoi tout le reste serait inefficace.

1° *Traitement de l'emphysème du tissu cellulaire.* — L'emphysème peut être peu étendu et très-considérable.

A. Emphysème peu étendu. — Le meilleur parti à prendre est de l'abandonner à lui-même ; une fois la cause première enlevée, l'air cessera de se renouveler, et celui qui est déjà épanché se résorbera, comme on a pu le voir dans notre 4e observation.

B. Emphysème très-considérable. — Mais, quand l'épanchement d'air est très-abondant, il détermine par lui-même des accidents si graves, qu'il faut nécessairement y porter remède.

Ces accidents peuvent être du côté de la peau ou du côté du poumon.

C. Vers la peau, les vastes décollements pourraient déterminer des inflammations érysipélateuses, des suppurations du tissu cellulaire, une gêne considérable des mouvements. Il faut donc, quand la collection aérienne est assez considérable, y faire une ponction. Parmi les divers moyens employés pour cela, coups de lancettes, *vastes incisions, ponction au trois-quarts, ventouse* et *succion,* nous avons préféré, avec le conseil de M. Blache, la *ponction* avec un trois-quarts très-fin, en ayant soin de faire un pli à la peau, afin de former un trajet oblique. Le trois-quarts filiforme a l'avantage de ne pas faire de plaie, de ne pas donner lieu à un écoulement de sang ni à la suppuration, et de pouvoir pénétrer à toutes profondeurs. Son ouverture ne risque pas d'être trop étroite, pour un fluide aussi subtil, aussi élastique que l'air ; on l'entend s'échapper avec un léger sifflement, et les parois s'affaissent aussitôt. Les ponctions doivent être faites d'abord aux points les plus déclives, dans lesquels on peut faire passer par de légères frictions une partie de l'air contenu dans le reste du tissu cellulaire, afin de le réunir en quelques poches ou réservoirs ; on fait ainsi écouler une plus grande quantité d'air à la fois ; cependant il ne faudrait pas abuser de ce moyen, car chaque crépitation que l'on sent sous le doigt correspond à la rupture de quelque paroi du tissu cellulaire ; outre l'irritation que cause cette manœuvre, elle a le double inconvénient de décoller plus largement la peau, et de faciliter ainsi davantage l'infiltration de l'air contre laquelle chaque cellule est un obstacle ; il ne faut donc réunir plusieurs foyers que lorsqu'ils sont peu distants ou lorsqu'ils communiquent déjà par un étroit passage.

En toute autre circonstance, il faut préférer les ponctions multiples et en faire sur chaque foyer principal ; le reste sera abandonné aux efforts de la nature.

Quant à la succion, nous l'avons essayée également pour aider les effets de la ponction, mais elle a paru produire fort peu d'effet ; on le concevra facilement, si l'on réfléchit que l'air, par son élasticité, tend à s'échapper par les moindres ouvertures, et s'il ne le fait pas, cela tient à ce qu'il est retenu dans des cellules qui ne communiquent pas ensemble. La succion ne réussira pas davantage, le même obstacle qui retient l'air l'empêchera d'être efficace.

2° *Traitement de l'emphysème pulmonaire sous-pleural.* L'art est encore plus impuissant quand il s'agit de l'emphysème sous-pleural. Le mieux est de ne rien faire tant que les accidents de suffocation ne sont pas imminents. Du reste, les ponctions que l'on pratique à la peau produisent par coïncidence un soulagement pour le poumon, qui repousse alors dans le tissu cellulaire affaissé l'épanchement aérien de la plèvre ; mais cette amélioration n'est que momentanée, et les mouvements inspiratoires ne tardent pas à remplir de nouveau la cavité sous-pleurale.

Quand l'épanchement d'air dans la poitrine devient si considérable que le poumon est entièrement affaissé sur lui-même et ne peut plus fonctionner, il existe alors une *indication vitale,* surtout si l'autre poumon est en même temps atteint de pneumonie ou de pleurésie, il faudrait alors, sans hésiter, faire une ponction à la poitrine pour en évacuer l'air. Mais on devrait pour cela modifier un peu le trois-quarts capillaire, en y ajoutant une petite lamelle membraneuse adaptée à l'orifice, sous forme de soupape, afin de permettre l'expulsion de l'air intérieur, pendant l'*acte inspiratoire,* et d'éviter l'introduction de l'air extérieur pendant l'*expiration,* une légère lame de baudruche rendue souple et adhérente, en l'humectant un peu, sera, je crois, la meilleure soupape.

La *succion* pourra, dans ce cas, être aussi d'un grand secours, et permettra de terminer en un instant l'opération, qui, sans cela, serait plus longue, l'air ne sortant que dans un des mouvements de la poitrine et par petites quantités.

Le trois-quarts capillaire a l'avantage de ne pas faire de plaie et de ne déterminer presque aucune inflammation à la plèvre. Nous n'insistons pas sur la nécessité de bien préciser le siége de l'épanchement, d'enfoncer le trois-quarts au niveau du bord supérieur d'une côte, pour épargner les vaisseaux qui longent le bord inférieur, enfin sur les soins à prendre pour ne pas blesser le poumon ; toutes ces précautions se présenteront naturellement à la sagacité du chirurgien.

Reste enfin, comme auxiliaire, la *compression,* proposée déjà par d'autres auteurs dans les cas de plaies pénétrantes de la poitrine avec emphysème ; elle a l'avantage d'immobiliser les parois de la poitrine, de favoriser la résorption de l'air ; je l'ai essayée également, mais j'ai dû y renoncer, à cause de l'oppression et de l'anxiété qu'elle produisait. Cela se comprend aisément, car c'est une gêne de plus apportée à l'acte respiratoire, devenu déjà si pénible ; puis la compression, s'exerçant en premier lieu sur la peau, refoule dans la poitrine l'air ajouté dans le tissu cellulaire, et facilite ainsi le décollement de la plèvre, l'augmentation de l'emphysème sous-pleural ; les inconvénients sont donc bien supérieurs à l'avantage.

Tel est, en résumé, le traitement de cette singulière lésion, traitement à la fois médical et chirurgical, toujours utile, mais on pourrait ajouter presque toujours impuissant, si les ressources inconnues de la nature ne devaient pas encourager le médecin à agir toujours comme si le malade devait guérir.

L'auteur rapporte ici plusieurs observations à l'appui de son Mémoire, et termine par les conclusions suivantes :

1° Toute affection pulmonaire, tout effort violent de la respiration, peut, chez les jeunes enfants, amener une rupture pulmonaire ;

2° Cette rupture est suivie d'un emphysème externe et interne ;

3° A l'extérieur, l'emphysème suit les couches celluleuses et décolle la peau ;

4° A l'intérieur, il suit les conduits bronchiques et les gaînes vasculaires, décolle et dissèque les séreuses ;

5° Cet emphysème, mortel 8 fois sur 9, peut cependant guérir ;

6° Il y a quatre modes possibles de guérison, dont les éléments se prêtent un mutuel secours ;

7° L'indication thérapeutique consiste :

A. A calmer la respiration, à la rendre presque insensible ;

B. A évacuer l'air infiltré, par des ponctions avec un trois-quarts très-fin.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Parmi les Sociétés médicales de province qui travaillent le plus activement au progrès de la science, celle de Rouen tient un rang des plus honorables. Dans le dernier bulletin de ses travaux, nous avons remarqué plusieurs faits que nos lecteurs liront avec intérêt. Nous allons les placer sous leurs yeux.

1° Développement précoce des mamelles chez une petite fille de trois ans et dix mois,

Par M. le Dr Grout.

Une petite fille de 3 ans et 10 mois, semblable aux autres enfants de son âge par sa taille, son extérieur, ses habitudes, s'en distinguait par deux belles mamelles développées à leur place ordinaire, avec le volume, la blancheur, la fermeté, la structure apparente des organes similaires chez les femmes de 20 ans. Il y avait plus d'un an que cet état de choses existait. Cette enfant montrait volontiers à ses parents et à ses connaissances ses petits *tétais;* mais lorsque je voulus obtenir qu'on la conduisît à la Société de médecine pour faire constater cette anomalie d'un nouveau genre, celle par précocité, on promit tout d'abord, on fit des objections ensuite, on témoigna de l'hésitation, de l'éloignement; bref, on refusa.

2° Croissance rapide (6 pouces en 15 jours) chez un jeune garçon de 11 ans et demi, atteint d'une entéro-céphalite mortelle,

Par M. le Dr Desbois.

Voici certainement l'un des faits les plus extraordinaires que renferme la science, si l'auteur avait eu soin de constater le phénomène sur lequel il a appelé l'attention, à l'aide d'une mensuration rigoureuse. En l'absence de cette précaution, le fait perd beaucoup de son merveilleux; mais il reste encore fort remarquable.

Alphonse Thierry, de Rouen, était, depuis quelque temps, sujet à des épistaxis fréquents, à des alternatives de constipation et de dévoiement, ainsi qu'à différents malaises dont il était difficile de déterminer la nature. Les autres fonctions s'exécutaient convenablement; cependant, cet enfant maigrissait d'une manière sensible. M'étant assuré que cette maigreur ne dépendait point de quelque mauvaise habitude, et ne remarquant, d'ailleurs, aucun organe spécialement attaqué, je conseillai aux parents de l'envoyer passer quelque temps à la campagne. On suivit ce conseil, et, vers le milieu de juin, on l'envoya à deux lieues d'ici, chez des parents où il suivit le régime ordinaire des gens de la campagne. Il se donna aussi, pendant environ deux mois qu'il y passa, un peu plus d'exercice qu'à l'ordinaire. Une fatigue plus ou moins grande était, chaque jour, le résultat de ce nouveau genre de vie. La figure se colora comme auparavant, et la maigreur diminuait sensiblement, lorsque, le 11 août 1829, il fut pris d'une diarrhée qui persista pendant plusieurs jours sans produire beaucoup d'altération dans le reste de ses fonctions; cette diarrhée cessa enfin et ne laissa après elle qu'un peu de faiblesse que l'on espérait voir se dissiper, lorsque, le 17, vers le soir, il fut pris d'une fièvre intense; des vomissements se déclarèrent pendant la nuit; le malade eut de l'agitation et, de temps en temps, un peu de délire. On fut, le lendemain, chercher un médecin des environs, qui se borna à prescrire une tisane adoucissante. L'enfant passa la journée du 18, ainsi que celle du 19, dans un état de somnolence et d'assoupissement troublé par quelques envies de vomir, ne répondant pas, ou ne répondant que par monosyllabes, aux questions qu'on lui faisait.

Le 19, je fus mandé près du malade, et m'y transportai dans l'après-midi; je le trouvai vomissant quelques cuillerées de tisane qu'on venait de lui faire prendre. La langue était très-sèche, rouge sur les bords et blanche au centre; la peau offrait une teinte jaunâtre inaccoutumée, et était le siége d'une chaleur considérable, surtout à la tête et au tronc; le pouls était plein, vibrant, et battait de 95 à 100 pulsations par minute; la pression sur le ventre occasionnait de la douleur, à en juger par les cris et les plaintes qui échappaient au malade lorsqu'on touchait sur cette région; car l'abattement extrême et l'assoupissement dans lequel il était empêchaient d'en tirer une seule réponse. Prescription de dix-huit sangsues appliquées, moitié derrière les oreilles et moitié sur l'estomac; cataplasmes émollients, eau gommée froide par cuillerées, orange à sucer, etc. Cette prescription, tant par la difficulté de se procurer de suite les médicaments, que par la négligence des parents, et surtout de la grand'-mère du malade, qui se figurait que les sangsues étaient contraires à la maladie, ne fut exécutée que le lendemain, 20, après une mauvaise nuit pendant laquelle l'augmentation des symptômes alarmants avait enfin décidé la bonne femme à agir. Lors de ma visite, qui eut lieu dans l'après-midi, le malade était mieux; il avait quelque connaissance; on le tirait assez facilement de l'état d'engourdissement dans lequel il était, et il répondait, quoiqu'avec peine, aux questions qui lui étaient adressées. La chaleur et la sensibilité de l'épigastre paraissaient diminuées; la langue était un peu plus humide, et le pouls à 92; du reste, prostration extrême des forces et abattement général. Ayant appris que l'enfant n'avait point été à la garde-robe depuis l'invasion de sa maladie, je prescrivis un lavement simple; même boisson.

Le 21, le malade avait assez bien passé la nuit, quoiqu'avec un peu d'agitation et de délire par moments. Depuis lors, la fièvre avait augmenté; je le trouvai, pour le moins, aussi mal que la première fois : chaleur âcre à la peau; langue et lèvres fuligineuses; abolition complète des facultés intellectuelles; cri plaintif ou espèce de gémissement continuel; pouls à 110. Le lavement n'avait point été rendu; le ventre me paraît un peu dur. Prescription d'une nouvelle application de 15 sangsues; lavements à l'eau de son.

Le 22, même état: le malade avait eu une mauvaise nuit, il n'avait point évacué, et exhalait une odeur d'urine extrêmement forte, occasionnée par de l'urine qu'il avait laissé couler dans son lit. J'apprends qu'à l'exception d'un lavement d'eau de son, l'on n'a rien exécuté de la prescription de la veille; je la réitère, en demandant, pour le lendemain, à me trouver en consultation avec un confrère.

Le 23, 7 sangsues seulement avaient été appliquées, et n'avaient que peu saigné. Le malade était toujours dans le même état, et les symptômes d'adynamie encore plus marqués que les jours précédents; maigreur remarquable; couche terreuse sur plusieurs endroits de la peau. Le confrère que j'avais demandé ne se trouva point au rendez-vous; je prescrivis alors une application de 12 sangsues, avec injonction formelle de les appliquer toutes et de faire bien saigner les piqûres; ensuite, de faire prendre un mélange d'une demi-once d'huile de ricin avec autant de sirop de fleurs de pêcher, et, quelque temps après, de donner un lavement avec une décoction de séné.

Le 24, mieux sensible; les sangsues ont donné issue à une assez grande quantité de sang remarquable par sa mauvaise odeur. Le malade a évacué beaucoup de matières très-fétides, et il a en partie recouvré sa connaissance; l'accablement est moins grand; le pouls est à 90, la respiration plus facile, le ventre souple et peu douloureux. Tisane d'orge coiffée de lait, avec sirop de guimauve.

Le 25, la chaleur et l'accablement reparaissent, la fièvre augmente; tout semble menacer de voir reparaître les graves symptômes qui sont à peine disparus. On s'aperçoit, pour la première fois, de la croissance du malade; on remarque avec étonnement qu'il touche presque aux extrémités de sa couche.

Le 26, les symptômes sont en effet aussi intenses que jamais. Prescription de dix sangsues et de lavements au séné.

Le 27, je me trouvai avec le confrère que j'avais demandé quelques jours auparavant, la bonne mère n'avait point voulu laisser poser les sangsues avant la consultation. Le malade est très-

mal, le pouls est petit et offre des intermittences. Je n'insiste plus sur l'application de sangsues, pensant que la période de la maladie où elle aurait encore pu produire quelque bien était passée. Nous convenons, le confrère et moi, d'appliquer des vésicatoires aux cuisses et des sinapismes aux jambes. Ces moyens réveillent un peu la sensibilité. Le 28, le malade exprimait ses souffrances par quelques cris. Le 29, débilité et affaissement toujours croissants; le malade avale cependant encore les boissons qu'on lui fait prendre; peau terreuse et sèche; insensibilité complète.

Mort le 31, dans la soirée.

Cet enfant, mesuré après sa mort, était long de cinq pieds; c'était justement un peu plus d'un demi-pied de plus qu'avant sa maladie, ce qui fut apprécié exactement en mesurant ensuite un de ses camarades qui était de sa taille. Ainsi, dans l'espace de quinze jours, ce malade a offert l'exemple d'une croissance assez rare, puisqu'elle était presque d'un demi-pouce par jour, terme moyen.

Je regrette beaucoup que les parents se soient opposés à ce que l'ouverture de cet enfant fût faite. Outre les traces de la maladie grave à laquelle il a succombé, j'aurais été curieux d'examiner le corps, et surtout les extrémités des os des membres abdominaux, qui, pendant cette croissance, ont dû être le siége d'un travail actif et extraordinaire dans leur tissu.

Au milieu des reproches que je crois devoir adresser à la bonne femme, qui venait, à chaque instant, interrompre ou changer le traitement de la maladie, suivant ses idées ou ses croyances, j'ignore jusqu'à quel point on peut lui attribuer la mort de cet enfant; mais il est permis de penser que son entêtement y a contribué pour quelque chose, lorsqu'on saura que la sœur de ce sujet, moins âgée que lui d'un an environ, ayant été attaquée des mêmes symptômes, un mois après la mort de son frère, fut sauvée, après vingt-quatre à vingt-cinq jours, d'une maladie grave, dans le début de laquelle j'insistai davantage sur les moyens antiphlogistiques.

Je ne reproduis point ici tous les détails de cette seconde observation, qui, à cela près de la terminaison et des moyens dont je parle, plus franchement employés, ne serait que la répétition de la précédente. Je ferai remarquer seulement que, dans ce cas, la croissance fut moindre. Soit que les émissions sanguines répétées aient contribué à diminuer cette disposition à croître chez cette jeune fille, ou que, naturellement, cette disposition fût moins grande que chez son frère, elle ne se trouva grandie, après sa maladie, que d'environ trois pouces; mais, pendant sa convalescence, cette croissance continua, et les parents purent l'observer et la constater pendant plusieurs mois.

J'ajouterai que, à partir de cette époque, cette jeune fille éprouva une tendance très-marquée à se courber en avant.

3° Gangrène de la bouche. — Nécrose et sortie de plus de la moitié du maxillaire inférieur. — Guérison,

Par M. le Dr Roehrig.

Célina Vardon, âgée de 4 ans, d'une bonne constitution, forte et bien développée, appartenant à des parents d'une classe peu aisée, demeurant rue du Nouveau-Monde, dans une maison basse et humide, au milieu d'une agglomération de personnes couchant dans la même chambre petite et peu élevée, a été affectée de la rougeole au mois de juillet 1849. L'éruption avait eu de la peine à sortir; mais quelques légers sudorifiques suffirent pour que la maladie suivît son cours ordinaire. Au bout de huit jours, l'enfant était bien portante, ne se plaignant de rien; mais, d'après le dire de la mère, quelque temps après, elle se serait plainte de mal dans la bouche, mal auquel on n'attacha aucune importance, et qui fut abandonné à lui-même. Cet état dura à peu près quinze jours ou trois semaines; alors, l'enfant se plaignant davantage, la mère vint me consulter. Je trouvai l'enfant dans l'état suivant: un peu de gonflement et de dureté à la partie inférieure de la joue droite, principalement en avant, au-dessous de la commissure des lèvres; la peau était légèrement rouge, et l'engorgement plus marqué dans l'intérieur de la bouche qu'au dehors; les ganglions sous-maxillaires participaient aussi à l'engorgement; les parties malades paraissaient être le siége de douleurs assez vives, puisque l'enfant ne voulait pas souffrir qu'on l'examinât. L'appétit était moindre et le sommeil troublé.

Pour combattre cet état inflammatoire, je fis appliquer des cataplasmes sur la partie douloureuse. Après trois jours de cette médication, la mère, voyant que le mal faisait de nouveaux progrès, conduisit son enfant à la consultation de M. Flaubert, qui fit continuer les mêmes remèdes.

Le lendemain de la consultation, l'état de l'enfant était entièrement changé; je trouvai que la gangrène avait envahi la lèvre inférieure dans sa moitié droite, ainsi qu'une partie de la commissure des lèvres du même côté.

La peau avait pris une teinte violacée, principalement autour des parties mortifiées, s'étendant au loin sur la joue droite, qui présentait des plaques rouges de diverses nuances; l'engorgement, plus considérable, me faisait craindre que la gangrène ne s'étendît promptement aux parties environnantes; une matière grisâtre, d'une odeur infecte, s'écoulait par la bouche; l'enfant était dans une agitation extrême, avec délire pendant les nuits; les plaintes étaient continuelles, l'appétit entièrement disparu, soif vive, la figure exprimant une grande souffrance.

Alors, une médication énergique devenant nécessaire, j'ordonnai de toucher les parties gangrénées avec un mélange d'une partie de miel rosat et deux parties de vin rouge, fortement acidulé avec l'acide sulfurique; de saupoudrer en outre les mêmes parties avec quinquina en poudre et poudre de charbon mêlés à parties égales.

En même temps, je soutenais les forces de l'enfant en lui faisant prendre de la tisane de houblon, du vin de quinquina et du sirop anti-scorbutique.

Le jour suivant, les parties mortifiées avaient été arrachées et enlevées par l'enfant elle-même; alors on aperçut une perte considérable de substance de la lèvre inférieure, s'étendant du milieu de la lèvre à un demi-centimètre au-dessus de la commissure vers la joue droite; la gangrène, cependant, paraissait arrêtée à la lèvre, tandis qu'elle faisait encore quelques progrès vers la commissure des lèvres et la joue; l'état général s'était aussi un peu amélioré; l'enfant avait un peu dormi, elle était moins agitée, avait même demandé à manger; cependant il se faisait par la plaie un écoulement de sanie grisâtre, excessivement fétide; mais les bords de la plaie de la lèvre, où se montraient quelques points vermeils, me faisaient espérer que la gangrène était limitée à ces parties. On continua le même traitement.

Quelques jours après, l'engorgement et la lividité étaient moindres, et la gangrène entièrement limitée.

Les jours suivants, la plaie se détergea et prit un meilleur aspect; l'enfant avait repris ses habitudes ordinaires; mais le bord alvéolaire du maxillaire inférieur paraissait à nu; les dents étaient vacillantes et tombèrent successivement, sauf deux molaires qui restèrent.

Pendant cinq semaines environ, la plaie marcha vers la guérison. Le fond de la plaie présentait encore quelques points grisâtres et ulcérés, que l'on dut toucher plusieurs fois avec la même mixture. Au bout de ce temps, l'engorgement, qui était presque entièrement disparu, se montra de nouveau: la peau reprit une teinte violacée, la plaie devint saignante et grisâtre, l'état général lui-même était moins satisfaisant; mais les mêmes moyens triomphèrent de ces accidents, et la maladie était de nouveau enrayée.

L'amélioration continua à partir de cette époque, la plaie tendant à la cicatrisation; le maxillaire inférieur, dans sa portion affectée, avait pris une couleur noirâtre; il devint vacillant. Enfin, vers le commencement de novembre, je pus extraire le séquestre sans effort ni douleur. Le séquestre comprenait toute la partie droite du maxillaire inférieur, depuis la branche de cet os jusqu'à trois ou quatre lignes au delà de la symphis du menton, de sorte que ce fragment renfermait les alvéoles de

quatre incisives, d'une canine et de deux molaires ; de plus, le séquestre est taillé en biseau, aux dépens de la face antérieure, de manière à laisser voir la moitié postérieure de l'alvéole appartenant à la dent canine du côté gauche, et une partie de l'alvéole de la première molaire du même côté ; dès lors, la cicatrice a sans cesse fait de nouveaux progrès, et elle est parfaite depuis quelques semaines. La mastication se fait librement ; la prononciation est peu gênée ; la difformité est moins considérable qu'on aurait pu le craindre après une telle perte de substance ; l'intervalle compris entre les deux parties maxillaires paraît avoir été comblé par un tissu dur et résistant, qui semble ne faire qu'un avec l'os. Il ne reste à l'enfant d'autre incommodité qu'un écoulement de salive par la perte de la lèvre.

Pour remédier à cet écoulement de salive, une opération devint absolument nécessaire. M. Hélot, chirurgien de l'Hospice Général, la pratiqua de la manière suivante : l'enfant ayant été placée sur un lit, on comprit dans deux incisions, se réunissant sous le menton en forme d'un V, toute la partie occupée par le tissu de cicatrices ; on prolongea assez bas les deux incisions sous le menton, puis on décolla, avec le bistouri, une partie de la joue droite, attenant au tissu osseux de nouvelle formation ; on fit de même pour la lèvre inférieure, et l'on rapprocha à l'aide de points de suture et d'épingles.

La cicatrisation marcha régulièrement ; au bout de quelques jours, on enleva les épingles, et la guérison était parfaite peu de jours après.

Cette opération, examinée dans ses résultats, a eu pour effet d'obvier à la perte continuelle de la salive, et de corriger en partie la difformité résultant de la gangrène.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Deux observations de fièvres intermittentes, tierce et quarte, traitées avec succès d'après la méthode de M. Bartella.

Voici deux faits qui prouvent tous les avantages qu'on peut retirer de cette méthode. C'est une question toute pratique, que celle du traitement des fièvres intermittentes. Mais ce qui domine surtout cette question, c'est le point de vue de l'économie, la nécessité d'épargner aux populations pauvres des campagnes une dépense tellement élevée, qu'elle dépasse leurs moyens et leur fait acheter une guérison au prix de la ruine et de la misère. Les observations que nous allons rapporter ont été prises à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Aran.

L'un de ces cas est relatif à une fièvre tierce. Le malade, Aloche (Pierre-Marie), âgé de vingt-quatre ans, manœuvre, couché au n° 74 de la salle Sainte-Jeanne, d'une bonne santé habituelle, avait contracté une fièvre tierce en travaillant dans la plaine de Montmorency. Au moment de son entrée à l'hôpital, il en avait eu trois accès d'une violence extrême, et avançant tous les jours d'une heure ou d'une heure et demie. Le quatrième accès, qu'il eut à l'hôpital, le jour de son entrée, fut aussi remarquable par son intensité : le frisson, précédé de tremblement et de claquement de dents, dura une heure et demie ; la chaleur et la sueur durèrent deux heures et demie, en tout quatre heures. Un autre accès semblable, mais avançant sur le précédent, comme les premiers, eut lieu le 4 octobre. Le malade, désirant quitter l'hôpital, demandait d'être débarrassé de sa fièvre. M. Aran lui prescrivit, le 6 octobre, dans la matinée, 60 grammes de sulfate de quinine et autant d'acide tartrique, à prendre en deux fois, à demi-heure d'intervalle. L'accès parut, mais le frisson fut peu intense, et la période de chaleur et de sueur ne dura que trois quarts d'heure. Nouvel accès le 8, revenant à l'heure dite, mais pas de frisson ni de sueur ; un peu de chaleur et de céphalalgie pendant trois quarts d'heure. Seconde dose de sulfo-tartrate de quinine (0,40 de sulfate de quinine et d'acide tartrique). Le 10, l'accès manqua complétement ; il en fut de même le 12, le 14 et le 16 octobre. Le lendemain, le malade quittait l'hôpital dans un état de santé parfait.

Dans le second cas, fièvre quarte, c'était un nommé Jamain, âgé de dix-neuf ans, terrassier, couché au n° 76 de la salle Sainte-Jeanne, et entré à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre. Ce jeune homme avait déjà eu une fièvre intermittente tierce, quatre ans auparavant. Cette fièvre était revenue pendant trois étés de suite, à la même époque, et n'avait disparu que lorsqu'il avait changé de pays. De retour aux environs d'Angers, où il avait contracté sa première fièvre, il en fut de nouveau atteint vers la fin de l'été dernier, d'abord sous le type tierce. Coupée, après un mois et demi, par l'administration de la centaurée, la fièvre reparut quinze jours après, mais cette fois sous le type quarte, revenant régulièrement tous les trois jours, à la même heure, vers une heure ou deux heures de l'après-midi. Il se décida alors à venir à Paris, voyageant à pied, et gardant le lit le jour où il était pris de sa fièvre. Arrivé dans cette ville le 16 novembre, il se mit à travailler ; mais, tous les trois jours, la fièvre le forçait à interrompre son travail. Enfin, se sentant très-affaibli, il se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre, veille du jour où il attendait sa fièvre. Elle revint effectivement le 9, à deux heures de l'après-midi, avec un violent frisson, et fut suivie d'une chaleur vive et d'une abondante transpiration. Le 12, second accès, aussi fort et aussi long que le premier. Dans l'intervalle, on avait constaté l'augmentation du volume de la rate, qui avait de 16 à 18 centimètres de long ; le teint était pâle, cachectique ; le malade était très-affaibli, tout en ayant un certain embonpoint. Le 13 décembre, M. Aran lui prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine et pareille dose d'acide tartrique, à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle. Le 15, l'accès manqua ; il en fut de même de ceux du 18 et du 21. Le malade fut mis à un bon régime ; des frictions stimulantes furent faites sur tout le corps. Sous l'influence de ces moyens, les forces revinrent rapidement, et, le 22, le malade quitta l'hôpital en parfaite santé. La rate avait diminué de volume et avait perdu au moins 3 à 4 centimètres.

Ainsi donc, *un gramme* (18 grains) de sulfate de quinine, avec addition d'égale quantité d'acide tartrique, donné en deux fois au premier malade, et en une seule au second, ont fait disparaître une fièvre tierce dans le premier cas, une fièvre quarte dans le second cas. Il est bien permis de se demander si cette guérison sera solide ; et peut-être une troisième dose, chez le premier malade, une seconde, chez le deuxième malade, auraient-elles mis plus sûrement ces malades à l'abri des récidives ; mais il importait de démontrer toute l'utilité de l'association du sulfate de quinine et de l'acide tartrique, et les deux faits observés par M. Aran ne peuvent laisser de doutes à cet égard.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Février 1854. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillon d'une source minérale sise à Saint-Yorre (Allier) ;

2° Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Hocbes, médecin cantonnal à Obernai (Haut-Rhin) ;

3° Mémoire sur la cause de la maladie des pommes de terre, de la vigne, etc. Suivant l'auteur, ces maladies sont dues à un excès d'ozone dans l'air, et le choléra à un déficit dans l'air du même principe.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Endémo-épidémies.

M. Auberge, médecin en chef à l'hôpital militaire de Bone, envoie un Mémoire sur l'*endémo-épidémie* qui a régné à Bone en 1853.

Choléra.

M. Th. A. Wise, membre du collége royal des médecins de Londres, adresse un Mémoire sur la nature et le traitement du choléra.

Phthisie.

M. Aug. Poujol, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier,

annonce « qu'il s'occupe, depuis trois mois environ, avec sollicitude, avec cette conscience d'observation que l'Académie lui connaît, et qui mieux est, avec succès, *du perfectionnement des* TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES » (c'est M. Poujol qui souligne deux fois) « appropriés à la curation des différentes espèces de phthisie pulmonaire admises par les auteurs. »

Ces espèces, suivant l'auteur, sont : *la scrofuleuse, la pituiteuse, la nerveuse* et *la floride.* Quant au mode de traitement, l'auteur annonce qu'il traite ses malades à l'aide de la méthode analytique, bien supérieure à toutes les autres, et à l'aide de cinq composés, dont il juge à propos de ne pas faire connaître la nature jusqu'à nouvel ordre.

Eaux minérales.

M. Artigala, de Tarbes, adresse une Notice *sur les établissements thermaux et sur les causes qui produisent l'énergie médicinale des eaux.*

Candidature.

M. J.-P. Tessier se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Nomination d'un président.

M. le secrétaire perpétuel annonce que, avec l'assentiment du vice-président, le bureau a décidé qu'il y aurait lieu à nommer dans la prochaine séance un président pour l'année courante.

Sur la proposition du président, accueillie par l'Académie, M. le secrétaire perpétuel donne ensuite lecture des paroles qu'il a prononcées aux obsèques de M. Nacquart.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet donne lecture de plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets. Toutes les conclusions sont adoptées sans réflexions.

LECTURES.

Choléra.

M. Thomas, correspondant de l'Académie, lit un résumé des observations qu'il a faites pendant le voyage qu'il a entrepris l'année dernière dans le but d'étudier le choléra.

Prix Nadau.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination de deux nouveaux membres de la commission du prix Nadau, en remplacement de MM. Villermé et Nacquart, l'un membre sortant, l'autre décédé. MM. Mêlier et Bouchardat ont obtenu la majorité des voix.

La séance est levée à 4 heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Monomanie. — Folie circulaire.

Un de nos honorables correspondants nous prie de publier la lettre suivante déjà adressée à un autre journal. Nous sommes heureux, dans l'intérêt de la science, de pouvoir nous rendre aux désirs de l'auteur; mais, pour le même motif, nous lui demandons de supprimer le nom du journal en question, qui depuis longtemps ne peut avoir rien de commun avec la science.

Saint-Dizier, le 16 février 1854.

Monsieur le rédacteur,

J'ai regretté de voir, dans votre numéro d'aujourd'hui, que dans la discussion soulevée à l'Académie de médecine, on a qualifié *presque* d'hérésie l'opinion de M. Falret, relativement à la *monomanie.* Si cette manière de voir constitue une *hérésie,* on pourra compter probablement bientôt un grand nombre d'*hérétiques* parmi les aliénistes. Pour moi, depuis longtemps déjà, j'ai adhéré à ce qu'on appellera sans doute un *schisme* médical, auquel, du moins, je l'espère, finiront par se rattacher tous les médecins d'aliénés; car cette doctrine, selon moi, prévaudra quelque jour, à mesure que les maladies mentales seront mieux étudiées et surtout mieux observées. J'ai, moi aussi, pendant longtemps refusé de croire à la non-existence de la monomanie; mais à mesure que j'ai été à même de mieux, *et plus directement,* observer les malades par un séjour continuel au milieu d'eux, depuis près de quinze années, j'ai bien été forcé de me rendre à l'évidence et de reconnaître qu'il n'y a pas de monomanies *pures,* mais que ce qu'on a appelé ainsi ne sont que des délires plus ou moins *généralisés,* et que tel individu qui au premier aspect ne *paraît* délirer que sur un seul objet, ou même sur *une série d'objets analogues,* celui qu'on a coutume, en un mot, d'appeler *monomane,* offrira, si vous l'étudiez, si vous l'observez mieux, si vous l'examinez *à fond* enfin, beaucoup plus d'idées délirantes et folles qu'on ne l'aurait imaginé au premier abord.

De là, une conséquence extrêmement importante, *capitale,* pour la médecine légale de l'aliénation mentale : et c'est sur ce point de vue essentiel, dont on n'a rien dit, que je sache, dans les discussions qui viennent d'avoir lieu sur ce sujet, que je crois utile de présenter quelques courtes réflexions.

Lorsque nous soutenons qu'il n'y a pas de *monomaniaques,* nous ne voulons pas dire assurément pour cela que tous les individus traduits comme tels devant les tribunaux doivent être considérés comme *sains d'esprit* et par conséquent condamnés. Dieu nous garde d'une telle pensée!!! C'est tout le contraire que nous cherchons à établir et à faire prévaloir. En effet, nous espérons démontrer que cet individu traduit en justice comme *monomaniaque* ne l'est pas; mais qu'il est *polymaniaque,* c'est-à-dire qu'il ne délire pas seulement sur un seul sujet, ni même sur un cercle de sujets du même ordre, mais qu'il délire *sur beaucoup d'autres sujets:* le tout est de découvrir les divers côtés vulnérables qu'il présente. Là est la difficulté, je le sais; mais cette difficulté n'est pas insurmontable, et tout médecin aliéniste, par une étude et un examen approfondis, parviendra, je crois, à la surmonter. Dès lors, cet individu que les tribunaux et les jurys condamnent en général presque toujours, parce que vous l'avez présenté comme atteint de *monomanie,* à laquelle, en général aussi, *et avec raison,* on répugne, on refuse de croire, ne pourra plus être condamné, si vous parvenez à prouver qu'il est *polymaniaque,* à savoir, réellement fou. Cette manière de voir, vous le comprendrez aisément, doit donc avoir des conséquences extrêmement importantes, relativement à la jurisprudence médicale concernant les aliénés, et une immense portée sur les décisions de la justice à leur égard. Et c'est parce qu'on n'a pas tenu compte, je crois, de ce point de vue essentiel; c'est parce qu'on n'a pas compris sans doute toute la pensée, et, le dirai-je, toute l'espérance des médecins aliénistes qui déjà depuis longtemps repoussent la monomanie et veulent la rayer du cadre nosologique des affections mentales, qu'on a tant discuté, et qu'on discute encore tant sur ce qu'on veut persister à appeler *monomanie,* continuant ainsi à jeter le doute, le trouble et l'indécision dans la conscience et l'esprit des jurés, et à compromettre la cause des pauvres aliénés devant les tribunaux et devant les cours d'assises. Avec notre manière de voir, au contraire, si nous étions assez heureux pour la faire adopter et prévaloir, combien de malheureux *malades* pourraient être soustraits, bien légitimement et sans aucun dommage pour la morale publique assurément, au glaive de la justice? Et Jobard, le meurtrier *insensé* du théâtre des Célestins, à Lyon, aurait-il pu être condamné aux travaux forcés à perpétuité? Et tant d'autres misérables aliénés subiraient-ils dans les prisons et les bagnes la peine de leur défectueuse organisation?

Je m'arrête, ne voulant pas abuser de vos colonnes, et me réservant d'ailleurs de traiter ultérieurement et plus amplement cette importante question de médecine légale.

Un mot seulement, en terminant, sur la *Folie circulaire* de M. Falret : Pour rendre hommage à la vérité, je dirai à M. Baillarger, qui pense avoir trouvé un argument contre la réclamation de priorité (si réclamation il y a) de M. Falret dans le silence gardé par M. Morel, dans ses deux volumes, sur les idées du savant médecin de la Salpêtrière, à ce sujet, qu'élève de celui-ci également, j'ai très-souvent recueilli de la bouche et des leçons de l'excellent maître dont il est ici question, les idées et les principes qui ont servi à concevoir et à formuler la nouvelle dénomination (qu'on pourrait désirer plus heureuse *peut-être*), et que c'est sans doute sous l'inspiration de ces idées et de ces principes qu'en 1852, dans mon rapport annuel pour l'année 1851, *bien longtemps avant la publication du Mémoire* de M. Baillarger, j'ai *imprimé* ces lignes : « C'est à dessein et « non par erreur que nous disons (en parlant de la mélancolie) délire *géné-* « *ral* triste, contrairement aux idées généralement admises qui font de la « lypémanie un délire *partiel.* »

Veuillez agréer, etc.

MÉRIER, *Médecin de l'Asile public d'aliénés de Saint-Dizier.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. le président de l'Académie a annoncé, dans la séance d'hier, le décès de M. le docteur Accarié, membre correspondant à Valence.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RACLE. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 27. 2e année. Samedi 4 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Bouillaud.

Leçons cliniques sur l'hypertrophie du cœur,

Rédigées par le Dr Racle, *chef de clinique de la Faculté.*

Dans le courant de l'année dernière, nous avons publié, à la grande satisfaction de nos lecteurs, les Leçons de M. Bouillaud sur la pathologie générale des maladies du cœur ; nous publierons cette année les Leçons du savant professeur sur la pathologie spéciale de cet organe, qu'on ne lira pas sans doute avec moins d'intérêt. Nous commençons aujourd'hui cette nouvelle série par l'histoire de l'hypertrophie.

Pour faire bien comprendre toutes les particularités qui se rattachent à l'hypertrophie du cœur, nous croyons utile de faire l'histoire de l'hypertrophie en général. Cette étude préliminaire aura l'avantage de nous préparer à saisir tous les faits de détail ; elle nous évitera des répétitions fastidieuses, et la description particulière que nous ferons ensuite marchera sans entraves et avec toute la lucidité possible.

Considérations générales sur l'hypertrophie.

Historique. — Comme lésion ou affection morbide, l'hypertrophie a, sans aucun doute, existé de toute antiquité ; mais au point de vue de la description, c'est une affection tout à fait récente. Si nous faisions un cours de philosophie médicale, nous ne voudrions pas d'autre exemple, pour montrer combien les recherches modernes ont fourni à la science de résultats importants, et combien la médecine ancienne était peu riche de faits exacts et précis. Nous avons l'habitude de dire que la science médicale, tant soit peu précise, ne remonte pas au delà du XVIIe siècle ; en faut-il une autre preuve? L'hypertrophie, un des états les plus simples, les plus visibles, un état perceptible, tangible, essentiellement organique, a passé inaperçue jusque dans ces derniers temps, et l'on pourrait soutenir que la science médicale était constituée à une époque où non-seulement ce fait, mais encore un grand nombre d'autres du même ordre étaient complétement ignorés? C'est ce que personne ne saurait admettre. Quant à la cause de cette absence de toute notion précise à cet égard, elle n'est pas difficile à trouver. L'hypertrophie est essentiellement du ressort de l'anatomie pathologique ; or, cette science, de même que l'anatomie normale, n'a été constituée que dans ces derniers temps ; comment aurait-on pu connaître antérieurement à l'époque moderne, un état dont l'étude lui appartient si naturellement ?

A l'exception de quelques indications données par Hippocrate, Erasistrate, et surtout par Galien, qui, sous tant de rapports, avait si audacieusement devancé son époque, on ne trouve dans aucun auteur d'indications sur cet état morbide. Si quelques faits ont été indiqués par les anatomo-pathologistes du XVIIe et du XVIIIe siècles, tels que Morgagni, Bornut, Lieutaud, etc., il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a eu que des descriptions isolées, mais sans généralisations. Et cette assertion est si vraie, qu'il faut arriver jusqu'à notre époque pour trouver une dénomination applicable à l'état qui nous occupe. C'est à Legallois, croyons-nous, qu'est dû le nom d'hypertrophie, et encore ce nom fut-il créé d'abord pour un cas particulier. Legallois l'inventa pour la description d'un cas d'augmentation de volume du cœur. Cette expression, si convenable pour représenter l'état qu'il s'agissait de décrire, et si euphonique en même temps, fit fortune ; peu à peu elle se généralisa, et bientôt elle fut appliquée à tout un ensemble de lésions, dont le caractère était l'augmentation de la masse et du volume des organes.

Synonymie. — On a désigné l'hypertrophie sous les dénominations variées d'*hypernutrition*, d'*irritation nutritive*, de *supra-nutrition*, d'*excès de nutrition*, d'*hypersarcose ;* Dupuytren et Marandel, avant l'heureuse expression de Legallois, employaient celle d'*irritation nutritive*.

Définition. — Au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, qu'est-ce qu'une hypertrophie ? Si nous parvenons à en donner une définition sous ces deux rapports, nous aurons fait connaître cette lésion de la manière la plus précise.

Or, toutes les fois qu'un organe ou qu'un tissu est plus pesant, plus développé qu'à l'état normal, sans altération dans sa texture, on dit qu'il est hypertrophié. Comme on le voit, pour juger de l'hypertrophie d'une partie ou d'un organe, il faut en connaître l'état normal ; cette condition nous ramène à l'anatomie, et elle nous fait voir que nous avons déjà défini l'hypertrophie sous le premier rapport, que nous avons exigé pour une bonne définition. Signalons maintenant le point de vue physiologique. Sous ce dernier rapport, l'hypertrophie est le résultat d'une modification *en plus* d'un acte normal, la nutrition. Ainsi, une augmentation de poids et de volume d'un organe, sans altération de structure, et par une exagération simple de la nutrition, est une hypertrophie. Est-il un état morbide plus clairement déterminé ou mieux *défini*, et partant bien distinct de tous les autres états morbides ?

Caractères différentiels. — L'hypertrophie ne peut être confondue avec aucun autre état anormal ; tout au plus pourrait-on

un instant la rapprocher de la congestion et de l'inflammation. Dans ces cas, en effet, il y a augmentation de volume et de poids des parties; il y a plus même, car on observe, comme dans l'hypertrophie, que les organes sont congestionnés, remplis de sang, et que leurs vaisseaux sont très-dilatés ou plus nombreux que dans l'état normal. Mais une condition essentielle manque ici : dans la congestion et l'inflammation naissante, l'augmentation de volume et de poids, la stase sanguine, sont essentiellement transitoires, passagères, tandis que cet état est permanent dans l'hypertrophie. A proprement parler, peut-être pourrait-on dire que dans ce qu'on nomme l'inflammation chronique, on observe aussi une longue durée des lésions; mais on sait que les tissus sont altérés, dégénérés, tandis qu'ils conservent leur structure normale dans l'hypertrophie proprement dite. Ainsi ajoutons à notre définition de l'hypertrophie la notion de permanence, et nous aurons une définition complète. D'ailleurs, dans les organes *congestionnés*, il ne s'agit que d'une lésion de circulation et non d'une lésion de nutrition.

Entrons maintenant dans l'étude des différents points relatifs à cet important sujet.

Degrés de l'hypertrophie. — Pour les organes intérieurs, le degré de développement anormal ne se précise bien qu'après la mort; cependant il serait important pour le pronostic et la thérapeutique, de pouvoir s'en former une idée pendant la vie des malades. On y parvient le plus souvent, pour certains organes, comme nous le dirons plus loin en parlant du diagnostic.

L'hypertrophie offre trois principaux degrés : il y a des cas extrêmes, des cas légers, et des cas moyens. Le cœur est quelquefois si peu exagéré dans son volume, qu'on peut hésiter pour dire qu'il est hypertrophié; quelquefois il est d'un volume tellement exagéré, qu'il constitue ce qu'on a appelé, par exagération, le *cor bovinum;* d'autres fois il est entre ces deux points extrêmes, et par conséquent d'un degré moyen de développement anormal. Tous les organes de l'économie présentent cette triple manière d'être, importante, comme nous l'avons dit, sous le rapport des phénomènes et des accidents auxquels l'hypertrophie peut donner lieu.

Est-il toujours facile de distinguer une hypertrophie au premier degré d'un développement normal atteignant sa limite extrême, mais qui n'est pas encore pour cela un état morbide? La nuance est délicate, et parfois assez difficile à bien saisir.

Évidemment, nous ne saurions considérer comme une hypertrophie le développement prononcé, mais inné d'un organe, d'un appareil, d'un système d'organes, quand ce développement n'entrave pas les fonctions dévolues à ces parties. Lorsqu'au lieu de produire un trouble, il concourt au perfectionnement de la fonction, lorsqu'il la facilite, l'active, nous le considérons comme une qualité, comme un beau développement.

Personne ne songerait à considérer un grand développement musculaire comme un défaut, une lésion, un état contre nature. L'Hercule de l'antiquité était le type d'une des espèces de la beauté virile, non sans doute le plus enviable, car ce développement suppose ordinairement un amoindrissement relatif des facultés intellectuelles; mais enfin ce n'était pas un état anormal et morbide. C'était une sorte d'*hypertrophie physiologique.*

Il y a aussi, et par opposition, un développement exagéré des organes et des puissances de l'intelligence, qui ne constitue pas non plus un fait pathologique. Prendra-t-on pour une maladie la haute puissance intellectuelle et morale de Socrate, le plus sage des hommes, puissance en rapport avec le beau développement des agents de ces sublimes facultés?

Nous convenons, si l'on veut, que les sujets rares, hors ligne, qui se distinguent, les uns par les facultés les plus éminentes, les plus nobles, les autres par l'exagération des facultés les plus basses et les plus grossières, en raison du développement primordial de certains organes, se trouvent hors de la norme. C'est une espèce de milieu entre l'état physiologique exagéré et un véritable état morbide ou pathologique.

Cette discussion nous conduit naturellement à la théorie des tempéraments. Qu'est-ce, en effet, qu'un tempérament, sinon le résultat de la prédominance relative d'un système sur tous les autres? Peut-on dire qu'il y ait là hypertrophie, état pathologique, maladie? Le tempérament sanguin qui résulte tout à la fois d'un excès relatif de sang et d'une augmentation du développement du système vasculaire n'a jamais été considéré comme un état anormal; de même pour les tempéraments qui résultent d'une prédominance du système lymphatique, de l'appareil biliaire, etc.

En définitive, nous avons eu pour but de signaler ici plutôt un point de vue que d'élever une difficulté réelle, et de signaler en quelque sorte le *trait d'union* entre l'état physiologique et l'état pathologique des organes, considérés sous le rapport de leur développement et de leur nutrition.

Étendue de l'hypertrophie. — Un organe peut être hypertrophié dans sa totalité ou dans une portion de son étendue; il n'est question ici que de l'étendue de la lésion, et non de son degré. Si l'hypertrophie *générale* est commune, l'hypertrophie partielle ne l'est guère moins; on l'observe surtout dans les organes divisés en lobes et en lobules. C'est ainsi qu'on voit souvent des hypertrophies de quelques circonvolutions du cerveau, d'un lobe, d'un hémisphère même de cet organe; cette lésion est souvent comme disséminée par places, tandis que par une opposition singulière, on voit fréquemment des points voisins déprimés, atrophiés plus ou moins fortement. Les hypertrophies partielles sont communes, même dans des organes homogènes, non lobulés; on les voit fréquemment aux os, où elles constituent diverses variétés d'exostoses.

Forme de l'hypertrophie. — La forme de l'hypertrophie doit être moins considérée en elle-même que dans ses rapports avec les états morbides qui l'accompagnent. Dans les divers organes, dans le cœur, entre autres, elle coïncide presque toujours avec d'autres lésions, soit de simple conformation, soit de structure intime, telles que productions accidentelles organisées, d'espèces très-diverses, etc.

La disposition qu'affectent les organes hypertrophiés varie suivant ces organes. Lorsqu'il s'agit d'organes creux, comme le cœur, l'estomac, etc., on remarque la persistance de la forme de la cavité. Quant à son étendue elle varie; elle peut rester sensiblement la même, augmenter, ou diminuer. Quand le cœur a des parois doubles en épaisseur de l'état normal, les cavités ventriculaires s'élargissent un peu ou restent à l'état normal; quand l'épaisseur augmente, la dilatation de la cavité est décidément plus prononcée. Dans des cas beaucoup plus rares, les parois semblent se rapprocher de l'axe de la cavité qui diminue alors notablement. Mais si cette disposition est rare dans les organes à large capacité, elle est au contraire de règle pour les organes canaliculés. Ainsi l'hypertrophie de l'œsophage, de l'intestin, de l'urètre amènent presque infailliblement des rétrécissements. Au reste, dans l'hypertrophie des organes à grandes cavités, si la dilatation est commune, il ne faut pas oublier non plus qu'il y a presque toujours coïncidemment des rétrécissements de canaux annexés ou d'orifices. Tels sont les rétrécissements du col de la vessie et de l'urètre dans les hypertrophies de la vessie, ceux des orifices du cœur, du pylore, pour les hypertrophies du cœur, de l'estomac, etc.

Étiologie et mécanisme de l'hypertrophie en général. — Le mode de production de cette lésion est beaucoup plus simple qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

1re *cause.* Nous rappelons d'abord cette condition primordiale, cette prédisposition en vertu de laquelle certains organes ou systèmes acquièrent spontanément et sans causes appréciables un volume un peu exagéré. C'est ce développement physiologique, hygiénique, si l'on veut, qui crée les tempéraments divers. Nous revenons à dessein sur cet état inné, parce qu'il n'est pas douteux qu'il a une influence sur le développement des états morbides. En effet, l'économie est dans une disposition particulière et qu'on peut facilement forcer ou exagérer. Une cause légère qui, chez d'autres individus, n'eût pas agi, peut ici éveiller la prédisposition et déterminer facilement une hypertrophie des parties qui ont déjà un excès de développement.

2° *cause.* L'exercice forcé pendant un temps prolongé d'un organe quelconque produit l'hypertrophie de cet organe. Les exemples à l'appui de cette assertion abondent ; il n'est aucun tissu, aucun appareil, aucun système organique qui ne soit assujéti à cette loi de physiologie pathologique. Mais il est surtout un système qui en offre des exemples nombreux et frappants, c'est le système musculaire. Un homme exerce ses muscles d'une manière continuelle, fait des efforts souvent renouvelés, bientôt ces organes se nourrissent, se développent outre mesure et s'hypertrophient. Ce fait est si réel, que l'accroissement de volume ne porte que sur les parties spécialement exercées. Ainsi un manouvrier, un charretier, voient tous leurs muscles se développer dans une proportion à peu près égale, parce qu'ils exercent au même degré toutes les parties de leur corps; mais un portefaix, qui exerce plus particulièrement l'appareil musculaire des bras, des épaules, du dos, n'offre d'excès de développement que dans ces parties. Tout le monde connaît et cite l'accroissement du tissu charnu des bras chez les boulangers et les forgerons; on voit, chez ces hommes, des deltoïdes, des biceps énormes, et qui contrastent surtout avec les autres muscles, qui sont demeurés à l'état normal; on connaît aussi le développement des jambes chez les couvreurs, les danseurs, les danseuses; chez ces dernières surtout, on peut remarquer un contraste souvent choquant entre l'état d'embonpoint des parties inférieures et la maigreur, la gracilité des parties supérieures, du thorax et même de la tête.

La cause que nous signalons produit souvent un effet inverse, mais toujours après avoir amené antérieurement l'hypertrophie dont il est question. L'atrophie musculaire, qui a été surtout étudiée dans ces derniers temps, reconnaît pour cause principale un excès d'action ou de fatigue des muscles.

L'hypertrophie due à la cause que nous étudions se manifeste aussi dans des organes non musculaires. Ceux qui font abus des organes génitaux voient ces parties prendre quelquefois un développement exagéré, comme aussi ceux qui en usent peu ou point les voient s'amoindrir, s'atrophier véritablement.

Le cœur lui-même peut s'hypertrophier sous l'influence de la cause que nous signalons. Les travaux pénibles, les efforts, en déterminant un afflux continuel de sang vers cet organe, peuvent produire ce résultat, surtout chez les individus prédisposés. Mais cette influence est moins facile à établir qu'on ne le pense, car il s'y joint toujours quelque autre cause surtout de nature morbide qui complique la question. En effet, faut-il alors rapporter l'hypertrophie aux seuls efforts, ou bien à la maladie qu'ils peuvent déterminer; c'est ce qu'il s'agira d'établir. Or, comme nous le verrons, cette dernière hypothèse est bien plus près de la vérité que la première.

Ainsi, c'est un fait acquis et un fait général; en d'autres termes, une loi de physiologie morbide : l'hypertrophie résulte quelquefois de l'excès pur et simple d'action d'un organe. Mais cette formule ne s'applique pas à tous les faits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Mémoire sur un nouveau mode d'application de l'électricité (électricité localisée) au traitement des maladies, avec une description d'appareils nouveaux (1),

Par le Dr Boulu, *médecin par quartier de l'Empereur.*

(*Présenté à l'Académie des sciences, dans sa séance du 13 février 1854.*)

Tout le monde sait quel rôle important l'électricité joue depuis quelques années, dans les sciences, les arts et la thérapeutique. Sous ce dernier rapport, les appareils imaginés jusqu'à présent, quoique fort ingénieux et très-utiles, laissaient cependant beaucoup d'indications à remplir.

Par suite de nombreuses et décisives expériences, nous avons conçu quelques appareils nouveaux qui nous ont paru réunir des avantages qu'on n'avait point obtenus encore, et pour cette raison, nous avons cru devoir soumettre ces appareils à l'appréciation de l'Académie.

1° Ventouse électrique.



En physique, les expériences de l'*électricité dans le vide* ne sont pas nouvelles, et toutes présentent à l'observateur un véritable intérêt : nous ne sachons pas qu'en thérapeutique personne, jusqu'à ce jour, ait eu l'idée de l'appliquer au traitement des maladies.

La pensée de diriger le fluide électrique dans le vide nous est venue dans ces derniers temps, à la suite du traitement que nous avons appliqué à une tumeur lymphatique du cou, dont l'observation a été rapportée dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 6 décembre dernier. Nous constatâmes promptement que, vers la fin du traitement, la tumeur résistait bien plus à l'action du fluide qu'au commencement, d'une part, parce que son centre était plus dur; de l'autre, parce que le fluide électrique, se disséminant tout autour de la tumeur, pénétrait peu dans l'épaisseur des tissus, et n'agissant guère qu'à la surface, l'action du fluide, ainsi réparti, était presque nulle. Dès lors, nous conçûmes l'idée d'une ventouse armée de deux courants (*voir le dessin ci-joint*), laquelle remplit parfaitement le but que nous poursuivions, qui était de localiser d'une manière plus certaine le fluide électrique, et de le faire entrer plus profondément dans l'épaisseur des tissus. Nous confiâmes le soin de la fabrication de ce nouvel instrument à M. Breton, inventeur de l'appareil électro-médical.

A l'aide de cet instrument ainsi disposé, nous pouvons faire le vide sur une tumeur, l'attirer ainsi le plus possible dans la cavité de la ventouse et stimuler ensuite l'action des vaisseaux lymphatiques en dirigeant de chaque côté de la tumeur les deux courants de telle façon qu'ils agissent en traversant l'organe affecté : c'est alors qu'on peut obtenir un véritable avantage médicamenteux, car de la sorte il y a passage du fluide à travers les tissus, et son action s'exerce jusqu'au centre même de la tumeur. Ce mode d'application du fluide électrique, qui agit sous la ventouse avec beaucoup plus d'énergie, convient de préférence pour hâter la résolution des engorgements des ganglions lymphatiques, des goîtres, et de certaines tumeurs du sein. Nous l'avons appliqué, dans ce dernier cas, contre une tumeur de la grosseur d'une noix dont nous avons obtenu la résolution après un mois de traitement. Cette tumeur existait depuis un an et n'avait cédé à aucun des traitements employés contre elle. L'électricité dans le vide trouvera encore son application dans une foule d'autres circonstances.

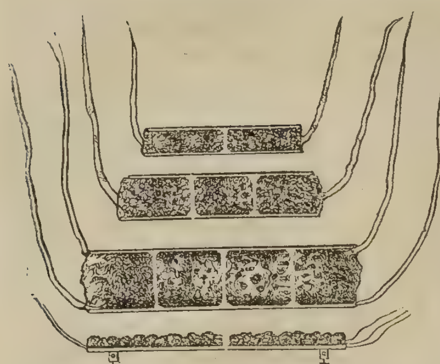
2° Des courants dérivés.

Après avoir appliqué l'électricité comme on le fait communément, avec les appareils en usage, nous avons remarqué qu'aussitôt que nous voulions agir avec une grande quantité de fluide électrique, nous déterminions chez nos malades des contractions violentes, souvent très-douloureuses, inconvénient bien grave, car il avait pour résultat de faire abandonner à la plupart d'entre eux, après deux ou trois séances, ce traitement qu'ils redoutaient comme étant trop pénible et presque insupportable. Pour remédier à ce véritable danger, et afin d'épargner au malade d'inutiles souffrances et de lui rendre le traitement plus facile, nous dûmes songer à introduire le fluide par plusieurs points à la fois, la douleur devant être presque nulle lorsqu'il recevait une dose égale de fluide, et que les commotions seraient, en quelque sorte, disséminées sur toute sa personne.

Donc, diriger différentes bifurcations des courants directs partant de l'appareil électro-médical, ce qui nous donna des courants dérivés; telle fut naturellement notre pensée, tel fut notre premier soin. A l'aide de ces courants, rien désormais de plus facile que d'appliquer une forte dose d'électricité répartie ainsi sur plusieurs points; il y a moins de douleur, bien que la quantité de fluide dégagée par l'appareil soit toujours de la même intensité; ainsi divisé, le fluide est bien plus supportable que quand il est accumulé; précieux et inestimable avantage pour le praticien comme pour le malade. Au premier, l'application de l'électricité à forte dose devient, par cette méthode, chose simple et facile; quant au second, bien qu'il reçoive toute la force électrique dégagée par l'appareil, il n'a plus à redouter ni sensation fâcheuse, ni fatigue. Ajoutons que cette méthode est d'un secours puissant lorsque son action s'exerce sur des parties sensibles et principalement lorsqu'on a à combattre des affections graves, telles que paralysies, etc., l'application devant se faire avec la plus grande énergie.

(1) Ces appareils ont été construits par MM. Breton frères, dont on connaît toute l'habileté dans la fabrication des appareils destinés à l'application de l'électricité médicale.

3° Éponges électriques à doublure métallique.



Les éponges conductrices n'ont cette propriété qu'autant qu'elles sont en contact avec un conducteur métallique ; de là la difficulté de les employer sur de grandes surfaces. Aussi, jusqu'à présent, ne s'est-on servi que d'éponges d'une grandeur fort restreinte, et montées dans des manchons en cuivre.

L'éponge dans le manchon est surtout employée, comme on le sait, pour combattre les atrophies musculaires, où il faut en quelque sorte aller chercher le muscle atrophié à travers les téguments, en pressant sur eux avec une certaine force. Mais s'agit-il de certaines affections occupant une longue étendue, telles que les névralgies des membres, de la tête, de la moelle épinière, etc., ou de larges surfaces, comme dans les lumbago, ou diverses maladies articulaires, le manchon ne peut alors convenir, en ce sens qu'il ne peut se prêter à toutes les formes du corps.

C'est pour remplir cette lacune dans la pratique de la science électrique que nous avons imaginé de faire établir des éponges à doublure métallique de toute forme et de toute grandeur, montées sur de la flanelle et armées de plusieurs boutons conducteurs, recevant chacun un des courants dérivés dont il a déjà été question.

Ainsi doublées, ces éponges ont pour avantage :

1° De conduire le fluide électrique tout aussi bien que le métal lui-même, surtout si elles sont imprégnées d'humidité d'une manière convenable ;

2° De pouvoir l'appliquer sur une grande étendue, par sections armées chacune de leurs courants ;

3° De localiser le fluide électrique sur toute l'étendue de la partie affectée ;

4° D'être d'une application douce et facile en se prêtant, par leur souplesse, à toutes les formes du corps ;

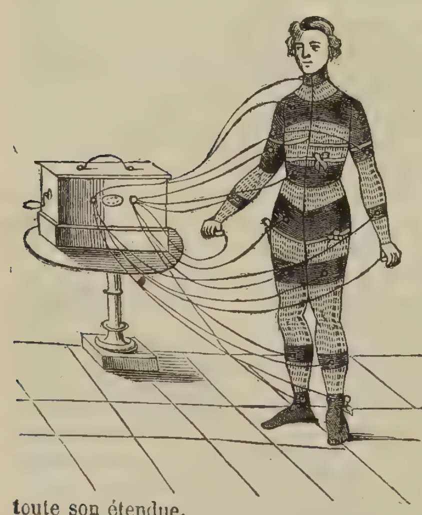
5° De ne pas fatiguer les malades impressionnables, comme le font quelquefois les conducteurs purement métalliques ;

6° De laisser libres les mains du médecin qui peut alors, sans se fatiguer lui-même, diriger l'opération sans secousses et sans trouble ; car toutes ces éponges peuvent être fixées sur les diverses parties du corps.

7° Enfin, d'éviter de donner aux malades de fortes secousses qui les fatiguent toujours, le même effet curatif pouvant être obtenu avec les courants dérivés. Car, il est une vérité constante, c'est que le fluide électrique, réparti à doses modérées, agit infiniment mieux que lorsque les commotions sont trop répétées et trop violentes.

Ces propriétés et ces avantages que nous venons d'énumérer, nous avons eu l'occasion de les constater et de les signaler à la suite de nombreuses et notables expériences, notamment dans les névralgies de la tête et des membres, qui sont ordinairement si douloureuses, et dans les rhumatismes aigus en général.

4° Du sac électrique.



Nous avons passé en revue toutes les propriétés des conducteurs humides, des éponges à doublure métallique ; mais si leur action nous a paru efficace dans bien des cas, nous avons constaté également que, dans certaines circonstances, elle laissait encore à désirer. S'agit-il, par exemple, de répandre à profusion le fluide électrique sur la totalité du corps humain ? On comprendra alors toute la difficulté d'une telle opération, l'éponge ne conduisant l'électricité qu'autant qu'elle est imprégnée d'humidité dans toute son étendue.

Aussi, pour arriver à ce résultat, avons-nous imaginé un grand sac électrique, sorte de vêtement de laine, dans l'intérieur duquel nous avons introduit des bandes circulaires en tissu métallique, et dans lequel nous plaçons le malade en entier. A l'extérieur de ce vêtement, se trouvent, aux parties correspondantes du tissu métallique, des boutons qui reçoivent les fils conducteurs des courants dérivés de l'appareil électro-médical. Toutes les parties du corps du malade étant en contact avec le vêtement conducteur, le fluide l'enveloppe de toute son étendue ; il est, en quelque sorte, dans un véritable bain de vapeur électrique. Dans cette opération, l'appareil électro-médical doit fonctionner avec la plus grande énergie et à son maximum d'intensité.

Ce qui nous a engagé à appliquer l'électricité sur différentes parties du corps à la fois, c'est que le fluide électrique ne stimule que les nerfs et les muscles avec lesquels il est en contact ; que souvent il arrive que la vie dépend de la promptitude avec laquelle les secours sont administrés, et qu'une action immédiate sur tout le système nerveux à la fois, comme dans le choléra, dans la mort *apparente* causée par asphyxie, submersion ou strangulation, et même dans le cas de suspension de la vie par les agents anesthésiques, est d'une importance capitale.

Afin de combler cette lacune dans l'application de l'électricité médicale, nous avons fait partir de chacun des pôles de l'appareil électro-magnétique, une série de conducteurs amenant le fluide sur différents points du vêtement électrique. Ces courants dérivés formant un faisceau de conducteurs et portant tous une somme égale de fluide, il en résulte que, si les conducteurs sont bien distancés, le malade éprouve alors l'effet du fluide magnétique dans tout le corps à la fois.

Outre le sac électrique recouvrant toute la surface du corps, nous avons fait établir, pour chacun des membres, des appareils particuliers destinés à les envelopper séparément, lorsqu'ils doivent être électrisés avec une grande énergie, comme dans les paralysies.

Quant aux névralgies générales de la tête, qui pourraient résister à l'emploi des conducteurs humides, nous employons contre elles une calotte de laine, tapissée à l'intérieur comme le sac électrique, de bandes en tissu métallique. Cette calotte porte trois courants dont deux destinés à électriser les tempes ; le troisième, qui se prolonge jusque sur la nuque, doit conduire le fluide électrique sur la moelle épinière.

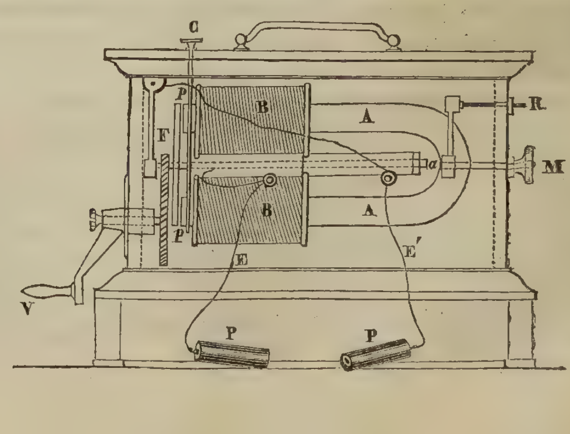
Pour compléter le sac électrique, nous avons fait faire un gant capable d'électriser tous les doigts en même temps : chacun d'eux se trouve enfermé dans une sorte d'étui métallique. Les doigts sont isolés entre eux, et reçoivent tous ensemble une égale dose d'électricité, car tous portent séparément un bouton pour recevoir un courant dérivé.

Le sac électrique complet, aussi bien que les différentes parties qui s'en détachent, fonctionnent toujours d'une manière très-satisfaisante. Nous avons eu l'occasion d'appliquer les diverses parties de cet appareil, dont l'emploi est des plus faciles pour l'opérateur, et très-prochainement nous publierons une observation de guérison d'une paralysie générale obtenue par l'application de l'électricité magnétique, dans laquelle le sac électrique nous a été d'un grand secours pour les membres inférieurs.

Il est inutile d'ajouter que tous les appareils que nous venons de décrire sont des accessoires de l'appareil électro-médical lui-même, et que l'appareil dont nous nous servons est celui de MM. Breton frères, que tout le monde connaît et dont il est par conséquent inutile de donner la description ; la figure ci-jointe le rappellera suffisamment à l'esprit des praticiens.

Pour résumer en deux mots ce travail, nous dirons que notre but a été de *localiser*, de *diviser*, de *doser à volonté* le fluide électrique ; c'est, suivant nous, la seule manière de remplir toutes les indications qui peuvent se présenter dans l'application de l'électricité.

Nous croyons utile d'informer nos lecteurs que le mode d'électrisation proposé par M. le docteur Boulu est en ce moment appliqué, dans le service de M. le professeur Nélaton, sur un homme de 45 ans, affecté de nombreux et volumineux ganglions cervicaux. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des résultats de cette expérience.



Du traitement des déviations utérines par le pessaire intra-utérin et par le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé (1). — Parallèle entre les avantages et les inconvénients de ces deux appareils,

Par M. M. Gariel, *ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut.*

Ainsi que nous l'avons promis, nous publions aujourd'hui le mémoire présenté par M. Gariel à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie ; ce travail ne pouvait arriver d'une manière plus opportune qu'au moment où l'Académie de médecine va discuter l'intéressante question du traitement des déviations utérines. Nous espérons pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs, avant cette discussion, une lettre de M. le professeur Sympson (d'Édimbourg), qui résumera le pratique de cet habile accoucheur.

1. On a l'habitude de décrire séparément les maladies désignées sous les noms d'abaissement, d'antéversion et de rétroversion de l'utérus, et d'assigner à chacune de ces affections, sinon des causes et des symptômes différents, au moins un traitement particulier.

2. Cette manière de considérer ces maladies me paraît erronée.

L'abaissement, l'antéversion et la rétroversion de l'utérus sont une seule et même maladie, produite par les mêmes causes, présentant les mêmes symptômes, et cédant au même traitement.

Qu'il me soit permis de donner quelque développement à cette proposition.

3. La cause la plus fréquente, unique peut-être des différents déplacements de l'utérus, est l'engorgement de cet organe (l'étude des circonstances dans lesquelles se manifeste cet engorgement nous mènerait trop loin, et ne jetterait, d'ailleurs, aucun jour sur la question qui nous occupe) : je me borne à dire que, lorsque l'engorgement atteint la totalité du corps de l'utérus, il y a en général production d'un abaissement direct, lorsqu'à l'état normal et avant la maladie, l'utérus de la malade présentait une direction verticale par rapport à l'axe du corps, production d'une antéversion lorsqu'à l'état normal et avant la maladie, la partie supérieure de l'utérus était inclinée en avant (disposition plus commune qu'on ne le pense), et aussi lorsque l'engorgement est partiel et occupe la paroi antérieure de l'organe, et enfin, production d'une rétroversion lorsque l'engorgement partiel occupe la partie postérieure ; il est probable que le lieu de l'insertion du placenta a une influence sur le développement de ces engorgements partiels ; la position verticale ou antéversée à l'état normal de l'utérus rend également compte de la fréquence plus grande des abaissements et des antéversions de cet organe.

4. D'ailleurs, il ne faut pas croire que les divisions dans lesquelles on a encadré les maladies qui nous occupent soient toujours nettement tracées ; indépendamment des différences de diagnostic, que peut entraîner le toucher pratiqué dans les positions verticale, inclinée ou franchement horizontale, il n'est pas rare de voir soit l'antéversion, soit la rétroversion se combiner avec un abaissement (je ne dis pas un prolapsus).

5. J'aurai, plus loin, l'occasion de décrire les symptômes que l'on attribue aux différents déplacements de l'utérus ; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer ici que ces affections se confondent tellement dans leur expression symptomatologique, qu'il est impossible, après avoir interrogé une malade et *avant de pratiquer le toucher,* de déterminer dans quel sens le déplacement existe.

6. Les considérations que je viens de présenter me semblent donner quelque poids à l'opinion que je cherche à faire prévaloir sur l'unité des causes et des symptômes des différents déplacements de l'utérus, et sont puissamment corroborées par les succès que l'on obtient dans ces différentes affections par les mêmes moyens de traitement.

7. En effet, que l'on ait à traiter un abaissement, une antéversion ou une rétroversion, il suffit de soulever l'utérus, de manière à le replacer à son niveau normal, ou quelquefois même, à exagérer ce niveau, pour que tout trouble fonctionnel, tout accident symptomatique cesse à l'instant.

8. Ce résultat favorable se produit chaque fois que l'on remplit exactement la cavité vaginale, sans se préoccuper, d'ailleurs, de repousser le col en avant lorsqu'il s'agit d'une antéversion, de le repousser en arrière lorsqu'il s'agit d'une rétroversion.

9. Tous les pessaires, les sachets, les éponges, dont l'application est si souvent suivie sinon de succès, au moins de soulagement, n'agissent qu'en soulevant l'utérus, et le pessaire intra-utérin lui-même n'a donné lieu à quelques succès passagers et accidentels, que parce que son action est complexe, et *qu'il soulève* en même temps qu'il redresse.

10. L'opinion que je formule ne m'est pas venue de prime-abord ; lorsque j'ai commencé à étudier les maladies de l'utérus, j'étais imbu des doctrines qui ont cours encore aujourd'hui, et je croyais qu'il était nécessaire, dans le traitement de l'antéversion et de la rétroversion, de ramener l'utérus dans sa position verticale ; c'est dans ce but que, dans mes premiers essais, j'ai reproduit en caoutchouc vulcanisé, et modifié de cent façons, les pessaires à gimblette ou à cuvette, surmontés d'une saillie dans un point de leur circonférence, appropriant chacun de ces appareils à la maladie à laquelle on avait coutume de l'opposer ; mais l'expérience m'a bientôt démontré que ces variétés de forme avaient peu d'importance, et que les résultats heureux que j'obtenais dépendaient moins de cette diversité de forme que du volume de l'appareil (1).

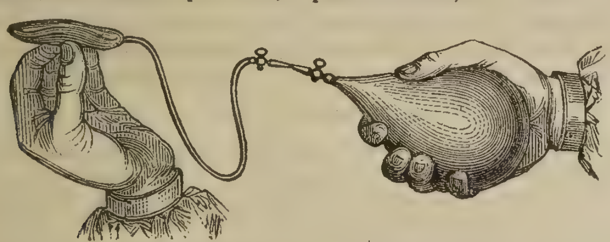
11. J'ai donc adopté en principe, pour la fabrication de mes pessaires, la forme la plus favorable au soulèvement de l'utérus, la forme sphérique déprimée sur deux sens ; le pessaire présentant cette configuration arc-boute sur les parois latérales du bassin, où il ne rencontre aucun organe important, sans déprimer la vessie et le rectum, en d'autres termes, je donne au pessaire plus de développement latéral que de développement antéro-postérieur.

12. Comme je l'ai déjà dit, dans les cas d'abaissement ou de prolapsus,

---

(1) Le pessaire à réservoir d'air se compose 1° d'une pelote en caoutchouc vulcanisé, donnant naissance à un tube de 30 centimètres, sur lequel vient s'attacher un robinet ; 2° d'un insufflateur, instrument muni également d'un robinet dont le canon vient s'adapter exactement sur le canon du robinet déjà employé.

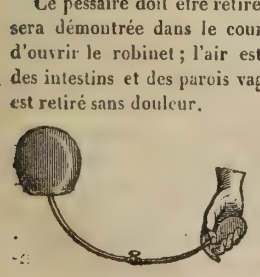
Le premier dessin représente l'appareil avant son introduction dans la cavité vaginale (l'insufflateur est plein d'air, le pessaire est vide).



Le second dessin représente le même appareil après son introduction (l'insufflateur est vide d'air, le pessaire est plein).



Ce pessaire doit être retiré chaque soir, *condition essentielle,* dont l'importance sera démontrée dans le courant de cette note. Pour obtenir ce retrait, il suffit d'ouvrir le robinet ; l'air est chassé de la pelote-pessaire par l'action combinée des intestins et des parois vaginales, et le pessaire réduit au volume de ses parois, est retiré sans douleur.



Le même appareil peut fonctionner avec un seul robinet : dans ce cas, la pelote-pessaire ne peut être séparée de l'insufflateur, qui se fixe aux vêtements.

Nous aurons occasion de revenir sur cette description succincte et sur les avantages que présente l'application du pessaire à réservoir d'air.

(1) Dans les cas d'abaissement direct, il se produit un phénomène qui n'a pas encore été signalé, et qui mérite à ce point de vue toute notre attention. C'est que l'utérus, soulevé par un pessaire, ne garde pas la position verticale, et qu'il s'incline, dans le plus grand nombre des cas, en avant ou en arrière, donnant ainsi lieu soit à l'antéversion, soit à la rétroversion : et cependant le soulagement est instantané.

Je sais bien que l'on a prétendu qu'au moyen des pessaires à gimblette en particulier, on remédiait aux déviations de l'utérus en dirigeant le col de cet organe dans l'ouverture médiane que présente cet appareil prothétique ; je ne conteste pas qu'il soit possible, quoique très-difficile, de placer le col de l'utérus dans l'ouverture dont je viens de parler, mais je soutiens que l'utérus reprend sa position vicieuse au premier mouvement que fait la malade, au premier effort de défécation, etc., et que le soulagement produit ne dépend que du *soulèvement.*

direct, la pelote-pessaire ayant la forme d'un sphéroïde aplati, remédie toujours aux accidents, quel que soit d'ailleurs le degré de prolapsus, lorsque l'on sait proportionner la pelote à la dilatabilité normale du vagin.

13. Ce résultat favorable a lieu dans le plus grand nombre des cas, au moment même de l'application de la pelote.

14. L'application de la même pelote, sans modification aucune, produit-elle les mêmes résultats dans le traitement de l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus?

Je réponds avec assurance : oui. Les pessaires n'agissent, dans les antéversions et les rétroversions, que comme dans les prolapsus directs; en replaçant l'utérus à sa hauteur normale, ou même en exagérant, dans quelques cas, ce mouvement ascensionnel, quelle que soit, d'ailleurs, la position relative du corps et du col de cet organe par rapport à l'axe du corps; il me serait facile, du reste, de prouver par des faits que l'utérus ramené à sa hauteur physiologique, et *sans être redressé*, ne tarde pas à perdre de son poids et de son volume pathologiques, et que le résultat que l'on demande au *redresseur intra-utérin*, le redressement de l'organe, s'obtient seul et sans faire courir à la malade les chances du plus léger accident.

15. Si les faits que j'annonce sont exacts, le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé présente sur le pessaire intra-utérin des avantages incontestables : il est d'une innocuité parfaite, il amène la guérison. De plus, le principe d'après lequel il est construit permet de le retirer chaque soir, circonstance capitale sur laquelle je ne saurais assez insister. Mais n'anticipons pas sur les faits et étudions le pessaire à réservoir d'air :

1° Au moment de l'introduction de l'appareil;

2° Pendant son séjour dans la cavité vaginale;

3° Lors de son retrait.

1° *Introduction du pessaire à réservoir d'air.*

16. Au moment de l'introduction, la pelote-pessaire doit être réduite à son plus petit diamètre possible (en la roulant sur elle-même, ce diamètre n'excède jamais 1 ou 2 centimètres); on la trempe dans une décoction mucilagineuse, ou simplement dans l'eau, et on la présente à l'anneau vulvaire qu'elle traverse toujours sans donner lieu à la plus légère douleur; c'est alors qu'on la dilate par l'insufflation.

Cette dilatation, dans le plus grand nombre des cas, peut être obtenue complétement de prime abord; cependant, j'ai rencontré quelques malades dont la sensibilité était exaltée par de longues souffrances, qui ne supportaient l'entière dilatation de la pelote-pessaire qu'au bout de plusieurs séances, et chez lesquelles il fallait habituer le vagin, par des degrés successifs de dilatation, au contact d'un corps étranger volumineux.

17. Il ne faut pas, du reste, se laisser effrayer par les premières paroles de la malade, paroles qui trahissent, le plus souvent, plus d'inquiétude que de douleur réelle; cette inquiétude d'ailleurs ne tarde pas à disparaître, lorsqu'après avoir insufflé plus ou moins complétement la pelote-pessaire, on laisse une certaine quantité d'air reprendre place dans l'insufflateur, sauf à la diriger de nouveau dans la pelote-pessaire quelques instants plus tard. Ce n'est pas un des moindres avantages du pessaire à réservoir d'air, de pouvoir être approprié à chaque cas particulier, sans qu'il soit nécessaire de changer l'appareil.

18. J'ajouterai que, dans les cas mêmes où les malades accusaient une sensation pénible, que j'ai dû croire véritable, cette douleur n'a pas tardé à cesser spontanément, soit parce que le vagin et le col de l'utérus s'habituent sans peine au contact d'un corps aussi doux que l'est une pelote-pessaire en caoutchouc vulcanisé, soit parce que la sensibilité de la vessie et du rectum dépendant du déplacement utérin, le soutien exact de l'utérus fait cesser le retentissement douloureux dans les organes qui ne souffraient que sympathiquement et par contiguité.

19. Mais dans le plus grand nombre des cas, je le répète, non-seulement la dilatation de la pelote-pessaire est obtenue de prime abord sans donner lieu au moindre retentissement, mais les malades éprouvent un soulagement instantané, et le plus souvent la cessation immédiate, comme par enchantement, des douleurs hypogastriques, lombaires, etc., qui accompagnent tout *déplacement de l'utérus*.

2° *Séjour dans la cavité vaginale.*

20. L'exactitude de soutien, produite par la présence de la pelote en caoutchouc vulcanisé, est suivie du retour à l'état normal du volume de l'utérus hypertrophié; or comme l'hypertrophie, l'engorgement est, non pas l'effet, mais la cause des déplacements de l'utérus, il arrive que cet organe, dont le volume se retrouve en rapport avec la force de résistance de ses ligaments, n'a plus de tendance à s'abaisser ou à se déplacer, lorsque la pelote-pessaire a été régulièrement appliquée pendant quelques semaines; j'ai même vu des malades cesser, sans mon autorisation, l'emploi de leur pelote après quelques jours seulement d'application, et se trouver en état de marcher sans souffrance, de se livrer même à des travaux pénibles, sans que la maladie se reproduise.

21. Je suis loin de dire qu'une terminaison aussi heureuse soit générale, et que toutes les malades dont l'engorgement utérin a disparu puissent s'affranchir de l'application régulière de leur appareil : chez un grand nombre, le décubitus prolongé et les souffrances ont agi sur la santé générale, et les ligaments de l'utérus restent distendus par défaut de ressort, quoiqu'ils n'aient plus à supporter que le poids normal de l'organe : dans tous les cas, je crois que les malades doivent porter une pelote pendant un laps de temps assez considérable, et qu'en la supprimant prématurément, elles s'exposent à une rechûte.

22. J'ai déjà dit que les douleurs hypogastriques, lombaires, etc., qu'entraîne à sa suite tout déplacement de l'utérus, cessaient immédiatement après l'introduction de la pelote-pessaire. Ce résultat a une portée immense sur la santé générale.

23. Jusqu'à présent, on a prescrit le repos dans la position horizontale aux malades atteintes de déplacement de l'utérus; cette pratique, favorable pour déterminer la cessation momentanée des douleurs, produit des accidents dont on n'a pas assez tenu compte; la malade, condamnée au repos, n'a plus d'appétit, elle digère mal; une alimentation insuffisante amène l'amaigrissement, la débilité, sans avantage pour l'affection locale; les intestins participent à la faiblesse générale et ne se contractent plus qu'imparfaitement; il s'ensuit une constipation opiniâtre, que la malade ne parvient à vaincre, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, qu'en faisant des efforts prolongés qui déterminent la pression énergique du diaphragme sur les intestins et tendent par conséquent à augmenter le déplacement de l'utérus. Je ne cite que pour mémoire les accidents hystériformes qui viennent si souvent s'ajouter à la maladie principale, et dont l'importance doit cependant être prise en grande considération.

24. L'emploi du pessaire à réservoir d'air me permet de conseiller un traitement entièrement opposé.

25. Les malades, dont l'utérus est méthodiquement soutenu, ne souffrent pas dans la position verticale; je leur recommande de marcher; l'exercice produit l'appétit; une digestion active amène une assimilation réparatrice; la santé générale s'améliore, la constipation ne tarde pas à céder plus ou moins complétement.

26. La pelote en caoutchouc vulcanisé, dont les parois sont molles et élastiques, ne produit jamais ni inflammation ni supersécrétion d'aucune sorte; au contraire, la *leucorrhée disparaît*, ou au moins, diminue notablement au bout de quelques jours de l'application de l'appareil, pourvu toutefois que sa présence ne soit pas entretenue par une lésion organique.

27. L'innocuité de la présence du pessaire à réservoir d'air sur les organes voisins reconnaît deux causes principales : l'élasticité, la mollesse de ses parois, qui lui permettent de se mouler sur les parties environnantes; son retrait quotidien, retrait que j'établis en précepte formel, et dont je signalerai l'importance dans le paragraphe suivant.

3° *Retrait du pessaire à réservoir d'air.*

28. Les circonstances signalées lors de l'introduction du pessaire à réservoir d'air se représentent au moment de son retrait; l'ouverture du robinet donne issue à l'air contenu dans la pelote-pessaire, que la plus légère traction suffit pour amener au dehors.

29. Cette facilité du retrait du pessaire permet que l'appareil soit retiré tous les jours par la malade elle-même.

30. Ainsi, toutes les malades auxquelles je conseille l'application du pessaire à réservoir d'air : *A*, le placent le matin; *B*, le gardent toute la journée; *C*, le retirent le soir.

31. *A*. Le placent le matin au moment du lever; il est préférable que cette application soit faite dans le lit même; dans la position horizontale, l'introduction est plus facile; d'ailleurs la malade, en évitant toutes les occasions de déterminer le déplacement même momentané de l'utérus, augmente dans une proportion considérable ses chances de guérison définitive.

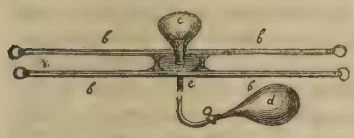
32. *B*. Le gardent toute la journée, pendant tout le temps, en un mot, qu'elles tiennent la position verticale. Par la disposition particulière que j'ai donnée aux pelotes, la miction s'opère sans difficulté; il y a même des cas (cystocèle) où la miction est plus libre, et les envies d'uriner moins fréquentes, lorsque la pelote est en place.

La présence des époques menstruelles n'est pas une contre-indication à l'application du pessaire à réservoir d'air; je n'ai rencontré que trois exceptions à cette règle générale : dans tous les autres cas, les malades ont déclaré que la pelote-pessaire, appliquée pendant l'époque du flux cataménial, diminuait les douleurs et régularisait l'écoulement du sang; ce résultat s'explique facilement par la disparition, ou au moins la diminution préalable de la leucorrhée.

33. *C*. Le retirent le soir au moment du coucher. La pelote-pessaire, enlevée chaque jour et lavée à grande eau, ne contracte ni mauvaise odeur, ni qualités délétères. Aucun corps étranger ne se trouvant interposé (pendant que la malade fait ses injections) entre le col utérin et le liquide injecté, l'ablution est parfaite, le séjour des mucosités vaginales impossible. Le col de l'utérus reste douze heures sur vingt-quatre éloigné de tout con-

tact : cette circonstance prévient le développement de la fluxion sanguine que pourrait, à la rigueur, déterminer le contact continuel du corps le plus doux.

34. La facilité de donner au pessaire à réservoir d'air un grand développement après son introduction, rend cet appareil complétement efficace, aussi bien dans les cas de prolapsus les plus considérables, même lorsque le col utérin a dépassé l'orifice vulvaire de plusieurs centimètres, que dans les cas d'antéversion et de rétroversion le plus nettement accusés. La déchirure, la destruction de la cloison recto-vaginale sont les seuls cas dans lesquels son action soit douteuse : l'addition d'une ceinture périnéale remédie avec succès à cette infirmité.



35. Cette ceinture est formée d'un plancher de caoutchouc vulcanisé, destiné à donner appui à la pelote-pessaire et tenant lieu de l'anneau vulvaire ; au milieu de ce plancher, passe le tube destiné à l'insufflation de la pelote ; l'appareil s'attache en avant et en arrière à une ceinture abdominale, ou même au corset de la malade, au moyen de tubes en caoutchouc vulcanisé, formant sous-cuisses : une vaste échancrure située au niveau du méat urinaire, permet d'opérer la miction, sans dérangement de l'appareil. La pelote pessaire ne doit être insufflée que lorsque l'appareil est fixé.

36. Le pessaire intra-utérin présente-t-il la même innocuité et les mêmes avantages ?

37. J'admets volontiers que dans quelques cas, cet instrument a pu produire un résultat heureux ; mais ce résultat exceptionnel s'explique facilement ; j'ai déjà dit que l'action du pessaire intra-utérin était complexe, et qu'il soulevait en même temps qu'il redressait l'utérus ; or, il ne me paraît pas douteux que c'est ce mouvement ascensionnel de l'utérus, indépendamment du redressement de l'organe, qui, dans les cas que je viens de citer, a déterminé le succès ; j'admets aussi que le contact d'une sonde métallique peut modifier avantageusement le mode de sensibilité de l'utérus, de même que le cathétérisme urétral, pratiqué de manière à produire une certaine pression sur le col vésical, fait cesser momentanément certaines névralgies du col de la vessie.

38. Mais en est-il toujours ainsi ? Il serait impossible de le soutenir. De l'aveu même des médecins qui ont couvert de leur autorité le pessaire intra-utérin, les succès sont contre-balancés par d'effrayants revers ; plusieurs observations de mort ont été publiées, et il est permis de croire que tous les événements malheureux n'ont pas été mis au jour.

39. Eh bien ! je le demande, est-il permis, pour combattre une affection qui n'est jamais mortelle par elle-même, est-il permis, dis-je, d'employer des moyens qui peuvent occasionner la mort ? N'est-il pas au moins prudent de ne recourir à ces moyens que lorsqu'on a vu échouer les autres moyens, dont l'innocuité est incontestable et incontestée ?

40. Néanmoins, les cas de mort sont rares, j'en tombe d'accord ; mais on ne peut contester que les malades soumises à l'action du pessaire intra-utérin ne soient, pour la plupart, exposées à des accidents dont la gravité n'a pas toujours pu être calculée. Rappellerai-je les douleurs qui accompagnent l'application du pessaire intra-utérin, les hémorrhagies, les inflammations viscérales qui succèdent à son emploi ? Et l'on serait mal venu à dire que ces accidents ne surviennent que lorsque le cathétérisme est pratiqué par des mains inexpérimentées ; car ils se sont manifestés entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Dysménorrhée. — Etat nerveux. — Etroitesse de l'orifice utérin. — Opération et traitement hydrothérapique. — Guérison.

Les exemples de névropathie grave causée par la dysménorrhée sont loin d'être rares ; mais il en est peu qui, aussi bien que le suivant, puissent mettre en évidence l'étroite relation de la cause et de l'effet, et surtout qui puissent mieux montrer la puissance d'une thérapeutique rationnelle, et les dangers qu'il y aurait à faire de l'hydrothérapie comme de toute autre médication, une application aveugle, une panacée universelle.

Madame X...., âgée de 27 ans, d'une bonne constitution, a toujours été parfaitement réglée et a joui d'une santé parfaite jusqu'à sa dernière couche, qui a eu lieu il y a deux ans, et qui, bien que longue et douloureuse, s'est terminée naturellement et sans l'intervention du forceps. Les règles ont reparu quatre mois après l'accouchement, mais depuis lors elles ont été, quoique régulières, de moins en moins abondantes et de plus en plus douloureuses. Depuis quinze mois, l'époque menstruelle a toujours été précédée et accompagnée de tranchées utérines très-vives, d'accidents nerveux de toutes sortes, et souvent d'attaques hystériformes. L'écoulement sanguin se prolonge pendant huit, douze ou même quinze jours, mais il est très-peu abondant, et parfois réduit à quelques gouttes. Cette dysménorrhée s'est compliquée depuis un an d'une névropathie générale, caractérisée par de la gastralgie, de l'amaigrissement, de l'insomnie, de l'agacement nerveux, etc.

Après avoir eu recours à plusieurs médications sans en obtenir aucun soulagement, madame X.... a eu recours à l'hydrothérapie. A l'entrée de la malade dans l'établissement de Bellevue, M. le docteur Fleury constate l'état suivant :

Il n'existe pas de déplacement utérin ; le col est légèrement hypertrophié, mais la muqueuse est parfaitement saine et ne présente ni ulcération ni cicatrice d'aucune espèce, mais l'orifice est réduit à un petit pertuis parfaitement circulaire ayant à peine le diamètre d'une tête d'épingle.

M. Fleury crut pouvoir rattacher tous les phénomènes morbides à ce rétrécissement, et, après avoir vainement tenté de dilater l'orifice utérin, il annonça à la malade qu'une opération était indispensable. La malade y ayant consenti, l'opération fut pratiquée par M. Jobert de Lamballe, de la manière suivante :

Le museau de tanche, saisi avec une pince-érigne, est amené à l'orifice de la vulve ; l'orifice est agrandi transversalement par deux coups de ciseaux qui lui donnent une étendue d'environ 6 centimètres, et les quatre angles de la division sont excisés. La malade n'a pas été chloroformée et n'a que très-peu souffert. Pendant le travail de cicatrisation, qui a duré quinze jours, une sonde de gomme élastique a été maintenue dans l'orifice du museau de tanche, afin d'éviter un nouveau rétrécissement cicatriciel.

Un mois après l'opération, l'écoulement menstruel a eu lieu ; il a été très-abondant, complétement indolent, et depuis lors, il a conservé ces caractères.

Trois mois de traitement hydrothérapique ont fait disparaître les accidents névropathiques généraux, les troubles de la digestion et de la nutrition, et madame X... a retrouvé son embonpoint et son excellente santé ; elle est retournée dans son pays, où la guérison ne s'est pas démentie.

Cette observation, remarquable à plus d'un titre, fait naître plusieurs réflexions. L'accouchement a été manifestement la cause du rétrécissement, mais comment celui-ci s'est-il opéré ? Est-ce simplement par une espèce d'hypertrophie concentrique ? Est-ce par suite d'une déchirure opérée pendant l'accouchement et d'une cicatrisation vicieuse ? Comment, en présence d'un écoulement extérieur réduit à quelques gouttes, l'utérus se débarrassait-il des liquides qu'y faisait affluer le travail menstruel ? Ce sont là des questions qu'il est plus facile de poser que de résoudre.

Ce qu'il y a de moins douteux, c'est qu'il faut rapporter à une lésion, en apparence bien minime, des accidents fort graves, et dont l'issue devait inspirer des craintes sérieuses. Si, dans ce cas, comme dans les cas très-curieux de phimosis publiés par M. Fleury, on s'était obstiné à employer exclusivement l'hydrothérapie, nul doute que cette méthode n'eût compté un insuccès de plus. Elle a, au contraire, repris toute sa puissance, lorsqu'une opération a eu préalablement rétabli dans des conditions à peu près normales l'organe si légèrement altéré. D.....

De la rugination et des dragées d'iodure de fer inaltérable de Gille, dans le traitement de certains écoulements chroniques de l'utérus, spécialement chez les femmes lymphatiques,

Par M. le Dr Alexis Favrot.

Depuis que M. Gille a trouvé ses ingénieux procédés pour rendre inaltérable l'iodure de fer, ce médicament énergique a été employé, avec avantage, dans plusieurs affections d'une curation difficile, habituellement rebelles aux médications les mieux dirigées, et aussi dans quelques maladies d'une guérison moins difficile, mais dans lesquelles l'iodure de fer a paru avoir une action plus prompte et plus soutenue. De ces dernières font partie la chlorose et l'anémie, dans le traitement desquelles MM. Gendrin, Cruveilhier, Rostan et plusieurs autres médecins ont obtenu de l'iodure de fer des avantages signalés. Dans les premières, on doit mentionner la scrofule sous toutes ses

formes, la phthisie pulmonaire et les abcès froids ou par congestion, affections dans le traitement desquelles MM. Vigla, Maillot, Abeille, etc., ont obtenu les plus remarquables résultats. Nous savons que notre célèbre syphiliographe, M. Ricord, prescrit, avec les plus grands avantages, les dragées de Gille dans les blennorrhées rebelles; mais nous croyons que là se sont bornées les applications faites jusqu'à ce jour de l'iodure de fer; nous ne sachons pas que personne l'ait employé dans une affection des plus opiniâtres, dont tous les médecins ont pu apprécier la ténacité, et que nous allons décrire sommairement.

Il n'est pas rare de rencontrer de jeunes femmes qui, à la suite d'un premier accouchement ou d'une fausse couche, sont affectées d'écoulements catarrhaux, plus ou moins opaques, plus ou moins puriformes, en général très-gluants, mais dont le principal comme le plus fâcheux caractère, pour le praticien, est d'être réfractaire à la plupart des médications mises généralement en usage.

Outre les désordres qu'ils entraînent dans la santé générale et dans les fonctions digestives, ces écoulements sont encore une des principales causes des affections eczémateuses de la vulve, si pénibles pour les malades.

Depuis plusieurs années déjà, conformément aux doctrines professées à l'hôpital Cochin par M. Maisonneuve et Récamier, j'ai souvent dans ces cas réfractaires, obtenu d'excellents résultats des ruginations opérées dans l'intérieur même de l'utérus, et des cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent. Mais il est des circonstances où cette médication locale reste insuffisante; cela s'observe surtout dans la classe si nombreuse des femmes lymphatiques, chloro-anémiques.

Le quinquina, le fer, et les toniques en général, rendent alors d'éminents services; mais de toutes les préparations de cet ordre, celle qui nous a donné les résultats les plus rapides et les plus durables, c'est sans contredit l'iodure de fer, qu'il est maintenant si facile d'administrer, grâce aux ingénieux procédés imaginés par M. Gille pour conserver ce sel inaltéré, soit sous forme de dragées, soit sous forme d'huile ou de sirop. La préparation que nous avons préférée est celle des dragées; mais nous ne doutons pas qu'on ne se trouvât également bien de l'huile ou du sirop, chez les personnes qui éprouvent de la répugnance à prendre les médicaments sous forme pilulaire.

Parmi les nombreuses guérisons que nous avons obtenues, à l'aide du précieux agent thérapeutique dont il s'agit, nous nous contenterons de citer l'observation suivante :

Madame X..., âgée de 30 ans, blonde, et d'un tempérament lymphatique, fit, en 1843, une fausse couche des plus pénibles. Depuis cette époque, la menstruation devint irrégulière, et l'utérus fut le siége d'un écoulement catarrhal abondant. Les digestions s'altérèrent, et l'on vit bientôt se développer tout le cortége habituel des accidents nerveux, consécutifs aux affections utérines. Ajoutons que la malade était, non sans raison, tourmentée par la crainte de ne pouvoir plus devenir mère.

Lorsqu'au mois de mai 1852, cette dame vint pour la première fois me consulter, je constatai un engorgement considérable du col de l'utérus; l'orifice de cet organe était entr'ouvert et permettait facilement l'introduction de la première phalange du doigt indicateur; des granulations molles et fongueuses apparaissaient entre les lèvres de cet orifice, et le moindre attouchement faisait sourdre quelques gouttelettes de sang, qui se mêlaient à un mucus trouble et extrêmement abondant.

Le col de l'utérus était en antéflexion.

Je fis d'abord quelques ruginations qui me permirent d'extraire une quantité assez considérable de granulations vasculaires, dont le volume variait d'un grain de millet à celui d'une groseille. Je portai ensuite le nitrate d'argent dans l'intérieur même du col.

Ce traitement produisit une amélioration considérable; mais malgré les injections astringentes, l'état fongueux du col de l'utérus avait une grande tendance à se reproduire. Plusieurs fois encore, je renouvelai l'application de la rugine et des caustiques; je ne pus obtenir ainsi qu'une guérison temporaire. J'eus recours alors aux dragées de proto-iodure de fer de Gille, que je prescrivis au nombre de six par jour (30 centigr. de proto-iodure), et dont j'engageai la malade à continuer l'usage pendant plusieurs mois. A dater de ce moment, la guérison marcha rapidement, devint complète, et aucune récidive n'a eu lieu depuis. Bien plus, la malade est en ce moment dans le cours du huitième mois d'une grossesse qui se présente sous les meilleurs auspices. L'état général de la santé est aussi satisfaisant que possible.

(*Presse médicale.*)

CHRONIQUE.

— *Le charlatanisme et les Sociétés médicales.* — On nous informe que les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris ont nommé des délégués pour solliciter auprès du gouvernement des mesures répressives contre le charlatanisme. Nous applaudissons de grand cœur aux démarches qui seront faites dans ce sens, et nous désirons vivement qu'elles soient couronnées de succès. Mais, ainsi que nous avons eu occasion de le dire lors de l'examen de la brochure de M. le docteur Piogey, si l'on veut détruire réellement le charlatanisme, il faut l'atteindre sous toutes les formes, et surtout il ne faut pas oublier, il faut au contraire avoir le courage de rappeler que le plus puissant soutien du charlatanisme est l'ignorance crasse dans laquelle se plaisent à vivre un trop grand nombre de médecins, qui, sous le commode prétexte de ne se livrer qu'à la pratique, restent complétement étrangers au mouvement scientifique, et oublient même les éléments d'instruction que possède le maître d'école du premier village venu. N'avons-nous pas eu tout récemment la honteuse occasion de voir un *médecin d'eaux minérales,* docteur en médecine de la Faculté de Paris, écrire à l'Académie de médecine (sans doute pour la première fois de sa vie), pour se plaindre à cette Compagnie ne n'avoir encore pu toucher UNE CENTIME de son traitement depuis qu'il était nommé? Et tout, dans le reste de la lettre, indiquait que le mot *une* n'était pas un *lapsus calami.* Que serait-ce, si des connaissances grammaticales nous passions aux théories médico-physiologiques! Les cartons de l'Académie de médecine en savent long à cet égard, sans compter ce qu'ils ne savent pas. Il ne faut donc pas s'abuser : tant que le corps médical comptera dans son sein des hommes aussi étrangers, non-seulement à la science, mais aux plus vulgaires rudiments d'éducation, il ne faut pas espérer de voir la profession s'élever au niveau qu'elle devrait atteindre. Ce qui presse, avant tout, c'est de faire des médecins instruits et des hommes de bon sens.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. Fleury, médecin par quartier de l'Empereur, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. — Chez Labé, libraire, et au bureau du journal.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, chef de clinique de la Faculté. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 28. 2e année. Mardi 7 Mars 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 6 Mars 1854.

La dignité médicale est-elle un vain mot?

Telle est la question qu'il nous faut poser aujourd'hui, malgré toute la répugnance que nous inspire ce pénible devoir.

Depuis six mois, nous assistons en silence à une indigne parade, sans précédents dans l'histoire de la presse médicale : le dégoût et le mépris nous imposaient ce silence ; mais il est des limites hors desquelles tout autre sentiment doit se taire devant le sentiment du devoir. Ces limites sont aujourd'hui dépassées.

Voici ce qu'on a pu lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de samedi et dans la plupart des journaux politiques d'hier :

Nous venons d'accomplir pour la première fois l'honorable devoir que nous a imposé la volonté du donateur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Nous lui avons soumis un rapport détaillé sur les travaux originaux communiqués au journal depuis le 15 octobre 1853 jusqu'au 15 février 1854, en tenant compte avant tout, suivant ses intentions, de l'utilité pratique et scientifique de ces communications.

Nous n'avons qu'à nous féliciter de la satisfaction qu'a bien voulu nous témoigner ce juge éclairé de l'approbation qu'il a donnée aux conclusions qui lui ont été présentées.

Un grand nombre de travaux pouvaient aspirer à l'honneur d'avoir part au fonds d'encouragement ; mais obligé de faire un choix parmi les nombreux collaborateurs qui nous ont adressé leurs communications pendant cette période de quatre mois, ce choix s'est arrêté sur :

MM. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze ;
BOUCHUT, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite ;
BROCHIN, médecin des dispensaires ;
CHAMPOUILLON, professeur au Val-de-Grâce ;
CLIN, interne des hôpitaux ;
GROS, médecin de l'hôpital Sainte-Catherine, à Moscou ;
LEPETIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers ;
MARCÉ, interne des hôpitaux ;
MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés ;
SÉDILLOT, professeur à la Faculté de Strasbourg ;
SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Des médailles d'or ou d'argent d'un beau module, portant sur une face la tête d'Esculape, et au revers *Gazette des Hôpitaux* et le nom du destinataire, sont entre les mains du graveur de la Monnaie.

Il y a dans cette liste certains noms que personne ne sera surpris d'y trouver, et, s'ils y avaient été seuls, nous n'aurions pas songé à nous émouvoir de cette nouvelle scène d'une pitoyable comédie, pas plus que nous ne nous sommes ému des scènes qui l'ont précédée ; mais à côté de ces noms, il s'en trouve d'autres auxquels le Corps de l'internat, cette École de science et de loyauté, les Facultés, les Sociétés savantes, le Corps médical des hôpitaux, celui des médecins des dispensaires et la profession tout entière a des comptes à demander.

Au moment où les Sociétés d'arrondissement vont se mettre en instance auprès du Pouvoir pour obtenir l'abolition du charlatanisme, il faut qu'elles sachent sur qui compter, il faut que chacun s'explique et se fasse connaître.

Donc, en attendant que le Corps de l'internat, que les Facultés, que le Corps médical des hôpitaux, etc., fassent leur devoir, nous mettons en demeure les personnes dont les noms suivent de déclarer si c'est de leur consentement que leurs noms se trouvent sur la liste qu'on vient de lire, et s'ils acceptent l'étrange honneur qu'on vient de leur faire ; ces deux questions s'adressent à :

MM. BOUCHUT, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite ;
BROCHIN, médecin des dispensaires ;
CLIN, interne des hôpitaux ;
MARCÉ, interne des hôpitaux ;
MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés ;
SÉDILLOT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ;
SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Sur les plaies transversales du cou.

Les plaies du cou ne sont pas très-rares. C'est la région que choisissent le plus souvent les suicides par un instrument tranchant, et l'on en trouve plusieurs exemples presque chaque année dans les hôpitaux. J'ai pu observer deux cas de ce genre, en 1852 et 1853, dans le service de M. Velpeau. Il y a quelques jours, j'ai vu, à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Denonvilliers, un malade qui s'était fait une plaie semblable, et qui est complétement guéri.

Je vais d'abord rapporter les deux observations, telles qu'elles ont été recueillies aux lits des malades ; je les ferai suivre de quelques réflexions.

1re *Observation. — Plaie transversale du cou. — Réunion immédiate. — Guérison.* — C'est une jeune fille de 25 ans, couturière, entrée à l'hôpital de la Charité le 31 mai 1852, sortie le 24 juin suivant. Elle était couchée salle Sainte-Catherine, n° 31.

Cette jeune fille nous a été apportée pendant la nuit. Elle a été trouvée dans un escalier, baignant dans son sang. Elle s'était, dans un moment de désespoir d'amour, porté trois coups de rasoir dans la région cervicale antérieure. Voici dans quel état nous la trouvons :

Une blessure large, transversale existe à la partie supérieure du cou, au-dessous de la région glosso-sus-hyoïdienne, en haut de la région laryngo-trachéale. Elle s'étend du bord antérieur du muscle sterno-cleïdo mastoïdien du côté gauche au muscle sterno-mastoïdien du côté droit. Le bord antérieur de l'un et de l'autre muscle est un peu coupé, surtout celui du côté gauche, dont les fibres sont plus profondément divisées (ce qui indique, je le dis en passant, que le rasoir a été promené de gauche à droite, que la plaie, par conséquent, a été faite de la main droite). A chacun des angles de la plaie, outre l'incision principale, il y a deux autres incisions, longues à peine de 1 centimètre, dont l'une n'intéresse qu'une portion de l'épaisseur de la peau, et l'autre s'arrête au muscle sterno-mastoïdien. La malade s'est portée trois coups de rasoir, comme je l'ai dit plus haut. Dans tout le reste de son étendue, la plaie est unique, nette, béante. Elle passe au niveau de la membrane hyo-thyroïdienne. L'instrument a coupé cette membrane, et à travers le trou bien ouvert qui existe, l'œil plonge à la partie supérieure du larynx, au-dessus de la glotte, dans le pharynx, et plus profondément, on voit que l'épiglotte est coupée et un peu flottante. La membrane hyo-thyroïdienne n'est divisée que dans sa partie médiane, saillante en avant ; elle est intacte sur les parties latérales. Le trou qu'on y remarque laisserait passer le bout du pouce. De chaque côté du larynx, on voit les battements des artères carotides ; de chaque côté aussi, mais surtout à droite, on aperçoit la teinte bleuâtre, caractéristique des veines jugulaires. Le rasoir les a presque effleurées.

Cette jeune fille a sa pleine connaissance, et elle nous racontait plus tard que depuis le moment où elle s'est coupé la gorge jusqu'à celui où nous l'avons vue, elle n'avait pas un seul instant perdu la conscience de ce qui se passait autour d'elle. Elle nous racontait aussi qu'après s'être porté les coups de rasoir, elle avait été effrayée par la vue du sang qui s'écoulait, par un sifflement très-fort au niveau du cou, et qu'elle s'était affaissée, surprise de se trouver encore vivante. Mais laissons là ces digressions.

La malade a sa pleine connaissance. Elle souffre beaucoup. Elle respire avec difficulté, et à chaque inspiration il se produit, au niveau de l'ouverture sus-laryngée, un bruit rauque, sifflant. A l'expiration, c'est un souffle semblable à celui que nous pouvons produire dans une forte expiration, la bouche ouverte et la langue roulée en cornet, la pointe regardant en haut et en arrière. La voix est conservée, distincte, plus facile, plus nette, lorsqu'on tient les deux bords de la plaie rapprochés, que quand on les laisse écartés ; le sang ne coule plus. Envies de vomir continuelles ; céphalalgie interne ; pouls petit, filiforme, extrémités froides.

Les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide de serre-fines ; la tête est un peu relevée, le menton légèrement incliné vers le sternum. (Compresses froides ; potions calmantes.)

Dans la journée, les envies de vomir ont complétement disparu. La malade s'est réchauffée, elle sommeille un peu.

Le soir, le pouls est assez plein, fréquent. Les serre-fines tiennent bien. La malade est bien calme.

1er *juin*. La nuit a été assez bonne. Toutes les serre-fines sont restées bien appliquées. La réunion des bords de la plaie s'est déjà faite en partie ; on enlève la moitié des serre-fines. Le cou est douloureux, un peu rouge transversalement. La moindre pression, le plus léger mouvement de la tête, réveillent les souffrances ; pas de tuméfaction ; la déglutition est lente et difficile ; on voit que la malade cherche à éviter le mouvement d'ascension du larynx. Peau chaude ; pouls fréquent, assez plein ; soif vive ; céphalalgie intense. (Une saignée de trois palettes ; limonade, potion calmante.)

Le 2, la réunion des lèvres de la plaie est complète. On enlève les serre-fines qu'on avait laissées hier. Un peu de gonflement à l'extrémité gauche de la solution de continuité ; peu de rougeur ; douleur à la pression et dans les mouvements de la tête, surtout à gauche ; respiration assez libre ; la malade parle difficilement ; fièvre assez vive ; langue blanche, un peu sèche. La malade a un peu dormi cette nuit. (Douze sangsues sur l'endroit tuméfié ; limonade.)

Le 3, le gonflement a disparu à l'angle gauche de la plaie, mais le bras de ce côté est douloureux ; la peau de l'épaule est un peu rouge ; les lèvres de la plaie sont un peu rouges et gonflées ; leur réunion se maintient bien ; cependant il y a quelques gouttes de pus à la partie moyenne de la plaie ; la malade parle facilement, elle a bien dormi ; le pouls est moins fréquent, la peau moins chaude. (Quinze sangsues sur la partie latérale gauche et inférieure du cou ; cataplasmes ; limonade.)

Le 4, un peu de gonflement et de rougeur à gauche, vers l'angle de la plaie ; la douleur du bras a disparu ; la déglutition est facile ; la respiration se fait bien ; pas de fièvre. L'état général va de jour en jour s'améliorant. (Un peu de lait.)

Le 5, la malade n'a pas eu de selle depuis son arrivée à l'hôpital ; les règles sont venues en avance de huit jours. La malade a faim. (Lait, bouillon.)

Le 6, le gonflement persiste à gauche ; il est rouge, douloureux. État général bon. (Frictions mercurielles, cataplasmes ; bouillon, potage.)

Le 8, il s'est formé à gauche un petit abcès qu'on incise ; il sort une petite quantité de pus, à peu près plein une moitié de coquille d'œuf. La suppuration, qui s'était montrée un instant sur la ligne médiane, est complétement tarie. État général bon. Pas de selle (un lavement, administré hier soir, n'a produit aucun effet). Les règles sont passées. (Cataplasmes, 1 lavement ; potage, bouillon.)

Le 10, il n'y a plus d'inflammation. Plus de gonflement ; plus de douleur. La malade a eu une selle. (Pansement simple ; 1 portion.)

Le 13, l'incision de l'abcès est complétement cicatrisée. Selles régulières. (2 portions.)

Le 18, il est survenu de nouveau, à l'angle gauche de la plaie, un peu de gonflement, de rougeur, de chaleur ; ce point est douloureux, surtout à la pression. Fluctuation douteuse. Il y a de la fièvre, de la soif, de l'inappétence, de l'insomnie. Une incision, pratiquée sur l'endroit douloureux, donne issue a du sang mêlé de quelques grumeaux de pus. (Cataplasmes ; limonade ; bouillon, potage.)

Le 20, le gonflement et la rougeur ont disparu ; il y a encore un peu de suppuration. L'état général est redevenu très-satisfaisant. (Frictions mercurielles, cataplasmes ; 1 portion.)

Le 22, la malade va très-bien ; plus de suppuration. (Emplâtre d'onguent de la mère, 2 portions.)

Le 24, guérison complète ; la malade sort de l'hôpital pour aller passer quelques jours à la campagne.

Il reste une cicatrice presque linéaire. La phonation, la respiration, la déglutition, se font comme avant l'accident.

Au niveau de la plaie du larynx, la peau est un peu adhérente, glisse moins facilement sur les tissus sous-jacents.

La malade éprouve un peu de tiraillement, quand elle veut relever la tête fortement en arrière.

2e *Observation. — Plaie oblique du cou. — Plaies pénétrantes de poitrine. — Infection purulente. — Mort.* — A. B...., âgé de 42 ans, tambour de la garde nationale. Entré le 25 mars 1853, mort le 9 avril suivant. Il était couché au n° 21 de la salle Sainte-Vierge.

Un vol d'un billet de 500 frans avait été commis ; des soupçons planaient sur cet homme. Lorsqu'il l'apprit, il entra en fureur ; il se mit dans un état d'exaltation, de surexcitation indicibles, et il tourna sa colère contre lui-même. Il saisit un rasoir et se fait au cou une large et profonde blessure. Il ne s'arrête pas là ; mais, s'armant de son sabre-poignard, il se frappe quatre fois le côté gauche. Il tombe alors, on le relève et on l'apporte à l'hôpital. Voici ce que nous constatons :

A la partie antérieure du cou, dans la région sous-hyoïdienne, une plaie partant du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit et s'étendant obliquement de bas en haut du côté gauche jusqu'à l'apophyse mastoïde. Elle a la forme d'un croissant. Elle entraîne, en passant, le cartilage thyroïde, qui est ouvert, et au niveau duquel existe un trou pouvant admettre le bout du petit doigt, par ce trou passe l'air dans l'inspiration et l'expiration. *La voix est éteinte;* cependant, quand on ferme, avec le doigt, l'ouverture du cartilage thyroïde, le malade peut se faire comprendre. La plaie a fourni une grande quantité de sang, ce que l'on peut constater par l'état des pièces de linge qui ont servi au premier pansement de la blessure ; cependant le sang a cessé de couler quand nous voyons la plaie, et on peut s'assurer qu'aucun des gros vaisseaux n'a été divisé.

A la poitrine, quatre plaies transversales faites évidemment par un instrument tranchant des deux côtés, plus ou moins longues, toutes quatre sous le sein gauche : trois un peu en dedans d'une ligne verticale abaissée du mamelon, et une un peu en dehors de cette ligne. L'une d'entre elles est bien plus large que les autres. Il ne s'est écoulé, par les plaies, qu'une petite quantité de sang. La plaie la plus externe fait entendre, de la respiration, un bruit de souffle, et, dans les mouvements respiratoires, on constate qu'il sort par cette plaie, surtout pendant l'expiration, non-seulement de l'air, mais un liquide sanieux, spumeux. Si l'on palpe cette région du thorax, on y trouve un boursouflement notable, et l'on sent sous le doigt ce craquement caractéristique que l'on a tout à tour comparé au frôlement de la soie, au bruit que fait la neige que l'on écrase, ce craquement qui donne une sensation particulière, que l'on ne peut pas bien décrire, mais que l'on n'oublie pas quand on l'a une fois perçue, le craquement de l'emphysème. Le malade rend, par l'expectoration, des crachats spumeux mélangés de sang. La percussion donne, pour résultat, de la sonorité au niveau des plaies. Pas de matité.

Le malade est abattu, ses traits sont décolorés, le pouls petit et fréquent. Il est maigre, mais d'une bonne santé habituelle. (Réunion de la plaie du cou à l'aide de serre-fines ; pansement simple, pour les plaies de poitrine ; bandage de corps, médiocrement serré ; potion calmante.)

La journée a été bonne, les serre-fines se sont bien maintenues.

26 *mars.* Le pouls garde sa fréquence, mais il est plus plein. Le malade n'a point eu de délire, il a un pen dormi. La respiration n'est pas plus gênée que la veille. La réunion de la plaie du cou marche bien. On enlève la moitié des serre-fines. (Même prescription ; limonade.)

Le 28, l'état général est excellent. Pas de fièvre. La respiration est assez libre. Les plaies de poitrine donnent lieu à une suppuration peu abondante. L'air ne passe plus dans les mouvements respiratoires. Les dernières serre-fines sont enlevées à la plaie du cou, la réunion s'est opérée dans presque toute son étendue. Un peu à gauche du cartilage thyroïde, on voit un point rouge, luisant, douloureux. Le boursouflement et la crépitation fine, qui étaient limités au pourtour des plaies du thorax, ont gagné en étendue ; ils ont envahi l'aisselle, la partie inférieure du cou. (Cataplasmes sur la plaie du cou ; pansement simple sur les plaies de poitrine ; bouillon, potage, limonade.)

4 *avril.* Dans les jours précédents, l'état général a continué de se montrer excellent. La plaie du cou s'est ouverte dans le point enflammé que nous avons signalé ; il s'est écoulé une petite quantité de pus.

Les plaies de poitrine étaient presque complétement cicatrisées ; l'emphysème a disparu complétement. Dans la nuit du 3 au 4 avril, le malade a été pris de délire. Les voisins nous apprennent qu'il est tombé de son lit ; il n'a point eu de sommeil. Le soir, il avait eu un frisson assez violent avec claquement de dents. Les plaies de poitrine sont plus béantes que les jours précédents ; au cou, dans le point qui suppurait un peu, la plaie s'est agrandie, les deux lèvres en sont flasques et un peu blafardes ; la suppuration y est peu abondante. Le malade éprouve des nausées, sa peau est sèche et brûlante, sa langue est rouge et sèche, son pouls petit et fréquent (120 puls.). — (Limonade vineuse ; sulf. de quinine, 0,75 centigr. ; diète ; cataplasmes.)

Le 7, les frissons se sont reproduits plusieurs fois. Le pouls est toujours petit et fréquent, la langue sèche et couverte d'un enduit noirâtre. La peau est brûlante et présente une teinte légèrement ictérique. De temps en temps, une sueur visqueuse. Le malade a du délire ; sa voix est tremblotante. En même temps il se présente, sur plusieurs points du corps, notamment à la partie interne et supérieure de l'avant-bras gauche, à la partie inférieure du même côté, au niveau de la malléole interne de la jambe droite, puis sur quelques endroits du côté droit du tronc, des tumeurs rouges, mollasses, fluctuantes, qui sont survenues sans que le malade ait accusé de douleur. Elles ne sont pas non plus douloureuses à la pression. Les plaies ont toujours une teinte blafarde et fournissent peu de suppuration. (J. esprit de Madérérus, 4 gr. ; limonade vineuse ; cataplasmes.)

Le malade va s'affaiblissant ; la teinte ictérique de la peau est plus prononcée les jours suivants, le délire augmente. La mort arrive le 9 avril.

Autopsie. — Cou. La réunion de la plaie est complète, excepté dans l'espace compris entre le cartilage thyroïde et le sterno-mastoïdien gauche. Le cartilage thyroïde a été divisé, les deux bords de la solution de continuité ne sont pas réunis. Quelques adhérences celluleuses, un peu lâches, fixent la peau qui bouche cette ouverture. Quelques fusées purulentes descendent vers l'ouverture supérieure de la cage thoracique, dans la gaîne des muscles sous-hyoïdiens et des vaisseaux. Toutefois, ces fusées ne s'étendent pas au delà de la sixième vertèbre cervicale.

Thorax. La plaie la plus externe avait intéressé le tissu du poumon, qui présente, autour de la blessure, des noyaux indurés. Il est du reste cicatrisé. Le stylet, introduit par les plaies, ne pénètre pas dans la poitrine. Les deux feuillets de la plèvre ont contracté des adhérences multiples. Le diaphragme est perforé, et cette perforation correspond à l'une des trois plaies internes. L'estomac n'est pas lésé. Le poumon a son élasticité normale ; la partie inférieure et postérieure présente quelques traces d'hypérémie. La plèvre ne contient qu'une très-petite quantité de sérosité. Le péricarde est sain. Le foie, de même que le cerveau, n'offrent rien à signaler. Pas de pus, pas de lésion dans aucune articulation. Les tumeurs rouges, mollasses, fluctuantes, que nous avons signalées, renferment un pus séreux, mal lié. On ne trouve ni dans les veines du cou, ni dans d'autres veines, de traces de phlébite. Pas de pus mêlé au sang. Mais ce dernier a été un peu superficiel.

Telles sont, dépouillées des détails inutiles, les deux observations qui ont été recueillies dans le service de M. Velpeau, et qui ont été le sujet de plusieurs leçons cliniques.

Les plaies du cou, comme je l'ai dit en commençant, ne sont

pas très-rares. Elles sont effrayantes, mais elles n'ont pas toujours la gravité qu'on pourrait leur croire tout d'abord. Ou bien elles tuent presque instantanément, ou bien elles sont assez souvent suivies de guérison.

Elles sont promptement mortelles, quand elles intéressent un des gros vaisseaux de cette région. Mais ceux-ci sont le plus souvent épargnés, protégés qu'ils sont par les muscles sterno-mastoïdiens, par la saillie et la résistance du cartilage thyroïde. Ils sont d'autant plus à l'abri, que la blessure est située plus haut : cette proposition ressort de la direction des vaisseaux et de la disposition du tuyau aérien (trachée, larynx). Les vaisseaux, en effet, assez superficiellement placés en bas de la région laryngo-trachéale, montent de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière; ils s'enfoncent et se cachent, pour ainsi dire, à mesure qu'ils s'élèvent, tandis que le larynx et la trachée se portent de haut en bas et d'avant en arrière. Le cartilage thyroïde proémine et sert de bouclier aux vaisseaux du cou; plus bas, la trachée se place à leur niveau, se jette même un peu derrière eux.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, les vaisseaux du cou avaient été épargnés.

Une première question se présente : Faut-il tenter la réunion de la plaie au moyen d'une suture?

C'est ce qu'a fait M. Velpeau; c'est ce qu'a fait M. Denonvilliers chez le malade que j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis. Je pense que, dans des cas semblables, la première indication à remplir, l'écoulement sanguin étant bien arrêté, c'est de tenter la réunion par première intention. Dans les deux observations précédentes, M. Velpeau a employé les serre-fines, et l'on a pu voir que le résultat immédiat avait été aussi satisfaisant qu'on pouvait l'espérer. L'ouverture d'une des pièces du larynx, ou des membranes qui les relient entre elles, ne me paraît pas une contre-indication.

Si la réunion se fait bien, si la peau n'est pas décollée, si la suppuration est superficielle, si les foyers inflammatoires sont bien limités, les choses peuvent se passer très-simplement, ainsi que le démontre la première observation.

Mais si les deux lèvres de la plaie ne se soudent pas complétement; s'il vient à s'établir, dans le tissu cellulaire lâche de cette région, des fusées purulentes, ici, plus peut-être que de tout autre partie du corps, on est exposé aux formidables accidents de la résorption purulente. C'est ce qui a tué le malade qui fait le sujet de la seconde observation. Frissons répétés, état typhoïde, teinte ictérique, abcès pathognomonique des diverses parties du corps : on a pu voir tout le cortége de symptômes qui annoncent et accompagnent l'infection. Notons cependant que nous n'avons trouvé à l'autopsie aucun abcès métastatique dans le poumon et surtout dans le foie.

Je pourrais insister sur les accidents immédiats ou consécutifs des plaies, sur la facilité qu'ont les fusées purulentes de gagner la cage thoracique, sur l'inflammation du larynx, de la trachée, sur l'entrée du pus dans les voies aériennes, etc., etc.; mais ce serait entrer dans les détails que l'on trouve consignés dans les auteurs qui ont écrit sur les plaies de cette région, et je n'ai eu en vue, dans cette note, que de faire ressortir les points saillants des deux observations que j'ai rapportées.

Avant de terminer, un mot encore sur les plaies de poitrine que présentait notre second malade.

Il est des cas dans lesquels il est assez difficile de dire, quand on n'a pas sous les yeux l'instrument vulnérant, et qu'on ne peut pas alors, d'après la largeur de la plaie, supputer à quelle profondeur l'instrument a pu pénétrer; il est des cas, dis-je, où il est assez difficile de savoir si l'on a affaire à une plaie qui a perforé la paroi thoracique, ou à une plaie qui a seulement intéressé les téguments. L'on n'est plus au temps où, pour s'assurer si la plaie est ou non pénétrante, on introduisait un stylet pour l'explorer. Ces manœuvres dangereuses ont été abandonnées. Ici le doute n'était pas permis. Il y avait de l'emphysème; il sortait par la plaie un peu de sang mêlé d'eau; il y avait des crachements de sang; et de plus, le bruit de soufflet que j'ai signalé dans les mouvements de la respiration, levait de suite toute espèce d'incertitude. Tout nous montrait qu'il y avait plaie du poumon. Mais aucun symptôme n'a appelé l'attention du côté du diaphragme, et n'a pu faire soupçonner, pendant la vie, la lésion de ce muscle. Les phénomènes consécutifs ont été des plus simples, l'autopsie nous a montré que le poumon était bien guéri, que la plèvre était à peine altérée, et le malade n'aurait certainement pas succombé à ces plaies si l'infection purulente ne l'avait pas tué au moment où l'on pouvait espérer une guérison parfaite.

L. Bauchet.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22, 23 et 25 du tome 2.*)

SIXIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons vu dans la dernière leçon quelle était l'influence d'une hernie non réduite sur la digestion, les autres fonctions de l'économie, et en particulier la nutrition; sur les parties qui constituent la hernie, l'intestin et l'épiploon, nous avons vu tout ce qui est relatif au sac; mais, quant à son orifice, nous avons dit simplement qu'il se transformait en collet par le fait d'une inflammation, et qu'il contractait des adhérences avec les anneaux. Aujourd'hui nous allons étudier avec tous les détails nécessaires ce que c'est que le collet, comment il se forme, quelle est son influence sur les diverses formes que peut prendre le sac, sur l'étranglement et sur la guérison radicale des hernies, ce qui nous mènera à cette grande question si négligée de la cure radicale de la hernie.

Lorsqu'on examine une hernie un peu ancienne, on trouve que l'orifice du sac est rétréci; quelquefois il paraît s'être rétréci circulairement avec des plis; on dirait donc que ces plis sont le résultat du passage d'une portion considérable de péritoine par un point étroit, et que ces plis se sont collés entre eux. D'autres fois, surtout pour une hernie inguinale dont un côté se réfléchit sur le bord externe du fascia transversalis, ces plis existent seulement du côté où la hernie se réfléchit. Il y a ainsi, de ce côté, une sorte de demi-collet, tandis que, de l'autre côté, le péritoine est sain. Voilà déjà deux formes; puis on en trouve de singulières : on a quelquefois un petit orifice sur les côtés duquel on aperçoit des traces très-irrégulières de tissu cicatriciel, qui unissent les plis entre eux et les effacent plus ou moins; ils rappellent beaucoup ces grandes cicatrices irrégulières que l'on trouve sur la peau à la suite de larges brûlures : c'est là ce que M. J. Cloquet appelle des ***stigmates***. Quelquefois aussi les stigmates n'occupent qu'un seul côté, quelquefois toute la circonférence du collet. Ces plis offrent parfois une coloration noire qui a été notée par MM. J. Cloquet et Demaux; je l'ai vue aussi plusieurs fois : d'où cette coloration noire vient-elle? Nous l'ignorons totalement. C'est un dépôt de pigment noir, c'est une simple coloration dont la cause nous est inconnue à tous; mais il n'y a là aucune influence fâcheuse, et il ne faudrait pas s'effrayer de la rencontrer dans une opération de hernie étranglée, ni prendre cela à l'autopsie pour de la gangrène. Enfin le collet contracte quelquefois des adhérences, soit avec quelques points seulement, soit avec la totalité de la circonférence de l'anneau, soit enfin avec lui-même.

Ce collet est-il unique, n'existe-t-il qu'à l'anneau abdominal? Non, messieurs, on en trouve quelquefois deux, un à l'anneau abdominal et un à l'anneau externe ou inguinal. Les anneaux ont donc de l'influence sur la production du collet? Il n'en est rien, on trouve le plus souvent un seul collet existant à l'anneau abdominal, mais on en trouve quelquefois trois ou même quatre, dont un à l'anneau interne et les autres au-dessous de celui-ci, dans le scrotum. D'où viennent ces collets multiples? Ils reconnaissent deux causes : la première a été signalée par M. J. Cloquet; si le collet du sac d'une hernie ancienne est assez rétréci pour ne pas pouvoir donner passage à une anse d'intestin, le

malade faisant un effort violent, il lui vient une hernie nouvelle dans ce même point. Or cette hernie se fait de la même façon que la hernie primitive, le péritoine est entraîné dans le même anneau, et pousse devant lui le collet de la première hernie ; on trouve alors deux collets, un supérieur, le nouveau venu, l'autre inférieur, poussé en bas par la nouvelle hernie. Ces deux collets appartiennent donc à deux hernies différentes : quelquefois, au bout d'un temps très-long, la hernie pressant sur le collet inférieur, le dilate et descend jusqu'au fond du scrotum.

Mais ces rétrécissements peuvent aussi se faire d'une autre manière : ainsi, l'an dernier, quand j'étais remplacé dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, par M. Adolphe Richard, il se présenta un jeune homme affecté d'une hernie pour laquelle M. Richard crut devoir me consulter. Il fallut faire l'opération ; je trouvai plusieurs rétrécissements au-dessous du collet, dans le sac, et jusque vers le fond du scrotum : c'était une hernie de celles que l'on appelle congéniales, et le malade disait qu'elle n'avait jamais disparu. Ce fait prouve bien que ces rétrécissements peuvent se faire dans un sac, sans que ce soit par le fait de la pression des viscères sur le collet d'une ancienne hernie. Il y a donc des cas où l'on peut trouver deux collets avec une seule hernie, elle est alors en forme de bissac, on peut même en trouver trois, avec une hernie en double bissac.

Voilà donc l'influence de la hernie sur le sac ; mais pour que ces phénomènes se produisent, la rentrée du sac dans le ventre, ou sa propulsion dans le scrotum, il faut qu'il n'ait pas contracté d'adhérences avec les anneaux.

Si le sac est adhérent et qu'une nouvelle hernie se fasse, il y aura étranglement ; si le collet n'adhère qu'en un seul point, la hernie est impossible du côté où siége l'adhérence, mais l'intestin sera poussé du côté où le péritoine n'adhère pas à l'anneau ; il peut aussi être entraîné à côté de l'ancienne hernie ; on a alors deux sacs herniaires, dont l'un est vide et l'autre plein. Mais, quelquefois, le péritoine pariétal en descendant, pousse le sac primitif, et, après un certain trajet, se creuse une place d'un côté ou de l'autre de l'ancien sac ; on peut ainsi avoir plusieurs fonds de sac avec un seul collet, et ces hernies présentant un orifice unique et des poches multiples, ne sont pas très-rares. Nous avons vu qu'il pouvait y avoir un autre élément dans la hernie, c'est l'épiploon, qui, nous le savons, contracte le plus souvent des adhérences avec les parois du sac ; il peut se faire que cet épiploon, en contractant des adhérences semblables en plusieurs points, divise le sac en plusieurs loges : rien au monde que l'opération ou la dissection ne peut vous donner connaissance de cette particularité : mais si, dans un cas de ce genre, en pratiquant l'opération, vous ne trouvez que de l'épiploon et pas d'intestin, cherchez dans le voisinage et vous trouverez ordinairement l'intestin en arrière de cet épiploon, entre l'épiploon et la paroi postérieure du sac. Il peut même être tout à fait enveloppé de toutes parts par cet épiploon, qui l'étrangle quelquefois lui-même.

Une question très-importante qui a été soulevée par la chirurgie française, et qu'elle seule a résolue à son honneur, c'est le mode de développement du collet, et son influence sur l'étranglement et sur la guérison des hernies.

Comment se forme ce resserrement? Il est très-important de bien connaître l'histoire du collet du sac herniaire, car il peut tuer le malade par l'étranglement, comme il peut le guérir si l'on sait profiter de son développement. Il y a trois théories sur la formation du collet : M. J. Cloquet, arrivant le premier, avant que l'on connût bien toutes les formes de l'inflammation dans les séreuses, pensait que le collet se formait par une sorte de rétrécissement sans inflammation, et, quand il y avait oblitération complète de l'orifice, il pensait que les deux surfaces du péritoine se trouvaient accolées l'une à l'autre et adhéraient par sécheresse des surfaces. Il faut tenir compte d'un fait : lorsque après la descente du testicule, il reste un long canal péritonéal, ce canal disparaît, s'atrophie par inutilité ; l'artère et les veines ombilicales s'oblitèrent aussi par atrophie et sans inflammation ; chez l'adulte, les sacs herniaires s'atrophient aussi, mais seulement quand ils ne peuvent plus admettre d'anse intestinale dans leur cavité : lorsqu'il y a un orifice libre, que le sac n'est pas inutile puisqu'il renferme la hernie, peut-on admettre que ce rétrécissement se fasse sans inflammation, par sécheresse des séreuses? Une membrane séreuse sécrète ou ne sécrète pas : à l'état normal, elle est sans cesse humectée par de la sérosité, mais du moment que sa surface est sèche, il y a inflammation. Eh ! messieurs, qu'est-ce que les pleurésies et les péritonites sèches, si ce n'est de l'inflammation? Inflammation légère, il est vrai, mais qui suffit parfaitement pour déterminer des adhérences entre les surfaces séreuses : vous savez que l'on trouve le plus ordinairement des adhérences plus ou moins nombreuses dans les plèvres des individus même les mieux portants ; d'où viennent-elles ? Elles sont simplement le résultat de petits points de côté, qui ont duré deux ou trois minutes, de très petites inflammations limitées à un très-petit espace ; c'est donc à l'inflammation que sont dues ces adhérences des séreuses.

M. Demaux, qui a beaucoup étudié la question du collet du sac herniaire, a observé surtout les collets qui offrent ces plis rayonnés dont nous avons parlé ; disséquant avec grand soin, il a vu que la doublure du péritoine, cette lame de tissu cellulaire que l'on nomme le *fascia propria*, entraînée dans la hernie avec le péritoine, prend un aspect particulier sur les côtés du rétrécissement du sac : ce tissu cellulaire, qui était chargé de graisse, n'en présente plus aux environs du collet, en ce même endroit il se vascularise, à une époque un peu plus avancée, ces vaisseaux commencent à disparaître, et le tissu cellulaire se transforme en tissu fibreux ; plus tard, enfin, il se transforme en tissu musculaire. M. Demaux ajoute qu'il a présenté plusieurs pièces de ce genre à la Société anatomique, qui a reconnu là le tissu musculaire. Je révoque cette transformation du tissu cellulaire sous-péritonéal en tissu musculaire, non pas que, dans les autopsies que j'ai faites, et j'en ai fait beaucoup, je n'ai jamais rien vu de semblable : on a même dit que toutes les parties voisines se transformaient ainsi : jusqu'à ce que le microscope ait jugé, je me refuse à le croire : c'est du tissu cellulaire rouge, injecté, un peu condensé, mais non du tissu musculaire. Enfin, le collet du sac, suivant M. Demaux, se formerait donc en dehors par une injection, une vascularisation du tissu cellulaire sous-péritonéal, qui, une fois organisé, se transformerait en tissu fibreux. M. Demaux ajoutait même : « Qu'importe que l'on ne comprenne pas plus loin ces faits, pourvu qu'ils soient bien observés. » Mais que signifient cette injection, cette vascularisation du tissu cellulaire? C'est l'indice de l'inflammation. Eh ! comment se forment les bourgeons charnus à la surface d'un moignon, par exemple? Enfin, messieurs, voici un point très-important qui achève de ruiner la théorie de M. Demaux : lorsque j'écrivis pour la première fois que la hernie s'étranglait toujours par le collet du sac, on a dit : ce n'est pas le collet péritonéal qui étrangle la hernie, c'est le collet fibreux qui se forme autour du péritoine ; c'est une erreur profonde, jamais M. Demaux n'a pu séparer le collet externe du péritoine ; c'est donc l'adhérence du tissu cellulaire au péritoine qui forme le collet.

Mais les choses ne s'arrêtent pas à la transformation en tissu fibreux : j'ai vu nombre de collets parfaitement ronds ; faisant une section en travers de ces collets, j'ai trouvé une sorte d'anneau triangulaire très-tranchant qui fait saillie dans l'intérieur du sac ; ce n'est plus du tissu fibreux, cela crie sous le scalpel comme le cartilage, et ce tissu a une densité excessive : dans ce cas, on trouve souvent des adhérences extérieures avec les anneaux, bien que, quelquefois, ces collets triangulaires siégent au centre des anneaux fibreux sans y adhérer ; j'admets simplement que dans ces cas il y a eu inflammation à la surface celluleuse du péritoine, inflammation à laquelle j'attribue la formation de ces adhérences aux anneaux. Il est vrai que j'ai vu quelquefois de ces collets où il n'y a pas trace d'inflammation à la surface séreuse ; c'est une exception, car, le plus souvent, c'est par la face séreuse du péritoine que se forme le collet. Mais un de mes anciens élèves, M. Roustan, a été trop loin, dans son ardeur à réfuter les idées de M. Demaux, en disant que dans ces sortes

de collets, le travail se fait toujours à la surface séreuse et de deux manières : 1° par la simple adhérence de la surface séreuse par sécheresse des surfaces, sans épanchement de lymphe; 2° mais ce qu'il a mis en grande évidence, ce qui est le plus fréquent, c'est l'influence d'une inflammation sécrétoire, qui répand sur le collet du péritoine une lymphe plastique qui s'organise et forme les stigmates.

On saisit quelquefois la nature sur le fait; M. Roustan cite un cas d'une hernie dont le collet présentait ces plissements du péritoine : il a trouvé là une bande longitudinale qui couvrait la surface des plis sans pénétrer dans leurs intervalles; j'ai vu aussi deux collets unis par une bande de tissu fibreux, mais le plus souvent, ces stigmates ont une forme très-irrégulière, et occupent la moitié, les trois quarts ou toute l'étendue de la circonférence du collet du sac.

Il y a donc deux sortes de collets, le collet où à la surface séreuse on ne rencontre aucune trace de cicatrice, ce sont des collets très-durs, mauvais, car ils peuvent servir à étrangler la hernie, mais non pas à la guérir, tranchants, arrondis et adhérents souvent; fort heureusement ils sont rares. Mais de beaucoup, les plus fréquents sont les collets à stigmates internes, semblables aux grandes brûlures de la peau.

Maintenant que nous connaissons tout ce qui est relatif au développement du collet, recherchons son influence sur l'étranglement et sur la guérison de la hernie.

Je ne dirai ici que deux mots de l'étranglement. On a prétendu que dans les hernies inguinales les anneaux fibreux étranglaient les hernies qui passaient à travers. Pour qui a vu des hernies, le phénomène sera toujours le même. Si une hernie se trouve dans des conditions qui n'ont pas amené de collet, et qu'il n'a pas été appliqué de bandage, la hernie dilate les anneaux, elle devient alors *directe;* l'anneau abdominal est tellement élargi, qu'il ne fait plus qu'un avec l'anneau externe; le canal inguinal a entièrement disparu; mais l'anneau externe est plus solide que l'anneau interne; il est formé de deux piliers dont l'un s'insère sur la symphyse pubienne et l'autre sur l'épine du pubis; ces deux insertions sont donc immobiles : en haut, ces piliers sont réunis par de petites fibres obliques ou transversales qui consolident fortement l'anneau; ils sont un peu écartés et interceptent entre eux une fente triangulaire. Cet écartement est limité en bas par les insertions osseuses des piliers, mais l'anneau peut en haut se dilater sous l'influence de la pression de la hernie, jusqu'à admettre le poing. C'est cet anneau, messieurs, qui peut, dit-on, se resserrer et étrangler la hernie! Quand vous rencontrerez un anneau externe resserré, apportez-le-moi, je vous le paierai. Jamais les anneaux ne se resserrent, c'est toujours un collet qui se forme et produit les phénomènes que l'on a attribués aux anneaux : les anneaux ont été faits par la nature pour rester ouverts et ils ne se resserrent pas. Quoi! cet anneau étranglerait la hernie au point de la gangréner quelquefois, et il ne ferait rien sur le cordon du testicule! Nous reviendrons sur ce point.

Lorsque la hernie se trouve dans un anneau dur comme celui dont nous avons parlé, c'est là que peut se produire l'étranglement : si la hernie a passé par un collet formé de fausses membranes résistantes comme du tissu cicatriciel, le collet ne peut pas se dilater, il est impossible de réduire les intestins.

Quelle est l'influence du collet sur la guérison des hernies? Comment les hernies guérissent-elles? On a vu, de temps immémorial, qu'un certain nombre de hernies guérissent spontanément; puis on a vu qu'il y a chez eux des hernies qui peuvent guérir avec des bandages; enfin, on a vu qu'il pouvait y avoir des guérisons chez l'adulte.

Nous venons de voir comment le collet tend sans cesse à se rétrécir : pour qu'une hernie, sur le vivant paraisse guérie, il n'est pas nécessaire que le collet soit entièrement oblitéré, il suffit que l'intestin ne puisse plus se faire jour par cet orifice en dehors du ventre; mais la guérison sera beaucoup plus sûre et beaucoup plus stable, si la cicatrice du collet est complète. Voici donc deux modes ou plutôt deux degrés de guérison : rétrécissement du collet désormais trop étroit pour livrer passage à l'intestin, et oblitération complète du collet. C'est toujours sous l'influence de l'inflammation extérieure que cet orifice se rétrécit et peut arriver jusqu'à se fermer entièrement. A plus forte raison comprend-on qu'il se bouche lorsqu'il se forme de tous côtés des fausses membranes autour de cet anneau.

Mais les hernies ne guérissent-elles que de cette façon? Non, messieurs, elles peuvent encore guérir d'une autre : au lieu d'avoir une simple oblitération du collet, on peut avoir une oblitération plus ou moins étendue de la portion du sac qui est dans le canal inguinal. Jusqu'à ce que Astley Cooper eût démontré que la hernie inguinale traverse un canal et non pas un simple anneau, on se contentait d'appliquer un bandage sur l'anneau externe que l'on croyait unique. Rarement, on guérissait ainsi, et l'on n'avait d'adhérence que dans un point. Après qu'Astley Cooper eut appris qu'il y avait un canal livrant passage à la hernie, les chirurgiens n'en tirèrent pas de déductions pour la pratique, et l'on continua à appliquer les bandages seulement sur l'anneau externe. Ce n'est que depuis que j'ai enseigné à poser un bandage convenablement sur tout le trajet du canal inguinal que l'on obtient des guérisons complètes et stables, en un mot, la cure radicale de la hernie par les bandages. Par ce procédé, la poche est oblitérée, non-seulement au collet, mais dans toute la portion du sac qui traverse le canal inguinal, c'est-à-dire dans toute la portion du sac qui est comprimée par la pelote du bandage.

Mais avant d'arriver à la théorie de la cure radicale de la hernie par les bandages, examinons ce qui a été fait jusqu'à l'application rationnelle du bandage, pour obtenir la guérison de cette affection.

On a cherché d'abord la cure radicale des hernies par des amulettes, des charmes; puis on s'est adressé aux médicaments pris à l'intérieur, puis aux applications topiques; plus tard, aux bandages seuls ou aidés du repos au lit, et enfin à des opérations.

Vous ne vous attendez pas que je vous dise beaucoup de choses sur les charmes et les amulettes. Le principal, dont on se servait en Allemagne au XVIIe siècle, consistait à fendre un chêne en deux; puis on prenait l'enfant hernieux et on lui faisait faire trois ou quatre fois le tour du chêne, en récitant certaines paroles mystiques. Malheureusement, messieurs, ces paroles ne sont pas parvenues jusqu'aux chirurgiens, et nous ne pouvons plus maintenant guérir par ce moyen. Van Hellemont a donné un autre procédé : on fend un chêne en deux parties que l'on écarte; l'enfant passe au milieu, et, s'il n'est pas guéri, c'est qu'il a manqué quelque chose du rite habituel. Vous riez, messieurs, mais vous allez voir tout à l'heure des choses qui vous paraîtront scientifiques et qui sont tout aussi stupides que cela. On dit que les médecins sont incrédules; quelle erreur! Il n'y a peut-être pas classe d'individus plus faciles à tromper. Vous allez voir si ce que je dis est vrai :

On a aussi administré des remèdes internes pour guérir la hernie. Si, par exemple, vous donnez à un enfant hernieux des lavements de camomille et de trèfle, etc.; si vous appliquez sur la hernie des cataplasmes de ces plantes, vous guérirez sa hernie; mais si vous appliquez un bandage, cela ne gâtera rien à la chose.

On a aussi administré des astringents à l'intérieur, pour *resserrer les anneaux.* On disait : « Les anneaux inguinaux sont dilatés, donnons des astringents : ils iront jusqu'aux anneaux, les resserreront, et la hernie sera guérie. » Les médecins sont-ils assez crédules, messieurs?

Ensuite sont venues les applications externes de médicaments astringents. On a ainsi appliqué des emplâtres d'aloès, de grande consoude, etc. : c'était déjà un petit progrès. On a appliqué aussi des sachets de limaille de fer, et l'on faisait prendre à l'intérieur de la pierre d'aimant qui allait à travers l'anneau attirer les parcelles de fer, fortifier cet anneau, et par conséquent guérir la hernie. Un médecin allemand en a vu guérir par l'application de peau de lièvre qui avait séjourné dans du vin rouge. Il a vu cela, le bon homme! et il fallait que le lièvre dont on

prenait la peau fût encore à la mamelle ; sans quoi le remède était inefficace. Houlier, illustre médecin du XVII[e] siècle, a vu guérir des hernies par ce procédé : il fallait que ce topique restât neuf jours en place. Pourquoi les médecins font-ils de la chirurgie ? Au XVIII[e] siècle, Lecat, qui eut toutes les couronnes de l'Académie, à tel point qu'on le pria de ne plus concourir, Lecat a guéri des hernies par l'application d'un cataplasme de poudre de la plante qu'on nomme herniaire, dans du vin. Le prieur de Cabrière a eu, lui aussi, de grands succès : c'était un religieux du temps de Louis XIV, jouissant d'une grande réputation dans le Midi ; il faisait prendre à ses malades un certain breuvage, puis il leur appliquait un certain emplâtre, plus un bandage. La réputation de ce guérisseur de hernies vint jusqu'à la cour, et Louis XIV l'y fit appeler : là, il déclara au roi qu'il n'avait rien à lui céler et qu'il lui révélerait son secret, à condition de ne le dévoiler à personne avant sa mort ; le roi fit donc un breuvage (quelques gouttes d'acide hydrochlorique dans du vin), et le prieur appliquait un emplâtre et son bandage : à la mort du religieux, ce moyen ne guérit plus.

Dernièrement, messieurs, un de mes anciens élèves eut l'idée que ce remède pourrait tout aussi bien guérir dans ce siècle que sous Louis XIV. Il s'est figuré que l'emplâtre qu'il appliquait avec le bandage contribuait beaucoup à la guérison ; mais ce bandage bien appliqué seul guérit parfaitement les hernies ; le vin que l'on ajoute ne l'empêche pas de guérir.

Il y a aujourd'hui encore en Vendée un brave homme, Pierre Simon, qui jouit d'une immense renommée : il est de si bonne foi, qu'il ne fait pas un secret du moyen qu'il emploie : c'est de l'osmonde royale, plus un bandage ; avec cela, messieurs, il guérit les hernies. Il m'a même proposé de m'envoyer des échantillons de son emplâtre, avec des malades guéris par son procédé. J'ai vu un de ses malades, c'était un curé qui vint me consulter pour une affaire tout autre qu'une hernie. Ma consultation terminée, « Vous vous occupez de hernies ? me dit-il. — Oui. — Vous devez connaître alors Pierre Simon ? — Oui. — Eh bien ! monsieur, je suis un exemple de ses guérisons. » Je le priai de me faire voir ses hernies, si toutefois il n'y avait pas d'indiscrétion. « Du tout, me répondit-il, avec le plus grand plaisir. » Il n'avait plus rien dans les bourses, messieurs ; mais, sous les anneaux, il avait deux hernies plus grosses que le poing : il avait fait le remède de Pierre Simon et il était guéri. Tant est grande l'influence du moral sur la santé !

Nous aborderons, dans la prochaine séance, la grande question de la cure radicale.

A.-P. DOUMIC.

(La suite à un prochain numéro.)

Erratum. — Page 195, n° 25, du 28 février, dans la cinquième Leçon, ligne 36, au lieu de *Ritsel*, lisez *Richter*.

Du traitement des déviations utérines par le pessaire intra-utérin et par le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé. — Parallèle entre les avantages et les inconvénients de ces deux appareils,

Par M. M. GARIEL, *ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut.*

(Suite et fin. Voir le n° 27.)

41. Les accidents que produit le pessaire intra-utérin sont consignés dans les Leçons cliniques que M. le docteur Valleix a publiées en 1852, simultanément dans l'*Union médicale* et la *Gazette des Hôpitaux*, et notre honorable confrère en reconnaît lui-même la fréquence et la gravité, puisqu'il a complétement abandonné l'emploi du pessaire intra-utérin ; en effet, il se contente maintenant de redresser l'utérus au moyen d'un simple cathétérisme, et complète la guérison au moyen du pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, en changeant toutefois, dans un but que j'ai peine à comprendre, le nom sous lequel j'ai fait connaître cet appareil.

42. On peut consulter à cet égard une Note fort intéressante publiée, par M. le docteur Valleix, à la page 250 du *Bulletin général de thérapeutique* (1853). Cette Note est intitulée : *Note sur le traitement des déviations de l'utérus en arrière par le redressement avec la sonde et l'emploi du pessaire-ballon en caoutchouc combinés.*

43. Il résulte de cette Note que, sur 9 cas, il y a eu 7 guérisons radicales.

« Ces faits, ajoute l'auteur, n'ont pas besoin de commentaire ; ils prouvent que, par ce procédé, l'utérus reste redressé aussi bien que par le redressement à tige intra-utérine : c'est donc un véritable progrès dans le traitement des déviations. »

44. Cette phrase contient un aveu dont je prends acte, c'est que l'abandon du pessaire intra-utérin, et le redressement de l'utérus avec la sonde et l'emploi du pessaire-ballon en caoutchouc, constituent un véritable progrès dans le traitement des déviations.

L'auteur prétend, il est vrai, que l'introduction une ou deux fois répétée de la sonde utérine, suffit pour redresser l'utérus, et que le pessaire-ballon n'est employé que comme auxiliaire pour maintenir en place l'utérus préalablement redressé.

45. C'est là une allégation qu'il est permis de discuter. Il y a lieu de se demander comment la sonde utérine, introduite pendant quelques minutes, peut maintenir réduit dans sa position normale un organe aussi peu solidement fixé que l'utérus, et s'il n'est pas beaucoup plus vraisemblable que l'utérus reprend sa position vicieuse dès que la sonde est retirée ; mais que le pessaire en caoutchouc, en soulevant l'utérus, opère le dégagement de cet organe, fait cesser le tiraillement de ses ligaments, et permet de constater, au bout de quelques jours, une guérison qui ne se dément pas, ainsi que l'a constaté M. Valleix.

46. J'irai plus loin que le signataire de la Note, et je dirai : En supprimant complétement le cathétérisme utérin, et en vous bornant à employer le pessaire à réservoir d'air, que vous désignez sous le nom assez peu scientifique de pessaire-ballon, vous obtiendrez un résultat plus prompt et plus durable, sans faire courir à la malade le plus léger danger.

RÉSUMÉ. — 47. L'engorgement de l'utérus est la cause presque unique des déviations de cet organe ; le traitement doit être dirigé non contre la déviation symptomatique, mais contre l'engorgement.

48. Le pessaire intra-utérin doit être banni de la pratique, parce qu'il ne s'attaque qu'au symptôme : la déviation ; il a en outre l'inconvénient d'être d'une application difficile, douloureuse, et de donner lieu, dans un grand nombre de cas, à des métrorrhagies, à des inflammations viscérales dont on n'a pas toujours pu se rendre maître.

49. Le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé doit être employé préférablement, 1° parce qu'il s'attaque à la cause des déviations utérines, l'engorgement ; — 2° parce que son application est suivie de succès ; — 3° enfin, parce qu'il n'a jamais produit d'accident.

50. Notre honorable confrère, M. Valleix, qui a le plus insisté en France sur les avantages du pessaire intra-utérin, reconnaît implicitement ses dangers ; il en a banni l'emploi de sa pratique, et ne se sert plus que de la sonde utérine, à laquelle il associe le pessaire à réservoir d'air, improprement appelé par lui pessaire-ballon (*Bulletin général de thérapeutique*, 1853, p. 250).

51. S'il est des maladies où le chirurgien doit savoir recourir sans tâtonnement aux moyens énergiques, fissent-ils courir quelques dangers aux malades, ces maladies ne sont pas les déviations de l'utérus, affections à marche essentiellement lente, et dans lesquelles on doit regarder comme un devoir de commencer par employer les moyens reconnus d'une innocuité parfaite.

52. Enfin, comme considération médico-légale, le cathétérisme utérin peut être pratiqué dans des vues criminelles, et il est à craindre, si cet instrument vient à prendre place dans l'arsenal chirurgical, que la justice ne se trouve désarmée en face des manœuvres d'avortement le plus clairement établies.

CONCLUSIONS. — 53. — 1° L'abaissement, l'antéversion et la rétroversion de l'utérus sont une seule et même maladie, produite par les mêmes causes, présentant les mêmes symptômes et cédant au même traitement.

54. — 2° Dans tout déplacement de l'utérus, il suffit de soulever cet organe, de manière à le replacer à son niveau normal, pour que tout accident symptomatique cesse à l'instant et que la guérison ou au moins le soulagement surviennent.

55. — 3° Ce résultat se produit, sans qu'il soit nécessaire de repousser le col en avant, lorsqu'il s'agit d'une antéversion, de le repousser en arrière lorsqu'il s'agit d'une rétroversion.

56. — 4° Le pessaire intra-utérin n'a donné lieu à quelques succès passagers et accidentels que parce que son action est complexe, et qu'il soulève en même temps qu'il redresse ; il doit être exclu de la pratique, à cause des accidents graves et nombreux que son application et son séjour provoquent.

Ces remarques sont applicables à l'emploi de la sonde utérine.

57. — 5° Le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, s'applique et se retire avec la même facilité ; son séjour dans la cavité vaginale

n'a jamais donné lieu au plus léger accident; il remédie avec le même succès aux différents déplacements de l'utérus, connus sous les noms d'abaissement, d'antéversion et de rétroversion.

THÉRAPEUTIQUE.

Lupus vorax. — Huile de foie de morue à haute dose. — Guérison rapide,

Par le Dr Beghin.

Louis Achtergaele, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, appartient à une famille pauvre habitant une maison basse et humide, où la misère fait souvent sentir toutes ses rigueurs. Il rapporte que son mal a débuté, il y a cinq ans, par un bouton développé à l'intérieur de l'aile droite du nez. Bientôt ce bouton fut remplacé par une ulcération qui s'étendit successivement au pourtour de l'ouverture des fosses nasales et ensuite à la lèvre supérieure. Cette ulcération se recouvrait de croûtes qui, en se détachant, laissaient à nu une surface recouverte de pus et de sang.

Il eut recours aux conseils de plusieurs médecins pour trouver remède à son mal. D'après ce qu'il rapporte, on aurait successivement employé les amers et l'iodure de potassium, comme traitement général, la cautérisation comme traitement local. Ces moyens furent sans succès, peut-être parce qu'il ne mit pas la persistance nécessaire dans leur emploi, ou plutôt à raison de leur insuffisance en présence des conditions hygiéniques dans lesquelles il vivait. Il fut enfin soumis, pendant dix-huit mois, mais sans plus de résultat, à l'usage de l'huile de foie de morue dont il prenait trois cuillerées par jour; il faisait en outre des frictions avec une pommade au goudron.

Comme l'affection continuait à faire de rapides progrès, Achtergaele, devenu un sujet de dégoût et d'aversion pour ses semblables et ne pouvant plus se procurer de travail, demanda aux membres du bureau de bienfaisance de sa commune l'autorisation d'entrer dans un hôpital. Consulté à ce sujet, je m'offris à traiter ce malheureux, me promettant de recourir à la médication dont on venait de tant vanter la supériorité, c'est-à-dire l'huile de foie de morue à haute dose.

Voici son état à cette époque, juillet 1852 :

Une partie de la moitié droite de la lévre supérieure est détruite, ainsi que les ailes du nez avec une partie de la cloison. Tout ce qui reste de la lèvre supérieure et du nez jusqu'à la racine, une partie de la joue gauche et de la droite, sont recouverts de croûtes brunâtres, fendillées ; un liquide roussâtre découle de leurs interstices. Le pourtour de ces ulcérations est d'un rouge livide, gonflé, recouvert de squames et parsemé de tubercules non encore ulcérés. A la région temporale droite existe un groupe de tubercules, de volume variable, et dont quelques-uns ont subi un commencement d'ulcération.

De toutes ces ulcérations, les unes profondes détruisent les tissus; les autres, plus superficielles, n'entament que leur surface.

Je me bornai d'abord à l'emploi de l'huile de foie de morue, à la dose de soixante grammes : quatre jours plus tard, je prescrivis cent grammes, et cette nouvelle dose étant bien supportée, je l'augmentai successivement, de manière à arriver, après quinze jours de traitement, à quatre cents grammes à peu près. Déjà à cette époque, une amélioration évidente était survenue : les tissus entourant les ulcérations se dégorgeaient; leur teinte était moins livide, et leur ligne de démarcation d'avec les tissus malades, nettement dessinée. La dose d'huile fut alors portée et maintenue à cinq cents grammes environ : en outre les parties ulcérées et celles renfermant des tubercules encore crus, furent journellement touchées avec un pinceau imbibé de teinture d'iode. Cette médication fut continuée sans inconvénients pendant plusieurs mois. Déjà, au bout de trois, la cicatrisation s'était opérée sur la plus grande partie malade ; il ne restait que le bord inférieur de la cloison nasale qui ne fût pas cicatrisé. Des changements généraux très-remarquables s'étaient aussi produits dans la constitution de l'individu : la peau avait perdu son aspect terreux; la face, qui antérieurement était dépourvue de poils, s'en recouvrait sensiblement; le tissu cellulaire, si abondant autour du maxillaire inférieur, avait disparu au point de mettre en évidence les saillies osseuses et musculaires. Enfin plus de vivacité dans les mouvements et plus d'énergie dans les idées et les sentiments, témoignaient des modifications imprimées à l'économie. Je dois ajouter que cet individu, ayant continué à habiter avec ses parents d'ailleurs sans ressources, n'a cependant pu jouir, pendant ce traitement, du bénéfice d'un régime fortifiant. Une pinte de bière par jour et plus de propreté corporelle, voilà les seuls changements apportés à son ordinaire.

Si l'action bienfaisante de l'huile de foie de morue dans la scrofule n'était depuis longtemps mise hors de doute, cette observation établirait en sa faveur de très-grandes présomptions. La dermatose que je viens de décrire était évidemment sous la dépendance de cette dyscrasie; sa nature rebelle à tout traitement local, ses symptômes, le tempérament de l'individu type de la scrofule torpide, enfin la disparition de la maladie locale en même temps que des changements manifestes se déclaraient dans l'habitus général, en fournissent la preuve. Celle-ci a d'ailleurs été bien établie par les travaux de Müller, Emery, et depuis par M. le professeur Teirlinck, qui a publié dans les *Annales de la Société de médecine de Gand,* des observations de ce genre très-intéressantes.

Il me semble superflu de parler du mode d'action de cet agent. L'iode, le phosphore, qu'y démontre l'analyse, exercent sans doute une action spéciale sur l'organisme; mais à côté de ces principes inorganiques d'ailleurs favorablement combinés avec les suivants, existent des principes organiques, dont les propriétés nutritives et réparatrices ont été dans ce cas très-évidentes. On conçoit dès lors que, plus la dose pourra être élevée, l'assimilation se faisant sans embarras ni troubles, plus son action sera marquée.

Une circonstance également digne d'attention, c'est la résorption d'une masse de petits tubercules non encore ulcérés, qui étaient disséminés sur la peau de la face. Il peut sans doute en être de même dans les cas où les tubercules ont leur siége dans d'autres organes; et ainsi on peut se rendre compte des guérisons heureusement obtenues dans certaines phthisies pulmonaires, etc. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*)

CORRESPONDANCE.

Emploi du perchlorure de fer à l'intérieur.

Nous avons reçu de notre excellent confrère, M. Olliffe, la lettre suivante, que le défaut d'espace nous a empêché d'insérer plus tôt.

Mon cher confrère,

Il semblerait résulter d'une lettre (fort intéressante d'ailleurs), de M. le docteur Thierry, publiée dans votre journal du 28 février, que le perchlorure de fer n'a pas été employé jusqu'ici, à l'intérieur, dans le traitement des hémorrhagies. C'est là une erreur. Cette préparation est des plus usitées en Angleterre, où elle est administrée journellement à la dose de 8 à 30 gouttes dans une potion, comme tonique, astringente et styptique. En France aussi, quoique son usage ne soit pas aussi répandu qu'en Angleterre et en Amérique, le perchlorure de fer est souvent employé. Il suffira, à cet effet, de consulter le *Codex*, ou n'importe quel ouvrage sur la thérapeutique ou la matière médicale. J'ajouterai qu'au mois d'octobre dernier, j'eus l'occasion de l'administrer, avec succès, précisément dans un cas d'hémorrhagie abondante survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, chez une jeune fille que je traitais conjointement avec mon ami, M. le professeur Trousseau.

La présence d'acide chlorhydrique libre (*et non d'acide nitrique*) dans le perchlorure, ne contre-indique nullement son emploi à l'intérieur comme hémostatique. Du reste, il est facile de faire disparaître cet acide par l'action de la chaleur.

D'après ce qui précède, l'on voit que le perchlorure, de fer est loin d'être « une médicamentation nouvelle. »

Agréez, je vous prie, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

J.-F. Olliffe, *D. M. P., médecin de l'ambassade d'Angleterre.*

Paris, ce 3 mars 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nomination d'un pharmacien en chef des hôpitaux.* — A la suite du concours dons nous avons récemment entretenu nos lecteurs, un des anciens internes en pharmacie les plus distingués des hôpitaux, M. Ern. Baudrimont, préparateur à l'École de pharmacie, a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Marguerite, en remplacement de notre ancien collègue et ami, M. Grassi, qui passe à l'hôpital de Lariboissière.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS.— IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 29. 2e année. Jeudi 9 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 8 Mars 1854.

La dignité de la presse médicale.

L'approbation qu'ont reçue nos réflexions sur l'acte étrange que nous avons signalé à nos lecteurs avant-hier, nous a convaincu que nous avions été l'interprète de tout ce qui, dans la science, a le sentiment de sa dignité. Cette approbation nous oblige à poursuivre notre mission jusqu'au bout, et à édifier complétement le public sur un acte sans précédents dans l'histoire de la presse. Cette mission, nous espérons que nos forces nous permettront de la remplir, mais nous l'accomplirions avec un succès beaucoup plus prompt et plus certain, si la presse médicale, *qui tout entière est intéressée à un haut degré dans la question,* voulait bien associer ses efforts aux nôtres. Nous faisons donc avec confiance appel à son concours.

Beaucoup de nos confrères, spécialement la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et la *Gazette médicale* de Toulouse ont ri avec esprit des largesses du donataire inconnu qui a prélevé sur sa fortune la modeste somme de 200,000 francs ! Nous avons applaudi à leur raison comme à leur esprit ; mais nous croyons qu'au point où en sont les choses, il est temps d'examiner les faits sérieusement, et c'est ce que nous allons faire.

Il y a deux questions distinctes dans les faits que nous avons signalés : la question de la valeur des récompenses distribuées ; la question de sincérité touchant une prétendue donation.

1re *question.* — Un médecin peut-il accepter comme récompense, comme encouragement scientifique, une médaille, un prix quelconque, décerné on ne sait au nom de qui, on ne sait par qui, mais dans tous les cas par un individu sans caractère officiel quelconque, sans mandat, et très-probablement sans aucune connaissance scientifique ? A cette question, tout homme doué du plus simple bon sens répondra *non ;* car les *récompenses nationales et étrangères* dont les Charles-Albert font retentir la quatrième page des grands journaux leur ont été décernées par des jurys présentant exactement les mêmes garanties que le jury qui a décerné les médailles annoncées dans notre dernier numéro. Il y a seulement cette différence que les récompenses nationales de M. Charles-Albert ne peuvent aujourd'hui tromper personne ou presque personne ; tandis que les médailles peuvent en imposer à beaucoup de monde, puisqu'elles ont surpris la bonne foi des grands journaux, qui les ont publiées comme ils auraient publié des médailles décernées par l'Institut, l'Académie de médecine ou toute autre Société savante. Nous avons donc eu raison de dire que les personnes désignées dans la liste

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1853,

Par le Dr F. Fontès, *secrétaire général.*

Messieurs, la *Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris,* en faisant aujourd'hui, à celui de ses membres que le règlement a chargé du compte rendu de nos travaux, l'honneur de lui donner pour la première fois la parole, lui imposait à mon avis, par le fait de son existence toute récente et de son titre lui-même, le devoir de tenter avant tout une appréciation générale de l'organisation des bureaux de bienfaisance, au point de vue du service et des médecins auxquels il est confié. J'ai espéré, messieurs, que cette manière d'envisager le sujet trouverait parmi vous des approbateurs, en songeant qu'il n'était guères possible d'assigner à la Société son véritable but, de démêler nettement la pensée qui avait présidé à sa fondation, sans analyser avec quelque attention le milieu dans lequel cette pensée a dû germer, et les besoins qui ont contribué à la faire croître et à la développer.

J'oublierai donc, pour un instant, que la Société n'a pas été assez heureuse pour réunir de prime-abord la totalité des médecins des bureaux ; si elle a eu à gémir de l'indifférence d'un trop grand nombre de collègues, chez aucun d'entre eux elle n'a rencontré une opposition bien décidée : j'ai donc la confiance que je n'aurai à encourir le blâme de personne en m'exprimant ici au nom de tous.

Mais, messieurs, par un étrange hasard, la première fois, peut-être, qu'il est donné à une voix de se faire entendre au nom de la corporation tout entière des médecins de bienfaisance, il arrive que cette corporation a cessé d'exister. Essayer son histoire, faire ressortir les services qu'il lui a été donné de rendre et les obstacles contre lesquels elle a soutenu des luttes plus d'une fois glorieuses, serait-ce donc entreprendre une oraison funèbre ? Non, messieurs, hâtons-nous de le constater, dans l'organisation nouvelle, les choses ont été changées beaucoup plus que les hommes ; les noms qui figuraient sur l'ancienne liste des médecins des bureaux de bienfaisance ont concouru, dans une très-large mesure, à former la liste nouvelle ; et c'est là, personne n'en doute, un gage d'espérance et de sécurité pour l'avenir. Les modifications introduites dans le service pourront, il faut le croire, fournir des moyens de mieux faire ; mais il s'en faut qu'il y ait pour personne un passé tout entier à renier.

Plus à l'aise que s'il s'agissait de nous occuper du présent, entrons dans l'examen de ce passé. Qu'y trouvons-nous ?

Des médecins nombreux, comptant dans leurs rangs plus d'un nom

en question, et appartenant à une corporation constituée, devaient à leurs collègues, se devaient à elles-mêmes, de faire connaître si elles acceptaient le singulier honneur qu'on a voulu leur faire, ou si l'on a abusé de leurs noms. Et à ce sujet nous devons une explication sur l'interprétation qu'on a donnée aux deux catégories de noms que nous avons faites dans notre article. Tant qu'il n'y aura pas de conseils médicaux, il serait puéril de vouloir demander des explications à des médecins isolés et qui n'appartiennent à aucune corporation scientifique. Il n'en est pas de même de ceux qui appartiennent à des sociétés savantes, à des corps enseignants, etc., et c'est dans ce sens seulement que nous avons adressé aux noms de la seconde catégorie, dans laquelle a été omis par erreur le nom de M. Champouillon, qui s'y trouvait naturellement placé, par sa qualité de professeur au Val-de-Grâce, que nous avons adressé, disons-nous, aux noms de cette catégorie les questions que devront leur adresser les corporations auxquelles ils appartiennent.

Que si ces corporations ne suivaient pas la voie que nous indiquons, nous n'hésitons pas à dire qu'il n'y a de possible aucune tentative sérieuse de réforme médicale; si les corporations les plus honorables qui existent dans la profession médicale tolèrent sans réclamation que leurs membres puissent recevoir, d'un jury sans nom et sans mandat, des récompenses qui seront annoncées au public comme pourraient l'être des prix de l'Académie de médecine ou des médailles des hôpitaux, nous ne voyons pas ce qu'on pourrait reprocher aux lauréats des Sociétés médico-chimiques, philanthro-magnétiques et autres, qui tous les jours étalent leurs récompenses aux yeux du public crédule et ignorant. Voilà pour la première question; voyons pour la seconde.

2e *question.* — Il est sans doute inutile de rappeler le cri général de réprobation et d'incrédulité qui s'éleva lorsque parut l'annonce de la fabuleuse donation de 200,000 fr. en capital. Le sentiment général se traduisit dans plusieurs articles des journaux médicaux et notamment dans la *Gazette hebdomadaire* et dans la *Gazette médicale de Toulouse*. Il serait non moins inutile de dire toutes les improbabilités qui justifiaient l'incrédulité et la réprobation générales. Il y a un moyen beaucoup plus prompt et plus net de détruire à cet égard toutes les illusions qui peuvent exister encore; c'est pour la mise en usage de ce moyen que nous faisons un appel à tous nos confrères de la presse médicale; car, nous le répétons, la presse médicale tout entière a un intérêt majeur à ce que des doutes de la nature de ceux qui existent ne puissent pas rejaillir sur elle; et puisque le donataire inconnu n'a pas jugé utile de les dissiper, la presse médicale doit les dissiper elle-même.

Voici donc notre moyen :

Tous les rédacteurs en chef des journaux de médecine se réuniront en commission et feront une enquête pour s'assurer s'il a été fait à la *Gazette des Hôpitaux* une rente annuelle de 10,000 fr.

En cas d'affirmative, la commission fera imprimer à ses frais une circulaire qu'elle adressera à tous les médecins de France, et dans laquelle elle déclarera que la *Gazette des Hôpitaux* a réellement reçu d'une personne honorable une rente annuelle de 10,000 fr.

En cas de négative, la commission fera également distribuer une circulaire à tous les médecins de France, dans laquelle elle déclarera que la donation annoncée par la *Gazette des Hôpitaux* n'a rien de réel.

Nous espérons que tous nos confrères comprendront ce qu'il y aurait de digne pour la presse médicale, d'équitable pour tout le monde dans une semblable enquête et dans la déclaration dont elle serait suivie; nous espérons qu'un bel exemple de sincérité sera donné au Corps médical par tous les organes qui ont mission de l'éclairer sur ses intérêts scientifiques et professionnels. H. de Castelnau.

Séance de l'Académie des sciences du 27 Février.

Jusqu'à présent, les médecins ont eu la simplicité de chercher à guérir les malades; M. Lepetit guérit *la maladie;* avec une modestie à laquelle on ne saurait trop applaudir, il espère que l'Académie des sciences voudra bien approuver sa méthode.

Une communication plus intéressante pour nous serait celle de MM. Brainard et Greene sur l'*iode comme contre-poison du curare,* si cette communication avait répondu au titre que les auteurs lui ont donné. Malheureusement, il n'en a pas été ainsi, et MM. Brainard et Greene ne paraissent pas se faire une idée exacte de ce que l'on doit appeler un contre-poison. Le contre-poison, pratiquement parlant, est la substance qui, introduite dans le tube di-

---

éminent, distingués pour la plupart, tous honorables sans exception, sont chargés, au nom de l'assistance publique, de porter les secours de leur art au domicile de l'indigent : noble mission, messieurs, et bien faite pour donner du relief à celui qui la reçoit. Nul doute qu'une corporation la remplissant avec zèle, dévouement et intelligence, aura conquis un peu de cette considération qui s'attache aux hommes en raison des services rendus, et que la position honorable qui en résultera pour ses membres sera de nature à tenter plus d'une ambition.

Hélas! messieurs, si nous entrons dans la réalité, que de mécomptes viendront changer une semblable appréciation. Ce n'est pas le zèle ou le dévouement qui ont jamais fait défaut. Le médecin du bureau de bienfaisance est disposé d'avance à faire bon marché de son temps et de son repos pour l'accomplissement d'un service pénible; il est habitué à braver le découragement et le dégoût qui sembleraient devoir naître à chaque instant, au milieu des haillons dont il a à se souiller pour marcher à l'exploration de la maladie. Quant aux compensations, à part un peu d'expérience si chèrement acquise, jusqu'à présent il n'a eu à les chercher que dans sa conscience. Sans aucun doute, elles sont grandes, de telles compensations! Un devoir d'humanité accompli, une larme maternelle tarie, le sacrifice d'un temps promis au repos ou à la famille et qui a sauvé la vie d'un malheureux : voilà des souvenirs dont chacun de vous connaît la douce émotion. Mais si l'on examine les choses d'un œil un peu plus positif, trouvera-t-on bien naturel qu'à côté de cette récompense intime, et pour prix de services bien réels, le médecin n'ait guères rencontré que des déboires et une position telle, il faut le dire, que le dernier titre dont il songeait à se parer fût celui de médecin des bureaux de bienfaisance?

Pourquoi un semblable état de choses? La faute en était-elle aux hommes ou à l'institution? Voyons ce médecin à l'œuvre; la réponse sera écrite dans les faits.

Le jour de sa nomination, et n'oubliez pas que nous en sommes toujours au passé, la clientèle ordinaire du médecin de bienfaisance se trouvait surchargée d'une clientèle d'une nouvelle espèce. Il devait secourir, dans leurs maladies, tous les indigents d'une division, qui avaient obtenu leur inscription sur les registres de l'administration. Courageusement il se mettait à l'œuvre, et dès ses premiers pas il devait se heurter contre des difficultés insurmontables. Le voyez-vous en face d'une maladie n'ayant d'autre cause que l'insalubrité du logement où elle a été contractée? C'est dans cette habitation elle-même qu'il doit la combattre. Il lutte contre des affections occasionnées par la rigueur de la saison froide, et il ne peut ajouter le plus mince vêtement aux vêtements cent fois insuffisants de son malade. Il rencontre des constitutions délabrées par le défaut d'alimentation, et à peine si quelques bouillons sont mis à sa disposition pour réparer cette nutrition en souffrance.

De temps en temps, cependant, il lui est donné de rencontrer quelques

gestif ou dans la circulation générale, y détruit ou neutralise l'action du poison ; mais ce n'est pas la substance qui, mélangée, dans un creuset ou une capsule, à un poison, modifie celui-ci de façon à lui enlever ses propriétés toxiques et à l'empêcher d'agir sur l'économie. A ce titre, la potasse caustique serait un excellent contre-poison de l'acide sulfurique, et nous ne croyons pas qu'aucun médecin soit jamais tenté d'y avoir recours.

MM. Brainard et Greene ont donc prouvé, par des expériences, qu'une solution d'iode mélangée avec une solution de curare et de woorara, empêche l'action mortelle de celle-ci ; mais ils n'ont point démontré que l'iode, pris par les voies digestives ou introduit directement dans la circulation, neutraliserait l'action d'un de ces poisons, résultat impossible d'ailleurs à obtenir en ce qui concerne le curare, puisque, d'après les expériences de M. Cl. Bernard, ce poison a déjà détruit tout germe de vie quelques secondes après son introduction sous l'épiderme.

Il faut même dire que cette rapidité, cette violence d'action du curare, rapidité que le woorara possède presque au même degré, atténue singulièrement l'intérêt pratique des expériences de MM. Brainard et Greene, et de toutes celles qu'on pourrait entreprendre en suivant la même marche. Quelle utilité pratique peut-il y avoir, en effet, à savoir que l'iode ou toute autre substance empêche l'action d'un poison, lorsque la mort sera nécessairement survenue avant qu'on puisse avoir recours au contre-poison? Les seules recherches qu'il y ait réellement à poursuivre sur les poisons à action rapide, ce sont celles qu'avait commencées notre excellent collaborateur, M. G. Dumont, et qu'il a malheureusement interrompues. Les expériences auxquelles il s'était livré, et que nous avons rappelées à l'occasion d'une précédente communication de M. Brainard, tendaient à établir que la solution de cédrons, qui n'avait à peu près aucune action quand on la faisait prendre à des lapins déjà piqués par un serpent, prévenait au contraire l'action toxique du venin, quand on la faisait prendre quelque temps avant la piqûre. Les conséquences pratiques d'un tel fait sont trop faciles à voir pour que nous ayons besoin d'y insister; elles sont trop importantes pour qu'on ne regrette pas vivement que MM. Brainard et Greene n'aient pas donné une autre direction à leurs expériences.

Nous ne devons pas terminer sans signaler à nos lecteurs les renseignements fournis par M. Boussingault à propos de la communication précédente, et qui, contrairement aux affirmations très-catégoriques de MM. Brainard et Greene, établissent que le curare est un produit végétal fourni par une liane. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie de médecine.

On peut dire que la séance d'hier a été une véritable séance de choix ; personne n'en doutera quand nous aurons dit qu'elle a été remplie par un Rapport de M. Velpeau, un petit *speech* de M. Rostan, gracieux comme tout ce que fait cet éternellement jeune professeur, et par deux lectures, l'une de M. Soubeyran, l'autre de M. Barth.

Nous ferons prochainement une analyse étendue du travail de M. Soubeyran, travail tout d'actualité et d'un vif intérêt en présence des tentatives qui se font en ce moment pour affranchir la France du tribut qu'elle paye à l'étranger pour l'importation des sangsues.

Quant au travail de M. Barth, le long extrait que nous en donnerons bientôt permettra à nos lecteurs d'en apprécier toute l'importance, et il sera pour eux une nouvelle preuve du remarquable talent d'observation, de l'excellent jugement et du zèle scientifique qui, depuis longtemps déjà, ont placé M. Barth au nombre des médecins les plus distingués que compte le Corps médical. H. DE C.

Considérations pratiques sur l'anatomie chirurgicale des amygdales,

Par M. E. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Le point de départ de nos études sur l'anatomie et la pathologie des amygdales se trouve nettement indiqué dans une communication faite à la Société de chirurgie, le 24 juillet 1850. Cette communication est relative à un enfant de 4 ans, soumis à l'ablation simultanée des amygdales, et chez lequel ce mode opératoire avait parfaitement réussi.

Il ne s'agissait point de rendre plus brillante une opération qui par elle-même est assez simple. Un but plus sérieux se poursuivait ici. Il fallait trouver une combinaison au moyen de laquelle on évitât tous les inconvénients dus à l'intervalle qu'on est forcé de mettre dans l'exécution des procédés opératoires connus jusque-là, entre l'ablation de la première amygdale et celle de la seconde.

J'avais été témoin nombre de fois, soit dans des opérations faites par moi, soit dans des opérations faites par d'autres chirurgiens, de ces inconvénients que je résume ainsi :

1° La section de la première amygdale est ordinairement accom-

maladies contre lesquelles il peut lutter avec avantage par les moyens dont il dispose, et quoi qu'on en ait pu dire, plus d'un succès vient ranimer son courage prêt à faillir en face de tant de revers indépendants de ses efforts. Or, messieurs, par une fatalité inhérente à sa position, les revers doivent laisser des traces, soit parce que le cri d'une souffrance qui se prolonge finit toujours par être entendu, soit parce que le malade au désespoir se décide à abandonner le toit de la famille pour passer en d'autres mains qui le recueilleront dans des conditions meilleures, soit enfin parce que le nombre des convois funèbres qui sont à la charge de l'administration se trouve accru. Les succès au contraire sont destinés à être complétement ignorés. Dès qu'il triomphe du mal, le médecin de bienfaisance est assuré de rester seul en face de son malade. Nul n'est témoin de sa victoire, la trace en est tout à fait perdue : tout au plus s'il lui est donné de recueillir quelques paroles de reconnaissance du malade guéri. Dans aucun cas, cette voix n'a la puissance de s'élever plus haut. Cette ignorance de tous relativement aux guérisons obtenues est si réelle, que je défierais les médecins eux-mêmes, malgré les nombreux rapports qui se trouvent établis entre eux dans les arrondissements, de pouvoir fournir le moindre renseignement sur ce qui se passe à cet égard dans la division qui confine à la leur.

Constatons donc que, jusqu'à ce jour, les succès des médecins des bureaux de bienfaisance n'ont jamais pu être comptés pour être mis dans la balance, par ceux qui ont eu le courage de leur reprocher leurs insuccès. Et cependant il s'est trouvé des gens pour soutenir, en pleine Faculté, que ces médecins étaient plus nuisibles qu'utiles !

Telle a été la part de considération qui leur a été accordée.

Qu'il nous soit donc permis de rechercher s'il n'y a plus qu'à se résigner, ou si, en allant au fond des choses, on ne pourrait pas entrevoir un avenir meilleur.

Loin de nous la pensée d'amener un parallèle par trop maladroit. Plus loin encore tout sentiment d'envie contre des positions qui ne sont éminentes que parce qu'elles sont acquises au prix de luttes pénibles et brillantes, et qui, après tout, sont toujours ouvertes à ceux qui veulent les aborder. Honneur, réputation, fortune, tout cela est mille fois mérité par le médecin des hôpitaux. Ces avantages doivent même s'accroître à mesure qu'il avance dans sa carrière, puisque la nature même de son service le place sur un terrain d'investigation et de recherches où son expérience et son habileté doivent grandir tous les jours.

Le service des bureaux de bienfaisance, au contraire, semble se prêter difficilement à fournir à ceux qui en sont chargés un champ d'études aussi profitables. Est-ce à dire, pourtant, qu'il ait dû être et soit condamné à rester toujours complétement stérile?

Je ne le crois pas, messieurs, et vous me pardonnerez, j'espère, puisqu'il s'agit ici d'un compte rendu, de reproduire quelques-unes des consi-

pagnée de l'issue instantanée d'une certaine quantité de sang; le malade est pris aussitôt d'efforts de toux ou de vomissement qui lui rendent presque impossible à conserver l'attitude dans laquelle il doit se tenir pour la seconde opération.

2°. Alors même que, par la force de sa volonté, il peut conserver l'attitude convenable, il lui est impossible de se soustraire à des mouvements de déglutition qui nuisent beaucoup au libre jeu des instruments.

3° Le sang qui remplit le fond de la gorge masque tellement les parties que souvent la seconde ablation se fait mal, si même elle n'échoue pas complétement.

4° Et cela s'observe surtout chez les enfants, mais quelquefois aussi chez les adultes, la douleur causée par la première opération, la vue du sang qui s'écoule, produisent un tel effroi au patient qu'il se refuse formellement, et de toutes ses forces, à subir la seconde opération.

Depuis ma communication à la Société de chirurgie, j'ai eu recours au procédé de l'ablation simultanée dans tous les cas où j'ai eu à pratiquer l'amygdalotomie, dans tous ceux du moins où les deux amygdales devaient être enlevées. Le nombre de ces cas, depuis le 24 juillet 1850 jusqu'au mois de novembre 1853, s'élève au chiffre de 102. Comme il s'agissait d'apprécier, par des études suivies, la valeur du procédé opératoire que j'avais proposé, j'ai dû recueillir avec exactitude toutes les observations des sujets qui avaient été soumis à l'ablation simultanée. Il est résulté de là que, tout en ayant pour but, dans le principe, l'étude exclusive d'une question purement opératoire, j'ai été conduit à une série de remarques qui se rattachent à l'histoire des affections de l'amygdale, de celles du moins dans lesquelles il y a accroissement de volume de cette glande; tels sont, par exemple, l'hypertrophie, l'inflammation chronique, l'amygdalite aiguë, les abcès, etc.

Notre intention n'est pas de faire un exposé complet de l'anatomie chirurgicale de l'amygdale; mais nous croyons utile d'appeler un instant l'attention du lecteur sur quelques circonstances anatomiques ayant trait à l'opération.

Eu égard à la position des amygdales, nous ferons remarquer que ces glandes, tout en occupant l'espace compris entre les piliers du voile du palais, espace que nous appellerons la fosse amygdalienne, peuvent s'y trouver à des degrés de hauteur très-variables. La plupart du temps, l'amygdale siége dans la partie la plus élevée de l'espèce d'ogive formée par les deux piliers; mais chez un certain nombre de sujets, et dans certaines formes de l'hypertrophie, l'amygdale occupe une position plus déclive. Elle forme une espèce de pointe ou de mamelon qui redescend sur les parois latérales du pharynx, de telle sorte que quand on veut atteindre cette saillie, soit pour l'explorer avec le doigt, soit pour l'engager dans l'anneau de l'amygdalotome, on est obligé de pénétrer de haut en bas, assez profondément, sur la paroi latérale du pharynx.

Il résulte encore de cette différence de hauteur, que telles amygdales qui ne s'aperçoivent pas au premier abord, lorsqu'on se contente de faire ouvrir la bouche sans déprimer suffisamment la base de la langue, deviennent très-apparentes, pour peu que le malade fasse un effort de vomiturition, mouvement dans lequel l'amygdale est refoulée en haut, comme si elle allait être expulsée.

Amygdales sessiles. — Amygdales pédiculées. — Le plus habituellement, les amygdales sont ce que l'on peut appeler sessiles, c'est-à-dire qu'elles sont largement adossées et retenues contre le fond de la fosse amygdalienne; mais, chez quelques sujets, elles ne tiennent aux parois du pharynx que par des adhérences lâches. Elles s'énucléent, dans ce cas, de la fosse amygdalienne avec une si grande facilité qu'elles sont réellement comme pédiculées à la manière d'un polype: de là l'idée qui se présente tout naturellement, d'appliquer une ligature sur ce pédicule. Il est certain que quand cette disposition anatomique existe, on pourrait combiner un mode opératoire dans lequel une ligature portée par un serre-nœud, et jetée autour du pédicule de l'amygdale pour y être serrée, permettrait d'obtenir la séparation de l'organe au moyen d'un seul coup de ciseaux. Je n'ai point eu, jusqu'ici, l'occasion d'appliquer ce procédé opératoire, mais je crois me rendre bien compte de sa possibilité d'exécution et de son mécanisme.

Quand les amygdales sont tombantes, elles ont pour effet: 1° de déterminer, par leur position déclive, une gêne plus considérable que ne le ferait soupçonner le volume de ces glandes; 2° de tromper le chirurgien à l'observation duquel elles échappent; 3° de rendre difficile l'emboîtement dans les anneaux.

Dans le cas où on aurait des motifs spéciaux de se tenir en garde contre toute chance d'hémorrhagie, on pourrait, au moyen de la ligature métallique articulée qui divise, par écrasement linéaire, le pédicule des tumeurs, obtenir à sec la séparation de la glande; car, tel est presque partout le mode d'action propre à la méthode de l'écrasement linéaire.

L'amygdale présente des différences non moins marquées au point de vue du degré de profondeur auquel elle se trouve placée dans la fosse amygdalienne. On sait que, tant que l'amygdale n'a point dépassé son volume naturel, elle reste renfermée dans la loge qui lui est ménagée entre les deux piliers du voile du palais; mais, quand elle acquiert des dimensions exagérées, elle franchit l'espèce de goulot que tendent à former les piliers antérieur et postérieur. Il se produit alors comme un étranglement, ou du moins une constriction due à l'action des muscles faisant piliers, muscles qui agissent alors comme sur une sorte de pédicule. Cette circonstance expliquerait la ténacité des engorgements de l'amygdale, une fois qu'elle s'est pour ainsi dire énucléée de sa retraite naturelle.

Parmi les substances médicamenteuses employées dans le but de réduire le volume de l'amygdale, il s'en trouve peut-être qui ont en même temps pour effet d'accroître la constriction déjà exercée par les piliers. Toujours est-il que les résultats obtenus dans les amygdalites par l'emploi des astringents, n'ont pas des effets constants. Si quelquefois ils paraissent améliorer l'état de la gorge, d'autres fois ils semblent l'aggraver. Ne serait-ce point dans la circonstance anatomique ci-dessus mentionnée que l'on pourrait trouver et l'explication de ces différences dans l'action d'une même classe de moyens, et des règles plus sûres et plus précises dans leur emploi? Ne pourrait-on pas dire, par exemple, que les astringents, tout à fait favorables tant que l'amygdale ne s'est pas déchatonnée, perdent leur opportunité dès

---

dérations qu'avait fait valoir, à ce sujet, la commission chargée d'étudier le projet d'organisation de la Société, dans le rapport qui vous fut soumis dès votre première réunion préparatoire.

Le service des bureaux offre évidemment des faits moins nombreux et surtout moins variés que ceux des services nosocomiaux. Il n'est pas permis d'y faire un choix des sujets sur lesquels on veut entreprendre ou poursuivre des recherches. L'anatomie pathologique, cette lumière nouvelle qui a transformé, en l'éclairant, la pathologie de nos jours, ne saurait y être cultivée. Enfin, les moyens thérapeutiques trop coûteux n'y pénètrent jamais.

Il est cependant un ordre bien important de recherches que l'on peut regarder, sans trop s'avancer, comme trouvant mieux que partout ailleurs sa place dans un service de bienfaisance. Le dernier mot n'est pas dit en médecine, lorsque l'on a fait la monographie plus ou moins complète d'un certain nombre de maladies. On peut se poser des questions plus hautes, dont la solution exige l'observation de la vie tout entière des individus, questions beaucoup trop dédaignées à une époque où la science semble se complaire dans la contemplation de faits recueillis sur des individus qu'on ne fait qu'entrevoir. Dans une éloquente allocution adressée il y a quelques années aux élèves des hôpitaux, par M. le docteur Pidoux, je trouve un passage remarquable qui répond si parfaitement à ma pensée actuelle, que je me permets de le reproduire. « Avec un peu de sagacité, disait à ses auditeurs notre savant confrère, vous aurez appris plus d'une fois par quelles voies peu connues des écoles modernes, une maladie chronique prend un homme au berceau, pour le conduire à une lésion fatale de l'âge viril ou de la première vieillesse, à travers une série d'affections peu graves en apparence, différentes pour la forme et le siége, et qui sont comme les scènes variées d'un seul et unique drame morbide, dont vos classiques ne vous font voir avec intérêt que le dénoûment. »

Cette phrase ne semble-t-elle pas écrite pour indiquer au médecin de bienfaisance la ligne d'observations et de recherches qui lui est tracée par la nature de ses fonctions. Lui seul peut suivre ainsi la marche occulte d'un mal qui se dissimule plus ou moins à travers les révolutions des différents âges, car lui seul peut soumettre à une observation non interrompue une génération tout entière de clients moins contestés par la concurrence confraternelle que les malades de la ville. A lui peut être réservé l'honneur de faire un jour, pour certains états pathologiques qui sont parfaitement connus au point de vue de la classification et de l'espèce, mais dont le mode de génération reste complétement ignoré, ce que l'on a pu faire déjà pour certaines maladies qui semblent ne pouvoir être expulsées de l'organisme, quand une fois elles y ont pris domicile. Quel pas immense n'aurait pas fait la science, le jour où elle posséderait sur la génèse du cancer, pour prendre un exemple, des notions aussi exactes que celles qui ont été fournies sur la syphilis! Quelle gloire pour la médecine et quel bien-

qu'elle a débordé le niveau des piliers (1)? L'action des mêmes muscles, comme faisant obstacle à la sortie des concrétions amygdaliennes, aurait besoin d'être étudiée.

Eu égard aux rapports de l'amygdale avec les piliers du voile du palais, nous ferons remarquer que, surtout quand cette glande est peu volumineuse, les piliers peuvent, en se contractant, enserrer l'amygdale et la défendre, en quelque sorte, contre les atteintes auxquelles elle serait exposée par l'intérieur de la gorge. Cette disposition explique comment il se fait que certaines amygdales qu'on trouve volumineuses au toucher se dérobent en quelque sorte au moment où on veut les engager dans l'anneau de l'amygdalotome. Si, au contraire, l'amygdale échappe à cet enserrement des piliers, plus ceux-ci se contractent, plus ils tendent à expulser l'amygdale de la loge où elle est contenue. C'est probablement à la circonstance de l'inclusion par les piliers, qu'est due l'opinion que les amygdales pouvaient être enchatonnées.

Il ne sera pas sans utilité de rappeler qu'en avant l'amygdale répond au pilier antérieur du voile du palais, et par conséquent au muscle glosso-staphylin; en arrière au pilier postérieur, c'est-à-dire au muscle pharyngo-staphylin. Elle déborde en dedans le pilier antérieur, mais elle est débordée par le pilier postérieur, excepté dans le cas de maladie.

Un rapport très-important de l'amygdale, est celui qu'elle affecte avec la carotide interne. Mais ce rapport est très-éloigné, excepté chez les vieillards, où cette artère décrit souvent une courbe très-prononcée, à convexité interne, courbe qui confine à l'amygdale, ainsi que l'ont confirmé des recherches récentes de M. Verneuil, mentionnées dans un très-bon article publié par ce chirurgien.

Demi-capsule fibreuse de l'amygdale. — Lorsque sur une amygdale bien développée et complétement énucléée de la loge amygdalienne, on examine par opposition à la surface libre ou muqueuse la surface adhérente ou profonde de la glande, on voit que la surface profonde est tapissée par une membrane fibreuse, résistante, fortement constituée et formant à l'amygdale une demi-capsule ovalaire de telle sorte que, si l'on introduit un stylet par les orifices naturels de la glande, la pointe de l'instrument vient heurter contre la concavité de la demi-capsule, laquelle résiste avec beaucoup de force et ne peut être perforée que difficilement. Cette demi-capsule, qui n'a encore été décrite, que nous sachions, par aucun anatomiste, sert donc à la fois de support et de réceptacle à la glande, et elle est indépendante de toutes les aponévroses circonvoisines. Elle est très-nettement circonscrite et bien délimitée par sa face profonde, qui est adossée au tissu cellulaire qui tapisse le fond de la fosse amygdalienne.

M. Velpeau a fait remarquer que les amygdales plongeaient, par leur moitié externe, dans un tissu cellulaire lâche, qui, se continuant avec le tissu cellulaire du cou, permet de concevoir comment les phlegmons intenses de ces glandes peuvent, lorsqu'ils siégent profondément, s'étendre dans la région sus-hyoïdienne ou même jusqu'à la clavicule, et y produire d'assez vastes abcès, comme le savant professeur que nous venons de citer en a observé trois exemples.

Tels sont, à l'état normal, les rapports des amygdales avec les organes voisins. Mais, lorsque ces glandes ont acquis un volume considérable par l'effet d'une inflammation soit aiguë, soit chronique, la partie de l'amygdale qui déborde les piliers du voile du palais peut faire dans l'arrière-bouche une saillie plus ou moins forte, obstruer l'isthme du gosier, par suite soit de son développement isolé, soit de sa rencontre avec l'amygdale du côté opposé, développée aussi anormalement, repousser la lancette latéralement dans le premier cas, toujours en avant dans le deuxième, rétrécir l'orifice postérieur des fosses nasales, obturer, selon quelques auteurs, l'ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache, et enfin, diminuer d'une manière plus ou moins notable les dimensions de l'orifice supérieur du larynx.

Mouvement rotatoire ou spiroïde de l'amygdale. — Nous terminerons ce que nous avons à dire de l'anatomie chirurgicale des tonsilles, en signalant une circonstance qui nous paraît avoir échappé complétement à l'attention des observateurs, circonstance très-importante par les déductions pratiques auxquelles elle peut donner lieu. Nous voulons parler d'un mouvement particulier des amygdales, en vertu duquel ces glandes peuvent présenter de face à l'observateur la partie qu'il avait d'abord aperçue de profil. Expliquons, avant tout, comment nous sommes arrivé à en constater l'existence. Chez un des malades que nous avons opérés, il existait, par suite d'une affection syphilitique, des ulcérations à la surface de chaque amygdale. Or, lorsque ce malade ouvrait simplement la bouche, et pendant qu'on abaissait modérément la langue, on voyait bien par le côté et comme de profil, les points ulcérés sur chaque amygdale; mais venait-on à comprimer un peu trop avant sur la base de la langue, et à déterminer un mouvement de vomiturition, à l'instant même, les ulcérations qu'on avait aperçues de profil se présentaient de face et directement en avant, pour reprendre leur position aussitôt l'effort de vomiturition passé.

Ce mouvement par lequel l'amygdale révolue sur son axe vertical, est très-curieux. Il donne lieu à des illusions souvent fâcheuses sur le volume réel de la glande. Par lui en effet l'amygdale peut se présenter sous des aspects très-différents. Vue par exemple dans sa position normale, au moment où le malade ouvre la bouche, elle peut paraître large et volumineuse; vient-on à déprimer la base de la langue, elle peut s'effacer complétement. Des amygdales qu'on pourrait croire, au premier abord, très-faciles à engager dans les anneaux du tonsillitôme, échappent ainsi quelquefois à l'instrument, malgré tous les efforts de l'opérateur, et cela par suite du mouvement de rotation ou de spirale qui a déterminé leur effacement complet.

Un moyen sûr de déterminer ce mouvement rotatoire, consiste à provoquer des efforts de vomissement pendant qu'on maintient la bouche largement ouverte.

Les amygdales peuvent présenter des configurations très-diverses. Outre les formes sessile et pédiculée que nous avons déjà notées, il faut mentionner la forme en grappe et la forme bilobée.

(1) *Des membranes muqueuses.* Paris, 1846, p. 127.

---

fait pour l'humanité si on parvenait, pour la première maladie, comme on l'a fait pour la seconde, à saisir les manifestations primitives et encore facilement curables d'une diathèse qui n'est guère apercevable, dans l'état actuel de la science, que lorsqu'elle est arrivée à une incurabilité absolue!

Indépendamment de ces grands problèmes, dont la solution n'est pas réservée à des esprits vulgaires, le service des bureaux pourra se prêter à des explorations d'un autre genre.

Il ne se refuse pas absolument aux observations des maladies quand elles offrent un intérêt particulier. Il fait passer entre les mains du médecin des maladies de tous les âges, depuis la première enfance jusqu'à la dernière vieillesse. Il le met en position de pouvoir juger définitivement beaucoup de cures obtenues dans les hôpitaux, car, à la sortie, c'est entre les mains du médecin de bienfaisance que retombent les malades. Celui-ci pourrait donc, dans plus d'une occasion, annoter utilement certaines statistiques qui n'ont pu indiquer l'état du malade que jusqu'à la convalescence. Qui sera mieux placé que ce médecin pour étudier les effets d'une mauvaise hygiène et donner à l'autorité, dont la sollicitude est aujourd'hui sérieusement éveillée sur ce point, des renseignements utiles? Qui aura plus de facilité pour surprendre et faire ressortir les déplorables effets d'une éducation physique mal dirigée, et surtout d'une mauvaise alimentation de la première enfance, etc.?

Arrêtons-nous, messieurs, dans cette énumération qu'il serait facile de pousser plus loin, pour nous demander par quelles causes ces ressources ont été jusqu'à ce jour très-faiblement utilisées, ou du moins, n'ont produit quelque chose que relativement à l'expérience individuelle du médecin des bureaux, sans laisser de traces dans la science.

On n'en saurait douter, messieurs, ce résultat doit être attribué, en très-grande partie, à cet état d'isolement et d'obscurité que je faisais ressortir il y a un instant, et dans lequel se trouve placé le médecin qui a consacré une partie de sa vie au service des pauvres à domicile.

Les faits intéressants soumis à son observation ne sont pas très-abondants. La plupart des recherches qui ressortent de sa position sont de nature à devenir beaucoup plus fructueuses le jour où elles seraient entreprises par plusieurs collègues travaillant à la fois dans un but commun. Le médecin de bienfaisance aurait beaucoup moins de timidité et de répugnance à affronter l'épreuve de la publicité, s'il savait d'abord où déposer simplement et sans éclat le fruit de ses premiers travaux, où trouver des collaborateurs indulgents et disposés à l'encourager.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Février 1854. — Présidence de M. Combes.

Acide sulfurique contre le choléra.

M. Lepetit adresse un Mémoire dont les *Comptes rendus* ont extrait comme résumé le passage suivant :

« J'ai longtemps hésité à présenter à l'Académie mon travail sur le choléra, n'ayant eu à traiter, depuis trois années, que la cholérine et le choléra sporadique ; mais depuis que cette méthode a reçu de la publicité, *le choléra asiatique,* traité de la même manière dans Paris, *a parfaitement guéri.* L'approbation de l'Académie aurait, je n'en doute point, pour résultat de propager rapidement une médication simple qui compte, tant en France qu'en Angleterre, des succès nombreux et incontestables. Pour ce qui me concerne personnellement, j'avoue que je serais très-heureux si mes expériences, faites avec persévérance depuis trois années, pouvaient obtenir les suffrages de juges aussi éclairés. »

De l'iode comme contre-poison du curare et du venin des serpents.

MM. Brainard et Greene adressent une Note que les *Comptes rendus* résument ainsi :

L'un des auteurs (M. Brainard) avait précédemment fait connaître les résultats de ses expériences concernant l'action des solutions d'iode comme antidote contre la morsure de certains crotales ; la nouvelle Note a pour objet de montrer que ces mêmes solutions d'iode ont une semblable influence sur les poisons américains connus sous le nom de *woorara* ou *curare.*

« On remarque, disent les auteurs, une grande analogie entre l'action de ces préparations vénéneuses et les effets de la morsure de quelques serpents d'Amérique. De plus, il est bien avéré que le venin de ces serpents entre au moins pour quelque chose dans la composition de ces poisons, et nous nous sommes ainsi trouvés conduits à essayer contre leurs effets le remède dont nous avions reconnu l'efficacité contre la morsure des serpents. »

Comme on trouve des échantillons de curare qui diffèrent en force, les deux auteurs ont dû d'abord déterminer, pour celui dont ils faisaient usage dans leurs expériences, et qui leur avait été donné par *M. le prince Ch. Bonaparte,* quelle était la quantité nécessaire pour donner la mort.

« Pour le pigeon, nous trouvâmes qu'il suffisait de 1 centigramme pour que, au bout de 8 ou 10 minutes, l'oiseau fût incapable de se soutenir ; mais il continuait à vivre encore plus d'une heure dans une espèce de léthargie. Il était difficile de s'assurer du moment exact de sa mort. Il est quelquefois nécessaire de n'employer qu'une petite quantité du poison, car autrement ses effets sont si rapides, qu'on n'a pas le temps d'avoir recours à l'antidote.

« Nous avons trouvé que 2 1/2 centigrammes suffisaient pour tuer un cochon d'Inde en 3 minutes.

« Nous mélangions dans un mortier de verre $0^{gr},05$ du poison, en le triturant avec 20 gouttes d'eau distillée.

« *Première expérience.* — Nous avons injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, 10 gouttes de ce mélange.

« L'opération était à peine terminée, que l'animal tomba sur le côté. Au bout de 3 minutes, il était complétement mort.

« *Deuxième expérience.* — Nous avons mélangé 10 gouttes de cette solution avec 30 gouttes d'une solution iodée composée de la manière suivante :

Iode....................	0,50
Iodure de potassium......	1,50
Eau distillée............	24,00

« Le mélange fut maintenu pendant 30 minutes à la température du corps, puis injecté sous la peau d'un cochon d'Inde. Cette opération ne parut pas affecter l'animal ; le lendemain matin, on le trouva bien portant.

« *Troisième expérience.* — Comme on pourrait supposer, dans notre deuxième expérience, que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous mêlâmes 10 gouttes de la solution de curare avec 30 gouttes d'eau distillée ; le tout fut injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, qui mourut au bout de 3 minutes.

« *Quatrième, cinquième et sixième expériences.* — Nous avons mêlé 12 gouttes de la solution de curare à 60 gouttes de la solution iodée ; ce mélange, tenu 20 minutes à la température du corps, fut divisé en trois parties égales et injecté sous la peau de trois pigeons qui n'en furent pas affectés.

« *Septième expérience.* — Nous avons mêlé 4 gouttes de la solution de curare à 20 gouttes de la solution iodée, et injecté immédiatement ce mélange sous la peau d'un pigeon qui n'en fut pas affecté.

« Comme on aurait pu encore supposer que la dilution du poison dans l'eau lui enlevait son activité, nous avons dû nous assurer qu'il n'en était pas ainsi : c'est ce qu'ont mis hors de doute les résultats des *huitième, neuvième et dixième expériences.*

« *Onzième et douzième expériences.* — Afin de les mettre dans les conditions d'un oiseau empoisonné par une morsure, nous avons pris deux pigeons et injecté sous la peau de chacun d'eux 4 gouttes de la solution de curare. Aussitôt après, nous avons injecté 20 gouttes de la solution d'iode dans les plaies de chacun des deux pigeons, et nous y avons appliqué des ventouses qui furent maintenues pendant 5 minutes. Ces deux oiseaux ne parurent pas souffrir à la suite de cette expérience.

« *Treizième expérience.* — Après avoir rasé le flanc d'un cochon d'Inde, nous avons injecté sous la peau 2 1/2 centigrammes de curare dissous dans 60 gouttes d'eau. Puis nous avons injecté immédiatement la même quantité de solution d'iode ; nous avons appliqué des ventouses, et l'animal ne fut pas affecté.

« *Quatorzième expérience.* — Nous avons injecté 2 1/2 centigrammes de curare mélangé à 30 gouttes d'eau sous la peau d'un cochon d'Inde ; nous ne l'avons soumis à aucun traitement ; il mourut au bout de 5 minutes.

« *Quinzième expérience.* — Nous avons injecté sous la peau d'un pigeon 4 gouttes de la solution de curare, 30 gouttes de la solution iodée, 30 gouttes d'eau ; aucun effet ne se manifesta.

« *Seizième expérience.* — Nous avons injecté 4 gouttes de la solution de curare et 10 gouttes d'eau ; l'animal mourut au bout d'une heure.

« *Dix-septième expérience.* — Nous avons injecté 5 gouttes de la solution de curare avec 30 gouttes de la solution iodée et 30 gouttes d'eau distillée ; il ne se produisit pas d'effet fâcheux.

« *Dix-huitième expérience.* — Dans cette expérience et dans la suivante, nous nous sommes servis d'un poison venu des bords de l'Amazone, et connu sous le nom de *ticunas.* Cette substance avait l'aspect brillant de la résine et une odeur forte. On savait qu'elle était préparée depuis quatre ans au moins. Il entrait, dans la solution dont nous nous sommes servis, 0,05 de ticunas pour 20 gouttes d'eau. Cinq gouttes de cette solution, injectées sous la peau d'un pigeon, amenèrent sa mort au bout de 5 minutes.

« *Dix-neuvième expérience.* — Nous avons injecté 8 gouttes de cette solution de ticunas, et deux minutes après, 20 gouttes de solution iodée et 20 gouttes d'eau distillée ; nous avons appliqué des ventouses pendant 3 minutes. Aucun effet ne s'est manifesté.

« *Vingtième expérience.* — Nous avons injecté 8 gouttes de solution de ticunas, puis 20 gouttes de solution iodée. Aucun effet ne s'est manifesté.

« .... Nous croyons pouvoir tirer des faits qui précèdent les conclusions suivantes :

« 1° La solution d'iode et d'iodure de potassium est, dans de certaines limites, un antidote parfait contre le curare ; mêlée à ce poison (aussi en solution), elle détruit ses effets vénéneux ;

« 2° La solution iodée, injectée immédiatement après la solution de curare, en neutralise complétement les effets, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ventouse, afin d'arrêter la circulation jusqu'à ce que l'iode ait rejoint le poison. Il ne se produit pas de suppuration ni de perte de substance par gangrène ;

« 3° La solution iodée appliquée sur la surface d'une blessure profonde des muscles, dans laquelle on introduit le curare, prévient les effets du poison ;

« 4° La solution d'iode a, sur le curare, une action tout à fait identique à celle qu'un de nous lui a reconnue sur le *poison du crotale* (Mémoire présenté à l'Académie, le 28 novembre 1853) ;

« 5° L'identité des effets du curare et du venin des crotales, leur même odeur et l'effet de l'iode sur leur action, donnent beaucoup de poids à l'opinion déjà assez répandue que le principe actif du curare et des préparations analogues n'est autre chose que le venin du crotale conservé d'une manière particulière. »

M. Boussingault. — Je crois devoir faire remarquer, à l'occasion de cette communication, que, malgré quelques assertions émises, il n'est pas suffisamment établi que le curare (*couraré*) contienne du poison de serpent. Je puis du moins affirmer que le curare que j'ai rapporté d'un des affluents des Amazones n'en renferme pas. Les Indiens l'ont obtenu en traitant par l'eau froide (température 30 degrés) l'écorce pilée (*machucada*) d'une liane (*vejuco*) fort commune dans les forêts que traversent les grands fleuves de l'Amérique équatoriale. C'est avec ce même curare, remis en 1833 à M. Pelouze, que M. Bernard a fait les expériences intéressantes qu'il a communiquées à l'Académie.

M. Boussingault rappelle que, dans la description de la préparation du curare donnée par M. de Humboldt, il n'est fait aucune mention de venin de serpent comme ingrédient entrant dans la composition de ce poison.

M. le prince Charles Bonaparte fait remarquer que le curare qui a servi aux expériences de MM. Brainard et Greene, tous deux habitants des

États-Unis d'Amérique, ne vient pas de l'Amérique du Nord, comme on a semblé le dire. Il ne lui est pas permis d'avoir de doutes à cet égard, puisque c'est lui-même qui a fourni le curare aux deux expérimentateurs. Ceux-ci, d'ailleurs, ont pris soin de le déclarer dans leur Mémoire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Mars 1854. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Montozon, médecin de l'arrondissement de Chateaugontier;

2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaupréau;

3° Rapport sur une épidémie d'angine gangréneuse, par M. le docteur Mauger, médecin des épidémies de l'arrondissement de Baugé;

4° Rapport sur le service médical thermal militaire de Bourbonne pendant les années 1852 et 1853, par M. Villaret;

5° Plusieurs échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Larbaud, ex-interne en pharmacie, adresse un *Mémoire général sur les produits de Vichy.*

Hydrophobie.

M. Delfrayssé annonce que les inhalations de chloroforme ont guéri trois individus atteints d'hydrophobie et de tétanos traumatique.

Anatomie pathologique.

M. Pons, de Bez-près-le-Vigan, adresse des considérations sur l'exactitude de l'anatomie pathologique et sur les avantages que doit en retirer la médecine pratique.

Travaux divers.

M. Levrat-Perroton adresse les résultats principaux de ses observations depuis trente-cinq ans.

Déviations utérines.

M. Joret adresse un nouveau redresseur utérin, dont il donne la description suivante :

Ce nouveau *redresseur,* que j'ai nommé *extrà-utérin*, par opposition à ceux déjà connus, qui prennent leur point d'appui dans la matrice même, consiste dans une pelote à air surmontée d'un collier qui embrasse exactement le col de la matrice, et maintient l'appareil au fond du vagin.

Le collier varie de dimension selon la grosseur du col qu'il doit embrasser.

Si l'on veut remédier à une anté-version, la pelote à air sera placée à la partie postérieure du col, dans le cul-de-sac recto-vaginal; si l'on a affaire à une rétro-version, on disposera la pelote précisément dans le sens contraire.

Cette pelote est fabriquée de manière que la dilatation ne s'opère que par son fond.

Le collier qui fait corps avec la pelote est muni d'un bourrelet interne qui sert à le faire glisser plus commodément sur le col de la matrice.

Pour mettre en place le *redresseur extrà-utérin,* je me sers d'un spéculum à quatre valves. Je place d'abord le collier sur l'extrémité du spéculum jusqu'au renflement qui fait saillie à l'intérieur sous forme de bourrelet; j'introduis le spéculum ainsi armé dans le vagin, et je vais embrasser le col de la matrice, puis au moyen d'un stylet mousse, ou mieux en forme de croissant renversé, je fais passer le collier, en le repoussant par son bord saillant, du spéculum sur le col de l'utérus.

Cette application a lieu sans beaucoup de difficulté sur les femmes qui n'ont pas eu d'enfant et qui sont atteintes d'un déplacement de l'utérus. Habituellement ces malades ont le col plus saillant que les autres.

L'appareil une fois en place, on insuffle suffisamment la pelote de manière à ramener l'utérus dans sa position normale.

Ce redresseur remplacera avec avantage, suivant l'auteur, ceux qu'on a employés précédemment, et il n'en aura aucun des inconvénients.

Candidature.

M. Bayle se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

ÉLECTION D'UN PRÉSIDENT.

L'Académie procède à la nomination d'un président pour le reste de l'année 1854. M. Rostan est nommé à l'unanimité moins quelques voix, et M. le vice-président l'invite à prendre immédiatement place au fauteuil.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit un Rapport sur des eaux provenant de plusieurs forages pratiqués à une petite distance de la ville de Cusset, près Vichy. L'analyse lui a démontré que ces eaux ont une grande analogie, à la thermalité près, avec les eaux de Vichy. Ce sont des eaux alcalines froides. Le rapporteur conclut à ce qu'on accorde à M. Bertrand, propriétaire de ces sources, l'autorisation d'exploiter. (*Adopté.*)

Observations chirurgicales diverses.

M. Velpeau lit un Rapport sur diverses observations chirurgicales présentées par M. Peixoto.

M. Peixoto, de Rio de Janeiro, élève de l'École de Paris, pratique la chirurgie au Brésil avec beaucoup de distinction, et ce sont des faits puisés dans sa pratique qu'il a réunis et envoyés à l'Académie. Tous ces faits, au nombre de quinze, ont trait à la médecine opératoire.

Quatre faits d'éléphantiasis du scrotum se présentent d'abord : ces tumeurs pesaient les unes 16 livres, d'autres 15 livres; l'extirpation en a été pratiquée avec succès. C'est M. Peixoto qui, le premier, a tenté cette opération au Brésil, malgré la fréquence de l'affection dans ce pays.

Viennent ensuite plusieurs opérations de lithotritie : c'est encore M. Peixoto qui a introduit la lithotritie au Brésil; il rapporte un premier fait d'un calcul pesant 15 livres, broyé complétement en cinq séances; un autre calcul de 12 livres exigea trois séances; un troisième, enfin (c'était un calcul volumineux enchâssé dans le col de la vessie et y faisant office de soupape); il exigea deux séances seulement et fut entièrement broyé.

Une carie du bord sternal de la sixième côte : l'extirpation en fut pratiquée, la plèvre mise à nu; la cicatrisation fut rapide, et le malade était complétement guéri au bout de quinze jours.

Un anus anormal s'ouvrant dans le bassin : M. Peixoto disséqua le rectum et rétablit l'anus normal.

Une hernie inguinale étranglée chez un vieillard de 70 ans : l'opération fut suivie d'un succès complet.

Cancer du nez, extirpation des parties affectées et restauration de la face par l'autoplastie. — Cette observation, ainsi que celles des faits d'éléphantiasis du scrotum, est accompagnée de planches.

D'autres faits encore d'extirpation de tumeurs de la face et de restauration de ces parties.

Une parotide dégénérée, extirpée avec succès, avec ligature de la carotide externe traversant la tumeur.

Un second fait de parotide extirpée également avec succès, mais sans ligature du tronc artériel.

Tumeur érectile de l'oreille. — Enfin, une observation excessivement curieuse de tumeur érectile de l'oreille droite, traitée à plusieurs reprises par la ligature de la carotide externe, de la carotide interne, pratiquée à Paris. Première ligature de la carotide primitive; hémorrhagie foudroyante quelque temps après la chute de la ligature; ligature d'attente placée sur le tronc innominé; guérison complète au bout de douze jours, par l'arrêt de la circulation et la formation d'un caillot.

C'était sur un confrère de Rio de Janeiro que M. Peixoto eut à pratiquer cette opération qui réussit si bien.

Ce fait est extrêmement curieux, c'est le premier de ce genre; il fait grand honneur à l'habileté, je pourrais dire à l'audace du chirurgien. On peut donc oblitérer le tronc brachio-céphalique par la ligature. On avait bien déjà vu l'occlusion accidentelle du tronc innominé se produire sans amener des accidents mortels, mais c'est la première fois que l'on réussit à obtenir l'oblitération de ce tronc par la médecine opératoire.

Cette opération a été tentée plusieurs fois déjà, mais tous les malades sont morts : celui de Moss, au bout de 60 jours; celui de Graef, au bout de 10 jours; celui de Horn, au bout de 6 jours; M. Hutin et tant d'autres n'ont pas été plus heureux. En somme, 10 opérés, 10 morts : en faut-il davantage pour écarter toute idée de pratiquer une opération qui n'a pas plus de chances de succès? Si l'anévrisme occupe le tronc brachio-céphalique lui-même, personne ne songe à opérer, et tout chirurgien qui tenterait une opération dans ce cas, ne serait pas excusable de l'avoir faite. C'est seulement lorsque l'anévrisme occupe la carotide primitive ou la sous-clavière, que l'on peut songer à lier le tronc innominé, et encore faut-il distinguer ici : 1° si l'anévrisme est assez éloigné, on peut pratiquer la ligature, on a quelques chances de succès; 2° si la maladie siége très-près du tronc artériel, on n'a guère l'espoir de réussir. On a alors la méthode de Brasdor, mais dans une région si importante, si difficile, avec si peu de chances de succès, que la ligature ne peut guère être tentée.

Mais dans ce fait, le chirurgien a eu la main forcée, la carotide primitive avait été liée, une hémorrhagie foudroyante s'était produite, il n'y avait

plus à reculer, et encore n'est-ce qu'une ligature d'attente qui a été posée : c'était une opération ultime, une dernière tentative, elle a été couronnée de succès.

M. Peixoto est, du reste, un homme fort instruit, qui a introduit au Brésil les bienfaits d'une chirurgie savante qu'il exerce depuis longtemps avec une grande habileté.

Je propose à l'Académie, comme conclusions :

1° De renvoyer ce travail de M. Peixoto au comité de publication;

2° D'admettre l'auteur au titre de candidat à une place de membre correspondant étranger, lorsqu'il y aura lieu à une élection.

M. Londe dit qu'on ne guérit pas l'éléphantiasis, et s'étonne du résultat obtenu par M. Peixoto.

M. Velpeau. — C'est précisément parce que l'on ne peut pas guérir l'éléphantiasis par les moyens médicaux, que l'on se décide quelquefois à l'opérer.

Ce n'est pas le premier cas de ce genre : tout le monde connaît celui de Delpech, qui date de quarante ans, où un éléphantiasis des bourses, pesant 60 livres et descendant jusqu'au genou, fut extirpé avec succès. Quand l'éléphantiasis des bourses est bien limité, comme il résiste à tous les agents thérapeutiques, on peut l'opérer : ce sont précisément de ces cas d'éléphantiasis parfaitement circonscrits que M. Peixoto a opérés, et avec succès. Du reste, ce mémoire est accompagné de planches montrant les malades avant et après l'opération, et l'on peut avoir toute confiance dans la véracité de M. Peixoto.

Ce n'est donc pas une nouveauté ; et comme la maladie est très-fréquente au Brésil, on comprend que M. Peixoto en ait beaucoup à traiter.

Quant aux éléphantiasis diffus, ils résistent, comme dit M. Londe, à toute espèce de traitement, et jamais, dans ces cas où les parties voisines sont empâtées, où la maladie n'a pas de limites bien tranchées, l'opération n'est praticable.

M. Malgaigne demande quelques éclaircissements à M. le rapporteur relativement au fait de la ligature du tronc brachio-céphalique : on a placé une ligature d'attente sur une artère du volume du tronc brachio-céphalique, comment cette ligature peut-elle avoir amené l'arrêt de la circulation et l'oblitération de l'artère ?

M. Velpeau. — M. Peixoto a placé une ligature épaisse passée dans une sonde élastique qui servait à la guider : quand donc la ligature a été placée sous l'artère, il l'a laissée là avec la sonde, qui faisait faire un coude à l'artère : l'hémorrhagie s'arrêta, un caillot se forma et le malade guérit. C'est un fait étrange, je l'avoue, mais il part d'un homme instruit, d'un homme de bonne foi, les détails sont bien rapportés, et le fait est là.

M. Malgaigne. — Je loue beaucoup M. le rapporteur de la manière scrupuleuse avec laquelle il a examiné le travail de M. Peixoto, mais je crois qu'il n'en a pas fait une critique assez sévère en ce qui touche le résultat obtenu par cette ligature d'attente. Ces ligatures, placées dans un cas d'hémorrhagie d'un gros tronc, sont généralement dangereuses, surtout quand il s'agit du tronc brachio-céphalique, et l'on comprend difficilement qu'une ligature d'attente ait eu assez d'action pour amener l'oblitération du tronc innominé ; il y a là quelque chose de singulièrement obscur, et je crois que pour sauvegarder l'Académie contre des reproches d'examen léger qui pourraient lui être adressés, la remarque que je viens de faire était utile ; du reste, M. Velpeau n'a pas manqué de noter que c'était un fait étrange. J'avoue, en effet, que j'y comprends peu de chose, et je pourrais même dire que je n'y comprends rien.

M. Velpeau. — J'ai dit aussi que cette ligature n'avait ni coupé, ni enflammé l'artère, et que, néanmoins, la circulation y avait été arrêtée, et un caillot s'y était formé. J'ajoute que ce fait d'oblitération du tronc brachio-céphalique laisse beaucoup à désirer, comme clarté, dans les détails de ce qui s'est passé ultérieurement à l'application de la ligature ; et que rien ne prouve, par exemple, que la circulation ne s'est pas arrêtée à l'origine de la carotide primitive, plutôt que dans le tronc brachio-céphalique ; il y a là un vide très-grand, c'est la nécropsie qui manque ; et il est malheureux pour la science (fort heureux, du reste, pour notre confrère), que l'autopsie n'ait pu être faite.

Elève des sangsues.

M. Soubeyran lit un second Rapport sur l'élève des sangsues. Nous ferons connaître prochainement ce travail.

M. Chevalier regrette vivement que l'Académie ne puisse pas donner une médaille à M. Borne ; il pense qu'elle aurait dû la demander à M. le Ministre, pour récompenser une découverte aussi utile ; car, il y a dix ans, les sangsues étaient d'un prix exhorbitant, et aujourd'hui elles sont infiniment moins chères.

M. Dubois (d'Amiens) déclare que l'Académie n'a jamais donné, pour quelque motif que ce soit, des médailles à des individus non médecins, etc. Si vous donniez ainsi des médailles à des négociants, vous verriez bientôt l'effigie d'Hippocrate figurer sur la devanture de leur boutique. C'est donc une proposition dangereuse ; la commission l'a parfaitement compris, mais aussi elle a voulu marquer toute sa reconnaissance à M. Borne, qui a obtenu les plus beaux résultats en fait de reproduction des sangsues : elle lui adresse ses remerciements et l'a spécialement recommandé à M. le Ministre du commerce.

M. Renaud dit à ce propos que M. Caillard est arrivé à des résultats magnifiques, en nourrissant ses sangsues avec le sang de chevaux ou de vaches sur lesquelles elles se fixent, tandis que M. Borne donne à ses élèves du sang de boucherie. Non-seulement les sangsues profitent, par le procédé de M. Caillard, mais encore les chevaux et les vaches, dont ces annélides prennent le sang, engraissent et deviennent dans de meilleures conditions.

M. Desportes. — Je ne connaissais pas ce fait de physiologie, que pour engraisser les animaux, il n'y avait qu'à leur pratiquer des saignées. Ces animaux engraissent, parce qu'on les soumet à une bonne nourriture, afin que leur sang soit plus nutritif pour les sangsues. Ils sont dans de meilleures conditions : il ne peut pas en être autrement, puisque ces animaux ont pour la plupart les jambes gonflées, œdématiées, et il est bien évident que les saignées leur sont bonnes ; puis vient la bonne alimentation, et ils engraissent.

Pour ce qui est de la médaille à décerner à M. Borne, c'est moi, messieurs, qui l'ai proposée ; je ne crois pas qu'il serait dangereux de la donner, et je dis même que l'Académie doit une récompense éclatante à M. Borne, qui, avec une incroyable persévérance, a observé et deviné la physiologie de la sangsue, études qui l'ont amené à des résultats admirables et d'une immense utilité pour le genre humain. Je dois cependant me ranger de l'avis de la commission.

Les conclusions du rapport de M. Soubeyran sont adoptées.

LECTURES.

Calculs biliaires.

M. Barth donne lecture d'un Mémoire sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du travail d'expulsion des calculs biliaires, suivi de considérations pratiques. (Nous publierons un long extrait de cet important travail.)

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous devons annoncer la triste nouvelle de la réapparition du choléra. L'épidémie se présente avec un caractère fort peu inquiétant.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur l'urgence d'une Réforme médicale et pharmaceutique, suivi d'un *Exposé des bases d'une organisation nouvelle de la Médecine*, par le Dr Alex. Mayer, rédacteur en chef de la *Presse médicale ;* et de la Pharmacie, par E. Robiquet, docteur ès-sciences, agrégé de physique à l'École de pharmacie de Paris. — Broch. in-8. Prix : 75 cent. *franco* par la poste.

En vente au bureau de la *Presse médicale*, rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Il suffira d'envoyer par lettre *affranchie* trois timbres-poste, de 25 cent. chacun.

Des métamorphoses de la syphilis, recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent, par Prosper Yvaren, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — 1 vol in-8. Paris, 1854. — Prix : 7 fr. 50 c. — A Paris, chez J-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'École de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 30. 2e ANNÉE. **Samedi 11 Mars 1854.**

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 10 Mars 1854.

Dans un article *non signé*, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* d'hier, jeudi, se trouvent deux imputations calomnieuses que nous avons dû croire dirigées contre nous, et auxquelles tout homme soucieux de son honneur n'avait qu'une réponse à faire. Nous avons fait cette réponse ; la lettre suivante explique comment elle a été accueillie :

Cher ami,

Suivant votre désir, nous nous sommes rendus, jeudi 9 mars, au bureau de la *Gazette des Hôpitaux :*

1° Pour demander si l'article inséré dans le dernier numéro de ce journal, commençant par ces mots : « A propos de cette petite discussion, » et finissant par ceux-ci : « ne nous permet plus d'en parler légèrement, » article non signé, *était dirigé contre vous ;*

2° Pour réclamer en votre nom, suivant la réponse qui nous serait faite, *une rétractation complète* ou *une réparation.*

Nous nous sommes adressés directement à M. Lesourd, gérant du journal, et, à ce titre, responsable de tout article non signé.

Aux questions que nous lui avons posées, M. Lesourd *a refusé catégoriquement de répondre.*

Cette manière de procéder, en pareille circonstance, coupait court à toute explication, et rendait impossible l'accomplissement de notre mandat.

Nous avons dû nous retirer.

Recevez, etc.

Dr E. LABORIE,
Dr DE LAURÈS.

Nous nous garderons bien d'ajouter un seul commentaire à la lettre qu'on vient de lire ; elle montrera suffisamment à tous les gens de cœur l'importance qu'ils peuvent ajouter à des attaques dont l'impunité est garantie par le triste courage d'un pareil silence.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Leçons cliniques sur les affections cancéreuses.

(*Suite et fin. Voir les nos 23, 26, 32, 48, 72, 80, 101, 117, 149, 155 du tome 1 et le n° 10 du tome 2.*)

De la cautérisation dans le cancer du sein. — L'emploi des caustiques dans le cancer du sein a soulevé de vives discussions parmi les chirurgiens. Pour quelques-uns, ces agents possèdent, contre le cancer, une action spéciale qui doit, dans tous les cas, faire préférer leur usage à l'opération par le bistouri ; pour d'autres, au contraire, ils doivent être entièrement rejetés de la pratique. Ces deux opinions nous paraissent également loin de la vérité. Le cancer de la mamelle se présente à l'observateur sous des formes trop variées pour qu'il soit possible d'établir, d'une manière absolue, la supériorité de l'une ou l'autre de ces méthodes opératoires dont le mode d'action est aussi dissemblable. C'est pour avoir voulu juger la question d'une manière trop générale que la plupart des auteurs ont, à cet égard, émis des opinions erronées : qu'importe que le bistouri soit préférable aux caustiques dans un grand nombre de circonstances, s'il existe des cas où ces derniers ont des avantages incontestables ? C'est à discerner les circonstances, où l'une de ces méthodes convient de préférence à l'autre, que doit exclusivement s'attacher le chirurgien.

Nous connaissons déjà les avantages et les inconvénients de l'opération sanglante, nous allons, en peu de mots, tracer de même ceux de l'opération par les caustiques; il nous sera facile ensuite d'établir quels sont les cas où l'une ou l'autre de ces méthodes doit être préférée.

Avantages et inconvénients des caustiques. — L'un des avantages les plus considérables des caustiques consiste dans le peu d'intensité des troubles fonctionnels consécutifs à leur action sur l'économie.

La douleur qu'ils déterminent n'est jamais suivie de cette prostration profonde que l'on observe si souvent après l'opération par l'instrument tranchant ; c'est à peine même si les malades éprouvent quelques légers symptômes de la fièvre traumatique ; aussi n'est-il pas rare de rencontrer des malades qui, après une opération par les caustiques, s'abstiennent de garder le lit, et qui peuvent continuer encore à vaquer à quelques occupations. Un autre avantage important que présentent les caustiques, dans leur application aux tumeurs du sein, est d'éviter toute perte de sang : chez les malades affaiblis par des hémorrhagies répétées ou des sécrétions ichoreuses abondantes, cet avantage mérite d'être pris en grande considération.

Relativement aux accidents consécutifs, les avantages des caustiques ne sont pas encore sans importance; ils sont, beaucoup plus rarement que l'opération sanglante, suivis, dans leur application, de phlegmons diffus, de gangrène, d'infection pu-

rulente, et même d'érysipèle. Nous ferons remarquer que ce sont précisément là les accidents les plus fréquents et les plus meurtriers, après l'amputation des tumeurs du sein. Quelques chirurgiens prétendent encore que les caustiques ont la propriété de prévenir plus efficacement la récidive du cancer que les autres méthodes opératoires; mais les faits bien observés ne permettent point d'admettre cette assertion. A côté des avantages que nous venons de signaler, les caustiques présentent un certain nombre d'inconvénients dont les principaux sont :

1° De ne pouvoir détruire une tumeur cancéreuse, sans sacrifier en même temps toute la peau qui la recouvre, alors même que celle-ci ne présente aucune altération ;

2° De n'avoir qu'une sphère d'action peu étendue en profondeur, ce qui, dans les tumeurs d'un certain volume, nécessite des applications réitérées ;

3° De ne pas présenter une action assez précise pour pouvoir être sans danger appliqués au voisinage des organes importants, tels que les gros vaisseaux et les nerfs ;

4° Enfin d'occasionner des douleurs trop prolongées pour qu'il soit possible de faire profiter les malades des moyens anesthésiques.

D'après cet exposé succinct des avantages et des inconvénients des caustiques, on comprendra facilement que, parmi les tumeurs cancéreuses du sein, il en est un certain nombre dans lesquelles ce mode opératoire sera réellement préférable à l'opération par le bistouri ; qu'il en est d'autres, au contraire, où l'instrument tranchant présente une supériorité incontestable.

Pour éclairer, autant que possible, les praticiens sur cette importante question, nous allons examiner successivement chacune des formes principales du cancer du sein, en indiquant le degré d'intérêt que la cautérisation présente dans chacune d'elles.

1° *De la cautérisation dans le cancer non ulcéré.* — Lorsque le cancer du sein se présente sous la forme de tumeurs circonscrites, mobiles, enkystées, sans altération des téguments, l'opération par les caustiques, bien qu'en général inférieure à l'opération par le bistouri, peut, dans quelques circonstances, trouver une application utile.

Tels sont les cas où les malades éprouvent une vive appréhension de l'instrument tranchant, où l'impressionnabilité nerveuse est telle qu'on est en droit de redouter l'influence d'une opération sanglante, etc.

Le procédé qui convient alors, et qui, plusieurs fois, nous a donné d'excellents résultats, consiste à combiner l'action des caustiques avec l'énucléation ; on applique, dans toute l'étendue du diamètre principal de la tumeur, une traînée de caustique destinée à désorganiser seulement l'épaisseur de la peau ; puis, le lendemain, on incise l'escarre avec le bistouri, et, par l'ouverture qui résulte de cette incision, on pratique l'énucléation de la tumeur, presque sans effusion de sang.

Quand le cancer, tout en affectant une forme circonscrite, adhère trop intimement aux parties voisines, pour qu'on puisse espérer l'enlever par le procédé de l'énucléation, les caustiques n'ont plus le même avantage ; il ne reste, en effet, d'autres ressources que de désorganiser entièrement la partie malade, ce qui ne peut avoir lieu sans que les téguments eux-mêmes ne soient sacrifiés dans une grande étendue, et, pour peu que la tumeur ait un certain volume, sans qu'on soit obligé de réitérer plusieurs fois l'application des caustiques.

Il est cependant des cas où ce procédé peut encore être utile, telle est cette variété de cancer, dans laquelle la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont parsemés d'un certain nombre de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette ; une seule application de caustique suffit pour détruire chacun de ces noyaux, et l'opération, bien que douloureuse, est cependant moins pénible pour le malade que ne le serait l'extirpation par le bistouri. Nous citerons encore cette forme de cancer désignée sous le nom de cancer *ligneux* de la peau, qui occupe une large surface sans atteindre aux tissus profonds. La vaste plaie qui résulterait de l'action de l'instrument tranchant offrirait en effet alors de plus graves dangers que la destruction des mêmes parties par les agents chimiques.

2° *De la cautérisation dans le cancer ulcéré de la mamelle.* — C'est surtout quand le cancer a désorganisé les téguments dans une grande étendue ; quand des végétations fongueuses et saignantes s'élèvent de la surface de l'ulcère, que les caustiques présentent des avantages considérables ; n'ayant plus à détruire le tissu de la peau, leur action s'opère avec beaucoup moins de douleur, et surtout ils n'ont plus l'inconvénient grave de sacrifier inutilement des parties saines que le bistouri eût permis de ménager.

D'une autre part, on voit sous leur influence disparaître comme par enchantement les hémorrhagies, les sécrétions ichoreuses, et les émanations fétides qui tourmentaient incessamment les malades.

Si la tumeur n'a pas une grande épaisseur, une ou deux applications suffisent pour en opérer la destruction complète ; et dans les cas plus graves, alors que l'opération sanglante ne pourrait avoir lieu sans d'énormes délabrements, ils peuvent, au moyen d'applications successives et fractionnées, détruire le mal dans toute son étendue, en évitant à l'organisme des secousses trop dangereuses.

Enfin, lorsque le cancer a dépassé les limites au delà desquelles le chirurgien ne peut plus conserver l'espoir de le détruire entièrement, les caustiques permettent encore de retarder sa marche et de pallier en partie les accidents qu'il détermine.

Des caustiques dans les tumeurs cancéreuses de l'aisselle. — Les tumeurs cancéreuses de l'aisselle ne se prêtent que fort peu à l'emploi des caustiques : lorsqu'elles sont encore mobiles et peu volumineuses, leur extirpation avec le bistouri est de beaucoup préférable à la cautérisation ; son exécution n'est pas seulement plus rapide et plus simple, elle est encore beaucoup plus sûre et moins dangereuse, en ce qu'elle permet de faire l'énucléation radicale et de respecter en même temps les troncs vasculaires et nerveux de cette région ; par la cautérisation, au contraire, il serait presque impossible d'éviter la lésion de ces organes.

Dans les cas où les tumeurs axillaires ont acquis un volume considérable, l'opération par le bistouri présente déjà de grandes difficultés ; la destruction par les caustiques serait tout à fait impossible : aussi ne croyons-nous pas devoir insister davantage sur ce point.

Du choix des caustiques dans les tumeurs du sein. — Tous les caustiques ne doivent pas être indifféremment employés dans les différentes variétés du cancer de la mamelle. Chacun de ces agents a des qualités spéciales, qui lui font mériter la préférence dans tel ou tel cas particulier.

1° Le caustique de Vienne, par exemple, dont l'action rapide et puissante désorganise tous les tissus, doit être en général préféré, toutes les fois que l'on veut agir sur des téguments sains.

La douleur qu'il produit est moins vive que celle de la plupart des autres caustiques ; et d'une autre part la promptitude de son action fait que cette douleur ne se prolonge pas au delà d'une ou deux heures tout au plus. Ajoutons qu'il est d'une application facile, et qu'en général on peut exactement calculer son action. Malheureusement, ce caustique si précieux a l'inconvénient, quand on l'applique sur des tissus fongueux et saignants, de former une escarre molle et diffluente.

Loin d'arrêter les hémorrhagies, il les provoque ; aussi dans le cancer ulcéré et surtout dans l'encéphaloïde, est-il d'un emploi difficile et dangereux.

2° Les acides concentrés, et principalement les acides sulfurique et azotique, un peu moins rapides et plus douloureux dans leur action que le caustique de Vienne, ont une puissance pour le moins aussi grande. De plus, loin de provoquer l'écoulement sanguin, ils contribuent puissamment à l'arrêter ; enfin la friabilité de l'escarre qu'ils produisent permet de détacher avec la spatule les tissus désorganisés, et de procéder presque immédiatement à de nouvelles applications ; de cette manière on peut en

quelques jours obtenir la destruction complète de tumeurs fort considérables.

Pour faire usage de ces caustiques, il est nécessaire de les mélanger à quelque poudre inerte, avec laquelle ils constituent une pâte molle et d'une application facile.

M. Velpeau se sert dans ce but de la poudre de safran. Rivaillée se contentait de la charpie. Nous avons trouvé de l'avantage dans l'emploi de la poudre d'amianthe, qui, ne se laissant point attaquer par les acides, ne diminue point leur puissance.

Ces caustiques agissent aussi bien sur la peau que sur tout autre tissu. Aussi peut-on les employer indifféremment pour la destruction de toutes les variétés de tumeurs cancéreuses du sein.

3° Caustique de Canquoin (chlorure de zinc). Les pâtes caustiques désignées sous le nom de pâtes de Canquoin, et qui consistent dans le mélange du chlorure de zinc avec la farine de froment, constituent encore un caustique précieux dans les affections du sein. Leur action, il est vrai, est lente et douloureuse, elle ne s'exerce pas sur la peau recouverte de son épiderme; mais à côté de ces inconvénients, elle possède des qualités remarquables, telles que d'être plus facile à manier que tout autre caustique, d'avoir une action parfaitement circonscrite, de faire cesser instantanément toute sécrétion ichoreuse, tout écoulement sanguin, toute odeur fétide, de former une escarre sèche qui ne laisse transsuder aucun liquide. C'est surtout dans les cancers ulcérés, fongueux et saignants, que ces pâtes sont d'une utilité incontestable; dans ces cas spéciaux, ils ont sur tous les autres caustiques une supériorité réelle.

4° Caustique arsénical. Les caustiques arsénicaux jouissent depuis longtemps d'une grande réputation contre le cancer. Le plus célèbre est la poudre de frère Côme, qui contient 64 parties de cinabre, 16 de sang-dragon, 8 d'arsénic et 16 de poudre de savate brûlée. Les poudres de Rousselot, de Dupuytren, d'Antoine Dubois, de M. Manec, n'en diffèrent pas d'une manière notable.

Pour faire usage de ce caustique, on le réduit en pâte au moyen d'un peu de salive, on l'étend ensuite en couches de deux ou trois millimètres d'épaisseur sur la partie malade, et on le recouvre de toiles d'araignée, qui, en s'incorporant à la pâte, la rend plus tenace et l'empêche de se désagréger.

Ce caustique n'agit que faiblement sur la peau recouverte. Sur les parties dénudées, son action est fort énergique; on a même remarqué qu'elle s'exerçait avec beaucoup plus de puissance sur les tissus morbides, quelle que soit même leur densité, que sur les tissus sains. Ce qui avait fait croire à quelques chirurgiens qu'il possédait une sorte d'action élective contre le cancer; notre expérience personnelle ne nous permet pas d'admettre cette opinion. La réaction qu'il provoque est toujours très-intense. Il en résulte des douleurs violentes et prolongées, une tuméfaction inflammatoire quelquefois fort étendue. D'une autre part, quelque précaution que l'on prenne, on ne peut empêcher que la substance toxique, qui en forme la base, ne soit absorbée en certaines proportions, et comme cette absorption ne peut être mesurée à l'avance, il en résulte souvent des phénomènes d'intoxication fort graves. Ces motifs suffisent pour rendre le praticien très-circonspect dans leur emploi; surtout quand il s'agit d'opérer la destruction de tumeurs d'un certain volume; aussi dans le cancer du sein doit-on leur préférer les caustiques dont nous avons parlé précédemment.

Il existe encore un certain nombre d'autres agents chimiques qui peuvent avec avantage être utilisés contre les cancers de différentes régions. Mais pour le cancer de la mamelle, aucun ne peut entrer en comparaison avec ceux que nous venons d'indiquer, aussi ne croyons-nous pas devoir y insister.

Précautions à prendre dans l'application des caustiques aux cancers du sein.— Lorsqu'après avoir pesé les avantages et les inconvénients des diverses méthodes opératoires applicables au cancer du sein, le chirurgien se décide pour la cautérisation, lorsqu'il a fait choix du caustique qui lui paraissait le plus convenable, il lui reste encore à l'appliquer et à en diriger l'action.

L'application des caustiques dans le cancer du sein peut être exécutée d'après plusieurs procédés que nous désignerons sous le nom de cautérisation directe, de cautérisation concentrique, et de cautérisation excentrique ou de dedans en dehors.

La cautérisation directe est de beaucoup la plus simple et la plus généralement usitée; elle consiste à recouvrir toute la surface de la tumeur ou de l'ulcère d'une couche de caustique, dont l'épaisseur varie suivant la profondeur que l'on veut donner à l'escarre.

Quand on emploie les caustiques mous, susceptibles de fuser, il importe de surveiller attentivement leur action, pour empêcher les parties saines de subir leurs atteintes. Nous nous servons avec avantage dans ces circonstances de capsules de verre ou de porcelaine, dont les dimensions s'accommodent à celles des parties que l'on veut détruire; d'autres fois nous renfermons le caustique dans un cercle de charpie imbibée d'une forte solution d'alun, de dextrine ou de collodion, et disposé de manière à ce qu'il oppose au caustique une barrière infranchissable. Dans tous les cas, il est prudent de laisser auprès des malades une personne expérimentée qui surveille la cautérisation jusqu'à ce qu'elle ait produit son effet. Si l'étendue des parties à détruire est trop considérable, on devra quelquefois fractionner la cautérisation, et ne l'opérer que d'une manière successive. Il est rare que dans une première application, on puisse atteindre toute la profondeur du mal; il importe alors de la réitérer jusqu'à ce que tous les tissus morbides aient été détruits.

Le second procédé, que nous désignons sous le nom de *cautérisation concentrique*, n'est guère applicable qu'aux tumeurs très-saillantes, à base étroite; on l'exécute en appliquant tout autour de cette base une sorte de cercle caustique; on incise ensuite l'escarre qui en résulte, et par de nouvelles applications, on pénètre successivement jusqu'au-dessous de la tumeur. C'est surtout le caustique de Vienne solidifié, ou caustique Filhos, que l'on emploie dans ces circonstances, tant à cause de son action rapide que de sa disposition en forme de crayon, qui permet de le diriger comme on ferait d'un fer rougi, ou d'un bistouri; quelquefois nous avons ainsi déterminé en une ou deux secondes, la chute de tumeurs du volume d'un œuf de poule, sans la moindre effusion de sang.

Enfin, le *troisième procédé* consiste à creuser dans le centre de la tumeur une excavation profonde que l'on remplit d'une substance caustique très-puissante, telle qu'un trochisque arsénical, un morceau de caustique de Vienne solidifié, de pâte de Canquoin, etc. C'est ce procédé que certains médicastres ambulants emploient comme un secret merveilleux sous le nom de piqûres, parce qu'ils se servent d'une lancette pour pratiquer l'excavation, et qu'ils dissimulent l'introduction de la substance caustique. Pour de petites tumeurs enkystées ce procédé ne laisse pas que d'être assez efficace; nous l'avons plusieurs fois employé avec succès. Mais pour les tumeurs volumineuses, il est tout à fait insuffisant.

De la congélation dans le traitement des tumeurs du sein. — L'application des mélanges réfrigérants a quelquefois été tenté contre les tumeurs cancéreuses du sein, mais jusqu'à présent les résultats qu'on en a obtenus n'ont rien de bien satisfaisant. Nous n'oserions pas dire cependant que cette médication soit absolument à rejeter; car dans les quelques essais que nous en avons faits, nous avons observé plusieurs phénomènes remarquables sous l'influence de ce moyen, une fois entre autres nous avons vu disparaître avec une rapidité prodigieuse une énorme tumeur encéphaloïde complétement inaccessible au bistouri et aux caustiques. Voici quelques détails sur ce fait intéressant :

Chicoin (Étienne), âgé de 41 ans, boulanger, s'était aperçu, vers le mois de février 1852, d'une petite tumeur à la région parotidienne droite. Cette tumeur fit des progrès rapides, et lorsque, le 7 mars 1853, le malade entra à l'hôpital Cochin, elle occupait la moitié de la face, du front, du cou, et se prolongeait derrière l'orcille, presque jusqu'à la ligne médiane postérieure; de plus, il existait à la partie inférieure du cou, sur la clavicule droite, une autre tumeur de 14 centimètres sur 10, et, dans la

région parotidienne gauche, une induration élastique du volume d'une noix. Toutes ces tumeurs étaient bosselées, élastiques, et même semi-fluctuantes en quelques points ; la peau qui les recouvrait était, au niveau des bosselures, rouge, amincie et prête à se rompre; enfin, le malade était en proie à de vives douleurs lancinantes.

Cette affection était évidemment un cancer encéphaloïde ; l'extirpation était impraticable. Je me bornai à quelques essais de médication résolutive : l'iodure de potassium, l'acétate de plomb, furent employés sans aucun résultat; enfin, le 26 mars, je fis l'application d'un mélange réfrigérant, composé de glace pilée et de nitrate de potasse à parties égales. Ce mélange resta appliqué quatre heures; le lendemain 27, on renouvela la même application. A dater de ce moment, la tumeur, qui, jusque-là, n'avait cessé de s'accroître ; qui, même, avait envahi l'œil droit et y avait déterminé une inflammation violente avec chémosis et hypopion, commença à diminuer.

Cette diminution marcha avec une telle rapidité que, le 30, on ne voyait plus de traces de la tumeur parotidienne gauche; que, du côté droit, le front était complétement dégagé; que la peau avait repris son aspect normal; que la tumeur parotidienne droite, réduite de moitié, était devenue entièrement souple ; que la tumeur du cou ne constituait plus qu'une élévation diffuse ; que l'œil était complétement dégagé.

Les jours suivants, de la suppuration se manifesta dans les portions non encore affaissées; mais en même temps survinrent des accidents cérébraux, auxquels le malade succomba le 7 avril.

L'autopsie fit reconnaître, dans les portions de tumeurs encore existantes, des masses évidentes de tissu cancéreux ; les parties correspondantes aux tumeurs disparues ne différaient de l'état normal que par la présence d'un tissu cellulaire plus dense et comme fibrineux : l'os frontal, au niveau des tubercules disparus, était érodé, ramolli et beaucoup plus vasculaire. Quant aux autres viscères, on n'y put rien observer d'anormal.

Dr ALEXIS FAVROT.

Etudes anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie et conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires,

Par M. le Dr BARTH, *médecin de l'hôpital Beaujon.*

Si l'anatomie pathologique se bornait à décrire les altérations organiques trouvées après la mort, on serait peut-être en droit de l'appeler une science stérile; mais si elle s'attache à découvrir l'origine et les causes des altérations morbides, à en suivre le développement, à en saisir les relations avec les différentes fonctions de l'économie; si surtout elle tâche de déterminer les voies et moyens que la nature emploie pour réparer les ravages des maladies, elle devient une étude féconde en résultats pratiques. L'anatomie pathologique ainsi comprise, fournit les inductions les plus utiles pour le diagnostic, pour le pronostic et le traitement, vers lequel doivent converger en définitive toutes les branches des connaissances médicales.

Faisant à l'histoire des calculs biliaires l'application de ces principes, je me propose dans ce travail d'exposer sommairement quelques résultats de mes recherches anatomiques sur les ressources variées dont la nature dispose pour la guérison des affections calculeuses du foie, et de faire connaître les inductions qui découlent de cette étude, pour le traitement le plus rationnel de ces produits morbides.

Une fois formés dans les voies de la bile, les calculs peuvent être, 1° *éliminés*, ou 2° être *sequestrés*, de telle sorte que leur séjour dans le sein de l'économie cesse d'être nuisible.

§ 1er. L'*élimination* des calculs peut se faire de deux manières : par les voies naturelles qui servent à l'écoulement de la bile; par des voies accidentelles et pathologiques. Par quel mécanisme les calculs biliaires qui se forment presque toujours sous la vésicule (car c'est là seulement que se trouvent réunies les conditions habituelles qui président à leur développement), par quel mécanisme s'engagent-ils de l'intérieur de la vésicule dans le canal cystique situé à un niveau moins déclive que le fond de ce réservoir?

Une des principales causes de leur introduction dans les canaux réside dans leur pesanteur spécifique : composés, en grande majorité, de matière grasse (cholestérine), ils sont généralement très-légers, à tel point que plusieurs surnagent sur l'eau; à plus forte raison surnagent-ils sur la bile, et c'est ce qui fait qu'ils se présentent facilement à l'orifice du canal cystique et tendent à s'engager dans sa cavité.

Mais la valvule en spirale dont est muni ce canal à son origine, oppose une notable résistance à la progression des calculs, et l'on est en droit de se demander quelle est la force qui fait cheminer la concrétion à travers le col de la vésicule et lui fait parcourir les conduits biliaires. Cette force se trouve dans l'existence d'un plan musculeux placé dans les parois de la vésicule; plan musculeux longtemps méconnu et révoqué en doute, mais dont l'anatomie pathologique démontre la réalité.

Assez peu marquées dans l'état normal, pour passer aisément inaperçues, les fibres musculaires de la vésicule deviennent quelquefois assez prononcées pour former des faisceaux très-saillants sous la membrane muqueuse; j'ai déposé au musée Dupuytren plusieurs exemples, où l'on voit ces faisceaux tellement développés, que l'intérieur de la vésicule présente en petit la disposition si fréquemment observée dans les vessies à colonnes.

Cette hypertrophie, résultat le plus ordinaire de l'obstacle opposé à la sortie de la bile par une concrétion engagée dans le col de la vésicule, devient à son tour un moyen de triompher de la résistance du corps étranger; et c'est ainsi qu'une disposition, morbide en elle-même, n'est plus qu'une condition heureuse qui facilite la propulsion du calcul à travers le canal cystique jusque dans le conduit cholédoque, où une nouvelle cause vient aider à la pousser dans le duodénum.

Que l'on suppose, en effet, un calcul arrivé dans le cholédoque et arrêté dans ce canal, de manière à suspendre le cours naturel de la bile des conduits hépatiques vers le duodénum, ce liquide, incessamment sécrété par le foie, s'accumule derrière l'obstacle. En même temps les canaux se dilatent, et cette dilatation, tout en s'étendant plus ou moins loin vers les radicules hépatiques, s'étend aussi dans l'autre sens jusque sur les côtés du calcul, et celui-ci chemine ainsi graduellement, poussé de haut en bas par la force que l'on désigne sous le nom de ***vis à tergo***, et franchit après un temps variable l'orifice duodénal.

L'espace de temps que la concrétion met à parcourir les voies de la bile, diffère selon son volume, selon sa configuration, comme aussi selon la longueur des canaux cystique et cholédoque.

Ces deux conduits sont loin d'avoir, chez tous les sujets, les mêmes dimensions, et j'ai constaté, sur un certain nombre de pièces pathologiques, des différences très-notables dans la longueur relative de ces deux portions des voies de la bile :

C'est ainsi que j'ai vu le canal cystique varier depuis 2 centimètres jusqu'à 6, et dans un cas j'ai trouvé que le canal cholédoque avait seulement 3 centimètres de longueur, tandis que, dans un autre, il en présentait 15, longueur double de l'étendue normale.

Quant à leur ***configuration***, les calculs sont tantôt sphéroïdes, tantôt à facettes ; les premiers arrêtent plus complétement le cours de la bile, et ce liquide, en s'accumulant derrière eux, aide à la *faire cheminer vers l'intestin.*

Les calculs à facettes, au contraire, peuvent, comme je l'ai constaté sur le cadavre, laisser passer au moins en partie la bile entre eux et les parois du canal cholédoque. Il en résulte nécessairement une condition capable d'en ralentir la marche. On conçoit que des concrétions de ce genre mettent un temps beaucoup plus long à parcourir le trajet du cholédoque, et cette cir-

constance rend compte de la durée quelquefois très-longue de certaines coliques hépatiques.

Le fait du passage partiel de la bile donne la solution d'un phénomène difficile à expliquer en clinique, c'est-à-dire l'absence d'ictère chez un grand nombre de malades.

Cette absence de l'ictère était ordinairement attribuée soit au passage rapide du calcul à travers les voies biliaires, soit à l'arrêt momentané d'une concrétion dans le canal cystique exclusivement; et, dans ce dernier cas, on expliquait la cessation de la colique hépatique par la marche rétrograde du calcul, et son retour dans la vésicule biliaire.

Mais il était difficile de comprendre pourquoi l'ictère ne se manifestait pas dans des cas où les coliques étaient vives, de longue durée, et suivies de l'expulsion d'un ou de plusieurs calculs par les selles. Eh bien! la disposition précitée, en démontrant que la bile peut, en effet, passer entre la concrétion et les parois du canal, rend compte à la fois, et de l'absence d'ictère, et de la coïncidence de vomissements bilieux qui souvent accompagnent la colique hépatique.

C'est surtout du *volume des concrétions biliaires* que dépend la durée des accidents qui constituent une attaque de colique; et, sous ce rapport, on s'est demandé quel est le maximum de volume au delà duquel un calcul ne peut plus être éliminé par les voies naturelles.

Beaucoup d'auteurs ont avancé que des concrétions grosses comme une olive ne pouvaient plus traverser les canaux de la bile, et ils soutenaient que ces gros calculs, expulsés au dehors, étaient évacués toujours par des voies accidentelles et pathologiques.

Les canaux biliaires sont, en effet, assez étroits pour ne pas admettre aisément des concrétions de moyenne grosseur; mais ces canaux sont susceptibles d'une très-grande dilatation par le fait même de l'accumulation de la bile; c'est ainsi que j'ai vu le canal cholédoque avoir, dans plusieurs cas, jusqu'à 3 et 4 centimètres de circonférence.

Quoi qu'il en soit du degré de dilatation possible des canaux biliaires, il résulte incontestablement de mes recherches, que les voies normales de la bile peuvent donner passage à des calculs d'un diamètre considérable. J'ai présenté à la Société anatomique, et déposé au musée Dupuytren, un cholélithe gros comme une forte olive, engagé dans l'orifice inférieur du canal cholédoque, et faisant une saillie notable dans la cavité du duodénum.

Plusieurs circonstances très-importantes à étudier peuvent faciliter l'évacuation des calculs, en *diminuant le volume de ces concrétions,* primitivement trop grosses pour traverser les voies normales de la bile.

C'est d'abord l'usure réciproque des calculs multiples; cette usure, due au frottement des concrétions les unes sur les autres, peut être assez considérable pour en amoindrir très-sensiblement les dimensions, et j'en ai rencontré dont le frottement avait réduit de près d'un tiers le volume primitif.

Un autre mécanisme plus curieux encore, et qui, à ma connaissance, n'a jamais été signalé jusqu'à ce jour, consiste dans le *fractionnement des calculs* à l'intérieur même des voies biliaires.

On sait que, dans un très-grand nombre de cas, les cholélithes sont constitués par un noyau central autour duquel se fait une espèce de cristallisation de la cholestérine, sous forme de rayons convergeant tous vers le centre. Or, j'ai recueilli, et je puis soumettre à l'examen de l'Académie, des concrétions qui consistent évidemment dans des segments de sphère entourés d'une couche mince de formation plus récente. Sur ces pièces pathologiques, la disposition de rayons dirigés tous vers un point central ne permet pas de douter qu'ils ne soient des fragments d'un calcul sphéroïde beaucoup plus gros, et l'engagement de plusieurs de ces fragments dans le canal cholédoque, alors que les autres occupaient encore la vésicule, prouvent que leur élimination était en voie de s'accomplir.

Le mode d'élimination est connu, aussi bien que l'évacuation des calculs par les voies naturelles; mais il reste quelques particularités à signaler avec plus de précision, soit relativement aux divers points du tube digestif qui sont le plus habituellement le siége de la perforation intestinale, soit par rapport aux circonstances en vertu desquelles la perforation cutanée, tantôt se ferme après l'évacuation des calculs, et tantôt est suivie d'une fistule biliaire.

Il est trois points du tube digestif qui sont plus particulièrement en rapport avec la vésicule, savoir, la moitié droite du colon transverse, le commencement du duodénum et la région pylorique de l'estomac; il ressort de mes observations que c'est aussi dans ces trois points que se font le plus ordinairement les perforations.

On comprend les différences qui doivent résulter de la communication du réservoir de la bile avec ces régions diverses, sous le rapport de l'accomplissement des fonctions digestives. Dans le cas de perforation de l'estomac, la bile sera vomie en abondance avec les calculs. Dans le cas au contraire où la communication anormale s'établit entre la vésicule et le duodénum, la bile versée dans l'intestin au-dessus même du point normal, peut concourir au travail de la digestion comme si elle affluait par les voies naturelles. Enfin, s'il s'agit d'une perforation de la vésicule dans le colon transverse, la bile est enlevée entièrement au travail de la digestion intestinale, jusqu'à ce que l'orifice de communication vienne à s'oblitérer.

Lorsque la perforation se fait à l'extérieur, sur un point des parois abdominales, tantôt il s'établit une fistule permanente qui donne incessamment issue à la bile; d'autres fois, après l'expulsion d'un ou de plusieurs calculs, et d'une petite quantité de bile altérée, le trajet fistuleux se ferme en peu de temps, et le malade ne tarde pas à se rétablir.

On conçoit aisément l'occlusion rapide de l'ouverture anormale, dans le cas où le col de la vésicule biliaire est lui-même oblitéré par un calcul ou par toute autre cause.

Mais il ressort de mes recherches anatomo-pathologiques, que cette prompte occlusion peut avoir lieu sans que la vésicule cesse de recevoir la bile. Cela dépend alors de ce que l'ouverture de la vésicule à la surface de la peau n'est pas toujours directe et immédiate. Plusieurs observations (et j'ai présenté à la Société anatomique les pièces à l'appui) m'ont appris que plusieurs calculs peuvent être d'abord rejetés hors de la vésicule, dans un foyer circonscrit qui cesse de communiquer avec le réservoir de la bile; la concrétion est alors éliminée à l'extérieur consécutivement, sans qu'il en résulte une fistule biliaire permanente.

Le même mécanisme peut précéder la sortie du cholélithe par l'intestin, et permettre aux voies de la bile de fonctionner comme dans l'état normal, après l'expulsion des concrétions calculeuses.

§ 2. *Séquestration des calculs.* — Il existe encore d'autres ressources que la nature emploie pour atténuer ou annihiler les accidents des concrétions calculeuses du foie. Au lieu d'éliminer les cholélithes au dehors, un travail pathologique un peu différent, mais non moins digne d'attention, peut les séquestrer au sein des parties vivantes.

C'est ainsi que la concrétion biliaire, après avoir traversé les parois de la vésicule par une perforation ulcérative, peut être enkystée indéfiniment dans une loge de nouvelle formation, derrière laquelle le réservoir du fiel se referme complétement. J'ai trouvé (et j'ai déposé au musée Dupuytren), des calculs situés en dehors de cette poche, dans une cavité accidentelle circonscrite par des adhérences cellulo-fibreuses, sans qu'il existât aucune trace de communication avec l'intérieur de la vésicule.

Ce n'est pas tout; les calculs peuvent être encloisonnés dans les parois mêmes du réservoir de la bile, soit qu'ils aient pris naissance dans les follicules de la membrane muqueuse, soit qu'ils aient traversé cette membrane en se logeant entre elle et l'enveloppe extérieure de la vésicule.

Enfin, le calcul peut être enchatonné dans la cavité même de cette poche, qui se trouve ainsi partagée en deux portions, dont l'une (c'est le plus ordinairement le fond) renferme la concrétion étroitement embrassée, et dont l'autre, plus ou moins compléte-

ment séparée de la première, continue à servir de réservoir à la bile.

Quelques faits de ce genre, observés par divers auteurs, ont paru difficiles à expliquer; il me semble qu'on peut les rapprocher de certains cas de vessies à loges dans lesquelles la membrane muqueuse faisant hernie à travers une éraillure du plan musculeux, donne lieu à une poche de dimension variable, et ne communiquant plus avec la cavité de la vessie que par une étroite ouverture.

Conséquences pratiques. — Des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques auxquelles nous venons de nous livrer, découlent des conséquences intéressantes au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement. Témoin des voies diverses par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, le médecin conserve de légitimes espérances, dans les cas en apparence les plus graves; la considération des ressources variées que la nature met en œuvre pour une terminaison favorable, l'encourage à imiter, autant qu'il est en lui, ces procédés salutaires, et l'anatomie pathologique lui fournit ainsi de précieuses indications de traitement.

A ce dernier point de vue, l'étude attentive du calcul biliaire démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agrégation de molécules biliaires solides. De là l'utilité, comme moyen prophylactique et curatif, d'un régime sévère, de l'usage de boissons délayantes prises en abondance, et de l'emploi fréquent de laxatifs, dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile.

La prédominance de la cholestérine, ou matière grasse dans la composition d'un grand nombre de calculs, indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières grasses de l'alimentation habituelle.

Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature, et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses. La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine, fait pressentir l'utilité à l'intérieur et en frictions, soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode préconisée par Durande.

Assurément, il y a une énorme différence entre l'action immédiate et puissante de l'éther sur un calcul plongé dans ce liquide, où il tombe en deliquium au bout de quelques heures, et l'action médiate et très-amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac. Mais quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires; et une diminution de quelques millimètres obtenue par ce moyen, suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir les voies normales.

A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone, dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque qui est le point des voies biliaires, qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions fondées sur le raisonnement, de nombreux succès obtenus, soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile, m'ont donné la preuve de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques.

Pour terminer ces courtes indications pratiques, je reviens à un des points que je crois avoir signalé le premier dans l'histoire anatomo-pathologique des calculs biliaires, savoir : la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies de la bile... Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence par des pièces que je tiens à la disposition de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hypochondre droit, peuvent concourir avantageusement avec les moyens précités, au traitement curatif des calculs biliaires.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement médical de la cataracte par l'iodure de potassium et l'ammoniaque liquide,

Par M. Garcia Lopez.

Il est certain que la cataracte a quelquefois disparu sans opération; et si cela ne suffit pas pour justifier les promesses de certains charlatans, du moins ne saurait-on refuser quelque attention aux essais faits dans cette voie par des médecins honorables.

Dans le septième congrès scientifique d'Italie, M. Pagliatti avait rapporté trois observations de cataractes guéries par l'usage interne de l'iodure de potassium et la vésication sur les régions temporales au moyen de l'ammoniaque liquide. Bien que la plupart des auteurs modernes soient peu confiants dans ce genre de médication, M. Lopez a cru devoir l'essayer dans quelques cas dont voici la relation succincte :

1er *Cas.* — Homme de 50 ans, atteint depuis trois mois d'une perte presque absolue de la vue de l'œil gauche; cataracte capsulaire presque complète. *Emploi de vésicatoires ammoniacaux aux tempes.* Deux mois après, l'opacité de la capsule avait entièrement disparu; jusqu'à présent, la guérison s'est maintenue.

2e *Cas.* — Homme de 30 ans; diminution de la vue depuis deux ans; l'œil gauche était entièrement perdu; cataracte lenticulaire molle incomplète de l'œil droit. *Emploi de l'iodure de potassium à 30 centigrammes par jour et vésicatoires d'ammoniaque.* Au bout de trois mois, opération. La cataracte était devenue demi-liquide; la cataracte de l'œil droit est restée stationnaire.

3e *Cas.* — Femme de 40 ans, hystérique. Deux cataractes dures, incomplètes, datant d'un an. La malade voyait encore les objets rapprochés et d'un gros volume. *Iodure potassique et vésicatoire.* Au bout de deux mois, la vue était déjà meilleure; au bout de cinq mois, elle pouvait coudre. Le traitement dura sept mois. L'opacité se dissipa presque entièrement, et les cristallins perdirent leur couleur blanche; il ne resta au centre de chaque pupille qu'un point opaque répondant au noyau du cristallin.

4e *Cas.* — Femme de 50 ans. Cataracte capsulo-lenticulaire dure à l'œil droit, datant de trois ans; cataracte de même nature commençante à l'œil gauche. *Même traitement,* qui dure depuis six mois. L'opacité de l'œil gauche a presque entièrement disparu, il reste cependant à peu près aussi faible que dans le commencement. L'œil gauche est dans le même état.

Voilà une bien belle série de succès, si l'auteur ne s'est pas fait illusion. On peut donc tenter après lui la cure médicale de la cataracte; cependant, nous pensons que, jusqu'à nouvel ordre, les chirurgiens feront bien de ne pas se livrer à des espérances qui tant de fois déjà se sont trouvées démenties par l'événement. (*l'Avenir méd.* et *Revue thér. du Midi.*)

CORRESPONDANCE.

Mortalité chez les hernieux.

Nous recevons à l'instant de l'honorable chirurgien en chef des Invalides la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

Paris, le 9 mars 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Le *Moniteur des Hôpitaux* du 28 février dernier, en rendant compte des leçons de M. le professeur Malgaigne sur les hernies, attribue à l'habile chirurgien les paroles suivantes : « M. Hutin ayant examiné aux Invalides le nombre des hommes hernieux et de ceux qui ne l'étaient pas, il a trouvé que la mortalité était, chez les sujets exempts de hernies, le double de ce qu'elle est pour les hernieux, de sorte que la hernie semblait favoriser la longévité; il en a conclu que la hernie est sans influence sur la mortalité. » Ce n'est pas cela que j'ai écrit dans ma statistique. J'ai dit : « L'existence des hernies diminue-t-elle, parmi les Invalides, les chances de longévité? Augmente-t-elle, parmi eux, la mortalité proportionnelle? Les documents suivants vont répondre négativement à ces questions pour la période de cinq années sur laquelle nos recherches ont porté. » Après avoir

donné tous les chiffres, j'en fais ressortir ces faits, que l'âge moyen des 4,252 Invalides visités pendant ce temps, y compris 896 hernieux, a été de 66 ans 8 mois pour la masse ; que l'âge moyen des hommes non affectés de hernies a été de 66 ans 7 mois, et que celui des hernieux a été de 67 ans 11 mois. « Il résulte de « là, ai-je dit, que l'existence des hernies est loin d'avoir diminué en rien les « chances de longévité de nos anciens militaires. » Mais je n'ai ni dit ni voulu dire que la hernie semblait favoriser la longévité, et que c'était à cette circonstance qu'il fallait attribuer la différence indiquée.

J'ai ajouté : « Les chiffres notés précédemment ont démontré que, du 1er janvier 1847 au 1er mars 1852, les total des hernieux a été au total des Invalides comme 1 est à 4,74. Pendant ce temps, il est mort à l'Hôtel 1,638 hommes, dont 197 étaient affligés de hernies. La mortalité générale a donc été dans les rapports de 1 à 2,59. En déduisant d'une part les hernieux du total des hommes visités, et, de l'autre, les morts atteints de hernies du total des décédés, on trouve :

1° Que le nombre des morts *non hernieux* a été à la population *non hernieuse* de la maison comme 1 est à 2,32 ;

2° Que le nombre des morts *hernieux* est au chiffre total des hommes visités comme 1 est à 21,58 ; au total général des morts comme 1 est à 8,31, et au total des hernieux comme 1 est à 4,54.

La mortalité proportionnelle a donc été beaucoup moins forte parmi les hernieux que parmi les autres Invalides.

Puis, après avoir indiqué les maladies qui ont causé la mort des individus atteints de hernies, je dis : « Ce rapprochement démontre encore qu'il n'est pas possible d'attribuer aux hernies plus d'influence sur *notre* mortalité qu'à toute autre cause. »

On voit par ces passages textuels que je n'ai rien avancé de semblable à ce qu'affirme le *Moniteur des Hôpitaux*.

J'avais laissé passer sous silence ces inexactitudes, et j'aurais continué à me taire, si la *Gazette des Hôpitaux* d'avant-hier, 7 mars, en rendant compte de la même leçon, ne me prêtait des opinions bien plus excentriques encore, en disant : « M. Hutin ayant examiné la mortalité des Invalides, a trouvé qu'elle était double chez ceux qui n'avaient pas de hernies, *si bien que, selon lui, la hernie serait un préservatif : il en a même conclu qu'elle n'était pas une cause de mort.* »

De semblables énormités ne sont jamais entrées dans ma pensée, et je ne les ai point écrites. Je n'ai pas parlé des hernies d'une manière générale ; je n'ai parlé que pour une période de cinq ans et deux mois ; je n'ai pas eu la prétention de tirer de faits tout à fait spéciaux, arrivés dans une population qui se trouve dans des conditions exceptionnelles, des conclusions générales applicables à tous les temps et à tous les lieux. J'ai raconté purement et simplement ce qui s'est passé dans ce milieu de nature particulière au sein duquel je vis ; je n'ai pas voulu dire autre chose que ce que j'ai dit. Je n'ai surtout pas dit que je regarde la hernie *comme un préservatif* contre la mort, ni que *ce n'est pas une cause de mort.* Si des opinions aussi étranges peuvent entrer dans l'esprit de quelqu'un, ce n'est assurément pas dans le mien.

Je vous serais très-reconnaissant, monsieur le rédacteur, si vous vouliez bien insérer ma lettre dans un de vos plus prochains numéros.

Recevez, je vous prie, l'expression de mes sentiments affectueux.

Le médecin en chef de l'hôtel des Invalides, HUTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La *Gazette hebdomadaire* veut bien répondre aujourd'hui en ces termes à l'appel que nous avons fait à la presse médicale. Les autres journaux n'ont pu répondre ; mais nous avons la vive satisfaction de pouvoir annoncer que notre proposition a été partout favorablement accueillie :

« Au sujet de la donation que la *Gazette des Hôpitaux* affirme lui avoir été faite, le *Moniteur des Hôpitaux* propose de former un jury d'enquête.

« Nous croyons aussi que la *Gazette des Hôpitaux*, en mêlant à cette étrange affaire de *donation* (voir le numéro du 4 mars) des noms honorables tels que ceux de MM. Sédillot, Bouchut, Champouillon, etc., a engagé sérieusement la dignité du corps médical et de la presse. Nous ne repousserons pas, en ce qui nous concerne, le moyen de vérification proposé par le *Moniteur des Hôpitaux.* »

— *Association des médecins du département de la Seine* (*Assemblée générale annuelle de* 1854. *Compte rendu de* 1853). — Nous sommes en retard avec cette belle institution créée par Orfila, et qui chaque année prend une nouvelle extension. Fort heureusement, l'intérêt qui s'attache aux comptes rendus de l'Association n'est pas un intérêt d'actualité ; les résultats que ces comptes rendus font connaître ont un mérite qu'on peut apprécier à tous les moments ; ils n'auraient donc rien perdu à quelques jours de retard.

C'est l'honorable M. Perdrix qui, cette année encore, mais pour la dernière fois, s'est chargé de présenter à la Société le compte rendu de ses travaux. Le zélé secrétaire général s'est acquitté de sa tâche avec un dévouement dont il avait déjà donné de nombreuses preuves. Nous devons nous borner à prendre dans son exposé ce qui doit par-dessus tout intéresser nos lecteurs, c'est-à-dire la situation de l'institution et l'énumération des bienfaits qu'elle a dispensés.

La situation matérielle de l'Association se trouve résumée dans le tableau suivant :

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1853, en caisse.	350 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association. . .	1,235 00	Recettes.	16,422 50
Cotisations.	5,832 00	Sommes allouées à 7 sociétaires et à 9 veuves de sociétaires.	7,180 00	Dépenses, emploi. .	14,964 50
Dons et admissions	3,823 00	Dépens. de gestion, imprimés, etc. . .	820 00	Reste.	1,458 00
Huit dons.	2,305 00	Achat de 220 fr. de rentes 3 p. cent. .	5,729 50	Le 1er janvier 1854, il reste en caisse.	1,458 00
Rentes, deux semestres.	4,112 50				
	16,422 50		14,964 50		

La répartition des 8,415 fr. de secours alloués a été faite ainsi qu'il suit :

Parmi les membres de l'Association à qui la *commission générale* vote, chaque année une allocation, il en est un qui, par suite d'aliénation mentale, a été placé, il y a neuf ans, dans l'établissement d'un de nos honorables sociétaires, le docteur Pinel de Neuilly, dont nous devons rappeler ici le désintéressement et les soins qu'il donne à notre malheureux confrère. De son côté, l'Association contribue annuellement pour une somme de 400 fr. en *moyenne*.

Un sociétaire jeune encore, arrêté dans sa carrière par une longue maladie, actuellement en voie d'amélioration, reçoit depuis huit ans une allocation annuelle de 600 fr. en *moyenne*.

Une grande infortune confraternelle a éveillé, cette année, toutes les sympathies de la *commission générale*. Membre fondateur de l'Association, digne à tous égards de sa sollicitude, notre confrère peut désormais compter sur les témoignages d'intérêt, d'estime et de considération dus à sa position, à son âge et à ses services.

La mort inopinée de deux sociétaires fondateurs est venue cette année plonger du même coup dans le deuil et la détresse deux familles qui se sont trouvées dans la nécessité de réclamer l'assistance de l'Association. Une somme de 1,000 fr. a été mise immédiatement à la disposition de chacune des veuves de nos regrettables confrères.

Les sept autres veuves ont reçu des sommes proportionnées à l'âge, aux besoins et à la position de chacune d'elles.

La *commission générale* a distribué en totalité le sixième du fonds de secours à vingt-deux personnes étrangères à l'Association, *pouvant* avoir, aux termes du règlement, qualité pour recevoir, et parmi lesquelles se trouvent :

Quatre docteurs en médecine,
Deux officiers de santé,
Exerçant ou ayant exercé à Paris ou dans le département de la Seine ;
Seize veuves de docteurs ou d'officiers de santé, aux mêmes titres.

La *commission générale*, ajoute M. le secrétaire général, a dû écarter un assez grand nombre de demandes qui n'étaient justifiées par aucun titre, et à cette occasion je dois déclarer que les demandes de secours adressées, aux termes du règlement, à votre secrétaire général deviennent chaque année plus nombreuses.

Il importe cependant de résister à une tendance qui vous porterait à accueillir trop facilement certaines demandes, et dont les conséquences seraient infailliblement préjudiciables aux intérêts de ceux à qui les ressources sont spécialement destinées. Nous ne saurions trop engager les *commissions générales* à persévérer dans la voie où depuis dix ans nous les voyons marcher et se maintenir. Nous ne saurions trop les engager à bien se pénétrer de cette vérité, que la durée et la prospérité d'une institution seront toujours dans la juste appréciation et dans la stricte exécution de son règlement.

La Société, dans le cours de l'année dernière, a perdu dix-huit sociétaires, dont douze par suite de décès et six par suite de départ ou pour n'avoir pas rempli les obligations du règlement ; quarante-huit sociétaires nouveaux ont comblé et bien au delà les vides faits par la mort et par l'éloignement.

Après la lecture du *Compte rendu*, M. le trésorier Vosseur, qui avait lui-même mérité des éloges pour sa gestion, a fait à l'assemblée la proposition suivante qui a été adoptée à l'unanimité :

« La commission générale de 1853 soumet à l'assemblée générale la « proposition suivante :

« L'Association des médecins du département de la Seine regrette vive-

« ment que M. le docteur Perdrix, son secrétaire général depuis dix ans, « ait persisté dans sa résolution de décliner l'honneur d'une troisième « élection.

« Appréciant toute l'importance des services signalés qu'il n'a cessé « de lui rendre pendant ce long espace de dix années; désirant aussi ne « pas être privée de son concours si éclairé, si dévoué, si honorable pour « elle, l'Association croit devoir témoigner toute sa reconnaissance à « M. le docteur Perdrix, en lui décernant le titre de secrétaire général « honoraire, lui confiant la garde des archives de la Société, et lui don- « nant voix délibérative dans tous les actes de la commission générale et « de son bureau. »

L'Assemblée a procédé ensuite au renouvellement du bureau. Le scrutin a donné les résultats suivants :

MM. Paul Dubois, président;
Adelon, Bérard, vice-présidents;
Cabanellas, secrétaire général, en remplacement de M. Perdrix, démissionnaire;
Vosseur, trésorier;
Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste;
Gibert, secrétaire général honoraire;
Menière, secrétaire annuel de la commission générale.

Me Paillard de Villeneuve, avocat à la Cour impériale, conseil judiciaire.

La commission générale est composée, pour l'année 1854, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er *Arrondissement :* MM. Vidal de Poitiers, Ley, Nicolas, Cusco, Rotureau.
2e — Mongeal, Grimaud, Renouard, Requin, Jules Cloquet, Piogey.
3e — Boinet, Janin, de Saint-Jean, Durand, Ameuille, Josse.
4e — Léger-Fleurus, Tessereau, Pillon, Haguette.
5e — Pertus, Delafolie, Patouillet, Roche.
6e — Ségalas, Dreyfus, Ledeschault, Bertrand.
7e — Duclos, Feulard, Frère, Perrin.
8e — Géry, Mauruc, Raynaud, Pierre de Boismont.
9e — Boullard, Deville, Charpentier, Boullard fils.
10e — Bourdon, Blatin, Depaul, Alexis Moreau.
11e — L. Orfila, Régnier, Salacroux, Lemaire.
12e — Martin de Gimard, Vergne, Ménière, Poterin du Motel.

Arrondissement de Saint-Denis : MM. Lemarchand, aux Thernes.
— — Larcher, à Passy.
— — Souchard de Lavoreille, à Batignolles.
— — Accassat, à Montmartre.

Arrondissement de Sceaux : MM. Lebel, à Vincennes.
— — Josias, à Saint-Maurice.
— — Calmeil, à Saint-Maurice.
— — Thore, à Sceaux.

L'Association a fait insérer, à la fin de son *Compte rendu,* l'avis suivant :

MM. les Sociétaires des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne sont pas indiqués sur la liste qui précède, sont néanmoins priés d'assister, autant que possible, aux séances mensuelles qui ont lieu le premier vendredi de chaque mois, à huit heures précises du soir, à l'École de médecine, cabinet de M. le doyen.

— *Sociétés médicales. — Répression du charlatanisme.* — A propos de la décision prise par diverses sociétés d'arrondissement, et dont nous avons entretenu nos lecteurs, le *Journal des connaissances médicales pratiques* fait des réflexions fort justes et raconte le triste fait suivant :

« Le *Moniteur des Hôpitaux*, en annonçant la mission des délégués des sociétés médicales, accuse, au nombre des causes du charlatanisme, l'ignorance dans laquelle croupissent un certain nombre de médecins, qui cessent de se tenir au courant de la science et qui restent étrangers à ses progrès, s'abstenant même de la lecture des journaux de médecine.

« Cependant, il ne peut pas y avoir d'art médical sans science médicale. Le premier n'est que l'application du second. Sous ce rapport, l'incurie de certains médecins n'est pas une faute grave, mais un délit de lèse-humanité qui doit les abaisser dans leur conscience. Je me souviens avec douleur de l'aveu que me fit un jour un praticien des moins instruits, il est vrai, qu'en fait d'ouvrages et de journaux de science, depuis quinze ans, il n'avait lu que le journal politique *le Siècle*.

— *Spécimen de consultation d'un magnétiseur très-renommé.* — Le même journal raconte cet autre fait : « Par la lecture seule de cette consultation, on jugera de la valeur du consultant et du consulté. Cette lettre est adressée à une dame de Poitiers :

« Madame,

« En réponse à votre dernière, je vous *en voye* le résultat d'une séance de somnambulisme et les moyens à employer pour vous prévenir du retour de cette maladie.

« Vous pouvez *aler* à la place modérément et vous occuper de vos affaires, sans trop vous fatiguer. Gardez toujours la plaque, et *faites-la remagnétiser avec l'intention que le sang soit à sa place.* Je *panse* que vous serez promptement rétablie; mais il ne faudrait pas trop de fatigues, surtout ne pas parler trop fort.

« Buvez tisane composée d'une *pinsée* de feuilles de rose pâle (ou rose thé), une *pinsée* de *serises* avec les queues, la moitié d'une orange avec *lécorse,* une cuillerée d'orge; vous boirez froid ou tiède, souvent et peu à la fois (dans deux litres d'eau).

« Un lavement tous les jours, avec une *pinsée* de feuilles de vigne et une *pinsée* de feuilles de jonte.

« Tous les deux jours, vous mettrez sur le *vantre* un *catapláme* de farine de *lain* bouilli dans du vin rouge. Dans dix jours, vous prendrez, en place de tisane, du bouillon d'une demi-livre d'os de veau, un petit poulet, une poignée de cresson, des carottes, et deux cuillerées de riz dans quatre litres d'eau.

« Il ne faut pas *trouvez drole* que la *viende* vous dégoûte, vous avez le corps fatigué, ne vous privez pas de *menger* toute sorte de *chauses.* Je *panse* que lorsque vous aurez écrit une autre fois, nous n'aurons plus besoin de vous revoir. *Vous serez complétement guérie, si rien ne s'y oppose.* »

— Trois des six pavillons de l'hôpital Lariboisière seront mis en activité le 13 mars prochain. Le service médical sera ainsi partagé :

Médecine. — 1er Pavillon (hommes), 1er étage, MM. Hervez de Chégoin.
— — 2e — Pidoux.
2e Pavillon (hommes), 1er étage, Horteloup.
— — 2e — Tardieu.
3e Pavillon (femmes), 1er étage, Pelletan.
— — 2e — Becquerel.

Chirurgie. — 1er Pavillon (hommes), et moitié du troisième (femmes), M. Voillemier.
2e Pavillon (hommes), et l'autre moitié du troisième, M. Chassaignac.

Il ne paraît pas qu'il doive y avoir, à l'occasion de l'ouverture du nouvel établissement hospitalier, aucune solennité inaugurale. M. le Directeur général de l'assistance publique a installé aujourd'hui jeudi MM. les médecins dans leurs services respectifs.

L'administration a reconnu que les promenoirs des malades étaient insuffisants. Le mur d'enceinte, beaucoup trop rapproché des bâtiments, étreint l'hôpital dans un espace trop resserré. Pour obvier à cet inconvénient grave, et pour donner aux malades le moyen de se livrer à l'exercice salutaire de la promenade, on se propose d'ajouter aux terrains actuels environ 27,000 mètres. L'acquisition se négocie en ce moment. Rien n'était plus désirable que l'agrandissement dont il s'agit, et la nécessité de le réaliser n'a pas manqué d'éveiller la sollicitude de l'administration. Le peu d'étendue des promenoirs était le seul point, dans la nouvelle construction, qui eût donné lieu à des critiques fondées : l'addition projetée y répond de la manière la plus satisfaisante. La dépense à faire pour cet objet sera considérable; mais après avoir créé à si grands frais un monument vraiment digne de la charité française, on ne pouvait hésiter à s'imposer un nouveau sacrifice pour le rendre véritablement complet.

Lorsque l'hôpital nouveau sera entièrement achevé, les frais de construction et d'ameublement s'élèveront de 9 à 10 millions.

— *Concours pour le bureau central des hôpitaux.* — A la suite du concours dont nous avons entretenu nos lecteurs, ont été nommés dans l'ordre suivant : MM. Lasègue, Racle et Boucher de la Ville-Jossy.

— En attendant la construction d'un hôpital des enfants dans le faubourg Saint-Antoine, l'hôpital Sainte-Marguerite va être approprié à cette destination spéciale. Les 355 lits d'adultes qu'il contient trouvent leur place dans les autres établissements hospitaliers. LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice ont honoré aujourd'hui de leur visite le nouvel hôpital des enfants.

— *Nouvelles du choléra.* — Un petit nombre de cas nouveaux se sont développés depuis deux jours. Il est extrêmement probable, d'après la marche que suit l'épidémie, qu'elle se maintiendra dans des limites très-restreintes. Toutes les fois, en effet, que la maladie a acquis un grand développement, elle a revêtu un caractère alarmant dès les premiers jours.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 31. 2e année. Mardi 14 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22, 23, 25 et 28 du tome 2.*)

SEPTIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance, nous avons étudié le rétrécissement qui se forme à l'orifice du sac, bien qu'il puisse s'en former au-dessous de ce point, et même au fond du sac : nous avons vu qu'il se forme quelquefois par une sorte d'atrophie, mais que cette atrophie ne peut guère être invoquée que lorsque le sac est formé par un organe normal qui doit disparaître par le fait du développement de l'individu, dans la hernie vaginale funiculaire, par exemple. Dans tous les autres cas, c'est une inflammation, portant tantôt sur la face péritonéale ou séreuse, tantôt sur la face celluleuse de l'orifice du sac, qui donne naissance au collet. Dans le premier cas, l'inflammation est quelquefois très-légère, sans exsudation apparente de lymphe plastique, l'adhérence semble se former par le dessèchement des surfaces ; on ne trouve pas alors de stigmates. Si, au contraire, l'inflammation est plus forte, il y a production de lymphe coagulable, qui s'organise et laisse sur la séreuse de véritables cicatrices, des stigmates. Il y a, enfin, un troisième mode de formation de ce collet : c'est l'inflammation du tissu cellulaire qui double l'orifice du sac formé par le péritoine. La graisse que contenait ce tissu se résorbe, il se vascularise, et bientôt la couche celluleuse adhère à la couche séreuse. Enfin, le tissu séreux se transforme en un tissu fibreux qui offre quelquefois l'apparence et la dureté du tissu fibro-cartilagineux. En outre, quelquefois, l'inflammation externe ne se borne pas à développer ces adhérences entre le *fascia propria* et la couche séreuse, mais elle peut même faire adhérer le sac aux anneaux.

Nous avons vu ce qui advient au collet lorsque le sac n'est pas adhérent aux anneaux : il peut être refoulé en bas par un nouveau sac ; on trouve alors deux collets et deux sacs ; ces deux sacs peuvent, toutefois, se confondre en un seul par la dilatation et la disparition du collet inférieur.

Enfin, nous avons recherché, par l'anatomie pathologique, quelle est l'influence du collet sur la guérison des hernies ; et nous avons vu qu'il peut, lorsque la hernie est bien contenue, se rétrécir au point de ne plus donner passage à l'intestin : la guérison sur le vivant n'est alors qu'apparente, et l'anatomie pathologique montre qu'elle n'est pas complète. Mais aussi dans quelques cas, le collet est entièrement oblitéré, et dans ce cas, sur le vivant comme sur le cadavre, la guérison est complète.

En dehors de l'anatomie pathologique, que l'on ne connaissait pas, on était parvenu à guérir radicalement des hernies ; il fallait donc étudier les faits cliniques; nous avons vu : 1° les moyens cabalistiques ; permettez-moi de ne pas y revenir ; 2° les moyens internes, les tisanes, les astringents en boisson, etc., il est bien difficile de comprendre qu'une tisane, envoyée dans le

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1853,

Par le Dr F. Fontès, *secrétaire général.*

(Suite. Voir le n° 29 du tome 2.)

Mais me voilà, messieurs, entraîné dans l'ordre d'idées qui a fait naître parmi vous le projet d'une Société réunissant tous les médecins des bureaux de bienfaisance.

Par cette association vous faisiez cesser, autant que cela dépendait de vous, cet isolement funeste et capable de paralyser toute ardeur. En vous donnant la possibilité de communications réciproques, vous suscitiez parmi vous une heureuse émulation. Il vous était enfin permis de vous donner une sorte de mot d'ordre qui pût coordonner vos recherches et vos études. En donnant de temps à autre signe de vie, en vous sentant plus forts pour répondre à vos détracteurs, vous parveniez à ramener, sur votre corporation, une considération méritée, et à appeler ainsi, dans le service des bureaux, des confrères distingués qui, ne voyant dans vos fonctions qu'une carrière sans éclat et sans utilité constatée, avaient préféré se tenir à l'écart. Vous pouviez à la longue, et après avoir manifesté par des actes les nobles intentions dont vous êtes animés, avoir l'espoir d'obtenir quelque confiance et quelque crédit auprès de l'administration, et de ramener un peu d'uniformité dans le service, en faisant prédominer les mesures les plus utiles déjà éprouvées par l'expérience de quelques-uns d'entre vous.

Il y avait donc des avantages incontestables à fonder une semblable Société. Vous étiez tous pénétrés de cette vérité ; mais, comme tant d'autres bonnes pensées, celle-ci restait ensevelie dans les aspirations individuelles. Et, bien qu'en 1831 une circulaire adressée par les médecins du 4e arrondissement à tous leurs collègues de Paris, eût déjà mis ce projet en avant, il n'avait pas été fait un pas depuis cette époque.

En 1851, la même Société crut que le moment était venu de faire une tentative nouvelle. Après avoir mis elle-même le projet à l'étude, elle se décida, dans le courant du mois de novembre, à s'adresser directement à tous les médecins des bureaux, pour provoquer leur adhésion. Encouragée par un grand nombre de réponses favorables, elle convoqua une réunion générale qui eut lieu le 7 mars 1852. Dans cette assemblée, le principe de la Société fut librement discuté et adopté à l'unanimité moins une voix.

Oublions les entraves apportées, à cette première réunion, par une volonté alors puissante et qui s'était toujours montrée systématiquement hostile au corps médical, pour nous souvenir de la généreuse hospitalité

canal digestif, aille agir justement sur les anneaux : comment pouvait-on compter sur de tels moyens? 3° moyens externes agissant par leurs propriétés médicamenteuses ; c'est surtout parmi les astringents qu'on les a pris ; l'emplâtre du prieur de Cabrière et une foule d'autres appartiennent à la classe des astringents : on a aussi employé les poudres de tan, de grenadier, de cyprès ; puis les ferrugineux, la limaille de fer appliquée en sachet sur la peau, ou bien, chose vraiment curieuse, la limaille de fer appliquée à la peau, en même temps que l'on donnait à l'intérieur de la poudre d'aimant qui allait droit à l'anneau attirer les particules de fer qui fortifiaient l'anneau et amenait ainsi la guérison : on dit que ce moyen a guéri des hernies ; eh ! messieurs, tous les moyens que nous avons examinés jusqu'ici en ont aussi guéri, on le dit du moins!

Une petite digression : quelle est la propriété des médicaments que l'on nomme astringents? De ce qu'une substance appliquée sur la langue, ou même sur la peau, y détermine une sensation d'astriction, les chirurgiens, bonnes gens, se sont figuré que cette vertu allait retentir jusqu'à la hernie à travers toutes les enveloppes qui séparent l'épiderme du sac; c'est un simple jeu de l'esprit, messieurs, si toutefois il y a de l'esprit là-dedans : mais c'est absolument comme si, plaçant un emplâtre sur un côté d'une muraille, on allait voir quel effet il produit de l'autre côté.

Tous ces emplâtres sont donc de nulle valeur. Cependant, Jalade-Lafont, dont nous parlerons plus tard à propos des bandages, guérissait les hernies par l'application de bandages dont les pelotes contenaient des poudres. Enfin, il y a dix-neuf ans environ, un médecin vint entretenir longuement l'Académie d'un pareil sujet. Voici la vérité à propos de ces deux assertions : si vous appliquez un bon bandage en même temps que des poudres, vous guérirez des hernies ; si vous appliquez le bandage seul, vous guérirez très-bien encore ; mais en appliquant les poudres sans le bandage, on n'obtient plus rien.

Mais il y a un certain mode d'emploi de ces poudres qui peut amener la guérison : c'est quand, à l'exemple de Richter, on applique des poudres si astringentes qu'elles deviennent irritantes : on détermine alors de la rougeur et de l'inflammation de la peau, quelquefois un petit érysipèle, et si l'inflammation se propage jusqu'au sac, la hernie peut ainsi guérir. Mais ce n'est plus alors la vertu astringente de la poudre qui agit, c'est l'effet de l'inflammation, et cette inflammation on peut aussi l'obtenir par la pression forte d'un bandage. Si donc, par un moyen quelconque, vous déterminez à la peau une inflammation assez forte pour se propager jusqu'au péritoine, vous êtes sur la voie de la guérison.

Après ces moyens externes, viennent les moyens mécaniques, les bandages : obtient-on des guérisons par l'application des bandages? Oui, messieurs, on obtient des guérisons certaines et durables, dans l'enfance et dans la jeunesse d'abord : quand la hernie inguinale n'a pas été trop dérangée de ses conditions normales, quand le canal et les anneaux n'ont pas été trop dilatés, le tissu cellulaire trop éraillé, on peut encore en guérir un grand nombre jusqu'à 30 ans ; je dirai plus, on guérit un grand nombre de hernies même avec un bandage mal appliqué, et vous verrez tout à l'heure combien c'est une pitié d'abandonner cette partie de la chirurgie à des bandagistes!

On a étudié l'effet des bandages sur les hernies par l'autopsie de sujets qui, ayant porté des bandages dans leur jeunesse, avaient été guéris de leur hernie, et étaient morts d'autres maladies. J.-L. Petit disait que le sac s'effaçait ; mais, si l'on examine attentivement les faits, on voit que pour lui le sac ne s'efface bien qu'en rentrant dans l'abdomen, cela n'est vrai que pour les hernies du premier degré. Mais lorsqu'il existe un vrai sac avec rétrécissement au collet, le sac ne rentre plus, ne s'efface plus, on trouve que la guérison ne se fait plus que par l'oblitération plus ou moins complète du collet. Dans presque tous les cas, je pourrais même dire dans tous les cas guéris à cette époque, la guérison a été la suite du rétrécissement ou de l'oblitération complète du collet. Voici maintenant une question : Pourquoi et comment le rétrécissement est-il limité au collet? Il est un fait certain, c'est qu'avant la découverte d'Astley Cooper, et même jusqu'à il y a quinze ans, époque à laquelle j'ai appris aux chirurgiens à appliquer les bandages, on ne savait pas les appliquer. Jusqu'à ce qu'Astley Cooper eût démontré que la hernie inguinale traversait le canal inguinal, les anatomistes disaient bien : « Deux anneaux et un canal. » Les chirurgiens disaient : « Un anneau seul, c'est là qu'il faut agir. » On n'appliquait donc le bandage que sur l'anneau externe et non sur le canal. Mais alors pourquoi l'oblitération s'est-elle faite au collet et non pas à l'anneau externe? C'est qu'il est très-difficile que l'oblitération se fasse à cet anneau quand le canal n'est pas oblitéré : aussi j'ajouterai que les cas de guérison chez l'adulte étaient alors très-rares. Enfin, messieurs, on ne peut sortir de cette question qu'en considérant qu'il n'y a qu'un très-petit nombre de faits rapportés, et encore que ces faits ont été mal étudiés et mal observés.

Lorsqu'on ne comprime qu'un seul point très-circonscrit, si l'irritation se borne à cet endroit, il y aura un rétrécissement limité à ce point. Mais, lorsque j'eus appris à appliquer les bandages, j'ai pu dire : Vous obtiendrez des guérisons par le rétrécissement des deux anneaux et par l'oblitération du canal. J'ai guéri un grand nombre de hernies, chez des sujets âgés depuis quelques mois jusqu'à 30 ans et quelquefois plus ; j'ai vu de ces guérisons qui duraient encore au bout de dix ans. Quant à l'examen nécroscopique, il est très-difficile : dans ma pratique de la ville, je n'ai jamais pu faire l'autopsie d'un hernieux guéri par

---

qui nous fut si gracieusement offerte par le maire du 4e arrondissement, dont le caractère noble et bienveillant a pu être apprécié, dans tant de circonstances diverses, par les médecins qui ont la bonne fortune d'être ses administrés. Un local, sur lequel on avait cru pouvoir compter, nous était fermé au dernier moment, et sans la sollicitude de notre administration municipale, la réunion n'avait pas d'asile, et notre précieux projet était peut-être mort-né.

Grâces soient donc rendues à l'éminent et digne magistrat par l'intervention duquel notre premier pas s'est trouvé assuré.

La Société, messieurs, avait déjà contracté une autre dette de reconnaissance. Nous avons l'honneur de posséder, dans nos rangs, un collègue honoré, ancien médecin des bureaux, que son mérite connu de tous a fait appeler aux fonctions d'adjoint du maire. Guidé par le souvenir de ce qu'il avait été, et par une bienveillance confraternelle qui ne se dément jamais, il a, dès les premiers moments, embrassé avec ardeur la pensée de notre association, et usé de l'influence que lui assure sa position pour faire tomber les obstacles, obtenir les autorisations nécessaires, et nous faciliter les moyens de mener à bien notre entreprise. La Société, cherchant un moyen de lui exprimer solennellement sa gratitude, a décidé qu'il serait fait une exception unique à son règlement, en conférant à cet éminent collègue le titre de membre de la Société. Une lettre des mieux senties, adressée par M. Tessereau à la Société, nous laisse la pensée qu'il n'a pas été insensible à ce témoignage de déférence, le seul qui fût à notre disposition.

Dès votre première réunion, une commission fut élue pour s'occuper de la rédaction des statuts de la Société.

Le 25 avril suivant, vous vous trouvâtes de nouveau réunis, pour discuter le travail de la commission et voter le règlement.

Dans cette réunion, il fut apporté certaines modifications au projet qui vous était présenté. On vous avait proposé des séances mensuelles : il fut décidé que la Société ne se réunirait que tous les deux mois.

Quelques membres regrettèrent cette décision qui, en éloignant l'époque de vos séances, avait entre autres désavantages celui de diminuer souvent la valeur de certaines propositions qui n'ont d'intérêt que par leur actualité. Cet inconvénient s'est déjà fait sentir, et, pour ma part, je pense qu'il serait avantageux de revenir à la proposition de la commission.

Près d'un an s'écoula avant que l'honorable président provisoire chargé par vous de poursuivre, auprès du Ministre de la police, l'autorisation nécessaire à la constitution définitive de la Société, eût pu atteindre ce résultat. Ce ne fut que le 31 décembre 1852 que cette autorisation fut accordée, et le 13 février 1853 eut lieu votre première séance régulière.

Après qu'il eut été procédé aux élections qui devaient constituer votre bureau définitif, il fut décidé, sur la proposition de votre président qui venait d'être maintenu dans ses fonctions à l'unanimité, que pour fournir, au besoin, un texte à vos discussions dans vos premières réunions, une

moi, et dans les hôpitaux, vous savez comment les choses se passent : on applique le bandage et on renvoie l'individu, qui vient vous voir de temps en temps, jusqu'à ce qu'il soit guéri. Les adultes doivent ainsi porter leur bandage pendant au moins quinze à dix-huit mois, on ne peut donc pas les garder dans les hôpitaux.

Mais, messieurs, le fait du rétrécissement du collet m'avait déjà montré que c'est l'inflammation qui amène la guérison : dans l'étranglement et dans le pseudo-étranglement, vous savez qu'il ne tarde pas à se développer une inflammation du péritoine; si donc, la hernie étant réduite, on saisit ce moment pour appliquer le bandage, que fait-on? On place la pelote sur deux surfaces qui sont couvertes de lymphe coagulable, et qui ne demandent qu'à adhérer l'une à l'autre. Saisissez donc cette occasion, appliquez le bandage, et, en moins de huit jours, vous pourrez obtenir la guérison. J'ai guéri ainsi un petit malade, lorsque je remplaçais Richerand dans son service à l'hôpital Saint-Louis; l'étranglement, chez ce petit bonhomme, ne me semblait pas être pur, je ne l'opérai pas, je réduisis la hernie et j'appliquai le bandage : huit jours après, soumettant le sujet à tous les modes d'investigation possibles, il ne se produisit plus de hernie, pas même une pointe. Je revis le malade cinq ans après : il n'y avait pas trace de récidive. J'ai eu quelques autres faits de ce genre, mais également sans autopsie. M. Roustan a signalé un fait plus concluant : c'était chez un vieillard; il arrivait à Bicêtre pour une inflammation du sac; la hernie réduite, on applique un bandage; au bout de huit jours, apparence de guérison, le malade sort. Un an après, il vint mourir dans mon service, et nous héritâmes de sa hernie. A l'autopsie, nous trouvâmes un accollement dans toute l'étendue du canal inguinal; il est vrai que cet accollement des deux parois séreuses n'était pas complet; il y avait de petites lacunes sans adhérences; mais songez que c'était un vieillard, il était donc admirable d'avoir obtenu ce résultat. Voilà un premier cas où la nature a été prise sur le fait. Il faut donc, pour obtenir ces adhérences, appliquer l'une contre l'autre les deux parois imprégnées de lymphe coagulable; mais comment peut-on arriver à ce but avec le bandage?

Tous ceux qui ont voulu obtenir des guérisons radicales et rapides à l'aide des bandages, ont vu qu'il faut faire les applications très-fortes : et c'est vrai, messieurs; le malade souffre, mais c'est pour sa guérison. La pelote de Herrison et Carpenter, que l'on appliquait à nu sur le trajet du canal inguinal, est en hêtre, presque pointue, et elle est fortement appliquée sur la peau : dans de telles conditions, on se rend parfaitement compte de ce qui se passe : la peau devient le siége d'une inflammation (quelquefois si forte qu'elle produit des escarres) qui se propage jusqu'au péritoine qui forme le sac; c'est donc par l'inflammation qu'elle provoque que cette pelote agissait. On a guéri nombre de sujets avec cette pelote.

Une Société médico-chirurgicale d'Amérique a fait sur ce sujet un des meilleurs rapports que je connaisse. Jalade-Lafond, le père, traitait les hernies par des pelotes en fer et des ressorts très-forts : si les malades avaient la patience de supporter la douleur que provoquait la pression de la pelote, il parvenait à en guérir un certain nombre, mais non pas tous. Comment agissait-il? C'est encore par l'inflammation que déterminait la forte pression du bandage.

Mais quand on applique un bandage, la première loi est que le malade puisse le supporter sans douleur. Comment se développera-t-il alors une inflammation assez forte pour amener l'oblitération du canal? La pression lente et permanente a une influence certaine sur les organes profonds : mais combien de temps faut-il pour obtenir la guérison? Terme moyen, il faut six mois pour que la hernie disparaisse; mais il reste encore une pointe qui ne disparaît que quelques mois après : il y a alors guérison, mais le retour de la hernie serait très-fort à craindre si le malade se livrait à des efforts ou à des mouvements un peu violents; il faut donc porter le bandage pendant quelque temps encore pour consolider la guérison, qui n'est complète et radicale qu'au bout de quinze mois, dix-huit mois ou deux ans.

J'admets donc que le bandage agit ici, en déterminant, soit à la face externe, soit à la face interne du canal, une inflammation plus ou moins intense, par l'effet de la pression continue, mais supportable, qu'il exerce sur ses parois. Nous verrons d'ailleurs que, dans des points où le bandage presse, une irritation semblable se montre sans que le malade s'en doute.

Mais les hernies ne guérissent-elles que de cette façon? Il y a encore deux petites théories. A. Paré eut un jour à donner ses soins à un prêtre de l'église Saint-André-des-Arts : ce prêtre, porteur d'une hernie, fut obligé de garder le lit pendant cinq ou six mois pour une autre maladie. A. Paré lui dit que sa hernie ne guérirait jamais : il se rétablit, reprit de l'embonpoint et sa hernie guérit. Dix ou douze ans après, le prêtre vint à mourir, et le curé de Saint-André-des-Arts permit à A. Paré, sur sa demande, de faire l'autopsie (ce qui semblerait prouver qu'il n'était pas déjà si huguenot qu'on a bien voulu le dire) : il vit que dans le canal, pour boucher le trou de ce qu'il appelle le péritoine (c'est à la fois la séreuse et son tissu cellulaire), il y avait un dépôt de graisse qui le remplissait. J'ai vu cela quelquefois sur le vivant, souvent sur le cadavre, mais je ne sais s'il y avait eu des hernies chez ces sujets. J'ai vu un vieillard assez amaigri qui portait une hernie qu'il contenait avec un bandage : au bout de trois ans, il me dit qu'il n'avait plus de hernie; elle avait en effet disparu. Je veux bien croire que le bandage avait agi, mais l'embonpoint étant revenu sous l'influence d'une digestion partant d'une

---

commission serait chargée d'élaborer un programme de questions ayant trait à l'organisation alors existante des bureaux de bienfaisance. Ces questions, une fois posées, devaient être ensuite successivement traitées par un rapporteur, et discutées par vous.

La commission, composée de MM. Ricard de Morgny, Courserand et Depaulx Ader, rédigea un programme intéressant, en ayant soin de présenter, à côté de chaque titre, un aperçu succinct des divers points de vue où le rapporteur pourrait le placer. Le rapport de la commission fut l'œuvre de M. Ricard de Morgny.

Mais, dès vos premières séances, un orage s'élève. Parmi les médecins des bureaux de bienfaisance alors en fonctions, se trouvaient quelques adeptes d'une prétendue doctrine que peu de gens non prévenus se décident à prendre au sérieux, et que l'on pourrait comparer, je crois, à ces boutades révolutionnaires qui, s'échappant d'un seul jet d'une imagination malade, comme Jadis Minerve du cerveau de Jupiter, ont la prétention de renverser du même coup tout ce que la science et l'étude ont mis péniblement des siècles à construire. D'aucuns iraient même jusqu'à prétendre que ces apôtres d'une croyance médicale nouvelle ne sont pas eux-mêmes parfaitement sûrs de l'efficacité de leurs recettes, et que, si de nos jours, les moyens d'arriver à la fortune n'étaient pas toujours quelque chose de très-sérieux, ces augures d'une nouvelle espèce ne se regarderaient pas sans rire. Croyons plutôt, messieurs, pour l'honneur de la profession, à la sincérité de leur enthousiasme naïf pour une théorie dans laquelle l'affirmation est partout, la preuve nulle part. Quoi qu'il en soit, le règlement n'avait pas prévu le cas où ces faux-frères demanderaient à venir prendre place dans nos rangs. Déjà, dans une de vos réunions préparatoires, l'un d'eux était venu se mettre en scène et avait soulevé une discussion sur la valeur de sa méthode. L'action avait eu quelque vivacité; nénmoins, l'Assemblée, par un sentiment de courtoise délicatesse qu'on aurait mauvaise grâce à lui reprocher, ne s'était pas prononcée, afin d'éviter tout ce qui pouvait ressembler à une personnalité.

Quelques susceptibilités étaient donc restées éveillées, et, dès vos premières séances régulières, on vint vous proposer de modifier votre règlement, en prononçant formellement l'exclusion des homœopathes. Une première décision avait donné gain de cause aux auteurs de cette proposition; mais on s'aperçut aussitôt que l'on ne pouvait toucher au règlement sans remettre en question, peut-être, l'existence même de la Société. Toute modification à vos statuts devait être renvoyée au Ministre de la police qui venait de l'approuver. On crut qu'il était plus sage de revenir sur la décision qui avait été prise.

Des confrères honorables, appartenant à une société au sein de laquelle avait eu lieu récemment une manifestation publique hostile à l'homœopathie, crurent leur honneur engagé dans la question, et, sans entendre d'autre explication, déposèrent séance tenante, leur démission.

nutrition meilleure, sa hernie s'était guérie. Je ne veux pas dire pour cela que les hernies puissent guérir par le seul fait d'un développement de graisse dans le tissu cellulaire qui double le péritoine au niveau de l'anneau, mais l'embonpoint est une bonne condition pour la guérison, et l'extrême maigreur est une très-mauvaise circonstance.

Un autre fait a été observé sur le vivant par feu Ravin (de Saint-Valéry). Il fit un long mémoire sur le traitement et la guérison radicale de la hernie par le séjour au lit aidé de la pression par le bandage. Mais presque de tout temps, le séjour au lit a été reconnu avoir une influence favorable sur la guérison des hernies; ainsi Fabrice de Hilden raconte le fait d'un vieillard qui, pour une maladie, resta six mois au lit sur le dos, et qui fut guéri. Dès lors, on érigea le séjour au lit en traitement de la hernie, on laissait ainsi le malade trente ou quarante jours dans le décubitus dorsal : puis on y ajouta l'application d'un bandage, des topiques, etc... A Bicêtre, j'ai vu quelques sujets chez qui la nature, ce grand chirurgien, voulant faire un effort sublime, la hernie a été guérie par le séjour au lit pendant cinq ou six mois; mais il faut pour cela que le malade reste tout ce temps couché sur le dos, sans quoi, s'il se met sur un des côtés, les viscères font effort en cet endroit et déchirent les brides que la nature commençait à y former. Encore sont-ils très-rares, et le plus souvent les vieillards de Bicêtre n'obtenaient pas un grand effet du séjour prolongé au lit. Il se peut que, surtout pour des hernies commençantes, Ravin ait obtenu des guérisons par le séjour au lit aidé du bandage, mais c'étaient des hernies commençantes et encore très-peu considérables. Pourquoi donc ne guérit-on pas toutes les hernies par ce moyen? D'abord, le séjour au lit prolongé pendant cinq ou six mois est excessivement difficile et pénible, surtout quand il faut conserver le décubitus dorsal; et en second lieu, quand on parle de guérir des hernies, on parle des hernies en général, et non pas d'une certaine espèce de hernies : or il faut que vous sachiez qu'il y en a qui ne guérissent par aucun des moyens connus, même pas par l'opération.

Quelles sont donc les hernies qui peuvent guérir? Quand vous avez une hernie qui a médiocrement dilaté le canal, ce qui a le plus souffert alors, c'est l'enveloppe cellulo-fibreuse du cordon; mais l'aponévrose du grand oblique, ce grand renfort de la paroi abdominale, et le fascia transversalis n'ont pas faibli; ils reprendront promptement leurs fonctions, si la hernie ne sort plus et que tout soit rentré dans l'ordre primitif. Le plus souvent, chez le vieillard, l'aponévrose du grand oblique faisant, quand le malade tousse, une saillie grosse comme un œuf, saillie qui ne disparaît pas entièrement, même lorsque le malade ne fait pas d'effort, il y a là, en quelque sorte (passez-moi l'expression très-hasardée), comme un anévrysme de l'aponévrose, dont il restera toujours quelque chose, même la hernie étant guérie. Eh bien, messieurs, quand l'aponévrose qui forme la paroi antérieure du canal inguinal, qui est de beaucoup la plus forte, a ainsi cédé, on peut affirmer que l'aponévrose postérieure aura également cédé : on ne peut donc pas alors promettre la guérison; il faut que la nature s'en mêle; mais nous ne savons pas quand ce puissant auxiliaire viendra à notre secours. Voilà donc une circonstance dans laquelle on ne peut pas promettre la guérison, même lorsqu'il s'agit d'un jeune homme.

Quand la hernie a longtemps éraillé les deux aponévroses, et que les deux anneaux sont tellement élargis, qu'au lieu de traverser un canal, la hernie passe à travers un trou, elle prend alors le nom de hernie directe secondaire, par opposition aux hernies directes qui se font en crevant le fascia transversalis. Lors donc qu'il n'y a plus qu'un anneau au lieu d'un canal, et que les intestins étant rentrés, le doigt pénètre de suite dans l'abdomen, tout espoir est perdu pour le chirurgien; la nature seule peut guérir.

Il y a donc des hernies que l'on peut espérer de guérir, et des hernies pour lesquelles on ne peut rien promettre. Encore, pour les hernies qui sont dans les meilleures conditions, l'âge et l'hérédité entrent-ils pour beaucoup en ligne de compte. Ainsi, jusqu'à 35 ans, on peut guérir une hernie inguinale qui est dans de bonnes conditions, le sujet n'étant pas débilité, les aponévroses étant sans éraillures. Mais déjà chez l'adulte, on a beaucoup plus de difficultés que dans l'enfance ou la jeunesse, et l'on peut craindre une récidive. Mais il y a plus : à partir de 50 ans, commence l'âge du déclin; il faut une certaine pression sur le canal inguinal pour guérir la hernie; si cette pression peut bien être supportée par les aponévroses des jeunes gens, il n'en est plus de même chez les vieillards : pour qu'ils puissent supporter cette pression, il faut qu'elle soit répartie sur une plus large surface; il leur faut une pelote spéciale, sans quoi la hernie n'est pas contenue : on augmente alors la pression; que fait-on? On dilate davantage les anneaux, et, loin de guérir les malades, on ne fait qu'augmenter les mauvaises conditions dans lesquelles ils se trouvent déjà; en un mot, on ne fait que leur nuire. C'est là ce qui a tué le bandage de Carpenter et Hérisson, ce qui a tué celui de Jalade-Lafond; c'est là ce qui tuera toute méthode qui voudra guérir toutes les hernies.

Pendant longtemps, craignant de m'exposer à ce danger, je n'avais pas osé comprimer directement le canal inguinal chez les vieillards, lorsque je trouvai un hernieux qui, à 78 ans, avait eu sa hernie guérie. Ce fait me suggéra des réflexions dont la conclusion fut que j'avais eu tort de ne point agir; et je me promis d'être à l'avenir moins pusillanime et de faire au moins quelques essais. A quelque temps de là, il me tomba sous la main un médecin âgé, un académicien, ma foi, qui me consulta pour une hernie qu'il portait; je lui racontai le fait de mon vieil-

---

Bien qu'un peu brusque, il faut bien le dire, cette séparation était trop douloureuse pour qu'on ne cherchât pas à la faire cesser. Ce fut alors qu'une proposition interprétative du règlement eut, pour la Société, la bonne fortune d'amener un remarquable rapport de notre collègue, M. Machelard. La parole conciliatrice et vraiment éloquente de cet honorable membre fit bientôt cesser toute division; et le rapporteur dut certes s'estimer heureux d'avoir ramené parmi nous la concorde en démontrant que le règlement nous offrait des armes suffisantes contre tout ce qui, de près ou de loin, pouvait ressembler au charlatanisme. Un ordre du jour motivé, proposé par la commission, fut adopté sans conteste, et nos collègues déserteurs, convaincus qu'ils ne trouveraient jamais parmi nous que des disciples de la vraie et honorable science, voulurent bien ne pas nous refuser plus longtemps leur concours.

Le nom de M. Machelard rappelle un autre service rendu à la société et à nos collègues des bureaux; un membre de la Société avait été inquiété pour le service de la garde nationale, bien qu'il fût de notoriété publique que M. le commandant supérieur, dans une lettre adressée à l'un des maires de Paris, avait manifesté l'intention formelle de ne pas nous assujettir à ce service. A ce propos, la Société n'hésita pas à nommer une commission dans laquelle figurait encore notre collègue. Par suite de circonstances imprévues, il se trouva réduit à faire seul les premières démarches. Bientôt il réclama le concours de notre honorable secrétaire, M. Thibault. Ces messieurs surent à merveille faire entendre leurs justes réclamations dans les régions administratives les plus élevées, et obtinrent qu'une lettre de M. le Ministre de l'intérieur et un ordre du jour vinssent régler la matière d'une façon définitive et conforme aux désirs de la Société.

Nous avons été moins heureux, messieurs, dans une réclamation d'un autre genre. La Société avait chargé une commission d'étudier la question relative à la patente qui pèse depuis peu sur les médecins des bureaux de bienfaisance. Il importe, je crois, que cette question soit bien nettement connue de chacun, et je vous demande la permission d'en répéter ici l'exposé que vous a déjà fait la commission.

La loi du 1er brumaire an VII, qui a institué primitivement les patentes, la loi du 9 brumaire an VIII, et le décret du 25 thermidor an XIII, avaient formellement dispensé de la patente les officiers de santé de terre et de mer, les médecins des hôpitaux et les médecins attachés au service des pauvres. Cette triple exemption, renfermée dans un même article, prouve clairement, veuillez le remarquer en passant, que ce n'est pas la gratuité, mais la nature de la fonction, qui avait guidé le législateur dans cette disposition. Jusqu'en 1844, les médecins des hôpitaux et les médecins de bienfaisance jouirent en paix de cette faveur légale. A cette époque, un professeur de l'École de Paris, alors député, obtint une loi dispensant de la patente tous les médecins indistinctement, et abrogeant toutes les

lard de 78 ans, et je lui fis la proposition de lui appliquer un bandage. Par l'odeur alléché, il s'y prêta volontiers. Je mis donc une petite pelote qui pressait le canal inguinal; au bout de peu de temps, il fallut faire une pelote immense, mais non plus pour guérir la hernie, simplement pour la contenir, tant le canal s'était dilaté! Un tel fait unique n'était pas engageant; aussi n'ai-je pas continué mes essais. Mais j'ai examiné les résultats obtenus par les autres chirurgiens; le plus souvent, la hernie était devenue directe sous l'influence de la pelote. Non, messieurs, on ne guérit pas les hernies chez les vieillards: quelques guérisons peuvent bien arriver, même par les plus simples moyens; mais la nature seule agit alors, et pour un succès qu'elle aura pu vous donner, vous aurez deux, trois, dix échecs de suite.

On guérit donc très-certainement par l'action du bandage les enfants d'abord, les jeunes gens jusqu'à 20 ans et même jusqu'à 35 ans. Plus tard, on peut aussi guérir, lorsque les malades ont conservé toutes leurs forces; mais il est très-permis de douter du succès, qui est rarement complet chez les gens âgés. « Monsieur, me dit un jour un médecin à qui j'avais appliqué un bandage, je suis guéri, mais je n'ôte pas mon bandage, car je sens que, si je le retirais, ma hernie reviendrait. » Ceci est parfaitement vrai: voilà pour la majorité des adultes qui ont passé 35 ou 40 ans; mais, chez les enfants et les jeunes gens, on peut retirer le bandage, quand l'époque de la guérison est venue, et se livrer à tous les exercices les plus violents: le malade se trouve alors dans les mêmes conditions qu'avant d'avoir sa hernie primitive.

Nous avons vu plus haut que Ravin croyait que, quand les malades étaient guéris par le séjour au lit aidé du bandage, l'aponévrose du grand oblique avait repris tout son ressort. Est-il vrai que les anneaux, une fois dilatés, puissent reprendre leur ressort; que des fibres aponévrotiques éraillées puissent revenir sur elles-mêmes et reprendre leur élasticité? Nous savons bien que les anneaux fibreux, chez les très-jeunes enfants, reviennent sur eux-mêmes une fois que le passage des organes qui devaient les traverser est effectué; nous savons bien que, quand on a enlevé le testicule, l'anneau est un peu revenu sur lui-même au bout d'un certain temps, mais, dans ces deux cas, il n'a pas été dilaté comme il l'est dans une hernie.

Considérez sur le cadavre la façon dont cet anneau est formé: le pilier interne s'insère sur la symphyse pubienne, l'externe sur l'épine pubienne; il y a en outre quelques fibres éparses qui unissent ces deux piliers, en forme de parabole: lorsque, par l'éraillement, ces fibres ont été repoussées les unes en dedans, les autres en dehors, est-il possible que l'anneau qu'elles formaient se referme, revienne sur lui-même? Il y a ici dilatation morbide, je ne crois pas qu'elle puisse disparaître. Ravin dit, au contraire, que l'anneau revient sur lui-même, parce que, en faisant tousser son malade, il sentait l'anneau rétréci. Je m'inscris en faux contre l'interprétation que donne Ravin du fait qu'il a vu: j'ai vu des milliers de hernies, et je n'ai jamais rencontré une seule fois un anneau rétréci lorsqu'il avait été fortement éraillé. M. Ravin avait guéri son malade par le séjour au lit, aidé de la pression du bandage; il l'a donc guéri par le rétrécissement du sac vis-à-vis de l'anneau qu'il comprimait, l'anneau externe. Or, j'ai vu plusieurs fois que le collet du sac était adhérent à l'anneau; on peut, dans ces cas, être trompé par l'examen à l'aide du doigt, et croire que c'est l'anneau qui est revenu sur lui-même: je crois ce fait que Ravin a signalé, car je l'ai vu deux ou trois fois, je me l'explique, comme je vous l'ai dit à l'instant, par l'adhérence du collet au pourtour de l'anneau, mais quant à ce que Ravin en a conclu, je crois très-fort que c'est une erreur dans l'interprétation des faits. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Traité des tumeurs blanches des articulations;

Par le Dr J. Crocq, *professeur agrégé et prosecteur à l'Université de Bruxelles*, etc.

ANALYSE.

Le livre dont j'ai à rendre compte ne se présente point au lecteur avec l'attrait qui s'attache à tout sujet nouveau. Le titre seul de l'ouvrage indique suffisamment une maladie aussi fréquente que rebelle, et sur laquelle on a longuement écrit depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

L'auteur, en conservant le vieux nom de *tumeurs blanches*, nous semble même avoir volontiers négligé le soin d'ailleurs inutile, selon nous, de chercher à rajeunir son sujet en adoptant une nouvelle dénomination: une exposition claire et précise, une grande richesse de détails et de faits importants, étaient des éléments de succès moins douteux et plus légitimes.

La *Monographie* de M. le docteur Crocq est une œuvre immense de travail et d'érudition. — 140 observations, 10 planches d'une belle exécution, 720 pages de texte, telles sont les bases du travail que j'examine en ce moment.

Depuis l'époque où MM. Richet (1844) (1) et Bonnet de Lyon (1845) (2) avaient publié chacun une excellente monographie sur les maladies articulaires, jamais peut-être moment n'avait été mieux choisi pour doter la science d'un traité complet des tumeurs blanches. Du reste, l'auteur nous semble avoir consciencieusement rempli sa tâche: et il n'est aucun point de son sujet qu'il n'ait traité avec détails.

Tous les travaux publiés jusqu'à ce jour sur la matière ont été analysés: ils ont été reliés ensemble par des faits nouveaux et augmentés d'une foule de recherches propres à l'auteur et de vues originales. C'est ainsi que M. Crocq a pu faire un traité complet sur les tumeurs blanches, et nous pensons qu'il a réellement comblé une lacune dans la littérature mé-

(1) *Thèse inaug.*, 1844, n° 476.
(2) *Traité des maladies des articulations.*

---

dispositions législatives contraires à cette loi. Par impossible, un bon vent soufflait pour les médecins, et rien n'était encore changé pour ceux qui étaient attachés au service des pauvres. Mais arriva la Révolution de Février, qui fut moins favorable au corps médical. En 1850, les médecins furent rétablis sur le rôle des patentes, non en vertu d'une loi spéciale, mais par un imperceptible article inséré dans une loi de finances. Cette fois on ne songea plus aux exemptions; les médecins des pauvres furent oubliés. Je me trompe, on s'en souvint un instant, et le fait vaut la peine d'être cité. Une voix timide s'éleva dans l'enceinte législative pour proposer une exemption en leur faveur. Aussitôt un membre de l'Assemblée, se croyant très-bien informé, s'écrie que c'est chose impossible, par la raison que tout médecin a le droit de se dire attaché au bureau de bienfaisance, et que, par conséquent, si l'exception était admise, on ne trouverait pas un médecin à imposer.

Un argument de cette espèce parvint aisément à étouffer l'amendement qui s'était produit. Sans autre information, on vota l'article de loi qui nous était contraire, et comme à cette époque on pensait avoir besoin de moins de maturité dans les délibérations, en raison sans doute des idées nouvelles qui pullulaient de toutes parts, un vote émis était presque toujours un vote irrévocable; l'urgence avait été inventée à cet effet. Nous nous trouvâmes donc compris dans le nombre des nouveaux patentés.

Il est de toute évidence que si le texte législatif était contre nous, l'esprit de la législation, dans son ensemble, nous restait favorable. Nul doute que si la loi de 1844 n'était pas venue exonérer tous les médecins de la patente, on n'aurait pas songé, en 1850, à la faire payer aux médecins des pauvres qui en avaient été exempts jusque-là. La Société, pénétrée de la valeur de ces considérations, décida qu'elles seraient présentées par votre bureau à M. le Préfet de la Seine, dans une pétition qui fût l'œuvre de la commission. Votre président et votre secrétaire général remirent en personne cette pièce aux mains de M. le Préfet. L'éminent magistrat daigna les accueillir avec une affabilité et une bienveillance très-honorables pour la Société dont ils étaient les représentants. Il voulut bien leur promettre de faire examiner la question, et même les assurer qu'il se regardait comme le défenseur-né des intérêts des médecins des bureaux.

Peu de jours après, il faisait à la Société l'honneur de lui adresser une réponse. Le texte de la loi nous condamnait, était-il dit dans sa lettre (ce que, du reste, personne n'avait songé à contester, notre pétition ayant pour but d'obtenir une disposition législative nouvelle). En outre, si l'on venait de décider qu'une indemnité annuelle devait être accordée aux médecins de bienfaisance, c'était, en partie, pour compenser le dommage que leur faisait subir leur réintégration sur le rôle des patentés.

Évidemment, nous étions arrivés dans un moment peu propice. Il est des circonstances où il est de bon goût de ne pas insister, et la Société sut se taire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

dicale. Son ouvrage porte l'empreinte d'une pensée qui en constitue l'unité et qui appartient tout entière à l'auteur.

L'anatomie et la physiologie pathologiques sont traitées avec un soin tout particulier; l'étiologie a reçu des développements tout à fait nouveaux; par exemple, la formation directe de *tubercules dans la membrane synoviale*.

Les symptômes et le diagnostic nous ont paru clairement exposés, et les moyens thérapeutiques discutés avec beaucoup de méthode et de précision.

Si maintenant, de cette vue générale de l'ouvrage, nous descendons dans les détails, nous le trouvons divisé en six sections : 1° Historique; 2° Anatomie pathologique; 3° Étiologie; 4° Physiologie pathologique; 5° Symptomatologie, diagnostic et pronostic; 6° Thérapeutique.

Examinons rapidement chacune de ces divisions, et tâchons de donner au lecteur une idée sommaire, mais cependant complète du *Traité des tumeurs blanches*.

L'histoire de la science constitue l'une de ses parties les plus essentielles; c'est ce que l'auteur a fort bien compris, et il lui a réservé une section de son travail.

L'histoire des tumeurs blanches est divisée en deux périodes : la première, commençant à Hippocrate, va jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, où commence la seconde.

La première, ou période ancienne, est caractérisée par l'empirisme dans le traitement et par l'observation exclusive des faits extérieurs.

La seconde, ou période moderne, est caractérisée par les progrès de l'anatomie pathologique et par l'application de ses principes à l'appréciation des faits et à la thérapeutique.

Dans ces deux périodes, et par un luxe de bibliographie vraiment digne d'éloges, deux cent soixante-et-onze auteurs ont été cités, et leur travail se trouve analysé en quelques mots et avec impartialité.

La section d'anatomie pathologique comprend à elle seule treize chapitres. Dans les deux premiers, l'auteur donne un aperçu succinct de ce que sont les tumeurs blanches; il énumère les tissus qui composent les jointures et dont il va décrire les altérations.

Viennent ensuite les altérations de la synoviale : inflammations, exsudations plastiques, ulcérations, perforations. L'élément le plus remarquable est le tissu de nouvelle formation que l'auteur appelle *cellulo-vasculaire*, formé de fausses membranes, de fongosités, de tissu lardacé, etc. Enfin, l'auteur démontre, par deux observations, la formation directe du tubercule, dans la membrane synoviale elle-même, ou bien au sein des cavités articulaires.

Un chapitre non moins important est consacré aux lésions des cartilages : l'auteur cherche à démontrer qu'ils ne *renferment pas de vaisseaux;* les matériaux de leur nutrition viennent d'une source éloignée, au lieu de provenir immédiatement des capillaires répandus dans leur tissu : ce sont des corps qui se *nourrissent par imbibition*.

Comme on le voit, l'auteur a pleinement adopté, sur ce point, les idées de M. le professeur Velpeau.

Les lésions des cartilages sont : l'hypertrophie, l'usure, l'amincissement, le décollement, le ramollissement et l'érosion ou l'ulcération.

Parmi les faits qui se trouvent décrits, nous signalerons surtout la production de canaux vasculaires dans les cartilages malades (1) et l'existence constante d'une couche d'exsudation plus ou moins organisée sur les érosions.

Les altérations trouvées sur les os sont encore plus nombreuses : 1° augmentation de vascularité; 2° dilatation des canalicules du tissu compacte et décollement du périoste; 3° élargissement des cellules; 4° la présence du pus et du tissu cellulo-vasculaire au sein des os; 5° la disparition du tissu osseux devant le tissu vasculaire; 6° les noyaux albumino-fibrineux et éburnés; 7° le dépôt de substance osseuse à la superficie des os; 8° la formation de cavernes; 9° la lésion de la moelle; 10° la nécrose.

Indépendamment de ces lésions qui sont constantes, on rencontre quelquefois le tubercule et le cancer.

Un des passages importants de cette description est celle où l'auteur décrit, d'après ses observations, les lésions du tissu spongieux. Le tissu compacte se transforme d'abord en tissu spongieux, puis subit les mêmes altérations que celui-ci.

L'auteur signale la carnification des os et la formation, dans leur tissu, de noyaux albumino-fibrineux dus à une exsudation, et qui, se transformant plus tard en noyaux éburnés, ont pu quelquefois être confondus avec des tubercules. En résumé : raréfaction du tissu osseux, production de tissu cellulo-vasculaire et de pus; infiltration de matière splénique, état graisseux : telles sont les lésions constantes que présentent les extrémités osseuses, dans les tumeurs blanches.

(1) Redfern avait déjà signalé ce fait. (On anormal nutrition in articular cartil. Edimb., 1849.)

L'étiologie est exposée avec la même méthode, et s'appuie à chaque instant sur les 140 observations qui forment le fond de l'ouvrage.

Dans la section de physiologie pathologique, nous trouvons à signaler deux points intéressants; par exemple : 1° ces douleurs si violentes et si difficiles à comprendre, que l'on rencontre dans les parties éloignées du siége de la maladie, généralement au-dessous, rarement au-dessus. M. Crocq a fort bien indiqué le caractère de ces douleurs; il en rapproche celles ressenties dans l'abdomen et les parties génitales, dans le mal de Pott. Selon lui, ces douleurs reconnaissent pour cause une névralgie déterminée par la compression qu'exerce l'exsudation plastique sur les nerfs du voisinage.

Vient ensuite l'explication de la position des membres; trois éléments y prennent part, selon M. Crocq : *a.* la contraction musculaire; — *b.* l'épanchement intra-articulaire; — *c.* la position adoptée par le malade. Cette dernière, à laquelle M. Bonnet accorde une si grande importance, n'en aurait qu'une médiocre, d'après l'auteur que nous analysons. L'épanchement intra-articulaire n'aurait aussi qu'une action secondaire, et l'agent principal de la production des positions, c'est, d'après M. Crocq, *la contraction musculaire spasmodique* déjà signalée par Hunter et Bell, mais oubliée dans ces derniers temps.

Dans une cinquième section, se trouvent la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic.

Toute tumeur blanche offre trois périodes : 1° période d'inflammation; 2° période de suppuration; 3° période de marasme ou de réparation. A chacune de ces périodes, correspond une série de symptômes, mis en relief avec beaucoup de soins et de détails.

Le diagnostic ressort de l'exposition des symptômes, faite précédemment; et l'auteur insiste beaucoup sur l'impossibilité de diagnostiquer, d'après leurs symptômes propres, les tumeurs blanches rhumatismales, syphilitiques, scrofuleuses et tuberculeuses.

Le chapitre V, dont je viens de donner une idée sommaire, est certainement un des plus remarquables, et il sera toujours lu avec fruit.

Quant au pronostic, ce point du sujet est considéré successivement d'après les lésions anatomiques, les symptômes, la cause, les complications et le siége de la maladie : c'est assez dire que ce chapitre ne saurait être plus complet.

Enfin, dans une subdivision importante, l'auteur traite des tumeurs blanches en particulier : celle de la hanche surtout a fixé son attention d'une manière toute particulière. La question toujours controversée de l'allongement et du raccourcissement y est traitée avec le soin qu'elle mérite; appuyé sur les belles recherches de M. Bonnet, sur celles non moins exactes de notre excellent maître, M. le professeur Nélaton, et en même temps sur les faits publiés par M. Pigeolet, de Bruxelles (1), l'auteur a démontré : que l'allongement et le raccourcissement réels ne peuvent exister que s'il y a déplacement; que dès le début, au contraire, le membre subit un allongement apparent, dû au changement de position du bassin.

Pour constater cet allongement, M. Crocq décrit un *nouveau procédé de mensuration*, que nous jugeons convenable de reproduire :

Le malade étant couché sur le dos, on mesure la distance qui sépare les plantes des deux pieds, ou les deux malléoles internes, ou les deux condyles fémoraux internes,

L'épine iliaque du côté malade a subi un mouvement d'abaissement ou de rotation sur son axe antéro-postérieur, et le membre est dans une abduction plus ou moins considérable.

« Supposons qu'on unisse les deux épines iliaques par une ligne que j'appellerai inter-iliaque ou bis-iliaque, et que sur son milieu on abaisse une perpendiculaire, qu'on peut appeler ligne médio-iliaque, celle-ci, à l'état normal, passe entre les deux cuisses; à cette époque de la maladie (1re période), elle croise la cuisse saine à une hauteur plus ou moins considérable, selon le degré d'intensité de l'abduction.

« Si l'on mesure avec attention les distances des deux côtés, entre les épines iliaques et les malléoles externes, ou entre les épines iliaques et le sommet des rotules, on trouve que cette distance est la même, ou qu'elle est un peu plus courte du côté malade.

« Si on pratique la même mensuration après avoir ramené les deux membres dans la direction de la ligne médio-iliaque, on trouve constamment la même longueur des deux côtés. Il importe de remarquer qu'il faut étendre le membre malade et fléchir au même degré le membre sain, si l'on veut obtenir des données parfaitement exactes.

« Si, ces précautions étant prises, on mesure les cinq distances de l'épine iliaque supérieure et antérieure à la malléole externe, au bord supérieur de la rotule, au grand trochanter, et de la partie antérieure de la symphyse pubienne à la malléole interne et au bord supérieur de la rotule, on trouve que ces quatre distances sont les mêmes des deux côtés.

« Si l'on réunit les deux trochanters par une ligne que l'auteur appelle bi-trochantérienne, on trouvera que cette ligne est parallèle à la ligne

(1) *Études sur les maladies de la hanche*, 1845.

bis-iliaque. S'il y avait allongement réel, si la tête du fémur était repoussée de la cavité cotyloïde, ce parallélisme n'existerait plus, et ces deux lignes prolongées iraient se couper du côté sain.

« Ce sont là des résultats constants. »

J'ai transcrit ce passage en entier, afin que le lecteur puisse apprécier la valeur réelle de ce moyen de mensuration, comparé à ceux que nous connaissons, et particulièrement à celui de M. Nélaton (1).

Nous terminerons cette analyse rapide par la thérapeutique des tumeurs blanches (sect. 6).

Les indications sont les suivantes : 1° prévenir la maladie ; 2° la guérir quand elle existe, 3° remédier à ses suites.

Le traitement qui doit remplir ces indications correspond aux périodes. Ainsi, dans la première, l'immobilité, la compression : les saignées locales, les narcotiques, les révulsifs, etc., une *bonne position*. Pour donner au membre une bonne position : 1° les surfaces articulaires doivent se toucher par le plus de points possibles, 2° leurs axes doivent se confondre ; 3° la cavité articulaire doit offrir la capacité la moins grande possible ; 4° les muscles doivent être dans le relâchement ; 5° enfin, la position doit être telle que, s'il survient une ankylose, le membre rende au malade le plus de services possibles.

Ici se trouve la question des bandages, gouttières, appareils à contention.

D'après l'auteur, l'appareil qui réalise le mieux ces conditions, est l'appareil amovo-inamovible de M. Seutin. Nous devons ajouter que les gouttières en fil de fer de M. Bonnet et les appareils dextrinés, amidonnés de MM. les professeurs Velpeau et Laugier, nous ont également rendu de grands services dans les hôpitaux.

Dans un des derniers chapitres, l'auteur traite de la période de marasme et d'épuisement, et arrive ainsi à discuter les indications de l'amputation et des *résections*, et donne la préférence à cette dernière opération. « Il faut toujours préférer la résection, à moins que des circonstances particulières ne la rendent impossible. »

On se souvient que dans un ouvrage, d'ailleurs fort remarquable, M. Bonnet (de Lyon), avait formulé une opinion tout à fait opposée (2) : « Les résections me semblent devoir être complétement abandonnées, et les amputations ne doivent être considérées que comme une ressource extrême à laquelle il ne faut que très-rarement recourir. »

Les raisons sur lesquelles le chirurgien de Lyon fondait son jugement étaient les suivantes : « Dans l'immense majorité des cas, les *tumeurs fongueuses résident essentiellement dans les parties molles et les surfaces osseuses, n'étant altérées que superficiellement, il n'y a aucune raison pour les enlever*. Tout au plus les résections peuvent-elles convenir, dans certains cas exceptionnels, où les fongosités occupent le centre des os courts. »

Comme on le voit, M. Crocq est venu de nouveau confirmer le jugement sévère porté par M. Bonnet ; et bien que le chirurgien de Bruxelles ait été moins exclusif que le chirurgien de Lyon, il est facile de se convaincre, en lisant son livre, qu'il n'approuve guère plus que lui les mutilations pratiquées pour guérir les tumeurs blanches : ses nombreuses observations prouvent que, par la combinaison de moyens énergiques et persévérants : *le fer rouge, les moxas*, les bandages bien faits, *le repos* et *le mouvement*, appliqués à point, on peut, sinon toujours, le plus souvent au moins, arriver à la guérison, en évitant au malade les chances d'une opération sanglante et d'une mutilation. Car, comme le dit fort bien M. Bonnet (ouvr. cité, t. 2, p. 50) : « Dans les hôpitaux, la nécessité de guérir promptement les malades et de les soustraire aux conditions hygiéniques défavorables dans lesquelles ils se trouvent, oblige souvent de recourir à des amputations qu'on aurait pu leur épargner s'ils eussent pu respirer un air plus salubre (3). Lorsque j'étais interne de M. Nélaton, j'ai recueilli, à l'hôpital Saint-Louis, les observations de malades qui ont été cautérisés jusqu'à dix-sept fois au fer rouge : par ce moyen, on parvenait à sauver le membre. Ce n'est pas là assurément une pratique brillante, mais elle est certainement consciencieuse et utile.

Je retrouve, dans mes notes de 1848, un cas analogue observé à la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau :

Au n° 41 *bis* de la salle Sainte-Vierge, un malade est resté en traitement pendant un an, pour une tumeur blanche rebelle et invétérée.

« A son entrée, dit M. Velpeau, cette affection était si ancienne que tout espoir de guérison semblait perdu ; toutefois, je conservais l'espérance de le voir guérir par ankylose et par le temps, plutôt que par nos remèdes....

« Cependant, des cautères en grand nombre, la compression par les bandelettes, l'immobilité, l'appareil dextriné, furent employés avec persévérance pendant un an, et le succès a couronné nos efforts.

« Si les malades et les médecins avaient assez de patience, les arthropathies guériraient très-bien en un an, deux ans (1). »

Un dernier mot : l'ouvrage important de M. le professeur Crocq peut se résumer ainsi : recherches nombreuses, détails nouveaux, exposition toujours claire et précise, style correct et pur, telles sont les qualités qui le recommandent à l'attention du lecteur, et dont nous n'avons pu donner qu'une bien faible idée, dans une notice esquissée à grands traits.

Dr E. Triquet,
Ancien int., lauréat des hôpitaux.

(1) *Chirurgie*, t. 1, p. 262.

(2) Bonnet (de Lyon), *Maladies articulaires*, 1845.

(3) *Traité des mal. des art.*, p. 50, t. 11.

(1) *Leçon orale* du 4 décembre 1848.

THÉRAPEUTIQUE.

De la mandragore dans le traitement de l'aliénation mentale.

M. Michéa a obtenu de ce mode de traitement les résultats suivants, consignés dans la *Gazette médicale de Paris*.

Terminaison. — Sur quatre aliénés, la racine fraîche de mandragore a produit la guérison chez un et une amélioration considérable chez deux. Chez le sujet guéri, la convalescence s'est déclarée au bout d'un mois de traitement. Chez les deux sujets qui n'ont éprouvé que de l'amélioration, celle-ci est survenue au bout de cinq semaines chez l'un, et au bout de deux mois chez l'autre. De tous les symptômes psychiques, les conceptions délirantes ont été ceux qui ont le plus lutté contre l'influence du remède. Les hallucinations ont offert beaucoup moins de résistance.

Sexes. — Sur ces quatre aliénés il y avait deux hommes et deux femmes. Le sujet guéri complétement était un homme. Les deux améliorations concernaient un homme et une femme.

Age. — Un des quatre malades avait 24 ans, deux en avaient 42 et le dernier 43. C'est chez ce dernier sujet que le médicament a complétement échoué.

Genres de délire. — Tous les cas étaient relatifs à des délires partiels : un cas de lypémanie religieuse, un cas de mélancolie suicide, un cas de lypémanie simple, un cas d'érotomanie.

Doses. — La quantité de poudre de racines de mandragore n'a jamais été portée au delà de 1 gramme par jour, à doses croissantes. En moyenne, les quantités administrées par jour ont varié entre 8 décigrammes et demi et 9 décigrammes. Pour toute la durée du traitement, les doses les plus fortes n'ont jamais été supérieures à 20 grammes, les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 3 grammes 2 décigrammes. En moyenne, elles ont varié entre 13 et 14 grammes.

Phénomènes psychiques d'intoxication. — Chez un seul sujet, la mandragore a augmenté passagèrement le trouble intellectuel, et cependant ce sujet n'était pas celui qui en avait ingéré la quantité la plus forte. L'augmentation du désordre cérébral a consisté dans de l'insomnie, de l'agitation et des hallucinations.

Phénomènes physiologiques divers. — Chez trois malades, il est survenu de la sécheresse au gosier, une légère dilatation de la pupille, de la céphalalgie et des vertiges, dès qu'on atteignit la dose de 8 décigrammes et demi à 9 grammes par jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le syndicat de la presse médicale. — En faisant franchement appel à la presse médicale, à propos des étranges manœuvres dont nous sommes témoin depuis six mois, nous espérions sincèrement que cet appel serait entendu, toutes considérations personnelles cessant. Mais nous n'en sommes pas moins touché de tous les témoignages d'approbation qui nous arrivent. Des motifs que nous serons heureux de n'avoir jamais à rappeler, nous rendent spécialement sensible à celui de l'*Union médicale*, et c'est avec une bien sincère satisfaction que nous reproduisons les lignes suivantes de M. A. Latour :

« Il se passe, depuis quelques mois, d'étranges choses dans la presse médicale. Nous n'en avons soufflé mot jusqu'ici, en souvenir et en pratique

de ce principe si dignement exprimé par notre honoré gérant dès le premier numéro de la présente année : « Chacun est responsable devant l'honnêteté publique des moyens qu'il emploie. » Si la grande majorité de nos confrères journalistes a cru devoir garder la même réserve que nous, quelques autres ont pensé qu'ils devaient être moins sobres de réflexions et d'appréciations. Chacun sent à sa manière et exprime à sa manière les sentiments qu'il éprouve. Quant à nous, si par le public et devant lui, nous étions mis en demeure de formuler une opinion, nous dirions :

« Il est des actes qui ne ressortissent qu'à la conscience et qui ont pour juge le bon sens public. De même que nous ne pouvons nous opposer à ce qu'un médecin, dans l'exercice de sa profession, emploie des moyens souvent peu délicats pour capter la clientèle, de même nous sommes impuissants pour empêcher un industriel journaliste de pratiquer ses manœuvres en vue de l'abonnement. Il y a cependant cette différence, et elle est rassurante pour la presse qui tient à sa considération, c'est que si le médecin exploitant s'adresse à un public crédule, ignorant et facile à tromper, le journaliste industriel ne provoque qu'un public d'élite, éclairé, très au courant des ruses de l'annonce et des habiletés de la réclame. Il pêche en eau trop claire, et de fait, croyez-le bien, nous vous le disons avec certitude, la pêche n'a pas été abondante. Laissez faire, un peu de patience ; dans cette voie perfide où l'on est engagé, impossible de s'arrêter ; s'arrêter, c'est périr inévitablement ; aller au delà, et fatalement on y est entraîné, c'est..... ce que vous verrez plus prochainement que vous ne le pensez, si vous avez le courage d'attendre ; si, par des provocations imprudentes et que, quoi que vous fassiez, on prendra pour intéressées, vous ne fournissez des prétextes à des récriminations, si vous ne donnez pas, par une opposition trop vive, une importance que ne méritent pas des faits qui, véritablement, sont bêtes comme choux.

« Je le déclare, j'ai une trop grande opinion du corps médical de mon pays, pour m'émouvoir et même pour m'affliger des actes excentriques dont nous sommes témoins. Je ne m'en afflige pas, parce que ces actes émanent de personnes qu'aucun lien ne rattache au corps médical. C'est un jeu de commerce qui se joue, c'est un coup de bourse, c'est un va-tout désespéré. Sachons assister, calmes et patients, à cette fin de partie qui ne se fera pas attendre, soyez-en sûr.

« Ce n'est pas que je ne sois prêt, pour mon compte, à m'associer à toute tentative qui aurait pour but de réunir la presse médicale française, je ne dis pas en conseil de discipline, ce mot me fait peur, mais en une sorte de syndicat dont les statuts seraient librement et sérieusement discutés. En cherchant bien dans les collections de l'*Union médicale,* on trouverait peut-être que cette idée, chez nous, n'est pas née d'hier, et notre honorable confrère et ami, M. Debout, pourrait rappeler nos longs et fréquents entretiens sur ce sujet. Que cette idée soit reprise aujourd'hui, je m'en réjouis ; qu'elle puisse aboutir par d'autres efforts, je crierai bravo ! Mais, hélas ! que de difficultés ! que d'incompatibilités ! Je ne veux décourager personne ; et je déclare même, pour peu que mon adhésion soit trouvée utile, que je la donne incontinent, sans objection, sans rancune du passé.

« Mais qu'on me permette cette réflexion : serait-il prudent et tout à fait convenable de provoquer une réunion de la presse médicale sur une question aussi délicate que celle qui émeut en ce moment quelques-uns de nos confrères? De quelques considérations d'honneur professionnel et de dignité médicale que nous entourassions cette provocation, ne nous exposerions-nous pas à ce que l'on dît : C'est la peur, c'est l'intérêt de leurs entreprises qui les font agir? J'avoue que je voudrais éviter cette interprétation, qui, toute fausse et mal avisée qu'elle serait, ne manquerait pas de se produire et même de trouver créance.

« Eh bien ! pour faire preuve de bonne volonté jusqu'au bout en faveur de toute tentative vers un rapprochement des journalistes, j'annonce que, si une réunion a lieu, elle peut prendre pour prétexte une question plus grave, plus importante, plus émouvante pour nous tous, une véritable question de presse tout à fait en dehors des misères du métier, une question dont le hasard seul m'a donné connaissance, que je pourrais garder pour moi, afin d'agir seul en conséquence et dans le seul intérêt de l'*Union médicale*, mais sur laquelle je m'engage à dire tout ce que je sais à mes confrères, afin qu'ils puissent aviser de leur côté aux moyens à prendre.

« Si donc l'on cherche sérieusement une occasion de rapprochement, en voilà une. Que deux ou trois de nos confrères provoquent une réunion, en se mettant, bien entendu, en règle avec les autorités compétentes, et peut-être de cette première réunion, pourra-t-il sortir les éléments d'une institution utile. »

Nous n'ajouterons que deux réflexions aux lignes qu'on vient de lire. La première a pour objet de faire remarquer que les craintes exprimées par notre confrère, touchant l'opinion que pourraient se faire les médecins sur les motifs d'une enquête de la part des journalistes, ne nous paraissent pas fondées. Une telle enquête faite par un seul, ou par deux ou par trois rédacteurs en chef, aurait pu, en effet, paraître intéressée : mais, faite par tous les rédacteurs en chef ou par l'immense majorité d'entre eux, il est impossible qu'on ne la rapporte pas à son véritable mobile, au sentiment de dignité qui oblige tous ceux qui tiennent une plume de repousser la solidarité d'actes fort heureusement sans exemple jusqu'à ce jour.

Tout en partageant la confiance de notre confrère dans les lumières du corps médical, du moins de cette fraction du corps médical qui ne croupit pas dans une ignorance végétative, nous pouvons affirmer que les plus grandes lumières n'excluent pas toujours un excès de bonne foi, et que la bonne foi de plusieurs confrères a été surprise, sinon à Paris, du moins dans la province. Le nombre des crédules n'a certes pas été assez grand pour prévenir le saut périlleux qui est réservé à tous les succès éphémères de casse-cou ; aussi n'est-ce pas à ce point de vue que nous avons cru utile de faire briller la vérité aux yeux de tous, mais bien dans le seul but que nous avons précédemment indiqué. C'est là notre seconde réflexion.

Nous ajouterons que nous nous associerons de grand cœur aux efforts qui pourront être faits, à propos de la réunion que nous avons provoquée, pour constituer un syndicat de la presse médicale, et que ce ne sera pas notre faute si le projet dont parle l'*Union médicale,* et que nous n'ignorions point, n'est pas mené à bonne fin.

— L'empereur et l'impératrice ont visité les services d'enfants établis dans l'hôpital Sainte-Marguerite. On lit à ce sujet dans le *Moniteur :*

« Toute la population du faubourg, rangée sur deux lignes, depuis les boulevards jusqu'à l'hôpital, et se pressant aux fenêtres ou montées sur les toits, attendait Leurs Majestés, qui ont été saluées avec enthousiasme par cette foule, émue et reconnaissante de la sollicitude de l'impératrice pour les enfants des pauvres.

« M. le ministre de l'intérieur, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, accompagnés du directeur général de l'administration intérieure, du secrétaire général de la préfecture, du directeur général de l'assistance publique, des membres de la commission de surveillance des hospices, du maire et des adjoints du huitième arrondissement, du clergé de la paroisse, des fonctionnaires, des médecins et des sœurs attachés à l'hôpital, ont reçu Leurs Majestés.

« M. le préfet de la Seine a exposé en peu de mots, à S. M. l'impératrice, que le nouvel hôpital contient 425 lits d'enfants de deux à quatorze ans ; qu'il est ainsi la réalisation complète, quoique provisoire, du vœu exprimé par Sa Majesté ; que l'édifice n'a pas le caractère de grandeur que la ville aurait aimé à donner tout d'abord à une fondation charitable placée sous le patronage de l'impératrice ; mais que, néanmoins, il renferme tout ce qui est nécessaire pour assurer les soins convenables aux jeunes protégés de Sa Majesté, jusqu'à ce qu'il soit possible de leur ouvrir un asile plus digne de porter son auguste nom.

« Les salles des malades, les dortoirs, les réfectoires, la lingerie, la pharmacie, la cuisine, ont été visités par Leurs Majestés. L'impératrice, entourée des sœurs de la charité, qu'elle charmait par son affabilité et sa bienveillance, s'est fait rendre compte des moindres détails. Elle a examiné le linge, les vêtements, la literie ; elle a voulu connaître l'ordre et les procédés suivis pour tout le service de ce vaste établissement. Avant de se retirer, l'empereur a daigné décorer le directeur de l'hôpital, M. Paupert, qui compte trente-deux ans de bons services. »

— Notre distingué confrère, M. Scrive, dont nous avons annoncé, il y a quelque temps, la nomination comme chef du service médical de l'avant-garde du corps expéditionnaire d'Orient, restera, d'après le *Moniteur universel,* chef du service médical de toute l'armée. M. Jeannel, pharmacien principal de 2e classe, est nommé chef du service de la pharmacie, et M. Lacoste, vétérinaire principal, chef du service vétérinaire.

Choléra. — De nouveaux cas de choléra se sont déclarés depuis quelques jours. On appréciera par les chiffres suivants l'importance de cette recrudescence.

Situation au 1er mars.

Cas traités à l'hôpital.		989
Sorties.	526	985
Morts.	459	
Restait.		4

Situation au 8 mars.

Cas traités à l'hôpital.		1024
Sorties.	526	985
Morts.	463	
Reste.		35

BIBLIOGRAPHIE.

Des fièvres intermittentes miasmatiques ou légitimes, de leur nature et de leur traitement ; nouvelle théorie de l'intermittence, par le docteur MASUREL, de Lille (Nord). — In-8. Prix : 1 fr. 50 c. — A Paris, chez GERMER BAILLIÈRE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 32. 2e année. Jeudi 16 Mars 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 15 Mars 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

L'intérêt de la séance d'hier a commencé avec une petite discussion qui semblerait prouver, malgré les généreuses protestations de notre excellent ami, M. Chevallier, que si M. Borne, l'épicier, est aujourd'hui fort habile dans l'art d'élever les sangsues, il ne l'est pas moins dans celui de faire tourner à son profit exclusif les conseils qu'on lui donne avec libéralité. Nous ne voulons pas porter à cet égard de jugement définitif, avant d'avoir mûrement examiné la réclamation des membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir ; mais nous devons dire que les raisons exposées dans la lettre des honorables réclamants nous semblent de nature à atténuer singulièrement la valeur des éloges qu'on s'était empressé, que nous nous étions empressé nous-même de décerner à M. Borne.

A cette petite discussion en a succédé une autre moins importante sur la question suivante : Un membre chargé de présenter à l'Académie un ouvrage imprimé, peut-il accompagner cette présentation de quelques mots sur le mérite du livre ? Par des scrupules évidemment fondés sur des sentiments honorables, quelques académiciens ont soutenu la négative ; nous avouons qu'une telle rigueur nous semble un peu exagérée, et que, tout en désirant que les académiciens n'abusent pas de leur privilége, nous partageons entièrement l'opinion de M. Velpeau, laquelle est d'ailleurs fondée sur les usages adoptés dans toutes les Sociétés savantes et notamment sur celui que l'Académie des sciences met en pratique presque chaque lundi. Nous avouons que ce serait être bien sévère que de voir dans un tel usage un moyen de *réclame,* suivant l'expression peu académique de M. Londe.

Malgré la grande affluence des académiciens à la séance d'hier, MM. les rapporteurs ont été rares ; l'exact M. Robinet a lui-même manqué à l'appel. A défaut de rapporteurs, M. Bouchut a été appelé à la tribune. Ce nouveau lauréat, qui vient d'ajouter une si brillante couronne à ses couronnes antérieures, a lu un Mémoire sur une *nouvelle maladie* (ni plus ni moins), c'est-à-dire sur la *galactophorite* ou *ulcération* ou *oblitération des conduits galactophores.*

Comme on le voit, c'est seulement par le titre et par quelques agréments de style que la maladie est nouvelle ; car on ne savait pas encore que la désinence *ite* désignât l'ulcération, encore moins l'oblitération ; les auteurs, arriérés sans doute, croient toujours, à l'heure qu'il est, que cette terminaison ne sert qu'à indiquer l'état phlegmasique d'un organe ou d'un tissu. Ils auront sans doute affaire à M. Bouchut.

Quant au fond de la question, M. Bouchut décrit sous le nom de *galactophorite,* ou ulcération des conduits galactophores, ce que personne, suivant lui, n'avait observé encore, mais ce que tout le monde, en réalité, a décrit sous le nom d'ulcérations, d'érosions, de gerçures, de crevasses du mamelon. La seule prétention de M. Bouchut aurait pu être de démontrer que ces ulcérations, gerçures, etc., affectent quelquefois *exclusivement* l'orifice ou le trajet des conduits galactophores, ce qu'il n'a ni fait ni songé à faire, car son travail ne renferme pas une seule observation d'anatomie pathologique. Il aurait cependant pu trouver, dans M. Velpeau, sinon pour l'ulcération, au moins pour la phlegmasie, quelques indications dont il a semblé ignorer complétement l'existence.

« Quoique rares, dit M. Velpeau, les phlegmons du mamelon seul existent cependant. J'en ai observé deux variétés qui m'ont paru avoir pour siége : *l'une, les conduits lactés ;* l'autre, le parenchyme. » (*Trait. des mal. du sein,* p. 15.)

On voit que si M. Velpeau n'a pas vu la galactophorite, il a parfaitement observé du moins l'inflammation des conduits lactés. La seule différence qu'il y a entre lui et M. Bouchut, c'est que M. Velpeau considère comme rare cette inflammation, tandis que l'ingénieux novateur la considère comme « *très-fréquente, quoiqu'on ne l'observe que dans des circonstances exceptionnelles.* » Mais cette appréciation tient aux agréments de style dont nous avons parlé ; c'est là un mérite que nous aurons à faire ressortir un de ces jours dans la chronique, en rendant compte des aphorismes dont M. Bouchut, à l'exemple d'Hippocrate et de Boërhaave, a doté la science. Pour résumer fidèlement son Mémoire d'hier, nous dirons qu'il est tout entier dans cette idée originale, de désigner sous le nom de galactophorite ce que les auteurs avaient eu la naïveté de décrire sous le nom de gerçures et d'ulcérations.

Après cette lecture, l'Académie a entendu la lecture d'un Rapport de M. Collineau, judicieusement pensé et spirituellement écrit, et d'un Mémoire un peu trop littéraire de M. Aussandon, sur le traitement de la phthisie.

M. Barth a clos la séance par la présentation d'une pièce des plus intéressantes d'oblitération de la veine-cave supérieure. Ce fait, peut-être unique dans la science, mérite d'être publié *in extenso;* c'est ce que nous ferons prochainement. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28 *et* 31 *du tome* 2.)

HUITIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière leçon, nous avons vu l'influence de la formation du collet du sac sur la guérison de la hernie; nous avons examiné les faits théoriques et cliniques connus dans la science, et les moyens à l'aide desquels (les opérations exceptées) on a tenté la guérison de cette affection. En étudiant les faits anatomico-pathologiques, nous avons vu que le plus souvent on a trouvé que la guérison se faisait par l'oblitération plus ou moins complète du collet du sac, avec ou sans adhérences à l'anneau. Depuis que les bandages sont mieux appliqués (je ne dis pas encore bien appliqués), j'ai vu que la guérison s'opérait par l'oblitération du collet du sac, et d'une partie plus ou moins grande du sac lui-même, dans la portion qui traverse le canal inguinal.

Nous avons vu la théorie de J.-L. Petit, pour qui la guérison de la hernie se fait par la disparition du sac, et celle de Ravin qui croit que la hernie peut guérir par l'oblitération de l'anneau externe, comme si un anneau fibreux fortement éraillé, dilaté, pouvait revenir sur lui-même.

J'ai recherché ensuite quels étaient les moyens que l'on avait proposés pour la guérison de la hernie, moyens internes, externes, repos au lit avec ou sans application d'un bandage. Enfin nous avons vu aussi quelle influence pouvaient avoir les astringents dans certains cas où on les applique extérieurement. Ils ne peuvent amener la guérison que quand ils sont assez irritants pour développer à la peau une inflammation capable de se propager à travers les téguments, jusqu'à la paroi celluleuse ou séreuse du sac, et d'en déterminer l'adhérence.

Maintenant, nous allons étudier les procédés opératoires qui ont été successivement préconisés pour guérir la hernie inguinale. On peut les diviser en deux grandes catégories: celle des siècles passés et de plus de la moitié du dernier siècle, époque d'ignorance, et celle des temps modernes où l'on s'occupe des hernies, mais seulement de l'anneau externe; et vous verrez qu'il n'y a guère que trois ou quatre procédés, datant de 20 ans seulement, dans lesquels les chirurgiens, enfin, s'occupent du canal inguinal.

Quelles sont les idées théoriques qui ont guidé ces tentatives d'opération faites dans les temps où l'on ne connaissait pas l'histoire des hernies? Cela est très-difficile à dire, messieurs, car ce sont des moyens empiriques proposés par des empiriques, qui agissaient là pour faire rentrer tout dans l'abdomen (intestin, péritoine, etc.), sans savoir pourquoi ni comment. Il faut arriver à ces derniers temps pour trouver quelque chose de raisonnable.

Le premier moyen auquel on a eu recours autrefois était très-simple: il y a une hernie dans le scrotum; eh bien! on enlève le scrotum et en même temps le testicule. Ce procédé, comme vous voyez, est expéditif, mais il ne sert nullement à faire remonter la hernie. Il a joui d'une grande faveur, bien que les brayers fussent connus, et, pendant quelques années, on a ainsi coupé nombre de testicules, avec le scrotum, pour guérir des hernies; cependant, Fabrice d'Aquapendente raconte que Horace de Nortia, un grand coupeur de testicules, avec qui il était en rapport, lui annonça un jour que la profession était perdue, car il n'enlevait plus à cette époque que quinze ou vingt misérables testicules par an, au lieu de deux cents ou trois cents qu'il avait l'habitude de couper annuellement.

Je me souviens qu'il y a peu d'années encore, on voyait des charlatans parcourir les campagnes, guérissant les hernies inguinales par le même procédé.

Richter dit que les médecins allemands de son temps guérissaient ainsi des hernieux, et, pour sa part, il déclare que ce n'est pas trop payer de la perte d'un testicule la guérison d'une telle maladie. Il est fort probable que, pour s'exprimer ainsi, il n'avait pas eu de hernie à se faire opérer, sans quoi il aurait regardé la chose moins légèrement.

On peut penser que l'anneau externe, n'étant plus traversé par le cordon ni tiraillé par le poids du testicule, se resserrait un peu, et que l'homme était dès lors moins exposé à la hernie; il rentrait alors dans la catégorie des femmes et était quatre fois moins sujet à la hernie qu'avant; mais ce rétrécissement de l'anneau ne peut se faire que très à la longue. Quand on coupe le cordon et le sac, le cordon se rétracte dans l'anneau inguinal et y transporte une surface saignante qui suppurait, ou qui, sans suppurer, se couvrait de lymphe plastique: il y avait donc là une inflammation qui, lorsqu'elle remontait jusqu'à l'anneau interne, pouvait amener l'oblitération du collet.

Il y avait encore deux autres petits procédés (car nous venons de voir le principal): l'un que l'on appelait le *point doré,* consistait à saisir le cordon et le sac préalablement mis à découvert, puis on liait le tout avec un fil d'or, qu'on laissait en place jusqu'à ce que la section fût complète: que faisait-on ainsi? On laissait au malade un testicule qui avait perdu ses vaisseaux, même le canal déférent, on le privait donc de son testicule comme dans l'autre méthode.

Le troisième procédé paraissait un peu plus humain: il fut mis en pratique par un Espagnol, qui refoulait le testicule, bon gré malgré, jusque dans l'abdomen, et recousait la peau par là-dessus. Vous savez quels sont les accidents que provoque la présence du testicule dans le ventre, vous connaissez donc toute la valeur de cette méthode de guérison.

Mais, au XVIIe siècle, A. Paré fit la guerre à l'ablation du testicule, cet organe (et il le nomme d'un nom beaucoup plus vulgaire) « qui fait la paix dans la maison »: il imagina donc de disséquer le sac, de le détacher du cordon, et de le lier vis-à-vis de l'annean externe: on avait ainsi quelquefois des péritonites promptement mortelles. D'autres chirurgiens, ne voulant pas de ligature simple, y substituèrent une ligature multiple; on appelait cela la *suture royale,* par pure flatterie, parce que l'on disait qu'elle conservait des sujets au roi. Elle pouvait guérir quelquefois, messieurs, car l'inflammation que l'on établissait au niveau de l'anneau externe pouvait se propager jusqu'à l'anneau interne, et faire adhérer les deux parois du sac. Mais on ne guérissait que le bubonocèle et l'oschéocèle: mais la pointe et la hernie interstitielle, on ne les connaissait pas, on n'y pensait pas. Quelquefois, on coupait le sac après avoir appliqué la suture royale; d'autres fois, enfin, on enlevait le sac sans avoir employé la suture: cette opération devait réussir plus souvent que l'opération de la hernie étranglée, car, dans tous les procédés antérieurs au mien, on coupait toute la paroi antérieure du canal.

J.-L. Petit débridait sans ouvrir le sac, il rentrait l'intestin et il voulait alors que l'on réduisît le sac: celui-ci devait contracter des adhérences dans le canal, et alors on était bien sûr de la guérison, puisque le sac devait former dans l'abdomen une barrière de 1 ou 2 pouces. Ceci est très-séduisant, messieurs, car on doit avoir là un bouchon qui pénètre dans l'abdomen, mais en agissant ainsi, vous projetez dans le péritoine les intestins et le sac qui sont enflammés, vous vous exposez à une péritonite presque certaine. J'ai fait cette opération une seule fois, messieurs, l'idée m'en vint au moment même d'opérer: ce n'était pas une hernie inguinale, c'était une hernie crurale, chez une femme; la malade succomba à une tout autre chose que je ne soupçonnais pas: il s'est fait une inflammation dans la cavité du sac, il s'est développé un phlegmon iliaque qui emporta la malade. Je ne tenterai jamais de nouveau une pareille opération.

Après la destruction du sac par la ligature et le bistouri, il ne restait plus qu'à le détruire par le fer rouge et les caustiques : c'est ce que l'on a fait. Vous trouverez cela dans le cinquième volume des *Annales de l'Académie de chirurgie,* mais vous y trouverez aussi le jugement de cette méthode, rendu d'une manière trop partiale ; elle consistait à détruire à la fois le sac et le cordon ; ces messieurs de l'Académie de chirurgie ont dit finalement qu'elle ne pouvait pas guérir le malade, qu'elle exposait aux mêmes accidents que la castration, et qu'il fallait la rejeter : c'est une erreur, elle pouvait guérir quelquefois par le bénéfice de l'inflammation qu'elle développait dans le canal inguinal.

Avant d'aborder l'histoire des procédés que j'appellerai rationnels, il me reste à vous parler de deux tentatives qui méritent toute votre attention.

La première, imaginée par M. Belmas, est excessivement ingénieuse : elle est étrange, bizarre ; rien ne pouvait mettre sur la voie de ce moyen ; c'est un exemple unique en physiologie pathologique. Quand la hernie est dans les bourses et que le sac n'a pas contracté d'adhérences, on peut assez facilement faire rebrousser chemin à la peau du scrotum jusqu'à l'anneau, et en même temps on remonte le sac : après avoir ainsi remonté le sac jusqu'à l'anneau externe, il faisait avec une lancette une petite incision à la peau des bourses, et par là il insinuait jusqu'à l'anneau externe, en longeant le cordon, qu'il avait bien soin de ménager, une sonde ouverte aux deux bouts, portant dans son intérieur une longue aiguille armée d'un fil auquel était attachée une petite poche de baudruche : il faisait sortir la pointe de son aiguille par la peau, au niveau de l'anneau externe, et il attirait au dehors l'aiguille, qui entraînait avec elle la poche de baudruche jusqu'au niveau de l'anneau ; à l'aide d'un petit tube qu'il ajoutait au sac de baudruche, il soufflait de l'air dans la cavité de cette poche, et la gonflait : on avait donc là, au-devant de l'anneau externe, une poche de baudruche remplie d'air, faisant office de bouchon. J'ai eu des relations avec M. Belmas, il m'a dit que cette idée était tout à fait empirique ; et en effet, messieurs, dans aucun procédé tenté pour la guérison de la hernie, il n'y a rien de semblable, rien qui puisse mettre sur la voie d'une pareille tentative : eh bien ! que se passe-t-il ? Oh ! messieurs, quelque chose de très-curieux, de vraiment étrange : cette poche de baudruche est un corps étranger qui détermine là une sécrétion de lymphe plastique ; mais en vertu de l'endosmose, cette lymphe coagulable passe dans le sac de baudruche, et y forme un noyau qui ne tarde pas à s'organiser ; la baudruche elle-même s'organise : on a donc, au-devant de l'anneau, obturant l'anneau, un bouchon organisé formé par la poche de baudruche remplie d'un noyau de lymphe coagulable : je le répète, c'est un fait extrêmement curieux. On devait s'attendre à des résultats magnifiques : M. Belmas avait fait ses expériences sur des chiens et il avait réussi plusieurs fois. (Il est bon que vous sachiez qu'il y a aussi des hernies chez les chiens, mais je n'ai pas fait la statistique de cette affection chez ces messieurs.) Cette méthode a été essayée une fois chez l'homme ; le malade est mort de péritonite, et l'on n'a pas tenté l'épreuve une seconde fois.

Le second procédé est beaucoup plus simple ; il appartient à M. Bonnet de Lyon. Ce procédé a été donné comme quelque chose de nouveau, mais ce n'est rien autre chose que la suture royale ou à peu près : cette suture consistait à lier le sac, tout en ménageant le cordon ; or, le procédé de M. Bonnet a exactement le même but ; mais ici on fait la suture par-dessus la peau, et non sur le sac mis à nu ; on évite donc l'inflammation suppurative. Voici comment on procède : on fait rentrer la hernie et on fait appliquer le doigt d'un aide sur l'anneau externe, pour empêcher l'intestin de sortir du ventre ; on a trois aiguilles longues munies d'une petite rondelle de carton ou de liége, comme celles que l'on emploie pour l'opération du bec-de-lièvre compliqué ; on saisit la racine du sac au niveau de l'anneau, on fait glisser le cordon spermatique pour l'isoler, on introduit les trois épingles à une distance d'environ 1 centimètre en hauteur l'une de l'autre, et l'on serre le sac en poussant la rondelle de carton : on a donc ainsi trois épingles dont la première traverse le sac en avant du cordon, la seconde le traverse en arrière du cordon, et la troisième ne prend que le sac ; elles rapprochent et maintiennent, dans cette position, la paroi antérieure et la paroi postérieure du sac ; laissées en place, pendant cinq ou six jours, dans le sac, ces aiguilles y déterminent un écoulement de lymphe plastique qui a pour résultat l'adhérence des deux parois de la partie moyenne du sac. Ce procédé encourt les mêmes reproches que le précédent : l'inflammation se bornera-t-elle au sac et n'amènera-t-elle pas une péritonite fort grave ? voilà le péril. Il a donc seulement cet avantage sur les autres procédés que nous avons examinés, qu'il évite la lésion de la peau ; à part cela, c'est la suture royale, mais perfectionnée.

Nous arrivons maintenant aux procédés que j'appelle rationnels, parce qu'ils attaquent la hernie d'une manière directe ; parce que, ce fait étant connu que la hernie traverse le canal inguinal, l'indication formelle était d'oblitérer ce canal, et c'est là le but que se proposent les procédés que nous allons passer en revue.

Il y a d'abord le procédé du *bouchon sanglant.* Créé par Jamson, il n'avait été employé par lui que pour la hernie crurale. M. Gerdy en fit l'application à la hernie inguinale, mais sans que l'opération fût sanglante. Le doigt, en se couvrant de la peau des bourses qu'il déprime, peut remonter jusqu'à l'anneau et même, a-t-on dit, entrer un peu dans le canal inguinal : ceci est une erreur. Or, voici le raisonnement que s'est fait M. Gerdy : Puisque l'on peut remonter la peau des bourses, en suivant le scrotum, jusqu'à la faire pénétrer dans le canal, si l'on pouvait l'y faire entrer un peu plus, et contracter là des adhérences, on obtiendrait certainement la guérison. Voici le procédé opératoire : il faut pour cela des fils doubles, munis, à leurs deux extrémités, d'une aiguille courbe forte et longue. Je porte dans l'anneau la peau des bourses que mon doigt a déprimée, en sorte de capuchon, de doigt de gant ; je porte une première aiguille jusqu'au fond de ce cul-de sac, je la fais glisser sur l'extrémité du doigt qui remonte la peau des bourses, et je la fais sortir à la peau, vers la partie moyenne et un peu supérieure du canal inguinal ; cela fait, je prends la seconde aiguille qui enfile l'autre extrémité du même fil, je la porte au fond du cul-de-sac que forme la peau des bourses, et je lui fais traverser le canal inguinal, mais sur un autre point, de sorte qu'en tirant les deux extrémités de ce fil, j'attire le plus haut possible, contre l'anneau externe, le sommet du bouchon que forme la peau du scrotum renversée. Il s'agit maintenant de la tenir dans cette position ; pour cela, j'ouvre les deux fils et je les attache ensemble, sur un cylindre de toile ou de diachylon : c'est donc encore une sorte de suture. Ce cul-de-sac, ce bouchon de peau est donc entré dans le canal inguinal (il ne monte jamais bien haut), et j'ai une suture qui traverse à la fois et le canal inguinal et le bouchon de peau qu'elle maintient contre l'anneau externe. Pour compléter l'opération, et pour avoir plus de chances de succès, M. Gerdy promenait alors un pinceau trempé dans l'ammoniaque caustique sur les deux parois du cul-de-sac formé par la peau des bourses de manière à la dépouiller de son épiderme. Il y avait donc deux chances pour la guérison : 1° on pouvait espérer d'obtenir des adhérences du cul-de-sac avec lui-même, et 2° des adhérences avec le canal.

M. Gerdy a employé cette méthode sur plusieurs sujets ; je la lui ai vu mettre en pratique, et j'ai suivi plusieurs de ses malades ; je puis donc en parler. Chez quelques-uns, cette opération semblait extérieurement avoir obtenu le résultat que l'on en attendait, il y avait quelques adhérences à l'extérieur, mais dans le canal on ne sentait pas ce noyau que l'on aurait dû y sentir ; à ceux-là M. Gerdy n'osait pas ôter le bandage : j'en ai vu d'autres qui, au bout de quelques mois, semblaient tout à fait guéris, mais j'en ai vu aussi un grand nombre chez qui le bouchon était retombé par son propre poids, enfin il y avait des opérés chez qui la hernie avait reparu dès que l'on avait retiré le bandage. M. Gerdy se plaignit alors de ne pas avoir un assez grand nombre de hernies pour pouvoir traiter les cas où il devait appliquer son procédé. Il n'avait eu à opérer, disait-il, que des hernies grosses,

difficiles à maintenir; sa méthode ne peut donc être employée que pour les hernies faibles, faciles à guérir par le bandage seul ; il y eut plus, messieurs, pour empêcher l'inflammation de se développer avec trop de violence, M. Gerdy fit faire des irrigations froides, et un de ses malades mourut de pleurésie. Aujourd'hui, personne n'emploie plus ce procédé.

1° Il y a d'abord un point qu'il faut bien déterminer, c'est de savoir si, pour une petite hernie, une de celles pour lesquelles M. Gerdy réservait son procédé, on repousse aussi loin qu'on l'a dit la peau du scrotum : ce sujet qui est là, sur cette table, a l'anneau externe très-large; cherchons à refouler la peau du scrotum par cet anneau : je n'arrive pas à plus d'un centimètre au delà de l'anneau, je soulève cet orifice, mais je ne pénètre pas dans le canal, et si je veux forcer, j'éraille l'anneau. A ce point de vue, le procédé que nous examinons est donc mauvais, car le bouchon n'entre pas dans le canal, et de plus, si l'on veut l'y faire pénétrer, on éraille l'anneau.

2° Un certain nombre de malades ont vu la hernie se reproduire dès qu'ils ôtaient leur bandage.

3° Chez les sujets qui ont été guéris par ce procédé, on ne sentait pas le bouchon.

Le bouchon n'était donc pour rien dans la guérison : puisque ce bouchon ne bouchait pas, il était inutile de donner au malade des cicatrices comme celle que produisait la dénudation par l'ammoniaque. Il y avait donc dans cette opération un élément, autre que ce bouchon, susceptible d'amener la guérison? Oui, messieurs, la suture, mais la suture, telle que l'a faite M. Gerdy, c'est-à-dire transportée de l'extérieur de l'anneau dans l'intérieur du canal inguinal : voilà l'idée qui peut-être survivra seule à cette méthode.

Ce que je reprochais au procédé de M. Bonnet, c'est qu'il faisait la suture au devant de l'anneau, en dehors du canal. Le mérite du procédé de M. Gerdy est, au contraire, de faire pénétrer la suture dans le canal inguinal : mais que recherchait-on par cette suture? On voulait déterminer une inflammation adhésive; mais alors à quoi servira le bouchon, si nous avons obtenu la formation d'adhérences? Voilà donc un procédé très-simple, la suture seule, et c'est là ce qui me paraît avoir réussi dans les opérations de M. Gerdy.

On avait proposé aussi de scarifier la paroi externe du sac en la mettant à nu, et M. J. Guérin imagina d'aller chercher l'anneau par la méthode sous-cutanée; il portait un ténotome dans le canal, et tâchait de scarifier l'aponévrose du grand oblique; il cherchait donc à faire de petites plaies qui devaient amener l'adhérence de cette aponévrose avec le sac, et il en faisait ainsi à l'anneau externe. Si vous examinez cette paroi antérieure du canal inguinal sur laquelle M. J. Guérin conseille de faire ces scarifications, vous verrez qu'elle est très-mince, et que, pour peu que l'on enfonce l'instrument, on divisera nécessairement toute son épaisseur. Mais scarifier l'anneau externe, messieurs, c'est ce que l'on fait dans l'opération de la hernie étranglée pour dilater cet orifice de manière à donner passage aux intestins que l'on rentre dans le ventre; on dilate donc l'anneau externe; or vous savez que jamais l'anneau, lorsqu'il a été dilaté, ne se referme, et en scarifiant l'anneau on ne fait que nuire au malade en le mettant dans la presque impossibilité de guérir désormais. L'idée de la méthode sous-cutanée appliquée ici est heureuse, mais la manière dont M. J. Guérin conseille de l'employer est mauvaise, car, en scarifiant le sac, on s'expose à de grands dangers, et, en dilatant l'anneau par des scarifications, on ôte au malade presque toutes les chances de guérison.

J'ai eu, moi aussi, ma petite idée : j'ai voulu porter les aiguilles de M. Bonnet dans le sac, afin de déterminer dans ses parois une inflammation qui, portant soit sur la séreuse, soit sur la couche de tissu cellulaire sous-jacente (vous savez que ce tissu cellulaire peut se transformer par l'inflammation en tissu fibreux), pût amener l'adhérence des parois et peut-être même l'oblitération du sac. Ce procédé, consistant à traverser le sac avec des aiguilles fortes et résistantes, était fort gênant, fort douloureux; de plus on n'était pas sûr d'arriver toujours à une profondeur convenable : je ne l'ai essayé qu'une fois, et, voyant que les hernies que je guérissais très-bien par le bandage étaient les seules qui pussent guérir par mon procédé, j'y ai renoncé entièrement.

Jusqu'ici donc aucun procédé ne guérit : j'en excepte le procédé de M. Bonnet.

Ce procédé peut être bon dans le cas de ces hernies directes qui ont dilaté les anneaux qu'il n'y a plus de canal, hernies qu'il est presque impossible de maintenir avec le bandage, et qui viennent remplir tout le scrotum ; dans ces circonstances, les malades aiment mieux tout risquer que de supporter la douleur d'un bandage qui comprime atrocement : en plaçant les aiguilles de M. Bonnet dans ces hernies que l'on n'a aucun espoir de guérir, si l'on peut obtenir une petite adhérence des parois du sac, on a déjà beaucoup gagné, car l'on pourra quelquefois appliquer le bandage avec plus de chances de contention de la hernie : voilà, messieurs, tout le bénéfice que l'on peut retirer de ce procédé de M. Bonnet.

On peut aussi obtenir quelquefois des cures radicales par ce procédé, lorsque l'inflammation qui se développe dans le sac se propagera jusqu'à l'anneau interne : dans ce cas, il y aura guérison ; mais la nature fera-t-elle cet effort? Il est très-permis d'en douter.

Enfin, la suture proposée par M. Gerdy, portant sur le sac même (sans le bouchon, bien entendu), est une idée excellente et simple, et je suis persuadé que, si quelque jour un nouveau procédé surgit dans la science avec des résultats favorables, ce sera une modification de cette suture. Et encore, aurait-on à redouter que l'inflammation locale du canal ne se propage au grand péritoine et n'amène des accidents mortels.

Parlons enfin d'une dernière opération, la cautérisation telle que la pratique M. Vallette, de Lyon. Jusqu'à lui, la cautérisation avait les mêmes inconvénients que les autres opérations ; elle intéressait le cordon des vaisseaux spermatiques, en même temps que le sac, et, par conséquent, frappait le testicule de mort. M. Vallette imagina de porter le caustique jusque dans le sac, en protégeant sûrement le cordon. Voici comment il se comporte : il a une sorte de mandrin en bois (buis ou ébène) qu'il porte, bon gré malgré, assez loin dans le canal inguinal, en soulevant la peau du scrotum ; quand il l'a ainsi placé, il fait glisser une aiguille sur la face interne de cet instrument, et la fait sortir en avant, au niveau de la partie supérieure du canal inguinal : cette aiguille sert de guide à l'autre portion de l'instrument, une autre petite plaque de bois ou d'acier munie d'une fenêtre par laquelle passe le fil; on serre les deux plaques l'une contre l'autre. Elles comprennent ainsi, dans leur intervalle, la paroi antérieure du canal inguinal dont on pourrait, en rapprochant d'une manière exagérée les deux plaques l'une contre l'autre, amener la mortification complète. Dans la fenêtre que porte la plaque extérieure, on place du caustique de Vienne qui brûle toutes les parties molles laissées à découvert par cette fenêtre, sans atteindre ce qui est situé sous la partie pleine de la plaque ; l'escarre que l'on obtient ainsi comprend toutes les parties molles situées au-devant du canal inguinal, et en même temps la paroi antérieure de ce canal, mais, en ménageant toutes les parties voisines (cordon, etc.); l'escarre tombera, et, à sa chute, il y aura déjà des bourgeons charnus qui ne se seront produits qu'avec une inflammation qui amènera l'adhésion des deux parois du canal; il se forme là, au-devant de l'aponévrose antérieure, une membrane fibreuse très-solide : il y a donc adhérence des deux séreuses, et de plus, dans cette même cicatrice, il y a adhérence de la face antérieure du sac avec les parois de l'abdomen, ce qui, suivant M. Vallette, assure contre les chances de récidive. Et ce chirurgien ajoute encore, pour démontrer la supériorité de son procédé opératoire, que l'application des caustiques expose moins à l'érysipèle, à la résorption purulente que l'emploi du bistouri ; mais les faits d'accidents de ce genre succédant à la cautérisation ne sont pas rares, et de plus, l'action du caustique est assez difficile à apprécier, et quelquefois elle s'étend trop loin et amène de grands désordres. Je ne pour-

rais trop dire, non plus, jusqu'où vont les chances de la non-récidive.

Mais, messieurs, quelle plaie, quelle blessure on fait là, et quand on n'a pas plus de chances pour guérir par ce procédé que par l'emploi du bandage! Aucun chirurgien n'a donc employé ce procédé.

Il ne nous reste plus maintenant que l'histoire du bandage, soit comme traitement palliatif, soit comme traitement curatif; c'est cette grande question que nous aborderons dans la prochaine leçon. A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Phthisie pulmonaire, compliquée de calculs biliaires,

Par le Dr Léon Sorbets, *d'Aire (Landes)*.

La phthisie pulmonaire, cette affection si cruelle et cependant si commune, est en général d'un diagnostic facile, lorsqu'elle se montre dégagée de toute complication. Le diagnostic est plus difficile à établir, quand une autre affection grave vient masquer ou faire disparaître les symptômes liés à la phthisie.

En général, la marche de cette affection varie suivant la nature de la complication. Y a-t-il, par exemple, des calculs biliaires qui empêchent la bile de passer dans l'intestin? La digestion intestinale sera modifiée, abolie peut-être. Au lieu de la diarrhée qui se montre dans la phthisie, on constatera une constipation qui viendra jeter quelque obscurité sur le diagnostic. Seule, la phthisie aura une marche régulière. Compliquée, elle revêtira une physionomie toute spéciale, un cachet tout particulier. C'est un cas de ce genre qui fait l'objet de l'observation suivante, remarquable à plus d'un titre :

Marie Duval, âgée de 38 ans, née à Aire (Landes), mariée, est d'un tempérament éminemment nerveux et d'une constitution délicate. Sa mère mourut à l'âge de 45 ans. A l'autopsie de cette dernière, on trouva la vésicule biliaire très-distendue et contenant un grand nombre de calculs d'un petit volume. Les poumons ne furent pas examinés. Une de ses sœurs succomba, en outre, il y a trois ans, à une phthisie pulmonaire.

Marie Duval jouissait ordinairement d'une assez bonne santé. Elle se plaignait cependant parfois de douleurs vagues, d'un malaise dont elle ne pouvait se rendre compte. A la suite d'un refroidissement, le 7 décembre 1853, elle éprouva tous les symptômes d'une pneumonie. Cette affection régnait alors épidémiquement dans la contrée.

Appelé immédiatement auprès de la malade, voici l'état dans lequel je la trouvai ;

Marie Duval accusait, à la base du poumon gauche en arrière, une douleur assez vive, s'exaspérant par les efforts inspirateurs et par la toux qui était sèche, fréquente, très-pénible.

Comme expression générale : face animée, rouge; yeux brillants; langue blanche au centre, rouge sur les bords et à sa pointe; inappétence; oppression marquée; respiration à 32; pouls à 105.

A la percussion : matité au tiers inférieur et postérieur du poumon gauche.

A l'auscultation : dans cette même hauteur, crépitation à bulles excessivement fines, sèches, nombreuses. Dans les autres points du poumon droit et gauche, respiration normale. Seulement, le murmure respiratoire présente un affaiblissement marqué.

En présence de ces symptômes, voici le traitement mis en usage :

1° Une saignée générale;
2° Un looch additionné de 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, administré par cuillerée, toutes les heures;
3° Tisane de fleurs de guimauve, édulcorée avec du sirop de gomme;
4° Diète absolue.

Le lendemain, malgré ce traitement, le point de côté persiste. La toux le réveille, ainsi qu'une forte inspiration; oppression; pouls fort, accéléré; décubitus dorsal; peau chaude, sèche; soif vive; nuit agitée; figure exprimant la souffrance.

Une application de 15 sangsues est faite sur le point douloureux. Nouvelle potion antimoniée; tisane; diète.

Sous l'influence de ce traitement, le point de côté disparaît. Tous les autres symptômes s'amendent. L'élément inflammatoire étant un peu tombé, un large vésicatoire est appliqué à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche. Ce vésicatoire produit quelques phénomènes nerveux et des accidents du côté de la vessie, calmés par les opiacés, les fomentations et applications émollientes.

La marche de la pneumonie est enrayée. Six jours après, Marie Duval entre en convalescence.

Cependant, la malade ne se rétablissait pas. Déjà, il est vrai, avaient disparu les principaux symptômes, liés à une pneumonie aiguë; mais la malade en accusait d'autres qui pouvaient se rapporter à une affection autrement grave. Ainsi, vers le soir, état fébrile très-prononcé; coloration rouge et arrondie des joues; toux sèche, fréquente; sueurs nocturnes; état de prostration extrême; appétit nul.

A l'auscultation : d'une manière générale, affaiblissement marqué du murmure respiratoire. Cet affaiblissement s'observe en arrière, dans la hauteur des deux poumons; à l'exception, toutefois, du tiers inférieur du poumon gauche, où la respiration est naturelle. C'était, à n'en plus douter, cette variété de pneumonie, compliquée de phthisie, dite pneumonie tuberculeuse.

Je fis part de mes craintes à mon père. Après avoir reconnu cette complication fâcheuse, nous commençâmes un traitement dans ce sens. Cependant, ne voulant pas assumer toute la responsabilité d'une semblable affection, deux réunions, composées de deux docteurs en médecine, eurent successivement lieu. Tous, nous diagnostiquâmes une phthisie commençante.

Voici le traitement proposé :

- Matin et soir, administration de sirop d'iodure de potassium et d'amidon; la malade ne supportant pas l'huile iodée de Personne, et, à plus forte raison, l'huile de foie de morue;
- Application de deux petits vésicatoires sous-claviculaires, que l'on devait plus tard convertir en cautères, en plaçant à leur centre un pois d'iris;
- Bonne alimentation; vin de Bordeaux; repos au lit; température douce et uniforme de la chambre.

Malgré ce traitement, la maladie fait tous les jours de nouveaux progrès. Amaigrissement plus prononcé; sueurs nocturnes; fièvre tous les soirs; appétit nul; règles supprimées; prostration extrême. La diarrhée apparaît; elle cède après vingt-quatre heures, pour ne plus se montrer, à l'emploi de lavements amidonnés et d'une potion diacodée.

Du premier, l'affection passe au second degré. A l'affaiblissement du murmure respiratoire, et sur la fin de la première période à l'expiration prolongée, succèdent les phénomènes que l'on remarque à la deuxième période, désignée sous le nom de tubercules à l'état de ramollissement.

En effet, au sommet postérieur du poumon gauche, on perçoit un craquement pulmonaire, qui se présente ici sous deux variétés. A la partie la plus supérieure, on constate comme toujours dans l'inspiration, le craquement sec; plus bas, le craquement humide, dont les caractères se rapprochent du râle sous-crépitant, ou plutôt du gargouillement.

Au sommet postérieur du poumon droit, l'affection est encore au premier degré, traduite par l'expiration prolongée. Dans toutes les autres parties du poumon existe un affaiblissement du murmure respiratoire.

Tels sont les phénomènes que fait reconnaître un examen attentif. Ils se rapportent, pour le sommet du poumon gauche, à une phthisie au second degré (tubercules ramollis), et, pour le poumon droit, cette lésion n'est encore qu'au premier degré.

Quant aux troubles fonctionnels, on constate : respiration

à 32, courte, naturelle, se faisant sans douleurs; la toux se montre par quintes, sèche, pénible; pouls à 105; sueurs se montrant le matin, sur la poitrine, sur les bras, sur la face; sentiment pénible d'oppression; insomnie; appétit nul; constipation opiniâtre.

La malade n'accuse aucune espèce de douleur du côté du ventre.

Convaincu que les moyens mis en usage n'arrêtaient pas la marche de cette affection, j'employai les inhalations d'iode, d'après la méthode du professeur Piorry. Je n'ai constaté aucun bon effet de ce traitement.

Il est inutile de rapporter tous les symptômes de cette phthisie aiguë. Dix semaines après le début des accidents, la malade succombait après avoir présenté tous les phénomènes de la cachexie tuberculeuse.

Autopsie. — A. *Cavité thoracique. — Poumons.*

1° *Poumon gauche.* — Sous le point de vue de l'anatomie pathologique, ce poumon pouvait être divisé en deux parties : une moitié supérieure et une moitié inférieure. Cette dernière présentait une altération particulière, se rapportant à une pneumonie récente au second degré. En effet, on reconnaissait cette altération, désignée sous le nom d'hépatisation rouge. Dans la moitié supérieure, on remarquait des tubercules au premier et au second degré. Une caverne, d'un assez fort volume, occupait le centre de cette moitié supérieure. En partie vide, elle contenait une matière crétacée, crémeuse, ou tubercules à l'état de ramollissement très-avancé. Autour d'elle se groupaient d'autres tubercules crus. A la partie la plus supérieure du poumon, en avant et en arrière, se trouvait un tissu dur, imperméable à l'air, comme squirrheux et criblé de tubercules, tous à l'état de crudité.

Telles étaient les altérations du poumon gauche.

2° *Poumon droit.* — Ce poumon a diminué de volume; il est comme revenu sur lui-même, d'une couleur grisâtre, imperméable à l'air; il est criblé, pénétré de tubercules, tous à l'état de crudité.

3° *Cœur.* — A l'état normal.

B. *Cavité abdominale.*

1° *Foie.* — Cet organe ne présente qu'une légère augmentation de volume.

2° *Vésicule biliaire.* — Elle renferme quinze calculs de forme et de volume variables. Deux ressemblent parfaitement à deux dés à jouer; tous les autres affectent la forme d'un coin et sont de grandeur variable.

3° *Rate et estomac.* — État normal.

Les intestins et le cerveau n'ont pas été examinés.

D'après ces altérations, la malade avait succombé à une phthisie aigue double, compliquée de calculs biliaires.

Réflexions. — Cette observation présente des considérations fort importantes sous le point de vue du début, du diagnostic et de la complication du côté du foie.

Jusqu'à l'âge de 38 ans, aucun des symptômes de la phthisie ne s'est montré. Elle se trouvait là peut-être à l'état latent, attendant une occasion pour se révéler. La pneumonie a été la cause occasionnelle du début des accidents. Une fois déclarée, la phthisie a marché de la manière la plus rapide.

Le diagnostic a offert au début quelques difficultés. Cependant, la fièvre qui augmentait tous les soirs, l'amaigrissement de plus en plus prononcé, la coloration particulière des joues, quelques hémoptysies, la toux sèche, brève, paraissant venir de la gorge, un sentiment d'oppression et de malaise inexprimable, des sueurs nocturnes, tous ces symptômes ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. Un symptôme important faisait défaut au déclin de la maladie : c'était la diarrhée, qui était remplacée par une constipation opiniâtre. Ce dernier symptôme devait faire soupçonner une complication du côté du foie. Il existait, en effet, du côté du foie, une complication remarquable. La vésicule biliaire, moyennement distendue, contenait quinze calculs. Le passage de la bile dans le duodénum était devenu impossible. Cependant, pendant la vie, aucun symptôme, si ce n'est la constipation, n'était venu nous révéler cette complication. Tous les autres symptômes étaient négatifs. Aucune douleur ne s'était fait sentir dans l'hypochondre droit. Les vomissements caractéristiques de cette affection n'avaient pas paru. La palpation elle-même ne pouvait pas nous faire reconnaître une augmentation dans le volume du foie, que l'autopsie nous montra réduit à son volume normal. La vésicule biliaire elle-même ne faisait point saillie sous les parois abdominales. Tout au contraire, elle devait fuir devant la main qui cherchait à constater la présence des calculs hépatiques. Nous soupçonnions cependant une complication de cette nature, guidés par les antécédents et le genre de mort de la mère, chez laquelle on avait trouvé un nombre considérable de calculs biliaires. L'absence de la diarrhée, pendant tout le cours de la phthisie, fut alors expliquée, et les calculs biliaires, trouvés chez notre malade, nous rendirent compte de la constipation et de la difficulté si grande des digestions, devenues impossibles par défaut de bile.

C'était cette complication qui avait jeté quelque obscurité sur le diagnostic, en imprimant à cette phthisie un cachet tout particulier. Les intestins ne purent pas être examinés, à mon grand regret, car il eût été intrressant du savoir si la constipation eût existé, malgré les tubercules qui se fussent montrés dans l'intestin. De nouvelles recherches, très-importantes sous le point de vue du diagnostic, doivent être faites dans ce sens, et l'on pourrait, ce me semble, arriver à étudier cette proposition de pathologie générale :

Dans un cas de phthisie pulmonaire, on devra soupçonner une complication du côté du foie, si, au lieu de la diarrhée toujours liée à cette affection, on observe une constipation opiniâtre.

Et enfin, rechercher, par l'anatomie pathologique, si cette constipation peut exister, malgré la présence de tubercules dans les tuniques intestinales.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Mars 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillon de source minérale sise à Saint-Yorre (Allier);
2° Échantillon d'un remède secret dit *théobrôme hépatique.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement des plaies.

M. le docteur Mouchaux (de Chelles) adresse une Note très-succincte sur la *Transformation des plaies avec perte de substance en plaies sous-cutanées.* La peau est le tissu le plus imperméable à l'influx nerveux, cet agent qui joue un si grand rôle dans le travail de restauration des plaies. Le meilleur pansement des plaies avec perte de substance doit donc être l'application immédiate de l'enveloppe tégumentaire sur la solution de continuité. Elle doit être maintenue tant que dure le travail de réparation de la perte de substance. La restauration se fait là par première intention, comme pour les plaies sous-cutanées, et la cicatrice ainsi obtenue, n'étant pas rétractile, n'offre pas les inconvénients que présentent les cicatrices ordinaires.

Tels sont les principaux points que M. Mouchaux désirait signaler.

Voici un exemple de sa manière de faire : le dos de la main gauche est brûlé au troisième degré; après l'élimination de l'escarre, le bourgeonnement considérable annonce que l'on aura là une vaste cicatrice; pour pansement, la paume de la main droite est appliquée sur cette large plaie et maintenue par quelques tours de bande. La restauration est complète au bout de huit à dix jours.

Version.

M. le docteur Dubreuilh, de Bordeaux, envoie une nouvelle observation pour joindre à son Mémoire ayant pour titre : *De la version pour remplacer la craniotomie dans quelques cas de rétrécissements du bassin.* (Comm. MM. Danyau et Cazeaux.)

Fumigations mercurielles.

M. le docteur Ed. Langlebert adresse une Note sur un nouveau procédé de fumigations mercurielles, dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. Les substances qu'il administre en fumigations, sont : 1° le protoiodure de mercure à la dose de 10 à 20 centigrammes par trochisque; 2° le cinabre ou sulfure rouge de mercure, à la dose de 2 grammes; il les donne mêlées à des trochisques ou pastilles du sérail. (Comm. MM. Ricord et Gibert.)

Choléra.

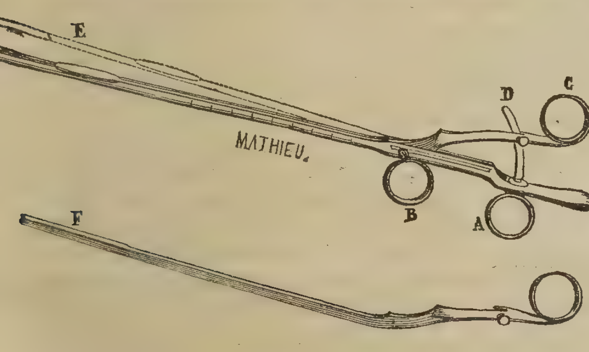
M. le docteur Billiard, de Corbigny (Nièvre), qui a déjà adressé à l'Académie un Mémoire sur la cause du choléra (c'est pour lui un *manque d'ozone* dans l'air atmosphérique), envoie aujourd'hui une petite Note sur le traitement qu'il dirige contre cette maladie : ce sont des lavements d'air chargé d'ozone et l'administration de l'eau ozonée. (Renvoyé à la comm. du choléra.)

Vaccin.

M. le docteur Lalagade, du Tarn, envoie une Note sur un *nouveau* procédé de conservation du virus-vaccin dans les tubes capillaires. (Comm. de vaccine.)

Urétrotomie.

M. le docteur Hammer, de Saint-Louis (Missouri, Etats-Unis), présente un nouvel urétrotome de son invention, exécuté avec habileté par M. Mathieu. Cet instrument, dit l'auteur, réunit les avantages suivants : la gaîne qui renferme la lame est indépendante de cette dernière, et sert à fixer le canal pendant qu'on en pratique l'incision ; la lame peut se retirer de la gaîne sans pour cela que celle-ci soit dérangée du canal, et on a la faculté



d'y faire entrer une seconde pièce mousse, au moyen de laquelle on dilate les parois du canal. Toutes ces manœuvres peuvent se faire sans aucun danger pour les parties saines de l'urètre. M. Hammer ajoute que cet instrument n'a aucune ressemblance avec celui qu'a présenté M. Maisonneuve. (Envoyé à l'examen de M. Robert, qui s'occupe de plusieurs instruments du même genre.)

Extraction de corps étrangers de la vessie et d'autres cavités profondes.

M. Leroy (d'Étiolles) adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie un nouveau cas d'extraction sans incision, par les voies naturelles, d'un corps étranger introduit dans la vessie : c'est une épingle à cheveux double que j'ai retirée, il y a huit jours, de la vessie d'une demoiselle de 18 ans ; elle m'avait été envoyée par un habile chirurgien, professeur d'une École secondaire de médecine, dont je ne publierai pas le nom par discrétion : je l'ai fait connaître à M. le secrétaire perpétuel. Le corps étranger séjournait déjà depuis six semaines, car la jeune personne, honteuse de sa mésaventure, n'en a fait l'aveu que lorsqu'elle eut perdu l'espoir de le voir sortir spontanément. Le chirurgien qui fut appelé se contenta de reconnaître la présence de l'épingle ; il ne voulut faire aucune tentative d'extraction, et il donna à la famille le conseil de conduire à Paris la jeune demoiselle qu'il me recommanda par une lettre.

« Le lendemain de son arrivée, le 5 mars dernier, je procédai à l'opération, et moins de deux minutes après l'introduction de l'instrument, l'épingle était extraite toute entière.

« Le procédé dont je me suis servi est celui de la plicature en double, procédé auquel M. Segalas, M. Courty (de Montpellier) et moi, avons apporté notre contingent d'idées et d'invention. La pince de M. Segalas, modification de celle de Halles et de Desault, suffit pour l'extraction de bougies fines, mais elle est impuissante à courber des tiges métalliques ; mon instrument, en forme de brise-pierre à branche mobile dépassante, a rendu facile, pour ces sortes de corps, l'extraction sans incision (*voir fig.* 1). Enfin, M. Courty, en substituant un tube à la branche femelle, a rendu plus facile la sortie de ces tiges ployées en double, particulièrement de celles qui, comme les épingles doubles pour tenir les cheveux, sont déjà coudées. Aussi, dans l'opération que je viens de pratiquer, me suis-je servi d'un instrument à tube, comme celui de M. Courty, que j'ai modifié à mon tour (*voir fig.* 2).

Fig. 1.

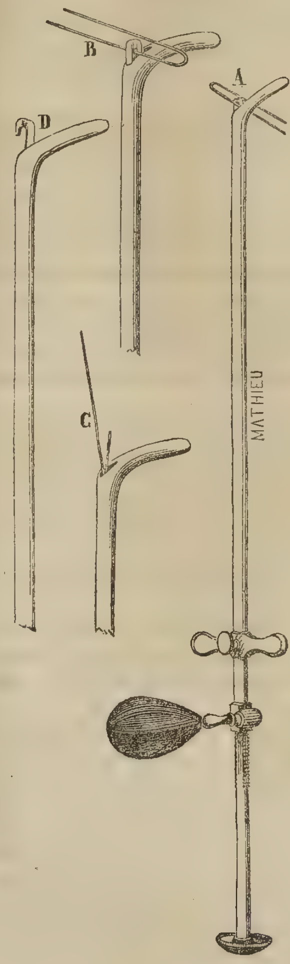
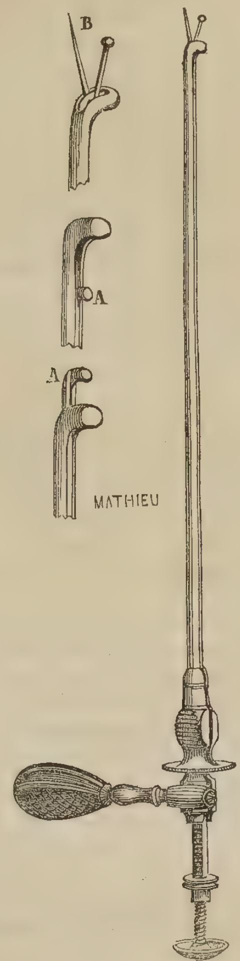


Fig. 2.



« Je crois utile de présenter quelques considérations au sujet des épingles doubles, l'un des corps étrangers que les aberrations érotiques font tomber le plus souvent dans les vessies ; celle-ci est la troisième que j'ai eu l'occasion d'extraire. La manière de les saisir la plus favorable serait de les accrocher par l'anse que forme le coude, mais il ne faut pas compter sur cet heureux hasard. Le plus ordinairement, l'épingle est accrochée par une de ses branches qui se ploie et passe en double ; mais, dans ce mouvement, l'autre branche glisse et s'avance en dehors du tube ; la pointe tendrait à percer le col de la vessie, si le chirurgien n'avait pas la précaution de pousser l'instrument en avant et de l'appuyer contre le sommet de l'organe, à mesure que la plicature de la tige s'opère. Les chirurgiens qui auront à faire l'extraction d'épingles doubles devront étudier auparavant ce mouvement, pour s'en rendre compte et apprécier l'utilité de la manœuvre que je conseille ; mon observation doit mettre à l'abri des accidents. Ils ont été nuls pour la demoiselle dont il est ici question : elle a pu sortir le jour même ; le lendemain, elle a fait dans Paris de longues promenades, et quatre jours après elle est retournée dans le pays qu'elle habite.

« J'ai pensé qu'il était bon de faire connaître ce nouveau fait, pour démontrer l'utilité de mes instruments extracteurs, habilement exécutés par M. Mathieu.

« Ces instruments pourront aussi servir à extraire des corps étrangers de certaines cavités profondes. »

Élève des sangsues.

Les membres du bureau de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent une réclamation dans laquelle ils déclarent que M. Borne, qui avait d'abord fait plusieurs essais infructueux pour élever des sangsues, a appris de quelques membres de l'Association le procédé qu'il emploie aujourd'hui ; que ce procédé a été mis en usage dans l'Eure-et-Loir bien antérieurement à l'époque où M. Borne l'a appliqué, et que M. Soubeyran en a été directement informé par une lettre écrite à l'administration des hôpitaux par le bureau de l'Association.

Syphilis.

A propos de la correspondance imprimée, M. Gibert dépose sur le bureau un ouvrage de M. Prosper Yvaren, d'Avignon, intitulé : *Des métamorphoses de la syphilis,* et que l'auteur a publié d'après les encouragements que lui a donnés l'Académie.

Ce livre, ajoute M. Gibert, intéressant, utile et vraiment nécessaire (qualités bien rares dans ces nombreuses publications, qui se sont accumulées depuis un demi-siècle... *rara avis in terris*), comble une lacune regrettable dans l'histoire de la syphilis.

L'auteur a réuni, interprété, commenté et remis à leur véritable place tous les faits disséminés dans un grand nombre d'ouvrages qui peuvent être rattachés à la *syphilis larvée,* c'est-à-dire qui offrent des exemples de formes morbides très-diverses, bien que produites par la même cause spécifique, très-fréquemment méconnue par les observateurs pendant un temps plus ou moins long. Dans la plupart de c s cas, qui simulaient diverses maladies, ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on est arrivé à la cure spécifique qui a pu seule amener la guérison Or, ces faits de guérison sont ici tout à fait probants. Car si la syphilis *primitive* peut guérir par les seuls efforts de la nature, du moins temporairement, il n'en est pas de même, assurément, de la syphilis *consécutive,* et par conséquent de la syphilis *larvée.*

Sans doute, il y a des exemples de guérison par le régime, par les purgatifs, par les sudorifiques, par les eaux thermales sulfureuses, et surtout par l'*hydrothérapie,* qui a les plus heureux résultats en pareille occasion.

Mais n'oublions pas que ces sortes de cures sont, avant tout, des exemples de guérison de *cachexies,* que, le plus souvent, les remèdes spécifiques n'avaient fait qu'aggraver.

M. Gibert propose d'adresser une nouvelle lettre de remerciements à l'auteur.

M. Bégin est d'un avis contraire à cette mesure, qui est sans antécédents, suivant lui, et contraire aux règlements de l'Académie, à savoir qu'un de ses membres, en présentant un ouvrage de la part de l'auteur y ajoute des paroles élogieuses.

M. Gibert. — Je demande à me disculper ; ce fait a des antécédents, et je prétends que cela peut se faire et que cela s'est fait. D'ailleurs le cas est exceptionnel. Lorsque le mémoire de M. Yvarens a été lu en séance, on en a demandé l'impression : vu l'étendue de ce mémoire, le comité de publication ne l'a pas fait imprimer ; c'est l'auteur lui-même qui l'a fait à ses frais ; il vous en fait hommage, et vous ne l'en remercieriez pas !

M. Michel-Lévy rapporte qu'un pareil fait s'est offert un jour qu'il présentait, de la part de l'auteur, à l'Académie, un ouvrage pour lequel il demandait une lettre de remerciements, M. Orfila lui a répondu que cela lui était impossible ; il demande donc qu'il en soit de même dans le cas présent.

M. le secrétaire perpétuel propose d'envoyer un simple accusé de réception à l'auteur : tel est l'usage.

M. Londe appuie cette proposition ; les éloges donnés lui paraîtraient une *réclame.*

M. Velpeau. — Il serait tout à fait contraire à la manière de faire usitée dans toutes les sociétés savantes, que de refuser à un membre le droit de commenter en quelques mots un ouvrage qu'il présente : vous ne voulez pas que l'un de nous, présentant un ouvrage de la part d'un confrère, ne puisse pas dire : C'est un bon ou un mauvais ouvrage ? Autre chose est de faire un rapport ou de dire simplement : L'ouvrage que je présente est bon, il est utile, et je le recommande à votre attention. J'ai vu cela se faire nombre de fois, et je crois que ce serait mal se conduire vis-à vis de nos confrères, que d'en agir autrement.

(Plusieurs membres demandent l'ordre du jour qui est mis aux voix et adopté.)

LECTURES.

Ulcérations du mamelon.

Sous le titre de *Galactophorite ou ulcération des conduits galactophores,* M. Bouchut lit un Mémoire sur une *nouvelle maladie,* qui n'est autre que l'ulcération du mamelon décrite par les auteurs.

RAPPORTS.

Invagination.

M. Collineau lit un rapport sur un travail de M. le docteur Déchant, ayant pour titre : *Des invaginations chez les enfants.* Ce traval manque entièrement de détails quant au diagnostic ; par conséquent, les réflexions que cette observation a suggérées au docteur Déchant sont fort vagues : l'auteur dit lui-même qu'il a cherché à savoir quelle était la maladie à laquelle il avait affaire, et que, ne trouvant rien de bien satisfaisant, il en avait conclu, par intuition, que c'était une invagination. Mais de quelle autorité peut-être un diagnostic porté par intuition par un père qui voit son enfant à deux doigts de la mort? et c'est d'après cette observation dont il n'a pu évidemment, dans son désespoir, noter toutes les particularités, tous les détails, c'est d'après ce seul fait si incomplet, que M. Déchant tire des conclusions relatives au diagnostic et au traitement de l'invagination chez l'enfant. M. Collineau déclare qu'il ne saurait trop blâmer ces hommes légere qui semblent ne pas connaître ce précepte : *Festina lenté*, et qui, d'après une seule observation, quelquefois fort incomplète, bâtissent une théorie tout entière sur une maladie.

Néanmoins, les conclusions du rapport de M. Collineau sont celles-ci :
1° Dépôt du travail aux archives de l'Académie ;
2° Remerciements à l'auteur (adopté).

Phthisie.

M. le docteur Aussandon lit un mémoire sur le traitement de la phthisie tuberculeuse. (Commission nommée, MM. Bricheteau, Requin, Piorry.)

M. le docteur Barth présente à l'Académie une pièce fort intéressante ; nous publierons cette observtion.

La séance est levée à 5 heures.

THÉRAPEUTIQUE.

Des affusions froides dans l'éclampsie puerpérale.

Cette méthode, à laquelle M. Récamier a dû de si beaux succès, n'est pas assez connue. Le *Southern medical and surgical journal*, rapporte un exemple où son emploi a été des plus heureux. Une femme de dix-huit ans, primipare, fut prise, après plusieurs heures de début du travail, de convulsions partielles, puis de violentes convulsions générales. Le docteur Booth pratiqua aussitôt l'extraction de l'enfant, espérant que la délivrance mettrait un terme aux convulsions ; mais elles n'en continuèrent pas moins, se compliquant de perte de connaissance, et résistèrent pendant douze heures à des moyens très-énergiques qu'on n'indique d'ailleurs pas. Le médecin ne savait plus que faire et désespérait de sa malade, lorsqu'il lui vint à l'idée d'essayer les affusions froides. Il les fit sur tout le corps pendant plusieurs minutes avec de l'eau de puits. Une demi-heure après, la malade sortit de sa stupeur, reprit sa connaissance, et n'eut plus aucune convulsion. Les suites de couches se passèrent très-bien. (*Annales médicales de la Flandre occ.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Éthérisation localisée.* — On s'est beaucoup occupé récemment, après l'avoir laissé d'abord tomber en désuétude, de l'éthérisation localisée. L'incertitude des résultats obtenus nous a empêché d'en parler jusqu'à ce jour. Nous résumerons toutes les tentatives faites lorsqu'il en sera temps. Nous devons cependant mentionner, dès aujourd'hui, celle dont nous avons été témoin hier dans le service de M. Malgaigne, et dans laquelle la vapeur de chloroforme a été portée chaude sur les surfaces à anesthésier. Cet appareil a été imaginé par un chimiste dont le nom est bien connu, par M. Figuier. Les résultats obtenus, quoique incomplets, ont paru devoir rendre intéressants de nouveaux essais.

— *Concours pour trois places de médecin du bureau central des hôpitaux.* — Le jury pour le nouveau concours que nous avons déjà annoncé est ainsi composé : *Juges*, MM. Denonvilliers, Monneret, Bourdon, Guersant, Nonat, J. Pelletan et Rostan ; *Suppléants,* MM. Tardieu et Velpeau.

— Pendant la visite de l'Empereur au nouvel hôpital d'Enfants, MM. Marjolin et Legendre ont reçu de Sa Majesté la croix de chevaliers de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de la peau, par le docteur Alph. Devergie. — 1 vol. in-8 de XII-736 pages, avec planches gravées et coloriées, représentant 34 types de maladies. — Paris, chez Victor Masson.

Des ophthalmies traumatiques, choix d'observations remarquables destinées à éclairer l'histoire des corps étranges de l'œil, par le docteur Al. Magne. — Brochure in-8 de 40 pages. Paris, 1854.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 33. 2e année. Samedi 18 Mars 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef* : M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 17 Mars 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 6 Mars.

Il y a des esprits ainsi faits que si quelqu'un leur soutenait qu'il ne fait pas jour en plein midi, ils se croiraient obligés, pour convaincre leur plaisant contradicteur, de faire la démonstration complète du système du monde. M. Schiff paraît être à quelques égards un de ces esprits-là, et en cela d'ailleurs il a beaucoup de frères parmi ses confrères d'outre-Rhin.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'entretenir nos lecteurs de cette singulière opinion de l'expérimentateur germanique, M. Waller, qui prétend que lorsqu'un nerf est coupé en deux, toute la partie périphérique se désorganise complétement et se reforme, se régénère de toutes pièces, à la manière d'une racine ou d'une branche qu'on aurait raccourcie. Pour démontrer la réalité d'un tel fait, il semble qu'il y a une expérience bien simple à faire : exciser 2 ou 3 pouces de l'étendue d'un nerf; faire cicatriser isolément les deux bouts, et voir si le bout inférieur reprend ses fonctions. Mais cette méthode paraît trop vulgaire à MM. Waller et Schiff : ils trouvent beaucoup plus scientifique de diviser simplement un nerf et d'étudier pendant et après la cicatrisation comment se comportent les granules de la substance nerveuse, comment les fibres tubuleuses; si les premiers se transforment en globules de graisse, les secondes en lames celluleuses ou en un fluide amorphe, et suivant telle ou telle transformation ou illusion microscopique, ils déclarent que le nerf se régénère ou ne se régénère pas. C'est là tout justement ce que dans ce langage vulgaire, souvent si expressif, on appelle chercher midi à quatorze heures. Nous avons du reste reproduit textuellement la Note de M. Schiff, d'abord parce qu'il n'est pas inutile de mettre de temps en temps sous les yeux des observateurs positifs ces élucubrations nuageuses auxquelles quelques esprits débonnaires accordent une si grande importance; ensuite, parce qu'à travers les divagations de M. Schiff, il est possible que les hommes du métier découvrent quelques observations microscopiques utiles.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Enfants malades. — M. GUERSANT.

Des tumeurs érectiles et de leur traitement.

Les tumeurs érectiles constituent une des affections chirurgicales les plus fréquentes dans l'enfance; aussi croyons-nous

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pendant l'année 1853,

Par le Dr F. FONTÈS, *secrétaire général.*

(Suite et fin. Voir les nos 29 et 31 du tome 2.)

Revenons au programme des travaux de la Société. Avant de vous parler des questions qui ont été traitées, je hasarderai une réflexion qui me met en opposition, je ne l'ignore pas, avec quelques-uns de nos collègues les plus honorés et les plus éminents, et que je ne me serais jamais permise, si la Société, née d'hier, ne se trouvait à une période de son existence où la voie dans laquelle elle doit s'engager n'est pas encore parfaitement tracée, et où il peut y avoir quelque utilité à ce que toutes les idées soient débattues. Sa marche ne sera que plus assurée, quand la discussion aura, sur tous les points, fait cesser le doute et l'incertitude.

La nouvelle Société devait-elle, à son début surtout, repousser les travaux purement scientifiques pour s'adonner exclusivement aux études relatives à l'organisation matérielle du service. Se prononcer pour l'affirmative, ne serait-ce pas, messieurs, renier la première partie de ce compte rendu? La question s'était, d'ailleurs, déjà dressée devant les auteurs du règlement, qui avaient jugé devoir laisser la porte ouverte aux travaux de l'une et de l'autre catégorie.

A mon point de vue, messieurs, notre société n'ayant aucun caractère officiel, n'étant appelée à donner aucun avis, pouvant à peine faire entendre sa voix de l'administration, n'a d'autre perspective que de conquérir à la longue une certaine influence morale par le sérieux, l'importance et la spécialité de ses travaux. Il faut, passez-moi l'expression, qu'elle se fasse un nom. Or, des médecins feront plus aisément leurs preuves en se retranchant d'abord dans leur propre science. Nous avons vu que, sans sortir de la sphère des bureaux, ils pouvaient se mettre à l'œuvre dans bien des directions différentes, et si chacun de vous voulait être un peu moins avare des notes et des observations qu'il a déjà en réserve, je suis convaincu que la Société y gagnerait bien vite sous tous les rapports; elle pourrait bientôt se parer de travaux importants, que l'exemple et l'émulation ne tarderaient pas à multiplier; et plus tard, des études sur l'organisation du service, épaulées en quelque sorte par des productions d'un autre genre, auraient plus de chances de se faire remarquer.

L'avis contraire ayant à peu près prévalu jusqu'ici, on s'est mis avec ardeur à poursuivre, dans l'ordre du programme primitif, l'examen de l'organisation en vigueur. Mais à peine cette étude était-elle commencée, que

devoir vous en entretenir, en insistant d'une façon spéciale sur le traitement de cette maladie.

On désigne sous le nom de tumeurs érectiles des tumeurs développées en un point quelconque du corps, formées par un tissu mou, spongieux, aréolaire, dont les vacuoles sont continuellement baignées de sang; tissu, en un mot, analogue sous tous les rapports au tissu érectile normal. La dénomination de tumeurs érectiles, qui a survécu à tant d'autres employées autrefois pour désigner cette affection, exprime donc assez exactement la nature de ces productions accidentelles, et mérite d'être conservée.

On a divisé les tumeurs érectiles en tumeurs érectiles veineuses et tumeurs érectiles artérielles, suivant que l'un ou l'autre de ces éléments vasculaires prédomine. D'autres, et ce ne sont pas les plus rares, présentent un caractère mixte.

Mais si cette division, éminemment physiologique, mérite d'être conservée, il convient aussi de classer les tumeurs érectiles suivant la disposition qu'elles présentent; et cette division ne sera pas sans intérêt, pensons-nous, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. Ainsi, le tissu accidentel dont il s'agit peut former des plaques, ou des *tumeurs* érectiles, suivant qu'il s'étend en surface ou en profondeur; ces tumeurs peuvent être extrêmement diffuses ou parfaitement circonscrites; dans certains cas, enfin, elles sont pédiculées.

Toujours ou presque toujours congénitales, les tumeurs érectiles se développent sous l'influence de causes inappréciables. Dans certains cas, cette affection est héréditaire, et nous avons pu observer un cas dans lequel l'action de cette cause prédisposante persista jusqu'à la quatrième génération. Le plus souvent uniques, mais quelquefois multiples, les tumeurs érectiles siégent le plus habituellement dans les parties sus-diaphragmatiques du corps, aux membres supérieurs et surtout à la tête. Lorsqu'il en existe plusieurs sur le même individu, une d'entre elles au moins siége à la tête. Ainsi, chez une jeune fille qui a été confiée récemment à nos soins, et chez laquelle existaient trois tumeurs érectiles, tandis que l'une d'entre elles occupait l'avant-bras gauche, les deux autres s'étaient développées à la face.

La marche de ces tumeurs est très-variable; elles peuvent s'étendre très-rapidement soit en épaisseur, soit en surface, et réclamer l'intervention prompte de la chirurgie. Elles peuvent, au contraire, guérir spontanément : cette heureuse terminaison n'est pas très-fréquente, et on ne l'a jamais observée, que je sache, dans les cas de tumeurs érectiles très-volumineuses. J'ai vu cependant des tumeurs érectiles occupant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, guérir spontanément, grâce à une inflammation survenue sous une influence quelconque. C'est par ce mécanisme, en effet, que s'opèrent ces guérisons spontanées; et chez la jeune fille à laquelle je viens de faire allusion, la tumeur siégeant à l'avant-bras, était parsemée et comme marbrée de points d'un blanc mat, attestant que là le tissu artériel avait été transformé par des inflammations partielles, en tissu inodulaire.

Le pronostic des tumeurs érectiles est assez grave en général; mais il peut varier dans les cas particuliers, suivant certaines circonstances faciles à apprécier : le siége de la tumeur, sa position superficielle ou profonde, etc.

Traitement. — Le traitement des tumeurs érectiles a été l'objet d'un grand nombre de travaux et a exercé la sagacité de presque tous les chirurgiens de ce siècle.

Nous passerons très-rapidement en revue les diverses méthodes employées; nous nous arrêterons plus longtemps sur celle que nous adoptons dans le plus grand nombre des cas, et dont la pratique de l'hôpital des Enfants malades atteste tous les jours les résultats heureux.

Les moyens thérapeutiques qu'on oppose aux tumeurs érectiles peuvent être divisés en deux grandes classes : la première comprend toutes les méthodes qui ont pour but de détruire immédiatement le tissu morbide; la deuxième comprend toutes celles qui agissent en modifiant, en transformant la production pathologique.

Dans la première classe, viennent se ranger : 1° la ligature; 2° l'extirpation; 3° la cautérisation en masse, avec le fer rouge ou les caustiques.

Dans la deuxième : 1° la compression; 2° la ligature du vaisseau principal de la région; 3° la vaccination; 4° la cautérisation partielle avec des aiguilles rougies à blanc; 5° le séton.

1re CLASSE. — 1° *Ligature.* — La ligature serait un des moyens les plus simples, si elle était applicable à tous les cas, et si elle n'amenait assez souvent des accidents graves.

En effet, si l'on opère sur une tumeur franchement pédiculée, dont les racines ne vont pas se perdre au loin dans le tissu cellulaire, la réussite est à peu près assurée.

Mais si l'on a à traiter une tumeur à base large et diffuse, plus ou moins profondément située, on échoue le plus souvent, alors même que, suivant le procédé de M. Rigal (de Gaillac), on cherche par plusieurs fils profondément passés à la base de la tumeur, à en circonscrire les racines. On obtient à la vérité, de cette manière, la chute de la tumeur, mais la cicatrice nouvelle est bientôt refoulée par la repullulation des portions de tissu à peu près infailliblement respectées.

2° *Extirpation.* — L'idée d'enlever les tumeurs érectiles à l'aide de l'instrument tranchant a dû venir et est venue tout d'abord à l'esprit des chirurgiens, mais ce procédé est passible de graves reproches, et mérite le discrédit dans lequel il est tombé.

Souvent, en effet, on l'a vu donner lieu à des hémorrhagies incoërcibles, et c'est pour cette raison que J.-L. Petit conseillait de porter toujours l'instrument tranchant au delà des limites du

---

cette organisation a croulé dans nos mains, comme si l'événement s'était chargé d'apporter un argument nouveau à la proposition que je viens de défendre. Quoi qu'il en soit, je dois rappeler ici les efforts qui ont été tentés.

Plaçons, en première ligne, le travail si important et si instructif de notre honorable président, ayant pour titre : *Études sur l'assistance publique à Paris, spécialement au point de vue des secours à domicile.*

Je n'ai pas le droit d'en faire une analyse qui lui ferait perdre toute la richesse de ses détails. Vous l'avez jugé digne de l'impression, et il est entre les mains de chacun de vous. Par les faits curieux dont il abonde, vous avez eu la preuve que l'assistance publique était autrefois aussi libérale et aussi efficace que de nos jours. Combien notre société aurait grandi en peu de temps, si beaucoup d'entre nous avaient su lui apporter un aussi riche tribut!

Vous avez successivement entendu :

Un rapport de M. Collomb, sur le mode de nomination des médecins des bureaux de bienfaisance;

Un rapport de M. Berthelot, sur la question suivante : Est-il utile qu'il y ait des médecins et des chirurgiens dans les bureaux de bienfaisance?

Un rapport de M. Caron, sur les conditions de nomination des médecins des bureaux.

Aucun de ces confrères éclairés n'a failli à sa tâche. Chaque question a été examinée sous toutes ses faces, et dans les discussions qui ont suivi les rapports, la Société a donné la preuve que, plaçant au premier rang de ses désirs l'amélioration réelle du service et le soulagement des souffrances de la classe malheureuse, elle était toujours prête à faire bon marché, quand il le fallait, des avantages qui ne devaient profiter qu'au médecin.

Je n'insisterai pas davantage sur ces intéressants travaux, car, je l'ai dit, ils ont trait à une organisation qui n'existe plus. Voici les médecins de bienfaisance sur un terrain non pas nouveau, mais remué de fond en comble. Quelques-uns d'entre eux ont servi, dit-on, de modèles à tous... Il n'y a plus désormais, dans nos devoirs, cette dissemblance qui ferait, du service des bureaux, un tout composé des parties les moins homogènes. Ne devons-nous pas, plus que jamais, nous féliciter de nous trouver réunis pour étudier ensemble ce mécanisme nouveau, qui n'est connu que de quelques-uns. Espérons que tous nos collègues, anciens et nouveaux, qui ne sont pas encore dans nos rangs, vont se laisser entraîner, ne pouvant plus méconnaître l'utilité et l'importance future de notre Société. 160 médecins, se sentant tous animés par la même pensée, tendant au même but, réveillant, par le contact, leur ardeur et leur zèle pour le bien de l'humanité et l'honneur de la corporation, ne formeraient-ils pas un faisceau d'une grande valeur et d'une grande puissance?

mal, précepte qu'il est souvent impossible de réaliser en pratique.

Lors donc que le chiurgien choisira l'extirpation, ce ne devra être que pour les tumeurs parfaitement circonscrites.

3° *Cautérisation en masse.* — Elle peut être faite de deux manières : *A.* avec le cautère actuel; *B.* avec les caustiques.

La cautérisation en masse avec un bouton de feu ne peut être faite que sur des tumeurs d'un très-petit volume, que l'application du fer rouge peut détruire immédiatement.

Les caustiques potentiels (c'est en général le caustique de Vienne qu'on emploie), ont été préconisés surtout par Aug. Bérard. Nous y avons recours assez souvent : mais ce moyen n'est applicable qu'aux tumeurs érectiles, dont la plus grande étendue est en surface, et dont l'épaisseur peu considérable permet au caustique d'atteindre toute l'étendue du tissu. Dans les cas contraires, il faut revenir plusieurs fois à l'application du caustique, et les résultats sont loin d'être aussi rapides que ceux que nous indiquerons en parlant des aiguilles rougies à blanc.

2e CLASSE. — 1° *Compression.* — Ce moyen a joui, à une certaine époque, d'une grande faveur, grâce à l'autorité de Boyer. Il n'est applicable que dans certaines conditions qu'il est facile de déterminer *à priori*, à savoir : position superficielle de la tumeur, point d'appui résistant, etc.

Pour être utile, la compression doit porter non-seulement sur la tumeur, mais encore sur les parties voisines. Elle peut alors satisfaire à ces deux indications : 1° diminuer ou arrêter complétement l'afflux du sang dans la tumeur, et par suite, arriver à l'oblitération des cavités qui s'y trouvent; 2° arrêter le cours du sang dans les vaisseaux circonvoisins qui alimentent le tissu érectile.

2° *Ligature du vaisseau principal de la région.* — Ce moyen qui, entre les mains de M. Roux et d'autres chirurgiens, a reçu de brillantes applications, est souvent très-grave par lui-même. Il est d'ailleurs souvent suivi d'insuccès, à cause de la facilité avec laquelle le courant sanguin se fraie des voies collatérales.

3° *Séton.* — Il peut et doit être employé dans certaines conditions. Ainsi, dans un cas où la ligature de la carotide avait été formellement proposée par un professeur de la Faculté, nous avons pu obtenir une guérison complète, à l'aide d'un certain nombre de fils passés au travers de la tumeur, dans l'espace de cinq semaines à deux mois.

Mais si cette méthode est moins dangereuse que la ligature de l'artère principale, elle expose cependant aussi à de graves accidents, et nous l'avons vue souvent déterminer des érysipèles ambulants, si souvent funestes chez les enfants.

4° *Vaccination.* — Chez les enfants qui n'ont pas encore été vaccinés, et qui présentent des tumeurs érectiles peu étendues, en forme de plaques, la vaccination donne des résultats satisfaisants.

On fait avec une lancette de trois à six piqûres, non pas sur la tumeur elle-même, mais sur ses limites. Le virus doit, autant que possible, être pris dans la pustule et immédiatement employé.

5° *Cautérisations partielles avec des aiguilles rougies à blanc.* — Les cautérisations sont faites au moyen d'aiguilles de platine montées sur une boule de fer et rougies à blanc.

On fait profondément dans la tumeur un certain nombre de piqûres, proportionné au volume de cette tumeur. Ces piqûres sont ensuite répétées, s'il y a lieu, jusqu'à guérison.

Leur mode d'action consiste à déterminer, dans toute l'épaisseur de la tumeur, une inflammation, et par suite la formation d'un tissu inodulaire qui se substitue à la trame érectile.

Ce moyen est celui auquel nous avons le plus souvent recours; son application simple et facile, exempte d'accidents consécutifs, nous autorise à compter sur son efficacité que, d'ailleurs, tous ceux qui visitent le service chirurgical de l'hôpital des Enfants malades ont pu maintes fois constater.

Insistons sur ce point : que les érysipèles qui se développent si souvent à la suite de l'emploi des autres moyens thérapeutiques sont très-rares dans ce cas. Nous n'en avons vu qu'un exemple, sur cinquante applications des aiguilles rougies à blanc.

Quelle que soit cependant la variété des moyens thérapeutiques que nous venons d'indiquer, il ne faut pas oublier qu'il y a des cas de tumeurs érectiles qui défient toute tentative chirurgicale ; nous voulons parler de ces cas de tumeurs érectiles multiples, qui envahissent simultanément toutes les parties du corps, se développent dans tous les tissus et ne laissent à l'homme de l'art d'autre rôle que d'être le spectateur impuissant d'un mal qu'il ne saurait conjurer.

E. B. et A. W., *internes du service.*

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31 et 32 du tome 2.*)

NEUVIÈME LEÇON.

Du bandage.

Messieurs, nous allons nous occuper aujourd'hui d'un appareil qui paraît très-simple au premier abord, mais qui est très-complexe, le bandage : il est appelé à remplir une foule d'indications très-diverses, et, au point de vue de la hernie, il est d'une

---

Mais ici se place, hélas, une pensée moins souriante ; c'est avec un sentiment pénible de regret, messieurs, que vous avez vu tomber quelques noms de la liste des médecins des bureaux. Notre Société n'a pas été épargnée ; huit de nos collègues ne sont pas compris dans le personnel actuel. C'est trop, messieurs. Conservons l'espoir que les confrères dont la retraite n'a pas été spontanée ne tarderont pas à reprendre la place qu'ils avaient su occuper avec honneur. Espérons que ceux qui sont nos collègues n'ajouteront pas à nos regrets en nous privant du concours de leurs lumières et de leur expérience.

Reconnaissons cependant que si des médecins, en trop grand nombre, ont été victimes de la réorganisation du service, ce n'a été que par suite d'une nécessité inhérente à cette réorganisation elle-même. L'autorité a su, presque partout, se souvenir des services rendus et défendre les droits acquis.

Messieurs, une année seulement s'est écoulée depuis que la Société existe. Elle ne s'est assemblée que six fois. Si l'on considère que la première et la dernière de ces réunions ayant été absorbées par le travail des élections, il n'est resté que quatre séances pour que la Société eût le loisir de se reconnaître et de s'habituer à sa vie nouvelle, on conviendra que ce peu d'instants a été convenablement employé. Patience et courage, messieurs et dignes collègues, avec le temps votre œuvre s'accomplira. Par ce que vous avez fait, il est aisé de pressentir ce que vous ferez encore. Qu'une nouvelle année s'écoule, et vous aurez certainement déjà bien d'autres résultats à enregistrer.

Messieurs, se sentir capable d'un dévouement absolu aux intérêts de la Société, avoir une foi entière dans son avenir, cela ne suffit pas pour créer des titres suffisants aux fonctions dont vous m'avez investi. Je viens, plus que jamais, d'en faire l'expérience dans l'accomplissement de la tâche qui m'était imposée. Plus d'une fois, vous m'avez vu fléchir sous le poids du fardeau, et comme la mienne, votre pensée a dû se reporter sur ceux d'entre vous dont les preuves sont déjà faites, et qui auraient été à la hauteur d'une mission que j'aurais eu le courage de décliner si j'avais été moins sensible à l'honneur de vos suffrages.

Par une heureuse compensation, votre choix a porté à la présidence un confrère dont le zèle éclairé, les manières élevées et la part importante qu'il a prise à vos travaux ont puissamment contribué au développement de votre prospérité naissante. Je crois être ici l'interprète des sentiments de tous, en proclamant hautement qu'il a bien mérité de la Société.

---

importance capitale, car, s'il peut procurer la guérison, il peut aussi, dans certaines circonstances, amener des accidents graves, voire même la mort.

Si vous examinez un individu qui a une hernie inguinale, et qu'après avoir réduit la hernie, vous vouliez l'empêcher de sortir, vous appliquez d'abord votre doigt, votre pouce. Voilà le meilleur moyen de contenir une hernie : la pulpe du doigt, voilà la pelote, pelote élastique, et pour maintenir cette pelote contre la hernie qui fait effort pour sortir, vous agissez avec la force de vos muscles. On a bien pu imiter le doigt, pour cela on imaginé la pelote; mais pour la force musculaire, ne pouvant l'imiter, on a été obligé de recourir à l'équivalent, le ressort, une ceinture quelconque : par la force musculaire, on maintient le pouce fortement appliqué, et d'une manière invariable; mais la pelote étant maintenue par la ceinture, comme le ressort n'est pas à l'abri des mouvements, peut se déplacer en haut, en bas, à droite, à gauche, de là les sous-cuisses. Entre la pelote et le ressort, il y a des moyens d'union; enfin, il faut préserver la peau contre la pression qu'exerce le ressort.

Cet appareil, si simple au premier aspect, se compose donc de cinq parties ou éléments : 1° la pelote; 2° la ceinture; 3° les moyens d'union entre la pelote et la ceinture; 4° les sous-cuisses ou les moyens qui ont pour but de prévenir le déplacement de la pelote; et 5° enfin, les moyens de préservation de la peau.

Pour les hernies petites et faciles à maintenir, ces cinq éléments ne sont pas toujours nécessaires, mais quand on a affaire à une hernie difficile, le bandage que l'on emploie doit les réunir tous les cinq, et souvent encore ne réussit-on pas.

Quel est, sous le rapport de son importance, le premier de tous ces éléments du bandage? Ils sont tous également importants, mais je crois cependant qu'il est plus rationnel de commencer par la pelote. En effet, il y a un trou à obturer, mettez-y la pelote et votre trou sera bouché, le reste du bandage ne viendra que pour la maintenir en place.

De la pelote.

Les pelotes présentent à considérer : 1° la matière qui les compose; 2° leur grandeur; 3° leur forme; 4° la diversité de la saillie qu'elles opposent à l'abdomen.

1° *La matière.* — De quoi sont composées les pelotes herniaires? J'en ai distingué quatre grandes classes :

A. Pelotes molles, sans point d'appui solide. — Ce sont celles auxquelles on a eu primitivement recours dès que l'on a songé à traiter les hernies chez les enfants : c'est une compresse que l'on emplit de laine, de coton, de tout ce que vous voudrez, on fait un nouet et voilà la pelote; vous connaissez tous les coussins dont on se sert dans les fractures de clavicule : voilà une pelote molle. Ætius parle de pelotes de papier mâché, on en a fait en laine, en coton, en bourre, etc.; puis on y a ajouté, pour rendre leurs vertus plus grandes, toutes les poudres, tous les topiques dont nous avons parlé en examinant les moyens externes à l'aide desquels on voulait guérir la hernie.

Ces pelotes molles ne se concilient guère qu'avec des ceintures molles comme elles pour les petits enfants. Il faut, en effet, éviter d'employer le métal pour ces bandages, car les enfants pissent dessus cinq ou six fois par jour, et vous comprenez très-bien ce qui en résulterait.

De ces pelotes molles que l'on a aussi employées chez l'adulte, les unes sont isolées, les autres sont adaptées à une ceinture le plus souvent molle aussi, ou à des ceintures complètes comme celle du bandage du docteur Rochard.

B. Pelotes demi-molles. — Les pelotes de beaucoup les plus usitées sont les pelotes demi-molles, c'est-à-dire des pelotes molles reposant sur un fond solide en métal ou en bois : ce sont celles que l'on trouve dans presque tous les bandages; une plaque de tôle donne la forme, on applique dessus de la bourre, du coton, de la laine ou de l'étoupe, et on couvre le tout d'une première enveloppe de toile, de fil solide ou de coutil, et par-dessus cette enveloppe, on met une garniture en peau chamoisée. Voilà comment sont constituées la majeure partie des pelotes des bandages que l'on voit chez tous les bandagistes.

Quels sont les avantages et les inconvénients généraux de ces deux espèces de pelotes? Les pelotes molles ne conviennent que pour les hernies très-faciles à maintenir, parce qu'une pelote tout à fait molle, qui n'est soutenue par rien, ne peut conserver longtemps sa forme primitive. Les pelotes demi-molles, tout en conservant leur forme générale, se moulent jusqu'à un certain point sur la peau, sur les saillies musculaires et osseuses, mais elles ont ce grand inconvénient que, si la hernie exige, pour être maintenue, une pression un peu forte, elles ne restent molles que les premiers temps de leur application et deviennent bientôt plus ou moins dures, la matière qui les compose s'étant tassée. Quelquefois il y a bénéfice, parce que si, en se tassant, la pelote conserve sa forme, elle maintiendra mieux la hernie; mais le plus souvent, en acquérant une dureté plus grande, elle se déforme et perd ainsi tous ses avantages. Aussi a-t-on songé à corriger ces pelotes demi-molles, et on s'est demandé si cette mollesse, qui se perd par la continuité de la pression, ne serait pas évitée par la pelote élastique.

C. Pelotes élastiques. — Il y en a de deux sortes : *a.* l'élasticité réside dans le tissu même qui compose la pelote; *b.* l'élasticité réside en dehors de la surface de la pelote.

Pour la première catégorie des pelotes élastiques, on a d'abord songé au caoutchouc : j'ai employé moi-même, dans certains cas, des pelotes en caoutchouc plein, non vulcanisé; ces pelotes sont dures comme du bois quand elles sont exposées à une température froide, mais la chaleur de la peau suffit pour leur rendre leur élasticité; cependant elles restent toujours un peu dures, et leur élasticité est assez limitée, aussi en ai-je tiré de grands avantages toutes les fois qu'il fallait une pression forte et continue en même temps que la conservation de la forme.

Vers 1771, Héritz-Laval, étudiant en médecine, eut l'idée de faire des pelotes à air; quelques années plus tard, vers 1787, un médecin italien, nommé Donza, essaya de faire des pelotes en gomme élastique, mais il ne savait pas employer le caoutchouc, aussi sa pelote était-elle très-défectueuse. Il prenait une bouteille de caoutchouc (vous savez que c'est sous cette forme que cette matière arrive dans le commerce), il y insufflait de l'air, il liait le collet de cette bouteille, et voilà la pelote qu'il appliquait.

Si mauvaise que fût cette pelote, c'était la première idée; M. Cresson-Dorval, qui tient un bon rang parmi les bandagistes, imagina les pelotes à poche d'air renfermé dans du caoutchouc : on dissolvait le caoutchouc, on le taillait en lames, et, en collant ces lames ensemble, on faisait des pelotes de toutes les formes, de toutes grandeurs, de différentes épaisseurs; ces pelotes renfermaient de l'air dans une enveloppe dont on pouvait varier l'épaisseur à volonté. Elles s'appliquaient avec beaucoup de force, se moulaient exactement sur les parties; les sujets pouvaient supporter sans douleur une pression de cinq à six livres, ce qui est énorme, et si la hernie venait à faire effort sur le centre de la pelote, l'air élastique rejaillissait sur les côtés de la pelote, et la hernie était encore maintenue. On les porta donc devant l'Académie, qui nomma une commission. Sanson, qui en faisait partie, voulut en faire l'essai lui-même et les appliqua à un certain nombre de malades : les hernies étaient maintenues de prime abord avec assez de facilité, et, satisfait du résultat, Sanson en fit un rapport favorable; aussi la quatrième page des journaux fut-elle bientôt remplie des annonces de ces fameuses pelotes.

Malheureusement, messieurs, l'Académie s'était trop pressée. Au Bureau central, où je faisais le service des hernieux, je vis bientôt revenir un grand nombre de malades qui me disaient : « Monsieur, mon bandage ne contient plus ma hernie, l'air est sorti de la pelote. » A quoi je répondais : « La pelote est crevée? — Non, monsieur, elle est intacte. » J'examinai ces pelotes, elles n'étaient pas déchirées, mais l'air filtrait à travers le caoutchouc, et au bout de deux mois, trois mois, quelquefois six mois, la poche était vide d'air : rarement elle durait un an.

La chose devint bientôt si frappante, que M. Cresson se dépêcha d'inventer une nouvelle pelote à air, dans laquelle on pou-

vait soi-même renouveler la provision d'air : c'était la même pelote, mais munie d'un entonnoir fermant avec un robinet; quand la poche commençait à se vider, le malade ôtait son bandage, refoulait dans la pelote une certaine quantité d'air, et puis il remettait son bandage; il en avait alors pour deux ou trois mois. Il est certaines circonstances où il est bon de connaître ce fait, parce qu'il y a des sujets qui ont l'épine du pubis tellement saillante, qu'ils peuvent à peine supporter d'autre pelote que celle-là; je dis à peine, parce qu'on en a inventé beaucoup d'autres depuis, mais qui ne valent pas celle dont il est question en ce moment.

M. Belmas, de qui j'ai relaté le procédé si ingénieux de cure radicale de la hernie par l'introduction d'une petite ampoule de baudruche dans le canal inguinal, avait été frappé de ce fait : les rouleaux dont on se sert dans les imprimeries pour porter l'encre typographique sur les caractères, sont faits d'une enveloppe de peau remplie de gélatine molle; ils sont, tout à la fois, souples et résistants. M. Belmas avait proposé de faire des pelotes avec cette gélatine molle renfermée dans une enveloppe de peau; ce n'étaient plus des pelotes à air, c'était une sorte de pelotes molles plutôt qu'élastiques, et il croyait qu'on en pourrait tirer de grands avantages, mais on ne sait pas si la gélatine n'aurait pas fusé plus que l'air: cette idée n'a jamais été mise à exécution.

Il y a quelques années, M. le docteur Mabout m'a montré une substance pour laquelle il a pris un brevet d'invention, et dont il faisait des pelotes herniaires : cette substance, à laquelle il a donné le nom de *caoutchouc artificiel,* est faite tout simplement avec de l'huile de lin laissée à l'air; elle perd au bout d'un certain temps une grande partie de sa fluidité, et se transforme en une sorte de pâte jouissant d'une élasticité qui défie celle du caoutchouc lui-même : il remplit ses pelotes de cette substance, et obtient ainsi des pelotes singulièrement élastiques. La société herniaire de Paris exploite son brevet sous sa direction; les pelotes que confectionne cette société sont excellentes pour les cas seuls où l'on a besoin d'une grande mollesse unie à une grande élasticité.

Plus récemment, M. Charrière eut l'idée de couler des pelotes en caoutchouc vulcanisé, avec des parois dont on peut à volonté varier l'épaisseur, et offrant une cavité. Ces pelotes sont de deux espèces; les unes renferment de l'air confiné dans leur cavité, elles jouissent d'une certaine élasticité, mais il faut, pour les affaisser, une pression de plus de deux kilogrammes : les secondes ne sont autre chose que ces mêmes pelotes, mais éventrées avec un instrument tranchant, de manière que l'air peut librement circuler dans leur cavité ; celles-là se dépriment sous une pression d'un kilogramme et sont très-bonnes pour certains cas.

Il était difficile de sortir du caoutchouc ou de ses succédanés pour faire des pelotes élastiques ; on l'aurait cru du moins. Il n'en est rien cependant, et plusieurs chirurgiens ou bandagistes ont imaginé des pelotes élastiques à l'aide de ressorts : voilà la seconde catégorie des pelotes élastiques dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Les pelotes élastiques de Jalade-Lafond le père sont formées de ressorts ajustés sur une plaque de tôle, laissant entre eux des intervalles qu'il remplissait de poudres médicamenteuses. Ces ressorts jouissaient d'un certain degré d'élasticité; mais, malgré les poudres qu'il mettait dans ses pelotes, Jalade-Lafond guérissait encore beaucoup moins de malades que nous.

Viennent ensuite les pelotes formées de deux plaques de tôle unies entre elles par un ressort spiral, comme ceux que les tapissiers mettent dans tous les meubles actuels qui doivent être élastiques. Ces pelotes datent de la fin du siècle dernier, époque à laquelle elles étaient employées pour les hernies ombilicales et crurales. Vers 1827, M. Vallat, fabricant de drap à Lodève, eut l'idée de les appliquer aux hernies inguinales; il présenta ces pelotes à la Faculté de Montpellier qui trouva cela beaucoup plus mauvais que le vieux ressort français, lequel ne vaut rien, sachez-le bien.

Or, ces pelotes sont excellentes, messieurs, et l'Académie de Montpellier avait donc tort de les rejeter ainsi : c'est qu'elle ne les avait pas examinées. Voilà déjà deux exemples de rapports faits par des Académies, d'une manière vraiment beaucoup trop légère; celle de Paris aura bientôt son tour.

L'action de ces pelotes est très-facile à comprendre : en vertu de l'élasticité du ressort spiral, elles suivent parfaitement tous les mouvements du ventre, sans pour cela perdre leur forme primitive. Plus tard, j'essayai les bandages franc-comtois pour lesquels M. Pernet a pris un brevet d'invention; ce sont les pelotes que l'on employait depuis longtemps dans le midi de la France; ce sont celles dont je viens de vous entretenir. Ces pelotes réussissent parfaitement dans une foule de cas où les autres précisément échouent complétement. Nous verrons cela plus tard, quand il sera question de l'application du bandage.

Nous avons donc vu déjà trois catégories de pelotes : 1° pelotes molles; 2° pelotes demi-molles; 3° pelotes élastiques (de deux sortes). Cherchez bien maintenant; pour faire une quatrième catégorie, il n'y a plus que les pelotes dures.

D. Pelotes dures. — Les pelotes que je vous montre en ce moment, messieurs, sont en bois; elles datent de plusieurs siècles, car Fabrice d'Aquapendente, au XVIe siècle, les recommande comme étant excellentes.

Comme il n'avait pas pris de brevet, un autre, au XVIIIe siècle, les fit en noyer; un Anglais dont j'ai oublié le nom les fit en liége; un peu plus tard, M. Fauvel les fit en ivoire; j'en ai vu dernièrement qui venaient d'Allemagne, elles étaient en porcelaine; pour tout dire, enfin, il y en a aussi qui sont en métal.

Parmi ces pelotes en bois, il en est une dont je veux vous parler, c'est la pelote de Hérisson et Carpenter, ou plutôt c'est la pelote que Carpenter a importée d'Amérique; elle a été inventée par un bûcheron américain, porteur d'une hernie qu'il contenait avec un bandage ordinaire. Un jour donc, ce bûcheron, en coupant son bois, vint à donner un coup de hache plus fort qu'un autre, et à cet instant il sentit sa hernie filer sous le bandage; il réduit sa hernie, et quand il veut réappliquer son bandage, il s'aperçoit que la pelote ne la contient plus; coupant alors un morceau de bois avec sa hache, il en fait une pelote qu'il met au-devant de sa hernie, sous la pelote de son bandage, et, chose miraculeuse, la hernie est contenue. Le secret de ce miracle, le voici, messieurs : c'est qu'il avait placé sa pelote en bois sous l'autre pelote, et que, par conséquent, le ressort du bandage exerçait sur la hernie une pression plus forte qu'avant. Mais notre bûcheron s'imagina que la pelote en bois avait probablement une vertu spéciale; la principale, c'est qu'elle ne perd jamais sa forme, et qu'elle fait dans les parties molles un creux qu'elle remplit. Il songea donc à tirer parti de son invention, et aussitôt plusieurs médecins et bandagistes américains, Stagner entre autres, mirent la pelote en bois à profit. Une Société médicale des États-Unis fut appelée à donner son avis sur ce sujet; sa conclusion fut que chez les adultes robustes et vigoureux, la pelote de bois contenait parfaitement les hernies et pouvait amener des guérisons.

Nous vîmes bientôt arriver en France Carpenter qui se donna comme l'inventeur de cette pelote; il y a de cela environ dix ans, et un médecin français, nommé Hérisson, se joignit à lui pour l'exploitation de ce procédé. Ils ont guéri quelques hernies, cela est incontestable; mais si les hernies étaient difficiles à contenir, ils ne les contenaient pas, et, comme ils employaient toujours leur même pelote de bois, lorsqu'ils l'appliquaient sur des sujets faibles ou âgés, ils éraillaient les anneaux et rendaient la guérison et même la contention de la hernie d'autant plus difficile. La pelote Hérisson et Carpenter, que tout le monde voulait avoir, a eu tant de succès à cette époque qu'aujourd'hui elle ne guérit plus.

Les pelotes en bois ont cependant la faculté de guérir certaines hernies, tout comme les pelotes molles; ce n'est donc pas seulement la matière qui compose la pelote que l'on doit examiner : il y a de très-petites pelotes, il y en a de très-grandes; cela a aussi son importance; mais le point capital à étudier, c'est la forme de la pelote.

Un mot encore que j'allais oublier : les pelotes que l'on appelle pelotes en caoutchouc, probablement pour la même raison que l'on dit : des sondes en gomme élastique, parce qu'elles n'en renferment pas (c'est de la toile recouverte d'une couche d'huile de lin desséchée), peuvent-elles servir dans quelques circonstances? Elles sont utiles quand on veut prendre un bain sans quitter son bandage : elles n'ont que cette seule qualité.

Pour ce qui est de la forme générale des pelotes, il y en a de circulaires (les pelotes de M. Pernet sont le plus ordinairement circulaires); il y en a d'elliptiques, de demi-circulaires, de triangulaires, etc., tout cela est un pur caprice du bandagiste. Il y a, enfin, des pelotes légèrement triangulaires à angles très-arrondis ; c'est là la forme générale des pelotes que l'on vend le plus chez les bandagistes aujourd'hui, ce qui ne veut pas dire pour cela que ce soit la meilleure forme. Parmi les pelotes triangulaires, il y en a une surtout où le triangle est tellement marqué, avec la pointe allongée en bas, qu'elle en a pris, il y a deux siècles environ, le nom de pelote *en bec-de-corbin :* cette pelote s'applique, par sa partie supérieure, sur l'anneau, et par sa partie inférieure, sur le pubis.

Lorsque je vis ces pelotes pour la première fois, n'ayant encore sur les hernies et leur traitement que les idées qui m'avaient été données par les auteurs que j'avais étudiés, je me disais : A quoi bon ces pelotes en bec-de-corbin? c'est un pur caprice de leur donner cette forme : non, messieurs ; dans certains cas de hernies très-difficiles à maintenir, M. Pernet lui-même a été obligé d'abandonner la pelote ronde (et pourtant il y tenait beaucoup), pour se servir de la pelote à bec-de-corbin. Vallat de Lodève et tous les autres bandagistes la prennent aussi dans les cas de hernies difficiles à contenir. Pour me renseigner et m'éclairer sur ce fait, je choisis parmi les hernieux du Bureau central quelques bonnes hernies que le bandagiste de l'établissement n'avait jamais pu contenir : je conduisis mes hernieux chez les principaux bandagistes de Paris, pour essayer le plus de bandages possible. L'un des meilleurs était celui de Wickham; le bandagiste appliqua donc une pelote ronde avec ce bandage, et un ressort de quatre livres ne contenait la hernie qu'à peu près bien : dans quelques mouvements, elle trouvait encore moyen de filer. Je menai alors mes malades chez M. Durand, qui se servait d'un ressort à peu près semblable : avec une pelote ronde, il ne put maintenir la hernie, malgré une pression très-forte, tandis qu'avec une pression de quatre livres, faite à l'aide de la pelote à bec-de-corbin, la hernie fut assez bien contenue. La pelote à bec-de-corbin de Burat, mise au bandage de Wickham, réussit très-bien. Nous verrons la raison de cette différence lorsque nous étudierons le mode d'action des bandages.

Voyons maintenant la saillie des pelotes : il y a des pelotes qui sont plates ou à peu près, avec ou sans un rebord ; il y en a qui font une saillie globuleuse ; enfin il y en a d'autres, les pelotes à bec-de-corbin, qui sont recourbées en C, de manière à embrasser le pubis. Je ne dirai qu'un mot des pelotes concaves qui servent à loger l'épiploon qui ne peut pas rentrer.

Vaut-il mieux prendre les pelotes étroites ou larges, les pelotes plates ou bombées, les pelotes elliptiques ou autres?

Il faut d'abord se rappeler que les hernies inguinales ne se présentent pas toutes dans les mêmes circonstances.

Quand il y a une petite pointe, c'est une petite pelote quasi-plate qu'il faut, plus ou moins arrondie, qui s'applique sur l'anneau interne : c'est ce que vous devrez employer quand, avec une hernie primitive, vous trouverez une pointe.

Pour les hernies interstitielles, si l'on applique la pelote seulement sur l'anneau interne, on pourrait bien empêcher la hernie de sortir, mais il vaut mieux que la pelote s'applique sur tout le canal ; on aura alors beaucoup plus de chances pour obtenir des adhérences. Mais comme ce canal est placé derrière l'aponévrose du grand oblique, il faut que la pelote soit convexe pour refouler l'aponévrose que les contractions du muscle grand oblique tendent à redresser, et par conséquent à éloigner de la paroi postérieure du canal.

Dans le bubonocèle et l'oschéocèle, la hernie une fois réduite, où faut-il appliquer la pelote? Sur l'anneau externe? C'est ce que font tous les bandagistes et les 99/100 des médecins, et à grand tort, je ne cesserai de le dire. Il vaudrait mieux appliquer une pelote qui couvrît tout le canal et l'anneau interne, mais comme elle est sujette à se déplacer quand on fait des mouvements, il vaut mieux avoir une pelote assez étendue pour couvrir l'anneau interne, le canal et l'anneau externe.

Dans les hernies directes, où le canal a disparu et les deux anneaux sont confondus, il faut se servir d'une pelote très-large pour être sûr de contenir la hernie; car, si l'on prenait une pelote qui ne débordât que de 1 ou 2 centimètres le pourtour de l'orifice externe, le moindre effort de la part du malade, soulevant la pelote d'un côté ou de l'autre, pourrait faire filer la hernie. Si l'on applique une pelote ronde, il faut qu'elle soit énorme, et il vaut mieux qu'elle soit presque plate ; mais la contention de ces hernies directes avec des pelotes larges et plates est très-difficile ; c'est dans ces cas-là que l'on doit prendre un point d'appui sur le pubis, et qu'il faut par conséquent recourir aux pelotes à bec-de-corbin. De plus, il faut, pour ces hernies directes, que les pelotes aient une inclinaison excessive sur le ressort, ce que, en terme de bandagiste, on appelle *faire pincer* la pelote.

Vous voyez donc le principe général qui ressort de ce que je viens de vous exposer : c'est que la pelote doit être de moins en moins saillante à mesure que la hernie se développe.

Mais ce n'est pas tout, messieurs, il y a des hernies que l'on ne peut contenir avec aucune de ces pelotes. J'ai vu un homme qui portait une hernie directe, dont il souffrait beaucoup et qui, ne pouvant être contenue, l'empêchait de se livrer au moindre exercice un peu violent. Je fis venir successivement trois ou quatre bandagistes au Bureau central, pour leur faire essayer à cet homme un bandage qui pût le rendre capable de travailler : aucun ne put parvenir à contenir la hernie de ce malheureux. Je fis faire alors une sorte de champignon en bois, que j'appliquai de la manière suivante : après avoir réduit l'intestin, je refoulai avec le doigt la peau du ventre dans l'anneau, et je plaçai mon champignon ; la hernie fut contenue du premier coup.

Au moment où je montrai à l'Académie mon champignon de bois destiné à contenir les hernies directes, M. Pernet présenta le bandage soi-disant de son invention et qui n'est autre que ce même bandage que la Faculté de Montpellier avait rejeté comme mauvais : du premier coup, la pelote de M. Pernet maintint parfaitement la hernie, sans qu'il y eût à craindre pour l'éraillement ultérieur de l'anneau. Vous voyez donc combien ces rapports faits par les Académies sont vains et ridicules quand on ne se donne pas la peine d'examiner les mémoires qui en font l'objet.

Ce champignon n'est qu'une ressource extrême; mais enfin, il est bon de le connaître, car il réussit mieux que le plus grand nombre des bandages que j'ai essayés; et sachez qu'il y a, à l'heure qu'il est, des hernies qu'il est impossible de maintenir, par quelque moyen que ce soit. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Emploi de l'arsenic dans la confection des fromages alimentaires.

En 1840 ou 1841, plusieurs habitants de la commune de Châtillon furent indisposés subitement : les médecins qui leur donnèrent des soins, étonnés des accidents qui se manifestaient chez leurs malades, ne savaient à quoi les attribuer, quand une famille entière, étrangère aux premiers, fut subitement prise de vomissements et de douleurs d'entrailles très-violentes.

Le médecin qui fut appelé constata les symptômes de l'empoisonnement; de là des informations auxquelles la justice prit part. Il résulta de ces informations que ces gens avaient mangé du fromage acheté sur le marché; qu'il restait de ce fromage, qui fut saisi. On se rendit chez les autres personnes chez lesquelles

s'étaient manifestés des accidents semblables, et on apprit d'elles qu'elles avaient également mangé du fromage provenant du marché. On l'examina et on l'analysa à Châtillon : MM. Lavieille et Billet furent chargés de cet examen, et ne trouvèrent pas de substance toxique. On m'envoya de ces fromages, j'en fis l'analyse avec un de mes confrères, M. Brucy, et nous trouvâmes une grande quantité d'arsenic.

Les vendeurs furent mandés à la barre du juge d'instruction et sommés de dire ce qu'ils avaient mis dans leur fromage; ils répondirent qu'ils y avaient mêlé de la mort-aux-mouches ; qu'ils l'avaient fait sans mauvaise pensée, sans intention de nuire à personne ; que leur intention était seulement de tuer les vers qui naissent dans les fromages ; qu'ils avaient réussi à le faire à l'aide de cette mort-aux-mouches, et que les acheteurs, en raison de cela, lui donnaient la préférence. Interrogés par M. le juge d'instruction pour savoir qui leur avait donné cette idée de mettre de la mort-aux-mouches dans les fromages, ils répondirent que, puisqu'ils tuaient bien les mouches avec cette substance, ils pourraient bien faire mourir les vers qui naissent dans les fromages en l'employant pour cet usage ; que, du reste, ils étaient bien loin d'avoir été animés de mauvaise intention à l'égard de qui que ce soit, puisque eux-mêmes avaient mangé et mangeaient tous les jours de leurs fromages ; qu'ils avaient éprouvé également des coliques, mais sans pouvoir se rendre compte du pourquoi.

L'affaire en resta là. Une mercuriale sévère leur fut adressée et la recommandation expresse leur fut faite de ne plus user d'un procédé qui pouvait avoir des conséquences aussi graves.

(*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 *Mars* 1854. — Présidence de M. Combes.

Météorologie.

M. Babinet lit le Rapport suivant sur des *Tableaux thermométriques de la saison des eaux à Baréges, en* 1853, par M. le docteur Campmas, médecin principal des armées, chef de service de l'Hôpital militaire et thermal de Baréges.

« M. le docteur Campmas, dit le rapporteur, présente à l'Académie le résultat des observations thermométriques de cette localité, pour la saison des eaux, savoir, en juin, juillet, août et septembre 1853, et il offre, si l'Académie le juge utile, de continuer ces observations à l'avenir. Au point de vue purement scientifique, et pour les progrès de la météorologie, son travail serait d'une importance secondaire ; mais au point de vue de l'hygiène, et venant d'un praticien de premier ordre, l'Académie pensera sans doute qu'en joignant aux observations du thermomètre celles du baromètre, du psychromètre et de la direction des vents, et en mettant en regard les effets hygiéniques et pathologiques concomitants, M. le docteur Campmas entrera dans une voie peut-être restreinte, mais dont, à coup sûr, l'initiative sera du plus heureux augure et d'un avantage incontestable. Dans le vaste domaine de la météorologie, les influences de l'atmosphère sur l'homme en santé, et surtout sur l'homme malade, sont aussi importantes à connaître que peu étudiées jusqu'ici.

« On pourrait extraire, du travail de M. le docteur Campmas, plusieurs faits curieux de variations thermométriques ; mais, comme il n'a point donné la direction du vent, ces déductions laisseraient nécessairement à désirer.

« Les conclusions de ce Rapport sont : que l'Académie remercie M. le docteur Campmas de sa communication, et que, d'après son offre, elle l'engage à suivre et à compléter, surtout par des observations hygiéniques, ses tableaux météorologiques. »

Les conclusions de ce Rapport sont adoptées.

Altérations des nerfs paralysés.

M. Schiff adresse un Mémoire intitulé : *Sur la régénération des nerfs et sur les altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés.*

« On sait que le bout périphérique d'un nerf coupé se désorganise peu de jours après la section ; le contenu des filets primitifs, ou plutôt leur partie médullaire, se désagrége en petites particules graisseuses qui remplissent le tuyau nerveux sous forme de granules noirs qui sont résorbés, de sorte que, quelques semaines après la section, il n'en reste aucune trace.

« On sait aussi qu'un nerf coupé ou reséqué peut se *régénérer :* il se forme une cicatrice entre les deux bouts, et la fonction du nerf se rétablit.

« Autrefois, on admettait qu'après la réunion des deux bouts par de la substance nerveuse, les anciennes fibres du bout périphérique recouvraient leur fonction ; mais, après avoir étudié la désorganisation de ce bout, M. Waller, par suite d'expériences nouvelles, est arrivé à conclure que les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice, mais jusque dans les ramifications terminales....

« Tous les faits anatomiques sur lesquels M. Waller a fondé sa nouvelle théorie, je les ai constatés, à l'exception d'un seul ; car je n'ai jamais pu trouver, quel qu'ait été le degré de l'altération du nerf, les tuyaux membraneux des filets détruits. Toujours j'ai vu les granules enfermés dans une membrane, excepté aux bouts coupés où elle était interrompue artificiellement ; mais, quelquefois, cette membrane était si mince qu'on ne la pouvait voir qu'en éclairant faiblement le champ du microscope.

« La théorie de M. Waller me semble difficilement admissible, et il y a plusieurs faits qui semblent s'opposer à l'opinion qu'un nerf coupé doive toujours se régénérer dans toute l'étendue de sa partie périphérique, et que celle-ci perde entièrement sa nature nerveuse.

« Il est difficile de comprendre, d'après cette théorie, qu'après une simple section, un nerf puisse reprendre ses fonctions sensitives déjà après sept ou treize jours, et pourtant j'ai vu de tels cas sur des chats et des chiens, et M. J. Paget les a même observés sur l'homme. Est-ce qu'en si peu de temps les fibres nouvelles pourront se former jusqu'à la périphérie ?

« Il est difficile de comprendre pourquoi alors la régénération s'accomplit avec d'autant plus de lenteur qu'on a reséqué une plus grande partie du nerf, et pourquoi on peut même empêcher entièrement la régénération, si l'on excise une portion d'une longueur considérable.

« On ne comprend pas pourquoi, si la partie périphérique se résorbe entièrement jusqu'au névrilemme externe, il est impossible de réunir un bout d'un nerf sensitif à un nerf moteur avec retour de la fonction sensitive, même dans les conditions les plus favorables, comme je l'ai prouvé dans mon Mémoire sur les nerfs de la langue, dont j'ai eu l'honneur d'adresser un extrait à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Flourens. Pourquoi même, dans les expériences de Bidder, que j'ai répétées, le bout central du nerf lingual allait toujours, quand cela était possible, chercher son bout périphérique correspondant, qui en était éloigné artificiellement, et ne se cicatrisait pas avec l'hypoglose qui en était approché, et *vice versâ*.

« Enfin si, comme le croit M. Waller, l'intégrité du névrilemme joue un grand rôle dans ces phénomènes, on ne comprend pas pourquoi un nerf fortement comprimé ou écrasé, et dont le névrilemme est d'ailleurs conservé, a besoin, pour se régénérer, d'un temps considérablement plus long qu'un nerf simplement coupé ; c'est cependant ce qui résulte de mes expériences.

« Mais la théorie de M. Waller n'est pas une conséquence nécessaire des faits qu'il a observés. Il a examiné des nerfs qu'il a crus régénérés, plusieurs semaines après la section.

« Voyons d'abord ce qui arrive si l'on empêche la régénération et la réunion des deux bouts. Plusieurs semaines après la section, la membrane des fibres primitives a perdu son contenu granulaire, et alors les tubes vides en apparence présentent, chez les grenouilles, chez les pigeons et chez les mammifères, tous les caractères que M. Waller attribue à ses fibres embryonnaires. Par l'acide acétique, on y retrouve les noyaux longitudinaux et la ressemblance avec les fibres de Remak (mais il y a cependant des différences assez marquées entre eux et les fibres gélatineuses dites *de Remak*) ; on les retrouve exactement comme M. Waller a figuré ses fibres de nouvelle formation.

« Remarquons ici que les noyaux existent toujours dans la gaîne des fibres primitives, mais que, dans l'état normal, ils sont rendus invisibles par le contenu médullaire, qui a à peu près la même couleur.

« Dans quelques points de ces tubes, on retrouve encore quelquefois des traces et des restes de granules noirs.

« J'ai retrouvé ces gaînes qui avaient perdu leurs granules, encore un an après la section du sciatique sans régénération. Dans les premières semaines, on les voit à côté d'autres tubes, qui contiennent encore des granules, dans les ramifications ultimes des nerfs ; on en reconnaît moins que dans les troncs.

« Ces tubes sans granules ne manquent pas quand il y a réunion, même incomplète, entre les bouts coupés. Ces fibres pâles à noyaux sont les fibres nerveuses au summum de leur altération, que M. Waller a évidemment prises pour des fibres de nouvelle formation.

« Tout ce que M. Waller dit de ses fibres embryonnaires se rapporte exactement à ces gaînes sans granules.

« La seule analogie qui existe entre ces gaînes sans granules et les véritables fibres embryonnaires, consiste en ce que toutes les deux sont sans gaîne médullaire ; dans les embryonnaires, on voit à l'intérieur l'axe primitif avec des stries très-fines longitudinales, qui manquent dans les fibres altérées. Les fibres embryonnaires, en général, ont une teinte un peu jaunâtre, les autres sont pâles; les embryonnaires offrent plus de résistance à l'action des solutions alcalines faibles, et surtout à la potasse caustique, que les fibres désorganisées ; dans les faisceaux embryonnaires, il est plus difficile d'isoler les simples tuyaux que dans les désorganisées.

« Voyons maintenant s'il est permis de croire que dans la régénération des nerfs, des fibres nouvelles se forment parmi les anciennes.

« Si l'on coupe avec un instrument bien tranchant le nerf lingual ou intra-orbital d'un jeune chat, et qu'on le laisse régénérer, en ne tuant l'animal qu'après trois ou quatre semaines; en examinant alors soigneusement tous les faisceaux de la partie périphérique du nerf, on en trouvera plusieurs qui ne contiennent que des fibres à doubles contours, qui sont toutes régénérées, sans fibres désorganisées. Que sont devenues ici ces fibres désorganisées, qui ne manquent jamais après un mois, si la régénération était empêchée? Si pendant la régénération dans toute la partie périphérique du nerf les fibres nouvelles se formaient indépendantes des anciennes, les dernières devraient exister, dans ce cas, à côté des fibres nouvelles. Mais de ce que dans la régénération presque complète d'un nerf sensitif on voit les fibres dégénérées disparaître avec une telle rapidité, on peut conclure que ces dernières, par le travail régénérateur, ont recouvré leur structure et leurs fonctions.

« Il y a des cas où, après des résections, on peut voir directement, sous le microscope, les fibres dégénérées de la partie périphérique se continuant dans les fibres de nouvelle formation de la partie inférieure de la cicatrice.

« Dans d'autres cas plus rares, on voit encore dans l'intérieur d'une fibre primitive régénérée de la partie périphérique des points où l'on trouve des traces de granules noirs qu'elle contenait dans l'état d'altération.

« Il est vrai que les fibres de la partie périphérique sont plus minces que les fibres anciennes, parce que leur couche médullaire, qui doit se reformer, est très-lente à acquérir l'épaisseur normale.

« Ainsi la théorie de M. Waller repose sur des observations incomplètes, et ce sont, en effet, les fibres anciennes qui recouvrent leurs fonctions après la formation de la cicatrice. On peut même démontrer que dans quelques cas, où le galvanisme a révélé à M. Waller le retour des fonctions, il a vu, en effet, de véritables fibres régénérées ; mais il n'y a pas porté son attention comme il était trop préoccupé de ses prétendues fibres embryonnaires.

« Examinons maintenant si, par la dégénération paralytique, les fibres primitives perdent entièrement leur nature nerveuse.

« Si des fibres dégénérées peuvent reprendre leur structure encore après plusieurs semaines et même plusieurs mois, si ces fibres, provenant d'un nerf moteur, ne peuvent se réunir qu'à une racine motrice, si un bout central d'un nerf sensitif cherche, pour se cicatriser, un bout périphérique sensitif dégénéré qui en est éloigné de plusieurs centimètres, alors ces nerfs désorganisés, ces gaînes, qui paraissent vides, ne peuvent pas avoir perdu complétement leur nature nerveuse générale, ne peuvent pas même avoir perdu complétement leur nature spéciale, motrice ou sensitive ; il faut bien qu'une partie essentielle du nerf soit restée intacte, une partie plus essentielle que la gaîne externe des fibres. Chaque fibre nerveuse, dans l'état normal, se compose de trois parties : de la *gaîne externe*, de la *gaîne interne* ou *médullaire*, et du *cylindre central primitif*, que l'on ne voit presque pas dans les conditions ordinaires, parce qu'il réfléchit la lumière de la même manière que la gaîne externe, mais qui devient visible dès qu'il est altéré par certains réactifs, ou que la gaîne externe est rompue ou coupée. C'est ce cylindre qui, comme je le prouverai expérimentalement dans une autre communication, est la partie la plus essentielle du nerf, et c'est lui qui pourrait bien exister encore dans les tubes nerveux, dont la partie médullaire est entièrement absorbée. Il sera alors encore moins visible, parce qu'il est entouré immédiatement de la gaîne qui, dans l'état normal, a les mêmes caractères optiques que lui. Pour m'assurer de ce fait, j'ai macéré, dans du sublimé corrosif ou dans de l'acide chromique, des nerfs paralysés sans cicatrisation, des nerfs dont il ne restait à l'apparence que la gaîne externe, ou cette gaîne remplie de quelques granules, et j'ai vu avec surprise que ces réactifs, qui rendent visible le cylindre dans les nerfs normaux, font toujours reparaître, dans ces nerfs paralysés et altérés, le cylindre primitif dans sa forme tout à fait normale.

« Si, après avoir laissé pendant quelque temps le nerf dans une solution de sublimé corrosif, on le traite, sous le microscope, avec de l'acide acétique très-dilué, on voit pâlir la gaîne externe, et le cylindre primitif apparaît comme isolé, dans l'intérieur du tube, en présentant tous les caractères qu'il offre dans les nerfs sains adultes ; mais on n'y voit pas les stries fines longitudinales très-distinctes qu'il montre seulement dans les jeunes fibres nerveuses. Très-souvent, on voit ce cylindre former des flexions anguleuses ou des circonvolutions spirales dans l'intérieur du tube. Il est très aisé de s'assurer qu'une coagulation fortuite d'un liquide, qui se trouverait dans les tubes, ne pourrait être confondue avec ce cylindre dont les contours sont très-droits et très-marqués, qui n'enferme jamais les globules noirs qui existaient encore dans le tube. J'ai retrouvé ce cylindre encore quatre mois après la résection d'un nerf sans réunion des bouts, et je crois qu'il existera aussi dans des cas beaucoup plus anciens.

« Je conclus de ces observations, dont je n'ai donné ici qu'un extrait, que les altérations qui surviennent dans un nerf paralysé ne se portent que sur la gaîne médullaire, mais qu'elles laissent intactes les qualités du cylindre primitif, qui sont reconnaissables par le microscope et les réactifs chimiques, et que c'est à la présence de ce cylindre que les nerfs paralysés et altérés doivent la possibilité de rentrer dans leurs fonctions.

« Je ne dis pas que le cylindre primitif soit resté sans altération, car le nerf n'étant plus excitable, il faut bien qu'il soit altéré ; mais cette altération, je le répète, n'est reconnaissable ni au moyen du microscope, ni au moyen des réactifs. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. le professeur Alquié avait annoncé un article convenable de son cru ; il nous adresse une.... facétie de M. Rodrigues. La jovialité de ce curieux rédacteur des *Annales* va jusqu'à vouloir donner au *Moniteur* des leçons de style ! M. Alquié voudrait sans doute s'acquitter envers nous de la petite leçon de syntaxe que nous lui avons donnée à propos de sa dernière communication à l'Académie de médecine ; que cette dette ne lui pèse pas ; nous savons accorder des délais quand les circonstances l'exigent : nous sommes tout disposé à attendre notre remboursement jusqu'au moment où les *Annales* auront acquis un peu de grammaire, et ce attendant, nous recevrons à titre d'à-comptes quelques bonnes observations cliniques, comme nous nous plaisons à déclarer que nous en avons trouvé dans les *Annales*.

Quant à la facétie de M. Rodrigues, notre collaborateur se chargera du soin d'en faire ressortir le piquant, si ce rôle lui paraît digne de lui. Nous dirons seulement, pour notre compte, que nous avons donné assez de preuves de sympathie à l'élément sérieux de l'École de Montpellier, dans laquelle nous avons le bonheur de compter plusieurs amis, pour n'être pas suspect d'avoir voulu lui porter atteinte, en publiant un article dont nous partageons d'ailleurs entièrement l'esprit. H. de Castelnau.

— On lit dans la *Gazette hebdomadaire :*

« Le 10 de ce mois (vendredi) a été célébré, en séance solennelle dans une des plus grandes salles de notre ville, la fête jubilaire du célèbre anatomiste Frédéric Tiedemann, qui a été créé docteur en médecine, le 10 mars 1804, et qui demeure à Francfort depuis quatre ans. Plus de quarante ans il a été professeur à Heidelberg et il s'est retiré de cette Université, en 1849, lorsque son fils a été tué par des soldats prussiens. Les Universités de Heidelberg, de Giessen, de Fribourg et de Wurzbourg, la Société césarienne des naturalistes et l'Académie des sciences de Munich, le Corps médical de Mayence, les Sociétés savantes de Francfort, et la municipalité de la ville de Heidelberg ont envoyé des ambassades pour le féliciter. La Société d'histoire naturelle de Francfort avait ouvert une souscription pour une médaille d'or, exécutée à Munich, qui lui a été présentée. Cette médaille représente d'un côté le portrait du célèbre anatomiste et de l'autre l'étoile de mer, objet de sa première grande monographie, qui a été couronnée par l'Institut de France. »

— Un petit nombre de cas de choléra se sont développés depuis notre dernier bulletin ; mais somme toute, l'épidémie ne semble devoir acquérir aucune importance.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis Favrot. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 34 2e année. Mardi 21 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 20 *Mars* 1854.

De l'élève des sangsues.

La proposition faite par quelques membres de l'Académie de médecine de décerner une médaille à M. Borne, a provoqué sur l'élève des sangsues de nouvelles communications qui ont donné lieu, comme on le sait, à un nouveau et intéressant rapport de M. Soubeyran. Cette question offre assez d'intérêt médical et économique pour qu'il nous semble utile de résumer sommairement les principales questions soulevées dans le travail du savant professeur, et pour y ajouter quelques remarques qui ont échappé à son attention.

Mais d'abord tranchons une question de priorité, ou plutôt appelons d'une manière spéciale l'attention de nos lecteurs sur la lettre de M. Harreaux, qu'on trouvera plus loin ; cette lettre, aussi raisonnablement pensée que convenablement écrite, dont les détails sont entièrement confirmés, d'ailleurs, par la réclamation adressée à l'Académie par le bureau de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, cette lettre montrera que M. Borne possède plus de perspicacité que de mémoire, et que les éloges que nous nous étions plu à lui décerner doivent être considérablement atténués pour être conformes à la stricte justice. Nous ne ferons pas même à M. Borne un très-grand mérite d'avoir fait connaître les procédés qu'il a mis en usage, car, non-seulement ces procédés n'avaient pas été tenus secrets, puisqu'on l'en a instruit lui-même, mais encore ces procédés, ainsi que d'autres, avaient été l'objet de publications manuscrites ou imprimées, bien avant que M. Borne eût réussi à élever des sangsues. Si les travaux de cet intelligent industriel ont eu plus de retentissement que ceux des observateurs qui l'ont précédé, le mérite en revient à M. Soubeyran ; attendu que, sans le rapport du savant académicien, il est plus que douteux qu'on se fût beaucoup occupé de M. Borne. Les choses, à cet égard, étant rétablies dans leur véritable assiette, résumons en quelques mots, s'il est possible, le rapport de M. Soubeyran.

Trois communications en font le sujet : une Note de M. Rollet, correspondant de l'Académie dans les Landes, une Notice de M. Elie Masson sur les marais du Bordelais, et une Note de M. Harreaux. La lettre de cet honorable confrère que nous publions, fera suffisamment connaître et son système et ses droits ; nous ne nous occuperons donc que des deux premières communications, et d'un Mémoire fort intéressant de M. Laigniez, pharmacien à Laval, dont nous avons vivement regretté que M. Soubeyran n'ait pas fait la mention spéciale qu'il mérite.

Ceux de nos lecteurs qui se rappellent le premier rapport de M. Soubeyran (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux* du 15 décembre 1853), savent que ce qui distingue surtout les procédés de M. Borne, c'est-à-dire de M. Harreaux, c'est de nourrir artificiellement les sangsues avec du sang d'animaux tués, tandis que les éleveurs du Bordelais les élèvent avec du sang que les sangsues puisent directement sur les animaux vivants. Les détails fournis par M. Élie Masson nous semblent avoir réduit à néant les reproches de barbarie qu'on adressait aux éleveurs du Bordelais pour livrer de malheureux chevaux à la voracité des sangsues ; les éleveurs ont un intérêt trop évident à ne pas laisser épuiser leurs chevaux, pour qu'on ne s'en rapporte pas à cet intérêt du soin de maintenir ces animaux dans un état suffisant de santé.

L'objection tirée de ce que les sangsues pourraient transporter la morve ou d'autres maladies des chevaux sur l'homme ne repose sur aucun fait sérieux.

M. Élie Masson a été moins heureux pour démontrer les avantages économiques d'un procédé qui oblige un éleveur à acquérir et à entretenir 150 ou 200 chevaux dont il n'indique pas suffisamment l'emploi, à part celui de servir à la nourriture des sangsues. Sous ce rapport, les réflexions de M. Rollet nous paraissent fort justes, ou du moins dignes d'être mûrement examinées, lorsqu'il dit que l'élève des sangsues ne doit être « que le complément d'une exploitation agricole. » C'est pour se conformer à ce principe que cet honorable confrère, au lieu de gorger les sangsues avec le sang des chevaux, fait circuler dans son marais des vaches, qui, pour être sucées une fois, rarement deux fois par semaine, ne lui fournissent pas moins, avec l'abondance accoutumée, un excellent lait.

Des chiffres publiés par M. Élie Masson, sans être absolument probants à cause de leur insuffisance, atténuent cependant beaucoup le reproche d'insalubrité qu'on avait adressé aux marais du Bordelais ; mais ils ne sauraient le détruire entièrement. Les marais du Bordelais diffèrent de tous ceux dont on a entretenu l'Académie, en ce qu'on les dessèche du 10 au 15 juin. Or, tout le monde sait que les émanations qui se dégagent *nécessairement* à une pareille époque d'un marais en dessèchement, sont des plus nuisibles pour la santé des populations. L'usage de ce dessèchement devra donc faire l'objet spécial de l'examen des conseils d'hygiène, qui pourront ici se montrer d'autant plus sévères, que cet usage ne paraît pas bien indispensable, puisqu'il n'est observé dans aucun des autres établissements qui ont été l'objet de publications récentes, bien que ces établissements donnent des résultats relativement supérieurs à ceux des marais du Bordelais.

La disposition et la nature des terrains, quoique assez variables dans les divers marais, se ressemblent cependant par trois conditions qui semblent être les conditions essentielles :

1° Le sol doit être léger, couvert d'herbes aquatiques, afin que les sangsues puissent s'enfoncer facilement en terre pendant la mauvaise saison ;

2° si les marais ont peu d'étendue, ils doivent être parsemés de petits îlots d'environ un mètre de diamètre, afin que les sangsues puissent y déposer facilement leurs cocons dans la meilleure exposition possible ;

3° Enfin, il faut que le marais soit garanti par un fossé de ceinture contre les maraudeurs, et surtout contre les nombreux ennemis des sangsues (rats d'eau, musaraignes, anguilles, hannetons, etc.).

Les dispositions en dehors des trois conditions précédentes sont accessoires, et il est impossible d'en apprécier actuellement l'importance.

Mais il est une question capitale que nous avons vu avec le plus grand regret M. Soubeyran passer sous silence : Est-il indispensable de nourrir les sangsues soit avec du sang d'animal vivant, soit avec du sang d'animal mort ? C'est surtout cette question qui donne de l'intérêt au mémoire de M. Laigniez, de Laval, que M. Soubeyran a complétement passé sous silence.

Cet honorable pharmacien, après des tâtonnements prolongés autant que louables et onéreux ; après des études très-sérieuses sur les mœurs, sur la physiologie et même sur les maladies des sangsues, est parvenu enfin à établir, près de Laval, un marais de 100 mètres de long sur 70 de large, lequel, suivant le persévérant éleveur, ne contient pas aujourd'hui moins de 400,000 sangsues ; qui, depuis quatre ans, en a fourni, année moyenne, 20,000 au commerce ; et dans lequel les sangsues trouvent pour toute nourriture « des grenouilles, des mollusques et du suc de végétaux. » Or, si l'on admet les calculs de M. Élie Masson, qui évalue à 1,000 hectares la superficie des marais du Bordelais, et à 400,000 le nombre de sangsues qu'ils fournissent, on voit que ce produit est relativement bien inférieur à celui que donne le marais de M. Laigniez. Il est donc bien évident que nous sommes loin d'avoir exagéré l'importance de la question relative à la nourriture des sangsues, et l'on comprend tous les avantages qu'offrirait le procédé du pharmacien de Laval, si ce procédé pouvait être appliqué sur une large échelle et dans toutes les localités.

Ce qu'il y a de variable dans les procédés relatifs à la pêche, ou, si l'on veut, à la *moisson* des sangsues, n'offre pas assez d'importance pour que nous y insistions. L'expérience aura bientôt indiqué à chaque expérimentateur celui de ces procédés qu'il doit préférer : filet, d'après l'indication de MM. Harreaux et Borne ; passoire métallique, comme le veut M. Rollet ; main de l'homme, ainsi que cela se pratique dans le Bordelais ; ou enfin, couvertures de laine, suivant l'usage adopté par M. Laigniez.

Les quelques remarques qui précèdent montrent que tous les problèmes ne sont pas résolus en ce qui concerne l'élève des sangsues ; mais elles montrent aussi que le plus important d'entre eux ne peut plus laisser de doutes dans l'esprit de personne, et que la France s'affranchira, quand elle voudra, du petit tribut qu'elle paye à l'étranger pour les sangsues qu'elle consomme.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE CIVILE.

Ablation d'un énorme polype charnu occupant la totalité des fosses nasales, des sinus frontaux et des sinus maxillaires, avec destruction des masses latérales de l'ethmoïde. — Emploi d'un procédé opératoire nouveau. — Guérison,

Par M. E. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

M. D...., âgé de 40 ans, maire d'une petite commune de Normandie, est atteint depuis trois ans d'un polype des fosses nasales.

Le début de la tumeur s'annonça en février 1851, par un peu d'enchifrènement qui fut accompagné d'hémorrhagie nasale abondante.

En octobre de la même année, il survint une hémorrhagie tellement considérable, que le malade croit n'avoir pas perdu moins de 2 litres de sang et qu'il fut laissé pour mort.

En février 1852, un an après le début des accidents, M. D.... s'aperçut, en portant le doigt dans la narine, qu'il y avait un corps charnu.

Le 14 mars de la même année, opéré par M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, le malade éprouva une nouvelle hémorrhagie dont on parvint à se rendre maître. La guérison, due à cette première opération, se maintint pendant plusieurs mois. Mais, en juillet 1852, survint un peu d'enchifrènement, de très-violents maux de tête qui rendirent nécessaire le séjour au lit.

Dans les premiers jours de septembre 1852, nouvelle hémorrhagie.

A dater de ce moment, les hémorrhagies se reproduisent peu fréquentes et peu graves jusqu'en avril 1853.

A cette époque se manifeste un mal de tête d'une violence extraordinaire, qui dure avec la même intensité pendant quinze jours, au bout desquels les douleurs disparaissent brusquement. Alors apparaît à gauche une fausse tumeur lacrymale ; puis une tumeur semblable se développe à droite, celle-ci moins volumineuse que la première.

Les accidents se calment jusqu'au 1er mai 1853 ; mais la respiration par le nez est complétement interceptée.

1er *mai*. Les maux de tête reparaissent, suivis d'un délire tellement violent qu'il y a eu nécessité de garder le malade nuit et jour. On ne parvenait à lui procurer quelque soulagement qu'en lui serrant fortement la tête. Le retour à l'état normal ne se fit que vers la fin de juin 1853.

Juillet 1853. Maux de cœur et vomissements ; hémorrhagies et écoulement de pus par les narines.

Août. Un peu plus de calme.

Septembre. Recrudescence des accidents qui éclatent avec assez de violence pour décider le malade à venir à Paris réclamer les secours de l'art.

Il est soumis, par le docteur M...., à une opération qui dure deux heures et demie. Un grand nombre de fragments de la tumeur ont pu être enlevés. Il en résulte la cessation des maux de tête.

De retour chez lui, le malade éprouve un soulagement de plus en plus marqué.

Mais, six semaines après, les maux de tête reviennent et s'accompagnent de quelques hémorrhagies. Les douleurs continuent d'être très-vives jusqu'au 26 janvier 1854, c'est-à-dire jusqu'au moment où le malade s'adresse à nous pour obtenir un remède à ses souffrances. Il se présente dans l'état suivant :

La racine du nez, considérablement élargie, présente sur chaque partie latérale une tumeur lacrymale de mauvaise nature. Celle de droite est fongueuse et saignante depuis longtemps ; celle de gauche n'est pas ouverte. Le sens de la propagation des douleurs indique l'extension du mal dans les sinus frontaux. L'oblitération des narines est complète, et, quels que soient les efforts du malade, il lui est impossible d'y faire passer la moindre quantité d'air.

Le doigt, introduit par la bouche, et conduit vers l'orifice postérieur des fosses nasales, fait reconnaître la destruction de la cloison et la présence d'une tumeur ayant à peu près la consistance des corps fibreux. Le petit doigt, introduit à travers les narines, est bientôt arrêté par une masse résistante qui saigne au moindre contact.

D'après la tendance hémorrhagique très-prononcée de cette masse considérable et de ses nombreux embranchements, il était évident qu'on ne pouvait songer à revenir à l'emploi de l'arrachement successif par des pinces conduites à travers les narines sans s'exposer à la double alternative d'une hémorrhagie foudroyante ou d'une extraction incomplète, conduisant à une

prompte récidive et rendant dès lors inutile l'opération dangereuse dont nous venons de parler.

Il fallait donc, ou abandonner le malade à lui-même, c'est-à-dire le laisser exposé à une mort très-prochaine, ou prendre un de ces partis qui font courir des dangers immédiats, mais qui, si le succès leur vient en aide, ont du moins pour eux la chance d'amener une guérison durable et d'étendre le cercle des ressources opératoires.

L'indication à remplir pour justifier toute tentative sérieuse était donc d'ouvrir sur le foyer du mal une voie assez large, 1° pour que, l'extraction du polype étant prompte, le malade ne fût point exposé au danger d'une hémorrhagie qui aurait pu le faire périr entre nos mains; 2° pour que, tous les recoins de la sculpture faciale profonde étant rendus parfaitement accessibles au doigt du chirurgien, aucune partie de la tumeur n'échappât à l'extraction ; 3° pour se ménager une voie large et prompte vers l'espace ethmoïdien ou inter-orbitaire.

Quatre procédés opératoires se présentaient au chirurgien : 1° Il pouvait, en ouvrant largement la voûte palatine osseuse, se ménager un libre accès dans les fosses nasales : c'est ce qui a été exécuté dans certains cas par M. Nélaton; 2° on pouvait arriver au même résultat en sacrifiant un des os maxillaires; 3° on pouvait encore, en fendant verticalement sur la ligne médiane, le nez (la cloison était détruite), depuis la bosse frontale moyenne jusqu'à la lèvre superieure, disséquer latéralement de manière à découvrir largement les os propres du nez et les apophyses montantes du maxillaire. Puis, faisant passer une scie à chaîne d'un orbite dans l'autre, on eût sectionné d'avant en arrière les puissantes attaches qui unissent au frontal la base des os du nez, ainsi que les apophyses montantes, et l'on eût divisé de chaque côté, au moyen de la pince de Liston ou de la scie à chaîne l'espèce d'auvent que présente la voûte osseuse du nez, de manière à ouvrir une voie très-large dans la région ethmoïdienne. Le point où la tumeur traduisait son principal développement, c'est-à-dire l'espace inter-orbitaire, nous conduisit à préférer ce dernier mode opératoire que nous avons modifié de la manière suivante. Il faut se rappeler que, si la paroi interne de chaque orbite était détruite par le progrès de la tumeur, l'auvent nasal n'avait rien perdu de sa solidité.

Nous rappellerons que l'opération à faire devait présenter deux étapes, à la première desquelles il eût été possible de s'arrêter.

L'appareil instrumental destiné à cette opération comprenait, outre les objets d'usage général en pareil cas, les objets suivants :

1° Le petit trépan perforatif qu'emploie M. Laugier pour la saignée des os, et qui pouvait être ici nécessaire pour conduire la scie à chaîne d'un des orbites dans l'autre ;

2° La forte pince de Liston ;

3° Plusieurs scies à chaîne, toutes disposées à l'avance ;

4° Un davier et un élévatoire ;

5° Une curette, des tenettes volumineuses comme pour l'opération de la taille, une gouge, des sacs de baudruche remplis de glace.

De plus, dans la prévision d'une hémorrhagie dangereuse survenant pendant l'exécution du procédé opératoire, le malade avait été soumis les jours précédents à l'usage d'une pilule d'extrait de ratanhia prise toutes les heures.

Enfin, un aide placé derrière la tête du patient, devait au besoin comprimer les carotides, si l'abondance de l'écoulement sanguin, pendant une opération dont la durée ne pouvait pas être prévue, venait à exiger l'emploi de ce moyen hémostatique.

Toutes ces choses étant disposées, voici comment il fut procédé le matin du 29 janvier 1854 :

Le malade, assis sur un siége peu élevé, sans dossier et placé un peu obliquement en face d'une fenêtre, a la tête soutenue par un aide. Une alèze qui enveloppe les bras, vient se nouer à la nuque, et en bas, à la hauteur des reins, sur la région dorsale.

L'opérateur, placé en face du malade, fait une incision transversale d'un orbite à l'autre, fait tomber sur cette première incision et du côté droit, une section verticale un peu oblique, et, arrivé au niveau de l'orifice des narines, change brusquement de direction et fait une incision transversale qui s'étend de droite à gauche dans toute la largeur de la partie inférieure du nez. De cette manière, le nez se trouve inscrit dans un lambeau rectangulaire qui ne tient plus que par un seul côté au reste de la face.

Les tissus cutanés et cartilagineux qui constituent l'enveloppe extérieure et une partie de la charpente nasale, sont alors séparés par de larges et rapides incisions, de manière à permettre de rejeter ce lambeau nasal tout d'une pièce sur la zone gauche. Nous avons dit que la cloison ostéo-cartilagineuse était détruite. Ce premier temps de l'opération une fois accompli, on fit quelques ligatures et l'on se mit en devoir d'explorer, avec le doigt, la disposition de la tumeur dans les cavités de la face.

Le résultat de ces tentatives d'exploration nous fit reconnaître une masse assez compacte et cependant friable, qui nous fit espérer d'arriver au but d'une manière sûre, sans avoir besoin de jeter bas l'auvent nasal. Partie avec les doigts, partie avec des pinces à polypes, nous parvenons à arracher pièce à pièce une énorme masse. Chacun des embranchements de celle-ci est enlevé, et cette extraction met à même d'explorer, avec le doigt, la cavité partielle qui lui servait de réceptacle. C'est ainsi que l'on pénètre successivement dans les deux sinus frontaux, dont le droit remonte très-haut et se trouve beaucoup plus dilaté que le gauche, et dans l'emplacement de l'ethmoïde dont il ne reste plus d'autre vestige que la lame criblée ; car la séparation des fosses nasales d'avec le cerveau existait encore, puisque nous ne sentions pas en ce point les battements si caractéristiques, dans les cas de perte de substance aux parois de la cavité encéphalique. Le doigt pénètre encore dans les deux orbites, et fait constater, par le contact des globes oculaires, que les portions orbitaires du polype ont été complétement enlevées. La paroi interne du sinus maxillaire est complétement détruite, ainsi que toute trace des cornets, de telle sorte qu'on ne trouve plus, sur les parties latérales, que deux vastes excavations indiquant que l'os maxillaire supérieur n'est plus réduit de chaque côté qu'à une coque encore solide et résistante, quoique peu épaisse.

Quant à la portion de la tumeur qui débordait en arrière l'ouverture des fosses nasales, cette portion s'étant échappée pendant le cours de l'opération, et étant tombée dans le pharynx, fut aussitôt expulsée par un violent effort de régurgitation.

Le voisinage du cerveau, qu'il nous était permis de croire dénudé, par suite de la destruction de la lame criblée, ne nous avait pas permis de songer un instant à combattre l'hémorrhagie par l'application du cautère actuel. Nous avions donc substitué à l'appareil de la cautérisation hémostatique un certain nombre de pinceaux imprégnés de perchlorure de fer. Après avoir complété cette laborieuse énucléation, chacun des confrères qui voulaient bien nous assister fut invité à parcourir attentivement avec le doigt tous les recoins du vaste emplacement occupé par la tumeur. Aucun vestige du produit morbide n'ayant été trouvé, on procéda à la réapplication rhinoplastique du lambeau qui avait été rejeté sur la joue gauche, et de nombreux points de suture rétablirent, autant que faire se pouvait, la configuration normale.

Quoique le sang eût ruisselé, tant en avant qu'en arrière, pendant l'exécution du procédé opératoire; quoique de nombreuses artères eussent été divisées, il y a eu cela d'extrêmement remarquable que nous n'avons été obligé de recourir à aucune autre ligature qu'à celle de la terminaison de la faciale, et que, cependant, il n'y a eu aucune hémorrhagie. Cette circonstance tient-elle à la coagulabilité naturelle du sang chez ce sujet ou à l'action préventive de la ratanhia ? C'est là un point sur lequel nous n'aurions à présenter que des conjectures.

La tumeur, examinée au microscope par MM. Broca et Verneuil, n'a présenté rien autre chose que les éléments fibro-plastiques.

Deux cuirasses de sparadrap, imbriquées en X, furent appliquées sur la tumeur, d'après les principes du pansement par occlusion. Aucun accident n'est venu troubler les suites de cette grave opération. Seulement, dans les journées qui suivirent, il

y eut, vers le soir, un léger mouvement fébrile accompagné de sub-delirium. — Dès le quatrième jour, le malade prenait des potages.

Depuis cette époque, le progrès de la convalescence a été rapide. Les incisions se sont solidement cicatrisées. Les narines restent béantes et permettent le libre accès de l'air.

Le malade, complétement guéri, a pu rejoindre au bout d'un mois le lieu de sa résidence habituelle.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Recherche de l'iode. — Observations critiques sur les résultats obtenus par MM. Stevenson Macadam, Lohmeyer, Casaseca, Martin et Barreswil,

Par Ad. Chatin, *professeur à l'École de pharmacie.*

Le peu d'empressement que j'ai mis à répondre à une série d'observations critiques de mes travaux, portant quelques personnes à croire que je souscris aux résultats annoncés, c'est pour moi une obligation de montrer que si je gardais le silence, ce n'était ni par acquiescement, ni par embarras. Je vais donc passer successivement en revue les publications faites par les chimistes nommés en tête de cet article.

M. Stevenson Macadam.

M. Stevenson Macadam, dont le *Journal de pharmacie* (numéro d'avril 1853) a inséré le travail, n'a pu déceler dans l'air de l'iode, qu'il annonce avoir au contraire *découvert* dans la soude, la potasse et la chaux employées comme réactifs, ainsi que dans un grand nombre de plantes aquatiques.

Mes remarques sont :

1° On sait qu'un papier amidonné, bleui par l'iode, se décolore par la simple exposition à l'air : donc, c'est bien en vain que M. S. Macadam a cherché à développer la couleur bleue en exposant à un courant d'air un papier imprégné d'amidon.

2° M. S. Macadam n'a pas obtenu d'iode dans une opération où il cherchait à retenir cet élément de l'air par le *fer* et le *plomb;* et cependant, comme je l'ai signalé, le fer et le plomb sont fortement iodifères. Aussi me paraît-il que, lorsque ce chimiste emploiera des réactifs privés d'iode, et tant qu'il ne sera pas plus exercé à la recherche de proportions infinitésimales de ce corps, ce n'est pas 4,000 pieds cubes, ni même 100,000 pieds cubes d'air qu'il aura à laver pour y constater la présence du métalloïde, mais un volume que je ne saurais vraiment évaluer, tant il devrait être considérable.

3° *Trois gallons* d'eau de pluie n'ont pas fourni d'iode à l'auteur. On ne s'en étonnera plus en considérant que l'iode du fer et du plomb lui ont échappé. Avec 3 *litres* d'eau de pluie ou de neige, j'ai fait récemment, à Turin, avec M. Borsarelli, savant professeur de chimie, *trois opérations* toutes très-concluantes quant à la présence de l'iode. L'eau de pluie n'est pas cependant des plus iodurées à Turin.

4° Il faut à M. S. Macadam *plusieurs gallons d'eau de mer* pour obtenir de faibles réactions indiquant $\frac{1}{300000}$ de grain d'iode, et comme il suppose que l'iode de la pluie vient seulement de la mer, il comprend qu'il ne pourra déceler l'iode dans les eaux pluviales qu'en opérant sur *plusieurs centaines de gallons.* C'est étayer sur des recherches imparfaites des conjectures qu'il reconnaîtra ne pas être fondées.

5° J'ai signalé, en 1850, la présence de l'iode dans les chaux, dans les soudes et dans les potasses, tant dans celles du commerce que dans les produits vendus comme *purs* par les fabricants de produits chimiques. J'ai appris depuis, de M. Cantu, qu'il avait fait depuis longtemps la même observation sur ces dernières. M. Cantu conseilla même de séparer l'iode du carbonate de potasse en précipitant par l'alcool la solution aqueuse de celui-ci. A l'époque (1850) où je publiai mes recherches sur l'iode des plantes *terrestres,* mon ami, M. Filhol, professeur de chimie à Toulouse, m'écrivait qu'il venait de trouver aussi l'iode dans les diverses potasses, et M. Marchand arrivait de son côté aux mêmes résultats. Je ne rappelle pas tous ces faits pour diminuer le mérite des observations de M. S. Macadam, qui les ignorait, mais seulement pour le bien convaincre que mes résultats sont à l'abri de la cause d'erreur qu'il croyait avoir le premier reconnue.

6° M. S. Macadam a constaté la présence de l'iode dans le *Menianthes trifoliata,* les *Chara,* les *Equisetum.* Ce résultat prouve que le savant chimiste d'Édimbourg en est au point par lequel a commencé la série de mes recherches. Je suis assuré qu'un peu plus d'habitude aidant, il arrivera bientôt à trouver l'iode dans les eaux courantes, la pluie, l'air, les métaux, toutes les plantes terrestres, comme il l'a déjà reconnu dans les plantes aquatiques et les alcalis. M. S. Macadam ne peut douter de la présence de l'iode dans les eaux où croissent les plantes d'eau douce qu'il a analysées. Eh bien ! qu'il s'exerce à l'y rechercher, et quand il le trouvera en opérant seulement sur 1 ou 2 litres, je l'assure qu'il lui sera très-facile de le découvrir dans un volume pareil ou moindre d'eau de *pluie,* et partant, dans l'air.

M. Lohmeyer (journal l'*Institut,* 24 août 1833).

« Le goître, dit M. Lohmeyer, n'est pas endémique à Gœttingue, tandis qu'il est fort commun dans quelques villages voisins, par exemple, à Lengden. Si le défaut d'iode dans l'atmosphère était la cause du mal, on devrait s'attendre à rencontrer une différence entre la quantité d'iode de l'air pris à Gœttingue et celle de l'air pris à Lengden. Il a donc analysé l'air pris dans la première localité et en a fait passer plus de 4,000 litres par petites bulles, à travers une couche haute de 18 pouces de lessive de *soude caustique,* sans négliger d'ajouter, de temps en temps, de la *chaux vive* pour absorber l'acide carbonique qui se combinait. L'appareil était disposé de manière telle, que le passage des 4,000 litres durait une semaine, et qu'il n'y avait pas d'iode perdu. Cependant, lors des épreuves pour découvrir l'iode, le résultat a été négatif, et l'examen de l'air de Lengden a été tout aussi infructueux.

« Ce n'est pas avec plus de succès que M. Lohmeyer a recherché l'iode dans le lait de vache et dans les œufs de poule. Douze œufs qu'on avait débarrassés préalablement de leur coquille, et 600 grammes de lait de vache n'ont pas donné de traces d'iode. Peut-être, ajoute-t-il, trouverait-on de l'iode en opérant sur une quantité plus grande de lait et d'œufs; peut-être aussi pourrait-on constater la présence de ce corps dans l'air des laboratoires de chimie ou du voisinage de certaines fabriques, etc. »

Je présenterai, sur le travail de M. Lohmeyer, les observations suivantes :

1° La *soude* et la *chaux* qu'il a employées au lavage de l'air *contenaient de l'iode* qu'il aurait dû au moins découvrir. Il a donc été moins habile que M. S. Macadam.

2° M. Lohmeyer n'ayant pas trouvé d'iode dans la soude caustique, qui en renferme une *quantité considérable,* on comprend qu'il ne l'ait découvert ni dans douze œufs, ni dans 600 grammes de lait, ni surtout dans 4,000 litres d'air. Rien n'est cependant plus facile que de démontrer la présence de l'iode dans un seul œuf *sans addition d'alcali.* La commission de l'Académie des sciences, qui a vérifié les principaux de mes résultats, n'opérait généralement que sur deux œufs. Je préviendrai, toutefois, le chimiste de Gœttingue, que *l'iode se perdant en grande partie dans la carbonisation des jaunes d'œufs,* il serait probablement plus heureux en n'opérant que sur les blancs.

3° L'Allemagne, que j'ai traversée l'année dernière de Trieste à Hambourg, est l'un des pays où l'iode est le plus rare, et le goître le plus commun. Je suppose qu'à Gœttingue (comme à Lengden) il faudrait opérer sur 10,000 litres d'air pour déceler la présence de l'iode, et cela, en admettant que l'opérateur fût exercé. Il était donc impossible que M. Lohmeyer trouvât de l'iode dans 4,000 litres d'air, lorsqu'il ne pouvait parvenir à reconnaître ce corps dans douze œufs et dans la lessive des savonniers. — Quant à vouloir trouver, dans la différence de l'air, l'explication de ce fait, que le goître serait rare à Gœttin-

gue et commun à Lengden, *localité contiguë*, c'est aller plus loin que moi-même, qui, dans une telle circonstance, ferais porter exclusivement mes recherches sur les eaux, le sol et les conditions générales ou accessoires, telles que l'exposition, l'altitude, le renouvellement de l'air et son humidité, les habitations, les aliments, les habitudes, etc. Il ne faut pas, en effet, oublier que dans les pays de *médiocre* ou *moyenne* ioduration (comme, d'après sa position, doit être Gœttingue), ce sont les conditions *accessoires* qui deviennent prépondérantes : je me suis plusieurs fois expliqué à cet égard.

M. Casaseca (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 9 août 1853).

M. Casaseca, professeur de chimie à la Havane, a publié d'intéressantes recherches par lesquelles il confirme mes propres travaux plus qu'il ne pouvait d'abord le penser, mon Mémoire sur les diverses *zones* d'ioduration et de goîtreux (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 12 janvier 1852) n'ayant pas fixé son attention.

1° M. Casaseca ayant analysé l'eau de l'Almendares, principale boisson des habitants de la Havane, à l'aide de *potasse préalablement reconnue privée d'iode*, est arrivé à ce résultat, que l'Almendares contiendrait environ 1/5 de milligramme d'iode pour 10 litres d'eau. Cette quantité étant la limite inférieure de celles que, dans un travail sur quelques produits seulement, j'ai indiquée pour les eaux de pluie de Paris, M. Casaseca en conclut que l'absence du goître primitif ou endémique, à la Havane, n'y est pas en corrélation avec la trop petite proportion d'iode qu'il aurait constatée. Sur quoi je ferai remarquer : que la moyenne d'observations faites durant une période de deux ans, à Paris, sur les eaux pluviales, porte leur richesse en iode à 1/10 de milligramme seulement pour 10 litres ; que l'eau de la Seine ne contient, en moyenne, que 1/15 de milligramme d'iode pour 10 litres ; enfin, que le goître endémique est inconnu dans les contrées dont les eaux (tant courantes que pluviales) renferment seulement 1/20, ou même 1/30 de milligramme d'iode pour 10 litres, soit une proportion *quatre* ou *six fois plus faible* que celle observée dans les eaux de l'Almendares.

2° M. Casaseca ayant évaporé, dans une bassine de *cuivre étamé*, 10 litres d'eau de pluie d'orage tombée à la Havane le 17 juin, il n'a pu y déceler le moindre indice d'iode. — Je ne peux douter que quelque accident survenu vers la fin, toujours délicate, de l'opération, n'ait fait perdre l'iode que M. Casaseca devait trouver, en quantité d'autant plus forte, qu'il opérait dans un vase de cuivre étamé, et que le cuivre et l'étain sont assez iodifères pour qu'il suffise d'évaporer, avec un décigramme de *potasse pure, un seul litre d'eau préalablement privée d'iode*, dans un vase fait de ces métaux, pour en détacher plus d'iode que n'en renferme un litre des meilleures eaux potables.

3° Les cendres du cresson n'ont donné que des traces d'iode, corps dont M. Casaseca n'a pas trouvé la plus faible trace dans les cendres de maïs et de bananier, quoiqu'il incinérât les plantes après les avoir mouillées avec une solution de potasse caustique. — J'ai brûlé, *sans potasse*, du tabac de la Havane, et dans 2 grammes seulement de ses cendres, j'ai constaté la présence de l'iode avec autant de facilité que dans une même quantité de cendres provenant de tabac du midi de la France. La salsepareille de Honduras, qui croît dans les lieux voisins du golfe des Antilles, renferme aussi une notable quantité d'iode (1). J'ajouterai que je dois à l'obligeance de MM. Reynaud, inspecteur de la marine, et Bretel, chirurgien-major de la frégate l'*Érigone*, d'avoir pu constater la présence de l'iode (environ 1/20 de milligramme pour 10 litres) dans l'eau de la principale rivière de la Guadeloupe, ainsi que dans la pluie et dans l'eau des sources de la Guyane. Tout récemment encore, j'ai reçu de Fernambouc, par les soins de M. le docteur Hervé de Lavaur (que je ne saurais assez remercier de son empressement à me procurer des produits américains de toutes sortes), de l'eau de pluie et des eaux de source dans lesquelles j'ai trouvé de 1/10 à 1/20 de milligramme d'iode pour 10 litres d'eau. L'iode des airs et des eaux ne manque donc pas plus à l'Amérique qu'à l'Europe.

M. Casaseca, qui s'est occupé avec succès de la recherche des *procédés* les plus propres à déceler de minimes quantités d'iode, et avec qui je pense, en particulier, que l'acide azotique dont il a conseillé l'emploi, est un réactif plus sûr que le mélange proposé depuis, des acides azotique et chlorhydrique, est dans les meilleures conditions pour faire d'utiles recherches sur l'iode des produits naturels du Nouveau-Monde. Mais il lui faut encore un peu de pratique, car avec les quantités énormes de matières sur lesquelles il vient d'opérer (500 litres d'eau de l'Almendares, par exemple), tout travail suivi est impossible.

M. Martin (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 26 septembre 1853).

M. Martin n'a pas trouvé d'iode dans une pluie d'orage tombée à Marseille, par un vent de mer, dans la matinée du 27 mai ; son opération a porté sur 14 litres d'eau. — Au retour d'un voyage en Suisse et en Piémont, j'ai eu connaissance de ce résultat, et quelques observations que je venais de faire dans la région méditerranéenne m'ont permis d'en faire l'objet des remarques suivantes (*Comptes rendus*, 7 novembre 1853) :

« 1° J'ai trouvé l'iode (à peu près 1/25 de milligramme pour 10 litres d'eau) dans de l'eau de pluie tombée à Nice, dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette ; dans de l'eau de pluie d'orage, recueillie par moi-même à Cette, dans la matinée du 27 octobre, et à Montpellier, dans la soirée du même jour.

« 2° J'ai constaté la présence de l'iode dans les eaux de source des environs de Marseille (il n'a pas plu pendant mon séjour dans cette ville).

« 3° Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres ; si M. Martin veut bien adresser à la commission de l'Institut de l'eau de pluie, recueillie par lui à Marseille, je ne mets pas en doute qu'elle y trouvera d'autant plus d'iode que le vent soufflera plus des terres. »

Je dois à la publication des observations qui précèdent d'avoir reçu de M. Martin une lettre dans laquelle ce savant m'annonce : *qu'il vient de reconnaître la présence de l'iode dans de l'eau de pluie* tombée en octobre, par un gros *vent de terre* (vent de N.-O., *mistral* des Provençaux) ;

Qu'il va se livrer à une série complète d'observations sur les eaux pluviales tombées à Marseille, par les divers vents qui y soufflent ;

Qu'il soumettra à l'Académie des sciences ses nouvelles recherches.

M. Barreswil (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, 9 novembre 1853).

Sous ce titre : *Faits pour servir à l'histoire de l'iode*, M. Barreswil vient d'annoncer :

Qu'*il a découvert* de l'iode dans les acides *sulfurique, azotique, chlorhydrique*, dans le *nitrate de soude* ;

Que c'est du nitrate de soude employé dans les arts que les *acides* précités *tirent leur iode* ;

Que l'iode signalé dans les potasses *provient* sans doute du *nitrate de soude* qui a servi à blanchir la potasse d'Amérique, *à moins* qu'il ne soit originellement inhérent à la potasse elle-même, surtout si celle-ci provient des varechs ;

Que la *présence*, si fréquemment signalée depuis quelque temps, de l'*iode dans une foule de corps, pourrait bien ne tenir qu'à l'impureté des réactifs*, parmi lesquels figurent précisément les substances dans lesquelles il annonce *être parvenu à découvrir l'iode*; que cela ressortira d'*un travail qu'il*

(1) M. Guilliermond, de Lyon, a signalé, depuis bientôt deux ans, la richesse des salsepareilles en iode.

publiera prochainement à propos d'expériences NÉGATIVES *sur la recherche de l'iode dans plusieurs substances où sa présence paraît suffisamment démontrée.*

Il me suffit aujourd'hui d'avoir rappelé à l'attention des chimistes qui ont suivi les recherches faites sur l'iode dans ces dernières années, la nouveauté des observations de M. Barreswil. Lorsque ce chimiste aura *fait connaître* la nature de ses résultats NÉGATIFS, je les examinerai s'il y a lieu.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la gale à l'hôpital Saint-Louis,

Par M. HARDY.

1° Friction d'une demi-heure sur tout le corps (le visage excepté) avec du savon noir, en commençant par les pieds ; on frotte plus particulièrement les organes génitaux, le ventre, l'interstice des doigts et les parties couvertes de poils ;

2° Grand bain simple, d'une heure, après la friction ;

3° Après le bain, friction d'une demi-heure, comme la précédente, avec l'une des pommades dont nous allons donner plus loin la formule.

Le malade sort de l'hôpital après un séjour de deux heures. On lui recommande :

4° De ne pas enlever la pommade de dessus le corps, car elle préserve des acarus que peuvent contenir les vêtements ;

5° De prendre pendant six jours un bain simple ; on délivre ces bains à l'hôpital, au service externe ;

6° De coucher seul, d'éviter le contact d'individus affectés de gale et de garder une grande propreté.

A ceux qui peuvent se traiter chez eux, M. Hardy prescrit le traitement suivant :

1° Faire pendant deux jours, matin et soir, des frictions, de dix minutes de durée chacune, avec l'une des pommades suivantes, qui devra suffire pour les quatre frictions :

Formule pour une famille (mère et deux jeunes enfants).

Pr.	Axonge.	200 grammes.
	Soufre sublimé.	50 —
	Sous-carbonate de potasse.	25 —

Formule pour un adulte.

Pr.	Axonge.	100 grammes.
	Soufre sublimé.	25 —
	Sous-carbonate de potasse.	13 —

Formule pour un enfant de 12 ans.

Pr.	Axonge.	60 grammes.
	Soufre sublimé.	15 —
	Sous-carbonate de potasse.	8 —

On diminuera proportionnellement pour un âge moins avancé, en maintenant les rapports suivants entre les éléments de la pommade : Axonge, 8 parties ; soufre sublimé, 2 parties, sous-carbonate de potasse, 1 partie ;

2° Prendre tous les jours un bain simple, d'une heure, entre les deux frictions ;

3° Coucher seul ;

3° Faire suivre le traitement de plusieurs bains simples.

(*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*)

Emploi de la vératrine en applications extérieures, particulièrement dans le traitement des affections scrofuleuses des jointures.

Il ne faudrait pas que les nombreuses et utiles applications que l'on a faites de l'administration de la vératrine à l'intérieur, dans le traitement d'une foule d'affections, et, en particulier, de la pneumonie du rhumatisme articulaire aigu, etc., fissent oublier les avantages que peut offrir l'emploi extérieur de cette substance. Cet alcaloïde est susceptible en effet de rendre de grands services à la fois, comme moyen calmant et sédatif, dans plusieurs affections douloureuses, et, spécialement, dans les névralgies, et comme agent révulsif et résolutif. C'est à ce point de vue qu'il faut considérer l'application qui vient d'en être faite par un chirurgien écossais, M. Klingner, au traitement de certaines maladies des articulations.

Ainsi que M. Klingner s'en est assuré, la vératrine est un agent des plus utiles pour résoudre les indurations et les gonflements qui persistent autour des articulations, à la suite des luxations et des entorses, ou bien après des inflammations chroniques de ces mêmes articulations. Les ulcères indolents et scrofuleux sont aussi modifiés d'une manière très-heureuse par son emploi, et arrivent rapidement à cicatrisation. Seulement, le mode d'application varie suivant les circonstances, et réclame, suivant les cas, à la fois une grande persévérance de la part du malade, et de la part du chirurgien beaucoup de soin et d'attention. La dose de vératrine en pommade est de 25 à 40 centigrammes pour 30 grammes d'axonge, en faisant dissoudre préalablement la vératrine dans un peu d'alcool ou de teinture de capricum. On prend gros comme une petite fève de cette pommade, et on en fait, sur les surfaces malades, des frictions douces et lentes, pendant un quart-d'heure. Pas de bandage d'aucune espèce, à moins que le malade le demande ; auquel cas on enveloppe la partie malade avec de la flanelle. S'il survient des démangeaisons ou une cuisson trop vives, on fait, sur les parties malades, des frictions avec la glycérine, qui, en les calmant, donne aussi plus de flexibilité et de moelleux aux mouvements articulaires.

En général, ce traitement a pour résultat de faire diminuer de jour en jour le gonflement, de rendre à l'articulation sa forme et aussi sa mobilité. Dans les cas de tumeur blanche avec dépôt scrofuleux et imminence d'ulcération, les frictions avec la pommade de vératrine, un gramme pour 30 grammes d'axonge, rendent à la peau sa vitalité, et s'il survient, comme cela a lieu quelquefois, du ramollissement, des dépôts tuberculeux, c'est du pus de bonne nature qui s'écoule après l'incision. M. Klingner donne du reste le conseil de ne pas interrompre les frictions après l'écoulement du pus, et de ne pas employer de cataplasmes, dans la crainte d'une inflammation trop vive ; il faut seulement avoir bien soin de ne pas faire toucher le bord de la plaie par la pommade de vératrine. Du reste, M. Klingner reconnaît que c'est surtout dans les maladies scrofuleuses des articulations superficielles, et principalement du genou, que la vératrine a une efficacité remarquable ; à plus forte raison réussit-elle dans les hydarthroses, qui reconnaissent pour cause des lésions extérieures l'action du froid ; dans celles qui succèdent au typhus, à la scarlatine, à la rougeole, ou dans les épanchements qui sont dus à des entorses, à des luxations et à l'inflammation chronique des bourses synoviales et des tendons. (*Glasgow Med. Journal, et bulletin général de thérap.*)

CORRESPONDANCE.

Elève des sangsues.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

J'aurais probablement laissé passer la question des sangsues sans y prendre part, si mes honorables collègues de l'Association médicale d'Eure-et-Loir n'avaient pas pris publiquement la défense de la science et de la vérité.

Mais, puisque la presse se trouve saisie de cette question, je dois au public médical le compte rendu de mes recherches et de mes résultats à ce sujet.

Je dois dire d'abord que l'idée première d'élever des sangsues me fut suggérée par M. Soubeyran, qui, dans son beau rapport au ministre du commerce, en date du 8 février 1848, donnait, parmi d'excellents conseils pour empêcher la disette de sangsues, celui-ci : « Faire aux hôpitaux l'o-« bligation de déposer les sangsues qui ont servi dans des réservoirs assez « vastes pour qu'elles puissent s'y dégorger et y multiplier. »

Ce conseil me sembla plein d'avenir, mais comme il demandait, avant d'être exécuté, des études et des recherches préliminaires, je résolus d'en essayer la réalisation à mes risques et périls.

Les sangsues officinales ayant autrefois peuplé les prés humides de la vallée près de laquelle j'habite, je pensai qu'elles pourraient s'y développer encore, si l'on savait les y placer dans les conditions qui leur conviennent.

Ce fut la connaissance de ces conditions qui m'occupa d'abord.

Traités spéciaux; visites aux établissements de sangsues, correspondances avec les éleveurs, etc., tout fut employé. Je cherchai la science partout, et je dois dire que je la trouvai plus riche qu'on ne le prétend aujourd'hui. Chacun avait vu une partie de la vérité ; il ne s'agissait que de

réunir en faisceau ces connaissances éparses, et je crois y être parvenu. Ce qui ne m'empêche pas de remercier ceux qui m'ont donné de bons conseils, M. Ollivier, de *Pont-de-l'Arche*, entre autres, qui m'a fourni sans me connaître, de précieux documents.

Les connaissances premières étant acquises, je m'assurai d'un collaborateur actif qui pût m'aider dans les mille travaux que cette entreprise devait nécessiter. M. Petit, géomètre, voulut bien me seconder de tous ses moyens.

Trois bassins furent ouverts dans la vallée tourbeuse de la Voire, petit affluent de l'Eure. Il suffit d'enlever la terre, et l'eau vint d'elle-même par infiltration. On eut soin d'y planter les herbes aquatiques qui se rencontrent dans les mares à sangsues.

L'un de ces bassins reçut 6,000 filets achetés chez M. Joseph Martin, de Paris.

Un autre fut peuplé avec 600 sangsues *vaches*, de la même provenance.

Le troisième fut réservé aux sangsues gorgées, que l'hôpital de Chartres voulut bien nous donner, et qui s'élevèrent à 400.

Nous pûmes ainsi faire des expériences comparatives. (C'était alors au mois de mai 1848.)

Le filet passa très-bien l'été, mais à l'automne, il parut maigre et affamé.

Les sangsues vaches de Paris s'accouplèrent et déposèrent des cocons dans les endroits où la terre avait été remuée.

Les sangsues gorgées de l'hôpital donnèrent une plus abondante production encore, car leurs cocons, plus volumineux, contenaient de dix-huit à vingt et une petites de belle venue.

Après la ponte les sangsues furent nourries, les filets avec du sang de veau, les grosses avec du sang de bœuf. Voici, après plusieurs tâtonnements, comment on procéda :

Du sang tout chaud (une partie battue pour en retirer la fibrine, l'autre partie en caillot) fut déposé au bord des bassins sur des planchettes concaves et flottantes. Aussitôt que l'on agite l'eau, les sangsues accourent se jeter d'elles-mêmes sur les planchettes. Elles préfèrent s'attacher aux caillots, sur lesquels elles se fixent pour opérer la succion. Les grosses surtout n'aiment pas à boire dans le sérum : elles s'y débattent et en sortent souvent pour choisir les caillots les plus résistants.

Deux planchettes sont surveillées par une personne qui, armée d'une pochette en canevas, amène les paresseuses, enlève les gorgées et les dépose à part.

Les tout petits filets de l'année reçoivent aussi une nourriture qui paraît leur convenir beaucoup. Ce sont des grenouilles vivantes à qui l'on brise les fémurs et que l'on promène dans le réservoir des jeunes. Elles s'attachent à cette proie et l'épuisent bientôt sous le nombre de leurs piqûres.

Cette nourriture pour l'hiver étant prise, les sangsues disparurent et nous attendîmes le printemps.

Au mois d'avril, elles revinrent avec une apparence de vigueur. Les grosses s'accouplèrent, et on leur offrit beaucoup de surfaces de terre remuée vers l'*est* et le *sud*. On eut soin de couvrir ces monticules avec des plaques de friches, qui protégent les cocons contre l'ardeur du soleil et contre le bec des oiseaux aquatiques.

Cette année 1849 fut plus belle encore en production ; les sangsues de l'hôpital de Chartres, surtout, conservèrent le privilége des cocons plus nombreux et plus féconds.

De nouveaux bassins furent ajoutés, de sorte que, en 1850, un demi-arpent de pré était couvert de bassins, creusés en pleine terre, sans maçonnerie, avec des berges sinueuses pour augmenter les surfaces, avec des îlots et des passages pour faciliter la surveillance, car de nombreux ennemis attaquent les sangsues. On les reconnut et on les détruisit sans relâche.

Le marais fut entouré d'une haie vive, puis d'un fossé de ceinture pour empêcher les courtilières de pénétrer. Un pavillon fut bâti sur une île au milieu du marais; un domestique armé veilla avec de forts chiens, pendant les nuits chaudes, pour écarter les maraudeurs.

Enfin, pour comble de sécurité, je fis élever une maison sur le coteau voisin, à soixante mètres du marais, et je vins moi-même me retirer, à deux kilomètres de tout village, dans cette habitation isolée, afin de mieux surveiller notre établissement.

Le filet acheté à Paris était bon à livrer au commerce. Celui éclos chez nous en 1848 avait beaucoup grossi et promettait d'être bon pour l'année suivante.

Les sangsues de l'hôpital de Chartres avaient presque toutes survécu et se trouvaient dans les meilleures conditions pour les usages médicaux.

Le succès était donc complet.

Je crus l'épreuve assez concluante pour mettre au jour mon projet.

Je consignai sommairement nos résultats dans un petit mémoire adressé à l'administration du Bureau central. Je faisais offre de notre marais aux hôpitaux de Paris, pour qu'ils s'en servissent comme de leur propriété ; car je ne voulais pas être marchand de sangsues.

Je garantissais la conservation des trois quarts des sangsues qui nous seraient envoyées.

Or, comme à cette époque on employait à Paris, dans les divers hôpitaux, *quatre cent mille* sangsues par an, j'étais certain de pouvoir, après le séjour nécessaire dans le marais, en retourner chaque année *trois cent mille* à la pharmacie centrale. Les sangsues coûtaient alors 20 fr. le cent : c'était donc, tous frais faits, une économie de 50,000 fr. pour le budget des hôpitaux, sans compter les bénéfices énormes et assurés de la reproduction.

Et pour obtenir tous ces avantages, les hôpitaux n'avaient qu'une seule précaution à prendre : *ne plus jeter dans les plombs les sangsues après l'emploi.*

Il n'y avait aucun risque pour l'administration, puisque tous les essais avaient été à nos charges, et que nous ne demandions rien à l'avance, mais seulement une très-légère indemnité sur les sangsues renvoyées.

M. Soubeyran, à qui j'eus l'honneur de communiquer ce projet, pensa qu'il rencontrerait des difficultés administratives.

Les craintes du savant professeur se sont parfaitement réalisées ; car nous n'avons jamais reçu un mot de réponse à notre offre.

Cette indifférence me fut très-pénible. Je croyais avoir fait assez en faveur de la science pour ne pas être éconduit sans examen. Une chose pourtant me consola, ce fut de voir dans les journaux de médecine, quelque temps après, qu'on préparait des bassins dans les jardins de la pharmacie centrale pour le dégorgement en grand des sangsues des hôpitaux.

Mon Mémoire avait-il engagé l'administration dans cette voie? Voulait-on profiter de mes études? Je l'espérai ; mais en même temps je craignis que cette entreprise, confiée à des employés subalternes, ne fût pas menée à bonne fin.

Quoi qu'il en soit, nous cessâmes alors d'étendre notre établissement qui n'avait pas un but commercial, et nous élevâmes des sangsues pour les besoins des localités voisines seulement.

Tous les médecins et pharmaciens des environs sont venus voir notre marais ; tous ont constaté nos résultats. Nous recevions de fréquentes visites.

Un jour, c'était le 14 mai 1850, j'avais chez moi le docteur Voyet, président actuel de l'Association médicale d'Eure-et-Loir ; nous donnions en sa présence un repas à nos jeunes sangsues, quand M. Borne se présenta pour visiter le marais. Il s'annonça comme marchand de sangsues et essayant, depuis trois ans, d'élever, dans un petit réservoir en maçonnerie, alimenté par une fontaine.

Il m'apportait, dans un bocal, des sangsues adultes sous lesquelles se suspendaient, en grande quantité, d'infiniment petites annelides que M. Borne regardait comme leur produit, et, comme il ne connaissait pas les cocons, il en concluait que les sangsues sont *vivipares.*

Je démontrai d'abord à M. Borne que ses prétendues petites n'étaient pas des sangsues, mais bien des glossyphonies qui ne pouvaient que nuire à son marais.

Je l'engageai à choisir un autre emplacement où l'eau fût moins près de sa source, et partant moins froide.

Je lui montrai nos bassins en détail, et je le fis avec un vrai plaisir, car, à part quelques erreurs de physiologie et d'histoire naturelle, M. Borne me parut un observateur plein de tact et de finesse.

Il assista au repas de nos jeunes sangsues ; il constata les progrès que la nourriture fait éprouver au filet ; il pêcha avec moi des hydrophiles, des dytiques, des larves, etc., etc., qu'il ne connaissait pas, et dont je lui indiquai les instincts ; il apprécia l'importance du fossé de ceinture, du pavillon, des pâtés de terre remuée où les cocons sont déposés à volonté ; il comprit facilement tous les détails de l'élève, il sentit ce qu'il fallait pour y parvenir, et il se retira en disant que, dès cette année (1850), il allait établir un marais analogue dans la vallée de Saint-Arnoult.

M. Borne a mis en pratique, à Claire-Fontaine, tout ce qu'il a vu à Grouville, il a donné à ses travaux le cachet de son génie observateur et persévérant ; il a travaillé par lui-même, il a sans doute apporté quelques modifications ; en un mot, il a réussi... mais je ne vois pas qu'il ait fait rien de nouveau. Dans tous les détails de ses travaux, je ne vois qu'une chose qui soit à lui : c'est le soin de porter ses sangsues à la boucherie, tandis que nous, nous apportons le sang de la boucherie à nos sangsues. M. Borne ne fait pas de différence entre le sang pris sur les animaux vivants et le sang, même chaud, des animaux morts. Cela tient, sans doute, à ce qu'il n'élève que depuis trois ans. Plus tard, il reconnaîtra que les sangsues qui ont sucé le sang sur le vivant donnent des cocons plus nombreux et plus beaux.

A Dieu ne plaise que je sois envieux de ses succès ! Au contraire, ils ne font que sanctionner l'utilité de mon système d'élève. Et si j'ai écrit à M. Soubeyran pour le prier de se souvenir de mes travaux ; si j'ai envoyé un Mémoire à l'Académie de médecine, ce n'a pas été avec l'intention de disputer la médaille qui était proposée, car j'ai toujours déclaré que je ne me mettais pas sur les rangs.

Aujourd'hui encore, je ne prétends point contester le mérite de M. Borne ; je désire seulement constater que la science a plus guidé M. Borne qu'il ne le croit lui-même.

Je désire encore modérer un peu l'enthousiasme des journaux politiques qui, à propos de ce nouveau Remy, versent le ridicule sur les hommes de science, et feignent de croire que, pour faire des découvertes, il faut n'avoir rien étudié chez les autres.

J'ai omis bien des détails sur les soins à donner aux cocons et aux filets, parce que cette lettre est déjà trop longue ; j'espère les consigner dans un travail plus complet.

Agréez, etc. HARREAUX, *D. M. P.*

Grouville, le 17 mars 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous recevons la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer :

A Monsieur le professeur ALQUIÉ.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous m'aviez promis une réponse *convenable* à l'article que j'ai inséré dans le *Moniteur des Hôpitaux*, et je m'attendais à rencontrer pour adversaire l'éminent professeur qui avait su se faire justement applaudir, alors qu'il disputait au concours une chaire de la Faculté de médecine de Paris. Jugez de mon désappointement en présence d'un honteux factum qui a la prétention d'être spirituellement impertinent et qui n'est que platement bête. Comment une œuvre pareille a-t-elle pu s'introduire dans les *Annales cliniques de Montpellier ?*

M. Rodrigues, qui pousse la bonté jusqu'à vouloir bien ne pas rendre *trop sévère la leçon qu'il me donne*, m'accuse de parler à tort et à travers de doctrines et de principes que je ne connais pas, d'écrits que je n'ai jamais lus. Hélas ! j'avais vécu jusqu'à présent, quant à lui, dans cette heureuse ignorance, et puisque c'est mon article qui est venu m'en arracher, je suis tout disposé, moi aussi, à le proclamer *indécent*.

M. Rodrigues trouve mes phrases mal construites, vides de sens commun, et il les attribue à *l'outrecuidance d'une tête éventée par quelques succès de librairie* MÉDICO INDUSTRIELLE. M. Rodrigues qui, si j'en crois la *Gazette médicale de Montpellier* du 15 août 1847, ne se connaît que trop en *industrialisme*, doit savoir que l'épithète ne peut s'appliquer ni au *Compendium* ni au *Cours d'Hygiène ;* elle retombe par conséquent de tout son poids sur le *Traité d'Hydrothérapie.*

Eh bien ! si jamais M. Rodrigues vient à Bellevue, je lui promets une douche qui légitimera le succès de mon livre, ce succès fût-il cent fois plus médico-industriel qu'il ne l'est.

Mais parlons sérieusement, et laissons ce monsieur dont le nom ne devrait point figurer dans le journal que vous dirigez.

Je maintiens, avec l'appui d'autorités trop considérables pour qu'il me soit nécessaire de motiver mon dire, qu'il n'existe que trois méthodes de philosopher, et que chacun de nous doit être :

Orthodoxe,

Métaphysicien

ou *positiviste ;* — je maintiens que ces trois mots ont seuls une valeur sérieuse, précise, et qu'ils doivent remplacer ceux de *matérialiste*, de *vitaliste* et d'*hippocratiste*, ces dénominations étant vides de sens, élastiques et propres seulement à éterniser des discussions auxquelles manquent les premiers éléments de toute discussion loyale et profitable : des mots nettement définis.

Il est avéré que certains hommes, se disant les *véritables représentants* de l'École de Montpellier, veulent entraîner cette Faculté dans la voie de l'orthodoxie. Sans blâmer personne, et avec le respect que mérite toute conviction sincère et désintéressée, j'ai produit un spécimen des doctrines orthodoxes en médecine. La Faculté de Montpellier entend-elle s'engager dans cette voie et adopter ces doctrines?

Le drapeau du vitalisme hippocratique abrite des doctrines métaphysiques. Si cette proposition était contestée, il serait facile de démontrer que le susdit drapeau ne couvre alors que des *déclamations vides de sens commun.*

La Faculté de Montpellier entend-elle rester métaphysicienne avec les Barthez, les Lordat, les Risueno d'Amador, etc.?

Enfin, la Faculté de Montpellier a compté et compte encore dans son sein des hommes qui s'efforcent de la faire avancer dans la voie que suit l'École de Paris, celle du positivisme.

La Faculté de Montpellier entend-elle obéir à l'impulsion que lui ont imprimée les Delpech, les Lallemand, les Bouisson, les Martins, j'allais ajouter les Alquié?

Voici, monsieur et très-honoré confrère, en quels termes, suivant moi, doit être posée la question. S'il vous convient de me suivre sur ce terrain, j'accueillerai avec plaisir toute réponse venant de vous, et ne pouvant, dans ce cas, qu'être convenable et sérieuse.

Je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus confraternels. L. FLEURY.

Paris, le 17 mars 1854.

— Il y a quelques années, un ministre de l'instruction publique, qui avait donné aux lettres et aux sciences de nombreuses preuves de sollicitude, M. de Salvandy, avait eu la bonne pensée de faire adresser au ministère un exemplaire de tous les bulletins des Sociétés savantes, d'encourager celles dont les travaux paraîtraient avoir une importance suffisante, et de publier, sous le titre d'*Annuaire des Sociétés savantes*, une sorte de bulletin qui serait une sorte d'intermédiaire entre toutes ces sociétés. Cet annuaire fut commencé et interrompu par les événements de Février. M. Fortoul vient de reprendre l'utile projet de son prédécesseur ; la circulaire suivante témoigne des bonnes intentions de M. le ministre, et indique qu'il sera pris prochainement des mesures qui ne contribueront pas peu à donner de l'essor aux Sociétés qui se fondent ou tendent à se fonder sur tous les points de la France.

« Paris, le 16 mars 1854.

« Monsieur le président, les mesures déjà prises par mon département dans l'intérêt des Sociétés savantes, et en particulier l'organisation du service d'échange de leurs publications, ont eu pour effet de favoriser leur développement en établissant entre elles des relations plus suivies. Pour resserrer encore le lien qui les unit et mettre en lumière des travaux trop peu connus, j'ai décidé qu'il serait publié un *Bulletin des Sociétés savantes.*

« A côté des faits intéressants que peuvent offrir les missions scientifiques et littéraires, les séances du comité de la langue, de l'histoire et des arts de la France, auquel se rattachent si naturellement les Compagnies savantes, le *Bulletin* présentera le compte rendu aussi complet que possible des mémoires publiés par ces Sociétés. Leurs travaux recevront une publicité plus étendue et seront immédiatement signalés à l'attention du monde savant. Ce *Bulletin* sera le centre où viendront aboutir les résultats divers de leurs recherches, qui, ainsi réunies, s'éclaireront et se compléteront les unes par les autres.

« Pour que ce but soit atteint, il est nécessaire que les Sociétés savantes entretiennent, avec mon département, des communications régulières et fréquentes. Je vous engage donc, monsieur le président, à m'adresser à l'avenir, le plus exactement possible, des exemplaires des bulletins, mémoires, comptes rendus et autres publications de votre compagnie, conformément à l'art. 2 de l'ordonnance du 27 juillet 1845. Vous voudrez bien y joindre les programmes des prix qui auront été proposés. Ces documents, après avoir été analysés dans le *Bulletin*, seront classés dans la bibliothèque des Sociétés savantes, qui vient d'être réorganisée par mes ordres et placée sous la direction de M. Vincent, membre de l'Institut. Ils formeront ainsi une collection précieuse que les Sociétés elles-mêmes pourront utilement consulter.

« De nombreuses lacunes existent dans cette bibliothèque ; je vous les ai signalées par ma circulaire du 31 janvier dernier. Je vous serai obligé de me les faire parvenir, à défaut des ouvrages eux-mêmes, s'ils sont épuisés, une note exacte des différents travaux publiés depuis l'origine par votre compagnie et un catalogue détaillé des sujets qui y sont traités. Quelques Sociétés font imprimer des tables de matières par ordre alphabétique, à la suite de chaque série de leurs publications. Peut-être trouverez-vous que ce système, éminemment propre à faciliter les recherches, mérite d'être adopté.

« Je recommande encore à votre attention la louable coutume de quelques Sociétés savantes qui adressent directement à mon ministère les procès-verbaux manuscrits de leurs séances. Le comité de la langue, de l'histoire et des arts de la France trouve souvent, dans ces communications, d'utiles renseignements.

« Ces nouvelles dispositions vous prouveront, monsieur le président, combien le gouvernement désire encourager les travaux des Sociétés savantes et développer dans toute la France le goût des études sérieuses. Vous voudrez, je n'en doute pas, vous associer à ses efforts.

— Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs que notre célèbre professeur Roux, après être entré en convalescence, a éprouvé une rechute qui inspire de graves inquiétudes.

— Par suite de la transformation de la chaire de botanique, physiologie et anatomie végétales de la Faculté en chaire de physiologie générale, M. Claude Bernard a été nommé professeur à cette Faculté. Cette nomination était prévue, et l'on ne peut qu'y applaudir, une fois admise l'utilité de la transformation de la chaire.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 35. 2e année. Jeudi 23 Mars 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 22 Mars 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Une série de ces spirituels et judicieux rapports que M. Robinet met périodiquement au jour; un rapport étendu de M. Ferrus sur le traitement de l'aliénation mentale par les bains prolongés; enfin, une lecture intéressante de M. Chassaignac sur le phlegmon diffus, tels sont les travaux qui ont occupé la séance d'hier. Sur les rapports de M. Robinet, il y a rarement quelque chose à dire; on n'a guère qu'à applaudir à l'excellent esprit de critique, au zèle de l'auteur, non moins opiniâtre que la sotte et prétentieuse ignorance de tous ces inventeurs, parmi lesquels on doit signaler avec quelque honte un petit nombre de médecins. Quelques-unes des questions soulevées par M. Chassaignac, très-importantes au point de vue pratique, demandent à être sérieusement méditées; nous attendrons pour les discuter que la commission nommée les ait soumises à un examen approfondi.

Du consciencieux rapport de M. Ferrus nous ne dirons que quelques mots, qui porteront exclusivement sur l'une des remarques qu'a présentées M. Baillarger, avec sa netteté et son talent d'exposition habituels.

Dans les statistiques comparatives que M. Pinel a consignées dans son Mémoire et que le savant rapporteur a reproduites dans son travail, toutes les maladies mentales ont été confondues sous une dénomination générale; M. Baillarger a fait observer avec raison qu'une telle confusion ne saurait satisfaire les hommes qui ont suivi les récents progrès de la science. Nous nous associons pleinement, de même d'ailleurs que M. Ferrus et que M. Pinel lui-même, à la manière de voir de M. Baillarger, et nous croyons que lorsqu'il s'agit d'apprécier une médication, il est indispensable de spécifier la forme d'aliénation dans laquelle on l'a appliquée.

Toutefois, et c'est là notre unique remarque, si le médecin aliéniste doit distinguer avec soin, dans des statistiques spéciales, chaque forme d'aliénation, il est important qu'une statistique générale présente le tableau des guérisons obtenues sur l'ensemble des malades; ce tableau est réellement le seul qui puisse permettre de constater les progrès de la thérapeutique, en empêchant les observateurs de placer dans la catégorie des affections incurables ou peu curables, les malades sur lesquels une méthode thérapeutique aurait plus ou moins souvent échoué. Sous le bénéfice de cette restriction, nous acceptons complétement les judicieuses remarques de M. Baillarger, conformes d'ailleurs, nous le répétons, à l'opinion de M. Ferrus et à celle du laborieux auteur dont le célèbre académicien a analysé le travail.

H. de Castelnau.

Séance de l'Académie des sciences du 13 Mars.

Plusieurs communications faites dans cette séance doivent appeler notre intérêt; nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32 et 33 du tome 2.*)

DIXIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière leçon nous avons étudié les pelotes destinées à contenir les hernies inguinales : nous avons vu qu'il y a des pelotes molles, des pelotes demi-molles, des pelotes élastiques et des pelotes dures; qu'il y a de petites pelotes et de grandes pelotes, des pelotes orbiculaires, elliptiques, triangulaires ou à bec-de-corbin; des pelotes plates, concaves ou convexes. Pour de petites hernies, on se sert de petites pelotes; pour de grosses hernies, de larges pelotes; pour les hernies difficiles à contenir et ayant élargi les anneaux, des pelotes à bec-de-corbin; pour les hernies qui commencent à entrer dans le canal, des pelotes petites et saillantes; elles peuvent et doivent être dures toutes les fois qu'il faut une pression forte pour rapprocher les deux parois du canal, et que l'on agit sur des sujets jeunes et robustes, dont on ne craindra pas d'érailler les aponévroses. Lors donc que vous aurez affaire à de jeunes sujets portant de ces petites hernies siégeant dans le canal inguinal, vous pourrez recourir à ces pelotes dures qui ne porteront que sur les parties molles, où elles se creuseront un nid : dans tous les autres cas, elles doivent être molles, et quelquefois même elles ne doivent porter qu'en partie sur les parties molles et en partie sur le pubis, c'est dans ce cas surtout que les pelotes à bec-de-corbin sont utiles.

Je n'ai dit ici qu'un mot de l'application, nous reviendrons plus tard avec les détails nécessaires sur l'examen des cas où il y a indication d'appliquer telle ou telle espèce de pelotes.

Maintenant que nous avons vu les différentes espèces de pelotes, passons à l'étude de la ceinture, cet élément du bandage, qui, pour le commun des mortels, constitue à lui seul le bandage.

De la ceinture.

La première ceinture que l'on a employée, c'est la ceinture molle : on la faisait en toile ou en laine ; chez les Arabes, on imagina, pauvre invention ! de faire des ceintures en cuir. A moins de prendre le caoutchouc, maintenant, on ne peut guère sortir de ces matières pour faire une ceinture molle, et il semblerait que, quand on a dit cela, on a tout dit : on serait dans l'erreur, car sur ce thème si limité, les bandagistes ont exécuté et exécutent encore une foule de variations. Il n'est pas un bandagiste qui, faisant une ceinture un peu plus large ou un peu plus étroite, un peu plus haute ou un peu plus basse, ne se figure avoir inventé une ceinture qui est bien supérieure à toutes les autres, et pour laquelle il paye au gouvernement une somme de.... pour avoir un brevet. Aussi y a-t-il une foule de ceintures qui sont plus ou moins hautes ou basses, larges ou étroites, en toile ou en cuir, plus ou moins ornées par la main de l'ouvrière qui les a cousues ; toutes ces ceintures sont autant d'inventions qui portent chacune le nom de son inventeur : la ceinture est toujours la même, le fond est toujours identique, l'aspect extérieur seul diffère, et vraiment c'est une niaiserie que de prendre un brevet d'invention, parce qu'au lieu d'employer une ceinture de toile comme son voisin, on l'aura faite en cuir, parce qu'on la fait de 1 centimètre plus large ou plus étroite qu'une autre, etc.

Il y a quelques jours, un bandagiste de Tours me fit présenter, par l'intermédiaire de M. Barbier, une nouvelle ceinture de son invention, qu'il désirait soumettre à mon examen ; il a pris un brevet pour cette ceinture dont l'invention remonte au moins à Celse.

En voici une autre, en toile également, mais un peu doublée et piquée pour la rendre plus solide ; en voici une autre, toujours en toile, mais un peu plus large ; il en est de même pour les ceintures en cuir, un peu plus ou moins larges, doublées ou piquées par la femme qui les coud, voilà autant de motifs pour prendre un brevet d'invention.

Mais voici quelque chose, messieurs, qui est très-ingénieux et tout à fait nouveau, à moins qu'on ne le trouve dans quelque auteur très-ancien. M. le docteur Rochard a fait une ceinture élastique avec des baleines : cette ceinture ne se borne pas à entourer le corps comme font les autres ceintures, elle contourne le bassin en passant sur les crêtes iliaques, de manière à avoir un point d'appui fixe et solide. M. Rochard m'a prié de lui dire ce que j'en pensais : je l'ai trouvée bonne, lui la trouve meilleure encore, il pense même qu'elle est capable de contenir toutes les hernies ; pour ma part, je ne la crois pas si universelle que cela, mais elle sera excellente dans certains cas qui font le désespoir des bandagistes, c'est lorsque l'on a des hernies à contenir chez des individus qui n'ont pas de fesses. Quand on a affaire à un sujet gras, on peut mettre des sous-cuisses, la saillie des fesses soutiendra la ceinture et l'empêchera de filer ; mais il y a, hélas ! une certaine classe de hernieux qui ne sont pas cambrés, et, au bout de trois pas, le bandage leur tombe sur les talons ; c'est dans ces cas que la ceinture de M. Rochard, prenant son point d'appui sur les os du bassin, sera bonne ; à part cela, c'est une ceinture qui équivaut à toutes les autres, et je ne crois pas qu'elle soit plus qu'une autre capable de maintenir les hernies difficiles.

Comment puis-je être aussi affirmatif dans mes idées sur une ceinture que je n'ai pas appliquée moi-même ? Réfléchissons un peu : elle est maintenue par les crêtes iliaques ; mais supposez une autre ceinture qui aura son point d'appui sur une paire de fesses bien rebondies, elle aura dès lors tout autant de vertu que la ceinture de M. Rochard. Or, pour les hernies petites et faciles, tout réussit ; mais pour les hernies difficiles, cela ne réussit plus : je me crois donc, par cela même, en droit de dire que cette ceinture ne maintiendra pas mieux qu'une autre une hernie difficile.

Un médecin très-industrieux, M. Aliaux, m'écrivit dans le temps, qu'il avait un moyen à lui pour guérir les hernies : il n'avait pas besoin de ceinture, il ne se servait que d'un petit sac rempli de poudre de tan et d'une grande bande ; il appliquait son petit sac sur la hernie et la maintenait fixée là par plusieurs tours de bande. Peu importe comment la hernie est contenue ; elle pourra guérir si la pression est bien faite et suffisante. Je ne prétends pas dire que M. Aliaux n'ait pas guéri de hernie par son procédé (vous savez cependant si les bandes, surtout en cet endroit, se défont facilement) ; mais il prétendait faire une révolution complète dans l'art du bandage, et il le faisait tout simplement reculer à ce qu'il était au temps de Celse. Ce monsieur vint un jour me trouver à Paris (je faisais alors mon cours au Bureau central) ; je lui mis entre les mains un homme qui avait passé sous le feu de bien des bandagistes, et des plus brevetés ; il mit un quart d'heure pour appliquer son appareil, et dès que le malade toussa, la hernie fila dans les bourses ; il réappliqua donc son bandage, disant qu'il l'avait mal mis la première fois : cette fois il fut trois-quarts d'heure ; le malade toussa et la hernie ne fila pas. M. Aliaux triomphait déjà, lorsque je fis mettre le malade dans la position du coin du bois, et dès que le malade toussa, la hernie retomba. C'est la pelote qui pêche, me dit-il, et il travailla pendant plusieurs jours pour en faire une autre, mais il ne réussit pas mieux avec celle-là.

Un jeune Anglais assez ingénieux imagina pour lui-même une ceinture élastique : on passe la ceinture autour du corps, et la pelote, qui est tout à fait indépendante du bandage, vient s'y rajouter. Nous reviendrons là-dessus à propos du mode d'union de la pelote et de la ceinture.

Toute cette masse de ceintures que vous venez de voir, et qui ne diffèrent que par la largeur, la hauteur, l'étoffe, etc., sont donc identiquement pareilles, en ce sens que c'est toujours une ceinture qu'il faut passer autour du corps. Pour bien pouvoir maintenir la pelote, la plupart de ces ceintures ont besoin d'un sous-cuisse très-serré ; mais elles ont surtout ce grand inconvénient qu'elles s'appliquent sur le contours du corps, et comme nous avons le diamètre bi-latéral plus grand que le diamètre antéro-postérieur, elles pressent plus fortement sur les hanches et déterminent au bout d'un certain temps, sur la peau, un sillon comme dartreux très-laid et fort désagréable pour les femmes et même pour les jeunes gens. On a essayé de parer à cet inconvénient en faisant la ceinture très-large ; on a beau faire, la trace met un peu plus de temps à se faire, mais elle se fait tout de même, et notez bien qu'elle ne disparaît que très-difficilement et à la longue, si toutefois il est vrai qu'elle puisse jamais disparaître.

Voilà pour les ceintures molles en tant que ceintures.

Nous avons maintenant à examiner les ceintures métalliques (élastiques, dirait quelqu'un : nous n'en sommes pas encore là).

Ces ceintures métalliques, messieurs, remontent au XIVe siècle, car Bernard de Gordon en fait mention vers 1306. Au XVIIe siècle, ces ressorts, qui luttaient péniblement contre les ceintures molles, prirent tout à coup une nouvelle voie : il étaient en fer, jusqu'à ce que Nicolas Lequin, un grand homme en fait de bandages, dont le nom, je ne sais trop pourquoi, était resté dans un oubli dont je me fais gloire de l'avoir tiré, qui, bien que datant de deux cents ans, en savait plus qu'aucun bandagiste de nos jours, et qui a écrit sur les bandages un petit ouvrage bien plus avancé que tout ce que les chirurgiens de son époque savaient sur ce sujet, Nicolas Lequin, dis-je, inventa le bandage d'acier. Ce n'était pas une lame de fer comme on l'emploie de nos jours : c'est là la base de tout ressort, c'est le ressort français. Comment ce bandage a-t-il pu durer jusque maintenant ? Il a un très-grand avantage, messieurs, mais c'est pour le bandagiste : le ressort n'agit pas beaucoup, mais le bandage est vendu. Il y a bien un peu d'acier dans ce ressort, mais il n'y en

a pas assez pour qu'il casse, ce qui serait une perte pour le bandagiste. Voilà donc le premier ressort soi-disant d'acier.

Ce ressort est arrivé jusqu'à nous, après avoir subi une foule de modifications : la principale, qui a toujours souri aux bandagistes, parce qu'elle les faisait croire forts en anatomie, et aux chirurgiens, parce qu'elle leur donnait un air de savants mécaniciens, c'est la torsion du ressort en spirale, l'extrémité antérieure descendant plus bas que la postérieure pour s'accorder avec la position du sacrum qui est sur un plan supérieur à celui de l'anneau inguinal : la course spirale du bandage suivra donc la courbure naturelle des parties, et le bandage sera excellent. Voilà ce qui a fait, auprès des chirurgiens, la fortune de ce bandage, fortune qui dure encore, bien qu'elle soit très-mal fondée. Mais, avant d'examiner la chose à fond, suivons un peu les péripéties par lesquelles il a passé.

Plus tard, on imagina un autre bandage, le *bandage évidé*, qui est fait de deux lames d'acier séparées l'une de l'autre par une petite fenêtre. Ce bandage donne facilement l'idée de ce qu'était le bandage en fil de fer, dont Nicolas Lequin avait déjà fait mention, et avec lequel Mathias Mayor, qui le donnait comme son invention, voulait faire une révolution dans la fabrication des bandages.

Le ressort français n'est pas toujours suffisant ; nous avons vu pourquoi : c'est qu'il n'a pas beaucoup de force. Jalade-Lafond imagina donc de lui surajouter deux autres ressorts, mais qui sont vraiment étranges ; ce sont deux petits ressorts ondulés adossés l'un à l'autre par leurs parties convexes, et dont les endroits concaves de l'un répondent aux points concaves de l'autre, ce qui rendait ce bandage excessivement épais ; Jalade-Lafond lui avait donné le nom de *bandage rénixigrade ;* il le croyait excellent. Comme cet assemblage de ressorts était assez gênant, il eut l'idée de réunir tout cela dans une boite métallique : dès lors le bandage fut tellement lourd que personne ne voulut plus le porter.

Lorsqu'on eut ainsi employé ces bandages à ressort, on eut des regrets de l'ancien temps. Lors de mes enquêtes chez tous les grands bandagistes à brevet de Paris, je tombai un jour chez un brave homme de bandagiste, M. Absil, qui fabriquait, avec un brevet d'invention, un bandage qu'il avait décoré d'un nom de dix ou douze syllabes grecques : quand le ressort ne serrait pas assez la hernie, il le forçait un peu, la hernie était alors contenue, mais la douleur de la compression était si forte, que les malades ôtaient le bandage au bout de quelques instants. Il eut donc l'idée de faire un bandage en fer plein, moulé sur l'individu qui devait le porter, et par conséquent sans ressort ; c'était une véritable muraille de fer, qui aurait parfaitement bien maintenu la hernie, mais aussi quel poids à porter, quel supplice pour le malade ! Et encore son invention, pour laquelle il avait pris un brevet, remontait à une époque très-ancienne. Certes ce bandage est inflexible, il ne cèdera pas, mais il est si lourd, si épais, que depuis longtemps il n'est plus employé.

Les premiers bandages dont on s'est servi faisaient à peu près le tour de la moitié du corps ; il fallait, pour les maintenir appliqués, avoir recours à une ceinture qui achevait d'entourer le tronc. Comme ces bandages échouaient, on s'en prit à la longueur du ressort, et on commença par en faire qui prenaient les trois-quarts de la circonférence du corps : puis, un garçon plus avancé leur fit embrasser les quatre-cinquièmes ; puis arriva un grand génie, Camper, qui, à l'aide de deux raisonnements auxquels Scarpa et moi n'avons rien compris, démontra que, pour qu'un bandage fût utile, il fallait que le ressort embrassât les cinq sixièmes du corps. M. Jalade-Lafond, de son côté, a trouvé que la meilleure manière était d'embrasser les trente-un trente-deuxièmes ; mais quel malheur pour sa gloire, il avait été devancé par un vieux bandage de fer qui entourait, lui, les trente-deux trente-deuxièmes du corps ! Est-il possible que l'on se figure de pareilles monstruosités, et que, quand un bandage n'agit pas parce qu'il n'a pas assez de force dans son ressort, on aille accuser le défaut de sa longueur !

Camper avait bien dit qu'il ne fallait pas faire appuyer le bandage en avant, mais les bandagistes ont passé par là-dessus, et les chirurgiens ont déclaré que le bandage de Camper est excellent. Je ne comprends rien à cela, mais, pour ma part, je ne me sers jamais du bandage de Camper, et aujourd'hui on ne fait plus rien dans ce genre.

Les choses en étaient là, messieurs, et l'on faisait des ressorts trop faciles à plier, lorsqu'arriva le fait que je vais vous dire : Salmon, mécanicien anglais, porteur d'une hernie qu'il contenait avec un bandage français, dînait un jour avec un collègue en malheur, un hernieux comme lui. Pendant le dîner, je ne sais trop comment, dans un accès de rire probablement, la hernie du collègue vint à s'étrangler, et il en mourut. Effrayé de songer que pareille chose pouvait lui arriver, Salmon voulut se rendre compte des causes de cet accident, et comme il y allait de sa peau, il y regarda de très-près : il examina donc le bandage, et il vit que le ressort n'était pas d'acier, voilà le premier point ; il comprit qu'il fallait des ressorts plus solides et cédant moins ; il fit donc des ressorts plus épais et plus solides que le ressort français, et contenant ainsi une plus grande proportion d'acier. Il est presque impossible de plier ce ressort en dehors, du moins je ne pourrais le faire, mais il est possible que notre habile fabricant d'instruments, M. Charrière, que le Ciel a pourvu de deux poignets vigoureux, arrive à le plier. Sous ce rapport déjà, il vaut donc mieux que le ressort français, et la réforme de Salmon fut immense. Le ressort anglais n'embrasse que la moitié du corps, il est en ellipse, mais pas en spirale ; au lieu d'appliquer à gauche le bandage pour une hernie gauche, il l'appliqua à droite ; il supprima les sous-cuisses, rendit la pelote mobile, etc. Je viens de vous dire en détail ce qu'il fit pour le ressort ; nous verrons plus tard, en parlant des autres parties du bandage, quelles modifications il y amena. Enfin, pour tout dire en un mot, Salmon fit une révolution complète avec ce bandage, que l'on nomme *bandage anglais.*

Ce bandage paraissait aller contre toutes les notions anatomiques, aussi les chirurgiens et les médecins l'accueillirent très-mal. Si vous appliquez ce bandage horizontalement, dirent les médecins, il ne vient pas contre l'anneau. — Mais qui vous dit de l'appliquer horizontalement ? leur dit Wickam, qui était l'associé de Salmon ; penchez-le et vous verrez qu'il s'y applique parfaitement.

Les bandagistes français à qui Wickam avait présenté ce bandage n'en avaient pas voulu, pour la raison que je vous ai dite : mais, voyant que l'on guérissait beaucoup de hernies avec ce moyen, M. Valérius le prit, lui fit subir une petite torsion, moins que rien, et le donna sous le nom de bandage de Valérius. Wickam le traduisit devant les tribunaux : une commission de la Faculté de médecine fut consultée et déclara que le bandage de Wickam était très-mauvais et que celui de Valérius était excellent, parce qu'une de ses extrémités était devenue plus haute, et l'autre plus basse que dans le bandage anglais, ce qui précisément faisait le mérite de M. Valérius. Wickam fut donc débouté de sa plainte, et gain de cause fut donné à M. Valérius.

Voyant que l'on pouvait impunément innover sur le bandage de Wickam, M. Burat ne s'en fit pas faute, il prit donc le ressort de Wickam et le coupa en deux portions qu'il réunit ensuite par un mécanisme à l'aide duquel on peut plus ou moins les incliner l'une sur l'autre, de sorte que si vous laissez les deux portions du ressort horizontales vous avez le ressort anglais ; si, au contraire, vous les inclinez l'une sur l'autre, vous avez le bandage français. En résumé, ce bandage de Burat n'est que le bandage anglais, mais perfectionné, comme on dit, c'est-à-dire rendu bien inférieur à ce qu'il était, par le fait de sa division en deux parties et de l'addition d'un mécanisme. L'Académie de médecine, à qui M. Burat présenta son bandage, le trouva excellent.

Lorsque j'avais vu les premières fois Wickam appliquer son bandage avec succès, anatomiste que j'étais, moi, j'en avais été surpris, et je lui disais : « Mais pourquoi ne haussez-vous pas l'extrémité postérieure qui répond au sacrum, et ne baissez-vous pas l'extrémité antérieure qui appuie sur le canal inguinal ? »

J'étais donc très-heureux de voir les innovations de Valérius et de Burat. Je voulus m'assurer tout à fait de la chose, et je menai chez Wickam un malade qui avait une hernie très-difficile ; il appliqua son bandage et la hernie fut maintenue par un ressort de 4 livres. Le bandage de Valérius nécessita une pression de 4 livres et demie, et celui de Burat une pression de 4 livres trois quarts. Je vous avoue que je fus très désappointé en voyant ce résultat ; je cherchai donc à trouver la raison de ces différences, et voici ce que j'ai fini par trouver :

En dernière analyse, qu'est-ce que le ressort de Wickam ou le ressort anglais ? Eh mon Dieu ! vous en avez un exemple dans les pincettes dont on se sert pour prendre le charbon dans les cheminées ; quand on prend un charbon avec les pincettes, on a soin de faire en sorte que les branches agissent parallèlement l'une à l'autre, afin que, étant de la même longueur toutes les deux, elles tiennent le charbon à la même hauteur. C'est ce que fait précisément le ressort anglais. — Que fait-on avec le ressort français ? On veut saisir le charbon, une extrémité le touche ; mais, en rapprochant l'autre, on passe à côté. Cette démonstration est peut-être un peu grossière, mais elle est exacte, et elle me semble satisfaisante. C'est moi, messieurs, qui ai trouvé cela ; voilà la vérité. Avec le bandage français, les deux pressions ne se correspondent pas ; il faut donc augmenter la pression, afin de balancer la perte qu'éprouve le ressort par son obliquité. Par le ressort de Wickam, au contraire, il n'y a pas de déperdition, puisque les deux branches sont parallèles et d'égale longueur : cela n'était pas bien difficile à trouver.

Je dis donc que le ressort français est la honte et l'opprobre des bandagistes, et, pour continuer ma comparaison, il n'est pas bon même à prendre un charbon ; cela ne veut pas dire qu'à force de pression on ne parviendra pas à maintenir la hernie quand elle est difficile ; si cependant on a affaire à une grosse hernie directe, on ne pourra pas réussir, et même je dirai quelque chose par avance, jamais le bandage français ne contiendra une hernie un peu difficile sans qu'on y ajoute une courroie circulaire, il faut que cette courroie tire très-fortement sur la pelote et qu'elle l'amène bon gré malgré vers l'autre extrémité du bandage, ce qui change l'inclinaison de la pelote : on a alors, pour maintenir la hernie, la double action réunie de la courroie et du ressort.

Avec le ressort anglais pur, on n'a jamais besoin de courroie, même pour une hernie difficile ; avec le bandage français, au contraire, pour peu que la hernie soit difficile, on ne peut pas s'en passer, voilà donc un premier point qui montre l'avantage du ressort anglais. Un deuxième point, tout à son avantage encore, c'est que le bandage anglais ne doit toucher et ne touche effectivement la peau que par ses deux points extrêmes qui portent chacun une pelote, dans tout le reste de son étendue, il est toujours à une certaine distance des téguments, il ne les blesse donc pas ; tandis que le bandage français, embrassant d'une manière étroite la circonférence du corps qu'il presse d'une manière toujours assez forte, vous marque comme un forçat, en provoquant cette dégénérescence dartreuse de la peau ; c'est là surtout l'immense avantage du ressort anglais.

Je vous ai dit que le bandage anglais n'avait pas besoin de courroie : il est cependant des circonstances où il faut en mettre une ; souvenez-vous que, dans ce cas, il faut que la courroie soit très-peu serrée, sans cela elle irait contre le jeu du ressort. Avec le bandage français, au contraire, il faut toujours une courroie et de plus toujours très-serrée.

Voici un bandage qui m'a été laissé par un Américain ; c'est le bandage anglais, mais détestablement fabriqué, les Américains, qui se vantent de tout savoir, ne savent pas du tout faire les bandages ; les Allemands le savent encore moins ; enfin, il n'y a que deux villes au monde où l'on puisse avoir de bons bandages, c'est Londres et Paris.

Voici enfin un appareil très-compliqué, il est de M. Absil, c'est un bandage anglais pouvant chavirer, basculer sur lui-même, je n'en dirai pas davantage.

Jusqu'ici, messieurs, il ne s'agissait que des hernies simples, mais pour les hernies doubles, on n'avait qu'un seul ressort portant deux pelotes : cela est très-mauvais, messieurs, car, si l'on met deux pelotes unies sur le même ressort, il n'y en a qu'une qui applique, l'autre est soulevée. Il y a quinze ans environ, on s'en servait cependant encore.

Vers 1761, un bandagiste, nommé Tiphaine, imagina de placer les deux pelotes chacune sur un ressort particulier, voilà un immense progrès. Tiphaine appliquait donc deux ressorts français unis en arrière par une simple courroie : puis on imagina le ressort français double, qui ne fait qu'une seule pièce en arrière, et les deux pelotes viennent en avant, chacune à une extrémité du ressort, appuyer contre les anneaux.

Pour les hernies doubles, il a fallu corriger le ressort anglais ; le bandage anglais double ne peut plus tenir sans courroies, il lui en faut une absolument, mais il a cet immense avantage que ses deux extrémités appuient parallèlement directement l'une contre l'autre, et qu'il comprime mieux que tout autre.

Mais, messieurs, il n'est pas toujours facile d'avoir des ressorts d'une force suffisante ; ainsi, on a un ressort de 1 livre, de 2 livres, de 3 livres, etc. (nous apprendrons bientôt à les peser), mais il faut des intermédiaires entre 1 livre et 2 livres, entre 2 et 3 livres, car une pression d'une demi-livre, ajoutée à un ressort, fait quelquefois que le malade ne peut plus le supporter. On a donc imaginé de placer des ressorts supplémentaires sur le ressort principal : ce sont de petits ressorts qui ne vont pas jusqu'à l'extrémité de l'autre, et dont on peut, jusqu'à un certain point, déterminer exactement la force : ces petits ressorts additionnels sont donc d'une grande utilité.

Dans la prochaine leçon, nous nous occuperons de la force et de la forme du ressort. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Mars 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, annonçant la demande faite par M. Aubergier pour obtenir l'insertion, au *Bulletin de l'Académie*, de ses formules des préparations de lactucarium. Ces formules seront publiées dans le *Bulletin de l'Académie*, en attendant qu'elles soient insérées dans une nouvelle édition du *Codex*.

2° Des échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Épidémies.

M. Dubourg, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Marmande, adresse à l'Académie une simple note sur les fièvres typhoïdes qui ont régné, pendant l'année 1853, dans la circonscription qu'il est chargé d'explorer. Elles se sont presque toutes compliquées de fièvres rémittentes ou insidieuses très-rebelles et très-tenaces. Un grand nombre de maladies ont pris aussi le type périodique, contre lequel il a fallu employer tout l'arsenal des fébrifuges ; mais (et c'est le point capital de cette lettre) tous les anti-périodiques ont été plus ou moins infidèles, le sulfate de quinine, entre autres ; pour les fièvres paludéennes, par exemple, nombre d'insuccès se sont montrés, et M. Dubourg en accuse la sophistication du sulfate de quinine : c'est pour ce fait qu'il désire qu'une commission *éclairée et despotique* soit nommée dans le but de contrôler la fabrication de cet agent thérapeutique.

Cette lettre est renvoyée à la commission des épidémies.

M. le docteur Chabaud, médecin des épidémies à Pont-Saint-Esprit, envoie à l'Académie un Mémoire sur les fièvres typhoïdes qui ont régné à Pont-Saint-Esprit pendant le cours de l'année 1853. (Commission des épidémies.)

Commission des prix.

L'Académie procède à la nomination des commissions chargées de l'examen des mémoires pour les prix de 1854.

Prix de l'Académie. — (*De l'huile de foie de morue comme agent thérapeutique.*) — Comm. : MM. Guibourt, Guéneau de Mussy, Roche, Bouvier, Gibert.

Prix Portal. — (*Des cicatrices dans les différents tissus.*) — Comm. : MM. Laugier, Bégin, Jobert, Larrey, Robert.

Prix Civrieux. — (*Influence des affections morales sur les maladies du cœur.*) — Comm. : MM. Chomel. Rostan, Bouillaud, Bricheteau, Requin.

Prix Capuron. — (*De l'albuminurie dans ses rapports avec l'éclampsie.*) — Comm. : MM. Rayer, Paul Dubois, Danyau, Cazeaux, Depaul.

Prix Lefèvre. — (*De la mélancolie.*) — Comm. : MM. Ferrus, Bousquet, Falret, Baillarger, Jolly.

M le président annonce à l'Académie que M. Wieminckx, président de l'Académie de médecine de Belgique, est présent à la séance.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur divers remèdes secrets. La commission écrira à M. le ministre pour le prier de ne plus recevoir désormais des recettes ou des échantillons de remèdes d'une incroyable nullité, proposés par des gens non-seulement étrangers à la médecine, mais encore à toute espèce d'instruction, envois véritablement dérisoires.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

Aliénation mentale.

M. Ferrus lit un rapport sur un travail de M. Pinel neveu, relatif au *Traitement de l'aliénation mentale par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau froide sur la tête.*

Après quelques considérations sur l'état de la pathologie mentale avant notre époque, M. le rapporteur s'exprime ainsi :

On ne croit plus aujourd'hui au mérite exclusif de la médication antiphlogistique, ni aux prétendus avantages d'une intimidation énergique, ou de moyens moraux repoussant tout élément coopérateur ; aussi la marche de l'aliénation mentale s'en est-elle ressentie vivement, et il est rare aujourd'hui de voir ces délires désordonnés qu'entretenaient, que provoquaient même quelquefois les tortures morales de l'isolement absolu et l'étreinte rigoureuse des liens dont on garrottait les pauvres malades.

Mais, en revanche, on trouve plus de maladies mentales empreintes de débilité. Elles sont liées, en général, à un trouble de l'innervation, à une irritabilité extrême, réclamant un traitement tempérant : c'est surtout à ce point de vue que ce travail considérable de M. Pinel est digne d'attention.

M. Pinel passe d'abord en revue les différents procédés curatifs employés contre l'aliénation mentale ; il parle longuement du fanatisme avec lequel on a employé les émissions sanguines, mauvais moyen qui exaltait d'abord la sensibilité, et qui finissait par amener l'abolition totale de l'intelligence. Aussi notre grand Pinel, l'oncle de l'auteur, y renonça-t-il bientôt. De nos jours, cependant, on n'exclut pas totalement la saignée du traitement de l'aliénation mentale ; elle est indiquée dans les cas où l'état général de l'individu demande une émission sanguine. M. Pinel neveu pense, lui, que souvent les évacuations sanguines sont inutiles ou même nuisibles, et qu'il est fort peu de circonstances où, employant les bains prolongés et les affusions froides sur la tête, en même temps que des boissons délayantes et antiphlogistiques, on soit obligé de recourir à la saignée : c'est, à l'avis de la commission, restreindre dans des limites un peu trop étroites l'application d'un agent thérapeutique aussi utile, quoique cependant M. Pinel ne le rejette pas d'une manière absolue.

Contrairement aux idées accréditées dans le monde, et même dans une partie du corps médical, l'auteur pose en principe que la folie, toutes les fois qu'elle est à l'état aigu, sans complication héréditaire ni ancienneté morbide, guérit aussi facilement que les maladies ordinaires les plus curables. Il divise les moyens de traitement en deux ordres : *moyens prophylactiques* utiles, surtout lorsqu'il y a une influence de transmission générative, et *moyens curatifs*. Ce traitement, suivant les individus et les circonstances, doit être tantôt physique, tantôt moral, et le plus souvent il doit réunir ces deux éléments.

Tout en reconnaissant l'utilité des moyens moraux, M. Pinel s'élève fortement contre l'abus qui a été fait, il y a quelques années, de cette intimidation rigoureuse, dangereuse au point de vue médical, et barbare au point de vue philosophique : c'est agir « comme le *Saint-Office,* qui n'obtenait que par les tortures, des aveux que les patients déclaraient plus tard n'avoir été faits que sous le coup de la souffrance. »

Il faut rejeter ces moyens qui répugnent à un homme de cœur et de science. Il faut étudier les habitudes, les goûts, les idées, des malades ; exciter l'espoir, l'ambition, l'amour-propre, la crainte, l'envie, la colère, etc.; recourir à la morale, à la religion, à l'amour, à la passion des lettres, des arts, des sciences ; tempérer l'excitation cérébrale par la fatigue musculaire ; ramener le malade aux émotions douces et simples de la nature ; employer, dans tous les cas, la bienveillance et la modération, la sollicitude et l'équité : voilà une grande partie du traitement, qui, bien que connue des anciens, n'a été largement appliquée que par les modernes.

Outre ces moyens, M. Pinel en emploie d'autres plus officaces, suivant lui : les bains prolongés et les arrosements sur la tête, ces moyens connus depuis longtemps, et, comme dit l'auteur, « aussi vieux que la médecine elle-même, » car ils étaient usités par Celse, par Galien, par Hippocrate lui-même.

Mais M. Pinel en fait la « *base fondamentale* » de son traitement ; il ne se borne pas à prescrire des bains de quelques heures, comme Fodéré, Esquirol, Currie et autres, ce sont des jours entiers que nombre de malades ont passés dans des bains d'eau tiède.

Pour ce qui est des applications d'eau sur la tête, la pratique de M. Pinel offre cet avantage immense qu'elle soustrait les malades aux accidents sérieux, quelquefois même mortels que peuvent amener les irrigations froides : le malade a la tête couverte d'un bonnet imperméable dans lequel circule de l'eau sans cesse renouvelée, apportée par un tuyau et reprise par un autre tuyau en caoutchouc, comme le reste de l'appareil.

L'eau ne doit jamais avoir une température supérieure à 35° centigrades ; elle est à 20°, à 15°, à 10° et au-dessous ; on la refroidit à volonté, mais lentement, de manière à épargner au malade une sensation trop pénible.

M. Pinel donne ensuite la statistique des résultats qu'il a obtenus. 157 malades traités : 57 atteints de délire maniaque ; 38 de lypémanie ; 20 de délire sans mélancolie ; 21 de délire suicide ; 16 de *delirium tremens*, et 5 d'érotomanie : 125 auraient été guéris par son traitement ; 25 rechutes, dont plusieurs amendées par un traitement ultérieur ; enfin, sur 32 cas rebelles, 16 étaient dans des conditions d'âge défavorables au traitement.

M. Pinel rapporte ensuite la statistique des résultats obtenus par les auteurs : Vastel guérissait 1 malade sur 7 ; de Bouteville, 1 sur 4,03 ; Esquirol, 1 sur 3 ; Rech, 1 sur 2,50 ; Bicêtre (de 1831 à 1839), 1 sur 1,96 ; Foville, 1 sur 1,78.

Brière de Boismont, sur 62 malades :

Manie.............	35	1 sur 1,20.
Delirium tremens...	11	
Monomanie........	10	
Non désignés.......	6	
	62	

M. Pinel (neveu) obtient par son traitement 1 guérison sur 1,25 aliéné. L'avantage serait donc du côté du traitement par les bains prolongés.

Mais ces statistiques ont pour la plupart des bases très-diverses, il serait donc peu rationnel de leur accorder une signification trop précise. En effet, certains auteurs ont calculé d'après le chiffre total de la population des asiles ; d'autres, laissant de côté les cas présumés incurables, ont compté comme aliénés des idiots, des déments, etc. ; de plus, on n'est pas d'accord sur la durée de la manie ; il est donc impossible de préciser à quelle époque elle est incurable.

Il y a donc un vague fondamental dans ces faits généraux ; aussi M. Pinel les expose-t-il avec une grande circonspection, et la commission a cru devoir aussi montrer une grande réserve.

Voici ses conclusions : 1° adresser à M. Pinel une lettre de remerciements ; 2° renvoyer au comité de publication son volumineux Mémoire, après avoir été toutefois soumis par l'auteur à un rigoureux travail de condensation.

M. Baillarger. — J'ai écouté avec attention le rapport que vient de lire notre savant collègue, M. Ferrus, et je regrette de n'avoir rien entendu qui se rapportât aux indications spéciales des bains dans les différents genres de folie. Parler d'une manière générale de l'emploi des bains dans la folie, et citer des chiffres constatant la guérison d'un certain nombre de mélancoliques, de monomaniaques, de maniaques, ne me paraît pas, je l'avoue, tout à fait suffisant, etc.

On peut discuter pour savoir si ce qu'on désigne sous le nom de folie ne comprend pas plusieurs maladies distinctes, mais tout le monde est d'accord sur ce fait, que les diverses formes offrent des caractères non-seulement différents, mais même opposés. De là aussi, pour le traitement, des indications différentes ou même opposées. Les bains simples n'ont pas le privilége de convenir également dans toutes les formes de la folie, et pour le prouver, il suffira de passer rapidement en revue les principaux caractères de la monomanie, de la mélancolie et de la manie.

Le monomane, on le sait, a cela de particulier, que souvent rien dans sa tenue, dans son langage, ne décèle le délire. Les idées sont coordonnées, l'intelligence nette, la mémoire précise. On n'observe ni l'excitation, ni la loquacité, ni l'activité désordonnée de la manie, ni l'inertie, la torpeur générale, la lenteur de conception, qui forment les principaux symptômes de la mélancolie. C'est une sorte d'état d'équilibre des facultés qui éloigne, au premier abord, toute idée de maladie, mais qui est compatible, ainsi que le prouve l'expérience de chaque jour, avec l'existence des conceptions délirantes les plus absurdes. La santé générale est, d'ailleurs, dans certains cas, aussi bonne que possible.

Les bains, je le demande, constituent-ils ici le principal moyen de traitement? Une fois la maladie dégagée des symptômes aigus observés souvent au moment de l'invasion, qui pourrait espérer la guérir avec des bains?

Quand, ce qui n'est pas très-rare, la persistance des idées fixes, des hallucinations est liée à un état général d'anémie, qui ne voit que l'administration des bains simples souvent répétés peut être nuisible?

Je viens de rappeler les principaux symptômes de la mélancolie, l'inertie, la torpeur générale, la lenteur des conceptions, l'embarras des idées, et plus souvent un délire partiel de nature triste. Ici, le désordre n'est pas borné, comme dans la monomanie, aux seules lésions de l'intelligence, mais il s'étend à tout l'organisme. Les mouvements sont lents; la voix faible; la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sécrétions diminuent, l'appétit se perd, etc.

Dans cet état qui semble, suivant l'expression de M. Guislain, tendre à l'extinction de la vie, les bains simples sont-ils vraiment indiqués?

Je donne souvent, dans ce cas, des bains sulfureux, des bains alcalins, des bains aromatiques, et j'administre en même temps le quinquina, le fer, etc., mais je me garderais, je l'avoue, de baser la thérapeutique sur l'emploi des bains simples.

Le troisième grand type de la folie est la manie caractérisée par des symptômes opposés à ceux de la mélancolie. Ici tout décèle l'activité et la puissance. Les bains simples prolongés se trouvent en effet au premier rang des moyens thérapeutiques pour combattre la surexcitation générale qui est le caractère principal de la maladie.

C'est dans la manie quelquefois et dans la période d'invasion des autres formes, que les auteurs et M. Brière de Boismont en particulier, les ont préconisés.

Il y a donc comme on le voit, quand il s'agit de l'emploi des bains simples dans la folie, à établir des distinctions importantes.

Les indications sont bien loin d'être toujours les mêmes, et il n'en peut être autrement, puisqu'il s'agit d'états morbides différents ou même opposés.

Quant aux statistiques de guérisons que M. Pinel a citées et que M. Ferrus a reproduites dans son rapport, je dois faire remarquer qu'on ne saurait leur attacher une grande importance. Dès qu'on prend, comme on l'a fait dans la plupart de ces documents, les aliénés d'une manière générale, pour dire qu'il en guérit un sur trois, sur quatre, sur cinq, ces résultats n'ont rien d'exact. On confond ici sous le nom d'aliénation mentale des maladies très-distinctes : la folie, la démence, la paralysie générale. Il y a peu d'années même qu'on y mettait encore les idiots.

Pour obtenir des résultats de quelque valeur, il faudrait isoler la folie proprement dite, ou mieux encore séparer la monomanie, la mélancolie et la manie, et comparer le nombre de guérisons obtenues dans chaque catégorie. Il y a déjà sous ce rapport des statistiques assez nombreuses qui offrent les éléments de cette comparaison, et je citerai au premier rang celles qu'a publiées depuis longtemps notre collègue M. Parchappe.

M. Ferrus dit qu'il n'a pas voulu faire une leçon à l'occasion de la folie, et qu'il s'est borné à examiner le Mémoire dont il avait à rendre compte. Le rapporteur fait d'ailleurs remarquer que les distinctions dont parle M. Baillarger sont indiquées dans le travail de M. Pinel, et que le titre de ce travail est seul défectueux, parce qu'il ne précise pas assez le sujet auquel il s'applique.

M. Baillarger. — Je crois devoir faire remarquer que je suis bien loin de proscrire la statistique d'une manière générale, et que je me suis borné à signaler celles qui reposent sur des éléments évidemment inexacts. Je ne saurais d'ailleurs trop me défendre d'avoir voulu faire une leçon en indiquant d'une manière rapide les caractères des principaux types de la folie. J'ai dû rappeler ces caractères pour démontrer que les médications thérapeutiques sont très-différentes, et que les bains simples sont bien loin d'être toujours le moyen principal de traitement.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

LECTURES.

Phlegmon diffus.

M. Chassaignac lit un Mémoire ayant pour titre : *Etudes nouvelles sur le phlegmon diffus.* L'auteur, dans ce travail, tend à démontrer que, sous le nom de phlegmon diffus, on a confondu plusieurs sortes de maladies différentes dans leurs causes, leurs symptômes, dans leur marche, leur mode de propagation, etc., telles que l'angioleucite, la phlébite, l'empoisonnement septique sur-aigu, l'érysipèle œdémateux, le phlegmon par diffusion, etc.

M. Chassaignac décrit ensuite quatre variétés du phlegmon diffus : 1° phlegmon diffus par nappe purulente; 2° phlegmon diffus panniculaire; 3° phlegmon diffus sous-aponévrotique; 4° phlegmon diffus total.

Après avoir exposé les symptômes de ces variétés de la maladie, M. Chassaignac passe au traitement qu'il fait consister dans de larges incisions, aussi nombreuses qu'il est nécessaire, pratiquées, non pas quand on sent de la fluctuation, mais dès que le phlegmon a été reconnu. Ces incisions doivent diviser couche par couche tous les téguments, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans le foyer, car, suivant l'auteur, on divise souvent la peau seule et l'on n'entame que superficiellement le pannicule graisseux sous-cutané ou le tissu cellulaire de glissement, siége le plus fréquent de l'affection. Des débridements sont quelquefois nécessaires pour le libre écoulement du pus; il faut les pratiquer toutes les fois qu'il en est besoin.

Enfin, M. Chassaignac fait faire deux fois par jour des irrigations détersives sur les plaies pour enlever le pus qui se concrète, les lambeaux de tissu cellulaire mortifié qui sont autant de causes qui entretiennent l'inflammation ; ces douches hâtent la succession des périodes de la maladie et accélèrent le moment de la cicatrisation.

Quand, enfin, le phlegmon diffus se propage et menace d'envahir le tronc, il n'y a pas à hésiter, l'amputation est la seule ressource pour sauver la vie du malade.

(Commissaires : MM. Laugier, Gimelle et Robert.)

La séance est levée à 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Mars 1854. — Présidence de M. Combes.

Rhinoplastie.

M. Baudens adresse un Mémoire intitulé : *De la rhinoplastie par la méthode de Celse modifiée.*

L'auteur, après avoir résumé en quelques mots les avantages et les inconvénients de la méthode indienne et de la méthode italienne, s'exprime ainsi :

Les auteurs disent que la méthode de Celse n'est applicable et ne donne de résultats réellement satisfaisants qu'autant que les os propres du nez ont été conservés intacts pour servir de soutien aux lambeaux d'emprunt, et qu'autant que les parties molles voisines sont restées saines afin de les utiliser, car si les lambeaux étaient trop courts, ils ne pourraient s'affronter sur la ligne médiane.

Nous répondrons que la conservation des os nasaux importe tout autant aux autres méthodes qu'à la méthode de Celse, et qu'il en est à peu près de même pour ce qui concerne l'intégrité des parties molles dans un certain rayon ; et pour ôter à cette objection ce qu'elle pourrait avoir de fondé, nous proposons d'augmenter l'extensibilité des lambeaux, de les mobiliser en quelque sorte, à l'aide d'une incision verticale pratiquée à leur côté externe, dans les parties molles de la joue ; il en résulte une cicatrice, mais qui finit par laisser peu de traces.

Quand les progrès du mal s'opposent à l'emploi de la méthode de Celse, les autres méthodes ne sont guère plus praticables. Dans ces cas, il convient de s'abstenir et de recourir à un nez postiche, auquel on finit très-bien par s'habituer.

Les modifications par nous apportées à la méthode de Celse sont de deux ordres : elles portent, d'une part, sur la conservation des cartilages du nez; d'une autre part, sur une incision faite en dehors des lambeaux, pour leur donner plus d'extensibilité.

L'auteur passe en revue les diverses causes qui peuvent entraîner la perte du nez ; il fait ressortir l'intégrité des cartilages qui existe dans beaucoup de cas et la possibilité de les conserver; puis, il cite l'observation suivante dans laquelle les principes qu'il propose ont été appliqués avec succès :

Amputation du nez nécessitée par un cancer. — Rhinoplastie par la méthode de Celse modifiée. — Conservation des cartilages des ailes du nez. — Incision en dehors des lambeaux, pour les rendre plus mobiles. — Emploi de la glace. — Guérison rapide et définitive. — Madame F...., âgée de 72 ans, grande, de constitution sèche, vivant à la campagne près de Longjumeau (Seine-et-Oise), d'un moral parfait, n'ayant jamais fait de maladies sérieuses, portait une tumeur cancéreuse au lobe du nez, quand elle vint me voir en septembre 1850.

Elle raconte qu'il lui est survenu, il y a dix ans, un bouton dartreux à l'extrémité du nez ; qu'après être resté longtemps stationnaire, il a rapidement grossi depuis dix-huit mois, sans qu'aucun des nombreux traitements employés aient pu en arrêter les progrès.

Le lobe du nez présente le volume et l'aspect, moins la couleur, d'une grosse pomme d'api. Une suppuration ichoreuse, fétide, suinte à travers les granulations échancrées de cette tumeur qui gagne la racine du nez et retombe à l'autre extrémité, sur la bouche et sur les joues. Le cancer dépasse le sillon qui sépare le nez des joues; il empiète sur celles-ci d'environ un centimètre. La membrane muqueuse nasale est cancéreuse ; la cloison, hypertrophiée au point d'obstruer presque complétement l'ouverture des narines, paraît profondément désorganisée.

La malade, malgré son grand âge, a le plus vif désir d'être opérée. Nous décidons que toute la cloison cartilagineuse sera enlevée; que les cartilages du nez, si le cancer ne les a pas envahis, seront isolés des parties molles cancéreuses, par une dissection minutieuse, pour les conserver en guise de voûte destinée à soutenir les lambeaux réparateurs; que le chloroforme sera employé, en ayant soin de ne pas franchir, avec intention, l'abolition du sentiment, bien loin d'aller jusqu'à la résolution musculaire complète, ainsi qu'on le conseille généralement.

En suivant ce conseil, basé sur les belles découvertes de M. Flourens concernant l'action successive et progressive du chloroforme sur l'encéphale, on évite l'envahissement de la moelle allongée et du nœud vital par cet agent, et par conséquent tout danger de mort.

Qu'il puisse arriver que la marche du chloroforme soit si rapide qu'il envahisse presque instantanément cerveau, cervelet, racines sensitives, racines motrices de la moelle épinière, et même le bulbe rachidien, cela est possible, quoique extrêmement rare; mais est-ce à dire que notre conseil soit mauvais? Nullement; il serait tout au plus insuffisant pour ces cas très-exceptionnels, et loin de l'abandonner, il faudrait au contraire redoubler d'attention dans son application. Ce qui est incontestable, c'est que, dans l'immense majorité des cas, il met à l'abri de tout danger et fait éviter les risques de mort reconnaissant pour cause l'inhalation poussée dans ses limites extrêmes.

Opération. — Préparée par quelques bains et par un purgatif donné la veille, le 6 septembre, la malade est assise dans un fauteuil, en face d'une fenêtre. Cinq grammes de chloroforme sont versés dans un mouchoir plié en cône; ce cône est mis au-devant de la bouche, sans intercepter complétement le passage de l'air. M. le docteur Marturé explore le pouls, et de l'autre main pince doucement la malade, en lui disant: « Qu'est-ce que je vous fais? » Au bout de soixante-seize secondes, plus de réponse. La sensibilité est anéantie, mais la myotilité survit; il y a de légères contractions des membres. L'anesthésie est immédiatement suspendue et j'opère.

D'un coup de ciseaux, la cloison nasale est coupée à sa base, dans sa portion cartilagineuse. Par deux autres coups de ciseaux portés au-dessus des ailes du nez, la tumeur cancéreuse se trouve si bien détachée qu'elle n'adhère plus qu'en haut, aux os propres du nez, dont elle est bientôt complétement séparée. Du sang en nappe s'écoule abondamment de la plaie centrale provenant de l'ablation de la cloison. Je saisis rapidement, dans les mors d'une longue pince à torsion, les parties molles qui fournissent l'hémorrhagie, et le sang s'arrête à l'instant même. Cette pince restera en place plusieurs jours.

La membrane muqueuse nasale, dans les points cancéreux; la peau qui recouvre les cartilages des ailes du nez, jusqu'à un centimètre du côté des joues et le long des os propres du nez, jusqu'à un travers de doigt des sourcils, sont disséquées et soigneusement enlevées à l'aide d'un bistouri. On constate que les cartilages sont sains et pourront être conservés.

Ceci fait, il reste à prendre, dans les joues et le long des apophyses montantes des os maxillaires, des lambeaux suffisants pour masquer l'énorme brèche résultant de l'ablation de la tumeur cancéreuse. A ce moment, l'opérée sort doucement de son réveil, elle pousse quelques gémissements; mais on lui présente de nouveau le mouchoir avec le chloroforme, et elle retombe bientôt dans l'insensibilité.

La perte de substance étant considérable, et les lambeaux ayant à parcourir un assez long trajet, ces lambeaux, pris sur les côtes du nez et dans les joues, sont détachés de leurs adhérences profondes pour les faire glisser plus facilement sur les cartilages conservés, et les affronter sur la ligne médiane à l'aide de points de suture; mais ils sont fortement tendus, dépriment les cartilages et menacent de rompre les points de suture. Pour parer à ce double écueil, je n'hésitai pas à faire en dehors de ces lambeaux une incision tégumentaire verticale de 3 centimètres de longueur, qui mit fin au danger. Restait à remplir de bourdonnets de charpie, pour soutenir la voûte nasale, la narine unique résultant de l'opération, et dans laquelle la pince à torsion est restée à demeure. Cette dernière indication est facilement accomplie.

Pour tout pansement, on dépose sur le nez restauré quelques brins de charpie fine que l'on recouvre d'une compresse trempée dans de l'eau froide; la malade est mise au lit, la tête fortement élevée par un oreiller et ayant aux pieds une boule d'eau chaude; elle n'a perdu que quelques grammes de sang; elle se trouve bien et n'éprouve que peu de douleurs.

Prescription. Eau gommeuse, bouillon de poulet; renouveler de temps en temps la compresse trempée dans de l'eau froide.

7 *septembre.* Nuit assez bonne; peu de soif; peu d'appétit; pas de mal à la tête; pouls à 82 pulsations; chaleur prononcée et réaction assez vive dans les parties restaurées; mêmes prescriptions, et, de plus, un petit morceau de glace dans les plis de la compresse placée sur le nez.

Le 8, même état: pouls à 85 pulsations; mêmes prescriptions.

Le 9, la suppuration s'établit; pouls à 75 pulsations; moins de réaction dans les lambeaux, dont l'aspect est normal; suppression de la glace. On retire deux points de suture. La réunion paraît solide; quelques potages légers.

Le 10, rien de nouveau; tout marche bien; la pince à torsion est retirée; il ne s'écoule pas une seule goutte de sang; la charpie qui remplit la narine est maculée de pus; on la renouvelle; la voûte nasale est solide et bien formée.

Le 11, tous les points de suture sont enlevés; la cicatrice linéaire sur le dos du nez est déjà solide; les cicatrices des joues, pansées à plat dès le premier jour, suppurent, bourgeonnent et ont bon aspect. Dès ce moment, plus rien d'important à noter.

Vingt jours après l'opération, la malade quitte Paris, guérie et très-satisfaite. Son nez est mince, régulier, droit et étroit inférieurement. L'ampleur de la narine suffit toutefois pour une respiration facile. Il n'y avait nulle apparence de récidive du cancer trente mois plus tard, quand elle succomba à une pneumo-pneumonie aiguë.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue:

L'âge avancé de l'opérée; les modifications apportées à la méthode de Celse; l'emploi du chloroforme en évitant le collapsus; l'emploi de la glace pour modérer la réaction, et le mouvement fluxionnaire, l'une des causes dont on ne tient pas assez compte de la modification des lambeaux d'emprunt.

Note sur le principe digestif du son de froment.

M. Mouriès adresse une communication qu'il résume en ces termes:

« Le principe digestif du son peut être obtenu sous trois états différents: 1° soluble: 2° modifié par la précipitation; 3° par la chaleur.

« *A.* A l'état soluble, il existe dans l'eau de son à laquelle il communique toutes ses propriétés caractéristiques. Pour l'obtenir à un degré de pureté suffisante pour en étudier les propriétés, on fait macérer pendant six heures du petit son dans dix parties d'alcool de vin du commerce étendu de deux fois son volume d'eau, on met à la presse et l'on renouvelle trois fois cette opération, avec l'alcool étendu qui enlève la dextrine et le sucre sans dissoudre ni coaguler le principe digestif. Le son exprimé est mêlé à cinq parties d'eau distillée qu'on laisse une demi-heure en contact, on exprime de nouveau, et le liquide est filtré et évaporé à 40 degrés centigrades. Ainsi préparé, ce corps est sec, amorphe, analogue à de l'albumine, très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, l'éther et les huiles. Sa décomposition par le feu donne des produits ammoniacaux, sa solution est coagulée par une chaleur de 75 degrés centigrades. Un excès d'alcool la coagule également; les acides acétique, tartrique, chlorhydrique, sulfurique, oxalique, phosphorique à tous les degrés d'hydratation, l'acide oxalique, etc., étendus d'eau, le précipitent sous forme de flocons caséiformes. Ces précipités se redissolvent toujours dans un excès d'acide. Les acides concentrés ne troublent pas la dissolution, la présure neutre n'a aucune action. Cinq centigrammes transforment, en vingt-cinq minutes, 10 grains d'amidon à l'état d'empois et maintenu à 45 degrés. L'addition d'un alcali ne fait pas de précipité appréciable, mais elle en modifie l'action sur l'empois de la même manière que s'il était coagulé par un acide, modification dont il va être question.

« Ce corps nouveau a, comme on le voit, de grands rapports avec l'amandine, l'albumine et la légumine, mais il en diffère par des réactions bien nettes et surtout par son action digestive sur l'amidon; l'action de l'alcool et de la chaleur le sépare de la diastase, qui semble n'être que ce principe même modifié par la germination.

« *B.* Précipité par un acide, il ne transforme plus l'empois qu'au bout de six heures au lieu de vingt-cinq minutes (en employant les mêmes doses). Sa dissolution dans un excès d'acide ou d'alcali ne change pas la durée de cette réaction. L'albumine, la légumine et l'amandine précipitées n'ont à cette dose aucune action sur l'empois.

« *C.* Coagulé par une chaleur de 75 degrés, il ne se dissout plus ni dans les acides, ni dans les alcalis; il a beaucoup d'analogie avec l'albumine modifiée, mais il conserve encore la propriété de convertir, au bout de six heures, 10 grammes d'amidon à l'état d'empois, à la dose de 5 centigrammes, propriété que n'a pas l'albumine. »

Météorologie.

M. Casaseca adresse des observations pluviométriques faites à la Havane, dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant:

« .... En adressant l'an passé à l'Académie mon travail sur la recherche de l'iode dans l'eau de l'*Almendares* et dans l'atmosphère de la Havane, j'exprimais le regret de ne pouvoir, faute de l'appareil nécessaire, m'occuper d'observations pluviométriques. Aujourd'hui que j'ai un fort bon pluviomètre à siphon, construit par Pixii, tel, à ce que je crois, que celui dont on se sert à l'Observatoire de Paris, je fais des observations journalières sur la terrasse de l'Institut de recherches chimiques (1).

(1) *L'Institut de recherches chimiques* se trouve placé hors de la ville sur un terrain élevé par rapport à la Havane. La terrasse où je fais mes observations se trouve placée à $5^{m},74$ du sol de l'édifice.

Je vais dès à présent rapporter à l'Académie celles qui datent du 4 septembre 1853 au 1er janvier 1854, à 6 heures du matin, c'est-à-dire de quatre mois incomplets. Le 1er janvier 1855, si rien ne s'oppose à la continuation de ces recherches, j'aurai recueilli la série complète pendant toute une année, et mes observations, que j'aurai l'honneur de soumettre alors à l'Académie, pourront lui offrir beaucoup plus d'intérêt que celles dont je présente aujourd'hui les résultats.

« Je fais mes observations journalières à 6 heures du matin, parce que c'est généralement l'heure à laquelle il ne pleut pas ici, ou, du moins, il pleut plus rarement; les autres ayant lieu presque toujours dans la saison des pluies, de midi à 6 heures du soir.

« Du relevé de mes tableaux je déduis ce qui suit :

Jours de pluie à la Havane, du 4 septembre 1853 au 1er janvier 1854, à 6 heures du matin.

Septembre, sur	27 jours	15
Octobre, sur	31 jours	11
Novembre, sur	30 jours	15
Décembre, sur	31 jours	7
	119 jours.	
Total en quatre mois incomplets, ou sur 119 jours		48

« Ainsi donc, dans ces quatre mois, le nombre plus fort de jours pluvieux a eu lieu en septembre et le moindre en décembre.

Quantité d'eau tombée pendant ces jours de pluie, exprimée en millimètres.

Septembre	126mm
Octobre	86
Novembre	65
Décembre	48
En quatre mois incomplets, ou sur 119 jours	325mm

« On voit que ces chiffres gardent à peu près entre eux, en nombres entiers, les rapports géométriques 10 : 7 : 5 : 4.

« Pendant les quinze jours du mois de septembre, quoique ces pluies ne durent habituellement que de 2 à 4 heures, comme elles sont de véritables averses, telles qu'on n'en voit pas dans les climats tempérés, il est tombé à peu près le quart de l'eau qui tombe annuellement, terme moyen, à Paris (1).

« Ce résultat est d'autant plus remarquable, que le mois de septembre n'est certainement pas un de ceux où il pleut beaucoup à la Havane. Les mois des grandes pluies sont *mai, juin, juillet* et *août*. Il est à présumer que lorsqu'une année entière d'observations sera révolue, on trouvera que la quantité d'eau tombée sur égale surface de terres arables pendant une année à la Havane, est cinq à six fois plus forte que celle qui tombe à Paris dans le même temps. C'est là que gît en grande partie, selon moi, la cause de la fertilité du sol de l'île de Cuba, et la raison pour laquelle il n'a pas besoin d'engrais de nature animale, puisqu'il reçoit une plus grande quantité de carbonate et de nitrate d'ammoniaque atmosphériques, d'abord par la plus grande quantité d'eau tombée du ciel, et ensuite par la plus grande richesse en ammoniaque et en acide nitrique de l'atmosphère tropicale, que je suppose réelle et due à l'électricité constante dont celle-ci se trouve surchargée. »

Asphyxie.

MM. Faivre et Gianetti communiquent les résultats qu'ils ont obtenus dans des recherches sur l'action de l'*oxygène* introduit dans les poumons pour rappeler à la vie des animaux *asphyxiés* par l'action du chloroforme, par celle du gaz acide carbonique, et même par la strangulation. Ce moyen leur a réussi dans des cas où l'insufflation de l'air avait été impuissante.

Des thermes chez les Romains.

M. Despine, d'Aix, en Savoie, transmet quelques détails sur la découverte qu'on vient de faire, dans cette localité, de *constructions romaines dépendant des anciens thermes*. Les *Comptes rendus* extraient de cette communication le passage suivant :

« Les restes qu'on vient de découvrir à Aix, joints à ceux que l'on connaissait déjà, forment aujourd'hui un vaste ensemble de constructions de bains pouvant servir à étudier, d'une manière complète, le mode d'administration des eaux thermales usité par les Romains. Il serait à désirer que, dans la construction des pièces destinées aux étuves de nos édifices thermaux modernes, on adoptât de préférence la disposition de ces anciens hypocaustes, disposition qui permettrait aux vapeurs de circuler d'une manière plus uniforme. »

(1) Le 10 septembre, de 2 heures moins un quart à 4 heures du soir ou de l'après-midi, il tomba 34 millimètres d'eau à la Havane.

THÉRAPEUTIQUE.

Solidification de l'huile de foie de morue,

Par M. STANISLAS MARTIN.

Un philosophe grec disait souvent : Prenez toujours la voie la plus courte et le moyen le plus simple. Nous appliquons cette maxime à la solidification de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue, 125 grammes; blanc de baleine, 25 grammes en été, 20 grammes en hiver.

Mêlez, chauffez au bain-marie et en vase clos; coulez dans des flacons à large ouverture, laissez refroidir sans agiter. On peut aromatiser ce médicament avec une huile essentielle. L'huile de foie de morue, ainsi préparée, a l'aspect d'une gelée; on l'avale en l'enroulant dans du pain azyme, humecté d'eau ou de sucre, de gomme, de réglisse ou d'amidon pulvérisé.

Le docteur Launoy a pu faire prendre assez facilement ce médicament à des malades qui se refusaient à avaler l'huile à l'état liquide.

Nous employons la cétine ou blanc de baleine comme adjuvant, parce qu'elle a joui pendant longtemps d'une propriété béchique et adoucissante, à la dose de 2 à 8 grammes, et qu'elle s'assimile parfaitement à l'huile, sans en augmenter de beaucoup le volume.

(*Bulletin général de Thérapeutique.*)

Mélange à administrer dans les cas d'empoisonnement, lorsqu'on n'a pu déterminer la nature du poison.

Après l'emploi convenable des vomitifs, on peut avoir recours au mélange suivant, recommandé par un pharmacien de Montpellier, qui peut neutraliser la plupart des poisons minéraux, et notamment les préparations d'arsenic, de mercure et de cuivre :

Pr. Magnésie calcinée,
Charbon pulvérisé,
Sesqui-oxyde de fer, } ãã parties égales.
Eau : quantité suffisante.
Administrer à grandes doses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nous devons annoncer avec une profonde douleur que l'état du célèbre professeur Roux s'est encore aggravé depuis deux jours, et ne laisse aujourd'hui que peu d'espoir.

— Le nombre des cas de choléra continue à être assez peu considérable pour que l'épidémie mérite à peine ce nom.

AVIS. — MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique pour les cours d'été, aura lieu le samedi 25 courant, à midi précis, à l'École de médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire, par le docteur L. AUG. MERCIER. — Broch. in-8 de 104 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — A la librairie LENORMANT, rue de Seine, 10, et chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. FLEURY, médecin par quartier de l'Empereur, auteur du *Compendium de médecine*. — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. — Chez LABÉ, libraire, et au bureau du journal.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal et chez l'auteur, rue d'Aumale, 28.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 36. 2e année. Samedi 25 Mars 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Mort de M. Roux. — **CLINIQUE DES HOPITAUX** : HOPITAL DES CLINIQUES. M. NÉLATON. Observation très-remarquable de convulsions toniques et cloniques des muscles animés par le nerf facial du côté gauche. Cause traumatiques, par MM. P. Lorain et E. Cadet-Gassicourt. — HOPITAL DU MIDI. M. RICORD. De la blennorrhagie chez la femme. — Du traitement local de la pustule maligne, par M. le Dr Salmon. — **THÉRAPEUTIQUE** : Résumé de dix cas de fièvre intermittente traités par le sulfate de cinchonicine, par M. le professeur Forget. — **CHRONIQUE ET NOUVELLES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 24 *Mars* 1854.

Mort de M. Roux.

Les prévisions de la science n'étaient que trop fondées : M. Roux a succombé, hier au soir à dix heures, aux suites d'une hémorrhagie cérébrale, qui, pendant une quinzaine de jours seulement, avait laissé quelque espoir à la famille et aux amis de l'illustre défunt.

Conformément à nos habitudes, nous n'essaierons point d'apprécier les mérites d'une célébrité à peine éteinte ; dans les appréciations, nous aimons avant tout la vérité, et la vérité, pour se produire, a presque toujours besoin d'un calme qu'on ne saurait trouver au bord d'un cercueil encore ouvert. Mais il est des vérités qui appartiennent à l'histoire, du vivant même des hommes qu'elles concernent ; voici deux de ces vérités :

En perdant M. Roux, l'École perd une de ses deux plus grandes illustrations ;

En perdant M. Roux, le Corps médical perd une de ses gloires les plus pures, et la chirurgie l'un de ses représentants les plus habiles et les plus dévoués.

Les obsèques de M. Roux se feront le lundi 27 mars, à dix heures, à l'église de Saint-Germain-des-Prés. On se réunira à la maison mortuaire, rue des Saints-Pères, 7.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. NÉLATON.

Observation très-remarquable de convulsions toniques et cloniques des muscles animés par le nerf facial du côté gauche.— Cause traumatique.

Le fait qui a été le sujet de la leçon clinique suivante est remarquable à plusieurs titres : d'abord, à cause de son extrême rareté (nous dirions presque de sa nouveauté, si nous en jugions par le silence que gardent, à cet égard, les traités classiques), ensuite, à cause de l'absence de tous les signes ordinaires d'une lésion du crâne, du centre nerveux ou du nerf lui-même. Il s'agit d'une *chorée* qui s'est produite à la suite d'une chute sur la tête. La santé générale du malade est excellente, et l'on ne remarque chez lui aucun trouble fonctionnel général.

On a bien cité certains accidents convulsifs qui suivent les plaies de tête, mais je n'ai jamais ouï parler d'un accident semblable à celui qui se produit ici.

Voici comment se sont développés les accidents chez ce jeune homme, entré dans notre service depuis quarante-huit heures seulement, et couché au n° 10 de la salle des Hommes :

Le 22 janvier dernier, il fit une chute de sa hauteur sur la terre gelée. Il glissa donc, et en tombant, heurta contre la terre la partie externe de la région orbitaire. Il fut aussitôt privé de connaissance : « Il est, dit-il, tombé mort. » Il fut porté chez ses parents, et là on reconnut, dans la région orbitaire externe, une plaie qui, à en juger par la cicatrice, aurait eu environ 3 centimètres de longueur verticale. Aujourd'hui, nous voyons en ce point une cicatrice qui n'est nullement adhérente, qui n'est point déprimée ni profonde, ce qui fait croire qu'il n'y a pas eu lésion des os sous-jacents. C'est une plaie qui s'est cicatrisée sans aucun accident local. Le traitement a consisté dans une saignée et une application de sangsues. Le blessé ne reprit connaissance qu'au bout de vingt-quatre heures. Il était déjà presque convalescent, lorsque parut un accident que nous allons décrire :

Le malade est pris, à des intervalles assez rapprochés, d'une convulsion faciale déterminée presque infailliblement par les circonstances suivantes : s'il met du pain dans sa bouche et qu'il le mâche, après huit, dix ou quinze mouvements masticatoires, les convulsions apparaissent. Elles se montrent aussi spontanément quelquefois pendant la veille et même pendant le sommeil ; mais elles se produisent communément quand il commence à manger ; puis, à mesure qu'il mange, elles deviennent moins fortes et il peut achever son repas. La durée de ces attaques convulsives est de 1 à 2 minutes.

Cette convulsion de la face est des plus bizarres ; quel est son siége ? La blessure a été produite à *droite,* et c'est du côté *gauche* qu'ont lieu les convulsions.

Voici comment les choses se passent : ce malade a été, par nous, maintes fois examiné avec quelques précautions. Lorsque nous lui faisons mâcher du pain, il commence la mastication, puis il s'arrête brusquement ; la commissure labiale gauche est tirée en dehors, la mâchoire s'abaisse. Alors, commence une série de convulsions à la fois toniques et cloniques. Certains muscles restent dans une tension constante, tandis que d'autres exécutent des mouvements saccadés : ainsi, la mâchoire inférieure s'abaisse et reste immobile, la partie externe de la région orbitaire est fortement portée en dedans ; il en est de même de l'aile du nez, qui est tirée à gauche et élevée ; la commissure labiale est portée en dehors.

La langue elle-même est agitée de mouvements semblables. Le muscle peaucier se tend aussi, et forme comme des cordes qui vont de la partie latérale gauche du col jusque sur la face.

Ainsi, les convulsions ont pour siége tous les muscles auxquels se distribue le nerf facial : l'orbiculaire des paupières, l'élévateur commun, l'orbiculaire des lèvres, le grand et le petit zygomatique, le risorius ;

Puis, quelques muscles des parties supérieures du col, le digastrique, le stylo-glosse, le stylo-hyoïdien. Tous ces muscles exécutent des mouvements convulsifs : ainsi l'ouverture de la bouche, la convulsion de la mâchoire inférieure, se trouvent expliquées par la contraction du ventre antérieur du digastrique, les mouvements de la langue par la contraction du stylo-glosse, etc.

Que s'est-il passé là? Y a-t-il eu lésion directe du nerf facial? y a-t-il eu une fracture du rocher du côté opposé à la blessure? Cela est possible, mais aucun signe ne peut nous le faire affirmer. A aucune époque, le malade n'a ressenti de douleurs du côté de l'apophyse mastoïde; il n'a jamais perdu de sang par la bouche ou par l'oreille; l'exploration de la région ne fait rien reconnaître qui puisse indiquer une fracture. Il n'y a jamais eu d'ecchymose, et j'ai vu ce jeune homme à une époque assez rapprochée du moment de la chute, pour que j'eusse pu voir cette ecchymose si elle avait existé.

Je dis donc que je ne connais pas de fait semblable. En effet, les accidents convulsifs ou épileptiformes que l'on a signalés à la suite des plaies de tête ont un tout autre caractère; il y a, entre ces faits et celui-ci, une différence énorme. Notre malade a conservé toute son intelligence, chez lui la lésion est bornée, localisée dans le nerf facial...., il n'éprouve pas de douleurs, sa santé n'a subi aucune atteinte, c'est là un fait singulier qu'il faut enregistrer dans notre mémoire et à propos duquel nous ne pouvons établir aucune théorie.

Le traitement doit nécessairement se ressentir de l'incertitude du diagnostic. Si nous nous fondons sur des données rationnelles, nous devons supposer ou une lésion cérébrale, ou une congestion en quelque partie du cerveau, dans le voisinage du nerf facial, ou une lésion directe du nerf, qui est peut-être comprimé dans l'aquéduc de Fallope, par suite d'une congestion de ses enveloppes....

Nous lui appliquerons aujourd'hui et demain des ventouses scarifiées dans la région cervicale, puis nous aurons recours à des révulsifs sur le crâne et le col. Nous ne pouvons faire autre chose dans un cas où notre expérience propre nous fait défaut.

Le traitement que notre savant maître annonçait dans la Leçon dont nous venons de rendre compte, a été mis en usage et suivi d'un plein succès; au bout de quelques jours, ce malade a pu sortir guéri, au moins provisoirement.

Il y a trois jours, c'est-à-dire plus de trois semaines environ après sa sortie, M. Nélaton, appelé en consultation dans le pays qu'habite le malade, a pu s'assurer que la guérison persiste.

P. Lorain *et* E. Cadet-Gassicourt, *internes du service.*

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

De la blennorrhagie chez la femme.

Rédigé par MM. A. Lecadre, *externe du service, et* D. Calvo (*de Marseille*), *élève particulier de* M. Ricord.

Les écoulements blennorrhagiques sont excessivement fréquents chez la femme; ils peuvent affecter la vulve, l'urètre, le vagin, ou l'utérus. De là diverses variétés de blennorrhagie qui peuvent exister isolément ou se combiner.

L'utérus est l'organe le plus fréquemment affecté, puis, en suivant un ordre décroissant, le vagin, la vulve et enfin l'urètre.

Nous commencerons l'étude de ces variétés par la blennorrhagie de la vulve.

§ 1er. *Blennorrhagie de la vulve.*

Synonymie. — *Blennorrhagie vulvaire, vulvite blennorrhagique, blennorrhagie externe, blennorrhagie bâtarde* de la femme.

Lésions de tissu. — Les éléments organiques affectés sont la surface de la semi-muqueuse vulvaire, les follicules des grandes et petites lèvres, surtout ceux qui entourent le méat urinaire (c'était pour *Van-Swieten* et *de Graaf*, le siége spécial de la blennorrhagie virulente); enfin les glandules de Bartholin qui, d'après M. Moulinier (de Bordeaux), sécréteraient naturellement le liquide blennorrhagique. Quelquefois, l'inflammation ne s'arrête pas là, et gagne le tissu sous-muqueux.

Causes. — Une cause spéciale de la vulvite, c'est la malpropreté et l'abondance de la sécrétion normale. La majorité des femmes sont d'une négligence extrême en ce qui concerne l'hygiène et la propreté de ces parties, soit par insouciance, soit par des scrupules malentendus. Chez certaines nations, ces soins de toilette sont regardés comme immoraux.

Parmi les causes prédisposantes on doit noter, chez les jeunes enfants, la deuxième dentition, les vers intestinaux, l'onanisme qui donne lieu à des vulvites blennorrhoïdes, un tempérament lymphatique, strumeux, qui donne souvent naissance à des sécrétions vulvaires analogues en tout à la blennorrhagie.

Citons encore la grossesse qui fluxionne, tuméfie la vulve, et détermine enfin, quelquefois, des écoulements puriformes de cette partie. Une cause plus générale, c'est l'abus des rapports sexuels, et la disproportion des organes chez les jeunes mariés.

Symptômes. — La maladie débute par la fluxion, l'orgasme des parties; les désirs vénériens sont augmentés, le clitoris est souvent le siége d'un violent prurit. La vulve est rouge, tantôt sèche, tantôt lubréfiée par l'hypersécrétion du smegma.

La maladie continue-t-elle? la sécrétion s'altère, il se forme du véritable muco-pus, ordinairement épais et adhérent. Les follicules mucipares sont tantôt pris en masse, tantôt dans un espace circonscrit. De là, l'inflammation peut gagner le tissu cellulaire sous-muqueux. Il y a alors œdème, ou phlegmon : c'est ainsi que se produit le phimosis des lèvres. Quelquefois, aussi, il se forme des abcès dans leur épaisseur.

Les glandules de Bartholin, l'analogue des glandules de Cowper chez l'homme, qui sécrètent un liquide visqueux et transparent destiné à lubréfier l'entrée de la vulve, peuvent être atteintes; de là ces petits phlegmons récidivant facilement, suivis consécutivement de la formation de kystes : véritables *grenouillettes* de la vulve.

Complications. — On trouve souvent, avec la vulvite, des érosions des grandes et petites lèvres, du pli génito-crural, du voisinage de l'anus, des éruptions eczémateuses, herpétiformes; très-rarement la vulvite donne lieu à l'adénopathie inguinale. Une complication commune, c'est la névrose de la vulve, la sensibilité exagérée de l'anneau vulvaire, donnant lieu à des contractures, à des rétrécissements spasmodiques, à des attaques d'hystérie et rendant le coït douloureux, quelquefois même impossible.

Marche. — La vulvite affecte ordinairement une forme subaiguë, quelquefois aiguë. La marche phlegmoneuse est assez rare. Cette maladie peut passer à l'état chronique et déterminer une fluxion habituelle, accompagnée d'une sécrétion anormale. Le plus souvent elle se termine rapidement en 2, 3 ou 4 septenaires.

Diagnostic. — Le premier soin du praticien doit être de constater si la vulvite est seule, ou compliquée d'urétrite, de vaginite, de métrite. Quelquefois cette exploration est rendue impossible par la tuméfaction de la vulve. Il faut ensuite chercher si la maladie est idiopathique ou symptomatique d'une lésion plus sérieuse, de chancres, par exemple. Il ne faut pas se dissimuler les difficultés de cet examen. Enfin, nous n'avons aucun signe certain pour différencier la vulvite simple de la vulvite blennorrhagique. Dans ce cas, l'aveu d'un coït suspect peut seul mettre sur la voie.

Pronostic. — Peu fâcheux quand la vulvite est simple, le pronostic devient un peu plus sérieux, s'il y a complication de phlegmon et d'abcès. En résumé, on peut dire que c'est une affection peu grave.

Traitement. — En général, les femmes atteintes de vulvite, dissimulent leur mal à son début; ce n'est que plus tard, quand les douleurs deviennent vives, quand le linge est fortement taché, qu'elles réclament les secours de l'art. S'il n'y a pas une inflammation suraiguë, il faut toujours tenter le traitement résolutif. Dans les cas simples, un régime doux, le repos, les lotions d'eau froide, l'isolement des surfaces enflammées suffisent. Si l'élément folliculeux est pris, on devra *blanchir* les surfaces enflammées avec le crayon de nitrate d'argent, puis continuer les lotions d'eau froide et l'application d'un linge sec entre les lèvres. En quatre ou cinq jours ce simple traitement peut amener la guérison. Le derme est-il pris, le tissu cellulaire est-il menacé de phlegmon? nous recourons alors aux antiphlogisti-

ques, et en premier lieu aux sangsues. Seulement qu'on évite de les placer aux lèvres, au pli génito-crural, à l'anus; il peut y avoir des chancres dans le vagin, et le pus qui s'en écoule viendrait inoculer les piqûres; ainsi donc : sangsues, et en bon nombre, aux régions inguinales, fomentations émollientes, eau de laitue, décoction de graine de lin et de têtes de pavots; cataplasmes de fécule, de farine de riz, boissons délayantes, laxatifs légers, diète.

Une fois l'orage calmé, on revient aux résolutifs, etc. S'il existe un œdème considérable, il est utile de pratiquer des mouchetures sur les nymphes. S'il se développe des abcès, qu'on ne temporise pas, le pus sans doute pourra se faire jour naturellement en dehors de la vulve, mais il peut aussi disséquer les tissus et fuser au delà de l'anneau vulvaire, et alors, l'abcès s'ouvre soit dans le vagin, soit dans le rectum; ainsi, pas de timidité, ouvrez de suite largement les foyers, surtout quand il s'agit des abcès des glandules vulvaires; sans cela vous seriez exposé à les voir dégénérer en trajets fistuleux. Si le mal est déjà fait, on injectera dans ces trajets une solution d'azotate d'argent, ou bien, si cela est possible, on les cautérisera avec le porte-caustique. Les fistules calleuses seront incisées et traitées ensuite par la compression.

Pour les kystes qui se développent quelquefois à la suite de la vulvite, dans la glandule vulvaire, ou dans son canal excréteur, nous avons employé avec succès, comme pour les grenouillettes, l'injection iodée. Quelquefois nous avons eu recours à l'incision large ou à l'excision complète.

Le traitement des complications d'herpès, d'eczéma, de prurigo, etc., réclame les lotions de nitrate d'argent; on peut aussi employer la lotion suivante :

℞ Bichlorure de mercure. . . .	0,50	centigr.
Eau distillée	200,	—
Alcool.	8,	—
— M. —		

En même temps, la malade fera usage de bains composés ainsi qu'il suit :

Eau de son. . . .	Q. S. pour un bain.
Borate de soude. .	10 grammes.

S'il s'est développé des affections névralgiques persistantes avec ou sans rétrécissement spasmodique, on leur opposera un traitement spécial. L'hypéresthésie de la vulve sera combattue par des mèches enduites de pommade belladonée laissées à demeure, et par les calmants, etc. Le nitrate d'argent trouve encore ici son emploi. S'il y a eu épaississement du tissu sous-muqueux engorgé, un rétrécissement de l'anneau vulvaire, on emploiera la dilatation graduée par les mèches, voire même le débridement. On en usera de même pour l'épaississement et l'induration de l'hymen.

Quand la vulvite s'est circonscrite à quelques follicules, et que ces follicules demeurent malades et suppurants, le seul moyen d'en finir, c'est de les fendre avec une aiguille à cataracte, et de les cautériser ensuite.

§ 2. *Blennorrhagie urétrale chez la femme.*

Synonymie. — *Chaudepisse de la femme, urétrite blennorrhagique.* — La blennorrhagie urétrale de la femme n'a pas été admise par tous les auteurs : cela tient à ce que beaucoup ne l'ont pas observée, et ne l'ont pas su reconnaître. Bell la considérait comme la seule vénérienne; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a une physionomie spéciale, au point de vue de la contagion, des accidents sympathiques qu'elle détermine et du traitement qui lui convient. Les femmes qui en sont atteintes avouent toujours comme cause un coït suspect.

On comprend par cela même la rareté de cette affection, car il faut une sorte de hasard pour que l'organe mâle aille porter le muco-pus blennorrhagique à l'entrée de l'urètre de la femme.

Symptômes. — Trois, quatre, huit jours après le coït, l'écoulement se manifeste, mais il passe inaperçu chez les femmes qui ont des flueurs blanches, vu le peu de douleur qu'il cause au début. C'est d'abord une espèce de titillation, un prurit presque agréable qui devient peu à peu cuisant; l'urine semble chaude au moment de la miction. La maladie marchant, on observe de fréquents besoins d'uriner auxquels il est quelquefois impossible de résister, de la cystite du col, du ténesme vésical, de pénibles contractions spasmodiques; les dernières gouttes d'urine peuvent être lactescentes ou sanguinolentes. Le doigt introduit dans le vagin, la pulpe tournée contre la paroi vésicale, donne lieu à de vives douleurs par la pression le long du canal qui paraît dur et tendu. Le méat urinaire rouge, boursouflé laisse échapper une sécrétion muqueuse plus ou moins purulente ou sanieuse, ordinairement peu abondante, qui tache le linge. Notons ici que le praticien doit toujours chercher les taches caractéristiques des écoulements blennorrhagiques des femmes, à la partie postérieure de leur chemise; car à cause de la déclivité des parties ces liquides gagnent la commissure postérieure des lèvres.

Marche. — Comme chez l'homme, cette affection peut d'abord suivre une marche aiguë, puis passer à l'état chronique; ou bien affecter d'emblée cette dernière forme. Le plus ordinairement l'urétrite est aiguë : elle a une durée indéterminée, cependant moins indéterminée que chez l'homme.

(La suite à un prochain numéro.)

Du traitement local de la pustule maligne,

Par M. le Dr Salmon, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Parmi les travaux publiés par l'Association médicale d'Eure-et-Loir, dont nous avons déjà eu l'occasion de faire ressortir l'excellent esprit, nos lecteurs liront avec intérêt le Mémoire suivant dû à un ancien interne distingué de nos hôpitaux, et inséré dans le dernier numéro des *Comptes rendus* de cette Société.

Depuis déjà deux années que l'Association médicale d'Eure-et-Loir a mis à l'étude l'histoire des affections charbonneuses, cette question n'a pu être traitée encore dans tous ses détails, à cause du nombre immense des considérations importantes qu'elle soulève.

Les expériences multipliées des membres de cette Association ont, il est vrai, mis hors de doute certains points intéressants sur lesquels la médecine humaine et la médecine vétérinaire hésitaient à se prononcer. Ces recherches ont établi, en effet, d'un côté que, contrairement à l'opinion si répandue du professeur Delafond, d'Alfort (1), le sang de rate du mouton se présentait constamment dans notre Beauce avec un caractère septique, et que, maladie virulente, elle se reproduisait toujours, rapide et inévitablement mortelle, chez les animaux soumis aux inoculations; d'un autre côté, elles ont démontré, au sujet de la pustule maligne de l'homme, que cette maladie, primitivement toute locale, possédait cependant les propriétés virulentes les plus énergiques; et tous les animaux sur lesquels ont été convenablement opérées des inoculations, ont promptement succombé avec les lésions anatomiques propres aux affections charbonneuses (2); enfin, ces recherches ont constaté expérimentalement (3) que, dans les cadres nosologiques, il faudrait dorénavant placer sur le même rang, sous le titre d'affection charbonneuse ou de charbon, le sang de rate du mouton, la maladie de sang de la vache, la fièvre charbonneuse du cheval, la pustule maligne de l'homme.

Toutefois, que de choses à étudier encore dans ce travail que les membres de notre Société ont entrepris en commun : tout est à faire touchant les variétés de forme que peuvent revêtir le sang de rate avec ou sans tumeur extérieure; la fièvre charbonneuse du cheval, avec tumeur symptomatique ou essentielle pour conserver l'ancienne division des auteurs; la pustule ma-

(1) Nous avons déjà dit ailleurs (bulletin n° 1) que ce professeur considérait le sang de rate de la Beauce « *comme une pléthore sanguine déterminée par une alimentation trop substantielle et étant le résultat d'une proportion trop forte dans le sang des principes appelés globules, fibrine, albumine.* »

(2) Nous allons placer en regard de cette affirmation l'assertion d'un pathologiste moderne dont le livre résume assez bien l'état actuel de la science :

M. Vidal. — Diagnostic différentiel de la pustule maligne et du charbon.

. . . .	. . . .
4° *L'inoculation de la pustule est sans résultat.*	*L'inoculation du charbon peut être faite avec succès.*

(3) Cette opinion avait été émise, dès nos premières réunions, par M. Poulain, de Châteauneuf, mais sans démonstration expérimentale. Il appartient de même à notre confrère de Châteauneuf d'avoir apporté à l'Association le premier fait, suivi de résultat, d'inoculation de la pustule maligne de l'homme aux animaux.

ligne, tantôt large, tantôt petite, tantôt plus ou moins déprimée, avec ou sans engorgement des ganglions lymphatiques. Tout est à faire à propos de cette variété de charbon d'autant plus redoutable qu'on est exposé à la méconnaître plus souvent, et qui se présente sous l'aspect d'un gonflement œdémateux énorme sans pustule (1).

Sur la seule question du traitement, que de documents à éclairer, que de contradictions à combattre, que d'appréciations diverses à comprendre et à justifier ! Ainsi, M. Regnier écrit sur la pustule maligne que les émissions sanguines sont le meilleur moyen à employer pour combattre le gonflement énorme qui l'accompagne ; un médecin de Nancy, M. le docteur Schaken, prétend « que plus le pouls est débile, plus les syncopes sont fréquentes, plus il faut se hâter de saigner et d'appliquer des sangsues aux environs du lieu malade, » et dans le pays où il exerce « la cautérisation est tellement nuisible, que si un médecin y avait recours, *je cite textuellement*, il encourrait le blâme d'à peu près tous ses confrères. » Ces idées sont bien réellement, comme le disent les auteurs du *Compendium de chirurgie*, en opposition avec tout ce qui a été écrit à ce sujet; mais pouvons-nous dire, en présence de ces affirmations positives, qu'il n'existe pas une variété ou une forme de pustule maligne à laquelle conviennent, en effet, ces nombreuses émissions de sang. Nous tenons des renseignements fournis par un de nos plus honorés et plus judicieux confrères d'Illiers, M. Morissard, qu'il combat constamment et avec succès, par la saignée, l'infection charbonneuse, même à ce point si avancé de la maladie décrite tout à l'heure par M. Schaken (2).

Nous ne voulons pas ici traiter à fond cette médication générale dans les affections charbonneuses ; nous n'en possédons pas d'ailleurs les éléments assez complets ; nous désirons seulement fixer l'attention de notre Société sur la médication locale sur laquelle chacun de nous concentre tous ses efforts, à savoir sur la médication pratiquée par le moyen des caustiques.

Plusieurs caustiques ont été et sont mis en usage pour attaquer la tumeur extérieure œdémateuse ou gangréneuse qui manifeste une infection commençante de l'économie par une maladie charbonneuse ; ce sont le cautère actuel d'une part, et d'autre part les nombreux cautères potentiels dont l'énumération suit : nitrate d'argent fondu, nitrate acide de mercure, acides sulfurique et nitrique concentrés, potasse caustique à l'alcool ou à la chaux, poudre de Vienne, beurre d'antimoine, chlorure de zinc, sublimé corrosif. Mais, comme quelques-uns de ces cautères potentiels sont plus rarement usités de nos jours que certains autres, nous n'en ferons pas mention ; nous ne parlerons pas non plus des caustiques à base arsenicale quand ils sont employés seuls, car leur action est évidemment trop lente et demande, pour être assez profonde, plus de deux jours.

Pour suivre l'ordre marqué dans l'énumération précédente, nous commencerons par le cautère actuel.

1° *Traitement de la pustule maligne par le cautère actuel.* — Le cautère actuel est le moyen généralement usité, dans la médecine vétérinaire, contre les tumeurs charbonneuses, glossanthrax, avant-cœur, etc., etc. Il est entre les mains de tous, facile à se procurer, peu coûteux, d'une action énergique et sûre.

Pour ce motif, il a été mis en usage, dès la plus haute antiquité, dans un très-grand nombre de maladies. A propos du charbon, Celse recommande de le porter profondément dans les chairs et de recommencer à plusieurs reprises s'il est besoin ; « le malade ne le sent pas d'abord, dit-il, car la chair est morte ; la cautérisation est suffisante lorsque, dans toute l'étendue de la partie qu'on cautérise, se produit un sentiment vif de douleur. » La même opinion est reproduite dans les auteurs arabes, et dans les arabistes. Seulement, comme la science avait enrichi ces derniers de caustiques potentiels assez nombreux, quelques-uns de ceux-ci les préfèrent au cautère actuel ; de ce nombre est Gui de Chauliac, qui employait l'arsenic pur ou arrangé de figues, de levain et de miel mêlés ensemble. Le plus grand nombre des écrivains, parmi les modernes, préfèrent le cautère actuel aux cautères potentiels; Pouteau n'accorde de confiance qu'à celui-ci ; il en est de même de Dionis, de Chopart et de Desault. Lisfranc, dans ces derniers temps, le recommandait de même à peu près uniquement ; une seule cautérisation ne suffit pas, d'après lui ; dans un cas qu'il rapporte, après avoir fendu crucialement le mal, il porta dans la plaie, en une seule séance, dix-huit fers d'un rouge vif ; dans un autre cas, dix-huit fers furent employés en deux fois ; il ne suffit pas, d'après ce chirurgien, de porter le cautère sur la pustule, il faut le promener, dans une étendue considérable, au niveau du mal et à son pourtour ; dans le premier point, la cautérisation doit être profonde et au troisième degré ; au pourtour, il la pratique superficielle, et de plus en plus superficielle qu'on s'éloigne de l'escarre primitive ; le mal est limité quand les parties environnant le charbon offrent sur les escarres une rougeur franche et de nature érésypélateuse. Je ne puis passer sous silence que Lisfranc ajoutait quelquefois à ces moyens énergiques une application considérable de sangsues, et que, dans un cas, il en employa cent quarante en trois fois (1). C'est encore le cautère actuel que préfèrent les auteurs actuels de pathologie externe. MM. Bérard et Denonvilliers, entre autres, le vantent par-dessus tous les autres moyens, et ce dernier, dans un cas de sa pratique qu'il rapporte, ne craignit pas, après avoir pratiqué trois incisions verticales sur le cou d'un individu affecté de pustule au-devant de la partie inférieure du sterno-mastoïdien droit, de porter dans les incisions quinze à vingt cautères chauffés au rouge ; le succès dépassa les espérances ; une heure après, le malade se sentait revivre ; deux mois après, il sortait de l'hôpital guéri de toutes ses brûlures. Enfin, un praticien très-répandu de nos environs, M. Héry, de Bonneval, après avoir successivement essayé tous les caustiques, emploie actuellement d'une manière exclusive le cautère actuel.

Nous n'avons, quant à nous, mis en usage qu'une seule fois le cautère actuel dans les maladies charbonneuses. Nous lui préférons les cautères potentiels. Cependant, nous devons noter ici le résultat excellent que nous obtînmes alors de son emploi. C'était chez une malade préalablement cautérisée par M. Harreaux. Ce fut dans ces circonstances qu'elle entra à l'hôpital, où elle fut confiée à nos soins. J'incisai d'abord profondément avec le bistouri la tumeur qui siégeait au poignet sur le trajet de l'artère radiale. Un jet de sang saccadé et très-abondant qui eut lieu me fit supposer que cette artère était ouverte ; le sang jaillissait en effet de la tumeur avec assez de force. Nous portâmes quatre fers dans la plaie, puis l'un d'eux fut promené légèrement sur le

---

(1) Nous voulons parler de ce que M. Bourgeois a nommé *œdème malin des paupières*, et que nous avons assez souvent observé et une fois méconnu. Cet œdème n'est pas, toutefois, borné uniquement aux paupières et ne mérite pas exclusivement la dénomination précédente : M. Poulain, de Châteauneuf, en a rapporté un fait observé sur le bras et la poitrine d'un homme qui a succombé.

(2) Citons quelques exemples de guérisons par les évacuations de sang :

1° Ouvrier laveur de laine. — Deuxième jour : pustule maligne sur l'avant-bras droit ; — gonflement œdémateux considérable; — nombreuses phlyctènes sur le membre ; — escarre noirâtre de la largeur d'une pièce de quinze sous. — (50 *sangsues*, — *cataplasmes, limonades ;* — le soir : 40 *sangsues nouvelles.*) — Troisième jour : 40 sangsues nouvelles, quoique le membre ait diminué et malgré l'amendement des symptômes. — Quatrième jour : amendement considérable, — guérison. — (*Lisfranc.*)

2° Ouvrier tanneur. — A la partie moyenne de la joue gauche, escarre noire de la grandeur d'une pièce de vingt sous ; — gonflement de la tête si considérable qu'on ne voyait ni le nez ni les yeux ; — douleurs violentes, agitation extrême, état voisin du délire. — *Application de nombreuses sangsues ; — le sang coule abondamment.* — Guérison rapide. — (*Bertrand*, à Gap, Hautes-Alpes.)

(1) Cautérisation de l'escarre avec le fer rouge ; employer le fer peu rouge pour les parties environnantes, afin d'en exalter les propriétés vitales.

Il y a cessation des accidents, dit *Lisfranc :* 1° quand le cercle inflammatoire est formé autour de la partie cautérisée ; 2° si ce cercle manque, quand les parties environnantes sont franchement rouges et de nature érysipélateuse ; 3° quand il y a diminution de l'enflure élastique et des autres symptômes, tels que sentiment de froid dans la partie affectée.

membre dans une étendue considérable. Le lendemain, il y eut rémission des accidents et la malade guérit.

D'après ces détails, il nous a paru que le cautère actuel ne devait pas être complétement mis en oubli ; il se recommande, en effet, dans les cas extrêmes, où nous conseillerons de l'employer avec l'énergie que nous venons de dire. Nous ne voyons pas cependant le motif pour lequel on emploierait, à la manière de Lisfranc, plusieurs cautères successifs pour pénétrer profondément. Nous ne voyons pas davantage la raison pour laquelle on inciserait crucialement la tumeur charbonneuse avant de la cautériser.

Nous nous sommes assurés qu'en quelques minutes, un fer rougi à blanc ou au rouge pénétrait l'épaisseur de la peau d'un cheval, et entamait les muscles dans une profondeur de 1 à 2 centimètres. L'irradiation de la brûlure autour des parties cautérisées n'avait pas à beaucoup près la même étendue ; il fut facile, chez l'animal vivant, de se convaincre, au moyen d'une incision, que la brûlure n'avait pas pénétré sur les côtés au delà d'un centimètre; passé ce point, les vaisseaux divisés laissaient suinter le sang comme d'une plaie récente ordinaire. Le cautère actuel, chez l'homme, a une action identique ; un cautère actuel, appliqué sur la peau d'un cadavre pendant une minute au plus, a rapidement perforé celle-ci, écarté les fibres musculaires profondes qui se crispent sous l'instrument et le fuient ; avec une pression légère, nous pûmes pénétrer un avant-bras de part en part. Le même cautère, appliqué sur un os, le détruisit en y creusant assez rapidement une excavation ; ici encore les parties situées autour de lui ne parurent pas entamées profondément ; à un centimètre au delà, la chaleur du cautère ne se faisait même pas sentir ; sur l'os, l'état des parties environnantes était manifestement sain immédiatement autour de la partie cautérisée.

Je termine ce qui a rapport au cautère actuel, en constatant en outre que, dans les parties situées autour des gros vaisseaux, il paraît présenter moins de dangers que tout autre caustique ; non-seulement alors on peut graduer à volonté la brûlure, mais on risque moins de les blesser. Ceux-ci, à la manière des muscles, se crispent sous la chaleur de l'instrument et s'en écartent, comme nous l'avons constaté expérimentalement.

2° *Traitement de la pustule maligne par le nitrate d'argent fondu.* — Parmi les cautères potentiels que j'ai indiqués, le nitrate d'argent fondu se trouve occuper la première place. Il a dû, en effet, être essayé des premiers comme moyen de cautérisation dans la pustule maligne de l'homme. Son action énergique en apparence, la facilité de son emploi, puisqu'il se rencontre dans la trousse de tous les médecins, recommandaient suffisamment son usage. Je ne pense pas que, mieux éclairé actuellement, on puisse attribuer à ce médicament une activité caustique suffisante (1). Placé en nature dans les chairs, il les cautérise si peu profondément, que l'escarre obtenue le lendemain n'offre pas l'épaisseur de 2 millimètres ; placé à la surface de la peau, il n'en détruit à peu près que l'épiderme, et nous avons promené pendant quelques minutes (trois à quatre) le nitrate d'argent fondu sur la peau, en ayant soin de le rendre humide au moyen de quelques gouttes d'eau ou du sang qui s'écoulait d'une plaie, et dans aucun cas nous n'avons obtenu une cautérisation envahissant l'épaisseur du derme. Il n'y a pas huit jours qu'une dame étendit, à deux reprises pendant cinq minutes, sur son genou, une solution de nitrate d'argent à parties égales, et le lendemain, les parties examinées permettaient de constater que le médicament n'avait pas pénétré au delà de l'épithélium cutané. L'épiderme, soulevé par un liquide blanchâtre, était, le lendemain matin, déjà réuni aux couches profondes ; le jour suivant et dans la soirée, on pouvait l'enlever en écailles dures et noires qui laissaient le derme à nu ; le lendemain, au-dessous des écailles qu'on n'avait pas enlevées, un nouvel épiderme s'était déjà complétement reproduit (1).

Le nitrate d'argent fondu ne saurait donc être un médicament caustique de quelque valeur pour combattre localement la pustule maligne : il ne cautérise pas assez profondément pour cela. Le nitrate d'argent fondu ne mérite cependant pas la même réprobation, comme moyen adjuvant destiné à combattre l'œdème considérable qui s'étend quelquefois au loin au pourtour de la pustule. Nous avons vu, dans un cas, ce caustique employé en frictions sur la peau, avec la précaution de mouiller le crayon avec quelques gouttes d'eau, dissiper rapidement le gonflement ; quand celui-ci est trop considérable, nous pensons utile de scarifier en même temps la partie malade avec la lancette ; le sang et la sérosité qui s'écoulent permettent de dissoudre le nitrate d'argent dans les points scarifiés, sans être obligé de les mouiller avec de l'eau.

L'histoire de l'œdème malin des paupières n'a pas encore été suffisamment étudiée pour que nous devions considérer comme œdème charbonneux deux cas où la simple cautérisation au nitrate d'argent fut suffisante pour entraver rapidement les accidents. Un de ces cas est rapporté par M. Bourgeois, d'Etampes : « Une fois, dit-il, j'ai réussi, en promenant sur les paupières, dont le gonflement ne datait que de la veille, un crayon de nitrate d'argent fondu imbibé d'eau. Dès le lendemain, une rougeur de bon augure se montra sur les parties tuméfiées, et la guérison fut prompte. Les téguments ne se sphacélèrent pas, et il ne survint aucune difformité. » L'autre cas appartient à M. Finet, d'Épernon, et à M. Maunoury : c'était dans la pratique de M. Finet, chez une femme de trente-cinq ans ; l'œdème datait de la veille ; des scarifications furent faites sur la paupière œdémateuse, puis le crayon de nitrate d'argent fut promené sur cette paupière et introduit dans chaque scarification ; la malade n'eut pas d'autres accidents et guérit.

3° *Traitement de la pustule maligne par la potasse.* — La potasse à l'alcool ou à la chaux est un des médicaments caustiques dont l'emploi est le plus commun dans les maladies charbonneuses : cela tient à la facilité avec laquelle on se procure presque partout ce médicament. On en parle dans Thévenin, dans Dionis, dans M. Vidal, dans tous les articles qui ont paru sur le charbon. M. Bourgeois, que j'ai cité précédemment, en généralise même l'emploi comme caustique dans la pustule ma-

(1) Il convient de placer en regard de cette assertion la note suivante, adressée à l'Association par un médecin d'Authon, M. Perrier. Je la cite textuellement, pour lui garder toute sa valeur :

« Voilà onze ans que j'exerce dans le canton d'Authon, je n'ai jamais rencontré de charbon véritable, mais assez souvent la pustule maligne, désignée vulgairement dans le pays sous le nom de charbon. Elle se reconnaît à une pustule de la largeur d'une pièce de 5 sous environ, très-peu saillante, livide ou tendant sur le noir ; lorsqu'on l'incise, elle laisse écouler une sérosité d'un blanc vert ; le fond de la pustule est constamment blanc comme du vieux lard ; les bords en sont livides, noirs. De la pustule naissent toujours des cordons sans engorgement général, comme des traînées qui suivent le trajet des veines ou vaisseaux lymphatiques ; ces cordons sont très-douloureux.

La pustule maligne n'est pas plus de douze heures à se former ; la partie qui doit en être le siége est d'un rouge vif, tendue, très-douloureuse ; néanmoins, la tension est beaucoup moindre que dans les inflammations franches. Abandonnée sans traitement, la pustule maligne donne lieu à des douleurs horribles, que les malades comparent à la brûlure du feu. Le pouls devient faible, petit, intermittent, très-fréquent ; des sueurs très-copieuses ont lieu ; du délire, soif vive, langue sèche ; des abcès, souvent des fusées purulentes dissèquent au loin en quelque sorte les parties atteintes. Tous les symptômes de la résorption purulente arrivent, et les malades succombent le plus souvent au bout de quelques jours.

Je me sers, pour cautériser, d'un morceau de potasse caustique ou de nitrate d'argent ; ces deux moyens sont également bons. Peu d'heures après la cautérisation, toutes les traînées inflammatoires cessent complétement, la douleur disparaît. Je déchire la pustule avant de cautériser ; jamais il n'y a d'écoulement de sang. C'est surtout dans l'été qu'on rencontre cette maladie ; c'est en général les parties en contact avec l'air atmosphérique, les mains et le visage, qui en sont le plus souvent affectées. »

(1) Si le nitrate d'argent, promené sur la peau couverte de son épiderme, agit aussi peu profondément que nous venons de l'écrire, son action paraît être plus considérable quand l'épiderme est dénudé ; il détruit alors le derme en partie, et nous avons fréquemment observé de larges plaies très-douloureuses résultant de cette cautérisation. Ces plaies, très-difficiles à guérir, offrent un aspect mamelonné très-prononcé, qu'il faut attribuer aux papilles et aux glandules de la peau ménagés en partie par le caustique.

ligne. Employé autrement que ne l'indique ce praticien, c'est-à-dire en laissant un morceau de potasse à demeure dans la pustule incisée crucialement, il a, suivant nous, l'inconvénient immense de ne pas borner son effet là où le chirurgien veut qu'il agisse. Quoique médicament solide, la potasse n'agit en réalité qu'à l'état liquide : sans eau pour la dissoudre et pour dissoudre en même temps les parties molles qu'elle altère, elle ne saurait agir avec quelque efficacité ; avec de l'eau, son action peut être, au contraire, tellement énergique, qu'en deux minutes au plus nous avons, avec la potasse caustique, détruit en totalité des masses musculaires énormes. Dans un cas de cancer du sein, que nous enlevâmes par la cautérisation, un bâton de potasse caustique introduit de vive force dans le tissu cellulaire, y eut en quelques instants, une minute au plus, produit une ouverture effrayante dans laquelle nous pûmes introduire sans résistance le doigt indicateur tout entier. Il en fut de même sur la cuisse d'une vache chez laquelle nous avions mis à nu un muscle volumineux : le crayon de potasse caustique à la chaux, passé à travers les fibres musculaires, les désorganisa en deux minutes au plus ; pressé légèrement à travers les interstices musculaires, le crayon pénétra rapidement dans les chairs, y établit une ouverture dans laquelle put pénétrer le doigt, et, atteignant une artère volumineuse, menaça de faire succomber l'animal à l'hémorrhagie.

La potasse caustique employée comme moyen de cautérisation dans le charbon se présente donc avec des inconvénients multiples : si on applique le médicament uniquement sur la peau sans inciser la pustule, il fuse et n'attaque pas uniquement les parties qu'on veut toucher, à la manière des substances analogues liquides : si on emploie la potasse caustique, au contraire, après avoir incisé crucialement les chairs, pour peu que le morceau soit de gros volume, que l'incision porte dans un interstice musculaire, la cautérisation peut fuser très-profondément. Il en serait de même si le caustique portait sur un muscle ou sur un vaisseau volumineux et important ; dans ce dernier cas, une hémorrhagie ne saurait manquer d'avoir lieu, à cause du peu de solidité de l'escarre molle produite par la cautérisation à la potasse.

Pour ces raisons, je conseillerais, si j'avais à mettre en usage la potasse caustique dans la pustule maligne, de suivre les indications tracées si nettement à ce sujet par M. Bourgeois : rapidité d'action, sécurité, telles sont les considérations qui recommandent ce moyen.

Muni d'un morceau de potasse caustique, autant que possible de potasse à l'alcool, je le charge dans le porte-nitrate si la potasse est fondue en cylindre, ou je le saisis à l'aide de pinces à pansement, quand elle est en tablette. Le malade étant assis ou couché, je commence à ouvrir les vésicules en promenant circulairement sur elle et sur l'escarre mon morceau de caustique ; dans le cas où cette escarre est trop sèche ou trop épaisse, j'en enlève quelques pellicules à l'aide d'une lancette bien affilée. Au bout de quelques instants, l'avidité de la pierre pour l'humidité fait que la portion de celle-ci qui est en contact avec les parties malades se dissout et pénètre les chairs, qui se délayent et forment un détritus qui s'amasse circulairement sur les bords de la petite excavation que l'on creuse ainsi. Il arrive même souvent que la vive irritation occasionnée par la potasse détermine un afflux assez considérable de sérosité dans la plaie : cette sérosité venant à dissoudre trop vite le caustique, celui-ci peut couler au point de déterminer de larges et profondes escarres, suivies de difformités plus ou moins fâcheuses. Pour éviter ce grave inconvénient, j'ai soin d'essuyer, avec un linge tenu de la main gauche, les coulées de potasse dissoute sitôt qu'elles se forment. Après une ou deux minutes, on a généralement atteint les parties les plus profondes de la tumeur, ce qui se reconnaît à un léger écoulement sanguin. La plaie ainsi obtenue est profonde de 4 à 5 millimètres, de forme conique, et comprend ce que j'appelle la tumeur charbonneuse. Cette petite opération est assez douloureuse et ne doit pas toujours se borner au bouton malin : la cautérisation doit aussi atteindre les vésicules qui se sont développées plus ou moins loin de celui-ci. Je me contente alors de toucher légèrement la surface cutanée sur laquelle reposent ces vésicules, toutes les fois, bien entendu, qu'une portion de téguments sains les sépare de la pustule elle-même ; car si elles touchent cette dernière, il est bien évident qu'il faut les comprendre dans la même destruction...... Quand j'ai lieu de craindre que quelques portions aient échappé à la cautérisation, et s'il n'y a pas à redouter la lésion de quelque organe important, je mets au fond de la petite plaie un morceau de potasse gros comme une forte tête d'épingle ou comme une lentille, et je couvre le tout d'un morceau d'agaric bien moelleux que je maintiens à l'aide d'un bandage contentif simple, dans le cas où il n'y a que peu ou point de gonflement : dans le cas contraire, je fais appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans une forte décoction de fleur de sureau, animé ou non, suivant les circonstances, d'au-de-vie camphrée. Je me contente quelquefois, surtout l'hiver et lorsque la tuméfaction est médiocre, d'une couche de ouate.

4° *Traitement de la pustule maligne par le caustique de Vienne.* — Depuis l'importation en France de la poudre caustique de Vienne, on a étendu avec tant de complaisance l'emploi de ce moyen en chirurgie, qu'on ne pouvait assurément manquer de mettre ce médicament en usage dans la cautérisation du charbon. D'ailleurs les initiateurs avaient à ce sujet la facilité de se renseigner sur les anciens, lesquels usaient fréquemment de la chaux vive, substance caustique à laquelle est due en partie la rapidité d'action de la poudre de Vienne sur la peau. La chaux vive est, en effet, le caustique que Gui de Chauliac vante par dessus tous les autres pour attaquer rapidement cette membrane ; il la mélangeait avec du savon et de la salive, de la même manière que nous mélangeons la chaux à la potasse et que nous délayons ces substances pour les employer dans l'alcool.

Le caustique de Vienne ne me paraît pas, dans le charbon, jouir d'avantages assez grands pour le préférer à la potasse. Il ne fuse pas, il est vrai, mais, comme la potasse, il donne lieu à une escarre tellement molle au moment de son application, qu'en agissant profondément avec lui, on développerait infailliblement un écoulement de sang. Un professeur éminent de l'école de Paris, qui voulut un jour mettre en usage ce moyen pour enlever un membre par la cautérisation, n'eut pas à se louer beaucoup du résultat ; le malade mourut si rapidement, qu'il fut possible d'attribuer la mort à l'emploi mal dirigé de ce moyen. J'ajoute que le caustique de Vienne, comme la potasse, produit en cautérisant d'excessives douleurs. J'ajoute encore que je ne vois pas de raison suffisante pour préférer, dans le procédé de cautérisation de M. Bourgeois, le caustique de Filhos ou caustique de Vienne solidifié, à la potasse à l'alcool en crayon (1).

5° *Traitement de la pustule maligne par le sublimé.* — Parmi les chlorures métalliques, le sublimé est le médicament caustique le plus fréquemment employé pour la cautérisation de la pustule maligne. Il a, sur le beurre d'antimoine, l'avantage de résister longtemps à l'action dissolvante de l'eau et de ne pas, par conséquent, se liquéfier dans les flacons où on le conserve. Il est, en conséquence, plus facile à conserver intact que le chlorure de zinc lui-même. Le sublimé présente encore sur les caustiques précédents cette autre propriété, qu'il reste toujours solide au milieu même d'un écoulement de sang continu et abondant ; le sang coule au-dessous du médicament caustique sans l'altérer ou le dissoudre, et une pression légère exercée alors sur les parties ne tarde pas à tarir l'écoulement sanguin.

Dans notre contrée, le sublimé corrosif jouit de la réputation la plus étendue. Il est devenu, par suite des communications bienveillantes de confrères expérimentés, MM. Poulain, Vaucoret et Harreaux, le moyen usuel contre la pustule maligne. Les guérisseurs eux-mêmes, ceux-là qui ne veulent pas livrer

(1) Trois de nos confrères de l'arrondissement de Châteaudun, MM. Anthoine, Raimbert et Ropton, ne partagent pas la répulsion pour le caustique de Vienne que nous manifestons ici ; ils le mettent en usage presque exclusivement dans les maladies charbonneuses et avec succès.

au public ce qu'ils appellent leur secret, en sont réduits, pour ne pas avoir l'air de faire ici comme tout le monde, à colorer leur drogue en rouge, en vert ou autrement, pour abuser la crédulité publique. Leur secret, quoi qu'ils en disent, c'est toujours le bichlorure de mercure ou sublimé (1).

Cependant, quoique ce médicament soit aussi généralement employé dans nos campagnes, les procédés mis en usage ne sont pas les mêmes pour tous nos confrères.

Un médecin qui exerçait, il y a déjà une dizaine d'années, à Gallardon, M. Montagnier, et qui jouissait d'une réputation étendue pour le charbon, dans ces contrées, opérait comme il suit :

Il fabriquait de petits emplâtres de diachylon de la largeur environ d'une pièce de deux francs ; il incorporait à ces emplâtres du sublimé en assez grande quantité, et, en outre, au moment de l'appliquer sur la peau, saupoudrait la surface ramollie du diachylon de sublimé en grumeaux. Ce premier emplâtre était maintenu pendant six heures sur la peau. Au bout de ce temps, le médecin remplaçait le premier emplâtre par un second plus chargé de substance caustique, et le laissait alors appliqué pendant douze heures. Dans les cas où il fallait agir avec rapidité, il scarifiait avec la lancette la première escarre obtenue ; dans toutes les circonstances, toujours après le second emplâtre, il incisait circulairement la tumeur avec le bistouri ; il pansait enfin avec le styrax pur ou étendu de sublimé en petites proportions (2).

M. Vaucoret, médecin à Denonville, dont le père jouissait aussi dans la Beauce d'une réputation méritée par les succès qu'il obtenait dans le charbon, opère plus simplement la pustule maligne. Lorsque le malade se présente à lui, il incise d'abord crucialement la tumeur avec une lancette : cette incision plonge jusqu'aux parties saines, c'est-à-dire douloureuses ; elle ne doit guère avoir plus de 1 centimètre pour chaque côté ; ensuite, au moyen du bistouri ou de ciseaux courbes, le chirurgien enlève les quatre petits lambeaux produits par l'incision cruciale. Il en résulte un godet dont la portion la plus profonde est en rapport avec le point central de la pustule, et dont les contours superficiels répondent aux parties saines. Comme, dans cette première opération, il s'écoule d'ordinaire une quantité considérable de sang (3), il l'étanche avec de la charpie ou de la ouate, avant d'appliquer le sublimé. Ce médicament ne doit pas être employé en poudre ; il faut se servir du sublimé concassé : on en remplit le godet dont nous avons parlé, et on recouvre le tout avec un emplâtre. La portion de sublimé employée peut être de 1 ou 2 grammes environ.

Le lendemain, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'application précédente, si le malade a beaucoup souffert, ce qui indique que le caustique a touché les parties saines placées au-dessous et au pourtour du mal ; si une escarre convenable s'est produite ; s'il existe au pourtour de cette escarre un cercle vésiculeux contenant un liquide séro-purulent, ce qui démontre, de la part des parties malades, un retour à ses fonctions normales, les accidents produits par la pustule maligne sont enrayés ; si, au contraire, le malade n'a pas du tout ou peu souffert, si le cercle vésiculeux n'est pas formé, il importe de recommencer la cautérisation, comme ci-dessus.

Le procédé dont je viens de parler est aussi le procédé actuellement employé par M. Poulain, de Châteauneuf, et par M. Harreaux. Le second le met en usage d'après les indications fournies par M. Vaucoret; le premier, M. Poulain, le tient de relations de famille qui ont établi sa réputation de spécialiste, à ce sujet, plus haut que celle de tout autre membre de notre famille médicale.

Nous croyons pouvoir dire que ce procédé est celui qui nous semble devoir être préféré pour combattre la pustule maligne. Le sublimé, en effet, appliqué de cette manière, est un caustique d'une action sûre. Il ne fuse pas, par la raison de son insolubilité; l'escarre qu'il détermine est tellement solide qu'un vaisseau de quelque volume fût-il atteint, il n'y aurait pas à redouter d'hémorrhagie : nous pouvons en outre certifier que, dans tous les cas de charbon où nous l'avons mis en usage, nous n'avons pas remarqué d'accidents généraux provenant de son emploi. Ce n'est pas pourtant que, selon nous, le sublimé ne puisse pas être absorbé dans ces cas. Nous nous souvenons en effet d'une malade à laquelle nous faisions une amputation du sein par un caustique auquel nous avions incorporé du sublimé, et qui, après cinq à six jours de l'emploi du médicament, fut prise d'accidents généraux, tels que petitesse du pouls, agitation nocturne, dépérissement et affaiblissement général, vomissements : ces accidents cessèrent quand nous abandonnâmes l'emploi du caustique mercuriel. Dans une autre circonstance, chez une femme affectée de pustule maligne à la face, il survint une salivation mercurielle abondante dont nous ne trouvâmes pas la raison suffisante dans une seule onction faite avec l'onguent mercuriel sur la pustule avant la cautérisation. Il reste à rechercher pour la pratique, dans les cas où l'on emploie le moyen que nous proposons, si, comme le prétend M. Poulain, le sublimé, après avoir agi dans la pustule maligne comme moyen local de cautérisation, n'est pas en même temps un médicament en quelque sorte spécifique de cette maladie.

Je termine ici ce long exposé de la plupart des procédés de cautérisation mis en usage dans la pustule maligne. Cette Note, pour être bien faite, aurait dû longtemps à l'avance être approfondie et méditée. Les circonstances ne nous en ont pas donné le temps. Quelque incomplète qu'elle soit, nous osons cependant espérer que la Société accueillera avec nous les propositions suivantes :

1° De tous les moyens de cautérisation préconisés par les auteurs, le sublimé corrosif est le moyen de combattre le plus activement et sans danger toutes les formes que peut revêtir l'affection charbonneuse chez l'homme ;

2° La potasse caustique, employée comme l'indique M. Bourgeois, est un moyen excellent et rapide de cautérisation ;

3° Le nitrate d'argent fondu n'est d'aucune valeur comme caustique de la pustule maligne elle-même; il est de la plus grande activité quand on le combine avec les scarifications pour combattre l'enflure œdémateuse élastique qui environne la pustule ;

4° Dans les cautérisations, le dernier moyen à mettre en usage chez l'homme est le cautère actuel : il importe de l'employer profondément sur les parties malades et superficiellement autour de ces parties, comme le préconise Lisfranc.

(1) Cette observation ne saurait atteindre d'honorables confrères qui ajoutent au sublimé des médicaments actifs dont la couleur masque fréquemment celle du sublimé. Ainsi, le caustique employé par M. Levassor, de Dammarie, est un mélange de sublimé et de minium ; celui de M. Girouard doit aussi son action au même agent ; enfin, nous nous sommes laissé dire que le caustique d'Orgères, doué dans la Beauce d'une réputation considérable, était composé de minium et de sublimé, et, dans quelques circonstances, d'orpiment.

(2) Un empirique, dont le nom m'échappe, opérait à peu près de la même manière : il scarifiait d'abord la partie malade, puis plaçait dans les scarifications de petits grumeaux de sublimé, recouvrait le tout d'un emplâtre au sublimé, et laissait à demeure pendant vingt-quatre heures.

(3) Quoique le fait sorte du but de ce travail, nous devons dire que, pour nous, cet écoulement est à peu près caractéristique de l'affection charbonneuse. Nous ne connaissons pas de maladie congestive locale qui donne lieu à un écoulement de sang plus abondant. Souvent le sang sort en jet rapide du centre de la pustule incisée, comme si on avait blessé un petit vaisseau (*voir* une observation relatée plus haut, où nous crûmes avoir ouvert la radiale). Il en est de même pour les parties environnantes sur lesquelles portent les scarifications, même quand elles sont le siége de cette enflure élastique et œdémateuse dont parlent tous les auteurs.

THÉRAPEUTIQUE.

Résumé de dix cas de fièvre intermittente traités par le sulfate de cinchonicine,

Par M. le professeur FORGET.

Ces faits ont été recueillis à la clinique de la Faculté de Strasbourg, et rédigés jour par jour, sous mes yeux, par mes chefs de clinique, MM. Aron et Ledru.

Ces dix observations ont été choisies parmi un plus grand nombre, comme offrant des résultats plus précis et plus probants.

Le sulfate de cinchonicine a été administré généralement en solution, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, à prendre en deux prises (matin et soir). On est arrivé à reconnaître que la dose de 50 centigrammes en deux prises, est celle à laquelle il convient de s'arrêter, les doses plus élevées produisant généralement des accidents.

Les accidents produits par le sulfate de cinchonicine diffèrent de ceux résultant du sulfate de quinine : celui-ci donne lieu à des troubles cérébraux, tandis que la cinchonicine suscite des accidents d'irritation gastro-intestinale.

1re *Observation. — Femmes.* — Fièvre quotidienne de sept jours;

Cinchonicine à 50 centigrammes matin et soir: vomissements; réduire à 25 centigrammes. Pendant sept jours la fièvre persiste.

Sulfate de quinine (50 centigrammes le soir) : après trois accès la fièvre cesse.

La fièvre reparaît quelques jours après la suspension du sulfate de quinine.

Sulfate de cinchonicine (25 centigrammes matin et soir) : guérison après le troisième accès.

Dans ce cas, la cinchonicine paraît avoir agi à peu près comme le sulfate de quinine.

2e *Observation.*— Fièvre quotidienne résistant pendant cinq jours à la cinchonicine, cédant après deux jours au sulfate de quinine.

Ici la supériorité du sulfate de quinine est manifeste.

3e *observation.* — Fièvre tierce : *cinchonicine :* les deux accès suivants se produisent avec la même intensité.

Sulfate de quinine : les accès ne reparaissent pas.

Supériorité du sulfate de quinine.

4e *Observation. — Hommes.*— Fièvre tierce de quinze jours.

Cinchonicine: le deuxième accès manque; les accès reviennent après huit jours et persistent pendant huit jours, malgré la cinchonicine.

Acide arsénieux (5 milligrammes) : les accès s'amendent graduellement; suspendu après dix jours.

Retour de la fièvre après sept jours d'apyrexie. *Cinchonicine :* disparition immédiate des accès.

Donc, succès, puis insuccès de la cinchonicine, succès temporaire de l'arsenic, succès définitif de la cinchonicine.

5e *Observation.*— Fièvre tierce de huit jours. *Cinchonicine* pendant quatre jours (de 80 centigrammes à 1,50) : vomissements, cessation des accès.

Succès de la cinchonicine, mais accidents gastriques.

6e *Observation.*— Fièvre quotidienne de cinq semaines. *Cinchonicine* (de 50 centigrammes à 1 gramme): vomissement. Huit jours d'administration sans succès.

Sulfate de quinine : succès immédiat.

Insuccès de la cinchonicine, succès de la quinine.

7e *Observation.* — Fièvre quotidienne d'un mois. *Cinchonicine* (50 centigrammes) : vomissements. On continue pendant douze jours; les accès vont s'affaiblissant pendant sept jours. Après huit jours d'apyrexie, nouvel accès: *sulfate de quinine,* guérison au second accès.

Succès lent de la cinchonicine, succès prompt du sulfate de quinine.

8e *Observation.* — Fièvre quotidienne de dix jours. *Sulfate de quinine:* un seul accès, céphalalgie seulement les jours suivants.

Onze jours après la cessation du remède, retour de la fièvre. *Cinchonicine :* accès pendant six jours, le septième manque. Les jambes s'infiltrent pendant l'administration de la cinchonicine. Extrait mou de quinquina, guérison.

Effet prompt du sulfate de quinine, effet lent de la cinchonicine.

9e *Observation.* — Fièvre tierce, puis quotidienne d'un mois. *Cinchonicine* (50 centigrammes) : sept accès moins intenses.

Sulfate de quinine : cinq accès légers, puis guérison.

Insuccès de la cinchonicine, succès lent du sulfate de quinine.

10e *Observation.* — Fièvre quotidienne de quatre jours. *Cinchonicine* (50 centigrammes) : trois accès plus faibles, douleurs abdominales ; suspension de la cinchonicine le septième jour, la fièvre ne revient plus.

Succès de la cinchonicine, douleurs abdominales.

On voit, d'après ces faits, que :

1° La cinchonicine n'a supprimé franchement la fièvre que trois fois sur dix ; encore son action a-t-elle été plus lente que ne l'est celle du sulfate de quinine ;

2° Que la cinchonicine occasionne des accidents gastriques, même à la dose de 0,50 ;

3° Que cinq fois le sulfate de quinine a manifesté sa supériorité sur le cinchonicine ;

4° Que la récidive a lieu au moins aussi souvent après la cinchonicine qu'après le sulfate de quinine ;

5° Que la cinchonicine, pas plus que le sulfate de quinine, n'empêchera l'anasarque de se produire ;

6° Nous n'avons pas eu l'occasion de constater l'action de la cinchonicine sur l'engorgement de la rate ;

7° En définitive, la cinchonicine guérit la fièvre intermittente, comme tant d'autres remèdes ; mais son efficacité ne peut entrer en parallèle avec celle du sulfate de quinine.

Voulant expérimenter la cinchocinine contre le rhumatisme articulaire, nous l'avons employée dans un beau cas de rhumatisme articulaire aigu datant de quatre jours.

Nous débutons par 1 gramme en deux prises. Nous arrivons à 2 grammes, mais de graves accidents gastriques se produisent. Cependant le rhumatisme est enlevé complétement dans l'espace de six jours.

Ce fait est isolé. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Séance annuelle de la Société anatomique de Paris; banquet des sociétaires.* — La séance annuelle de la Société anatomique de Paris aura lieu le jeudi 30 mars, à trois heures précises, à la Faculté de médecine, salle des Thèses.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures, chez Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

On souscrit chez MM. Blain des Cormiers, 7, rue des Saints-Pères.
— Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu.
— Géry, à l'hôpital des Enfants.

Les sociétaires qui le trouveraient plus commode, peuvent déposer leur adhésion au bureau du *Moniteur des Hôpitaux,* rue de l'Ancienne-Comédie, 12, qui fera parvenir en temps opportun le nom des adhérents à MM. les commissaires.

La liste de souscription sera close le mercredi 29, à six heures du soir.

— A la suite d'un concours où les compétiteurs ont fait preuve de connaissances positives et variées, M. Foucher, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé prosecteur.

Un concours d'aides d'anatomie s'ouvrira, le lundi 27 mars, afin de pourvoir au remplacement de M. Foucher.

— Le choléra se maintient toujours dans les limites les plus restreintes. Les hôpitaux reçoivent de cinq à six cholériques par jours.

— Hospice de la Salpêtrière. — *Cours clinique et théorique de médecine mentale.* — M. Falret, médecin de la première section des Aliénées, commencera ce cours le dimanche 2 avril 1854, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Conférences cliniques les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures du matin.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité,** par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux,* et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Le Rédacteur en chef, H de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 37. 2e Année. Mardi 28 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 27 Mars 1854.

Funérailles de M. Roux.

A onze heures un quart, une foule que pouvaient contenir à peine les poétiques et religieuses voûtes de Saint-Germain-des-Prés, venait rendre un dernier hommage à l'homme de bien, au chirurgien illustre que la science et la Faculté viennent de perdre. Savants de tous les ordres, artistes, écrivains, médecins, élèves, hommes du peuple qui n'avaient pas oublié les bienfaits du praticien habile, toutes les classes de la société s'étaient réunies pour honorer la mémoire d'un homme comme l'histoire n'en compte pas assez, et qui peut être donné en exemple à tous ceux qui veulent se faire un nom, sans porter atteinte à leur réputation.

Malgré des absences regrettables, malgré quelques tenues dont la dignité de la robe professorale et même celle de l'homme ne pouvaient avoir à se féliciter, il est cependant consolant de constater que les funérailles de M. Roux ont été dignes de sa mémoire. Nous ne pourrions rien ajouter à cet éloge.

La foule presque tout entière a suivi l'illustre défunt jusqu'au cimetière du Mont-Parnasse. Six discours ont été prononcés : par M. Velpeau, au nom de l'Institut; par MM. Malgaigne, au nom de la Faculté de médecine; Fr. Dubois, au nom de l'Académie de médecine ; Marjolin, au nom de la Société de chirurgie; Larrey, au nom de la chirurgie militaire, et Duchaussoy, au nom des internes des hôpitaux.

M. Malgaigne a montré, dans son discours, le talent que tout le monde lui connaît ;

M. Fr. Dubois a été ce qu'il est toujours dans ces tristes circonstances : homme de remarquable talent, de style et de tact; peut-être, cependant, sous ce dernier rapport, aurait-il été mieux inspiré s'il s'était abstenu d'une allusion peu bienveillante à la Société de chirurgie ;

M. Marjolin a exprimé avec convenance les regrets de sa Société ;

M. Larrey, qu'on retrouve partout où conduisent le cœur et les généreuses inspirations, M. Larrey a exprimé en quelques paroles aussi profondément senties qu'heureusement choisies, la part que prend la chirurgie militaire à la perte d'une célébrité qu'elle a comptée dans ses rangs ;

Enfin, un jeune interne, M. Duchaussoy, a exprimé avec la plus vive comme avec la plus généreuse chaleur, les sentiments de vénération que M. Roux a toujours su inspirer à ses élèves.

Mais c'est surtout M. Velpeau, cet homme étonnant dont l'intelligence, loin de faiblir avec l'âge, prend chaque jour une nouvelle force et chaque jour acquiert des qualités nouvelles, c'est surtout M. Velpeau, qui a su en quelques mots esquisser, mieux que cela, caractériser la vie scientifique de M. Roux, apprécier la place qu'il occupera dans l'histoire de la science, peindre sous de vives couleurs les vertus de l'homme et exprimer, dans un langage élevé et avec un accent des plus touchants, les regrets de la science et les douleurs de l'amitié !

Nous sommes assez heureux pour pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours de M. Velpeau. Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à supprimer tous les autres. H. de Castelnau.

Discours de M. Velpeau,

AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

A l'aspect de cette nouvelle tombe et de la dépouille terrestre du savant intègre, de l'homme loyal, du grand chirurgien, du citoyen généreux qui vient d'y descendre, ne sentez-vous pas comme moi, messieurs, surgir du fond de l'âme un mélange de crainte, de douleur et d'effroi ?

Avec quel acharnement, en effet, la mort frappe sur les sommités de la science ! En face de tant de désastres et de si cruels ravages, ne dirait-on pas qu'elle est venue se poser en permanence au seuil de l'Institut !

Quatre membres de la section de botanique ont disparu en moins d'une année ; l'astronomie en a perdu deux ; la géographie et la navigation pleurent également deux de leurs illustrations, et voici maintenant que c'est le tour de la chirurgie.

Si l'âge et de longues souffrances, chez quelques-uns, ont pu préparer les esprits à des coups si pénibles et si multipliés, il n'en a pas été de même pour d'autres : Richard, de Jussieu, Gaudichaud, n'étaient-ils pas dans la force du talent, et la science ne recevait-elle pas chaque jour encore une nouvelle impulsion de leurs importants travaux ?

M. Roux lui-même, malgré le nombre de ses années, était, vous le savez, resté actif, laborieux et capable comme les plus jeunes. Une heure avant l'atteinte fatale qui devait nous le ravir, il agissait et parlait avec la même fraîcheur d'esprit et de corps qu'à l'âge de 40 ans.

Lui dont on vantait, dont on admirait chaque jour l'éternelle jeunesse, la belle santé, la forte constitution, l'étonnante activité, la netteté de l'intelligence, un souffle n'en a pas moins suffi

pour l'abattre et pour nous rappeler la fragilité de la vie, le néant des prévisions humaines !

Vous tous, membres des Académies, savants de toutes les classes, médecins de tous les ordres, élèves des Écoles, gens du monde, et cette foule en deuil qui nous entoure, pleurons, oui, pleurons tous, car une grande lumière vient de s'éteindre, et l'humanité perd en M. Roux un de ses bienfaiteurs les plus dévoués.

La carrière, la vie chirurgicale de M. Roux peut être citée comme une des plus longues, des plus belles qui se puissent voir. Il a brillé au premier rang pendant près de soixante ans, soit comme professeur, soit comme savant, soit dans les concours, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique privée, soit au sein des Académies.

Né à Auxerre en 1780, il savait assez de chirurgie, en 1795, pour être admis à l'armée de Sambre-et-Meuse en qualité de sous-aide.

C'est en 1797 qu'il vint à Paris, où il ne tarda pas à faire connaissance de Bichat dont il conquit bientôt l'amitié, et qui l'associa promptement à ses travaux. En 1801, il remporta déjà un premier prix aux Écoles de santé; en 1802, il disputait au concours une place d'hôpital à Dupuytren, à Dupuytren qu'il devait retrouver partout dans l'avenir sur son passage.

Chirurgien de l'hôpital Beaujon en 1806, à 26 ans, il entra au même titre à l'hôpital de la Charité, en 1810, à côté de Boyer, du grand Boyer, dont il est devenu le gendre, et qui, dès cette époque, avait reconnu dans son jeune adjoint le plus habile opérateur du temps. En 1812, se trouvant de nouveau aux prises avec Dupuytren, dans un concours mémorable, il suivit de si près son redoutable adversaire, qu'une autre chaire devenue vacante quelques années plus tard, lui fut décernée par la Faculté tout entière. L'ardeur, le savoir, développés par M. Roux dans ses luttes publiques, n'ont été égalés par personne.

Si là, comme dans l'enseignement, il n'a pas toujours été vainqueur, c'est à l'abondance même de son exposition, plutôt qu'à sa science; c'est à l'ornement du langage, à la merveilleuse mise en scène de son puissant émule, qu'il faut en demander la raison, plutôt qu'à une infériorité réelle.

Le besoin d'expansion extérieure ne suffisait pas à son activité intellectuelle.

Les nécessités des concours, les exigences de la pratique en ville et du service des hôpitaux, lui laissaient l'esprit assez libre encore pour produire de nombreuses publications : à 20 ans, il aidait, dans la rédaction de l'*Anatomie descriptive*, le rénovateur de l'anatomie française, et le cinquième volume de ce grand ouvrage est tout entier de la plume de M. Roux.

Un peu plus tard, il conçut le plan d'un autre traité du même genre, œuvre dont le premier volume seul fut imprimé sans être livré au public.

Les devoirs de l'opérateur et les besoins de l'enseignement que lui avait légués Bichat ne permirent pas à l'auteur de le continuer.

En 1809, il publia un volume de mélanges où, sans cesser d'être anatomiste, on le voit plus spécialement tourner ses regards vers la chirurgie. On trouve, dans ce volume, des mémoires qui marquent un véritable progrès, et que le temps n'a point fait oublier.

Sa *Médecine opératoire* n'a point été terminée. C'était en 1813 : Dupuytren triomphait à l'Hôtel-Dieu ; il fallait une lutte, un combat de tous les instants, pour ne point être éclipsé : lutte de zèle et de savoir à l'hôpital, lutte dans les leçons, lutte de connaissances et d'habileté aux yeux de tout le monde.

Avec un pareil rival et une semblable guerre, qui a duré vingt-cinq ans, le travail du cabinet n'était plus possible. Mais, en laissant ses ouvrages didactiques inachevés, M. Roux n'a jamais cessé de travailler à l'avancement de la chirurgie, soit par des créations réelles, soit par des modifications importantes; il a marqué de son empreinte une foule de questions.

On lui doit d'avoir fait ressortir, dans ses leçons, l'importance de l'anatomie chirurgicale. La suture du voile du palais, opération qui a délivré l'humanité d'une désolante difformité, lui est due tout entière.

Une autre infirmité, plus triste encore, la déchirure du périnée, a disparu aussi du cadre des affections incurables, sous le génie inventif de M. Roux.

C'est lui qui a répandu en Europe ces opérations ingénieuses, ayant pour but de remédier aux difformités de la face, et de la surface du corps en général. La résection des articulations malades lui doit ses plus belles pages et ses plus beaux exemples de succès.

La réunion immédiate des plaies, le traitement des anévrismes par la ligature des artères loin de la tumeur, n'ont pris droit de domicile dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique vulgaire que sur les instances de M. Roux. Qui, plus que lui, a popularisé l'opération de la cataracte par extraction ?

Un nombre infini de procédés opératoires, sortis de sa main, font depuis longtemps partie du domaine public.

Désireux de tout connaître, il fit à Londres, en 1814, un voyage dont il rapporta, en échange des perfectionnements de la chirurgie française qu'il leur fit connaître, ce que les chirurgiens anglais avaient de plus nouveau. De là un ouvrage qui eut un grand retentissement, et qui, entre autres, a totalement changé parmi nous le traitement des ulcères des jambes. Mais je m'arrête : c'est par d'autres, c'est ailleurs que de tels travaux, que de tels services seront convenablement appréciés.

Pourquoi la Parque, jalouse d'une si riche existence, en a-t-elle tranché le fil, alors que notre regrettable collègue n'avait plus besoin que de quelques mois pour compléter la publication d'un grand ouvrage, ouvrage en quatre volumes, entièrement rédigé, et qui résume les trésors d'une pratique chirurgicale comme il n'en a peut-être jamais existé !

C'est le bistouri à la main, surtout, que M. Roux n'avait point d'égal.

Avec quel art, quelle élégance, quelle adresse, quelle rare facilité, il se servait de cet instrument ! Comme tout était méthodique, régulier, prompt et léger dans ses manœuvres ! Rien de propre et de coquet comme l'opération qu'il venait de terminer, comme le pansement qu'il venait de faire ; et cette merveilleuse dextérité, il l'a conservée jusqu'au dernier moment. A l'âge où, chez les autres, les doigts sont engourdis et tremblants, où la vue s'obscurcit, il pratiquait encore l'opération de la cataracte, avec autant de sûreté qu'aux premiers temps de sa longue vogue.

Il appartenait à l'École sortie des entrailles de l'Académie royale de chirurgie, École dont les doctrines ont régné sur l'Europe entière, et dont Sabatier, Desault, Boyer, ont été la plus haute personnification.

Avec la précision, l'exactitude mathématique de leurs descriptions, ces esprits d'élite devaient, en effet, mettre les qualités de la main, le manuel de la médecine opératoire en première ligne, et laisser au deuxième plan les vues de l'esprit, la nature des maladies, l'importance des médications, prendre enfin la chirurgie dans toute la pureté de l'acception grammaticale du mot.

Imbu, nourri de ces préceptes qui étaient d'ailleurs conformes à ses tendances naturelles, M. Roux est resté, toute sa vie, l'opérateur par excellence au milieu de la génération nouvelle, qui, modifiée par nos institutions, veut que les notions médicales passent avant l'adresse de la main, et que, en chirurgie l'artiste soit subordonné au savant. Aussi, peut-on dire que l'Académie de chirurgie, dont il a été comme l'efflorescence ultime, et sans contredit la plus brillante expression, perd, en lui, la plus solide colonne qui lui fût restée en Europe.

D'une probité scientifique à toute épreuve, serviable et bon, franc, expansif, affectueux, M. Roux était d'un commerce facile et agréable. A l'inverse de tant d'autres, il parlait volontiers de ses revers et de ses erreurs. Irréprochable dans ses intentions, il ne lui venait pas à la pensée que de tels aveux pussent être retournés contre lui, et servir d'armes à l'envie.

Son abandon, sa simplicité dans les relations professionnelles le faisaient rechercher par tous. Il eût été malheureux de blesser

qui que ce soit, le plus humble praticien aussi bien que son égal en dignité.

Dévoué aux élèves, il les exhortait sans cesse à l'étude, au travail, avec une sollicitude toute paternelle. Toujours prêt à leur servir d'égide, à les protéger, il tendait surtout la main à ceux qui laissaient entrevoir un certain amour pour la chirurgie. Il était heureux alors, autant que fier de les faire opérer sous ses yeux, d'être témoin de ce qu'il appelait leurs premières armes. Ceux qu'il sut s'attacher ainsi ont été nombreux.

Jouissant de leurs succès comme de ses propres œuvres, il leur accordait aussitôt une grande place dans ses affections intimes ; aussi, ses bienfaits étaient sans arrière-pensée, il ressentait douloureusement le manque d'égards ou les traits d'ingratitude dont il fut payé par quelques-uns d'entre eux ; et comment aurait-il prévu l'ingratitude, lui qui servait ses amis, ceux qui l'avaient secondé ou aidé avec tant d'abnégation et de courage ; lui qui, en toute occasion et partout, était toujours prêt à défendre, à honorer, à faire admirer le grand nom de Bichat et celui de Boyer, parce que Bichat et Boyer l'avaient encouragé au début de ses études ; lui qui ne parlait jamais qu'avec éloge et respect de ses anciens maîtres ; lui qui n'a jamais trahi l'amitié ; lui, enfin, dont l'âme aimante aurait tout sacrifié au bonheur de faire plaisir ?

Si ce caractère qui le suivait partout, au sein de la famille comme dans sa vie publique, a été pour lui la source de quelque nuage, de quelque amertume, il lui a valu, d'autre part, de chauds partisans, de nombreuses amitiés, la sympathie de tout le personnel médical et l'estime universelle.

Par ses voyages en Italie, en Allemagne, en Angleterre, M. Roux s'était lié avec toutes les notabilités de ces contrées. Le désir de le voir opérer, son aménité naturelle, l'affabilité digne et la distinction de ses manières comme de toute sa personne, attiraient, en outre, autour de lui, tous les chirurgiens étrangers que la curiosité ou le besoin de s'instruire conduisent chaque jour au milieu de nous ; aussi, est-il incontestablement resté, depuis vingt ans, la plus éclatante illustration chirurgicale du siècle, aux yeux du monde civilisé tout entier.

S'il était dans la nature de l'homme de trouver hors de soi le bonheur parfait, M. Roux n'aurait rien à regretter. Rien ne lui a manqué ici-bas : réputation sans tache, famille, aisance, honneurs, estime; rien de ce que les hommes recherchent ne lui a été refusé.... Le titre de membre de l'Institut avait comblé tous ses vœux.

Présider l'Académie des sciences avait été un dernier désir et cette noble ambition allait être satisfaite, quand la Providence a cru devoir rompre la chaîne de ses jours.

Son fils, quoique dans un autre ordre de travaux, rappelle les belles qualités du père ; et la digne compagne qu'il s'était donnée sur le déclin de sa vie, a su entourer sa vieillesse d'un charme, d'une sérénité qui manquent trop souvent aux derniers temps de l'existence.

Sa distinction, sa loyauté, nous seront, en outre, incessamment rappelées dans la personne d'un savant aussi distingué que modeste qui fut son gendre, et qui lui a conservé la vénération d'un fils.

Encore un mot, messieurs, non plus au nom de l'Institut, mais en mon propre nom ; c'est comme disciple et comme ami de M. Roux, que je voudrais donner cours aux sentiments qui m'oppressent à ce moment de séparation suprême.

Il y a près de 30 ans que, entraîné vers lui par un instinct secret, par une sympathie naturelle, j'en reçus un accueil qui m'impressionna vivement ; l'appui qu'il m'a donné dans les dernières circonstances a laissé au fond de mon cœur un sentiment d'amour et de reconnaissance, un attachement qui n'ont fait qu'augmenter à mesure que je l'ai connu davantage. Vivant avec lui dans une grande intimité, j'ai pu, mieux que personne, apprécier tout ce que son âme avait de grand, de digne, de délicat; aussi manqué-je d'expressions pour exhaler ma douleur, au milieu de ce lugubre entourage, en face de ces restes inanimés d'un des hommes que j'ai le plus estimés !

Maître vénéré, ami fidèle, tu n'as rien à craindre de la vie céleste, tu as bien servi tes semblables, ta carrière a été noblement, largement remplie ! ta mémoire ne périra pas ; ton nom, à jamais honoré, occupera une belle, une grande page dans l'histoire des savants, des hommes utiles.

Du séjour des élus, Dieu permettra à ta grande ombre de jeter par moments un regard indulgent sur nous ; tu sauras du moins que, parmi tes anciens élèves, il en est un qui chérira ton souvenir et te sera reconnaissant jusqu'à sa dernière heure ; qui, en te disant un éternel adieu, ne s'est éloigné de ton cercueil que le cœur gonflé de larmes et de sincères regrets.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

De la blennorrhagie chez la femme.

Rédigé par MM. A. Lecadre, *externe du service, et* D. Calvo (*de Marseille*), *élève particulier de* M. Ricord.

(Suite. Voir le n° 36 du tome 2.)

Complications. — Souvent il y a dysurie, rarement rétention complète : les abcès péri-urétraux sont moins fréquents chez la femme que chez l'homme. A la période de déclin, il n'est pas rare d'observer des adénites de fluxion, à forme phlégmoneuse, enfin quelquefois l'ophthalmie blennorrhagique. Ce qui est curieux, c'est qu'avec la vaginite, la métrite, la vulvite, on ne rencontre point cette ophthalmie : il en est de même de l'arthropathie blennorrhagique; elle est du reste rare chez les femmes, ainsi que l'ophthalmie.

Quand les écoulements urétraux persistent, il peut y avoir des épaississements de l'urètre, des altérations de tissu, mais ces rétrécissements, si fréquents chez l'homme, sont rares chez la femme. Une chose que l'on rencontre assez souvent, ce sont les végétations de l'urètre, ce qu'on a nommé *les polypes urétraux*. Ces végétations deviennent une cause d'écoulements persistants, d'hémorrhagies, de douleurs dans les fonctions. On en a vu qui occupaient toute la longueur du canal et faisaient saillie en dehors du méat. Le chancre urétral est à la fois cause et complication de la blennorrhagie urétrale : ce chancre peut être profondément placé, les symptômes sont alors : douleur à la pression, chaleur en urinant, état puriforme, sanieux, sanguinolent de l'écoulement, sensation de *résistance élastique ;* si le chancre est induré, adénopathie bi-inguinale, multiple, indolente, dans le même cas.

Diagnostic. — Nous avons déjà suffisamment différencié l'urétrite de la vulvite et de la vaginite : quant au chancre et à l'écoulement qui l'accompagnent, les signes précédents serviront à mettre sur la voie; mais dans les cas douteux, il faut avoir recours à l'inoculation.

Pronostic. — Il est très-favorable : en général c'est une affection légère qui se guérit vite et bien ; très-rarement elle s'accompagne de complications.

Traitement. — Parlons d'abord du traitement abortif. En général, les femmes ne consultent pas dès le début de l'affection, souvent même ces affections passent inaperçues ; mais comme cette maladie est souvent peu aiguë, on doit toujours autant que possible avoir recours aux moyens abortifs que voici : régime doux, repos de l'organe, cautérisation du canal, soit avec le simple crayon de nitrate d'argent, soit avec le porte-caustique de Lallemand. L'écoulement change alors de nature devient séreux, sanguinolent ; la douleur est augmentée, mais au bout de trois ou quatre jours le mal a disparu. Quelquefois on est obligé de recommencer la cautérisation deux ou trois fois. Quand l'urétrite est phlegmoneuse, il faut avoir recours aux antiphlogistiques : repos absolu, boissons délayantes, sangsues aux régions inguinales, injections émollientes dans le vagin, bains entiers, laxatifs. S'il se forme des abcès, on les ouvrira de bonne heure. Une fois l'inflammation calmée, on peut revenir à la cautérisation, ou bien employer comme chez l'homme les résineux (cubèbe, copahu), etc., et les injections astringentes.

Vaginite. — *Synonymie.* Catarrhe vaginal, leucorrhée vénérienne, blennorrhagie vaginale.

C'est l'écoulement le plus fréquent chez les femmes, après le catarrhe utérin. Elle est générale ou partielle : elle peut envahir la totalité du vagin et la vulve, ou bien se circonscrire autour du col utérin.

Ses causes n'offrent rien de particulier; au début, les symptômes qui décèlent la vaginite, sont : des pesanteurs vaginales, le malaise, la

chaleur, le prurit, l'augmentation des désirs vénériens, les rèves lascifs. La douleur est en général peu vive, excepté pendant la défécation ou le toucher vaginal.

La sécrétion est abondante; c'est un liquide mucoso-purulent, tachant le linge comme un vésicatoire; plus tard, il devient plus blanc, plus muqueux. L'âcreté de l'écoulement donne quelquefois lieu à une vulvite consécutive, à l'érythème du pli génito-crural, du périnée. Quand l'anneau vulvaire existe chez la femme, ses constricteurs retiennent l'écoulement vaginal, de sorte qu'en déprimant avec le doigt la paroi postérieure du vagin, on donne issue à un flot de muco-pus.

Etat des tissus. — La muqueuse vaginale peut être uniformément rouge dans toute son étendue, ou seulement par plaques isolées, avec des granulations de l'épithélium. M. Ricord a été un des premiers à constater un état particulier de la muqueuse vaginale dans cette affection (1833), et lui a donné le nom de psorélytrie: il consiste dans une sorte d'éruption granuleuse, boutonneuse, avec hypertrophie des follicules: c'est une véritable vaginite folliculeuse hypertrophique. Elle a été étudiée depuis par un praticien distingué, observateur exact, M. Deville, qui lui a donné comme cause, comme condition *sine quâ non*, la grossesse. Mais en réalité, cette variété, très-commune chez les femmes enceintes, s'observe également en dehors de l'état puerpéral.

Il n'est pas rare de rencontrer en même temps au sommet des replis du vagin, de petits boutons de couleur amarante, saignant avec facilité.

Dans la psorélytrie, la sécrétion est surtout purulente, le follicule est altéré et ne produit plus de mucus, mais du pus crémeux.

Quoique M. Deville affirme que cette affection est essentielle, chronique, indolente, on l'observe aussi à l'état aigu; mais, il est vrai de dire que la forme chronique est la plus commune chez les femmes enceintes. La vaginite donne souvent lieu à des érosions, des ulcérations, surtout au niveau de l'anneau vulvaire et du cul-de-sac péri-utérin.

Marche. — Elle peut être aiguë ou chronique: la forme chronique est la plus commune.

Terminaisons. — On a observé souvent des terminaisons par résolution; mais, le plus souvent, la vaginite persiste pendant un temps plus ou moins long, de sorte que l'on peut dire qu'elle a une durée illimitée. Tantôt, c'est l'affaire de quelques septenaires, tantôt cela dure des mois et des années.

Complications. — Cette affection se complique fréquemmeut de catarrhe utérin, de vulvite, d'urétrite. Il faut regarder la constipation, si commune chez les femmes, comme une complication; de même pour la grossesse.

Il peut y avoir en même temps chancre vaginal: cependant, ce chancre est rare à cause de la solidité du tissu, de la difficulté de l'inoculation sur une muqueuse sans cesse lubréfiée. Notons aussi les accidents secondaires à la vulve, les papules muqueuses qui donnent lieu à des écoulements blennorrhoïdes.

La blennorrhagie vaginale, la psorélytrie, surtout, donne lieu à des végétations.

L'adénopathie est rare avec la vaginite franche, sans urétrite ni vulvite.

Des anatomistes distingués, MM. Sappey et Cloquet, ont vu que les lymphatiques du tiers inférieur du vagin vont seuls se rendre aux ganglions inguinaux.

Avec la vulvite franche, on n'observe point l'ophthalmie blennorrhagique, ni l'arthropathie.

Généralement, il n'y a pas de fièvre, mais plutôt de l'hypéresthésie, des accidents hystériformes.

Diagnostic. — La vaginite se distingue de la métrite, par la nature de l'écoulement; dans cette dernière, il est glaireux et filant. On peut la confondre avec la vulvite, car souvent, dans la vaginite, la vulve est prise et un peu rouge; quand l'urètre est large, béant, il peut se faire qu'une goutte de pus pénètre dans son orifice; de là, croyance à une urétrite; mais des soins minutieux et l'emploi du spéculum font éviter l'erreur. Ces mêmes moyens serviront à différencier la forme aiguë de la forme chronique.

Il est très-difficile de distinguer la blennorrhagie vaginale de la simple leucorrhée. Les conditions vénériennes n'impriment aucune différence, soit aux symptômes, soit aux lésions de tissu.

Bertrandi soutenait que la leucorrhée débute par la chronicité, la blennorrhagie, par l'acuité; mais, d'après ce que nous avons dit, il y a des blennorrhagies à forme chronique d'emblée. D'après Fernel et Baglivi, pendant les règles, la blennorrhagie continue et la leucorrhée cesse: ce signe n'a pas la moindre valeur. Selon M. Dormay, le papier de tournesol, rougi par le muco-pus vaginal, est ramené au bleu par la sécrétion utérine; en outre, il y aurait dans le pus de la blennorrhagie virulente, comme condition essentielle, un animalcule microscopique, auquel on a donné le nom de *Trichomonas-vaginal;* animal transparent, arrondi, muni d'une queue, long de $\frac{1}{120}$ de millimètre. Ces signes sont de nulle valeur.

Nous avons déjà fait justice des doctrines de M. Thiry, qui fait de la blennorrhagie granuleuse une affection toute spéciale.

La condition de contagion, comme preuve de la spécificité, ne prouve rien; le catarrhe utérin le *plus honnête* donne trop souvent lieu à des chaudepisses.

S'il y a chancre, l'inspection, l'inoculation au besoin, établissent le diagnostic différentiel.

Le pronostic est peu grave.

Traitement. — Comme les femmes ne savent guère quand le mal commence, il est difficile d'appliquer immédiatement le traitement abortif.

Cependant, on peut, même à une distance éloignée du début, employer les résolutifs, à moins qu'il n'y ait sur-acuité.

Le spécifique héroïque sera donc le nitrate d'argent. M. Ricord a été le premier à instituer d'une façon toute particulière ce traitement, soit avec le crayon solide, soit avec le nitrate d'argent en dissolution; on badigeonnera le vagin avec le crayon; si la douleur n'est pas trop vive, on enfoncera le spéculum jusqu'au col; on promènera le crayon, d'abord autour du col, puis, en retirant doucement le spéculum, on cautérisera successivement, par zônes, toute la muqueuse vaginale. Cette cautérisation superficielle, donne au vagin une teinte gris-blanchâtre, qui persiste deux ou trois jours, et l'écoulement s'arrête net.

Le quatrième ou le cinquième jour, cette pellicule se détache, et la sécrétion reparaît un peu sanguinolente; l'écoulement primitif revient souvent alors; mais, au bout de deux ou trois fois, il est définitivement suspendu.

Quand cette cautérisation est bien faite, quand il n'y a pas excès de caustique, ce n'est ni douloureux, ni dangereux. Si on ne peut se servir du caustique solide, on ordonne l'injection suivante:

℞ Eau distillée, 500 grammes.
Azotate d'argent, 4 ou 5 grammes. M.

Cette injection sera faite, soit tous les jours, soit tous les deux jours. Pour que l'injection aille jusqu'au fond du vagin, la femme doit se coucher horizontalement, les pieds relevés en l'air, introduire la canule d'une seringue en verre remplie seulement jusqu'au tiers, pousser le piston, garder l'injection deux ou trois minutes, puis s'essuyer avec de mauvais linges.

L'isolement des surfaces muqueuses malades est de la plus haute importance. Il suffit d'introduire dans le vagin, des tampons de charpie fine ou de coton cardé, avec un fil pendant au dehors, pour les retirer facilement et les changer soir et matin.

Si l'on a affaire à une vaginite très-aiguë, on aura recours aux antiphlogistiques, sangsues en bon nombre, à l'aine ou à l'hypogastre, repos au lit, bains adoucissants, bains de son avec une forte infusion de tilleul. La malade s'injectera avec l'eau du bain; en outre, elle pourra faire usage d'injections avec un mucilage de graine de coing ou de graine de lin, ou une décoction de tête de pavot amidonnée.

Les cataplasmes vaginaux, les injections de bouillie dans le vagin sont des topiques sales et incommodes.

La période de déclin arrivée, on revient aux résolutifs déja cités et aux injections astringentes, comme les décoctions d'écorce de tan, de feuilles de noyer additionnées de 8 à 10 grammes d'alun par litre. Cependant, il ne faut pas abuser de l'alun: il détermine chez quelques femmes de grandes démangeaisons, du prurigo, de l'eczéma de la vulve.

On emploiera alors le sulfate de zinc à la dose de 5 à 10 grammes par litre, ou bien l'extrait de saturne à la même dose.

Si le sujet est atonique, débile, lymphatique, strumeux, une bonne injection est celle-ci:

℞ Roses de Provins, 30 grammes.
Vin rouge, 1 litre.

On fait infuser les roses dans le vin bouillant, et on passe à travers un linge.

On en fera deux ou trois injections par jour.

L'eau de goudron est également indiquée en injection dans ces circonstances.

Dans le monde, en présence d'une vaginite bénigne, une injection coquette est celle-ci:

℞ Thé vert, 30 grammes.
Eau, 500 grammes.

Faites infuser et employez à froid trois fois par jour.

On a proposé les injection avec le cubèbe et le copahu ; M. Cullerier, M. Ricord, les ont expérimentées, mais avec peu de succès. Il en a été de même des injections avec l'urine copahurée.

Ici les résineux pris à l'intérieur n'agissent pas ; comme médication générale, on donnera au déclin de la maladie, s'il y a affaiblissement, des boissons amères, les ferrugineux ; ce sirop par exemple :

℞ Sirop de tolu, 500 grammes.
Citrate de fer, 4 grammes. M.

A la dose de trois à six cuillerées par jour. Sont également utiles, les bains froids, les bains de mer, les vêtements chauds et un régime doux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'avortement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Gondret.

Depuis plus de trente ans, l'expérience m'a appris que si, au début du frisson d'une fièvre intermittente, on place, d'une manière aussi exacte que possible, des ventouses sur toute l'étendue de chaque côté de la colonne vertébrale, le frisson ne tarde pas à diminuer, puis à s'effacer, dans l'espace d'une demi-heure, et tout au plus d'une heure ou deux. Le plus ordinairement, les stades de chaleur et de sueur n'ont pas lieu ou sont très-affaiblies. Rarement la fièvre se présente de nouveau ; quand elle se reproduit, les stades sont moins intenses, et elles cèdent constamment au même procédé.

Voilà le résultat de l'empirisme. L'homme le plus ignorant, s'il sait mettre les ventouses d'une manière *convenable,* guérira aussi bien que le médecin le plus savant.

Mais cette thèse n'est point bornée à l'empirisme; on peut la démontrer par le raisonnement, bien que pour guérir il ne soit pas nécessaire de l'employer.

La démonstration repose sur trois points importants sur lesquels je suis, malheureusement, en dissentiment avec les principaux organes de la science, l'École et l'Académie de médecine.

1° Ces Sociétés savantes regardent la pression de l'atmosphère, et, en général, les lois physiques et chimiques comme *accessoires* à l'homme. (Lisez le rapport de MM. Adelon, Orfila, Pariset, Ségalas et Andral fils, sur les expériences du docteur Barry, et ma réfutation de 1825. — Lisez le rapport de M. Soubeyran sur les remèdes secrets, p. 10.)

Or, la pression de l'atmosphère est pour moi comme pour tous les savants physiciens depuis Galilée, la cause principale de la circulation, le poumon, le cœur et les vaisseaux n'étant que des organes contractiles secondaires de cette fonction.

Ma conviction est fondée : 1° sur les effets des ventouses; 2° sur les effets des maximas et des minimas de la pression de l'atmosphère lorsque l'homme quitte la plaine, au niveau de la mer, pour s'élever dans les hauteurs atmosphériques, ou lorsqu'il abandonne les montagnes pour habiter les bords de la mer.

On sait que lorsqu'on s'est élevé dans les montagnes, la rareté de l'air oblige les personnes à respirer plus fréquemment, afin d'absorber la quantité d'oxygène nécessaire à la revivification du sang veineux. Or, les poumons ne peuvent avoir un mouvement accéléré sans que celui du diaphragme ne le soit également, puisque l'entrée et la sortie de l'air dépendent de ses contractions alternées avec son relâchement.

Le docteur Saucerotte, membre de l'Académie des sciences, publie dans son ouvrage sur l'hygiène, qu'à la cime des Vosges les inflammations de la tête, de la gorge, des yeux, etc., n'y peuvent guérir que très-difficilement. Or, pour les dissiper, il faisait descendre les malades chez leurs parents ou amis au pied de la montagne, où ils recouvraient facilement la santé. (Lisez mon traité de la dérivation, celui de la flamme à petites dimensions, le mémoire sur l'avortement des fièvres intermittentes, 1850.)

2° On sait que Pascal, après avoir contrôlé au Puy-de-Dôme les expériences de Toricelli sur le baromètre, a dit que le vide ou ventouse est dû à la pression de l'atmosphère.

En effet, si, ayant fait le vide (1) dans une cloche, vous l'appliquez sur la peau avant qu'une nouvelle quantité d'air puisse y entrer, vous voyez la cloche adhérer plus ou moins fortement à la peau, suivant que le vide a été plus ou moins bien opéré; quand le vide a été mal fait, il ne peut pas y avoir de dérivation, et par conséquent de changement dans la fièvre (et même ce vicieux procédé est la principale ressource de l'opposition). Soudain la peau soumise au vide se gonfle, rougit, les parois de la cloche se chargent de vapeurs qui bientôt se condensent en gouttelettes, et la température de la ventouse s'élève au-dessus de celle de l'air ambiant. Or, si c'est la pression qui, comme on n'en peut douter, fait parvenir le sang à la peau et produit les autres phénomènes dont la ventouse est le siége, il demeure évident què cet effet n'a lieu que parce que la pression est la puissance qui envoie le sang dans les poumons, dans le cœur, dans tous les vaisseaux; cette cause le dirige aussi par conséquent dans les quatre vaisseaux qui se rendent à la tête, dans les deux vaisseaux qui vont au cœur, dans le vaisseau unique de chacun des membres supérieurs et inférieurs, etc.

3° La règle anatomique.

Elle réside dans la structure de la tête et de la colonne vertébrale qui contiennent le cerveau et la moelle épinière, et cette structure, particulière à cette région, offre des rapports directs avec les trois cavités du corps, la tête, la poitrine et le ventre, et avec tous les membres.

La tête reçoit quatre artères, les deux carotides qui sortent de la crosse de l'aorte, près du cœur, et entrent dans le crâne par la base du crâne.

Et les deux vertèbrales également nées près de la crosse de l'aorte et entrant dans le crâne par la partie postérieure. Ces quatre artères se remifient dans le cerveau et communiquent entre elles.

Avant leur entrée dans le crâne, les vertébrales fournissent les artères spinales qui règnent sur toute l'étendue de la moelle épinière.

Or, par les artères spinales, on peut communiquer directement avec les vaisseaux des trois principales cavités du corps. Et c'est ici que se manifeste le mérite de la ventouse posée sur les différents points de l'étendue de la colonne vertébrale, en ce qu'elle déplace *ad libitum* toute pléthore, ou inflammation naissante à la tête, à la poitrine et au ventre. Or, on sait depuis longtemps qu'à la mort, qui est trop souvent la scite des fièvres intermittentes, on trouve dans les cavités, des adhérences, de fausses membranes, de la sérosité, de la suppuration, comme dans toutes les inflammations qui, à leur origine, ne revêtent pas les mêmes formes que les fièvres intermittentes.

On sait que le quinquina guérit assez souvent les fièvres intermittentes. La découverte de Pelletier et de Caventou, le sulfate de quinine, a de plus l'avantage de guérir dans des circonstances où le quinquina, étant rejeté, livrait le malade à toutes les chances funestes de sa maladie. Toutefois, chez quelques personnes, ce sel a des effets fâcheux, outre qu'il ne guérit pas toujours; des douleurs d'estomac, des douleurs de tête, des affections cérébrales et sensoriales en sont assez souvent la conséquence dans

(1) *Manière d'appliquer la ventouse.* — Procurez-vous une trentaine de cloches à ventouses, depuis 4 à 5 jusqu'à 7 centimètres de diamètre. Les petites seront appliquées aux enfants. Au défaut de cloches, servez-vous de verres à vin de Bordeaux, à bords droits.

Imprégnez un pinceau d'une goutte d'esprit de vin, promenez le pinceau sur le fond et les parois internes de la cloche. — Posez la cloche sur la peau près de l'épine vertébrale. Qu'elle fasse un angle presque droit avec le corps du malade. Alors jetez au fond de la cloche un petit morceau de papier tordu dans le milieu et allumé par le bout opposé aux doigts, couvrez immédiatement la peau de toute la circonférence de la cloche, afin que l'air extérieur ne puisse pas entrer. Appliquez de même les autres ventouses de manière à couvrir la partie postérieure du tronc, depuis la nuque jusqu'au bas des reins. Laissez les ventouses en place pendant environ une heure ou deux. — Le frisson ne tarde pas à disparaître ; les périodes de chaleur et de sueur n'ont point lieu. On renouvelle l'application lorsque le frisson se présente de nouveau.

Pour retirer les cloches, posez doucement un doigt entre la peau et le contour de la cloche; vous faites ainsi rentrer l'air sans exciter de douleur.

les pays chauds. Or, aucun inconvénient n'accompagne ni ne suit la ventouse, les parties internes sont entièrement dégagées, parce que la substitution est extérieure et complète. La ventouse a un autre avantage pour les classes pauvres si nombreuses, qui sont principalement exposées aux fièvres, c'est qu'elle ne donne lieu à aucune dépense, tandis que le sulfate de quinine est trop cher pour qu'elles puissent en user; aussi ces classes supportent-elles constamment leurs maladies sans secours.

Le choix de la colonne vertébrale est tellement précieux, comme siége de médication, que son adoption a imprimé un changement notable dans ma pratique. Pendant vingt ans, à Paris, tous les exemples de fièvre intermittente qui se présentèrent à mon observation furent guéris soudainement et sans exception par une ventouse scarifiée, à la nuque ou au dos. Enfin, j'allai en Sologne pour contrôler la méthode, et le succès ne différa pas de mes observations à Paris. Alors, ne pouvant pas prescrire aux paysans de placer une ventouse scarifiée, je voulus remplacer par le nombre des points de dérivation, la faible évacuation de sang que jusque-là j'avais cru indispensable d'ôter, et je conseillai de placer un grand nombre de ventouses sèches sur chaque côté de la colonne vertébrale. Or, cette prescription est, depuis plusieurs années, suivie du succès le plus complet; que ce soit en Sologne, dans la Brenne, ou que la fièvre ait été contractée en Algérie, à Madagascar ou ailleurs. Autrefois, lorsque, à l'époque de la dentition, un enfant était pris de convulsions, si j'étais appelé à temps, j'en triomphais à l'aide d'une ventouse scarifiée à la nuque. Depuis plusieurs années, je recommande à la mère de famille d'essayer de mettre une ventouse sèche à la nuque avant de me prévenir, afin d'éviter la perte du temps dans une occurrence aussi délicate, et quand j'arrive, j'apprends que les convulsions ont disparu par l'effet de la ventouse sèche.

Dans le choléra asiatique, l'ouverture du corps m'ayant démontré que les poumons et le cœur sont constamment gorgés de sang, je dus essayer la ventouse au dos. A la Charité, une jeune fille avait une fièvre tierce avec un choléra encore peu développé; deux fois des ventouses, mal appliquées, n'avaient produit aucun effet; je lui plaçai moi-même une ventouse scarifiée à la nuque et une ventouse également scarifiée au dos; la fièvre cessa et avec elle se dissipèrent les symptômes cholériques. Dans la dernière épidémie, je fus appelé par M. le docteur Fleutiaux pour voir un cholérique qui allait expirer tant avec la cyanose qu'avec l'absence du pouls; sa respiration était excessivement gênée. Je plaçai au dos une ventouse scarifiée, et en moins d'un quart d'heure, le malade qui ne pouvait articuler un mot, me répondit d'une voix ferme aux questions que je lui adressais, et le pouls ne tarda pas à se rétablir. Ici, la ventouse au dos a un effet complexe : elle dégage non-seulement le poumon et le cœur, mais il faut bien qu'en même temps elle rétablisse l'action normale du diaphragme qui préside aux mouvements du poumon. Je suis convaincu que si, au début du chaléra, on couvrait le dos de ventouses sèches, on courrait la même chance que pour les fièvres intermittentes. Si un changement favorable ne se prononçait pas au bout d'une demi-heure, on ajouterait la scarification.

Il est donc évident que, pendant vingt ans, j'aurais pu guérir ces fièvres, à Paris, avec de simples ventouses sèches; mais j'ignorais alors la portée de cette médication et j'avais affronté les premières fièvres intermittentes avec la ventouse scarifiée à cause des symptômes de pléthore et d'inflammation que je trouvais chez les malades en même temps que le type tierce, quotidien, etc. C'est l'induction qui m'a inspiré la médication des ventouses scarifiées contre les fièvres intermittentes, et plus tard, elle m'a conduit à les combattre avec des ventouses sèches.

Je présente ces lignes, afin d'initier le lecteur à la méthode, en attendant la 3e édition que je prépare du *Traité de l'avortement des fièvres intermittentes par les ventouses*.

De nouveaux faits, émanés de médecins sérieux et de plusieurs particuliers, viendront confirmer les premières observations et celles qui sont dues à MM. Bouillaud et Bricheteau, rapporteurs à l'Académie de médecine.

J'attends toujours le Rapport de la commission de l'Académie des sciences, sur les Mémoires que je lui ai présentés en 1840 et en 1843. Déjà cette illustre Compagnie a plusieurs fois honoré mes travaux de son suffrage. Je m'estimerai bien heureux si je puis, un jour, recevoir un nouveau témoignage de son estime. — Il accélérerait l'évolution des avantages, inespérés jusqu'ici, en faveur des classes laborieuses qui, par tous pays, souffrent de la mal'aria. Il allégerait aussi le fardeau des dépenses de tous les gouvernements pour l'achat du sulfate de quinine, dont le rôle a été et est fort précieux en médecine, mais qui doit être fini désormais à l'égard des fièvres intermittentes, les ventouses offrant des résultats plus certains et, de plus, très-économiques et francs de toute espèce d'inconvénients.

Quel vœu n'y a-t-il pas à faire pour la vulgarisation d'une méthode qui détruit d'abord les effets de la mal'aria et qui doit finalement en faire disparaître la cause par la faculté qu'elle donne de pratiquer les défrichements!

Du Phellandre aquatique.

(*Note complémentaire.*)

Mon cher collègue,

Vous avez accueilli le Rapport que nous avons lu à la Société de pharmacie, sur une Notice de M. Chapoteaut fils, pharmacien à Décize (Nièvre), traitant du *phellandre aquatique*.

L'examen de ce travail nous conduisit à reconnaître que le commerce de la pharmacie de Paris est heureusement exempt de la dangereuse substitution de la *ciguë aquatique,* comme de toute autre espèce de ciguë, et que nos graines de *phellandre* sont bien généralement celles de l'*œnanthe phellandrium.*

Il nous restait à déterminer l'espèce d'ombellifère à laquelle on doit attribuer la graine que notre confrère de Décize, sur la foi d'un praticien distingué qu'il ne nomme pas, prétendait être le véritable *phellandre.*

Nous avons dit que pour arriver à cette détermination, des semis avaient été faits dans le jardin botanique de la Faculté de médecine; mais, la plante étant bisannuelle, la première année n'a pas produit de floraison, et cette circonstance nous eût forcé d'ajourner une décision jusqu'à l'automne de 1854, si M. Em. Desvaux, jeune et savant botaniste, ne nous fût venu en aide; ses recherches comparatives, faites dans l'herbier du Muséum, nous ont acquis la certitude que les graines envoyées de Décize ne sont autres que celles du *silaüs pratensis* de Lamarck, *peucedanum silaüs* de Linnée; nous avons donné de ces graines une esquisse anatomique à laquelle, pour être complète, il manque seulement l'indication de quelques points noirs, traces de canaux résinifères dont sont pourvus les vallécules; traces très-fines, au point de n'être perceptibles au microscope qu'autant qu'on étudie des graines préalablement macérées dans l'eau, pendant au moins vingt-quatre heures.

Le *peucedane silaüs* a passé pour quelque peu diurétique; mais jamais, jusqu'à présent, on n'avait soupçonné que ses semences eussent la propriété fébrifuge : d'ailleurs, on pourrait douter de l'efficacité d'un sirop dans la composition duquel la graine de *silaüs,* ou même celle du *phellandre aquatique,* n'entrerait que dans la proportion très-minime indiquée par l'auteur du Mémoire. Le praticien que cite notre estimable confrère énonce, il est vrai, dans une lettre, que le sirop a parfaitement réussi *à la suite* des fièvres intermittentes, dont il avait combattu le retour avec succès. Assurément, c'est attribuer beaucoup de vertu à ce médicament, dans la composition duquel n'entrent, pour chaque litre de sirop, que 10 grammes de la semence en question; la formule du sirop de *phellandre aquatique,* publiée en 1849 par M. le professeur Cayol, dans la *Revue médicale,* admet la graine de *phellandre* en proportion dix fois aussi forte.

En définitive, que penser de vertus médicinales si diversement jugées depuis longtemps en France et surtout en Allemagne? Ce qui, pour nous, est avéré maintenant, c'est que notre *phellandre* est exactement le même que le *phellandre* tant pré-

conisé par Ernstingius de Brunswick, au commencement du siècle dernier, comme le fébrifuge par excellence.

Curieux de nous édifier sur ce point, nous nous sommes adressé à M. Schumacher, médecin renommé de Hanovre, capitale peu distante de Brunswick. Ce savant confrère nous a répondu : « D'accord sur ce point avec nos auteurs classiques, je « ne doute pas que la plante décrite par Ernstingius ne soit « effectivement le *phellandre, œnanthe phellandrium* Lam., « Sprengel et Koih; *phellandrium aquaticum* de Linnée; « *fœniculum aquaticum S. caballinum,* syst. sex. class. 5, « ord. 2; *pentandria,* ord. natural umbellifera. Cette plante, « très-répandue dans le voisinage de Brunswick, porte encore « le nom cité par Ernstingius, *Peer-säat,* mot qui appartient au « patois de cette partie de l'Allemagne et correspond également « au nom donné par Linnée, qui a toujours conservé les dénomi- « nations anciennes et populaires des plantes : *Fœniculum* « *caballinum, Peer-säat, Pferde-sâmen,* graine aux che- « vaux.

« Le *phellandre* jouit, auprès de nos paysans, d'une grande « réputation pour combattre les affections catarrhales des pou- « mons. Les auteurs anciens lui attribuent la propriété de para- « lyser les extrémités postérieures des chevaux qui en ont « brouté l'herbe. En médecine, il a été préconisé comme guéris- « sant la phthisie, comme antiscorbutique et fébrifuge. Que « cette plante ne possède pas ces propriétés, il n'y a rien qui « puisse surprendre, après les éloquents éloges donnés à tant de « drogues dont l'inefficacité est maintenant connue de tout le « monde. Du reste, le *phellandre* est la seule des grandes « plantes ombellifères de nos marais, à laquelle on ait attribué « la propriété de guérir les fièvres intermittentes. La *ciguë* et le « *Sium latifolium,* assez communs dans nos marais, diffèrent « trop de la description d'Ernstingius pour qu'on puisse s'y mé- « prendre.

« Pour sortir des doutes que la description et la planche « d'Ernstingius ont laissés dans votre esprit, je ne vois d'autre « moyen que d'accuser l'imperfection du dessin autant que « l'inexactitude des descriptions botaniques à l'époque de cet « auteur. »

On s'est occupé dans ces derniers temps, en France comme on l'avait fait en Allemagne, des effets de la graine de *phellandre,* administrée dans la phthisie pulmonaire, en vue d'obtenir la rémission des symptômes colliquatifs. Plusieurs médecins, et particulièrement M. le docteur Sandras, ont fait à ce sujet d'intéressantes communications; mais on connaît aussi des résultats contraires observés par M. le docteur Valleix, en 1850 (*Revue médicale,* p. 363). Nous rappellerons simplement le résumé de ses observations sur six cas de phthisie confirmée; pendant l'administration du *phellandre,* le sommeil a été plus ou moins mauvais; l'expectoration, l'affaiblissement, les sueurs et les signes physiques, en général, ne se sont point écartés de leur marche habituelle dans la phthisie pulmonaire; loin de faire cesser les vomissements, le *phellandre* a paru les provoquer quelquefois, ainsi que de l'inappétence et du dégoût; il est vrai que la diarrhée ne s'est pas montrée, dans ces cas, d'une manière notable; et, ajoutait-on, si ces faits se multipliaient, le *phellandre* pourrait être employé à titre d'anti-diarrhéique assez puissant.

Nous nous trouvons à même de citer des observations en confirmation de celles de M. le docteur Valleix. Elles nous ont été communiquées par notre fils, Ernest Cadet-Gassicourt, élève en médecine, interne, l'an dernier, dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Marguerite :

« Deux malades, atteints de tubercules pulmonaires, furent « soumis, pendant la durée du mois de décembre 1853, au trai- « tement par le *phellandre,* à la dose de 1 gramme, 1gr50 et « 2 grammes par jour. Ce traitement avait pour but de faire « connaître quelle était l'action du *phellandre* sur les sueurs « des phthisiques. Pour rendre ces résultats plus probants, il « fallait les comparer à ce qu'on observait chez des malades qui « n'étaient pas soumis au traitement par le *phellandre.* C'est « ce qui a été fait.

« Chez les quatre malades soumis à l'observation, il y avait « des tubercules ramollis au sommet d'un des deux poumons. « L'observation thérapeutique a été continuée chaque jour, en « tenant compte des variations de température, de sommeil, « de diarrhée ou de constipation des malades.

« Or, les mêmes phénomènes se sont présentés chez les ma- « lades soumis au traitement, et chez ceux qu'on laissait livrés « à eux-mêmes.

« 1° Les sueurs, dans les deux classes de sujets, varient avec « la température. Plus le temps est chaud et humide, plus il y a « de sueurs chez les phthisiques; plus le temps est froid et sec, « moins les sueurs sont abondantes.

« 2° Les phthisiques suent d'autant plus qu'ils dorment da- « vantage.

« 3° La diarrhée n'est ni supplémentaire, ni complémentaire « de la sueur, et n'est *ni excitée, ni arrêtée* par l'usage du « *phellandre;* du moins, d'après le peu d'observations que « nous possédons.

« D'où nous devons conclure que l'action du *phellandre* a « été nulle, dans les cas que nous pouvons citer, sur les sueurs « des tuberculeux, et que l'action de la température et du som- « meil a été seule remarquable. »

On voit qu'il en a été de la diarrhée de même que des sueurs.

Des expériences comparatives qui précèdent, faites à l'hôpital et dans des conditions toutes semblables, il résulte de suite une lumière que la pratique privée eût plus difficilement obtenue. Quelle conclusion favorable plus d'un expérimentateur n'eût-il pas été tenté de déduire de deux cas de phthisiques tuberculeux traités par le *phellandre,* et soulagés de leurs sueurs colliquatives? Cet exemple donne à penser, une fois de plus, combien l'expérience médicale serait facilement trompeuse, et combien il faut user de prudence et de précaution avant de croire à la constatation réelle du moindre fait thérapeutique.

F. Cadet-Gassicourt, *pharmacien, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité,* etc.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur une nouvelle falsification de l'aloès,

Par M. Chevallier.

Les falsificateurs emploient chaque jour de nouveaux moyens, et on doit sans cesse être en garde contre les mélanges livrés au commerce.

Ayant eu besoin, il y a environ quinze jours, pour un essai industriel, d'aloès cabalin, j'en fis demander 125 grammes à un droguiste dans la probité duquel j'ai toute confiance.

Cet aloès m'ayant été livré, je le remis à la personne qui devait en faire usage; cette personne voulut le réduire en poudre, mais elle fut tout étonnée de trouver dans le centre des morceaux, et enveloppés d'aloès, des cailloux. Ces cailloux séparés pesaient 31 grammes. Ainsi le mélange était composé de :

Aloès. 94
Cailloux. 31

De telle sorte que 1 kilogramme de cet aloès serait formé de 752 d'aloès et de 248 de cailloux.

Ces cailloux ont une couleur brune semblable à celle de l'aloès dans lequel ils étaient mêlés, ce qui a singulièrement aidé à la fraude.

Il est probable que ce produit se trouve dans le commerce, et que l'attention n'a pas encore été attirée sur ce mélange.

(*Journ. de chim. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Appel aux médecins de l'arrondissement de Mauriac, sur la nécessité d'organiser des réunions médicales dans les campagnes et les petites villes.* — La vie de l'homme est si courte, l'art si long, son expérience personnelle si incertaine et si bornée, ses occasions si fugitives et si peu

répétées, les conséquences si difficiles à déduire, que c'est un besoin pour l'homme de s'approprier par l'association, la réunion et la lecture, les travaux, les connaissances, l'expérience, les observations, l'art et comme la vie des autres. Outre les réunions partielles et les cercles particuliers, chaque grande ville a sa société médicale, centre d'observations, de communications, de conférences, de lumières de toute sorte, et, ce qui vaut mieux peut-être encore que toute la science, ces réunions, dont chacun sait bannir les mauvaises passions, entretiennent la confraternité, l'esprit d'union, d'épanchement, de conseils et de consultations.

Tout cela existe dans les grandes villes et dans plusieurs chefs-lieux d'arrondissement; qu'il me soit permis de citer Gannat (Allier), où une société médicale existe depuis plusieurs années et fonctionne d'une manière admirable et bien digne de servir de modèle! Oui, tout cela existe dans les grandes villes; nous l'y avons admiré autrefois, nous le regrettons maintenant que nous nous trouvons relégué loin de la science, dans une petite localité. Or, nous avons cru possible d'y importer ces mœurs philanthropiques, à la faveur des habitudes scientifiques que les médecins rapportent des Facultés; et nous comprenons maintenant comment l'élite des écoles, comment tout jeune médecin qui sent en lui quelque amour pour la science et pour toute autre chose que l'exploitation médicale, à tant par lieue et à tant par visite, fuit les campagnes et les petites villes, d'où sont bannies les mœurs scientifiques et les réunione médicales, et où l'on manque même de livres.

Médecins, pharmaciens, vétérinaires, établissons entre nous de fréquentes relations, de fréquents échanges de conseils, d'avis, d'ouvrages, d'observations, de lumières de toutes sortes! Abjurons cette espèce de sauvagerie qui fait qu'en bien des endroits les médecins des campagnes vivent et meurent sans jamais se parler.

Le mot seul de réunion ne vous plaît-il point par son étymologie toute de sympathie, de fraternité, de sociabilité et de civilisation?

Qu'on nous cite une grande œuvre au monde, une affaire importante qui se traite sans réunion et sans conseils! Partout et à tous les âges, vous trouverez, dans toutes les branches de la hiérarchie sociale, des académies, des chambres, des chapitres, des conciles, des synodes, des consistoires, des sénats, des aréopages, des conseils généraux, municipaux.... mais des conseils médicaux, quand en trouverez-vous dans nos campagnes et nos petites villes?

La médecine de notre pays est donc dans un état anormal. A nos côtés on se réunit pour délibérer sur quelques centimes additionnels, et les médecins ne se réunissent pas pour délibérer sur les moyens à employer contre les maladies qui règnent le plus fréquemment dans les contrées qu'ils habitent: et pourtant, il y va de la vie des hommes! Chose incroyable, monstrueuse! des médecins du même voisinage, je dis plus, de la même ville, du même bourg, n'ont, en bien des endroits, jamais eu entre eux de réunions médicales, même de réunions quelconques.

Chacun court les champs d'un bout de l'an à l'autre, toute sa vie, sans jamais causer de médecine avec ses confrères; et pourtant il y va de la vie des hommes, et c'est en plein XIXe siècle, au siècle des conseils et des commissions par excellence, qu'un tel mépris des réunions médicales n'a cessé d'être commis dans notre pays.

Rallions nous donc, mes amis! l'honneur de notre profession nous y convie, et ne laissons pas s'interposer, entre la société et nous, un charlatanisme éhonté qui ne cesse de promener son audacieux étendard dans toutes nos campagnes!

Allons, courage! écoutez ma faible voix : espérance, confiance en l'avenir, aidons-nous, et le ciel nous aidera.

FOURNOL, *chirurgien de l'hôpital de Mauriac (Cantal), ancien interne provisoire de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

Service de santé de la flotte.

Nos confrères de la marine, plus heureux que ceux de la guerre, viennent de recevoir une organisation dont ils auront, nous l'espérons, vivement à se féliciter, et dont ils seront profondément reconnaissants à M. le Ministre de la marine. Dans cette organisation, les médecins, chirurgiens et pharmaciens de la flotte sont assimilés à des grades tout à fait honorables pour nos confrères, et ils ont droit à tous les honneurs militaires afférents à ces grades.

Napoléon, etc.,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — *Composition du corps des officiers de santé, assimilation, solde.*

La composition du corps des officiers de santé destinés au service de la flotte et des ports, l'assimilation et la solde des différents grades de ce corps, sont fixés ainsi qu'il suit :

1 inspecteur général du service de santé; assimilation : contre-amiral, 10,000 fr.

3 directeurs du service de santé; assimilation : commissaire-général, directeur des constructions navales, inspecteur en chef, 7,000 fr.

3 premiers médecins ou chirurgiens en chef, 3 premiers pharmaciens en chef; assimilation : capitaine de vaisseau, 5,000 fr.

4 seconds médecins en chef, 5 seconds chirurgiens en chef, 3 seconds pharmaciens en chef; assimilation : capitaine de frégate, 3,500 fr.

3 médecins professeurs, 3 chirurgiens professeurs, 3 pharmaciens professeurs, 25 chirurgiens principaux; assimilation : chef de bataillon, commissaire-adjoint, 3,000 fr.

70 chirurgiens de 1re classe, 9 pharmaciens de 1re classe; assimilation : lieutenant de vaisseau, 2,400 fr.

180 chirurgiens de 2e classe, 14 pharmaciens de 2e classe; assimilation : enseigne de vaisseau, 1,800 fr.

140 chirurgiens de 3e classe, 20 pharmaciens de 3e classe; assimilation : aspirant de 1re classe, 1,200 fr.

Les honneurs militaires sont rendus aux officiers de santé, selon l'assimilation de leurs grades, en exécution des dispositions des articles 58 et 76 du décret du 6 frimaire an 3.

ARTICLE II. — *Fonctions et attributions du directeur du service de santé.*

Le directeur du service de santé est chargé de la police du corps et de tout ce qui intéresse le service médical. (Ordonnance du 14 juin 1844, art. 75)

Il préside le conseil de santé et les jurys de concours. Il pourvoit aux désignations du personnel, selon les listes arrêtées au conseil de santé, et lorsque ces désignations ont été faites dans l'intervalle des séances, il en donne connaissance à la première réunion du conseil.

Il se fait rendre compte de toutes les parties du service par les chefs des différents détails.

Il exprime son opinion personnelle sur les rapports qui doivent être transmis au Ministre.

Il donne, chaque année, des notes confidentielles sur les officiers de santé placés sous ses ordres.

Il correspond directement avec le préfet maritime et avec l'inspecteur général du service de santé, qu'il informe des circonstances particulières de ce service.

Lorsqu'il y a lieu de proposer l'avancement, au choix, des chirurgiens de première classe pour le grade de chirurgien principal, le directeur du service de santé réunit le conseil de santé en séance extraordinaire et secrète. Le procès-verbal de cette séance, accompagné d'un avis séparé et confidentiel du directeur, est transmis au Ministre.

Chaque année, dans le mois de février au plus tard, le directeur du service de santé adresse au préfet maritime un rapport sur l'ensemble de son service pendant l'année précédente, et sur les améliorations qu'il propose d'y apporter. Une double expédition de ce travail est transmise à l'inspecteur général du service de santé.

Le directeur du service de santé exerce, en outre, les attributions dévolues au président du conseil de santé par les ordonnances, décrets et règlements en vigueur, en tant que ces attributions s'accordent avec les dispositions du présent article.

ARTICLE III. — *Fonctions et attributions des chirurgiens principaux.*

Les officiers de santé principaux sont employés, selon les besoins du service, dans les hôpitaux, dans les différents postes des établissements maritimes; ils peuvent temporairement faire partie des conseils de santé, sur l'ordre du préfet maritime, et d'après la proposition du directeur du service.

Ils sont embarqués, par ordre du ministre, pour remplir les fonctions de médecin en chef d'armée navale et de chirurgien-major de division, fonctions définies par l'art. 641 du décret du 15 août 1851, §§ 1 et 2. Dans cette position, ils font partie de l'état-major général.

ARTICLE IV. — *De l'avancement aux grades de directeur et de chirurgien principal.*

L'avancement au grade de directeur a lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de directeur du service de santé s'il n'a servi, pendant deux ans, dans le grade de premier médecin ou de premier chirurgien en chef, dans l'un des ports de Brest, de Toulon et de Rochefort.

L'avancement au grade de chirurgien principal se fait dans la proportion de trois quarts à l'ancienneté, un quart au choix.

Nul ne peut être nommé chirurgien principal, s'il ne compte huit années de service actif dans le grade de chirurgien de 1re classe.

ARTICLE V. — *Dispositions générales.*

Toutes les dispositions de l'ordonnance du 17 juillet 1835 qui ne sont pas contraires au présent décret sont maintenues en vigueur.

Fait au palais des Tuileries, le 25 mars 1854. NAPOLÉON.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 38. 2e année. Jeudi 30 Mars 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 29 Mars 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Avant de rendre compte de la discussion qui a constitué le fond de la séance, félicitons d'abord un chirurgien éminent d'un acte de bonne confraternité, de bon goût pour l'Académie, et de sain jugement. La grande position chirurgicale qu'occupe M. Nélaton aurait rendu difficile un échec de sa part à l'Académie ; mais il est évident que tout en votant pour lui, un grand nombre d'académiciens auraient voté à regret, d'abord parce qu'ils sentaient que la véritable place d'un chirurgien praticien aussi consommé que M. Nélaton n'était pas dans la section d'anatomie pathologique, ensuite parce qu'ils ne pouvaient se dissimuler que quinze ans de travaux spéciaux, non moins que son talent et son caractère, appelaient M. Barth à la place actuellement vacante. Grâce à la retraite de M. Nélaton, M. Barth sera nommé à la presque unanimité, et M. Nélaton, à son tour, obtiendra l'unanimité à la prochaine vacance en chirurgie. Cette vacance, il est vrai, pourra se faire attendre quelque temps encore ; mais M. Nélaton n'est pas dans une position qui puisse rendre l'attente bien cruelle ; son temps est assez occupé pour lui éviter tout ennui, et le titre d'académicien ne peut rien ajouter à sa juste renommée. Donc, une fois encore, félicitons-le de sa judicieuse détermination.

Maintenant, parlons un peu sangsues. Quelle que soit notre considération pour la Société médicale d'Eure-et-Loir, quelle que soit notre foi dans la parole de son très-honorable président, et cette foi n'est pas moins entière que celle qu'a manifestée avec une si louable énergie M. Velpeau, nos principes d'impartialité nous obligent à publier en entier le Rapport de M. Soubeyran, dont l'honorable rapporteur s'est d'ailleurs empressé de faire disparaître les expressions blessantes, sur la demande et de M. Velpeau et de l'Académie presque tout entière.

Au reste, les faits exposés par M. le rapporteur ne nous paraissent pas de nature à dissiper entièrement la seule question importante de tout ce débat, celle de savoir si M. Borne a appris de M. Harreaux l'art d'élever des sangsues ou si le contraire a eu lieu ; une des phrases du rapport semblerait même constituer une probabilité en faveur de la dernière alternative ; cette phrase est celle-ci : « Lors de sa visite à M. Harreaux, M. Borne a *cru devoir laisser ignorer* à ce médecin les résultats auxquels il était parvenu ; mais dès cette époque, il connaissait mieux que M. Harreaux l'art d'élever les sangsues. » Dans cette affirmation est en effet toute la question. Les certificats de personnes extrêmement recommandables, reproduits par M. le rapporteur, prouvent bien que M. Borne s'occupait, dès 1846 et 1847, de l'élève des sangsues ; mais ils ne prouvent pas qu'il s'en occupât avec succès ; ils ne prouvent pas que, même en 1850, ce succès eût été assez remarquable, pour que l'honorable industriel pût livrer ses élèves au commerce. Il reste donc encore assez probable que, s'il n'a pas appris de M. Harreaux les véritables procédés pour élever des sangsues, il a du moins puisé, dans sa visite à Grouville-Saint-Léger, des indications qui, méditées, fécondées par son talent d'observation, ont assuré un succès à des efforts jusque-là peu fructueux. C'est, jusqu'à plus ample informé, ce qui nous semble ressortir de plus probable du consciencieux Rapport de M. Soubeyran.

L'Académie a clos la séance par deux présentations, l'une de M. Andral, sur un fait intéressant de tumeur sanguine du rachis ; l'autre de M. Jobert, sur un fait, et, plus que cela, sur une méthode pour la cure radicale des hernies, qui réclame toute notre attention, et sur laquelle par conséquent nous aurons à revenir. H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Œsophagisme. — Extirpation d'un ganglion de la région parotidienne. — Phlébite de la veine dorsale de la verge à la suite de blennorrhagie. — Cataracte lenticulaire avec opacité partielle de la capsule. — Suppuration de la tunique vaginale à la suite d'une opération d'hydrocèle. — Abcès rénal déterminé par des calculs.

Une femme de trente-cinq ans, d'une bonne santé apparente, est venue réclamer les soins de M. Nélaton, pour ce qu'elle suppose un corps étranger dans l'œsophage. Voici ce qu'elle raconte. Il y a deux mois, en avalant une cuillerée de soupe, elle sentit un corps étranger

s'arrêter à la partie inferieure du cou, à peu près au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage. C'est toujours en ce point qu'elle accuse de la douleur. Au moment où l'accident est arrivé, elle mangeait une soupe faite avec de la viande de mouton, et elle ne doute pas qu'un petit os se soit arrêté au cou. M. Nélaton ne partagea pas sa conviction, car il n'est pas rare de voir des malades se faire illusion sur ce point. On lui demanda des explications sur la sensation qu'elle éprouvait; elle dit bien souffrir au point indiqué plus haut, mais quelquefois aussi elle souffre tantôt plus bas, tantôt plus haut; ce qu'elle attribue aux changements qu'a dû éprouver le corps étranger, par suite de l'introduction précédente de sondes œsophagiennes. Cette femme est très-*nerveuse*, comme on dit dans le monde, elle est en proie assez souvent à des attaques au milieu desquelles elle éprouve cette constriction à la gorge qu'on nomme *boule hystérique*. Il lui est souvent arrivé d'être prise de mouvements convulsifs avec conservation entière de l'intelligence. Elle est donc sujette à des *accès hystériques*. M. Nélaton croit que l'affection dont elle se plaint actuellement est une dépendance de l'hystérie; en un mot, qu'on a affaire à cette maladie décrite d'abord par Frédéric Hoffmann, puis par M. Mondière, sous le nom d'*œsophagisme*. C'est une affection nerveuse consistant en une contraction spasmodique et douloureuse de l'œsophage. Ce qu'elle présente de bien singulier, c'est le début; elle survient inopinément et ordinairement dans les conditions où elle s'est présentée chez notre malade; ainsi, en avalant une cuillerée de potage. Toutes les femmes disent que c'est un os ou une épingle tombée dans la soupe qui se sont arrêtés dans le gosier; chez toutes, il y a d'abord *douleur locale;* c'est une sensation tellement franche pour la personne qui la perçoit, qu'elle ne garde pas le moindre doute sur la cause qui, d'après elle, est un corps étranger: il y en a qui se fâchent quand on cherche à les dissuader. La première fois que M. Nélaton a vu des cas de ce genre, il dit qu'il s'est trompé, il est allé à la recherche du corps étranger, et il a commis une erreur contre laquelle il est bon de se prémunir. En plongeant profondément dans le pharynx, on trouve sur les parties latérales un corps résistant, allongé, pouvant simuler une arête, un corps étranger, d'autant mieux que c'est là précisément que la malade accuse la douleur; mais ce n'est pas autre chose que la grande corne de l'os hyoïde. Il faut bien être prévenu de cela, et ne pas chercher à saisir avec une pince ce prétendu corps étranger. Sans préciser le diagnostic, M. Nélaton introduisit ici une sonde dans l'œsophage; elle passa facilement; il en fut de même de l'instrument de Graefe.

Il n'y avait donc pas de corps étranger. Que fallait-il faire? Le traitement général de l'hystérie (antispasmodiques, assa-fœtida), et un traitement local au moyen de l'application de la morphine par la méthode endermique. L'opium à l'intérieur a réussi chez quelques malades. M. Mondière, rapprochant ces constrictions spasmodiques de l'œsophage des rétrécisssements de l'urètre, recommande le même traitement, c'est-à-dire le cathétérisme de l'œsophage. Il cite des cas de guérison. M. Nélaton prescrivit pour notre malade des antispasmodiques, et fit appliquer sur le point douloureux un tampon de ouate imbibée de chloroforme; cet agent expose à moins de dangers, d'inconvénients, que l'application locale de la morphine ou de la strychnine qui a été aussi préconisée. Ce traitement a été déjà continué pendant huit jours. La douleur a considérablement diminué, et tout fait espérer une prochaine guérison.

— Il s'agit d'enlever une petite tumeur placée derrière le bord postérieur de la mâchoire, au-devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien, appliquée à la face externe de la glande parotide. C'est une tumeur ganglionnaire. Cette ablation présente des difficultés tenant: 1° aux adhérences qui existent en certains points avec les téguments, adhérences résultant d'inflammations successives; 2° et surtout au prolongement de la tumeur; il y a, en effet, un pédicule entrant profondément dans l'excavation parotidienne, mais il n'en est pas des tumeurs ganglionnaires comme des tumeurs cancéreuses; il suffit ordinairement d'en enlever une partie pour que la guérison ait lieu; ce qui reste est envahi par une inflammation suppurative qui le détruit; aussi n'a-t-on fait que réséquer la tumeur.

— Un jeune homme est entré à la Clinique pour une complication de la blennorrhagie qui n'est pas très-commune. La blennorrhagie date de deux mois, et la complication n'est venue que depuis quelques jours; elle apparaît ordinairement plus tôt. Aujourd'hui l'écoulement est peu considérable; mais à la face dorsale de la verge, on sent un cordon, dur, gros comme une plume de corbeau, étendu de la couronne du gland à la racine de la verge, sous-cutané, facile à sentir et à séparer des corps caverneux. Ce cordon dur n'est autre chose que la veine dorsale de la verge, dans laquelle s'est formé un coagulum, à la suite d'une phlébite adhésive. Cette phlébite n'est pas très-grave; elle se borne ordinairement à déterminer un œdème du prépuce comme chez notre malade. Mais quand elle survient dans le cas de chaudepisse cordée, elle s'oppose à l'inflexion de la verge, qui soulage le malade, et alors ceux-ci souffrent beaucoup. Dans quelques jours, le coagulum disparaîtra complétement, et il n'y aura plus de douleur au toucher. Il ne faut pas se figurer que la veine soit entièrement oblitérée, imperméable au sang; on peut se convaincre du contraire en serrant la base de la verge, la veine se gonfle, distendue par le sang.

— Il s'agit d'un vieillard de soixante ans, qui a une cataracte double: la vision est complétement abolie à gauche; c'est l'œil de ce côté seulement qui sera opéré. Il n'y a aucune injection de la conjonctive ni de la sclérotique, l'iris est normal, bleu, sans cette teinte verdâtre qui est toujours d'un fâcheux augure; la pupille est normale, régulière, sans adhérences avec le cristallin. Dans le champ pupillaire, on distingue un corps opaque avec une particularité qui n'est pas très-fréquente: au centre, il y a une plaque arrondie d'un blanc uniforme; derrière elle sont des stries, dont quelques-unes sont chatoyantes. C'est une cataracte lenticulaire avec opacité partielle de la capsule cristalline. C'est une de ces cataractes dures, cataractes des vieillards, qui sont difficilement absorbées, aussi l'extraction paraît-elle indiquée. Elle fut pratiquée, en effet, avec succès, par la kératotomie supérieure, suivant la méthode qu'emploie M. Nélaton.

— Il est survenu un accident assez rare chez un malade opéré d'hydrocèle par l'injection iodée. Dans les jours qui suivirent l'opération, il se développa une inflammation considérable; pendant quelque temps, on pensa que c'était une simple exagération de l'inflammation ordinaire, mais dans le voisinage de la ponction, il persista un engorgement œdémateux, et il ne tarda pas à se former une collection purulente. En comprimant, on faisait sortir quelques bulles de gaz, signe de décomposition des liquides. M. Nélaton crut devoir agrandir l'ouverture, et il vit qu'il avait affaire à une inflammation de la tunique vaginale terminée par suppuration. Il était indiqué d'ouvrir largement cette tunique, dans la cavité de laquelle le pus séjournait et se décomposait; c'est ce que l'on fit. On put reconnaître que le testicule était parfaitement sain. Chaque jour, on vida la tunique vaginale, et des adhérences ne tardèrent pas à se former entre le testicule et cette membrane. C'est la terminaison ordinaire; car, en général, cette suppuration de la tunique vaginale n'est pas funeste.

— M. Nélaton présente les pièces d'un homme de trente-cinq ans, mort à la suite d'un vaste abcès de la région splénique. Le pus avait été évacué en partie au moyen d'une ouverture pratiquée par la potasse caustique sur la région de l'abdomen correspondant à la partie la plus saillante de la tumeur. On voit un tube de nouvelle formation, servant à conduire le pus au dehors, et prévenant ainsi tout épanchement abdominal. Une question se présente ici: la tumeur était-elle primitivement adhérente, ou bien avait-on provoqué les adhérences? Celles-ci n'existaient qu'au niveau du point où la potasse avait été appliquée; il est clair que c'est bien cette application de potasse caustique qui avait déterminé les adhérences. Donc on peut, à l'aide de la potasse caustique, déterminer des adhérences et obtenir une voie qui mette à l'abri d'un épanchement abdominal. Quelle était l'origine de l'abcès? M. Nélaton avait pensé à un abcès développé primitivement dans la rate, à cause des fièvres intermittentes antécédentes et des douleurs qui les avaient accompagnées, ayant leur siége dans la région splénique. Il y a un an, il vit le malade, et il sentit dans l'hypochondre gauche une tumeur assez dure, qu'il prit pour la rate hypertrophiée; au bout d'un an, dit-il, je revis le malade, et je constatai que la tumeur avait grandi, dépassé l'ombilic, et envahi la fosse iliaque droite. Aujourd'hui, cependant, que les pièces sont sous les yeux, on voit que la rate est parfaitement saine. D'où vient donc l'abcès? L'uretère gauche aboutit en haut à la cavité de l'abcès, qui appartient au rein, c'est une véritable poche rénale. La cause est la présence de calculs rénaux, dont un assez volumineux présente la forme de *branche de corail*, disposition ordinaire des calculs rénaux. Et cependant, il n'y avait pas eu symptôme d'affection des voies urinaires; à aucune époque on n'a pu constater de douleur dans la région du rein malade; rien non plus du côté de l'excrétion urinaire. L'urine a été constamment limpide, sans dépôt purulent ni muqueux; il y avait seulement une légère diminution dans sa quantité. M. Nélaton a expliqué cela par l'oblitération de l'uretère correspondant au rein malade, à la suite d'une inflammation déterminée par un petit calcul qui se serait engagé et arrêté dans ce conduit. On comprend très-bien alors l'absence de pus dans les urines. A. L.

De la nature et du traitement de quelques espèces de teigne. — Résumé d'une leçon du professeur Jenner, à l'hôpital des Enfants de Londres,

Par le Dr Verhaeghe, *d'Ostende*.

Certaines formes de la teigne ont entre elles beaucoup d'analogie, surtout en ce qui concerne leur cause immédiate et le traitement qui en fait le plus promptement justice.

Il a été démontré, en ces derniers temps, par plusieurs pathologiques et micrographes, et spécialement par Schönlein, Gruby, G. Simon et Robin, que la peau et ses dépendances, de même que quelques membranes muqueuses, peuvent devenir occasionnellement le siége de productions végétales microscopiques, véritables cryptogames parasites qui, trouvant là des conditions de vitalité, s'y multiplient à l'infini.

Il n'y a pas aujourd'hui un professeur de dermatologie qui ne montre à ses élèves le végétal curieux qui cause et entretient la teigne faveuse. Mais malgré tant de travaux décisifs, le fait est loin d'être accepté par tout le monde. Dans une récente discussion à l'Académie de médecine de Bruxelles, plusieurs médecins de haut mérite se sont refusés à n'attribuer qu'à un simple végétal cryptogamique une affection aussi rebelle que le favus. Cela rappelle les doutes qui s'élevèrent de toutes parts lorsque Galès, et plus tard Renucci, démontrèrent que la gale était le produit de l'acarus. Personne ne met plus en doute le fait mille fois prouvé depuis, malgré les nombreux incrédules d'alors. Espérons qu'il en sera ainsi relativement aux parasites, causes de diverses formes de teigne. La muqueuse buccale peut aussi devenir le siége d'un parasite végétal qui détermine alors une forme particulière d'aphthes, et l'on sait que les Sarcinæ Goodsirii et les Torulæ cerevisiæ ont été trouvés dans la cavité de l'estomac (1).

« Les dermatoses, qui doivent leur existence à des cryptogames parasites, sont au nombre de quatre, savoir : 1° le favus; 2° l'herpès tonsurans ou teigne tondante; 3° le porrigo decalvans; et 4° le sycosis ou mentagre.

La teigne faveuse affecte de préférence le cuir chevelu; cependant elle peut envahir aussi d'autres parties du corps, et on l'a vue sur le dos, le ventre et les membres. Elle se reconnaît à des croûtes jaunâtres, sèches, épaisses, déprimées au milieu en forme de godet, lorsqu'elles sont petites, et traversées à leur centre par un cheveu. Les plus larges de ces croûtes peuvent atteindre un diamètre de 4 lignes; elles sont alors formées d'anneaux concentriques, alternativement de couleur jaune et brune. Ces croûtes ont parfois un contour très-irrégulier, mais alors même il est aisé de juger à leurs bords semi-circulaires qu'elles doivent avoir eu primitivement une forme arrondie. Ces larges croûtes ont, à leur surface, plusieurs dépressions qui leur donnent une certaine ressemblance avec un rayon de ruche à miel. Lorsqu'on les détache avec soin, on trouve, au-dessous d'elles, la peau recouverte d'une couche distincte d'épithélium : une autre couche semblable recouvre leur surface extérieure.

On peut arracher facilement les cheveux qui se trouvent au centre des croûtes, même au début de l'affection : plus tard, ils tombent spontanément et laissent une calvitie permanente.

Cette forme de teigne n'est point essentiellement pustuleuse, comme on l'a cru longtemps; mais à une période fort avancée de la maladie, l'inflammation que produit la présence des croûtes où l'irritation qui porte sans cesse le malade à se gratter les parties affectées, peuvent déterminer la formation de pustules.

La nature contagieuse du favus n'admet plus le moindre doute; trop de preuves de sa transmissibilité tombent journellement sous les yeux des médecins.

L'herpès tonsurans ou teigne tondante est souvent confondu avec l'herpès circinatus du cuir chevelu qui existe souvent simultanément. On le reconnaît à une décoloration et une fragilité singulières des cheveux, qui ressemblent en quelque sorte à de la filasse. M. Wilson dit qu'ils ressemblent à des fibres de chanvre, tant pour la couleur que pour la texture. Les parties du cuir chevelu affectées sont couvertes de cheveux rompus uniformément à 2 ou 3 millimètres au-dessus du niveau de l'épiderme, de manière à former une sorte de tonsure. La peau, autour du point d'implantation des cheveux, comme aussi dans l'intervalle de ceux-ci, est recouverte de très-petites squames minces et poudreuses.

Le porrigo decalvans est caractérisé par des taches plus ou moins circulaires, où la peau est complétement chauve, lisse, unie et sans apparence de croûtes ou squames.

Le sycosis se reconnaît à une inflammation des follicules pileux. Quelquefois cette inflammation a seulement pour effet de déterminer un épanchement de sérosité ou de plasma autour et dans l'intérieur du bulbe des cheveux : d'autres fois, et ceci est souvent le cas, il s'y forme du pus, et, lorsque la pustule crève, il en résulte une croûte brunâtre. Le sycosis occupe d'ordinaire le menton, la lèvre supérieure et les parties latérales de la face. Le professeur Jenner l'a observé aussi aux narines, à la base des poils que la nature y a placés pour protéger l'entrée des fosses nasales. On ne le rencontre que bien rarement au cuir chevelu, et si je le comprends parmi les espèces de teigne, c'est que la présence d'un végétal parasite a paru établir une certaine relation entre lui et les dermatoses dont il vient d'être question.

Dans toutes ces affections, on rencontre parmi les cheveux ou les poils, un végétal microscopique; et chacune de ces quatre dermatoses a son espèce de cryptogame, lequel occupe, dans chacune, un siége différent.

Le cryptogame de la teigne faveuse est l'*Achorion Schœnlenii.* Il est formé de mycelium, de sporanges et de sporules. Les sporules sont arrondies ou ovales et leur diamètre est de 0,003 à 0mm,01.

Le point précis où l'on découvre d'abord le parasite est entre les couches d'épithélium, à l'orifice du follicule pileux. De là, il peut s'étendre en bas entre les cheveux et les bulbes pileux, et en haut, autour des cheveux et même dans leur substance.

Le parasite de la teigne tondante porte le nom de *Trochophyton tonsurans,* et est formé seulement de sporules, parfois un peu allongées et arrangées en séries linéaires. Elles sont arrondies ou ovales, et leur diamètre varie de 0,003 à 0mm,01.

Le siége primitif de ce cryptogame est la racine des cheveux, dont plus tard il envahit aussi la substance. Au dire de M. Bazin, il peut s'attacher aussi à la peau entre les cheveux.

Le porrigo decalvans a pour production végétale le *Microsporon Audouni,* formé de filaments ramifiés sur lesquels se développent les sporules, très-petites, du diamètre de 0,001 à 0mm,005. Ce parasite se rencontre autour des cheveux; il y forme une sorte de gaîne, depuis le point d'implantation dans la peau jusqu'à une hauteur de 1 à 3 millimètres.

Le parasite du sycosis ou mentagre porte le nom de *Microsporon mentagrophytis,* et est formé, comme le précédent, de filaments et de sporules, mais les filaments sont plus larges et les sporules plus grandes. Le siége de cette production végétale est à l'intérieur des follicules pileux, entre la racine des poils et la gaîne.

Les sporules de tous ces cryptogames sont charriées par l'air comme un pollen nuisible, et déposées sur les parties du corps où elles peuvent rencontrer un sol approprié à leur multiplication. Si ces parties se trouvent dans des conditions de vitalité nécessaire à la germination des parasites, ils s'y multiplient à l'infini, et le mal se propage de proche en proche; dans le cas contraire, les germes y périssent bientôt.

Malheureusement, rien ne fait reconnaître cet état anormal des parties pilifères, qui les rend propres au développement ou à la multiplication de ces parasites. Ce n'est que lorsqu'ils se sont développés que les symptômes de la maladie deviennent appréciables.

Les individus de constitution strumeuse, ceux qui sont débilités ou dans un état habituel de malpropreté, sont les plus exposés à ces affections. On en a conclu, avec raison selon moi,

(1) Le professeur Jenner a fait, sur l'affection gastrique déterminée par ces parasites végétaux, une Leçon intéressante insérée dans le *Medical Times* du 23 août 1851.

que ces conditions devaient exciter, dans les follicules pilifères, la sécrétion d'un fluide qui rendît ces parties favorables à la germination des sporules de ces cryptogames. C'est pourquoi, dans le traitement général, on doit insister sur une grande propreté et sur la nécessité de fortifier la constitution. Les soins hygiéniques et principalement les bains et les lotions, un bon régime, un exercice convenable au grand air, une médication tonique et l'usage de l'huile de foie de morue, répondent à cette indication. Mais en outre, les efforts du médecin doivent tendre à détruire, le plus vite et le plus sûrement possible, le parasite, cause réelle du mal. On a indiqué, dans ce but, les lotions avec une solution de sublimé corrosif; le sulfate de cuivre; mais ces substances ne paraissent pas pouvoir s'introduire dans l'intérieur des follicules pilifères, où il faut le plus souvent poursuivre le cryptogame. C'est la raison qui a fait adopter l'épilation comme moyen infaillible. Bazin proposait de n'arracher que deux ou trois cheveux à la fois, et de répéter cette opération sur les cheveux malades seulement, jusqu'à leur destruction complète; il prétendait qu'en agissant de la sorte on arrivait au but, lentement il est vrai, mais sûrement et sans causer trop de souffrances aux malades.

Le professeur Jenner croit avoir trouvé dans l'acide sulfureux un parasiticide certain. Plusieurs faits qu'il cite tendent à prouver que ce moyen est réellement efficace. Contre une certaine forme d'aphthes, il agit avec une rapidité surprenante, et détruit complétement le cryptogame. Une seule application d'une solution de sulfite de soude (1 gros de sel sur 1 once d'eau) suffit le plus souvent pour faire disparaître le mal au bout de vingt-quatre heures. L'acidité des sécrétions buccales décompose le sel sodique, et l'acide sulfureux devenu libre, tue le parasite. Le même moyen a réussi pour arrêter la fermentation acide dans l'estomac et détruire les *Torulæ cerevisiæ* et les *Sarcinæ Goodsirii*.

L'acide sulfureux est employé à l'état liquide, c'est-à-dire dissous dans l'eau. Cette solution s'obtient en faisant passer un courant de cet acide dans de l'eau jusqu'à ce que celle-ci en soit saturée. Deux onces de ce liquide dans 6 onces d'eau forment la lotion généralement usitée à l'hôpital des Enfants de Londres. On y trempe des linges que l'on applique ensuite sur les parties malades et que l'on renouvelle selon le besoin; un bonnet en taffetas ciré tient l'appareil en place. Huit à dix jours de traitement suffisent quelquefois pour obtenir une guérison parfaite. Il arrive que de petites pustules ou des points d'irritation de la peau persistent après la destruction du cryptogame. On les fait disparaître avec une pommade au tannin ou au sulfate de zinc.»

J'ai fait usage du traitement recommandé par le professeur Jenner, dans trois cas de teigne faveuse, et voici le résultat que j'ai obtenu :

Le premier cas était celui d'un jeune marin, âgé de 18 ans; le favus se bornait au cuir chevelu et durait depuis six ans. Divers traitements avaient été employés sans aucun fruit. L'acide sulfureux, dilué dans la proportion indiquée par le médecin de l'hôpital des Enfants de Londres, eut un succès rapide et durable.

Le deuxième avait pour sujet un garçon de 9 ans; le mal, datant depuis trois ans, se bornait aussi au cuir chevelu. Le traitement sulfureux fut suivi d'une amélioration sensible, qui fit espérer une guérison prochaine : mais après dix ou douze jours, les croûtes faveuses se formèrent de nouveau, et malgré la continuation du traitement, il fallut bien finir par reconnaître l'impuissance du remède.

Dans le troisième cas, qui était celui d'un enfant de 4 ans, les croûtes faveuses existaient sur le dos et les membres supérieurs : le cuir chevelu en était tout à fait exempt. Il suffit ici de quatre à cinq jours d'application de linges trempés dans la solution d'acide sulfureux, pour voir tomber les croûtes qui ne reparurent plus. (*Ann. de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Guérison des affections cancéreuses. — Nouvelle méthode du docteur Landolfi,

Communiquée par le Dr RODENBERG.

Les journaux de médecine allemands ont publié dans ces derniers temps plusieurs observations sur la guérison des affections cancéreuses par une nouvelle méthode, préconisée par un médecin italien, le docteur Landolfi. Ces faits ont eu un assez grand retentissement parmi nos confrères d'outre-Rhin, pour qu'il nous paraisse opportun de porter à la connaissance de nos lecteurs la médication dans tous ses détails.

L'article suivant est extrait et traduit du journal hollandais *Nederl-Weckblad voor Geneeskundejen :*

La méthode de Landolfi a pour but de faire disparaître, par voie d'élimination, les parties molles affectées d'un cancer, en provoquant, au moyen d'un caustique spécial, la gangrène de ces organes, et en formant, par la suppuration, une limite entre les parties saines et les organes attaqués par la maladie ; tandis que par cette suppuration, les parties gangréneuses se détachent et sont éliminées, ce qui, même dans les organes très-vasculaires, n'entraîne pas la moindre hémorrhagie. Dans la pluralité des cas, la plaie se présente sous un bon aspect, elle guérit par une suppuration modérée ; il n'y a pas de réaction générale, pas de fièvre, mais il survient toujours une inflammation plus ou moins vive des parties environnantes, selon le degré de sensibilité de l'individu malade. La douleur diminue graduellement et ne persiste pas au delà de trois ou quatre jours.

Pour provoquer la gangrène des parties cancéreuses, Landolfi se sert d'une pâte composée de chlorure de brome, chlorure d'or, chlorure d'antimoine et chlorure de zinc en parties égales, de farine et d'un peu d'eau ; elle est appliquée directement sur l'organe malade. Si l'épiderme est intact, il faut mettre le derme à nu au moyen du nitrate d'argent, avant l'application de la pâte ; mais si la peau est très-fine et tendre, on pourra appliquer le caustique sans détruire préalablement l'épiderme. L'action du caustique dépend de l'épaisseur de la couche de pâte appliquée ; une couche de 2 *millimètres* d'épaisseur agit à 1 *centimètre et demi* de profondeur. Si les parties environnantes sont très-enflammées, Landolfi prescrit un traitement antiphlogistique local avant l'application de la pâte.

Huit ou quinze jours après son application, la pâte tombe avec les parties éliminées ; s'il existe encore quelque endroit induré ou morbide, on applique la pâte une seconde fois dans une proportion convenable. Si une action moins énergique était à désirer, on pourrait mélanger la composition caustique avec de l'axonge.

Pendant les premiers jours, le pansement sera simple et renouvelé une ou deux fois par jour ; dès que la suppuration s'établira, on fera usage de l'onguent basilicum et de cataplasmes émollients, jusqu'au moment où les parties gangrénées seront éliminées.

Dans les cas où l'aspect de la plaie est de mauvaise nature ou le pus de mauvaise odeur, Landolfi emploie l'onguent suivant :

℞	Terèbinth	6	grammes.
	Ol. olivarum	30	—
	Ceræ flavæ.	24	—
	Spermaceti.	6	—
	Pulv. Pterocarp. Santalini.	4	—
	Camphoræ.	2	—

Misce et leni calore in vase vitreo semper agitando lente liquefacta refrigerataque dentur ad ollam.

En suivant ce traitement, la guérison des affections cancéreuses de faible étendue et de la peau est obtenue dans trois ou quatre semaines ; la cure d'un cancer des ganglions durera de deux à quatre mois.

Le malade ne fera pas usage de médicaments à l'intérieur, pendant la durée du traitement local, hors dans les cas de sensi-

bilité exquise et de douleurs très-vives, où Landolfi recommande une mixture calmante, ainsi composée :

℞ Liq. anod. minér. Hoffmanni. } ãã 4 grammes.
Laudan. liquid. Sydenhami. . }
Syrupi citri . . . . 60 —
Aquæ distillatæ. . . . . 90 —

S. à prendre par cuillerées chaque une, deux ou trois heures.

Pendant le traitement, on recommande au malade une honne nourriture, l'abstinence de boissons excitantes et un exercice modéré.

Dans les cas d'affections cancéreuses générales ou constitutionnelles, Landolfi fait succéder au traitement local une cure interne et ordonne, matin et soir, une pilule composée de la manière suivante :

℞ Bromium. . . . . $0^{gr},02$.
Pulv. Sem. phellandr. aquat. . . . . } ãã $0^{gr},50$.
Extr. conii . . . . }
Faites une pilule.

La méthode de Landolfi ne pourra être appliquée que dans les affections cancéreuses accessibles au caustique, comme les cancers de la peau, et de certains ganglions lymphatiques. Il paraîtrait que l'affection ne doit pas excéder certaines limites, pour que le traitement soit couronné de succès. Il est certain que Landolfi n'a jamais voulu entreprendre la cure des affections cancéreuses d'une grande étendue, ou celles compliquées d'une destruction déjà considérable des organes. L'expérience nous apprendra si la guérison des affections cancéreuses par la méthode de Landolfi est radicale, s'il n'y a pas de récidives, et si la méthode même est préférable au traitement des carcinômes par la pâte caustique de Canquoin.

— Tel est l'article du journal hollandais. Il est certain que la méthode de Landolfi, qui a fait tant de sensation en Allemagne et dont tous les journaux de ce pays, même les feuilles politiques les plus sérieuses sont remplis, ne diffère des autres méthodes, qui ont pour but la destruction d'une tumeur cancéreuse par la cautérisation, que par la composition du caustique. Comme aujourd'hui Landolfi, il y a vingt ans, M. Canquoin vantait son caustique, composé de chlorure de zinc, combiné ou non avec le beurre d'antimoine.

La vertu curative de la pâte de Landolfi résiderait dans la combinaison du chlorure de brome et du chlorure d'or. Il est vrai que l'usage du chlorure d'or a déjà été recommandé dans les affections cancéreuses, puis rejeté par Récamier. Le célèbre chirurgien de la Charité, dans son *Traité des maladies du sein et de la région mammaire,* publié en 1854, est d'opinion que les caustiques ne doivent nullement être rejetés dans les affections cancéreuses, et que, dans certaines circonstances, la cautérisation est préférable à l'extirpation. Quant au caustique, M. Velpeau préfère une pâte composée de safran et d'acide sulfurique, à la pâte arsénicale et à celle de Canquoin. Comme, toutefois, nous ne connaissons que fort imparfaitement les propriétés et les vertus thérapeutiques du brôme, il nous est impossible de nous prononcer *à priori* sur les avantages que cet agent thérapeutique peut présenter dans le traitement des affection cancéreuses; les expérimentations cliniques seules pourront nous éclairer à ce sujet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *Mars* 1854.— Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet 1° un registre contenant de nombreuses déclarations touchant l'efficacité du fébrifuge indigène employé par M. Serres. A cette pièce est jointe une caisse d'échantillons. (Envoyé à la commission des succédanés du quinquina.)

2° Quatre-vingts exemplaires de la première livraison de la deuxième partie de l'*Annuaire des eaux de la France,* pour être distribués à l'Académie.

3° Echantillons d'une source d'eau minérale sulfureuse, sise aux environs de Villefranche (Aveyron).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidatures.

M. Morel-Lavallée se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. Nélaton se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique; il attendra qu'une place soit vacante dans une des sections de chirurgie.

Phthisie pulmonaire.

M. le docteur Lecouppey, à propos du Mémoire de M. le docteur Aussandon sur la phthisie pulmonaire, Mémoire dans lequel l'auteur préconise l'emploi de la liqueur de Van Swiéten, informe l'Académie que, le 6 août 1849, il a lu à l'Académie des sciences une Note où la *pommade* mercurielle à l'intérieur est recommandée comme moyen certain de guérir la tuberculisation pulmonaire. M. Lecouppey réclame donc la priorité dans l'emploi des mercuriaux dans la thérapeutique de la phthisie tuberculeuse.

Opération d'hydrocèle.

M. le docteur Mérier, médecin directeur de l'asile public des aliénés de Saint-Dizier, adresse une Note sur une *opération d'hydrocèle très-volumineuse faite d'abord par la ponction et l'injection vineuse, suivie de gangrène considérable et convertie ensuite en une opération par excision; guérison.* (Comm. nommée : MM. Velpeau, Gimelle, Malgaigne.)

Electro-chimie médicale.

M. le docteur Guitard, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, adresse un *Mémoire sur l'électro-chimie médicale.* (Comm. nommée : MM. Longet et Poiseuille.)

M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. le professeur Roux, et rend compte de ses funérailles.

L'Académie exprime le désir d'entendre le discours prononcé aux obsèques de M. le professeur Roux, par M. le secrétaire perpétuel; mais sur les prières de M. Dubois, qui expose que son discours perdrait devant l'Académie tout son à-propos, la Compagnie renonce à entendre cette lecture.

M. Soubeyran lit le Rapport suivant :

Rapport sur une réclamation de la Société médicale d'Eure-et-Loir, par une commission composée de MM. DESPORTES, CHEVALLIER, ADELON, BRICHETEAU *et* SOUBEYRAN (*rapporteur*).

La question qui va se débattre devant l'Académie est des plus graves, et malheureusement elle ne conserve aucun caractère scientifique. Une Société médicale accuse un homme que l'Académie a honoré de son approbation de s'être approprié les procédés d'autrui; cet homme, à son tour, se retourne vers ses adversaires et les taxe de calomnie. D'un côté est une Société médicale nombreuse, active, qui a usé et abusé de la presse pour soutenir sa cause; de l'autre côté, un homme isolé dans un village, auquel n'arrive pas la plupart des attaques qui sont dirigées contre lui, et que son éducation met dans l'impossibilité de prendre la plume pour y répondre. Mais, devant vous, l'égalité pour l'attaque est rétablie; vous ne voulez pas, par un faux sentiment de confraternité, soutenir des médecins qui se seraient engagés dans une mauvaise voie, comme vous n'hésiterez pas à revenir sur les conclusions d'un rapport que vous avez adopté, si vous reconnaissez qu'elles sont entachées d'erreur. La commission réclame votre plus sérieuse attention, même pour certains détails plus ou moins minutieux qu'elle a cru nécessaire d'introduire dans son rapport, pour mieux éclairer le débat.

La Société médicale d'Eure-et-Loir, représentée par son bureau et par son président, accuse M. Borne d'avoir donné, comme étant le résultat de son expérience propre, des procédés qui lui auraient été enseignés par M. Harreaux, lors d'une visite que M. Borne aurait faite au marais de Grouville-Saint-Léger, en mai 1850. M. Borne affirme qu'à cette époque toutes ses expériences préparatoires étaient terminées; qu'il n'a pas la prétention d'être un savant; mais que lors de sa visite, s'il a cru devoir laisser ignorer à M. Harreaux les résultats auxquels il était parvenu, il connaissait mieux que lui l'art pratique de la reproduction des sangsues. Entre ces affirmations et ces négations, on ne pouvait espérer de s'éclairer en entendant séparément les adversaires; mais la lumière pouvait apparaître dans un débat contradictoire. En conséquence, le lundi 20 mars, le rapporteur de la commission se présenta inopinément chez M. Harreaux; la veille, il avait écrit à M. Borne de s'y trouver. Sur le terrain même des marais, sans prendre part lui-même à la discussion, le rapporteur entendit

les deux compétiteurs qui restèrent toujours, l'un et l'autre, dans les termes de l'urbanité la plus parfaite.

Laissant pour un moment de côté le point principal de la discussion, commençons par nous débarrasser de quelques parties accessoires qui n'ont pas par elles-mêmes une grande importance, mais qui en acquièreront, en jetant un certain jour sur la moralité de ce débat. Nous regrettons d'avoir à entretenir l'Académie de pareilles matières; mais il nous faut bien suivre la Société médicale d'Eure-et-Loir dans toutes les parties de son argumentation. M. Borne, dit-elle, croyait, en 1850, que les sangsues étaient vivipares, et il avait apporté avec lui de petits vers qu'il avait pris pour de petites sangsues. Ceci n'est pas tout à fait exact, car M. Borne, qui avait déjà récolté force cocons, comme nous le dirons bientôt, se demandait si ces annélides n'étaient pas en même temps ovipares et vivipares. La science de M. Harreaux, à ce moment, n'était pas non plus très-bien formée; ce n'est qu'après avoir fait des recherches dans les livres, et consulté en particulier les planches de l'ouvrage de M. Moquin-Tandon, qu'il reconnut qu'il avait affaire à des glossiphonies. Ceci, du reste, intéresse peu le débat.

La Société médicale assure, sur la foi de son président, que six personnes étaient employées à faire prendre le repas aux sangsues lors de la visite de M. Borne. Six personnes pour nourrir quelques milliers de sangsues! Le fait paraissait fabuleux. M. Borne prétendait à son tour qu'une dame Petit était seule occupée à donner du sang aux sangsues, et M. Harreaux, interpellé sur ce fait, à deux reprises différentes, en la présence du rapporteur, n'a pas pu dire quelles personnes étaient occupées à ce travail, et en comptant tout son personnel et lui-même, il n'a pu compléter le nombre accusé par M. le président de la Société.

L'Association médicale affirme que son président assistait ce jour-là à la démonstration de M. Harreaux; et de la discussion qui s'est établie à ce sujet entre les deux interlocuteurs, il est résulté que M. le président de la Société pouvait bien être chez M. Harreaux, mais qu'il n'a assisté à la conversation de ces messieurs que pendant quelques minutes, au moment du départ de M. Borne. Or, voici qui est plus positif encore: M. Lebordais, pharmacien à Auneau, au dire de la Société, assistait à la démonstration et se rappelait parfaitement encore les particularités de cette visite; or, le lundi 20 mars, M. Lebordais a déclaré, devant le rapporteur, qu'il avait seulement montré à M. Borne le chemin qu'il devait prendre pour arriver chez M. Harreaux, mais qu'il ne l'avait pas accompagné à Grouville-Saint-Léger: et par conséquent il n'a pu assister à la démonstration et s'en rappeler les particularités. Ces faits, et un autre bien plus grave sur lequel nous appellerons tout à l'heure votre attention, nous forcent à aller chercher désormais la vérité dans les faits matériels et irrécusables.

Ce sont les amis de M. Harreaux, bien plus que M. Harreaux lui-même qui ont porté l'accusation, car tout en soutenant ses prétentions, il écrivait à l'Académie qu'il ne prétendait pas élever une réclamation contre M. Borne, et il avait écrit au rapporteur qu'il regardait M. Borne comme un observateur très-intelligent, dont la sagacité et la persévérance méritaient d'être récompensées, et qu'il désirait que ses observations ne vinssent pas à lui nuire auprès des membres de la commission.

Les amis et les collègues de M. Harreaux ont donc formulé contre M. Borne l'accusation de plagiat. Ils affirment qu'il avait déjà essayé avec peu de succès l'élève des sangsues seulement, et non leur reproduction dans un réservoir en maçonnerie situé dans son jardin, et qu'il a pris toute sa science dans les communications de M. Harreaux. Voilà donc l'accusation formulée par une Société médicale qui compte dans son sein des hommes honorés; et à la faveur que cette réclamation a reçue de la presse médicale, M. Borne serait bien et dûment convaincu de plagiat, s'il n'avait à opposer que ses dénégations. Mais nous possédons une description des procédés mis en pratique par M. Harreaux en 1850, à l'époque où M. Borne a visité Grouville-Saint-Léger, description faite par M. Harreaux lui-même, document irrécusable que la Société médicale croyait perdu, mais que nous avons pu tirer des cartons de l'administration des hôpitaux. Notre rôle devient facile et l'Académie, comme l'abeille prudente de la fable, suivant les voies du simple bon sens, va reconnaître sans peine s'il y a un frélon.

Malgré quelques détails inutiles pour la cause, l'Académie nous permettra de lui lire en entier tout ce qui, dans le Mémoire de M. Harreaux, se rapporte à la reproduction des sangsues.

C'est le seul titre sur lequel il puisse appuyer ses réclamations de priorité. Tout ce qui s'y trouvera de nouveau lui appartient; mais il n'a rien à prétendre en dehors contre M. Borne.

Voici ce que M. Harreaux écrivait, dans l'hiver de 1849-1850, à l'administration de l'assistance publique, à Paris: (M. le rapporteur donne ici lecture de quelques passages du Mémoire de M. Harreaux, adressé à l'administration des hôpitaux; puis, il continue ainsi):

Quand ce Mémoire de M. Harreaux fut communiqué au rapporteur par l'administration des hôpitaux, il n'y trouva rien qui frappât son esprit par un caractère de nouveauté. Après que les réclamations se furent élevées, il lui prit fantaisie de relire le rapport de 1848, et ceux qui feront comme lui trouveront que tout ce que M. Harreaux appelle ses procédés est consigné dans son rapport, qui n'est lui-même que l'écho des observations déjà publiées. Après 1848, creuser des marais dans un sol plus ou moins bien choisi, y déposer des sangsues et les nourrir avec du sang, si l'on n'y a pas ajouté des méthodes jusque-là inconnues, c'est tout simplement avoir imité ses devanciers, et l'on n'est pas en droit de se dire inventeur, alors surtout qu'un succès patent, certifié par des résultats commerciaux et par la persistance de l'entreprise, ne vient pas témoigner en faveur des procédés qui ont été pratiqués. Nous arrivons aussi à conclure qu'il n'y a pas eu de procédés nouveaux mis en pratique à Grouville-Saint-Léger, car nous ne supposons pas que l'on puisse compter comme tels les moyens employés pour se garantir des voleurs; et quant au fossé d'enceinte, nous n'oserions pas en attribuer le mérite à M. Harreaux, dans la crainte d'attirer à l'Académie une nuée de réclamations, celles des éleveurs de la Gironde et à notre connaissance, celle de M. Houvion, marchand de sangsues en gros, qui a entouré ses marais de Provins avec un fossé protecteur bien des années avant que M. Harreaux pensât à s'occuper de reproduction. Quant à M. Borne, il est en dehors de ce débat; tout au plus pourrait-on lui reprocher de n'avoir pas comblé le fossé qui entourait la prairie à Claire-Fontaine, lorsqu'il y a établi ses bassins.

Occupons-nous maintenant de comparer les procédés de M. Harreaux, qui aujourd'hui nous sont connus, avec ceux qui sont employés à Claire-Fontaine.

Les bassins de Grouville-Saint-Léger ont été creusés dans un pré argilo-calcaire, où l'eau forme une nappe à 50 à 60 centimètres de la surface. Le sol des bords est ferme; les sangsues ne pourraient s'y loger, et, pour leur donner le moyen de déposer leurs cocons, M. Harreaux fait labourer le terrain des îlots et le recouvre de gazon. En été, l'eau est basse et les berges sont très-élevées. A Claire-Fontaine le sol a été mieux choisi; l'eau était à la surface, et la couche de tourbe enlevée en creusant les bassins a servi à établir des berges en pente et peu élevées. Cette tourbe est molle, très-perméable, les sangsues y pénètrent sans difficultés et pourraient à volonté faire leurs cocons sur tous les bords du marais. Mais comme M. Borne avait remarqué qu'elles préfèrent l'exposition du midi et du levant, il a facilité le dépôt des cocons dans ces endroits en traçant dans la tourbe des galeries qui descendent jusque dans l'eau.

Ainsi, dans l'un des établissements, on est dans la nécessité de préparer aux sangsues certaines portions de sol ameubli pour qu'elles puissent y loger leurs cocons; dans l'autre elles trouvent partout un accès facile, et dans la prévision de récolter les cocons et de les placer dans des conditions plus favorables, il a fallu au contraire tenter les sangsues par des commodités particulières, qui les décidassent à se rendre dans la place que l'on avait choisie.

M. Harreaux laisse les cocons éclore à la place où ils ont été déposés; M. Borne les enlève, les dépose dans les berges d'un bassin particulier, de manière à ce qu'elles soient tout à fait isolées des autres à leur naissance. A la fin de la saison, il met les cocons tardifs dans une boîte d'éclosion où ils puissent passer l'hiver.

A Grouville-Saint-Léger, on a fait de grands bassins (cinq dans un arpent); à Claire-Fontaine, les bassins sont très-petits et l'on tend à les diminuer tous les jours pour rendre la surveillance plus efficace. A Grouville, les sangsues de toute taille vivent dans le même marais; à Claire-Fontaine on les sépare avec la plus grande attention, parce que l'on a reconnu qu'il y avait avantage à donner à chacune des soins particuliers. A Grouville on ne s'occupe pas de tenir l'eau à un même niveau; à Claire-Fontaine on regarde un niveau constant d'eau comme une condition indispensable de succès. A Grouville on ne croit pas que les larves et les insectes carnassiers fassent grand tort aux sangsues; à Claire-Fontaine on a surpris ces méchants hôtes mettant à mort les sangsues, et on leur fait une chasse incessante. A Grouville les îlots sont couverts d'herbes; à Claire-Fontaine, on ne laisse pas l'herbe croître sur les îlots, où elle ne sert qu'à cacher les gîtes des musaraignes. Enfin, à Grouville-Saint-Léger, les sangsues sont nourries avec du sang caillé déposé sur des planches, prennent leur repas en commun et ne sont pas réglées pour la quantité de nourriture; à Claire-Fontaine, on les pêche pour les nourrir, on les enferme dans des sacs de flanelle pour leur faire sucer du sang chaud défibriné; on convie séparément au repas les sangsues de taille ou de races différentes, on règle la quantité de nourriture suivant leur âge et leur état de santé. Ces différences nous paraissent établir suffisamment que les procédés suivis par M. Borne ne sont pas ceux que M. Harreaux a décrits comme étant les siens en 1850. Il est vrai que, depuis que la notice sur Claire-Fontaine a été publiée et que chacun a pu y puiser à son aise, M. Harreaux et ses amis ont prétendu que tout cela avait été pris à Grouville-Saint-Léger. Mais certainement, en 1850, quand M. Harreaux faisait connaître ses procédés à l'administration de l'assistance publique, il n'avait aucun intérêt à lui en imposer, et les procédés dont il lui a donné la description sont bien ceux qu'il suivait alors. On ne comprendrait pas pourquoi il aurait voulu faire

une réserve à cet égard vis-à-vis l'administration des hôpitaux, dans le même temps où l'on nous dit qu'il donnait généreusement ses procédés à tout le monde.

Les membres de la Société médicale d'Eure-et-Loir qui ont visité les marais de Grouville-Saint-Léger, peu au courant de ces sortes de matières, se sont évidemment mépris sur la portée et sur la nouveauté des expériences qu'ils avaient sous les yeux.

Ce qui est incontestablement à M. Harreaux, c'est d'avoir tenté une expérience, comme d'autres l'avaient fait aussi, mais d'avoir, mieux que d'autres, étudié la revivification des sangsues gorgées, en les plaçant dans un marais qui réunit pour elles des conditions plus conformes aux habitudes naturelles de ces animaux. Nous regrettons cependant qu'il n'ait pas fait une observation plus complète. Il nous dit que ces sangsues sont en bonne santé; sans doute, mais il en est bien mort un certain nombre. Ceci ressemble à l'observation d'un médecin qui, ayant à rendre compte du résultat d'un traitement dans une salle de malades, montrerait quelques individus qui ont survécu, et qui ne compterait pas les morts.

M. Harreaux ne nous dit pas davantage ce que sont devenues les sangsues dégorgées, combien de fois elles ont fait l'aller et le retour de Chartres à Grouville-Saint-Léger, pourquoi l'hôpital de Chartres n'a pas donné suite à cette opération, qui devait lui être avantageuse.

Il est temps maintenant de rechercher si en 1850, à l'époque où M. Borne a visité l'établissement de Grouville-Saint Léger, il n'avait encore, comme l'affirme la Société médicale d'Eure-et-Loir, étudié que l'élève des sangsues et non leur reproduction dans un petit réservoir en maçonnerie. A la Société médicale, qui ne parle que sur ouï-dire, nous allons opposer des autorités plus compétentes, car elles affirment ce qu'elles ont vu.

Le dimanche 19 mars, le rapporteur de la commission s'est rendu à Versailles pour avoir l'avis de deux membres du jury qui, en 1850, ont fait les visites des épiciers à Saint-Arnoult. L'un des membres du jury est mort depuis cette époque. Voici ce que l'autre a répondu :

« Il y a déjà longtemps que, comme membre du jury médical, je suis, avec tout l'intérêt qu'elles méritent, les utiles expériences de M. Borne. Dès 1850, j'ai vu dans son jardin, qu'arrose la petite rivière le Remarde, deux bassins dans lesquels les sangsues étaient reproduites, élevées et nourries. A cette époque, il me fit voir des sangsues de l'année et des élèves d'un, deux et trois ans. Il avait déjà cessé de se servir du bassin couvert dans lequel il avait tenté ses premières expériences. La force des plantations existantes dans ces nouveaux bassins prouvait qu'ils avaient plusieurs années d'existence. Il me fit voir des cocons pleins et d'autres cocons vides, qui avaient été percés par lui pour faciliter l'éclosion des sangsues.

« Cet homme, sur lequel nous avons recueilli les plus honorables témoignages, nouveau Bernard Palissy, a tout sacrifié avec un courage et une patience rares pour suivre son idée jusqu'au bout. Il a résisté à des offres d'argent, afin de ne vendre ses produits que lorsqu'ils seraient complétement beaux et quand il aurait une production régulière. Tels sont les faits qui sont à ma connaissance et à celle de mes collègues du jury médical. *Signé :* THIBIERGE. »

A cette déclaration, viennent se joindre celles de nombreux témoins qui affirment les mêmes faits ; ce sont :

M. Manoury, ancien capitaine d'artillerie, suppléant du juge de paix ;

M. Dujat, commissaire de police à Saint-Arnoult ;

M. Mallet, juge de paix du canton de Dourdan ;

M. Méliet, médecin, et M. Buiren, pharmacien à Saint-Arnoult ;

M. Pelenc, ancien préfet, commandeur de la Légion d'honneur ;

Tout le conseil municipal ;

M. Couteau, boucher, qui a assisté aux premières expériences de nourriture des sangsues nouvellement nées, en 1847 ;

M. Cabois, adjoint, et M. Barreau, garde-champêtre, qui attestent que les fossés qui entourent le marais de Claire-Fontaine existaient quand M. Borne est entré en jouissance de la prairie ;

Et enfin, les mémoires des ouvriers qui ont rafraîchi les fossés.

L'Académie nous permettra de lui donner encore lecture de deux de ces certificats; nous lui lirons cependant, si elle le désire, tous ceux qui sont au dossier.

Certificat de M. Dujat, qui a accompagné le jury de Seine-et-Oise dans ses visites. . . . .

Certificat de M. Manoury. Je soussigné, A. Manoury, capitaine d'artillerie en retraite, chevalier de la Légion d'honneur et de Saint-Louis, ancien inspecteur d'armes des gardes nationales et suppléant du juge de paix du canton sud de Dourdan, ayant été maire de la commune de Saint-Arnoult depuis 1827 jusqu'en 1850, certifie :

Que M. Borne m'a fait part du projet qu'il avait de suivre l'éducation des sangsues pour en obtenir la reproduction, et qu'il construisit à cet effet, en 1845, un petit bassin dans son jardin, où il déposa des sangsues ;

Qu'il a recueilli, en 1846 et 1847, un assez grand nombre de cocons, en raison du nombre de sangsues qu'il avait déposées dans son bassin, pour l'encourager dans son entreprise, et qu'ayant construit, en 1848, un second bassin beaucoup plus vaste que le premier, où il obtint le même résultat, le petit bassin lui servit alors pour élever les filets ;

Que s'étant aperçu que l'eau, dans ses bassins qui sont alimentés par la rivière, ne conservait pas une égale hauteur, et l'expérience lui ayant démontré que la reproduction des sangsues pouvait se trouver compromise par l'accroissement et le décroissement des eaux, il chercha dans les environs du pays un endroit qui pût lui convenir, et qu'ayant reconnu dans la commune de Claire-Fontaine un marais propre à son projet, appartenant à M. Bellanger, il entra en pourparler avec ce propriétaire en 1849, pour la cession de ce marais, cession qu'il ne put obtenir qu'en 1850.

Ainsi, il est avéré que la Société médicale d'Eure-et-Loir était mal informée quand elle a déclaré qu'en 1850, lors de sa visite à Grouville-Saint-Léger, M. Borne ne s'était pas occupé de la reproduction des sangsues; qu'il n'avait que deux petits bassins en pierre dans son jardin; qu'il n'avait pas vu que les sangsues formaient des cocons. Et maintenant que nous savons que M. Borne, en ce moment, avait terminé toutes ses expériences préparatoires, nous serions bien embarrassés de dire ce qu'il a pu prendre à Grouville-Saint-Léger. Ce n'est ni le choix du terrain, ni la grandeur, ni la disposition des bassins; ce n'est pas la manière d'y régler la quantité d'eau, d'y faire déposer les cocons, ni d'y nourrir les sangsues ; à moins qu'on ne le tienne convaincu de plagiat, parce qu'il a fait garder ses marais, éloignés d'une lieue de toute habitation, on ne voit pas ce qui peut rester de l'accusation portée contre lui.

L'Académie nous permettra de lui soumettre encore une autre considération : M. Harreaux est un homme fort instruit, au dire de la Société médicale d'Eure-et-Loir, et nous sommes heureux de pouvoir, cette fois du moins, être de son avis. M. Borne est loin d'être savant, nous dit la même Société; M. Borne lui-même ne dit pas le contraire. Or, voyez le singulier résultat : le savant donne tous ses procédés à l'ignorant, et cela dans une séance où ce dernier aura inévitablement perdu une partie des conseils qu'il a reçus, ce qui lui préparera bien des déboires quand il en viendra à l'application. Pas du tout, et c'est à dégoûter de jamais prendre part à une entreprise, quand on a le malheur d'avoir appris quelque chose: l'établissement du savant est en décadence; celui de l'ignorant prospère. C'est que celui-ci a été assez avisé pour estimer à leur juste valeur les procédés dont on lui vantait l'excellence, pour ne pas tenir compte des conseils du savant; et au lieu de l'imiter, il s'en est tenu à la méthode qu'une longue expérience lui avait appris à reconnaître pour bonne et applicable.

Le succès est si complet que depuis la publication de la Notice sur Claire-Fontaine, le rapporteur de la commission a été, dans sa sphère limitée, consulté par sept à huit personnes qu'il a envoyées visiter le marais de Claire-Fontaine, et qui en sont revenues bien décidées à former des établissements du même genre.

Enfin, supposé que l'établissement de Claire-Fontaine soit encore inconnu, de quelle utilité a été pour l'industrie des sangsues le marais de Grouville-Saint-Léger ? Nulle, en vérité; tandis que la connaissance des procédés de M. Borne, portée à l'Académie, a stimulé partout le zèle des éleveurs, a préparé la réforme des marais de la Gironde, et fait créer déjà plusieurs établissements nouveaux.

Nous ajouterions que le marais de Claire-Fontaine a servi de modèle aux bassins de dégorgement de la pharmacie centrale des hôpitaux, si ces bassins, qui n'ont été terminés qu'à la fin de la saison dernière, avaient pu donner encore des produits utilisables.

La commission persiste dans les conclusions de son premier rapport ;

Elle propose à l'Académie de déposer aux archives la réclamation élevée par la Société médicale du département d'Eure-et-Loir.

Après une longue et orageuse discussion, dans laquelle M. Velpeau surtout se plaint de quelques termes dont s'est servi M. le rapporteur envers une Association de médecins et notamment envers M. Voyet, que M. Velpeau connaît personnellement comme un homme des plus honorables, l'Académie décide que les conclusions de la commission sont adoptées et que ce Rapport sera publié après avoir subi quelques modifications dans les termes dont le soin est laissé au rapporteur,

LECTURES.

Choléra.

M. le docteur Jolly lit un *Mémoire sur la symptomatologie et la thérapeutique du choléra.*

PRÉSENTATIONS.

Cas remarquable de paraplégie.

M. Andral présente une pièce fort curieuse d'épanchement sanguin ayant détruit en grande partie la cinquième et la sixième vertèbre dorsale et le disque intervertébral correspondant, et ayant comprimé la moelle épinière en ce point de son trajet sans lui faire subir aucune altération de

texture. Le malade avait présenté de son vivant une paraplégie qui remontait à deux ou trois mois avant l'époque de la mort. La colonne vertébrale présentait un coude à angle droit au niveau de la lésion; mais on n'avait pu pendant la vie songer à une pareille affection qui simulait jusqu'à un certain point le mal de Pott.

Cure radicale d'une hernie inguinale par l'injection iodée.

M. Jobert présente un malade sur qui il a pratiqué, dans son service à l'Hôtel-Dieu, la cure radicale d'une hernie inguinale par l'injection iodée. C'est le troisième fait de ce genre dans lequel M. Jobert a obtenu un succès complet. (Nous reviendrons avec plus de détails, dans un prochain numéro, sur ce fait remarquable.)

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE.

Elève des sangsues.

La discussion d'hier à l'Académie donne un intérêt particulier à la lettre suivante d'un honorable pharmacien, aux travaux duquel nous avons fait allusion il y a huit jours.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi, à propos de la discussion qui s'agite devant l'Académie, de vous parler en peu de mots d'un voyage que je fis en 1839 en Hongrie pour étudier tout ce qui est relatif à l'élève des sangsues. Je visitai pendant ce voyage plusieurs vastes marais de cette contrée; je me mis en relation avec des pêcheurs nomades des plus renommés; j'acquis la conviction que ces pêcheurs livraient leurs sangsues à des juifs dans un état de grosseur très-convenable pour la succion, mais que ces derniers leur faisaient prendre du sang pour en faire ce qu'on appelle en France du *premier cours*. Ainsi, *un mille* qui aurait pesé à l'état naturel 2 kilogrammes, prenait le poids de 3 kilogrammes après avoir passé par les mains des marchands; puis, en arrivant en France, elles subissaient un nouveau gorgement qui élevait leur poids à 3 kilog. 500 grammes. Ainsi remplies de sang, elles périssent en quantité pendant les chaleurs de nos mois de juin, de juillet et d'août, et cette mortalité fait la ruine du marchand en détail. Je ne crois pas qu'il y ait d'expressions assez fortes pour flétrir les *gorgeurs!*

La nature, dans les marais de la Hongrie, dont quelques-uns ont jusqu'à 120 kilomètres de long, s'est chargée de nourrir les sangsues sans chevaux ni vaches; là, on ne leur donne point de sang de veau à boire; là, on ne les porte pas à la boucherie dans de jolis petits sacs en flanelle pour leur faire prendre le biberon. Elles n'ont rien de tout cela, et cependant elles y croissent par myriades, et elles y sont d'une grande vitalité! Les misérables huttes très-éparses de ces déserts ne renferment pas beaucoup d'animaux pour leur fournir leur sang.

Je conclus donc, depuis qu'il est question de nourrir les sangsues, que les hommes qui en font le commerce n'ont ni la patience ni les moyens d'attendre pendant *huit à dix ans* pour livrer de bonne marchandise, et que, bien peu délicats sur les moyens, ils marchent sans s'occuper ni du commerce, ni surtout du malade!

Le public en fera justice, de ces moyens, quand il en aura connaissance; il lui répugnera de se servir de sangsues *empoisonnées* peut-être! Que les temps sont changés! Il y a à peine trois ans, on faisait couper par morceaux vingt mille sangsues chez deux négociants de Paris, et on jetait ceux-ci en prison pour cinq ans (ils y sont encore), pour avoir eu en magasin des *sangsues qui contenaient du sang!* Aujourd'hui, à dix kilomètres des portes d'une des grandes villes de France, on fait dévorer par année trois à quatre cents chevaux gâtés de morve, de farcin, d'ardeurs et autres pestes semblables, par des millions de sangsues que le lendemain on livre aux malades ..

De semblables contrastes peuvent-ils durer longtemps?

Recevez, etc. LAIGNIEZ, *Ph Ch. P.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Distribution des prix aux internes en pharmacie. — Nomination des internes nouveaux.* — Samedi 25 mars a eu lieu à l'amphithéâtre de l'assistance publique, la séance solennelle de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris. Après un remarquable discours de M. Ducom, pharmacien en chef de la Maison de santé, les noms des lauréats ont été proclamés; ce sont :

Pour la 1re division (élèves de 3e et 4e année).

1er *Prix (médaille)*. M. Noylon, interne de 4e année à l'hôpital de Lourcine.
Accessit (livres). M. Sarradin, interne de 3e année à l'hôpital du Midi.
1re *Mention*. M. Rigaud, interne de 4e année à l'hôpital des Cliniques.
2e *Mention*. M. Memminger, interne de 4e année à l'hôpital des Enfants malades.

Pour la 2e division (élèves de 1re et 2e année).

1er *Prix (médaille)*. M. Dunand, interne de 2e année à l'hôpital du Midi.
Accessit (livres). M. Gallois (Narcisse), interne de 1re année à l'hôpital de la Charité.
1re *Mention*. M. Winsbach, interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu.
2e *Mention*. M. Hottat, interne de 2e année à l'Hôtel-Dieu.

Dans la même séance ont été rendus publics les noms des élèves nommés internes à la suite du concours qui vient de finir, et dont M. Robinet a rendu compte dans une spirituelle allocution adressée aux élèves.

Voici les noms des élèves nommés :

1° Malas; 2° Malherbe; 3° Picquot; 4° Balla; 5° Aveline; 6° Vinatier; 7° Pehea; 8° Soula; 9° Gury; 10° Arnould; 11° Besse; 12° Kampmann; 13° Debeaux; 14° Mussat; 15° Lecointre; 16° Cavailiés; 17° Morel; 18° Lebret; 19° Pitat; 20° Hermier; 21° Liénard; 22° Verrier; 23° Loriferme; 24° Boymier; 25° Personne; 26° Dufour; 27° Plauchud; 28° Coudereau; 29° Vautherin.

— *Les quarantaines devant les littérateurs.* — Les enseignements de la science moderne ne sont déjà plus appréciés par les vrais savants seulement. Des enceintes académiques et des colonnes de la presse scientifique, la vérité se répand chaque jour dans le monde, et si les mesures quarantenaires ne se hâtent pas de céder aux paternelles admonestations de la science, elles tomberont bientôt ridiculement sous le mépris public, à la manière des revenants. Voici comment un de nos plus agréables écrivains décrit et apprécie les quarantaines dans un livre où, sous un style plein de charmes, on sent à chaque pas une bienfaisante chaleur du cœur :

« Tu as assisté sans doute, mon cher Théophile, aux cérémonies risiblement minutieuses de messieurs les membres du conseil sanitaire. Quelle que soit la provenance d'un navire, il est toujours soupçonné de porter dans ses flancs le choléra, la fièvre jaune ou la peste. Des barques de la *santé* entourent le *prévenu* et empêchent les autres batelets de s'en approcher. Un canot portant pavillon national et monté par un monsieur tout en noir, accoste à longueur de gaffe; le commissaire du bord remet au monsieur noir un papier que celui-ci reçoit dans une pelle en cuivre; il l'ouvre précieusement avec des pincettes en même métal, et après en avoir pris connaissance, il abandonne son instrument devenu inutile; il plie courageusement avec ses propres mains cette patente tout à l'heure si dangereuse et la rend au commissaire en déclarant le navire et ses passagers en libre pratique. Ceci *est un vieux reste de barbarie* qui ne subsistera pas longtemps. Les quarantaines, réduites presque partout à quatre ou cinq jours, tendent à s'effacer, et ne sont plus guère, dans les ports musulmans, qu'*une sorte d'impôt forcé levé sur les voyageurs et les marchandises.* » [Le *Nil* (*Egypte et Nubie*), par Maxime Ducamp.]

— Dans plusieurs communes des environs de Paris se faisait, sur une grande échelle, la falsification du lait destiné à la consommation des villes. Hier, M. le procureur impérial de l'arrondissement de Mantes, assisté d'un juge d'instruction et de la gendarmerie, s'est transporté dans plusieurs localités. Il a constaté la falsification d'une grande quantité de lait dont il a ordonné la saisie, et qui a été envoyé à Paris pour y être soumis à l'examen des chimistes desquels le rapport légal sera transmis à la justice.

— *Cours public de clinique sur les maladies mentales.* — M. Baillarger commencera ce cours à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 9 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène, sous la direction de M. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, etc, N° 1, janvier 1854.

Mémoire sur la digitaline et la digitale, par MM. HOMOLLE et QUEVENNE.

MODE DE PUBLICATION. — Les *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène* sont publiées par numéros de 10 à 20 feuilles (150 à 300 pages). Le prix de l'abonnement est de 9 fr. pour Paris et 11 fr. pour les départements. Chaque numéro, constituant un mémoire spécial avec sa table, se vend séparément 4 fr. pour Paris et 5 fr. pour les départements.

On souscrit à Paris, chez M. GERMER BAILLIÈRE, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 39. 2e année. Samedi 1er Avril 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 31 Mars 1854.

Séances de l'Académie des sciences des 13 et 20 Mars.

On se récrie souvent, et il faut bien reconnaître que ce n'est pas toujours à tort, sur les obstacles qu'ont à surmonter les découvertes et les faits nouveaux pour se faire accepter, aussi bien dans la science que dans les autres branches des connaissances humaines ; mais on ne se récrie pas assez peut-être contre la facilité avec laquelle, par opposition, sont accrédités certains faits, certaines théories qui ne se présentent souvent que sous la garantie équivoque de la plus superficielle expérimentation.

Comment échapper à cette réflexion, en voyant chaque jour encore invoquer comme un point de départ incontestable, cette vieille et mauvaise expérience à l'aide de laquelle un expérimentateur usé jusqu'à la corde a voulu prouver que le pain de son suffisait à la nourriture des animaux, tandis que le pain de farine ne pouvait suffire à l'entretien de la vie ; que le premier, par conséquent, était plus nutritif et bien préférable au second. Lorsque des expériences subséquentes, et plus que cela, l'observation vulgaire de tous les jours aurait dû faire renoncer à cette hérétique illusion, nous l'avons vue tout récemment encore prise pour une vérité, et servir de base à des données chimico-hygiéniques qui ne laisseraient pas, si elles étaient prises en considération, que d'introduire de fâcheuses perturbations dans l'alimentation du peuple et dans la régularité, dans la loyauté des transactions commerciales.

C'est au travail d'un chimiste plein de talent et de zèle pour la science, M. Mouriès, que ces réflexions sont surtout applicables.

Dans ce travail, sur lequel nous avons promis de revenir, l'habile chimiste semble avoir voulu prouver que le *principe digestif* du son, dont il décrit les propriétés, explique d'une manière satisfaisante la prétendue expérience dont nous venons de mentionner toute la nullité.

Si M. Mouriès, en effet, s'était borné bien strictement à constater, dans le son, un principe albuminoïde (et l'on sait quelle obscurité règne sur les vrais caractères, sur les métamorphoses de ces principes) capable de transformer la fécule en sucre, nous n'aurions eu qu'à applaudir à ses investigations, et à lui exprimer quelques *desiderata* que, même sous ce rapport, son travail laisse dans l'esprit. Nous lui aurions demandé s'il était bien assuré que le principe digestif en question ne fût pas tout simplement du gluten

BIBLIOGRAPHIE.

Du cuivre dans les substances alimentaires,

Thèse soutenue à l'Ecole de pharmacie de Paris, par M. J. Risler *de Mulhouse.*

Malgré l'assertion contraire de quelques chimistes, les toxicologues admettent l'existence du *cuivre normal* dans le corps de l'homme : pendant longtemps, les chimistes, et entre autres Vauquelin, attribuaient aux vases dans lesquels ils opéraient, le cuivre qu'ils trouvaient tantôt dans les plantes, tantôt dans le sang; cependant Buchalz et Meissner certifiaient avoir trouvé du cuivre dans diverses substances organiques. Toutefois, ce n'est qu'en 1830 que M. Sarzeau, dans un travail fort remarquable et très-étendu, prouva que le cuivre existe dans un grand nombre de substances organiques, telles que le café, le froment, le riz, l'orge, le sarrazin, le quinquina, etc., etc. Enfin, il démontra que le sang de l'homme en renfermait des quantités assez notables, et par des considérations basées sur le résultat des analyses du froment, M. Sarzeau est arrivé à admettre que, dans 7 milliards 300 mille kilogrammes de froment nécessaires pour alimenter la population de la France, supposée être de 30 millions, il n'y a pas moins de 34,061 kilogrammes de cuivre. Les expériences de M. Sarzeau l'ont conduit à admettre 4 millig 666 de cuivre par kilogramme de froment; de sorte qu'un homme mangeant 600 grammes de pain par jour, et qui vivrait ainsi pendant cinquante ans, le poids du pain par lui consommé serait égal à 10,956 kilogrammes, lesquels renfermeraient 6gr09 de cuivre (*Journal de pharmacie*, t. 16, p. 505).

Si on ajoute à ce chiffre le cuivre introduit dans l'économie soit par les boissons, soit dans les aliments autres que le pain, on sera convaincu que le cuivre doit se trouver en assez grande quantité dans l'économie humaine, pour qu'il soit très-facile d'en déceler la présence; d'ailleurs, l'existence de ce *cuivre normal* ou *physiologique* a été mise hors de doute, depuis M. Sarzeau, par les expériences d'un grand nombre de chimistes, parmi lesquels nous devons signaler MM. Chevallier, Devergie, Orfila, Deschamps (d'Avallon), Cottereau fils, etc., etc.

D'abord, expliquons-nous sur l'expression consacrée par l'usage e adoptée dans la science : nous pensons que, parmi les métaux physiologiques ou normaux, il n'y a guère que le fer qui puisse recevoir ce nom, et nous ne pensons pas que le cuivre et le plomb fassent partie de la molécule organique au même titre que le fer dans les globules sanguins, et il est très-probable que le cuivre prétendu normal disparaîtrait, si on supprimait chez un animal l'usage des aliments cuprifères ; ce qui vient à l'appui de notre opinion, c'est que M. Chevallier a publié, dans le *Journal de chimie médicale* (juillet 1847), des expériences, desquelles il résulte que le corps de l'homme est quelquefois exempt de cuivre.

transformé par un commencement de fermentation, et surtout s'il admet que cette propriété de transformer la fécule en sucre soit plus particulière au principe digestif du son, qu'à la plupart des autres principes azotés, lesquels la possèdent tous ou presque tous. Nous aurions pu lui présenter quelques autres remarques encore ; mais, nous le répétons, en présence des conséquences hygiéniques que quelques personnes semblent disposées à tirer du travail de M. Mouriès, ces remarques seraient fort accessoires. Nous avons eu l'occasion de le dire souvent, et nous le répéterons souvent encore : quelle que soit notre considération, et elle est grande, pour les travaux de pure chimie, nous repousserons toujours et de toutes nos forces les inductions hygiéniques et thérapeutiques qu'on pourrait en tirer, lorsque ces inductions ne se présenteront pas sous la sauve-garde d'expérimentations rigoureusement exécutées, et *à fortiori* lorsqu'elles auront pour appui le compromettant patronage dont l'intérêt dramatique a seul pu capter, pendant quelque temps, la confiance de ceux qui aiment mieux croire que voir.

— Dans la dernière séance, celle dont nous publions aujourd'hui le compte rendu, notre honorable et savant collaborateur, M. L. Mandl a communiqué à l'Académie des recherches qui vont jeter un nouveau trouble dans le camp des micrographes. D'après M. Mandl, non-seulement le tubercule n'aurait pas les caractères spécifiques qui lui ont été assignés dans ces derniers temps par un observateur non moins savant, non moins habile que M. Mandl lui-même, mais encore le tubercule serait un produit amorphe, sans organisation aucune. Entre ces deux avis, nous ne sommes malheureusement pas en mesure d'en placer un troisième. Mais quant aux conséquences que M. Mandl tire de ses observations, nous aurons à présenter quelques remarques qui ne nous semblent pas dénuées de toute importance ; c'est ce que nous ferons prochainement. En attendant, nous nous plaisons à reconnaître que le travail de l'honorable observateur porte l'empreinte d'études aussi sérieuses que longuement suivies, et que ce travail nous fait désirer vivement ceux dont il est l'avant-coureur et qui promettent d'être d'une application plus immédiate à la médecine pratique. H. DE CASTELNAU.

De la cure radicale des hernies.

Nous ne devons pas laisser passer, sans quelques mots de réflexions, la remarquable communication faite mardi dernier à l'Académie par M. Jobert. Depuis qu'on a cherché et tenté des procédés pour guérir radicalement les hernies, on n'a certes jamais apporté à l'appui d'une méthode un fait plus satisfaisant et obtenu avec aussi peu de dangers que celui que M. Jobert publie aujourd'hui dans ce journal.

Ce fait toutefois appartient à une catégorie toute particulière de hernies, à une catégorie qui ne forme qu'une très-petite minorité dans la grande classe de ces affections; il appartient aux hernies congéniales compliquées d'hydrocèle. Pour les hernies de cette catégorie, la méthode inaugurée par M. Jobert, laquelle, d'après ce que nous a dit l'habile chirurgien, peut invoquer en sa faveur deux autres faits analogues, cette méthode nous paraît donner les plus belles espérances, et alors même qu'elle ne produirait pas toujours des résultats aussi beaux que celui dont l'Académie a été témoin mardi dernier, M. Jobert n'en aurait pas moins rendu un éminent service de plus à l'art chirurgical.

Mais ce service ne serait-il pas plus grand qu'on ne pourrait le supposer tout d'abord, et la méthode nouvelle ne sera-t-elle pas applicable à d'autres espèces de hernies? Jusqu'à présent, une telle espérance nous semble difficile à concevoir, et cependant cette espérance est déjà plus que cela dans l'esprit de M. Jobert. On comprend que toute la difficulté à vaincre pour appliquer la nouvelle méthode aux hernies ordinaires, consiste à ponctionner le sac sans léser en même temps l'intestin, lorsque l'intestin y est encore renfermé, ou à pénétrer dans ce même sac, lorsque l'intestin a été préalablement réduit. C'est donc dans un procédé satisfaisant de ponction que gît tout l'avenir de la nouvelle méthode appliquée aux hernies ordinaires. M. Jobert, ayant réservé pour une autre occasion la description de ce procédé, nous ne pouvons que désirer que cette occasion se présente pour lui le plus prochainement possible.

H. DE CASTELNAU.

Un des élèves des plus distingués, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris, M. J. Risler, a soutenu une *Thèse* pleine de faits intéressants et d'expériences exactes sur la question du cuivre dans les aliments; il a cherché à établir la limite de sensibilité des réactifs des sels de cuivre : parmi les moyens conseillés par M. Risler, le chalumeau est indiqué comme celui qui donne les résultats les plus précis; mais son usage exigeant des mains habiles et exercées, les réactifs suivants pourront être employés avec succès dans les limites suivantes :

L'ammoniaque donne une coloration bleue jusqu'à 0,0001.

Le ferro-cyanure de potassium (cyanure jaune de potassium) et le fer donnent un précipité brun marron jusqu'à 0,00005.

L'hydrogène sulfuré, précipité brun noir jusqu'à 0,00002.

Une aiguille d'acier, suspendue dans de l'eau acidulée, se recouvre de cuivre au bout de quelques jours, lorsque le liquide n'en contient que 0,000002.

M. Risler fait observer, avec raison, que ces réactifs perdent de leur mérite lorsque le cuivre est combiné à une matière organique; il insiste sur la nécessité qu'il y a de détruire ces combinaisons de cuivre et de matière organique; pour cela, il faut avoir recours à l'incinération et à des lavages longtemps prolongés qui peuvent occasionner des pertes : aussi propose-t-il de remplacer ces opérations, qu'il considère comme peu exactes, par l'emploi de la pile.

M. Risler a eu d'abord recours à la pile de Bunsen, et se servant de lames de cuivre pour électrodes, en prolongeant suffisamment l'expérience, on peut séparer tout le cuivre contenu dans une solution saline ; mais pour que l'expérience réussisse, il faut que le liquide ne soit pas trop bon conducteur, c'est-à-dire pas trop acide ; dans ce cas, le cuivre, au lieu de se déposer avec sa couleur rouge caractéristique, se précipiterait sous la forme d'une poudre noirâtre ; en même temps l'hydrogène, dégagé sur l'électrode négatif, détache le cuivre qui n'adhère pas au platine ; enfin, l'auteur signale encore le transport du cuivre d'un pôle à l'autre.

Là où les réactifs ordinaires sont sans action, la pile indique la présence du cuivre; si l'on opère sur un liquide, il suffit de l'aciduler et d'y plonger les deux électrodes, pour les substances solides; on les divise avec de l'eau acidulée, et on plonge encore les deux électrodes dans le mélange.

Nous ne pensons pas que M. Risler se soit mis à l'abri des inconvénients qu'il voulait éviter : nous voulons parler de l'incinération; tant qu'il s'agira de rechercher la présence du cuivre dans certaines matières végétales, comme les prunes à l'eau-de-vie, les cornichons, les haricots verts, les épinards, etc., la pile pourra suffire ; mais s'il s'agit d'une matière organique riche en matières albuminoïdes comme le pain, nous croyons qu'il sera toujours indispensable de recourir à l'incinération.

M. Risler propose de remplacer la pile de Bunsen par un couple formé

Observation d'hydrocèle et de hernie congéniales du côté gauche. — Injection de teinture iodée pure. — Disparition de l'hydrocèle et de la hernie. — Formation d'un cordon cylindroïde, résultat d'un produit déposé dans toute la longueur de la tunique vaginale,

Par M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

(*Présentation faite à l'Académie de médecine.*)

Michelot (Auguste), âgé de 34 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1853, pour y être traité de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Jusqu'à l'âge de 7 ans, il a eu, dit-il, la bourse du côté gauche dans l'état normal, un peu moins volumineuse, cependant, que celle du côté opposé. A l'âge de 16 ans, à la suite d'un violent effort, il vit apparaître dans le trajet inguinal, jusqu'au fond de la bourse correspondante, une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Une dépression transversale, sensible seulement au toucher, la divisait en deux moitiés inégales : l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette dernière, du volume d'une noisette environ, était dure, rénittente, indolore, devenait le siége, quand on la pressait entre les doigts, d'une sensation analogue à celle que produit le froissement du testicule ; la deuxième, plus volumineuse, pâteuse et molle, limitée assez nettement en bas par la dépression transversale déjà signalée ; son volume augmentait après les repas, pendant la toux, et disparaissait naturellement lorsque le malade se plaçait dans le décubitus dorsal, pour reparaître aussitôt qu'il voulait marcher ou se tenir debout. La peau de la région avait conservé sa mobilité et sa couleur normales.

Un médecin, consulté, reconnut dans la tumeur inférieure le testicule gauche arrivé, par une évolution tardive, à son siége habituel ; dans la tumeur supérieure, une hernie oblique externe de la tunique vaginale, qui s'était produite pendant l'effort.

La hernie fut réduite, et on appliqua un bandage anglais pour la maintenir.

Le malade avait alors 16 ans ; il en a aujourd'hui 34. Pendant dix-huit ans, il a donc supporté la pression d'un bandage. Depuis quelques mois, la tumeur inférieure devenait plus volumineuse, et, bien qu'elle ne fût pas plus douloureuse qu'autrefois, le malade consulta un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, je constatai les symptômes suivants :

Dans le pli de l'aine du côté gauche se trouve une tumeur du volume du poing, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, sans changement de coloration à la peau. Un étranglement circulaire, très-sensible à la vue, sépare la tumeur en deux moitiés : l'une supérieure et externe, qui suit le trajet du canal inguinal jusque dans la cavité abdominale ; l'autre inférieure et interne, plongeant la bourse correspondante.

Le doigt, promené sur la partie inférieure de la tumeur, rencontre le testicule ; il est plus petit que celui du côté opposé. Si on presse sur lui, le malade accuse une vive sensibilité. La tumeur, malgré sa distension et sa rénittence, présente à sa partie inférieure une fluctuation évidente ; la pression qu'on exerce sur elle la fait disparaître, mais elle reparaît dès que la pression a cessé. Enfin, dans sa partie inférieure, elle laisse apercevoir, par transparence, la lumière d'une bougie.

L'examen attentif de la tumeur, et l'ensemble des phénomènes, permettent de reconnaître une double maladie consistant en une hydrocèle et une hernie inguinale oblique congéniales, séparées par un anneau qui représentait un étranglement. Cette cloison incomplète, sorte de diaphragme, parut due à un rétrécissement embryonnaire de la tunique vaginale. Cette espèce de valvule soutenait les viscères par sa surface ventrale, si on peut s'exprimer ainsi, et correspondait, par sa face inférieure, au liquide séreux qui baignait le testicule. Je ne balançai pas à proposer au malade d'oblitérer la tunique vaginale, afin d'arriver, si faire se pouvait, à guérir en même temps l'hydrocèle et la hernie inguinale. Je ne fus pas trompé dans mon attente, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par ce qui suit :

Je pratiquai l'opération en enfonçant obliquement le trois-quarts dans l'épaisseur des tuniques du scrotum, en le faisant marcher lentement par un double mouvement de pression et de rotation, de manière à piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale. La pénétration du trois-quarts dans la tunique fut annoncée par l'absence de résistance, et bientôt par la facilité avec laquelle la canule pouvait librement circuler dans son intérieur. C'est alors qu'une injection de teinture iodée pure fut faite dans la tunique vaginale et le sac herniaire. Le liquide remonta jusqu'à l'endroit où la pression était exercée par un aide sur le point de communication du sac herniaire et du ventre. Il ne s'écoula, par la canule, qu'une petite quantité de sérosité, une cuillerée environ, et le doigt, appliqué sur le trajet du canal inguinal, a suffi pour intercepter toute communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre, et un petit coussinet soutint les bourses.

Le lendemain, 26 novembre, les bourses étaient distendues par un liquide exhalé dans la tunique vaginale. La peau était rouge et modérément tendue. Le malade n'accusa aucune douleur ; il n'y eut ni fièvre ni réaction.

Le 28, le gonflement a un peu diminué; pendant les quatre jours suivants, aucun phénomène remarquable ne s'est présenté.

Le 4 décembre, dix jours après l'opération, on trouve déjà les bourses moins volumineuses ; le malade demande à sortir.

Le 5, le volume de la tumeur est diminué et tout le trajet in-

---

par une aiguille en acier, dans le trou de laquelle on passe un fil de platine que l'on enroule plusieurs fois autour de l'aiguille, et on plonge le petit appareil dans le liquide à essayer; le cuivre en dissolution se précipite sur le platine, mais quelquefois aussi sur le fer ; et comme une portion de celui-ci se dissout dans de l'eau acidulée, il est difficile de déterminer exactement la quantité de cuivre précipité : aussi préférons-nous la pile de Bunsen.

Les empoisonnements par les vases de cuivre mal étamés sont moins fréquents qu'ils ne l'étaient autrefois ; ce résultat doit être attribué aux précautions prises par l'administration ; il n'en est pas moins vrai que M. Risler a confirmé ce qui avait été dit depuis fort longtemps : que les diverses matières alimentaires que l'on est habitué à voir avec une belle coloration verte, doivent cette couleur à la présence d'une petite quantité d'un sel de cuivre, tels sont les cornichons, les prunes, les chinois, les épinards, les haricots verts en gousse conservés, etc., etc.

Sous le point de vue pharmaceutique, M. Risler signale aussi un grand nombre de préparations qui renferment souvent du cuivre, et que les pharmaciens devront essayer avec le plus grand soin : tels sont les divers extraits, celui de réglisse surtout, la crème de tartre soluble, l'émétique, la pâte de guimauve, les eaux distillées, et, parmi celles-ci, l'eau de fleurs d'oranger, que l'on est dans l'habitude très-mauvaise de conserver dans des estagnons en cuivre.

Les analyses de M. Chevallier, celles de Remer, du docteur Brumby, de M. Moride de Nantes, et d'autres encore, ont prouvé que les bonbons coloriés, les jouets d'enfants, un grand nombre de papiers servant dans la confiserie, étaient colorés par des sels de cuivre ; le vin, l'eau-de-vie, les huiles grasses, le vinaigre, etc., sont aussi très-souvent cuprifères ; les thés et les gelées de fruits ont été signalés comme renfermant quelquefois du cuivre ; enfin, M. le professeur Chevallier a fait voir, dans ces derniers temps, que le vin enlevait aux robinets en cuivre une petite quantité de métal ; il a démontré de plus que ce métal était *souvent arsénical.*

En appelant l'attention du public et celle de l'administration sur des faits de la nature de ceux que nous venons de signaler, M. J. Risler a rendu un véritable service ; il a indiqué aux toxicologues une méthode simple pour isoler de minimes quantités de cuivre; il leur a fait connaître le réactif dans lequel ils devaient placer leur confiance ; aussi pensons-nous que les pharmaciens, les médecins et même les gens du monde trouveront, dans la *Thèse* de M. Risler, des faits nouveaux qu'il n'est pas permis aux premiers d'ignorer, et que les derniers seront bien aises de connaître.

O. R.

guinal est rempli par un cordon cylindroïde, ainsi que la portion des vaisseaux spermatiques qui s'étend depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal. Les jours suivants, l'amélioration ne fait que s'accroître, et aujourd'hui, 12 décembre, les bourses sont revenues à leur volume normal, mais ont conservé, ainsi que le cordon, une consistance très-supérieure à celle qu'elles ont habituellement.

Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il ne se plaignait d'aucune douleur du côté opéré, et il pouvait marcher sans fatigue et sans éprouver de gêne, quelle que fût la position qu'il prît.

Le testicule gauche était, comme avant l'opération, dans un état d'atrophie très-prononcé, et il contrastait, par son volume, avec celui du côté opposé. Cet organe était aussi plus élevé qu'avant l'injection, et cette élévation vers l'anneau semblait due à l'action rétractile d'un produit qui s'étendait de son extrémité supérieure à l'orifice péritonéal du canal inguinal. Cette substance, d'une consistance remarquable, représentait une sorte de cylindre très-dur et très-résistant, qui suivait le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques en parcourant tout le trajet inguinal jusqu'à son orifice abdominal. Lorsque le malade toussait ou faisait des efforts, on ne pouvait reconnaître aucun changement dans l'état des parties.

Depuis le mois de décembre 1853, époque où l'opération a été pratiquée, jusqu'au 28 mars, de la présentation du malade à l'Académie, les organes se sont maintenus dans le même état, et quoiqu'il se soit livré à ses occupations habituelles, il n'est pas survenu la moindre trace de déplacement des viscères, et je crois pouvoir regarder la hernie comme guérie.

L'injection faite avec la teinture iodée pure dans le sac herniaire n'a donc déterminé, chez notre opéré, ni inflammation locale sérieuse, ni réaction ou trouble fonctionnel. Sur plusieurs autres malades, il ne s'est déclaré non plus aucun accident, et on peut dire que le travail s'est toujours maintenu dans de justes limites. Ce n'est donc qu'une inflammation adhésive qui s'est déclarée chez les malades soumis à cette opération.

Le produit plastique qui s'est épanché danc le sac herniaire représente pour nous une sorte de tampon, de bouchon qui ferme toute issue aux viscères et au liquide séreux qui tendent à se précipiter dans la poche herniaire. La nature à elle seule comble la cavité accidentelle à la manière d'un lambeau autoplastique.

Nous avons obtenu, avec une facilité remarquable, le dépôt de lymphe dont il vient d'être question, et il s'est exhalé avec la même rapidité dans le sac herniaire que dans la séreuse abdominale, lorsque les viscères qui y sont contenus sont soumis à une opération.

Ce procédé me paraît, jusqu'à présent, avoir rempli les indications que je me proposais, et il me paraît d'autant plus mériter l'attention des praticiens, qu'il n'est suivi d'aucun accident et qu'il est d'une grande innocuité.

J'aurai l'honneur de m'expliquer plus longuement plus tard devant l'Académie, sur la manière de faire la ponction des sacs herniaires.

CLINIQUE CIVILE.

Quelques observations sur les hernies,

Par M. le Dr A. Thierry.

Les Français généralement, et les chirurgiens et médecins français en particulier, ont à coup sûr une position remarquable à la tête de la science et de l'art. On ne peut pourtant se dissimuler qu'ils sont fortement, comme la plupart des hommes, sous l'influence de la routine; et c'est un grand malheur qu'à chaque époque où la thérapeutique fait une conquête nouvelle, on se croie comme obligé de nier tout d'abord les avantages que peut offrir cette découverte pour la pratique de l'art. J'ai peut-être tort; mais, suivant moi, les différentes discussions qui ont eu lieu à propos de l'éther et du chloroforme ont été parfaitement inutiles, et les rapports qui ont été faits sur cette question m'ont paru tout aussi indifférents à la science et à l'art. Du reste, les inventions et les idées nouvelles ne sont ni assez éclairées, ni assez élucidées par les travaux des Académies et des Sociétés savantes. Les Académies conservent avec soin les vieilles traditions qui sont comme autant de chaînons destinés à relier, d'espace en espace, les progrès de la science et de l'art. Mais dire qu'une Académie ou une Société savante a inventé ou produit, je crois qu'on ne le pourrait guère.

Le sujet que je traite ici est un sujet purement pratique. Il se rattache à un de ces faits de thérapeutique chirurgicale où l'art joue un très-grand rôle. Depuis de longues années, près de trente ans, j'exerce la chirurgie; j'ai pratiqué les opérations les plus importantes. Élève de Dupuytren, et me trouvant depuis en rapports presque journaliers avec MM. Gerdy, Velpeau, Blandin, Bérard, Sanson, Jules Cloquet, j'ai été élevé dans le respect de l'anatomie pathologique. J'ai disséqué les hernies crurales et inguinales sur des cadavres; j'en ai préparé les pièces, et j'ai pu apprécier toutes les espèces d'étranglements de hernies et la plupart des formes variées que les hernies présentent chez l'homme et chez la femme. Dans ces derniers temps, j'ai lu avec le plus grand intérêt les travaux de MM. Deville et Malgaigne. Et moi-même, dans le temps, j'ai relaté dans les journaux de médecine, et notamment dans l'*Expérience*, quelques observations sur les hernies soit ombilicales, soit inguinales, soit crurales. Je disais dans l'*Expérience :* « J'ai fait 5 opérations de hernies inguinales et ombilicales, et j'ai eu 2 morts à regretter. J'ai pratiqué 14 fois, chez la femme, l'opération de la hernie crurale étranglée, et 3 fois chez l'homme. Sur ces 17 opérations, 5 ont été suivies de mort et 12 de succès. Je n'ai perdu que des femmes; pas un homme n'a succombé. » — Depuis, j'ai eu l'occasion de pratiquer 4 fois l'opération de la hernie crurale étranglée chez la femme. Sur les 4 cas, j'ai eu la perte d'une malade à déplorer, à la suite d'une péritonite. Dans le cours de mes études, je n'étais certes pas partisan du taxis prolongé, et j'ai généralement opéré des cas de hernies crurales, un jour, un jour et demi, deux jours au plus après l'étranglement. Mais je dois l'avouer, et c'est ici le but principal de cette observation, mes idées se sont aujourd'hui modifiées. Depuis que l'on a découvert les propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme, c'est par le taxis et par l'emploi de l'éther et du chloroforme que j'ai réduit toutes les hernies crurales.

La première fois que j'employai ce procédé, ce fut avec MM. Jacquemin et Gosselin. M. Gosselin, alors élève en médecine, m'assistait souvent dans mes opérations. Nous étions sur le point d'opérer une hernie crurale étranglée sur une fruitière de la rue du Roi-de-Sicile. On l'éthérisa, et pendant la première période de l'éthérisation, après la tentative de taxis continu, la tumeur se réduisit; tous les symptômes fâcheux cessèrent. L'étranglement datait de trente-six heures. La femme guérit sans aucune espèce d'accident. J'eus lieu, 4 fois, de faire des tentatives de taxis et d'éthérisation, et 4 fois j'obtins les mêmes résultats. Quand le chloroforme parut, j'eus nécessairement recours au chloroforme; et depuis, la facilité avec laquelle, par une tentative de taxis, je réduisais la hernie étranglée, m'a fait employer ce moyen dans tous les cas. C'est ainsi qu'avec un de mes confrères, j'ai réduit une hernie crurale étranglée depuis soixante à quatre-vingts heures; puis, avec le docteur Charpentier, une autre dont l'étranglement datait de quarante-huit heures. Dernièrement enfin, appelé, avec M. le docteur Rateau, auprès d'une religieuse hospitalière, j'employai fort heureusement le taxis et le chloroforme. La hernie crurale se réduisit avec la plus grande facilité, et tous les symptômes cessèrent.

Maintenant, il y a deux choses à considérer dans cette pratique : l'influence des agents anesthésiques, d'une part; de l'autre, celle du taxis. Pour ce qui est des dangers de l'éther et du chloroforme, je me bornerai à dire que jamais je n'ai eu de ce côté d'accidents fâcheux à regretter, et je ne sache pas que M. Nélaton ou que M. Velpeau en aient jamais éprouvé. Je crois qu'il suffit de prendre les précautions nécessaires, et de confier à quelqu'un qui s'y entende l'administration du chloro-

forme ou de l'éther, pour prévenir tout accident funeste. Quant au taxis, le procédé que j'emploie pour le pratiquer est emprunté à M. Amussat. Voici la seule modification que je me sois permise : au lieu de frictionner la tumeur avec la belladone ou tout autre corps gras, je la frictionne avec du chloroforme à plusieurs reprises, et puis de l'éther. Je ne me rends pas bien compte du fait physiologique; toujours est-il que l'action de l'éther rend la peau plus pénétrable au chloroforme. Je renouvelle plusieurs fois les onctions de chloroforme et d'éther. Je saisis alors la hernie par sa partie la plus étroite, par son col ; je serre fortement la portion de peau et de sac qui constitue le corps de la hernie; puis, tirant fortement sur cette partie, et tâchant, avec la main placée sur le collet de la hernie, de faire rentrer dans l'intestin les parties situées dans le sac herniaire, je tends à aplatir la hernie latéralement. C'est à ce moment que je fais respirer le chloroforme et que la portion intestinale réductible rentre.

Depuis que je fais usage de ce procédé, ayant ainsi modifié le taxis et administrant le chloroforme par onction à la fois et par inspiration, j'ai été appelé huit fois pour des cas de hernie crurale chez la femme, cas accompagnés de vomissements, de suppression de la digestion alvine, de douleurs profondes dans la région du ventre, d'anxiétés précordiales, de tous les accidents, en un mot, qui accompagnent l'étranglement de la hernie. Dans tous ces cas, j'ai réduit la hernie sans le moindre accident; et quelque chose de remarquable, c'est qu'après la tentative de taxis la plus fatigante, quelques heures après, les malades ont pu vaquer à leurs occupations. Pas de fâcheux accidents à redouter ; une légère courbature à la suite d'une réduction assez pénible, voilà les résultats heureux de l'emploi du cloroforme et du taxis pour la guérison d'une hernie crurale étranglée.

Il ne s'agit pas ici de hernies crurales étranglées et enflammées avec ulcération de la peau. Dans des cas de cette nature, la seule indication serait d'inciser la tumeur et de donner issue aux matières épanchées. Il ne s'agit que de hernies crurales étranglées, avec suppression de matières stercorales et vomissements de matières porracées.

Maintenant, quelle cause fait relâcher la hernie, et occasionne sa réduction immédiate? Est-ce l'action du chloroforme sur l'intestin ; est-ce la manière d'opérer le taxis ? Quelles que soient les opinions divergentes sur l'efficacité du chloroforme, toujours est-il que les faits restent acquis, et quant à moi, n'ayant eu dans mes diverses tentatives de taxis la perte d'aucun malade à déplorer, je ne pratique plus l'opération de la hernie crurale étranglée par instrument tranchant. Il m'est arrivé journellement d'employer le chloroforme (et je n'en suis pas partisan exagéré) sur des malades qui, après avoir été opérés et chloroformés ont pu regagner à pied, de chez moi, leurs habitations souvent assez éloignées : je n'ai pas eu d'accidents fâcheux à déplorer. Je ne vois pas pourquoi, à propos de quelques observations isolées, je changerais la nature de ma pratique.

Dans un autre article, je traiterai de la hernie inguinale étranglée.

Observation d'anévrisme artérioso-veineux faux consécutif du pli du bras, suite d'une saignée malheureuse.—Ligature par la méthode d'Anel. — Insuccès. — Ablation du kyste. — Guérison.

Par le Dr Louis Chapel, *de Saint-Malo, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.*

Quoique la blessure de l'artère brachiale, qui résulte de la saignée, s'observe moins souvent qu'autrefois, il n'en est pas moins vrai que l'ignorance ou l'inattention en fournissent encore des exemples malheureusement trop fréquents. Ne serait-ce pas prendre une utile mesure que de défendre, à certaines corporations religieuses, qui rendent assurément de grands services dans les campagnes, de pratiquer la saignée de la basilique médiane, comme le faisait Dupuytren, naguère encore, à tous les élèves de son service? Cette manière de voir ne se trouve-t-elle pas suffisamment justifiée par les paroles suivantes de Dionis : « La saignée, qui est l'opération de la chirurgie la plus commune, et celle qui paraît la plus simple, est néanmoins celle qui est accompagnée de plus d'accidents : il y en a qui peuvent arriver par la faute du chirurgien, comme la piqûre du nerf et du tendon, ou de l'artère; mais il en est une infinité qui en sont des suites fâcheuses, quoiqu'on les ait bien faites, et dont on veut rendre le chirurgien responsable. » L'observation qui suit témoigne de la gravité que peut atteindre une opération considérée généralement comme très-simple et qui a nécessité, par les accidents, deux opérations sérieuses qui étaient de nature à compromettre l'existence du malade.

Observation. — Merdrignac (Louis), âgé de 29 ans, est marin ; sa constitution est forte, le système musculaire bien développé, d'un tempérament sanguin nerveux.

Il n'a jamais été malade.

Plusieurs jours après une saignée pratiquée par une sœur de Saint-Vincent-de-Paul, ce malade vit se développer, au bras droit, une tumeur dont il ne se préoccupa pas et pour laquelle il ne demanda aucun conseil. Pendant tout le temps que Merdrignac put travailler, il resta dans une telle indifférence sur son état, qu'il n'attira son attention que deux ans après l'accident, arrivé en 1844, lorsque la tumeur avait déjà acquis la grosseur d'un œuf de poule et occasionnait quelques difficultés dans les mouvements du bras.

Le malade alla se confier aux soins d'un chirurgien ambulant qui me pria de l'aider dans l'opération de la ligature qu'il avait l'intention de pratiquer, ce qui me permit d'examiner la tumeur qui siégeait au pli du bras et qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule. La main, légèrement appuyée à plat sur la tumeur, sent un frémissement très-sensible qui a son maximum d'intensité pendant la diastole artérielle, remonte le long des vaisseaux à quelque distance du pli du bras, et disparaît aussitôt que l'artère est comprimée entre le cœur et l'anévrisme; puis s'affaisse en partie si l'on exerce une compression directe. Les veines sont médiocrement développées. Le malade se plaignait de ressentir, depuis quelque temps, des engourdissements dans la partie interne de l'avant-bras et principalement dans le pouce et l'indicateur, engourdissements qui avaient augmenté et qui s'accompagnaient actuellement d'une faiblesse qui l'effrayait. Il m'a assuré plusieurs fois qu'il n'avait jamais ressenti de frémissements ni aucunes sensations particulières dans la tumeur.

Une ligature fut jetée sur la brachiale à 9 ou 10 centimètres au-dessus de l'anévrisme, qui subit une diminution de volume pendant quelques jours, au dire du malade, et qui revint bientôt à son premier volume; en sorte que Merdrignac ne jouit pas longtemps du bénéfice de l'opération qui avait été pratiquée.

Je n'avais pas vu le malade depuis le jour où il avait été opéré en ma présence, quand il se présenta à l'hôpital de Saint-Malo, le 21 décembre 1853, pour y être traité d'une tumeur énorme qui l'empêchait de travailler. Située au niveau du pli du bras, elle envahit le tiers supérieur de l'avant-bras : elle s'incline vers la partie interne du membre, position qui devient exagérée quand le malade fléchit l'avant-bras sur le bras. Une forte compression exercée sur la tumeur ne la fait pas diminuer, il en est de même quand on veut intercepter le cours du sang en comprimant l'artère humérale. On ne perçoit aucun battement, aucun frémissement; l'auscultation ne fournit non plus aucuns renseignements. Le pouls radial droit paraît un peu moins développé que celui du côté opposé. La tumeur semble avoir de profondes racines, si l'on en juge par le peu de mobilité de sa base, qui compte une circonférence de 34 centimètres et 11 centimètres de hauteur. Elle est un peu allongée dans son diamètre vertical. Sa consistance offre des différences suivant qu'on l'examine à sa base qui est solide, ou à son sommet qui est ramolli et qui est le siége d'une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Le malade ne ressent de douleurs d'aucune espèce, et si ce n'était la gêne qui l'empêche de travailler, il ne serait pas entré à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, Merdrignac a perdu l'appétit, le sommeil; il a maigri, et la peau présente une teinte semblable à celle que l'on observe dans les maladies chroniques.

Il a avoué à un de ses voisins qu'il était très-effrayé des changements qui s'étaient opérés dans sa tumeur depuis près de trois mois et de l'idée d'une seconde opération.

22 *et* 23 *décembre.* La tumeur paraît augmenter de volume; la peau rougit, s'enflamme au sommet, et du pus séreux sort en assez grande quantité par l'ulcération : des douleurs de plus en plus vives se font sentir, au point de ne plus laisser de repos au malade.

Le 24, altération profonde des traits; souffrances continuelles; augmentation de la tumeur, à laquelle participe l'avant-bras; ramollissement et rougeur de plus en plus prononcés; écoulement du pus à la moindre pression. — Il n'y avait plus à hésiter, il fallait opérer. Dans cette conjoncture, je pris conseil de mon honorable collègue M. Martel, médecin en chef de l'hôpital, qui partagea mon opinion.

Tout étant préparé pour l'opération, j'y procédai de la manière suivante, en présence de mes honorables confrères MM. Martel, de Krollier et Cabaret.

Le malade, soumis à l'action du chloroforme, l'artère brachiale étant ensuite exactement comprimée, je cernai toute la portion de peau malade par deux incisions en demi-lunes partant de 3 centimètres environ au-dessus de la base, se terminant à 3 centimètres au-dessous de la tumeur. Alors je me livrai à une dissection assez pénible pour isoler l'anévrisme enkysté, tout en ménageant, autant que possible, les vaisseaux et les nerfs. La tumeur, qui avait contracté de fortes adhérences avec les aponévroses d'enveloppe, avait non-seulement comprimé principalement les muscles qui s'attachent à l'épitrochlée, en leur faisant perdre leur forme et leur couleur naturelle; mais elle avait même pénétré dans leur interstice au point d'obliger à une dissection qui, dans un langage un peu hyperbolique, pouvait ressembler à une préparation myologique. L'opération terminée, il resta, à la place de la tumeur, une énorme caverne que le sang combla aussitôt que j'eus fait diminuer la compression. Des fils furent jetés sur un grand nombre de vaisseaux, au nombre desquels furent comprises les artères radiale et cubitale qui me parurent diminuées de volume. Je croyais en avoir terminé avec les ligatures, quand j'aperçus un jet de sang rutilant extrêmement délié qui sortait d'un vaisseau à parois minces, flasques, bleuâtres, que je pris tout d'abord pour une veine : c'était l'artère humérale modifiée qui fut immédiatement liée. J'explorai alors l'artère radiale droite, au-dessus du carpe, qui me présenta des battements qui n'étaient pas si affaiblis que l'on ne pût les sentir facilement.

Etant resté deux heures à l'hôpital, avant de faire le pansement, dans la crainte qu'il ne survînt quelque hémorrhagie au milieu de cette vaste plaie, je réunis ensuite le plus exactement possible, au moyen de bandelettes agglutinatives disposées en X ou par *occlusion,* et terminai par le pansement ordinaire. Je plaçai le bras demi-fléchi sur un coussin un peu élevé, et je fis administrer un cordial qui était réclamé par le malade.

La tumeur, qui pèse 532 grammes, est enveloppée d'un sac épais, de consistance fibreuse et même fibro-cartilagineuse, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres en carré, excepté à la partie supérieure où existait l'ulcération. Les caillots sont disposés en couches fibrineuses régulièrement concentriques, les plus denses se trouvant généralement en rapport avec les parois du kyste. Cependant, plusieurs points de la tumeur sont ramollis, et l'un d'eux occupe la circonférence en arrière de l'ulcération. Vers la base et au centre, on remarque plusieurs petits foyers sanguins, dont quelques-uns paraissent de formation récente. Il était impossible de reconnaître qu'il avait été le support du kyste avec les vaisseaux.

(Potion calmante pour la nuit.)

Le 25, le malade a passé une nuit tranquille et dit n'avoir pas souffert. Les pièces d'appareil sont légèrement tachées, l'avant-bras est tuméfié. Les pulsations de la radiale droite sont plus sensibles qu'après l'opération, elles marquent 88 pulsations à la minute; peau chaude; pas de soif.

(Deux bouillons, un potage, continuer la potion.)

Le 26, le pouls bat 76 fois à la minute le matin, 84 fois le soir. Il a dormi d'un bon sommeil; la peau n'est pas chaude; il n'a pas de soif; il demande à manger.

(Trois potages.)

Le 27, 80 pulsations; bon sommeil pendant toute la nuit. L'état du malade est très-satisfaisant. J'enlève les pièces d'appareils jusqu'à la cuirasse que je nettoie et sur laquelle j'applique de nouveaux linges à pansements.

(Trois potages, œufs.)

Le 28, le malade qui avait été triste, préoccupé jusqu'à présent, prend confiance en voyant l'appétit, le sommeil revenir, et son caractère devient plus gai, plus expansif.

Le 29, les bandelettes étant enlevées, laissent voir une plaie d'un bon aspect et dont les lèvres sont écartées de 1 centimètre environ. Un nouveau pansement par *occlusion* est appliqué.

2 *janvier.* Le malade est heureux de sa position qui est excellente. Je renouvelle le pansement pendant lequel toutes les ligatures tombent. La plaie est vermeille, les granulations offrent un bon aspect. La suppuration est peu abondante et de bonne nature.

Il serait inutile de suivre le malade par toutes les phases de la cicatrisation de la plaie, qui était complétement fermée six semaines après l'opération. Il me suffira de dire que le même pansement a été appliqué jusqu'à guérison.

Voici actuellement dans quel état se trouve Merdrignac, le 10 mars : la cicatrice est légèrement froncée, sans dépression bien marquée; les battements de la radiale droite sont aussi forts que ceux du côté opposé; le bras est bien développé, les mouvements sont faciles; mais ceux d'extension sont un peu limités à cause de la cicatrice qui, tiraillée, occasionne une légère douleur et produirait une rupture si le malade forçait, ce qui est déjà arrivé. Il n'y a point d'engourdissement, de perte de sensibilité ou des mouvements partiels. La main serre vigoureusement; finalement, le bras n'a nullement perdu de sa force. Cet homme pourra donc reprendre sa profession pénible de marin, qu'il avait momentanément abandonnée pour se faire traiter.

Réflexions. — Maintenant, je vais essayer, dans quelques courtes réflexions, de faire ressortir les points principaux de mon observation. Et d'abord, quelle était la nature de l'anévrisme dont il m'a été donné d'étudier les symptômes? Il est généralement admis que le frémissement particulier que l'on observe dans les tumeurs anévrismales est un signe pathognomonique de l'anévrisme artérioso-veineux, surtout quand il se réunit à des renseignements qui mettent sur la voie d'une blessure veineuse et artérielle. Cependant, cette signification a été contestée par un chirurgien éminent, qui a pensé que la doctrine des anévrismes, telle qu'elle est enseignée aujourd'hui, avait besoin d'une révision sévère. Il ne croit pas que le bruissement, le frémissement particulier que l'on sent à la main et que l'on entend, avec le secours du stéthoscope, appartienne davantage à l'anévrisme artérioso-veineux qu'à l'anévrisme faux consécutif. Ainsi, M. le professeur Malgaigne ne contesterait-il, avec raison, la justesse de diagnostic d'une observation présentée comme un cas d'anévrisme artérioso-veineux et qui offrait les trois phénomènes suivants : 1° des pulsations isochrones aux battements du cœur; 2° un frémissement également perceptible au doigt et à l'oreille, frémissement qui ne se fait sentir que dans une très-petite étendue au-dessous du point où a été pratiquée la saignée, mais se prolonge au-dessus de ce point de 9 à 10 centimètres; 3° enfin, un bruit de souffle bien distinct du bruissement, bruit de souffle continu, avec renforcement isochrone à la pulsation artérielle (Nélaton, *Gazette des Hôpitaux,* 1846).

Quand on connaît la rigoureuse exactitude avec laquelle observe l'éloquent professeur, il est bien permis de douter, de ce doute philosophique qui n'est pas suffisamment éclairé et qui ne demande qu'à l'être. Quoi qu'il en soit des efforts du savant chirurgien, qui ont été si souvent couronnés de succès et que personne n'apprécie mieux que moi, je persiste à croire que la brachiale a été liée pour un anévrisme artérioso-veineux; et l'in-

succès de l'opération viendrait encore donner une nouvelle force à cette opinion.

On conseille surtout, au moment ou dans un temps voisin de l'accident, la compression méthodique avec des compresses, une pièce de monnaie, ou des disques d'agaric, et les chirurgiens les plus distingués paraissent lui devoir des succès incontestables ; mais il n'est pas toujours possible d'établir un semblable appareil sans voir survenir des symptômes graves et même la gangrène, tandis que la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, conseillée depuis longtemps par M. le professeur Malgaigne, mise en pratique, avec un nouveau succès, il y a un ou deux ans, par M. A. Thierry, semblerait promettre des résultats heureux sans exposer aux mêmes accidents que la compression du bras. Ce serait donc un des premiers moyens que je mettrais en usage si j'avais à traiter un anévrisme traumatique du pli du bras, me réservant, bien entendu, de varier les appareils de compression en cas d'insuccès.

Dans un remarquable travail, lu à la Société de chirurgie, M. le professeur Roux établit qu'il faut agir, dans les cas d'anévrismes artérioso-veineux, comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle toute récente : il faut, dit le célèbre et très-regrettable confrère, lier l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture par laquelle elle communique avec la veine. Tous les chirurgiens connaissent les effets désavantageux de l'application de la méthode d'Anel aux anévrismes artérioso-veineux ou pour le moins leur insuffisance, puisqu'ils tendent à s'accroître et mettent le plus souvent le malade dans la nécessité de subir une nouvelle opération qui ne le cède en rien, pour la gravité, à la première, comme je l'ai noté dans l'observation de Merdrignac. L'opérateur, malgré les réflexions qui lui furent adressées, crut que la méthode qu'il allait mettre en usage avait sa raison d'être en pensant à la possibilité de la coagulation du sang dans la poche ; mais il avait compté sans la circulation veineuse qui, apportant le sang à la varice, l'engage nécessairement dans l'ouverture de communication entre les deux vaisseaux, ou bien sans le mouvement ascensionnel du sang artériel, favorisé par les nombreuses anastomoses, ces innombrables ressources de la nature dans la cure de l'anévrisme, si bien étudiées par les chirurgiens modernes depuis les travaux de Hunter.

La ligature, pratiquée dans le courant du mois d'août 1846, n'eut donc aucune influence sur la marche de l'anévrisme, qui avait repris sa forme primitive et ses battements expansifs avant que la plaie fût complétement cicatrisée. Comme le malade ne s'était fait opérer que pour obéir aux injonctions de son père, qui désirait profiter de l'occasion qui se présentait de pouvoir confier son fils à l'habileté d'un chirurgien ambulant, il se hâta d'assurer ses parents du mieux qu'il éprouvait, et se mit à reprendre le cours de ses voyages sur mer.

Que s'était-il passé depuis sept ans, pendant lesquels Merdrignac n'avait cessé de se livrer à tous ces rudes travaux de la navigation sans prendre la moindre précaution ? L'anévrisme artérioso-veineux, qui avait pu être simple à son début et qui ne s'était pas bien sensiblement modifié lors de la première opération, quoique la compression exercée sur la tumeur ne pût la réduire qu'incomplétement, s'était modifié avec le temps et sous l'influence des efforts puissants auxquels les marins se livrent chaque jour. Un anévrisme faux consécutif en avait été la conséquence. Le sang, au lieu de passer directement de l'un des vaisseaux dans l'autre, ne se serait-il pas épanché dans le tissu cellulaire en rompant les moyens d'union qui reliaient l'artère à la veine? Ou bien, un épanchement de lymphe plastique, en réunissant les lèvres de la petite plaie qui aurait été faite en arrière de l'artère et servait de digue au sang contenu dans le vaisseau se serait-elle rompue? Enfin, une troisième supposition ne pourrait-elle pas être faite : celle où le sang sortirait par l'ouverture qui surmonte la veine ? Quoi qu'il en soit de toutes ces hypothèses que l'opération ne m'a pas permis de résoudre, le sang, en s'épanchant dans le tissu cellulaire, s'est formé une enveloppe en refoulant les tissus environnants à la manière des kystes dits *consécutifs*. C'est cette tumeur qui, augmentée par des épanchements successifs, avait envahi toute la région antérieure et interne de la partie inférieure du bras, de la partie supérieure de l'avant-bras, et avait fini par rendre très-difficiles les mouvements du membre. Une circonstance qu'il n'est pas inutile de signaler, c'est l'augmentation rapide de la tumeur, observée par le malade, pendant les deux ou trois derniers mois, probablement sous l'influence du travail qui se faisait pour amener la rupture du kyste, qui présentait une solution de continuité derrière l'ulcération qui siégeait à la partie supérieure de l'anévrisme.

Je crus qu'il était de mon devoir, dans une circonstance aussi grave, de recourir aux lumières d'un chirurgien qui pût m'offrir le concours de son expérience et de son talent. Je m'adressai, en conséquence, à mon excellent et savant confrère, M. Larrey, qui voulut bien me faire une réponse avec une extrême obligeance, qui ne s'est pas démentie dans plusieurs circonstances où j'ai été à même de l'éprouver. Malheureusement les événements, qui avaient marché plus vite que je ne l'aurais désiré, me forcèrent à prendre un parti, en compagnie de mes honorables confrères de Saint-Malo. J'ai décrit, dans mon observation, les difficultés qui se présentèrent sous mon bistouri en voulant éviter la section des vaisseaux et principalement celle des nerfs, en allant disséquer et enlever la tumeur située profondément au milieu des muscles de l'avant-bras : je n'y reviendrai pas. Mais je ne fus pas peu surpris de voir l'artère brachiale donnant du sang et transformée pour ainsi dire en veine : j'eus besoin de rappeler mes souvenirs pour voir cesser mon étonnement. Ce fait, qui avait déjà été signalé par Hunter, a été vu depuis par bien des observateurs. Quant à la perméabilité que j'ai observée sur une artère qui avait été liée, elle a été également l'objet de l'attention des chirurgiens, et M. Robert, dans la séance de la Société de chirurgie du 4 janvier 1854, a rappelé l'observation de plusieurs malades qui portaient des anévrismes traumatiques, chez lesquels la circulation s'était rétablie, quoique le vaisseau eût été lié. Cet habile chirurgien a tiré, de ces faits, des conséquences qui me paraissent justes et qui donneraient raison à l'opinion de J.-L. Petit, qui n'admettait pas que la guérison fût obtenue par l'oblitération du vaisseau, sur celle de Scarpa.

Ne pouvant pas réunir avec des points de suture, à cause de l'écartement trop considérable des bords de la plaie et cependant voulant les rapprocher le plus possible, je dus recourir aux bandelettes agglutinatives que je disposai en cuirasse comme je le fais depuis longtemps. Je vois en effet tous les jours, avec le secours de ce pansement que M. Chassaignac a recommandé avec raison, les plaies marcher vers une cicatrisation souvent si rapide, que c'est le pansement généralement admis dans le service que je dirige à l'hôpital. Il a eu pour avantage, dans le cas particulier de Merdrignac où il a été appliqué, d'avoir soustrait le membre malade aux mouvements inséparables des pansements journaliers, qui sont toujours accompagnés d'une douleur plus ou moins forte, et d'avoir favorisé la prompte guérison de la plaie. Si j'ai fixé à six semaines le temps de la guérison complète, c'est qu'une petite ulcération, suite d'une déchirure de la cicatrice, avait occasionné un retard dans la guérison. Il n'en est pas moins vrai que je n'ai eu qu'à me louer du bon résultat que j'ai obtenu par ce mode de pansement, qui a certainement abrégé la durée du traitement.

Les craintes que j'aurais pu concevoir pour le résultat de l'opération ne se sont pas justifiées, et Merdrignac sortira (1) prochainement de l'hôpital, ne conservant que le souvenir de ce qui s'est passé.

PHARMACOLOGIE.

Falsification de l'aloès,

Par M. Norbert Gille.

L'auteur passe en revue les moyens qui sont recommandés

(1) Depuis que ces lignes sont écrites, Merdrignac m'a demandé sa sortie que je n'ai pas cru devoir lui refuser, en lui faisant, toutefois, la recommandation de ménager son bras pendant quelque temps.

pour reconnaître la pureté des aloès du commerce, qui sont l'emploi de l'eau comme dissolvant, et le fer rougi au feu : ce dernier donnant lieu à un développement d'odeur résineuse facilement reconnaissable, lorsqu'une résine se trouve mélangée à l'aloès.

L'emploi de l'eau à son point d'ébullition dissout, sans résidu, l'aloès lorsqu'il est pur; par l'abaissement de température, la solution se trouble et dépose de la matière résineuse.

Maintenue à ce point élevé de température, l'eau seule serait suffisante pour constater d'une manière certaine l'état de pureté de l'aloès; mais le plus léger abaissement de température et l'action prolongée de la chaleur sur lui peuvent donner des résultats différents de ceux qu'on attend.

Frappé de ces inconvénients, M. Gille propose l'usage d'une solution de carbonate sodique contenant de 2 à 3 pour cent de ce dernier, pour remplacer l'eau seule. Pour une partie d'aloès suspect, il prescrit de prendre dix parties de solution sodique; on chauffe en ayant soin de ne pas laisser adhérer l'aloès au fond du vase. La solution s'opère facilement, et par le refroidissement et le repos, elle ne se trouble pas et ne laisse déposer aucun corps étranger si l'aloès est pur.

L'aloès qui se rapproche des résines par sa nature, se dissout dans l'eau facilement à la faveur du carbonate alcalin et y reste dissous par l'abaissement de température. Il en résulte que le moyen proposé satisfait pleinement. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Mars 1854. — Présidence de M. Combes.

M. Mandl présente un *Mémoire sur la structure du tubercule.*

« C'est une condition absolue dans l'examen histologique des tissus, dit l'auteur, que la transparence parfaite des éléments soumis à l'observation microscopique : la clarté et la netteté, ces caractères essentiels de l'image, en sont les résultats immédiats. Aussi, tous les micrographes, en plaçant un tissu sous le microscope, prennent-ils généralement la précaution de le préparer, c'est-à-dire de l'étaler en couche suffisamment mince pour que la lumière puisse traverser les éléments les plus déliés. Or, pour donner à l'objet toute la transparence nécessaire, les observateurs sont obligés, lorsque le tissu est cohérent, de le diviser, de le déchiqueter en fragments d'une grande ténuité, à l'aide d'instruments piquants. Cette méthode présente de grands inconvénients : en effet, souvent il est arrivé que ces fragments, résultats accidentels de la préparation, ont été pris avec leurs formes irrégulières, accidentelles, pour ainsi dire arbitraires, pour les éléments normaux, constants du tissu sain ou pathologique, soumis à l'observation microscopique.

« Cette remarque trouve son application dans les recherches relatives à la structure intime du tubercule cru. En effet, lorsqu'on en prépare, pour l'examen microscopique, une parcelle, d'après la méthode indiquée, on voit, d'une part, les éléments normaux du tissu pulmonaire; d'autre part, une portion plus ou moins grande du tissu morbide. Les éléments ne présentent plus leur transparence naturelle, mais paraissent comme infiltrés, pénétrés par une masse finement granulée et parsemée de granules graisseux, qui sont solubles dans l'éther et insolubles dans l'acide acétique. A côté, on apercevra des corpuscules aplatis, d'une forme tantôt arrondie, tantôt anguleuse, mais toujours inconstante, fort irrégulière, composée d'une masse amorphe finement granulée et parsemée de molécules graisseuses excessivement petites. Ces corpuscules ne sont que les fragments de la parcelle tuberculeuse soumise à l'examen microscopique, et qui constitue une lamelle solide amorphe, cohérente, finement granulée. Aussi l'observateur peut-il, à volonté, augmenter leur nombre en subdivisant de plus en plus la substance tuberculeuse; ne présentant ni forme ni grandeur déterminées, ils sont analogues à ceux de toute autre substance exsudée amorphe. Il n'existe donc point de globules ou de corpuscules tuberculeux particuliers, il n'existe point d'éléments caractéristiques du tubercule. Cependant cette ressemblance que présentent entre elles toutes les parcelles amorphes, n'autorise nullement à croire identiques entre elles ces substances mêmes, moins encore les maladies qui les ont produites.

« La substance tuberculeuse étant une matière amorphe, ne se compose donc pas d'éléments qui pourraient s'accroître et se développer. La multiplication et l'agrandissement des tubercules ne peuvent, par conséquent, s'expliquer que par juxtaposition, par des exsudations nouvelles, qui viennent s'ajouter aux anciennes; c'est une preuve de plus que les progrès de la maladie se rattachent à une cause incessamment active; c'est elle que l'on doit détruire, si réellement on veut déraciner la tuberculisation.

« Par suite du ramollissement, la substance tuberculeuse se fragmente en parcelles identiques à celles que l'on obtient par la préparation du tubercule cru.

« Le ramollissement du tubercule est dû à la dégénérescence graisseuse, et peut se déclarer avant l'inflammation, c'est-à-dire avant l'apparition des globules de pus et des globules inflammatoires. Cette métamorphose est un indice certain que la substance tuberculeuse est incapable de s'organiser, incapable de vivre et d'entrer en rapport organique avec les tissus voisins. La dégénérescence graisseuse, en effet, ne se manifeste dans un tissu que lorsque sa nutrition est suspendue, ainsi que le prouvent les observations de la transformation graisseuse des muscles ou de la portion périphérique des nerfs coupés, les expériences de R. Wagner, les recherches du docteur J. Guérin, etc.

« Par suite de ce ramollissement et de l'inflammation qui s'y joint plus tard, le tubercule, dont l'organisme ne peut s'accommoder, se trouve complétement éliminé; l'organisme ne s'accommode pas non plus du tubercule qui a subi la métamorphose crétacée; car, ce qui persiste, c'est la matière organique, la substance organique du tubercule ayant disparu.

« Si maintenant il est permis de tirer quelques conséquences thérapeutiques de ces faits, on peut dire que le traitement devra se proposer un double but : d'une part, l'attention du médecin doit être fixée sur la cause productrice, c'est elle qui doit être combattue, car elle seule entretient incessamment le travail de tuberculisation; d'autre part, les métamorphoses que subit le tubercule, par la marche naturelle de la maladie, fournissent des indications pour un traitement local. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La petite chronique que nous avons publiée il y a quelques semaines, relativement à cet honorable médecin d'eaux minérales qui se plaignait de n'avoir jamais touché *une* centime de son traitement, a fait pleuvoir à notre adresse une foule de lettres et de consultations et *consultes* dans lesquelles, chose fort triste à dire, un grand nombre de médecins fournissent des preuves tout à fait équivalentes de science et de littérature. Mais, nous l'avouons, toutes ces preuves le cèdent à celle qu'a citée M. de Laurès, dans un remarquable et spirituel rapport lu dans la dernière séance de la Société hydrologique. M. de Laurès a parlé d'un autre médecin d'eaux minérales qui demandait un jour si l'*adénite* était une *maladie* ou un *médicament?* Le spirituel rapporteur a eu, bien entendu, la discrétion de ne pas citer l'auteur de ce bon mot; mais on a cru deviner que cet inspecteur appartenait à un établissement un peu plus important que celui de l'auteur de *la centime*. Nous le répétons, tant que le corps médical ne parviendra pas à se purger de cette lie de la profession, il n'y a pas de réforme à espérer pour la pratique de la médecine.

— *Programme du prix institué par la Société de médecine de Strasbourg.* — Personne ne met en doute l'influence que des notions précises sur le mode de formation et sur la composition des tubercules pourraient exercer dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

En conséquence, la Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante : *Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation modernes.*

Les auteurs auront à rechercher comment se forment les tubercules;

Sont-ils toujours le produit d'une diathèse ou état général de l'économie? Ne sont-ils pas quelquefois la conséquence d'une lésion toute locale ou idiopathique?

Le tubercule diathésique diffère-t-il, par sa composition, du tubercule idiopathique?

Les granulations (phthisie granuleuse de Bayle) et les tubercules proprement dits ont-ils la même origine et la même composition? Dérivent-ils les uns des autres?

Rappeler et contrôler les travaux chimiques et microscopiques ayant trait à ces questions, qui ont été réalisés dans ces derniers temps.

Si les concurrents veulent joindre à leurs réponses aux questions précédentes, quelques détails sur les modifications que les tubercules déterminent dans les tissus où ils se produisent et dans l'économie en général, il leur sera tenu compte de ces travaux accessoires.

Un prix de 300 fr. sera décerné au Mémoire couronné.

Ce prix sera décerné dans la séance publique de juillet 1855.

Les Mémoires, écrits très-lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Gabriel Tourdes, secrétaire de la Société, rue de la Nuée-Bleue, 18, avant le 1er juin 1855.

Les membres résidants de la Société ne peuvent point concourir; les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Ils doivent distinguer leurs Mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Le billet cacheté ne sera ouvert que lorsqu'une récompense aura été décernée.

Le travail couronné sera publié dans les *Mémoires* de la Société, et l'auteur recevra le titre de membre correspondant de la Société.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 40. 2e année. Mardi 4 Avril 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Maisonneuve.

Traitement des cancers de la langue, de la bouche et du pharynx, par la ligature des artères carotide primitive et carotide externe.

Depuis les importants travaux de M. Maisonneuve sur les affections cancéreuses, le service chirurgical de l'hôpital Cochin est devenu le rendez-vous des cancers les plus graves et les plus compliqués ; mais quelque désespérés qu'ils soient, l'habile chirurgien trouve sans cesse de nouvelles ressources à leur opposer.

Parmi les cas de ce genre qui nous ont paru les plus remarquables, nous signalerons surtout trois cancers de la bouche, de la langue et du pharynx, que M. Maisonneuve a eu l'heureuse idée de combattre par la ligature des artères carotides externes, réalisant à la fois une idée chirurgicale des plus fécondes et l'une des plus hardies tentatives de la médecine opératoire. Car nous ne croyons pas que la ligature de l'artère carotide externe ait été jamais exécutée, au moins en France.

Voici le résumé succinct de ces trois faits remarquables :

1° *Cancer de la mâchoire récidivé. — Ligature de l'artère carotide primitive. — Cessation immédiate des douleurs et diminution de la tumeur.* — Une femme jeune encore, affectée d'un cancer encéphaloïde de la mâchoire inférieure, fut opérée au mois de décembre 1853. La désarticulation du maxillaire inférieur du côté droit faite à cette époque, fut suivie d'un résultat de courte durée, et trois mois après l'opération, la malade revint à l'hôpital Cochin. Le cancer encéphaloïde s'était reproduit du même côté et avait envahi toutes les parties molles de la face.

La dégénérescence était tellement diffuse, qu'il devenait impossible d'en tenter l'extirpation. Cette opération, suivie probablement du même résultat que la première, eût fait courir à la malade de trop graves dangers.

C'est dans ces circonstances désespérées que M. Maisonneuve proposa la ligature de l'artère carotide primitive, dans l'espoir que la tumeur encéphaloïde, privée de son élément principal, de sa vascularité, s'affaisserait, surtout en y ajoutant l'influence des réfrigérants.

La ligature de la carotide primitive fut faite le 11 mars 1854, et, bien que le résultat ne soit pas encore complet, il nous a paru digne de fixer l'attention des praticiens. En effet, les douleurs affreuses qui avaient forcé cette pauvre femme à venir réclamer une nouvelle opération trois mois après la première, ont disparu instantanément ; dès le lendemain, le volume de la tumeur était diminué des deux tiers. Ce résultat ne s'est pas un instant démenti, et la tumeur continue de jour en jour à s'amoindrir. Aujourd'hui, 30 mars, la plaie est entièrement cicatrisée ; la tumeur a diminué de plus des quatre cinquièmes, la malade a repris sa gaieté et les douleurs n'ont pas reparu. Ce succès sera-t-il durable ? C'est ce que le temps seul peut nous apprendre.

2° *Cancer de la langue et de la mâchoire inférieure. — Ligature de l'artère carotide externe. — Diminution rapide de la tuméfaction et des douleurs.* — Ce malade est un homme de 34 ans, effecté d'un cancer de la langue, du maxillaire inférieur et des parties-molles sous-jacentes. Contre cette affection entièrement inaccessible aux resssources ordinaires de la chirurgie, M. Maisonneuve se décide à pratiquer la ligature de la carotide externe.

Cette opération fut exécutée le 17 mars 1854. M. Maisonneuve crut prudent de lier en même temps la thyroïdienne supérieure.

Dès le 20 mars, le malade accusait un mieux sensible ; la suppuration était déjà moins abondante et moins fétide, les douleurs avaient disparu et la tuméfaction avait considérablement diminué.

La plaie de la ligature s'est rapidement cicatrisée et ne laisse plus qu'un simple pertuis pour le passage du fil qui n'est pas encore tombé. Lorsque la cicatrisation sera complète de ce côté, M. Maisonneuve se propose de pratiquer la ligature de la carotide externe du côté opposé.

3° *Cancer de la langue et du maxillaire inférieur. — Ligature de la carotide externe du côté gauche.* — Le 28 mars, M. Maisonneuve a pratiqué encore la ligature de la carotide externe, dans des conditions à peu près semblables, chez un homme de 45 ans. Toutefois, l'affection carcinomateuse n'existe encore que d'un côté et n'a envahi la langue que secondairement.

Chez ce malade, comme dans toutes les ligatures, M. Maisonneuve insista sur la nécessité de faire une large incision, afin de ne pas compromettre, pour une plaie simple, une opération de cette importance.

L'opération, faite en présence de M. le professeur Reitz et de nombreux élèves, consista, comme la précédente, dans la ligature de l'artère thyroïdienne d'abord, puis de l'artère carotide externe du côté droit. La plaie fut réunie à l'aide de serre-fines.

Dès le 30 mars, la réunion était opérée dans presque toute l'étendue de la plaie, et, comme chez les précédents malades, les douleurs ont cessé instantanément. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces faits remarquables. Blot.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les n*os 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33 *et* 35 *du tome* 2.)

ONZIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance, nous avons essayé d'exposer l'histoire des ceintures : nous avons vu qu'il y a des ceintures molles, en toile, cuir, laine, des ceintures élastiques en caoutchouc, et des ceintures métalliques, ou des ressorts : parmi ces derniers, nous avons vu deux grandes catégories, le bandage anglais (ou ressort anglais) et le bandage français. J'ai dit qu'en comparant sur le vivant les deux ressorts armés de la même pelote, et employés contre la même hernie, j'avais vu une hernie qui, par le ressort anglais, était maintenue avec une pression de 4 livres, exigeait une force de 4 livres 1/4, 4 livres 1/2, pour être contenue par le ressort français, ou le bandage anglais *perfectionné,* comme on disait.

La première question qui résulte de cet examen est celle-ci : Quelle force faut-il que le ressort déploie pour maintenir une hernie réduite? Pour les hernies légères, il ne faut guère que 1 livre 1/2 ou 2 livres ; il est déjà pénible d'avoir à supporter une pression de 3 livres, cependant cela se supporte ; quand on arrive à 4 livres, il faut que la hernie soit bien incommode au malade, pour qu'il se décide à subir une telle pression, et encore faut-il que les téguments soient assez forts pour pouvoir y résister : à 4 livres 1/2, il y a peu de sujets qui seraient capables de la supporter.

Il est étrange qu'une hernie qui paraît si forte et qui repousse si violemment les téguments, puisse être maintenue à si peu de frais. Ne croyez pas, messieurs, que ce soit à peu de frais : 4 livres 1/2 de pression, c'est déjà énorme, et cependant, si vous demandez à un bandagiste : « Jusqu'à quelle pression peut-on aller? » il ne manquera pas de vous dire : « On peut aller à 6 livres, 8 livres, 10 livres ! » Il ira toujours en augmentant la pression jusqu'à ce que la hernie soit maintenue ; le malade dit bien : « Cela me gêne, mais cela se fera. » et le bandagiste est du même avis ; sachez que, même à 6 livres, *cela ne se fait* jamais, et quelquefois, dans le court trajet qui sépare la boutique du bandagiste du domicile du malade, il est obligé de s'arrêter, d'entrer dans une allée et d'ôter son bandage : qu'importe au bandagiste, son bandage est vendu, c'est tout ce qu'il lui faut et ce n'est pas son affaire si la hernie est maintenue ou non.

Je vous dis cela, messieurs, afin que vous ne vous laissiez pas prendre à ces petites ruses des bandagistes ; car si le malade s'entête à vouloir supporter, je puis bien dire, braver une pression pareille, il s'expose à avoir des excoriations et même des gangrènes sur les points des téguments que pressent le bandage.

Il y a cependant un fait qui m'a beaucoup intrigué : tandis que, avec les ressorts ordinaires, on ne peut guère supporter une pression de plus de 4 livres 1/2, avec les pelotes à ressorts spiraux, on peut aller jusqu'à une pression de 16 livres si elle est nécessaire pour maintenir la hernie. Comment cela se peut-il faire? Voici le nœud de l'énigme : quand on applique un ressort anglais, la pression se fait sur deux points diamétralement opposés, elle agit tout entière, il n'y a pas de déperdition : quand, au contraire, on applique un ressort spiral, ce ressort peut nécessiter une pression de 16 livres pour que les deux plaques qui séparent les spirales se touchent, en d'autres termes, ce ressort peut peser 16 livres ; mais faites attention que jamais la pression qu'il exerce n'agit sur toute la pelote en même temps, elle n'existe jamais que d'un côté à la fois, de sorte que l'on n'a guère à supporter qu'une pression de 5 à 6 livres tout au plus et encore cette force change-t-elle souvent de place, aussi peut-on mieux la supporter que si elle se faisait toujours sentir au même point. Du reste, je suis très-porté à croire que la force déployée par ce ressort spiral ne doit pas aller à plus de 4 livres 1/2 comme les autres.

Mais comment peut-on mesurer la force d'un ressort, comment peut-on *peser* un ressort? Pour un ressort spiral, on place des poids sur l'une des plaques jusqu'à ce qu'elle soit rapprochée de l'autre : s'il faut 3 kilogrammes pour affaisser la plaque supérieure jusqu'à l'inférieure, la force du ressort est de 6 livres.

Pour le ressort anglais et le ressort français, voici le procédé dont on se sert : on commence par mesurer le diamètre antéro-postérieur du corps de l'individu, puis on suspend le ressort par une de ses extrémités, et à l'autre on attache des poids : le poids nécessaire pour amener un écartement du ressort assez grand pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du corps, représente la force du ressort, et l'on dit alors : Ce ressort pèse tel poids. Wickham avait imaginé un petit appareil fort ingénieux qui écartait le ressort à une ligne près du degré que l'on voulait, et un dynamomètre, auquel correspondait l'appareil, indiquait le poids du ressort. Si commode que fût cet appareil, je ne l'ai jamais vu que chez lui, et, pour ma part, je crois qu'il est beaucoup plus simple de peser le ressort par le procédé que j'ai indiqué.

Maintenant que nous avons vu les pelotes et les ceintures, il nous faut examiner comment la pelote s'unit à la ceinture : ce chapitre de l'histoire du bandage vous paraîtra sans doute bien léger et bien frivole, il n'en est pourtant pas ainsi, et sur ce point peut-être il a été dépensé plus d'efforts d'imagination que sur les parties du bandage que nous avons déjà passées en revue.

Si vous prenez une ceinture molle, ou bien la pelote est cousue après, comme le bandage de M. Rochard vous en donne un exemple ; la pelote est cousue à la partie inférieure, ou bien la pelote n'est pas cousue à la ceinture, mais elle fait partie intégrante de la ceinture : je reviendrai plus tard sur ce sujet qui est bien digne de votre attention ; ou bien la ceinture passe par le milieu de la pelote, en travers ; dans d'autres bandages, les pelotes sont cousues dans la ceinture et n'agissent que par leur partie supérieure ; mais, dans presque tous ces appareils, la pelote est fixée à la ceinture.

Voici deux appareils où la pelote est indépendante de la ceinture. Comment va-t-elle ici venir se joindre à la ceinture? La pelote porte deux œillets à chacune de ses extrémités ; la ceinture est placée autour du corps ; la pelote tient au sous-cuisse et vient se rattacher à la ceinture en passant sous la jambe, et elle est fixée là par ses deux œillets que retiennent deux agrafes cousues à la ceinture. Cela m'amène à vous dire que dans tous ces bandages il y a toujours des sous-cuisses. La pelote représente un triangle dont deux angles seulement sont maintenus par la ceinture ; il faut nécessairement que le troisième angle soit tenu par le sous-cuisse : voilà la condition indispensable, et il est fort indifférent que la pelote tienne à la ceinture et vienne s'unir au sous-cuisse, ou qu'elle soit fixée au sous-cuisse et vienne rejoindre la ceinture.

Le grand inconvénient de toutes ces ceintures était précisément dans la présence de ce sous-cuisse qui tire la pelote à son angle inférieur bien plus que ne le sont les angles supérieurs, et c'est aussi en bas que la hernie file le plus souvent. Ces ceintures ont déjà l'immense désagrément de produire, sur les points qu'elles compriment, cette dégénérescence dartreuse dont je vous ai déjà entretenus ; mais si la hernie est difficile à contenir, il faut mettre un sous-cuisse, et vous devez comprendre quel sera le fâcheux effet du passage de cette partie dn bandage sur la peau dans une région où elle est le siége d'une sécrétion âcre qui aide beaucoup à l'excoriation de ce tégument; aussi nombre de malades ne peuvent-ils, pour cette raison, supporter le sous-cuisse.

M. Ribes, qui m'a été adressé par M. Cruveilhier, a résolu ce problème très-difficile : faire tenir sans sous-cuisse un bandage à pelote molle; il l'a résolu, dis-je, et d'une manière qui, si elle n'est pas complétement satisfaisante, nous montre au moins qu'il ne faut pas désespérer de voir un jour la solution favorable de cette grande question. Comment M. Ribes peut-il appliquer la pelote sur la hernie et la faire presser suffisamment sans

sous-cuisse ? Voici comment il s'y prend : la pelote est tout à fait indépendante de la ceinture ou du ressort; elle porte, sur la face opposée à celle qui s'applique sur la hernie, un trou assez large, conique, dans lequel plonge une sorte de clou qui la fixe au reste de l'appareil. Cette pelote est pressée contre la hernie par un petit mécanisme que nous n'avons encore vu dans aucun autre bandage ; c'est un petit ressort d'acier courbe très-solide qui s'insère sur une autre petite pelote, laquelle, le bandage étant en place, est située à la partie supérieure de l'abdomen. La ceinture presse donc à la fois sur la pelote supérieure et sur la pelote inférieure; mais, comme la pression qu'elle exerce sur ces pelotes est plus près de la pelote inférieure que de la supérieure, elle agit avec plus de force sur la pelote inférieure qui est ainsi fortement appliquée sur la hernie. Vous savez que, avec les bandages ordinaires, lorsqu'on se penche en avant, la hernie est à découvert et file sous la pelote qui remonte avec le reste du bandage. L'appareil dont je vous parle en ce moment n'a pas cet inconvénient : la pelote inférieure suit parfaitement la paroi abdominale dans son déplacement, et maintient encore très-bien la hernie : voilà donc un bandage qui est préférable à tous les autres, en ce qu'il maintient la hernie sans sous-cuisse et qu'il la maintient dans toutes les positions. Mais cette pelote supérieure, qui appuie sur la paroi abdominale, est-elle sans inconvénient ? La pression qu'elle exerce à la partie supérieure du ventre est-elle indifférente au malade ? Pour m'éclairer sur cette question, j'ai essayé de porter moi-même, plusieurs heures de suite, l'appareil de M. Ribes : dans la position debout, on éprouve quelque chose d'insolite à sentir cette pression sur le haut de l'abdomen, mais enfin cette sensation est tolérable ; mais quand je fus assis, au bout de quelque temps, la pelote supérieure était pressée par les fausses côtes d'une façon très-pénible, et je me sentis tout à mon aise lorsque je l'eus retiré.

Je suis très-convaincu, néanmoins, que dans le cas d'une petite hernie, cet appareil remplira parfaitement l'effet désiré ; mais pour une hernie difficile, je doute que ce mode de jonction puisse réussir. En effet, c'est une pelote mobile ; or, les pelotes mobiles ne peuvent s'employer que quand la hernie est petite, que le canal inguinal est intact et que l'on peut assez enfoncer la pelote pour qu'elle se creuse un trou sans érailler l'anneau ; si la hernie est un peu volumineuse, elle soulèvera un coin de la pelote et finira par la faire basculer. Si la hernie presse seulement sur le centre, la pelote résistera ; mais si la pression de la hernie se fait plus bas, la pelote ne pourra plus résister, elle se renversera et la hernie coulera.

Celui qui a imaginé ce bandage est certes un artiste distingué, car avant lui on ne connaissait pas cette manière de faire, et l'on était toujours obligé de recourir aux sous-cuisses, et, du reste, il n'a pu copier sur rien. Mais il y a, dans l'histoire des hernies, et des bandages par conséquent, un point que j'avais noté comme un *desideratum ;* je ne puis, par aucun moyen, maintenir complétement une hernie crurale, et je sais bien pourquoi, tandis que les bandagistes, qui ne le savent pas, se figurent le savoir et croient même maintenir les hernies crurales d'une manière assez facile : aucun bandage, jusqu'ici, n'avait pu maintenir une hernie crurale, et cet appareil les contient.

Certes, j'avoue que si l'on m'eût proposé ce problème, il y a seulement six mois : faire tenir solidement une pelote inguinale sans faire usage de sous-cuisse, j'aurais répondu que je croyais la chose très-difficile à résoudre, et maintenant, voyant le résultat que l'on a déjà obtenu, vous devez être convaincus qu'il ne faut jamais désespérer de l'esprit humain, qui peut inventer un jour ce qu'il ignorait encore absolument la veille.

En résumé, cet appareil fort ingénieux de M. Ribes maintiendra parfaitement une petite hernie inguinale facile à contenir, et sans éraillure des anneaux, mais une hernie inguinale un peu volumineuse, difficile à contenir, ne sera certainement pas maintenue par ce bandage. Pour les hernies crurales, au contraire, il sera excellent.

A part cet appareil, il faut donc pour les pelotes molles un sous-cuisse soutenant l'angle inférieur de la pelote, tandis que les deux angles supérieurs sont supportés par la ceinture.

Nous arrivons maintenant aux bandages à ceintures métalliques. Comment, dans ces bandages, la pelote est-elle unie au ressort ? D'un assez grand nombre de manières. Il y a : 1° des pelotes fixes sur le ressort ; 2° des pelotes demi-mobiles, et 3° des pelotes mobiles.

Les pelotes fixes sont les plus anciennes. Dans le bandage français, le ressort est rivé à la partie supérieure de la pelote, qui est immobile : le bandage de Camper est dans la même catégorie : enfin, tous les bandages français en sont là ; en voici un, par exemple, dont j'ignore l'auteur : je suis certain que c'est un bandage français, car deux fortes vis maintiennent la pelote fixée après le ressort.

Le bandage de M. le docteur Fournier, de Langres, qui a joui d'une si grande célébrité, c'est encore un bandage français, dans lequel la pelote se rattache à la ceinture à l'aide d'une forte vis.

Dans ces appareils, ces deux éléments, la pelote et le ressort, sont si bien unis l'un à l'autre, que certains bandagistes ont eu l'idée de faire des pelotes d'un seul et même morceau avec le ressort : et ils avaient raison au point de vue de la solidité, car si bien unie que soit la pelote au ressort, ce mode d'union ne sera jamais aussi fixe que si l'appareil est d'une seule pièce. Ils avaient donc raison au point de vue de la solidité, mais cette solidité même étant entachée de grands inconvénients, il s'ensuit qu'ils n'ont rien fait de bon avec cette invention.

Il y a aussi une autre espèce de pelotes mobiles sur le ressort, mobilité provenant de divers mécanismes plus ou moins compliqués, plus ou moins lourds, permettant, disent les inventeurs, de donner, suivant le besoin, diverses inclinaisons à la pelote, et cela au bénéfice non pas du malade, car sa hernie est ordinairement mal maintenue par ces appareils, mais bien à celui du bandagiste qui vend plus cher un bandage compliqué, enjolivé, qui a l'air de faire beaucoup de besogne, et qui, au résumé, en fait fort peu.

C'est aux angles supérieurs de la pelote que le ressort vient s'unir dans ces bandages ; qu'en résulte-t-il ? C'est que l'angle inférieur n'est pas assez soutenu et qu'au moindre dérangement, au moindre effort, la hernie peut filer ; aussi les bandagistes ont-ils songé à faire presser la pelote sur la hernie, à faire *pincer* la pelote, comme on dit en terme de *bandagisterie.* Comment y arrive-t-on ? Oh ! messieurs, par une foule de moyens : ce sont des crics, des vis, etc., des appareils, en un mot, qui, lorsque la pelote a une certaine inclinaison, permettent de lui en donner une autre. Y a-t-il rien de plus ingénieux que cela ? Et quel dommage que ces moyens soient si infidèles dans leurs effets !

Quel que soit le mécanisme auquel on s'adresse pour obtenir ce résultat, tous ces appareils ont toujours le même but, avoir une pelote droite et pouvoir la faire tourner à volonté, de manière à la faire pincer.

Tout cet attirail n'a pas suffi à quelques mécaniciens qui, voyant combien l'application de ces moyens donnait peu de sécurité, voulurent trouver un remède efficace et sûr : en effet, lorsqu'on met le bandage, on incline la pelote autant qu'il est nécessaire pour que la hernie soit dans l'impossibilité de sortir : la pelote pince donc, et on s'en va avec la certitude qu'on a donné à l'instrument une inclinaison convenable ; mais dans la journée, pour une raison ou pour une autre, un effort de la hernie vient retentir sur la pelote, change l'inclinaison, et la hernie n'est plus contenue.

C'est pour parer a ces variations de l'inclinaison de la pelote que certains bandagistes ont imaginé d'avoir deux pelotes sur lesquelles on agit avec une vis, comme dans le tourniquet de J.-L. Petit. Je ne puis vous montrer cet ingénieux appareil, qui est au moins aussi mauvais que les autres ; il manque dans la collection de la Faculté, mais vous le trouverez certainement dans quelques-unes des boutiques brevetées de la bonne ville de Paris.

Quelle est l'utilité de ces mécanismes destinés à faire pincer la pelote ? Elle est toute du côté du bandagiste qui vend sa marchandise, mais pour le malade, elle est mauvaise, et pour quatre

raisons : 1° si le malade a besoin d'une pelote ayant une certaine inclinaison, pourquoi ne pas lui donner une pelote fixe dans cette direction? Elle sera beaucoup plus sûre dans son action que si vous mettez une pelote droite que vous inclinerez à l'aide d'un mécanisme, cela coûte beaucoup plus cher (au malade, bien entendu, car pour le bandagiste, ils lui reviennent au même prix l'un et l'autre) et c'est beaucoup plus mauvais ; 2° le mécanisme est exposé à se rompre ; 3° ils perdent bientôt leur force de pression : j'en ai vu de ces mécanismes, qui, bien que neufs, ne pouvaient résister à la pression de la hernie; 4° enfin, ces appareils sont trop compliqués pour ne pas être gênants.

Ne vous laissez donc pas prendre aux belles paroles des bandagistes qui vous vanteront ces mécanismes ; ils sont au détriment du malade sous tous les rapports.

Il est cependant des cas où la pelote doit être fixe et avoir une certaine inclinaison plutôt qu'une autre : nous reviendrons bientôt sur ce point.

Nous allons étudier maintenant d'autres pelotes fixes : j'ai dit que, dans le bandage français, le ressort se fixe à la partie supérieure de la pelote : dans certains bandages anglais, le ressort, très-indépendant de la pelote, est appliqué à l'aide d'une ou de deux vis; ce sont donc des bandages fixes, mais qui diffèrent du bandage français en ce que le même ressort peut s'appliquer à diverses pelotes, et *vice versâ.* Le bandage de M. Fournier (de Langres) est un peu dans ce genre-là : c'est un écrou carré dans lequel entre une grosse vis; aussi est-il très-solide, mais en même temps lourd et incommode, et même comme il pourrait fort bien arriver qu'il déchirât la peau, on le renferme dans une bourse de peau : c'est presque par cela seul que brille ce bandage.

Il y a des pelotes qui sont rendues fixes par le moyen d'une double plaque : je confesse que je n'ai rien compris à ce mécanisme. Ce bandage appartient à l'arsenal de la Faculté, il est sans aucune espèce d'indications ; j'ai cherché son analogue dans les bandages modernes, je n'ai rien pu trouver : voilà donc un nouveau champ ouvert aux inventions et partant aux brevets.

Vous voyez que parmi les pelotes fixes il y a, ainsi que je vous l'avais dit, une grande quantité de variations.

Nous arrivons maintenant aux pelotes mobiles. Il y avait bien des pelotes mobiles en elles-mêmes, et d'abord toutes celles qui, n'étant serrées que par des ceintures molles, pouvaient l'infléchir par les mouvements du corps. Salmon imagina des pelotes essentiellement mobiles, c'est-à-dire jouissant d'une mobilité indépendante du ressort, et du mode d'union de ces deux pièces. Aujourd'hui nous avons nombre de ces bandages à pelotes mobiles par différents mécanismes, mais la difficulté n'est pas là, elle est dans la certitude du mode d'action de ces pelotes.

Ici se présente une première question : pourquoi y a-t-il des pelotes fixes et des pelotes mobiles? Doit-on préférer dans certains cas telle ou telle sorte de pelotes, et pourquoi cette préférence? Il y a quelque chose de très-juste et de très-rationnel dans l'emploi des pelotes mobiles, et cet emploi est très-nettement indiqué : quand vous avez une petite pelote du volume du pouce à appuyer contre la paroi antérieure de l'abdomen, et qu'elle devra se creuser son nid en cet endroit, vous n'avez pas à craindre que, une fois ce travail fait, votre pelote bouge de place, et ne laisse la hernie à découvert : dans de telles conditions, donnez à la pelote la mobilité nécessaire pour qu'elle suive tous les mouvements du ventre, et vous verrez qu'elle contiendra mieux la hernie que ne le ferait une pelote fixe. Celles-ci ont l'inconvénient de ne pas suivre les mouvements des parois abdominales, elles se déplacent avec le ressort, et laissent à leur partie inférieure un espace vide par lequel la hernie peut filer.

Dans ce cas, la pelote mobile est donc un perfectionnement, mais encore faut-il une foule de conditions : 1° quand la hernie est peu volumineuse, qu'elle est dans le canal ou à peine sortie, et qu'on peut appliquer la pelote sur toute la longueur du canal ; si, au contraire, la hernie est grosse, on ne peut plus employer les pelotes mobiles, il faut recourir aux pelotes à bec de corbin ; 2° il faut que l'on agisse sur de jeunes sujets dont les aponévroses soient solides, tandis que chez les gens âgés on s'exposerait à érailler les anneaux et même on les éraillerait certainement ; enfin, chez les jeunes gens mêmes, il faut encore une condition, c'est qu'ils aient assez d'embonpoint pour que la pelote puisse faire son nid.

Du reste, messieurs, le grand principe de l'application des bandages, c'est qu'il n'y a pas d'appareils en général pouvant et devant s'appliquer dans tel ou tel cas; il n'y a que des indications, et c'est au chirurgien à bien les saisir.

Nous avons donc vu les trois catégories de pelotes : pelotes mobiles, demi-mobiles et fixes sur le ressort; mais à quel point de la pelote doit aboutir le ressort? Si je vous posais cette question en dehors de l'histoire des hernies, si je vous disais : Nous avons à exercer une pression sur ce point, nous devons la faire à l'aide d'une pelote soutenue par un ressort ; à quel endroit de la pelote doit aboutir le ressort? Votre réponse serait certainement : « Au centre de la pelote. » Eh bien, messieurs, il n'y a pas trente ans que l'on sait cela; avant cette époque, on faisait aboutir le ressort à la partie supérieure de la pelote; et même maintenant, parmi tous les bandagistes de Paris, il n'y en a pas quatre qui suivent cette loi : faire aboutir le ressort au centre de la pelote, et encore ceux qui le font ne savent pas pourquoi ; Salmon le leur a dit, et ils suivent machinalement son avis.

Dans tous les bandages possibles, celui de Camper, de Jalade-Lafont, le bandage anglais, le bandage français, celui même de Fournier (de Langres), qui, à en croire la quatrième page des grands journaux, guérit toutes les hernies, dans tous ces bandages, le ressort vient appuyer en haut de la pelote.

Quant au bandage de M. Simonneau, décoré du titre pompeux de bandage à *pelotes anatomiques,* j'avoue que pour ma part je n'y comprends rien, et j'en suis à me demander si l'auteur de cet ingénieux appareil se comprend lui-même.

De l'union du ressort à la partie supérieure de la pelote, résulte ceci : dans les premiers moments de l'application du bandage, la hernie est contenue, mais si celle-ci vient à presser un peu fortement, elle soulève cette malheureuse pelote d'autant plus que rien ne la soutient : c'est dans ces circonstances que les bandagistes ont songé à faire pincer les pelotes avec plus d'énergie; ils se sont dit par pur instinct : « La pelote est pressée par le ressort à sa partie supérieure où il y a précisément le moins de danger que la hernie file, c'est au contraire en bas que cet accident peut arriver, et c'est là que la pression est le moins forte ; il faut donc augmenter cette pression à la partie inférieure. » Alors ils ont voulu faire *pincer* la pelote, et pour cela, ils ont renversé sa pointe en bas et en arrière.

Mais il y a un inconvénient, c'est que l'on serait obligé quelquefois de renverser la pointe de la pelote tant et tant, qu'elle finirait par ne plus toucher la hernie que par son bord, par un seul point.

Il fallait d'ailleurs trouver un moyen expéditif de faire pincer la pelote lorsqu'un malade trouvait que sa hernie n'était pas suffisamment contenue, et cela sans changer le bandage. Ce moyen, les bandagistes l'ont trouvé. Je vous ai déjà montré que ces ressorts dits d'acier (et qui en renferment bien peu, si toutefois il est vrai qu'ils en contiennent) sont assez faciles à plier ; pour arriver plus vite à faire plier ce ressort, ils ont imaginé de tremper le collet du ressort encore moins que le reste (le *collet* du ressort est la partie la plus voisine de la pelote) et alors, avec un petit coup de pouce, presque imperceptible pour le malade, on fait pincer la pelote. Voilà, messieurs, comment sont faits et appliqués les bandages français : un malade se présente, le bandagiste prend un bandage quelconque ; il ne maintient pas la hernie, un petit coup de pouce suffit pour faire pincer la pelote ; mais cette manœuvre, si inoffensive en apparence, fait que le malade est obligé de changer son bandage, et que souvent, fatigué de ne pouvoir en trouver un convenable, il laisse sa hernie sortir.

J'ai vu nombre de fois faire ce manége au père Blin, qui était docteur en médecine cependant, mais qui était bandagiste pardessus tout. Si la pelote ne pinçait pas, il donnait un coup de

pouce ; si le ressort cassait, il disait : « Détestable bandage. » Si, au contraire, il pliait, il disait : « C'est très-bien. »

Méfiez-vous donc de ces bandagistes qui vous diront : « La pelote ne pince pas, mais je vais bien la faire pincer. »

La pelote doit avoir une certaine inflexion fixe, solide, dont on a cherché à s'assurer en faisant le ressort et la pelote d'une même pièce : cette manière de faire serait excellente si, pour chaque individu, on faisait un bandage particulier après avoir bien examiné et saisi toutes les indications et contre-indications requises par le cas spécial : mais il y a là autre chose, une affaire de boutique ; les bandages sont fabriqués par douzaines, et il faut, bon gré mal gré, que chacun pris au hasard serve pour le malade à qui on le présente, alors le fabricant donne un coup de pouce en dedans, un coup de pouce en dehors, suivant la circonstance, et l'affaire est faite ; la hernie n'est pas maintenue, mais le bandage est vendu, c'est tout ce qu'il faut au bandagiste.

Que faut-il donc faire pour incliner la pelote d'une manière convenable? Cette seule petite chose : ne pas l'incliner du tout, et faire aboutir le ressort au centre même de la pelote, comme dans le bandage de Salmon, dont la pelote mobile s'articule à son centre avec le ressort.

Si l'on a une pelote ronde, il n'est pas difficile d'en trouver le centre et d'y faire appuyer le ressort : si la pelote est elliptique, on fait aboutir le ressort autant que possible à égale distance de la circonférence, cela ne souffre pas de difficultés ; mais vous avez affaire à une pelote triangulaire, où trouverez-vous le centre de cette pelote? Vous ne vous attendez pas, n'est-il pas vrai, que je vais vous faire une démonstration mathématique dans laquelle je pourrais fort bien ne pas avoir grand succès ; mais, vous savez que tout triangle peut être inscrit dans un cercle, prenez le centre de ce cercle, c'est là qu'il faut faire appuyer le ressort.

Et d'ailleurs, vous avez un moyen pour vous assurer du point où doit presser le ressort sur la pelote : vous appliquez le bandage, et vous faites prendre au malade les diverses attitudes que je vous ai conseillées ; si la hernie file, c'est que le ressort appuie trop haut sur la pelote, baissez un peu ce point, et vous réussirez à trouver la position convenable ; quand vous serez arrivés à ce résultat, pressez un peu avec le doigt sur tous les points de la pelote successivement, si vous ne la faites pas basculer, c'est que l'union du ressort et de la pelote se fait à l'endroit convenable, c'est là enfin que doit se transmettre la plus forte pression du ressort sur la pelote et de celle-ci sur la hernie.

A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Observations thérapeutiques sur la médication nutrimentive.

En donnant l'extrait de la partie physiologique du travail de M. L. Corvisart, sur les nutriments, nous avons promis de publier un extrait étendu de la partie thérapeutique de l'important travail de ce médecin, présenté comme on se le rappelle à l'Académie de médecine. Nous commençons aujourd'hui cette publication, dans laquelle nos lecteurs trouveront les faits les plus intéressants.

OBSERVATION I (1).

Dyspepsie depuis quatre mois chez une jeune femme.

Pesanteur épigastrique, renvois, nausées, céphalalgie, constipation, alimentation restreinte.

Depuis deux mois, vomissements presque après chaque repas. Taches d'érythèmes fugaces à la face, d'éphélides au cou et à la poitrine. L'usage du bismuth et de la morphine n'arrête que les seuls vomissements.

Usage des cuillerées nutrimentives. Digestions faciles dès le premier jour et suppression du vomissement : le bismuth n'est plus nécessaire ; suppression des taches de la face le troisième, des éphélides vers le quinzième.

Retour de quelques accidents les deux fois que la malade ne prend point de cuillerée nutrimentive, pendant le premier mois et pendant une grossesse d'un mois. Après la fausse couche la cuillerée redevient active et la malade guérit.

Madame Th... Mar..., âgée de 21 ans, bien portante habituellement, après être venue à Paris plusieurs fois et y avoir fait des séjours de quelques mois, est venue s'y fixer depuis quatre mois.

Depuis son arrivée ses digestions sont constamment mauvaises ; chaque repas, principalement celui du soir, est suivi d'angoisse, d'une pesanteur considérable à la région épigastrique, de sentiment de plénitude, de renvois et nausées. Il y a alors, en même temps, une céphalalgie assez intense. Les aliments sont pris en petite quantité ; ce ne sont pas quelques aliments en particulier qui provoquent ces symptômes, tous en général ont à peu près le même effet, principalement dès que la malade veut augmenter un peu sa nourriture. Ces symptômes persistent deux, trois ou quatre heures après les repas. Il y a tendance à la constipation. Toutes les fonctions menstruelles ou autres sont dans un état à peu près complet d'intégrité.

L'eau de seltz est impuissante à combattre ces accidents.

Depuis deux mois et demi ces symptômes se sont accrus, de plus, à la suite du repas du soir, la face et principalement le front, le menton et le nez se couvrent de petites plaques érythémateuses fort visibles, quoique ne durant pas plus de quelques heures ; le cou et la poitrine se sont couverts de taches d'éphélides persistantes et très-caractérisées. Depuis ces deux mois, il n'arrive pas de deux jours l'un que la malade ne vomisse tout ou partie de son repas, une demi-heure, une heure après l'avoir pris, quelquefois moins encore.

Je fis cesser les vomissements, mais eux seuls, chaque fois que je fis faire usage à la malade de la poudre suivante :

Pr. Sous-nitrate de bismuth. 0,50
Hydrochlorate de morphine. . . . 0,05

avant le repas ; mais les éphélides et surtout les taches erythémateuses de la face, ainsi que les digestions laborieuses persistaient avec la même intensité, quoique les repas fussent très-modérés. Dans les derniers jours de novembre, ce dernier traitement étant en usage depuis trois semaines environ, je prescrivis une cuillerée nutrimentive à chaque repas.

Dès la première, la malade mangea plus, ne vomit point ; elle ressentit moins de douleur à l'estomac, la céphalalgie fut très-faible ; à la troisième (dîner du lendemain), la malade n'eut plus aucune rougeur érythémateuse à la face ; à partir de ce moment, je pus supprimer le sous-nitrate de bismuth et la morphine sans que les vomissements revinssent.

Peu à peu les digestions, de laborieuses devinrent faciles ; au bout d'une semaine la malade avait bien doublé indistinctement la quantité de ses aliments. Voyant ce mieux complétement confirmé, je diminuai la dose nutrimentive. Mais un repas ayant eu lieu sans que la malade en eût pris, elle vomit son déjeuner et conserva plusieurs heures du malaise. Dès lors la malade, d'elle-même, reprit la cuillerée nutrimentive matin et soir ; quelquefois même, tant le remède qu'elle repoussait au début lui avait donné confiance, elle en augmentait elle-même la dose, surtout quand elle avait un repas plus copieux à faire.

Au bout de quinze jours, les éphélides avaient complétement disparu au cou et sur la poitrine.

Le 18 décembre, la made ne prit point sa cuillerée nutrimentive ; elle vomit, et le soir, en ayant pris peu, elle eut de la pesanteur à l'estomac et une ou deux plaques érythémateuses à la face.

Une grossesse étant survenue, la malade, pendant un mois, vomit souvent et malgré l'emploi de la cuillerée, ce qui la désola et me surprit (1).

(1) Communiquée par M. le Dr A. Godart.

(1) On verra plus loin combien cela était simple et naturel. (*Note de l'auteur.*)

Une fausse couche d'un mois survint, la cuillerée nutrimentive reprit ses propriétés.

Après quelques semaines, la malade put cesser quelques jours le médicament, puis le reprendre lorsque la digestion redevenait un peu laborieuse; elle arriva ainsi à une grossesse qu'elle traversa bien, et à l'allaitement de son enfant, sans avoir besoin de cuillerée nutrimentive, et digérant désormais d'une manière parfaite.

Corollaires de l'observation précédente :

1° *La cuillerée nutrimentive opère bien la digestion que l'estomac ne fait pas.* — La digestion de la malade, mauvaise depuis si longtemps, s'effectua tout à coup d'une manière parfaite. Ce que son estomac était impropre à fournir, le principe digestif, la cuillerée nutrimentive le fournissait, et la malade a opéré la digestion des aliments qui ne pouvaient être digérés auparavant. Aussi, au commencement de la médication, quand la malade, une fois ou deux, supprima la cuillerée nutrimentive, tout à coup la digestion ne se fit plus; il y eut des vomissements, du malaise, parce que l'estomac n'ayant pas encore, par une nutrimentation suffisante, recouvré assez de forces pour sécréter lui-même son principe digestif, n'en trouvait pas d'étranger.

Chaque repas que fit la malade, pendant plusieurs mois, fut une démonstration nouvelle de l'efficacité du principe digestif contenu dans les cuillerées nutrimentives.

2° *La cuillerée nutrimentive opérant elle-même la digestion, fait disparaître les phénomènes immédiats de l'indigestion.* — En effet, la pesanteur épigastrique, le malaise, la céphalalgie, les vomissements, cessent chez la malade dès qu'elle emploie la méthode nutrimentive, parce que celle-ci fait cesser la cause qui les amenait.

3° *Son usage répété opérant une bonne digestion habituelle, fait disparaître les phénomènes* MÉDIATS *d'une digestion mauvaise d'ordinaire.* — Les rougeurs à la face, les taches hépatiques, les manifestations morbides vers la peau, si communes chez les personnes qui digèrent ordinairement mal, et qui existaient chez cette malade, disparaissent peu à peu.

Chez cette jeune femme, une digestion passagèrement laborieuse n'a bientôt plus assez de retentissement pour ramener ces manifestations d'une maladie profonde.

4° *Sous l'influence des cuillerées nutrimentives, l'économie et l'estomac réparés peuvent se suffire à eux-mêmes et se passer désormais du médicament. La malade guérit.* — Nous voyons la malade pouvoir encore, au début de la médication, faire quelques repas sans cuillerées nutrimentives et l'estomac accomplir par lui-même une bonne digestion; mais il se fatigue bientôt : la malade, alors, repose l'organe en lui épargnant, à l'aide des cuillerées nutrimentives, la peine de sécréter un principe digestif normal. Bientôt, cette fatigue elle-même disparaît par un exercice rationnel, et l'estomac étant revenu à son état de santé et de force parfaite, la malade est guérie et n'a plus besoin du remède.

L'observation qui précède et celle qui suit, tout en prouvant très-nettement que les préparations *nutrimentives,* cuillerées ou poudres, opèrent la digestion des aliments quand l'estomac malade n'est pas propre à produire lui-même son principe digestif, montrent clairement que c'est bien au manque de cette sécrétion que les préparations nutrimentives s'adressent, et non à un autre défaut de l'estomac.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note sur la fougère mâle, employée dans le traitement du ténia,

Par Robert Christison, *professeur à l'Université d'Edimbourg.*

Il y a, ce me semble, près de vingt-cinq ans que Peschier, de Genève, a dit que la fougère mâle avait à peine jamais manqué son effet lorsqu'il l'employait sous forme d'extrait éthéré; il disait que lui et un de ses amis avaient guéri plusieurs centaines de cas sans avoir à signaler un seul insuccès. Ce remède d'ailleurs n'était pas nouveau; il était connu du temps de Dioscorides, qui nous apprend qu'une dose de quatre drachmes suffit « *pour expulser le ver large.* » Malheureusement pour la fougère mâle, elle croît à la porte de tout le monde. Aussi, lorsqu'un grand nombre de gens font usage de racine de grenadier ou de kousso, parce que ce sont des médicaments étrangers, nouveaux et fort chers, personne, à ma connaissance, n'avait essayé avant moi, en Écosse, de l'*oléo-résine de fougère* de Peschier.

Il y a quatre ou même cinq ans, j'administrai l'oléo-résine à une jeune femme qui avait été longtemps malade et qui se trouvait dans la salle des cliniques de l'Hôpital-Royal; en quelques heures, elle rendit en une fois un ver énorme et qui avait plusieurs pieds de long. Elle demeura ensuite quatorze jours dans l'hôpital sans rendre aucun fragment de ver, comme cela lui arrivait précédemment tous les deux jours et même plus. Bientôt après, je fus consulté par un monsieur de Glascow qui avait pris divers remèdes sans le moindre bénéfice. Une simple dose d'oléo-résine expulsa une grande masse de ténia; mais les anneaux reparurent bientôt, et il fut radicalement guéri par des doses répétées d'huile de térébenthine. Dans ce dernier cas, toutefois, l'extrait éthéré n'avait pas été préparé sous mes yeux comme dans l'exemple précédent, mais bien par un droguiste, et je doute que toutes les précautions nécessaires pour obtenir une bonne préparation eussent été suffisamment connues et pleinement employées. Tout récemment, un homme entra dans la salle de clinique de l'hôpital : il souffrait depuis cinq ans d'un ténia contre lequel il avait employé plusieurs remèdes différents sans le moindre résultat. Il avait souvent pris l'huile de térébenthine, et une fois l'oléo-résine de fougère mâle. Après ces remèdes, il continua de rendre un ou deux anneaux chaque jour, comme cela avait toujours eu lieu. Je lui administrai d'abord une demi-once de kousso sans obtenir d'amélioration sensible; il rendait chaque jour un anneau, comme d'ordinaire. Huit jours plus tard, je lui fis prendre une décoction de deux onces d'écorce de racine de grenadier avec toutes les précautions prescrites par M. Breton. Néanmoins, il n'en éprouva aucun effet. Pendant ce temps, je préparais l'oléo-résine de fougère; et huit jours après je lui en fis prendre une dose de vingt-quatre grains. En quelques heures, il rendit sans purgatif un énorme ver long d'environ six pieds, et il ne rendit pas de matières; et, quelques heures plus tard, après un purgatif, il en rendit une autre portion de dix-huit pouces. Depuis lors, aucun anneau ne reparut dans les matières, et il demeura huit jours encore dans le service sans éprouver de rechute.

Par une coïncidence singulière, car le ténia est une maladie rare à Édimbourg, il s'en présenta un autre cas quelques jours après. Le sujet souffrait depuis trois ans. Il rendait souvent quelques anneaux; et un mois environ avant son entrée, il avait rendu un fragment long de près de dix-huit pouces. Mais il n'avait jamais rendu aucune masse d'anneaux joints ensemble après aucuns des nombreux remèdes inconnus qu'il avait pris. Il prit vingt-deux grains du même extrait que le dernier malade, et bientôt après, à la suite d'un laxatif, il rendit un ver plus mince et plus mou que celui de l'autre malade et d'une longueur de six pieds. Pendant quelques jours encore, il rendit quelques anneaux qui avaient subi en partie les effets du médicament; mais ces derniers vestiges ne tardèrent pas à disparaître.

Cette racine se trouve dans tous les creux des bois des environs d'Édimbourg et dans toute l'étendue de l'Écosse.

Il faut prendre garde que la fougère femelle, *Athyrium Filix fœmina,* croît souvent à côté de l'espèce médicinale *Lastræa Filix-mas* (1); mais cette dernière se distingue facilement des autres espèces qui lui ressemblent, par son feuillage qui, restant adhérent, bien que flétri et desséché à cette époque de l'année (juin), est simplement pennée et n'offre pas la complication des autres. Peschier limite la saison propre à la récolte de la racine, de mai à septembre inclusivement, alors que la plante pousse ou est complétement développée. Mais je lui ai

(1) Appelée successivement par les botanistes anglais : *Polypodium Filix-mas, Aspidium Filix-mas, Nephrodium Filix-mas.*

toujours trouvé une complète efficacité, même au mois de mars ; et il est probable qu'elle est bonne en toutes saisons. Il ne faut se servir que des parties fraîches, voisines de la souche et des feuilles de la base. Elles doivent être coupées en morceaux, desséchées à une température d'environ 140° Farenh., et, autant que possible, dans l'air chaud comprimé. Peschier dit que la racine desséchée perd sa vertu thérapeutique au bout d'un an. J'en ai toujours employé qui était desséchée depuis peu. Après l'avoir pilée très-fin, on la dispose sans la tasser dans un papier à filtre et on l'épuise avec l'éther sulfurique par voie de déplacement. On fait alors distiller la plus grande partie de l'éther ; et le peu qui en reste, afin d'éviter les inconvénients d'une trop forte chaleur, est expulsé en exposant pendant quelques minutes le résidu à une température de bain de vapeur, dans un bassin découvert de verre ou de porcelaine. J'ai trouvé récemment dans quelques boutiques de droguistes, un extrait provenant de Londres, qui retenait évidemment une grande quantité d'éther : or, cet extrait est mauvais parce qu'il ne permet pas de régler la dose ; et on ne saurait excuser une pareille négligence. L'oléo-résine qui reste doit être un liquide sirupeux, épais, opaque, d'un vert foncé, d'une odeur semblable à celle de la racine d'iris, possédant une très-forte amertume et une légère saveur d'iris. Je l'ai donnée ordinairement en émulsion, en en triturant de 18 à 24 grains avec un jaune d'œuf, et ajoutant petit à petit du sirop d'orange et de l'eau. Le ver est expulsé en quelques heures ; quelquefois sans qu'on ait recours à d'autres moyens, mais le plus généralement après l'emploi d'un laxatif assez actif. Ce n'est pas chose facile de trouver la tête du ver ; je l'ai toujours cherchée, et il ne m'est pas arrivé une seule fois de la trouver. Au reste, la tête du *Tænia solium,* la seule espèce qu'on rencontre en Écosse, est si petite qu'il est extrêmement difficile de l'apercevoir. Comme nous avons souvent vu, un jour ou deux après l'expulsion de la masse principale du ver, sortir des anneaux à demi dissous, il est très-probable que la tête qui est de beaucoup la plus petite, se sera dissoute de même jusqu'à disparaître entièrement ; et, en supposant qu'elle y soit tout entière, c'est en vain qu'on la cherchera dans les matières évacuées, s'il n'y a une assez grande longueur du ver qui y reste attachée. Et, après tout, est-il prouvé que la tête soit la partie du corps la plus propre à la reproduction du ténia ? Ce sont les anneaux seuls et non la tête qui contiennent les oviductes. (*Monthly Journal of med. science,* et *Revue méd. chirurg. de Paris.*)

Note sur l'emploi de la cathartine comme purgatif,

Par le Dr Strohl, *agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

Tous les praticiens connaissent la difficulté que l'on éprouve souvent à purger, surtout les enfants : indociles et n'aimant en général à avaler ni les doses volumineuses ni les substances à mauvaise saveur, ils refusent la manne, la magnésie, l'huile de ricin, etc. Les purgatifs énergiques, les drastiques, sont le plus souvent contre-indiqués par leur action trop irritante sur le tube digestif ; le calomel n'est pas employé volontiers comme simple purgatif par beaucoup de médecins, qui craignent de voir éclater, quoique rarement et par exception, des accidents mercuriels ; de sorte qu'un purgatif sûr, non volumineux, facile à administrer et bien supporté par l'intestin, est toujours un *desideratum,* surtout dans la pratique des enfants, et le sera peut-être encore longtemps, si l'on pense aux difficultés à vaincre pour remplir un tel programme.

Depuis quelque temps, les chimistes se sont occupés d'une plante indigène, employée déjà anciennement comme purgatif, mais presque inusitée de nos jours : c'est le nerprun, *rhamnus catharticus.* Les baies sont encore un remède populaire dans plusieurs contrées ; à la dose d'une vingtaine, elles purgent, mais font parfois vomir et donnent des coliques. Notre *Codex* en prescrit trois préparations : 1° le suc fermenté ; 2° l'extrait, connu sous le nom *rob de nerprun,* obtenu par l'évaporation de ce rob en consistance de miel épais ; et 3° le sirop préparé en faisant cuire, jusqu'en consistance de sirop, parties égales de suc et de sucre. De ces préparations, la dernière seule est encore parfois employée. Plusieurs raisons expliquent le discrédit dans lequel cette substance est tombée, et les principales sont sa saveur désagréable et nauséeuse et son action incertaine, tantôt nulle, tantôt violente, drastique, accompagnée de vives douleurs et de vomissements. C'est que la composition chimique, et, par conséquent, l'action purgative, paraît varier beaucoup selon l'époque de la récolte des baies, selon leur plus ou moins grande maturité. Il n'est donc pas étonnant que l'on se soit occupé de la recherche et de l'isolement du principe actif de cette substance, et la Société de pharmacie de Paris vient de remettre au concours, pour les prix à décerner en 1855, la question de l'analyse du nerprun.

Hubert isola une matière d'un rouge jaunâtre qu'il appela *cathartine,* et qu'il compara aux substances trouvées par Peschier et Jacquemin dans l'*anagyris fœtida,* le *cytisus alpinus,* la *coronilla varia,* et qu'on pense être analogue à la cathartine indiquée par Lassaigne et Feneulle dans les sénés.

Winkler, et, d'un autre côté, Binswanger, on signalé chacun un corps particulier, appelé *rhamno cathartine* par le second, et qui est probablement une seule et même substance, bien que leurs descriptions ne s'accordent pas parfaitement.

La *rhamnine* de Fleury est cristallisable, d'une couleur jaune, insoluble dans l'alcool et dans l'éther, soluble dans l'alcool bouillant et sans saveur bien prononcée.

M. Hepp, notre savant pharmacien en chef de l'Hôpital, dans le but d'obtenir un purgatif sous un petit volume, a séparé un principe qui a beaucoup d'analogie avec celui obtenu par Winkler ; mais, comme son travail n'avait pas été entrepris en vue d'avoir un produit chimiquement pur et d'en étudier les caractères, je laisserai de côté tout ce qui regarde le mode de préparation, pour m'occuper seulement de l'étude de ses effets. C'est, du reste, une substance légèrement jaunâtre, d'une saveur amère, ayant une apparence de cristallisation ; soluble dans l'eau et l'alcool faible, insoluble dans l'alcool absolu et l'éther, et contenue dans le marc, beaucoup plus que dans le suc.

Mon honorable collègue, M. l'agrégé Wieger, l'a principalement étudiée sur les enfants, et moi sur les adultes. Je dois à sa complaisance un résumé très-exact de ses observations, de sorte que je suis à même de vous offrir des résultats plus complets. M. Wieger a trouvé que :

1° 0,05, en une prise, ont déterminé trois fois plusieurs selles sur des enfants de 3, de 4 et de 8 ans. Dans deux cas, enfants de 4 et de 8 ans, point de selles.

2° 0,10, en une fois, donnent en moyenne 2 selles : enfants de 8, 11 et 12 ans. Une fois pas d'action.

3° 0,15, en une fois, chez deux garçons de 8 ans. Une fois 2 vomissements. Dans les deux cas, une première selle, probablement expulsion des matières renfermées dans l'intestin, deux heures après l'administration de la cathartine ; et plusieurs heures plus tard, 8 à 9 selles copieuses, effectuées dans un temps assez long ; le purgatif donné le matin agit encore pendant la nuit.

4° 0,15, donnés en trois fois, à un quart-d'heure d'intervalle ; effet quatre heures après ; 10 selles dans l'espace de douze heures.

5° 0,15, donnés en trois fois, à une heure d'intervalle, deux cas ; premier effet, six heures après ; une fois 7, une fois 4 selles.

6° Sur un adulte, 0,20 et 0,25 ont donné des effets peu satisfaisants.

En résumé, pour des enfants de 4 à 15 ans, 0,10 à 0,20 donnés en une ou deux fois, à petit intervalle, paraissent à M. Wieger la dose moyenne de cathartine. Il l'a du reste donnée en poudre, en sirop et en pastilles. Mes observations ont été faites sur cinq hommes de 18 à 60 ans, et sur quatre femmes de 15 à 48 ans. Chacun de ces malades a pris la substance à différentes reprises, de sorte que je compte 30 administrations, toujours sous forme

pilulaire. La dose moyenne était de 0,40 à 0,50 ; plusieurs fois 0,60, une fois 0,70, et plusieurs fois 0,25 et 0,30.

Pour ne pas vous arrêter inutilement, je ne donnerai aucun détail sur les effets observés individuellement, mais je les présenterai en résumé :

1° La dose moyenne de 0,40 à 0,50 a produit, sur douze cas, cinq fois 3 selles, deux fois 5, une fois 2, deux fois 1 et deux fois 0 selle.

2° 0,60 ont déterminé une fois 8, une fois 6 et une fois 0 selle.

3° 0,70, une fois 3 selles.

4° 0,25, une fois 2, une fois 0 selle.

Toutes ces observations ont été faites sur les hommes. Quant aux femmes, le résultat a été généralement négatif. Ainsi, en 13 administrations, je n'ai obtenu que 4 purgations ; deux fois 1 selle avec 0,30 et 0,40, et 2 et 8 selles avec 0,50, quoique cependant cette dernière dose eût été le plus souvent donnée. Je ne trouve aucune raison pour expliquer cette anomalie; je ne puis pas invoquer la constitution, car plusieurs de mes hommes avaient une constitution assez délicate ou affaiblie pour être assimilée à celle des femmes.

Plusieurs particularités caractérisent l'action purgative de la catharline. Ce qui frappe d'abord, c'est la lenteur de l'action ; le plus souvent, je l'ai administrée le soir, à huit heures à peu près, en une ou deux fois, et alors à une demi-heure, à une heure d'intervalle. Jamais l'effet ne s'est fait sentir la nuit, mais toujours seulement le lendemain dans la journée, et s'est parfois prolongé jusqu'au surlendemain. Dans quelques cas où le médicament avait été donné le matin, à dix heures, il y a eu une première évacuation trois à quatre heures après.

La catharline a toujours été bien supportée ; je n'ai observé de vomissements que dans un cas : c'était un homme qui, deux heures après l'ingestion de 0,60, avait rendu le médicament, ce qui n'avait pas empêché l'effet purgatif. Il faut remarquer cependant que c'était le matin, peu de temps avant le déjeuner, que les pilules avaient été données. Un second a encore vomi ; mais, après la purgation de 5 selles, il fut pris de soif vive et but une grande quantité d'eau. Les coliques ont toujours manqué; je n'ai noté que deux fois des douleurs très-légères. Jamais de signes d'irritation gastrique ou intestinale, jamais de ténesme, jamais de fatigue ou de sensibilité abdominale, même après une administration continuée plusieurs jours de suite. Les selles étaient liquides, copieuses, sans couleur ni odeur particulière ; mais leur caractère constant, pour ainsi dire, était la présence d'une grande quantité de gaz, partant facilement avec les évacuations, et déterminant des borborygmes. Dans une tympanite, ce purgatif serait donc contre-indiqué.

Plusieurs fois, j'ai noté la constipation après la purgation, comme avec la plupart des substances de ce genre.

Conclusions. 1° La catharline est un purgatif assez sûr à la dose de 0,10 à 0,20 chez les enfants; moins sûr chez les adultes, à 0,50. Je n'ose pas dire que les femmes sont moins sensibles à son action, mes observations n'étant pas assez nombreuses.

2° La saveur amère, difficile à masquer, est un obstacle à son emploi chez les enfants qui ne peuvent pas avaler les pilules.

3° C'est un purgatif doux, non irritant, non douloureux, bien supporté et pouvant être continué sans déterminer d'effets fâcheux. On peut donc en conclure que les baies de nerprun renferment encore un autre principe âcre, qui provoque les vomissements et amène des coliques et des effets drastiques.

4° Les selles sont liquides, sans odeur ni couleur spéciale, mais toujours très-venteuses. La catharline ne paraît pas agir sur le foie.

5° Son action est lente à se produire et se prolonge longtemps.

6° Le meilleur mode d'administration est sous forme de pilules, données dans la soirée, chez les adultes, et sous forme de sirop chez les enfants ; pour les premiers, à la dose moyenne de 0,50, et pour les seconds, à 0,10, à 0,20.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Goutte et rhumatisme. — Pilules Gaffard.

M. Gaffard (d'Aurillac), ayant constaté plusieurs succès remarquables obtenus chez des goutteux, avec les pilules de Lartigue, a analysé ce remède secret, et s'est attaché à en faire un à peu près semblable, qu'après dix années d'expérience il recommande non-seulement contre la goutte, mais encore dans les douleurs névralgiques et rhumatismales. La formule à laquelle il s'est arrêté a été envoyée à la Société de médecine, qui a nommé une commission pour en examiner les effets. Quelques faits en faveur du remède ont été recueillis ; cependant, ils ne sont pas encore assez nombreux pour que la commission se prononce sur sa valeur. Voici néanmoins cette formule :

Extrait de cévadille préparé à l'alcool bouillant.	1 gr.
Scammonée d'Alep vraie . . . . }	ãã 5
Aloës des Barbades. . . . . }	
Rob de sureau.	4
Eau.	q. s.

F. S. A. Quatre-vingt-seize pilules qu'on roulera dans le lycopode ou dans la gomme.

On donne, toutes les six heures, deux de ces pilules, jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet purgatif prononcé, c'est-à-dire, quatre, cinq, et jusqu'à huit ou dix purgations dans les vingt-quatre heures.

Pour obtenir un effet complet et durable, il convient de continuer l'usage des pilules pendant un certain temps ; mais, comme leur action purgative est en raison directe de la répétition des doses, comme il importe, en vue de leur continuation utile, de régulariser et de rendre uniforme cet effet, il faut que les intervalles d'une prise à l'autre soient graduellement croissants. La raison arithmétique de cet accroissement devra être de trois heures. Ainsi, après avoir obtenu l'effet désirable, à quelque nombre qu'on soit arrivé, on retardera la prise suivante de trois heures. C'est-à-dire qu'au lieu de six heures d'intervalle, on en mettra neuf ; à la prise suivante, on en mettra douze ; à la suivante quinze, ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait consommé une vingtaine de pilules, nombre ordinairement suffisant.

On doit boire avec et par-dessus chaque prise de pilules, pour en faciliter la déglutition et surtout la digestion, une tasse d'infusion chaude et légère de tilleul, de sureau ou de thé. Ce liquide chaud constituera la boisson ordinaire du malade pendant l'effet purgatif ; il va sans dire qu'on mettra un intervalle d'au moins une heure entre l'administration des pilules et les repas.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

— *Erratum.* — Dans notre dernier numéro, l'omission d'un mot a rendu inintelligible une phrase de l'article d'appréciation sur l'Académie des sciences ; page 306, ligne 18, au lieu de : « *patronage dont l'intérêt dramatique,* » lisez : « patronage d'*expériences dont l'intérêt*, etc. »

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'épilepsie. Histoire, traitement, médecine légale, par le docteur Delasiauve, médecin de l'hospice des aliénés de Bicêtre (section des épileptiques et des idiots). Ouvrage dont la partie thérapeutique a été couronnée par l'Institut (Académie des sciences). — 1 vol. in-8 de 564 pages. Paris, chez Victor Masson. — Prix : 7 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, chef de clinique de la Faculté. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité,** par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 41. 2e année. Jeudi 6 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 5 Avril 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Pour peu que notre excellent ami M. Abeille y tienne, pour tant soit peu que le désire le célèbre professeur de la Charité, nous nous déclarerons volontiers coupable de lèse-érudition. Oui, quand nous avons écrit notre article, nous avions entièrement perdu de vue les faits rappelés à la séance d'hier par MM. Abeille et Velpeau. Mais si ces très-honorables observateurs veulent bien nous juger avec cette indulgence propre à ceux qui savent beaucoup, ils nous accorderont peut-être que notre péché n'est pas tout à fait mortel.

Avons-nous dit positivement que M. Jobert fût le premier à avoir employé l'injection iodée? Non, certes; à défaut d'érudition, nous avons un petit procédé qui nous met, en général, à l'abri des erreurs de la nature de celle dont nous nous défendons ici à demi : ce procédé, basé sur une longue expérience, consiste à ne jamais affirmer que telle idée ou telle méthode appartient à tel ou tel homme; nous avons vu si souvent des érudits de profession pris en défaut par des favorisés du hasard, que cela nous aurait guéri depuis longtemps des affirmations catégoriques en fait de priorité, si nous avions eu la moindre tendance à être atteint de cette fâcheuse affection. Donc, conformément à nos habitudes de prudence plutôt que de savoir, nous n'avons point dit que M. Jobert eût la priorité dans l'emploi de l'injection iodée contre les hernies; mais nous avons dit, et c'est là une sorte de priorité qui n'est pas sans importance, « *qu'on n'avait jamais apporté* à l'appui d'une méthode pour la cure radicale des hernies, *un fait aussi satisfaisant* que celui publié par M. Jobert. »

Or, après les communications de MM. Velpeau et Abeille, nous ne croyons pas qu'il y ait grand'chose à modifier dans notre proposition. Le fait de M. Abeille est assurément des plus intéressants, et nous déclarerons, avec notre franchise habituelle, que nous l'avions entièrement perdu de vue quand nous avons rédigé les quelques lignes d'appréciation du fait de M. Jobert. Notre excellent ami ne peut douter que nous nous serions empressé de rappeler son observation si elle n'avait pas fui de notre mémoire. Mais il reconnaîtra aussi qu'entre un sac herniaire déjà oblitéré par un tampon épiploïque (lequel n'est guère alors qu'un kyste séreux) et un sac communiquant largement avec le péritoine, il y a une différence notable, et qu'une guérison obtenue dans cette dernière circonstance, avance bien plus la question de la cure radicale des hernies, qu'une guérison comme celle qu'il a obtenue lui-même, quelque importante d'ailleurs que soit cette guérison.

Quant aux trois faits de hernies simples rapportés par M. Velpeau, les deux premiers sont assez peu encourageants pour qu'on ait dû les oublier, puisque ni l'un ni l'autre malade n'ont guéri, et que le célèbre chirurgien n'a même pas eu la conviction d'avoir pénétré dans le sac; le troisième a donné un résultat moins fâcheux, mais dont il est cependant difficile d'apprécier la valeur, attendu que le résultat de l'opération n'est pas connu.

En résumé, voici le principe qui nous sert, en général, de critérium pour apprécier le mérite de toute tentative, nous ne dirons pas *nouvelle*, mais inusitée :

Une méthode, un procédé, une invention quelconque est-elle généralement appliquée ou tout au moins partiellement, mais d'une manière suivie, soit dans la pratique commune, soit dans celle de quelques individus en particulier? Dans ce cas, celui qui l'applique une fois de plus ne fait que suivre la route battue; mais dans le cas contraire, celui qui fait entrer dans la pratique générale, des procédés ou des méthodes restées dans le domaine de la théorie ou appliquées dans un cercle restreint et depuis longtemps invariable, celui-là, s'il n'a pas des droits à la priorité, rend néanmoins un service signalé à la science, et lui imprime un progrès réel; c'est là le mérite que, sans diminuer en rien celui de MM. Abeille et Velpeau, nous avons reconnu à M. Jobert, et cela encore à une condition, c'est que l'habile chirurgien ferait connaître un procédé convenable de ponction du sac herniaire, procédé dont M. Velpeau avait signalé, comme nous l'avons fait nous-même, toutes les difficultés. Aussi, M. Jobert, s'il en croit notre conseil, s'empressera-t-il de soumettre son procédé de ponction à l'appréciation de tous les praticiens.

Après la petite discussion sur la cure radicale des hernies, l'Académie a entendu un important Rapport d'hygiène publique de M. le professeur Bouchardat. Les difficultés des questions qu'a traitées le savant et infatigable rapporteur, nous obligent à renvoyer l'appréciation de son Rapport jusqu'au moment où nous pourrons le mettre textuel-

lement ou au moins en grande partie sous les yeux de nos lecteurs.

La Société médicale d'Eure-et-Loir ne s'est pas tenue pour satisfaite du second Rapport de M. Soubeyran ; nous publierons la lettre qu'elle a adressée à M. le président de l'Académie. H. DE CASTELNAU.

Observations thérapeutiques sur la médication nutrimentive.

(*Suite. Voir le n° 40 du tome 2.*)

OBSERVATION II (1).

Mlle X....., demeurant rue de la Michodière, âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, a depuis longtemps une gastralgie caractérisée par de la pesanteur à l'estomac, du gonflement du ventre, du malaise après le repas, et, depuis dix à douze jours, de douleurs vives à la région épigastrique. Bien des remèdes n'ont pu soulager la malade.

La malade prend, pendant douze jours de suite, une prise nutrimentive à chaque repas, sans autre médicament.

Les trois premiers jours, disparition immédiate des douleurs ; digestions faciles de viandes et de légumes.

Le troisième jour, les règles apparaissent ; cette époque est toujours mauvaise pour la malade, à cause du trouble général qu'elle porte dans sa santé.

Pendant les quatre jours qu'elles coulent, le remède n'a plus aucun effet ; retour des douleurs d'estomac.

Les cinq jours qui suivent, le bon effet reparaît.

Le treizième jour, la malade, se croyant guérie, ou du moins suffisamment soulagée, suspend l'emploi du remède.

Réflexions. — Il n'est pas de médecin qui n'ait observé combien l'état de l'utérus réagit vivement sur l'estomac. Les douleurs épigastriques des aménorrhéiques, les vomissements des femmes grosses, montrent combien la sensibilité de la membrane muqueuse et l'irritabilité de la membrane musculeuse gastrique sont sympathiquement développées dans ce cas.

Les digestions *parfaites* qui peuvent avoir lieu chez les femmes enceintes, quand l'irritation de l'estomac cesse pour quelques heures ou quelques jours, prouvent bien que c'est surtout la sensibilité et la contractilité de l'estomac qui sont en jeu et non *une sécrétion habituellement insuffisante du principe digestif.*

Aussi n'est-ce point aux repas seulement, mais même alors qu'il n'y a aucun aliment dans l'estomac ni indigestion possible, faute de principe digestif, que les vomissements arrivent, mais bien à toute heure, parce qu'à toute heure la motilité et la sensibilité de l'estomac peuvent être atteintes.

Les deux observations précédentes isolent le rôle de la sensibilité et de la contractilité de celui de la sécrétion dans l'acte digestif.

Tant que l'utérus n'est point en jeu chez ces deux malades, le défaut de sécrétion du principe digestif cause *seul* l'indigestion ; c'est par suite de ce défaut de sécrétion que les vomissements et les douleurs ont lieu ; les préparations nutrimentives intervenant, ces effets disparaissent.

L'irritation sympathique qu'amène le flux menstruel ou la grossesse, arrive comme une nouvelle et seconde cause de ces vomissements et de ces douleurs ; alors, il est clair qu'un seul remède ne peut neutraliser ces deux causes toutes différentes l'une de l'autre.

D'une part, quoique les préparations nutrimentives transforment les aliments en nutriments dans l'estomac, l'influence de l'utérus amène du côté de l'organe digestif des douleurs et des vomissements.

De l'autre, l'expulsion du fœtus, la sortie complète des règles, n'enlèvent non plus à l'estomac que l'irritation sympathique; ce qui fait que l'estomac (1re *obs.*) n'en digère pas mieux.

(1) Communiquée par M. le Dr Vernois.

Aussi, dès que les phases naturelles de l'action utérine font disparaître l'irritation sympathique, les préparations nutrimentives, qui suffisaient quand tout était dans le vice de sécrétion, suffisent de nouveau.

C'est là une preuve de plus que le principe digestif des préparations nutimentives pare bien et complétement, mais *spécialement*, au défaut du principe digestif normal.

De ces deux premiers faits découlent d'autres considérations :

1° Je suppose qu'un médecin ait essayé l'emploi des préparations nutrimentives chez la deuxième malade, à partir du premier jour seulement des règles. Voyant l'insuffisance de la médication, s'il en était à son premier essai, il aurait, le troisième jour, pu regarder cette médication comme chimérique ; 2° je suppose encore que, chez un homme, les vomissements soient causés, au moment de l'essai de la médication nutrimentive, par une irritation de la membrane musculeuse de l'estomac, étrangère à ce défaut de principe digestif. L'insuccès mènerait ce médecin aux mêmes conclusions négatives que le premier.

Cette méthode serait ruinée dans leur esprit à cause d'une insuffisance de diagnostic ou de peu de persévérance.

Une précieuse ressource thérapeutique serait ainsi compromise.

Dans des cas pareils, et ils ne sont pas rares, si cette cause *étrangère* au défaut de principe nutritif peut être éteinte ou paralysée par une médication appropriée (1), il faut attaquer cette cause. En même temps, alors qu'on calmera les symptômes étrangers, on opèrera par les préparations nutrimentives la digestion des aliments, leur conversion en nutriment et par suite la nutrition.

Quand le médecin arrive au début des phénomènes de l'indigestion habituelle et qu'il doute, il devra essayer chaque médication séparément.

Si les médicaments narcotiques ou les tétaniques n'agissent point, il y a très-probablement viciation du principe digestif, et les préparations nutrimentives y remédieront.

Pourquoi ne pas commencer par l'emploi de la méthode nutrimentive? C'est la plus probante et la plus inoffensive.

Si on a échoué, qu'on essaie ensuite la noix vomique ou la morphine ; mais qu'on n'essaie guère la médication narcotique la première, car n'y a-t-il pas, dans le calme qu'on peut apporter aux douleurs et aux vomissements, dans les maladies de l'estomac, un succès dangereux ?

L'action des narcotiques empêchant, à cause de l'énervation et de l'anesthésie, l'estomac de révéler, par l'expression de ses souffrances, le mal dont il est atteint et les progrès de ce mal, *le défaut de principe digestif*, s'il existe, *persiste ;* pendant l'emploi des narcotiques, les aliments ne se transforment point en nutriments, mais l'estomac est muet. L'inanition, le défaut de nutrimentation peut sourdement faire dépérir les malades. Il est encore temps d'éviter ce danger ; mais bientôt l'économie épuisée perd toute force assimilatrice, et dès que celle-ci a cessé d'exister, il n'est plus de ressources.

Quand chacune des médications employée séparément échoue, il est bien évident qu'il y a deux vices indépendants.

Il faut alors associer rationnellement les méthodes, deux à deux, ou toutes ensemble.

Quand il faut associer les méthodes, le grave danger de la médication narcotique disparaît en grande partie, puisqu'on est assuré que, quel que soit le mutisme de l'estomac, il y a réellement, par les préparations nutrimentives, formation de nutriments propres à être employés par les forces assimilatrices, c'est-à-dire digestion dans ce que celle-ci a d'important pour la vie.

Dans l'application, on donne, suivant les cas, quelques centigrammes de noix vomique ou de chlorhydrate de morphine mêlés aux prises nutrimentives, ou, si l'on prend les cuillerées ou les pilules, on fait avaler en même temps du sirop contenant ces médicaments ou leurs analogues.

(1) Médicaments narcotiques, dans les cas d'excitabilité exagérée des membranes muqueuse ou musculeuse de l'estomac ; médicaments tétaniques, dans les cas d'inertie de cette dernière.

La méthode nutrimentive, dans toutes ces circonstances, constitue donc un *moyen précieux de diagnostic*. Son insuccès, même quand on a employé simultanément les médications précédentes, rend encore un dernier service : il montre que, sans doute, la médecine est devenue impuissante, que les aliments digérés ne sont plus, dans l'économie, que comme dans un vase inerte; car, sans assimilation, point de vie.

Le défaut d'aliments prolongé laisse perdre à l'estomac, par défaut d'exercice, sa fonction digestive; et alors, bien que l'alimentation soit reprise, il n'y a pas de digestion.

Le défaut de digestion prolongé, c'est-à-dire l'absence de nutriments, laisse perdre à l'économie, par défaut d'exercice, ses fonctions assimilatrices, et, bien que des nutriments soient formés de nouveau, ils ne sont point assimilés.

Les deux exemples qui suivent vont achever de démontrer quelle responsabilité pèse sur le médecin qui, par scepticisme ou insouciance, hésite, recule l'emploi des méthodes raisonnables, et laisse marcher l'inanition, faute d'aliments et de digestion. Les convalescences des maladies graves fourmillent de ces exemples.

OBSERVATION III (1).

Le 24 février 1852, une jeune gouvernante anglaise (20 ans) de madame la marquise de R... présenta les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde où les symptômes abdominaux prédominaient. L'intelligence fut toujours nette, seulement les fonctions cérébrales se faisaient lentement, les réponses aux questions étaient toujours justes, mais se faisaient quelquefois longtemps attendre.

Les douleurs de tête, vives au début, diminuèrent, puis cédèrent bientôt sous l'influence du traitement (sangsues, purgatifs, etc.).

Enfin, cette affection, qui avait commencé avec une forme en apparence bénigne, mais lente, sembla marcher vers sa résolution, et à la fin de mars, la malade était en convalescence. La malade commençait à prendre de légers potages, à se lever chaque jour pendant deux ou trois heures, lorsqu'elle eut la malheureuse idée de revenir à des habitudes antérieures à sa maladie, de s'enfermer dans un cabinet de toilette froid et de se faire des ablutions d'eau froide de la tête aux pieds.

Le jour même (30 mars), la malade était reprise de fièvre, de douleurs de tête et de vomissements de matières vertes ; des boissons gazeuses, de légers narcotiques, purgatifs, puis un vomitif firent cesser la fièvre, le mal de tête, mais les nausées, deux ou trois vomissements peu abondants de matières vertes en vingt-quatre heures, persistaient; la malade perdit l'appétit et s'affaiblissait sensiblement chaque jour.

Le 12 avril, je prescrivis des prises de sous-nitrate de bismuth, additionnées d'une petite dose de morphine (5 grammes de s.-nitr. bismuth ; 5 centigr. d'hydr.-chlor. morph. ; sucre, 10 grammes pour 10 prises). Chaque prise fut donnée un quart d'heure avant un très-petit potage ; le potage n'était pas rendu, mais les quelques vomissements verts revenaient deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Malgré la persistance de ce symptôme, l'absence de fièvre, l'état de faiblesse de la malade établissaient pour moi l'indication positive de la nourrir, de la soutenir par quelques aliments, lorsque, le 16 avril, un érysipèle à la face me força de garder la chambre pendant plusieurs jours.

On profita de cette circonstance pour appeler un des homœopathes dont l'instruction générale peut être le moins contestée, mais ce médecin, enchaîné par ses doctrines, mit immédiatement la malade à une diète absolue, et pendant treize jours combattit en vain les vomissements par des doses homœopathiques de noix vomique, etc.

Pendant ce temps, la malade s'affaiblit progressivement, et le 29 avril, quand je fus rappelé, je trouvai la pauvre malade dans un état désespérant.

Elle était tellement faible, qu'elle ne pouvait soulever son bras qu'avec un grand effort; il fallait approcher l'oreille de sa bouche pour entendre les quelques mots qu'elle ne prononçait que lentement et avec peine ; elle était d'une maigreur extrême; son pouls était lent et misérable, la peau froide, et la malade vomissait toujours trois ou quatre fois par jour des matières de couleur vert-pomme.

Une terminaison funeste était menaçante, aucune médication utile ne me paraissait possible. Pensant aussitôt aux avantages que j'avais déjà retirés de l'emploi des cuillerées nutrimentives, qui m'avaient permis de nourrir des malades dont l'estomac malade était devenu impropre à toute fonction digestive, je voulus voir encore, dans ce cas extrême, si je ne pourrais, sinon sauver, au moins prolonger l'existence de ma pauvre malade.

J'envoyai immédiatement chercher des prises *nutrimentives*, et je fis donner à la malade quelques cuillerées de potage dans lequel j'avais mis une de ces prises. Le potage fut gardé et la malade ne sentit ni douleur, ni pesanteur quelconque d'estomac. Un second potage fut donné le soir, passa comme le premier, et, chose remarquable, la malade ne vomit pas de toute la journée.

Le lendemain matin, un vomissement de matière verte avait eu lieu. Encouragé par le résultat de la veille, je fis prendre à la malade une prise nutrimentive dans deux ou trois cuillerées de bouillon, et immédiatement après, je lui fis manger la moitié d'une côtelette de mouton ; ce petit repas passa bien, et le soir, la malade prit un potage, toujours avec la prise nutrimentive.

Le 1er mai, la malade n'avait pas vomi, je lui trouvai un air souriant, elle se sentait moins faible, elle put causer quelques instants sans fatigue. Ce jour, elle prit une côtelette entière le matin et un potage le soir, toujours, bien entendu, avec la poudre nutrimentive, et ces aliments passèrent comme les deux jours précédents. Pendant les cinq jours suivants, le même régime fut suivi : un jour, la malade vomissait une ou deux fois des matières vertes ; un autre jour, elle n'en vomissait pas, jamais les aliments n'étaient rendus.

L'espoir de sauver cette pauvre enfant nous était revenu, elle avait repris quelques forces, mais l'appétit ne se développait pas, elle mangeait parce que je lui disais : Mangez, mais elle me répétait toujours : Je n'ai pas faim. A dater du 8 ou 9 mai, non-seulement l'appétit ne s'était pas développé, mais elle se sentit de l'éloignement pour toute nourriture ; j'insistais néanmoins pour qu'elle prît tous les jours quelques aliments, mais elle ne le faisait que par obéissance.

Bientôt les forces que nous avions reconquises se perdirent, la malade ne prenait plus que moins en moins d'aliments chaque jour, elle s'affaiblit progressivement et s'éteignit le 21 mai.

Un fait sur lequel je dois insister, c'est que jamais elle n'a vomi les aliments pris avec les prises nutrimentives, que la digestion de ces aliments se faisait bien, que les garde-robes avaient lieu tantôt spontanément, tantôt à l'aide de lavements, et paraissaient normales.

Ne peut-on conclure de ce qui précède, que si la malade avait été moins affaiblie quand elle a été mise à l'usage des préparations nutrimentives, ou mieux, que s'il eût été employé plus tôt, les forces de cette pauvre enfant eussent été soutenues, que les fonctions digestives auraient pu se rétablir, et qu'il eût été possible, par un traitement convenable, de triompher de son affection?

Réflexions. — Cette observation est un triste exemple : 1° de l'impuissance *même d'une bonne* digestion et de l'inutilité de la formation de nutriments, quand la perte des forces assimilatrices ne permet plus à l'économie d'en profiter ; 2° de la responsabilité qui pèse sur les médecins qui, par scepticisme ou insouciance, *négligent* trop longtemps l'emploi de moyens aussi rationnels que ceux qui font l'objet de ce mémoire.

Pour vivre il faut avoir des aliments, faire avec eux des nutriments, assimiler ces nutriments. Chaque jour qu'ils laissent perdre aux malades qui digèrent mal rapproche la perte des forces assimilatrices, et avec elle la mort inévitable.

Le défaut d'aliments prolongé laisse perdre à l'estomac, par défaut d'exercice, sa fonction digestive, et alors, bien que les aliments soient repris, ils ne sont point digérés.

Le défaut de digestion prolongé, c'est-à-dire l'absence de nu-

(1) Communiquée par M. le Dr A. Godart.

triments, laisse perdre à l'économie, par défaut d'exercice, ses fonctions assimilatrices, et bien que les nutriments soient faits de nouveau, ils ne sont point assimilés et la vie ne peut plus se prolonger.

Au contraire, si, plus attentif ou plus habile, le médecin, lorsque ces forces assimilatrices ne sont point perdues encore, vient à temps présenter des nutriments à l'assimilation, il refait les forces de l'estomac et le rend apte de nouveau à digérer à et faire vivre.

L'observation suivante donne à ces réflexions quelque nouvelle et encourageante lumière.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Maladies des yeux. — M. TAVIGNOT.

Pustule maligne et gangrène d'une portion de la paupière inférieure gauche. — Ectropion conjonctival. — Guérison à l'aide de l'autoplastie par glissement.

Malgré les beaux travaux d'Enaux et Chaussier, les remarquables observations de M. le docteur Bourgeois, médecin à Étampes, le bon travail de mon honorable et intelligent ami, le docteur Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres (1), il est certain que la pustule maligne n'a pas jusqu'à présent fixé suffisamment l'attention des praticiens, surtout de ceux qui habitent des contrées où cette maladie ne se montre qu'à de rares intervalles.

La pustule maligne est cependant l'une de ces affections qu'il importe le plus de reconnaître à son début, si l'on veut lui opposer un traitement efficace.

Le fait suivant, plein d'intérêt d'ailleurs sous d'autres rapports, est une preuve bien convaincante des dangers que le médecin fait courir au malade en méconnaissant la nature de l'affection, ou, comme dans notre cas particulier, des dangers auxquels s'exposent eux-mêmes les malades lorsqu'ils s'adressent trop tard au médecin.

Observation. — Madame Bouland, née Barry, de Chelles (Seine-et-Marne), âgée de 23 ans, m'a été adressée par M. le docteur Collin, médecin à la Villette, dans les circonstances suivantes :

Le 23 décembre 1853, trois jours après un voyage qu'elle fit dans son pays, madame Bouland s'aperçut qu'il lui survenait un petit bouton du volume d'une tête d'épingle vers la partie interne de la base de la paupière inférieure gauche et à peu de distance du sac lacrymal. A la place de ce bouton apparut une ampoule, laquelle fut remplacée par une plaque noirâtre ; il survint, en même temps que cette pustule maligne suivait ses différentes phases, un œdème considérable des paupières, puis un véritable érysipèle qui gagna la face, la tête et même le col. Cet état morbide, auquel s'étaient joints des accidents généraux, dura une quinzaine de jours. Je vis la malade vers la fin de janvier, dans l'état suivant :

Depuis dix à douze jours, il est survenu une ulcération circulaire, étendue depuis la commissure interne jusqu'au-dessus de la commissure externe ; cette ulcération est profonde ; elle a détruit non-seulement toute l'épaisseur de la peau de la paupière inférieure, mais encore une grande partie des fibres de l'orbiculaire ; le fond de la plaie correspond à la cavité orbitaire, et a environ 2 centimètres de profondeur. La plaie elle-même, déjà en grande partie détergée des tissus gangrénés qui ont été excisés ou qui ont été éliminés, offre un bon aspect.

En avant du globe oculaire, et le masquant complétement, on rencontre une tumeur rouge, uniforme, d'aspect comme fongueux et du volume d'une noix. Cette tumeur est formée par la muqueuse de la paupière inférieure renversée ; il existe, par conséquent, un véritable ectropion conjonctival, mais survenu dans des circonstances toutes particulières.

(1) Voy. *Moniteur des Hôpitaux* du 23 mars.

En effet, si l'on déprime, de haut en bas, avec une palette, cette masse muqueuse, on aperçoit le globe oculaire intact et qui est comme enfoui derrière ce bourrelet et derrière la paupière supérieure elle-même légèrement tuméfiée. Si l'on cherche, au contraire, à soulever cette tumeur d'apparence fongueuse, on ne tarde pas à découvrir, à sa partie inférieure et un peu postérieure, le bord libre de la paupière encore garnie de ses cils. C'est donc un véritable mouvement de bascule qu'a subi cette paupière, puisque les cils, au lieu de regarder en haut, sont dirigés en bas.

En présence d'une pareille mutilation survenue sur une personne aussi jeune, mariée depuis quatre mois seulement, et ayant d'ailleurs des traits réguliers, j'ai dû faire tous mes efforts pour opérer une restauration de la paupière aussi exempte que possible de difformité.

Deux points principaux ont dû, tout d'abord, fixer mon attention : le premier, et le plus urgent, était de faire disparaître promptement le bourrelet conjonctival dont j'ai parlé, et dont la présence seule était un obstacle évident à la restauration définitive de la paupière inférieure ; le second, et le plus important, était de suppléer, autant que possible, à la perte de substance subie par la paupière, sans avoir recours à l'autoplastie indienne.

Voici comment j'ai essayé de remplir l'une et l'autre de ces indications :

J'ai traité l'ectropion conjonctival d'abord par l'excision d'une mince languette transversale, par quelques mouchetures propres à dégorger les tissus ; puis, dès le 28 janvier, j'ai cautérisé largement le bourrelet muqueux avec le crayon de nitrate d'argent : six cautérisations ont été ainsi pratiquées. Déjà une réduction des deux tiers au moins de la tumeur conjonctivale avait eu lieu, tandis que, d'une autre part, la tuméfaction des tissus cervicaux-orbitaires avait sensiblement diminué. Je me suis alors décidé à aviver les lèvres d'une solution de continuité transversale, de l'étendue de 1 centimètre au moins, qui existait un peu au-dessus de la commissure externe, c'est-à-dire au-dessous de l'extrémité du sourcil. J'avais là un lambeau inférieur tout formé et que la suppuration du tissu cellulaire sous-jacent avait, en quelque sorte, pris soin de décoller à l'avance. Il m'a donc suffi pour faire glisser ce lambeau de bas en haut, et le fixer définitivement, à l'aide de deux points de suture, à la lèvre supérieure de la solution de continuité, d'une traction assez légère.

C'était le 12 février que cette première opération fut pratiquée. Elle eut, en effet, pour résultat de fournir à la base de l'orbite, surtout vers sa partie externe, une certaine quantité de peau qui manquait auparavant.

Mais la cicatrice marchait avec rapidité dans d'autres points, et plus particulièrement vers la paroi inférieure de l'orbite ; elle tendait à englober, de plus en plus, les débris de la paupière inférieure.

Le 22 février, je pratiquai une seconde opération par laquelle l'excision de la muqueuse conjonctivale hypertrophiée fut faite aussi complétement que possible pour achever de rendre à la paupière son épaisseur à peu près normale ; il fallut ensuite détacher la paupière inférieure du tissu cicatriciel qui le fixait à la partie inférieure de l'orbite, dans une grande étendue et assez profondément ; une incision, pratiquée sur la commissure externe, détacha et rendit encore plus libre cette paupière inférieure ; l'extrémité externe de cette paupière fut ensuite fixée, par un point de suture, dans une légère encochure taillée dans la portion correspondante du lambeau préalablement déplacée, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

La paupière inférieure, ainsi maintenue en dehors et redressée, put alors être appréciée, pour la première fois, dans ses dimensions. Il fut constaté qu'elle avait perdu en hauteur la moitié inférieure environ de son étendue. Le bord libre était d'ailleurs intact et encore garni de ses cils.

La malade avait beaucoup souffert ; l'opération s'était prolongée à cause de l'écoulement sanguin ; on s'arrêta là ; un panse-

ment méthodique maintint la paupière inférieure dans sa nouvelle position.

Le 12 mars, une troisième et dernière opération fut faite également devant les médecins et les élèves qui suivent les leçons cliniques de notre dispensaire.

Il s'agissait d'emprunter à la joue une suffisante quantité de peau pour réparer entièrement la perte de substance subie par la paupière inférieure et de greffer la portion restante de cette paupière sur le lambeau autoplastique. On sait que déjà, à l'aide de notre lambeau que la suppuration avait en quelque sorte formé naturellement à la partie externe de la joue et de l'orbite, j'étais parvenu à réparer la perte de substance de la moitié externe de la paupière inférieure, à l'aide de l'espèce de glissement opéré de bas en haut et de la suture qui en fut le complément. Il ne restait plus, par conséquent, pour achever la restauration palpébrale, qu'à faire, vers le côté interne de l'orbite, ce que j'avais si heureusement exécuté pour le côté externe.

Une incision, légèrement oblique, de 3 centimètres de longueur environ, fut abaissée de la commissure palpébrale interne vers la joue, en suivant à peu près la direction du sillon naso-facial. Ce lambeau, disséqué et avivé à son bord orbitaire, fut facilement remonté et greffé à l'aide de six points de suture sur la lèvre interne de la plaie et sur la bandelette palpébrale que l'on connaît déjà et qui avait été, pour cet effet, dégagée de nouveau et avivée.

Le résultat immédiat fut réellement des plus beaux et des plus satisfaisants. Un pansement simple et propre à relever légèrement la joue, des compresses imbibées d'eau fraîche souvent renouvelées, furent les seuls moyens mis ensuite en usage.

Cependant, le gonflement qui survint dans les quarante-huit premières heures fit céder plusieurs points de suture vers l'angle interne de l'orbite : de là, un léger écartement que nous voulions surtout éviter.

C'est alors que j'eus recours à la méthode autodermique, autant dans le but de relever, le plus possible, la joue vers l'orbite, que de modifier le travail de cicatrisation, et, par suite, les propriétés ultérieures du tissu cicatriciel.

La paume de la main gauche fut appliquée, aussi exactement que possible, sur la plaie et sur toute la région orbitaire, les doigts étendus sur le front.

Ce mode de pansement d'une plaie avec perte de substance au moyen de la juxtaposition accidentelle de la peau empruntée ailleurs, offrait, dans l'espèce, quelques difficultés que nous ne nous étions pas dissimulées : la principale fut surtout la fatigue déterminée par la position même du membre supérieur. Aussi l'avons-nous abandonné après quarante-huit heures. La guérison n'était pas complète, mais le travail de cicatrisation nous a paru plus avancé qu'il ne devait l'être le quatrième jour d'une pareille solution de continuité. Trois jours plus tard, la guérison était terminée : la malade pouvait écarter les paupières et se servir enfin de son œil, qui est resté intact au milieu de tous ces désordres.

En définitive, en examinant, aujourd'hui 30 mars, le résultat obtenu dans ce cas particulier, nous ne pouvons que nous applaudir du succès que nous ont procuré des opérations aussi simples, eu égard à la multiplicité des lésions et à l'état de la difformité.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Opération d'hydrocèle très-volumineuse, faite d'abord par la ponction et l'injection vineuse, suivie de gangrène considérable, et convertie ensuite en une opération par excision. — Guérison,

Par M. le Dr Mérier, *médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier.*

Le nommé L..., âgé de 27 ans, d'une bonne constitution, aliéné, ou pour mieux dire imbécile, portait une tumeur énorme dans les bourses, c'est-à-dire dans la tunique vaginale droite. Cette tumeur, datant de quatorze à quinze ans, offrait *au moins* le volume de deux poings et une distension tellement considérable, que la fluctuation en était devenue impossible à constater. La transparence non plus n'a pu et ne pouvait être constatée, en effet, malgré les soins les plus minutieux : on en verra plus loin le motif. Cependant, croyant être sûr du diagnostic et ne conservant aucun doute sur la nature de la tumeur, le 9 septembre, un trois-quarts fut enfoncé à la profondeur de 4 centimètres environ, à la partie antérieure un peu latérale et inférieure du côté droit. Il sortit par la canule, immédiatement, *un litre au moins* d'un liquide citrin, très-limpide. Une injection vineuse et camphrée fut faite en deux reprises et séjourna dans la poche environ 6 à 8 minutes, au bout desquelles on la laissa s'écouler au dehors ; mais, avant que la totalité du liquide injecté fût sortie par la canule du trois-quarts, celle-ci s'échappa des mains de l'aide à qui je l'avais confiée, et une partie de l'injection s'infiltra sans doute entre les membranes et le tissu cellulaire, car presque à l'instant même, une tuméfaction considérable se manifesta, qui fit juger nécessaires plusieurs scarifications assez profondes sur toute l'étendue du scrotum, ce qui n'empêcha pas l'inflammation de se déclarer avec une grande intensité, et dès le lendemain, la tumeur avait repris au moins le volume, et offrait une distension presque égale à celle qu'elle présentait avant l'opération.

Dès ce moment des accidents gangréneux furent prévus, et pour les prévenir ou du moins les atténuer, autant que possible, de nouvelles incisions furent pratiquées dans toute l'épaisseur du scrotum et du tissu cellulaire sous-jacent, en même temps que des cataplasmes émollients, arrosés d'eau blanche, furent appliqués et sans cesse entretenus froids à l'aide de la glace. Les accidents inflammatoires parurent se calmer d'abord un peu : dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la tumeur commençait à diminuer de volume, et on espérait déjà pouvoir éviter la gangrène, lorsque le dixième jour après l'opération, c'est-à-dire le 18 septembre, un point noirâtre et boursouflé comme une espèce de phlyctène apparaît sur le milieu d'une des incisions pratiquées précédemment, et à travers cette incision, perce un bourrelet de tissu cellulaire déjà mortifié. Dès ce moment, il ne put plus y avoir de doute sur l'existence de la gangrène à l'intérieur et en dessous de la peau du scrotum, restée saine en apparence.

Comme il était fort à craindre que cette gangrène ne fît des progrès en dessous et dans les parties profondes, des débridements très-larges et très-profonds furent pratiqués en tous sens, et dès lors, on acquit la certitude que le tissu cellulaire sous-jacent, les membranes elles-mêmes étaient sphacélées et décollées dans une étendue de 8 à 10 centimètres environ. Tout ce qui était mortifié fut disséqué et enlevé avec soin, et la plaie très-large qui en résulta fut recouverte d'antiseptiques énergiques, ce qui n'empêcha pas la gangrène de faire des progrès nouveaux, et le lendemain il fallut de nouveau inciser, mettre à nu les parties mortifiées et les extraire du fond de la plaie, devenue assez profonde dès ce moment. Heureusement qu'une grande portion de la peau, c'est-à-dire du scrotum restait saine et ne semblait pas devoir se mortifier.

Le trou fait par le trois-quarts, et qui avait donné primitivement passage au liquide, n'était point refermé, et comme il continuait à donner issue à une partie de celui qui s'était reproduit ou qui était resté dans la tunique vaginale, une nouvelle indication se présentait, tant pour empêcher la reproduction de l'hydrocèle elle-même que pour aider à la résolution des accidents inflammatoires et gangréneux formidables auxquels nous avions affaire depuis quelques jours ; c'était de faire une nouvelle opération, ou pour mieux dire d'employer un nouveau mode opératoire contre l'hydrocèle, en un mot d'opérer en *excisant* une bonne portion de la tunique vaginale que nous voyions à découvert, et qui offrait un degré d'épaississement et de dureté très-considérable (pour le dire en passant, c'est cette circonstance d'épaississement et de dureté qui, sans doute, avait empêché la constatation de la transparence de la tumeur avant

l'opération). La tunique vaginale, ainsi épaissie et durcie, se présentait donc dénudée dans une étendue de 5 à 6 centimètres environ, à travers l'ouverture pratiquée à la peau : celle-ci fut disséquée jusqu'aux limites où elle se trouvait entièrement saine; une sonde cannelée fut introduite par l'ouverture primitive, et sur cette sonde, à l'aide d'un fort bistouri, une incision fut pratiquée jusqu'au fond de la cavité formée par la tunique vaginale: une assez notable quantité de liquide, d'abord transparent et de couleur citrine, ensuite plus épais et de nature purulente, s'écoula par la large ouverture qui résulta de cetté incision. Je m'apprêtais à prolonger mon incision par en bas, afin de pouvoir enlever une assez notable portion de la membrane épaissie qui s'offrait très-aisément à ma vue, lorsque, avec la sonde cannelée que j'avais retournée par en bas, je sentis une résistance assez forte. J'introduisis le doigt, et je sentis très-distinctement le testicule très-atrophié à la partie *inférieure* et *antérieure* du cul-de-sac formé par la tunique vaginale, et je l'aurais assurément profondément incisé, si je ne m'étais servi de la sonde autant pour explorer que pour inciser. La coque formée par la tunique offrait une épaisseur d'environ un centimètre *au moins*, peut-être plus (car on n'a pas mesuré exactement sur le moment même), et le testicule se trouvait tellement adhérent et confondu en quelque sorte avec la substance même de la membrane qu'il eût été très-difficile, et même impossible, je crois, de l'en séparer par la dissection la plus attentive. Je me contentai alors d'exciser une portion aussi considérable que possible de la partie supérieure et latérale de la tunique, et aussi près que je le pus du testicule, sans léser celui-ci; je pansai avec de la charpie sèche introduite dans le fond du sac, et avec de la charpie imbibée de chlorure, d'oxyde, de sodium, à l'extérieur.

A dater du lendemain de cette dernière opération, tous les accidents inflammatoires et gangréneux se sont limités, puis ont disparu peu à peu entièrement; les parties se sont dégorgées, et la suppuration s'est établie franchement et de bonne nature. Aucune réaction fébrile ne s'est manifestée par suite de cette seconde opération; le malade n'a pas eu l'ombre de fièvre depuis ce jour jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle un peu de fièvre est survenue, et le malade, qui jusque-là avait mangé et dormi à peu près comme en pleine santé, a été pris d'un peu de malaise, de frisson et d'abattement général.

L'examen attentif de la plaie qui, jusqu'à ce jour, avait été pansée avec de la charpie sèche à l'intérieur et de la charpie imbibée de chlorure et de décoction de quinquina à l'extérieur, a fait découvrir que le pus ne s'écoulait pas facilement du fond de la plaie, qui présente un cul-de-sac formé par la portion de la séreuse qui n'a pu être excisée en raison de son adhérence avec le testicule. Pour éviter une résorption, une petite contre-ouverture est jugée nécessaire à la partie la plus déclive; les pansements sont renouvelés plus souvent pour s'opposer au séjour prolongé du pus qui, du reste, s'écoule avec plus de facilité désormais.

Dès les jours suivants, le léger accès de fièvre avec frisson qui avait paru ne s'est plus renouvelé, et le malade a repris son état habituel, savoir : son indifférence, son insensibilité, son appétit, son sommeil; en un mot, il rentre dans son état normal, dont il n'était sorti depuis les premiers jours de l'opération que pendant les trois à quatre jours dont il vient d'être question, c'est-à-dire pendant le temps où le pus ne s'écoulant pas librement, on avait pu craindre un moment des accidents d'infection purulente.

A dater de cette époque, les choses allèrent de mieux en mieux sous tous rapports, et deux mois environ après la première opération, la guérison était complète, avec une cicatrice un peu difforme, il est vrai, mais avec conservation du testicule, dont l'existence, ainsi que celle du malade lui-même, auraient pu être grandement compromises par la tournure que semblait avoir prise dès le début une opération des plus simples, il est vrai, mais qui exige toutefois de grandes précautions dans le manuel opératoire.

Réflexions. — L'observation qu'on vient de lire, outre l'intérêt qu'elle peut offrir peut-être sous le point de vue chirurgical, à savoir : que la plus légère faute commise dans le mode opératoire peut produire des accidents formidables et capables d'occasionner la mort du sujet, nous a paru intéressante aussi *peut-être* sous un autre point de vue sur lequel nous allons présenter quelques courtes observations. Chez le malade dont il est question (aliéné ou plutôt imbécile), une opération simple d'abord, mais bientôt compliquée et suivie des accidents les plus formidables, et qui, chez tout autre sujet, aurait pu mettre la vie en danger, ne donna lieu à aucune réaction générale, ni même à aucune douleur, du moins en apparence, car jamais il ne s'est plaint, jamais il n'a manifesté la moindre sensation douloureuse pendant les pansements et opérations assez nombreuses qu'il a subies; il n'a jamais eu de fièvre, sauf le léger mouvement fébrile dont nous avons parlé, et qui ne s'est manifesté qu'au quinzième jour de l'opération, alors que le pus ne trouvait plus une issue qui lui permît de sortir librement du fond de la plaie; c'est la seule période de la maladie pendant laquelle le malade ait paru ressentir quelque malaise, quelque abattement : pendant tout le reste du temps, il a continué à dormir et aurait mangé comme dans son état de santé parfaite, si on lui eût donné des aliments suivant son appétit; mais on se bornait à la demie d'aliments substantiels.

La sensibilité a donc *paru* à peu près nulle, ou du moins tellement obtuse chez le sujet, qu'il n'a pas exprimé la plus légère plainte, ni manfesté la moindre douleur : la réaction fébrile a été *nulle* aussi bien certainement pendant les quinze premiers jours qui ont suivi les opérations multiples qu'on a pratiquées sur lui, c'est-à-dire dans la période où les accidents inflammatoires et gangréneux se sont produits avec toute leur intensité.

En pourrait-on induire que chez cette classe de malades (les aliénés ou les imbéciles), la sensibilité à la douleur résultant des opérations pratiquées sur eux est beaucoup moindre que chez les individus sains d'esprit, et que conséquemment la réaction fébrile, inflammatoire doit être en relation avec cet état de la sensibilité? Pourrait-on en induire encore que chez cette classe de sujets les opérations ne devant déterminer ni réaction fébrile, ni douleur, auraient beaucoup plus de chances de succès que chez les sujets placés dans des conditions morales contraires? Nous n'avons pas assez d'expériences à cet égard pour oser nous prononcer, mais nous sommes fortement incliné vers l'affirmative. Ce n'est pas assurément que nous partagions, tant s'en faut, cette opinion et cette croyance du vulgaire, qui s'imagine que les aliénés en général sont peu sensibles à l'action des agents extérieurs, au froid, à la chaleur, par exemple, et à la *douleur ordinaire,* si nous pouvons ainsi nous exprimer; nous savons parfaitement le contraire, mais, je le répète, nous n'avons pas un assez grand nombre d'expériences en ce qui concerne les opérations et en ce qui concerne la *douleur spéciale,* si nous osons ainsi l'appeler, résultant des opérations et des mutilations pratiquées chez les aliénés, pour affirmer que réellement cette *sensibilité spéciale* soit, sinon entièrement abolie ou annulée, du moins considérablement obtuse ou diminuée. Le petit nombre de cas toutefois que nous avons été à même d'observer nous porterait à l'admettre. C'est à une expérience ultérieure seule qu'il appartiendra de confirmer ou d'infirmer la tendance de notre opinion.

THÉRAPEUTIQUE.

Cysticerque cellulaire dans l'œil.

Un journal de médecine allemand, le *Deutsche Klinik,* publie une observation du docteur Von Graefe, sur l'extraction d'un cysticerque cellulaire dans la chambre antérieure de l'œil. L'opérateur fit une incision linéaire de 5 millimètres sur le bord de la cornée, en prenant des précautions pour ne pas blesser la vésicule entozoaire, qui sortit intacte de l'œil, dès que l'instrument tranchant fut retiré. On observait les mouvements caractéristiques de l'entozoaire, lorsque celui-ci avait séjourné pendant dix minutes dans

un peu d'eau ; son corps était rond, d'une grosseur de 4 millimètres en diamètre, presque transparent ; le cou, de 6 millimètres en longueur, était séparé en deux parties de largeur différente, par un anneau d'une couleur bleu-foncé ; la tête était garnie de plusieurs suçoirs ou ventouses. La pupille était normale, à l'exception d'une petite tache blanche à son bord inférieur, endroit où l'entozoaire avait été adhérent à l'iris, mais si faiblement, que l'humeur aqueuse l'avait chassé immédiatement de l'œil.

Quarante-huit heures après l'opération, on laissa l'œil à découvert, et, le cinquième jour, on permit des mouvements au malade. La tache blanche avait disparu, le produit de l'exsudation avait été complétement résorbé, mais il existait une synéchie postérieure, traitée sans succès par l'instillation de l'atropine. Ce vice n'eut que peu d'influence sur les mouvements de l'iris, et ne gêna en rien la vision. Le neuvième jour après l'opération, le patient put lire couramment, au moyen d'un verre convexe, les caractères de moyenne grandeur, et le seizième jour, il lut sans l'aide de lunettes. (*Nederl-Weckblad v. Geneesk.*, 1854, n° 3.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillons de remèdes secrets et nouveaux;

2° Rapports sur :

Une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Ménestrel, maire de Serecourt (Vosges);

Une épidémie de dyssenterie, par M. Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploërmel;

Une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Degen, médecin des épidémies du canton de Volumster (Moselle);

Une épidémie de fièvre typhoïde, par M. de la Montagne, médecin des épidémies de l'arrondissement de Neufchateau (Vosges);

Une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Hérouard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rocroi.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Anatomie du foie.

M. le docteur Puech adresse une Note sur la disposition des canaux biliaires dans le foie. (Comm. MM. Cruveilhier et Bouvier.)

Choléra.

M. Letellier, de Saint-Leu-Taverny, informe l'Académie, avec deux points d'exclamation, qu'il a fait observer, dès 1832, « *que les habitudes du choléra, décrites dans les livres, étaient les mêmes que celles des animalcules infusoires décrites par Spallanzani.* » (Comm. du choléra.)

M. Debreyne, de la Grande-Trappe (Orne), adresse l'exposé d'une *théorie nouvelle du choléra ou typhus d'Asie.* (Même comm.)

M. Marié annonce que le 10 ou le 11 avril 1832, il avait déjà observé la diarrhée prémonitoire sur tous les cholériques de Grenelle soumis à son observation. (Même comm.)

Déviations utérines.

M. Gausseil, professeur de pathologie à l'École de médecine de Toulouse, adresse des documents cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement. (Comm. déjà nommée, rapporteur M. Depaul.)

Élève des sangsues.

Les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent une lettre en réponse au dernier Rapport de M. Soubeyran. Nous publierons cette lettre dans notre prochain numéro.

Cure radicale des hernies.

M. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, adresse la lettre suivante :

Dans la dernière séance de l'Académie, un de ses honorables membres, M. Jobert (de Lamballe), a communiqué une observation remarquable de hernie inguinale compliquée d'hydrocèle, radicalement guérie par les injections iodées.

Cette méthode de traitement, appliquée à la guérison d'une certaine catégorie des hernies, n'est pas nouvelle.

Je ne pourrais avancer avec certitude que M. Velpeau a fait certaines tentatives de ce genre, il y a quelques années ; le savant professeur se le rappellera mieux que moi. Ce qu'il y a de certain, c'est que Auguste Bérard, ayant voulu appliquer cette méthode dans un cas analogue à celui opéré par M. Jobert, vit son malade succomber à une péritonite consécutive.

Je cite ce fait pour éloigner toute idée de prétention de ma part à une priorité, dans la sommaire relation que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie. Il s'agit d'une hydro-épiplocèle radicelement guérie par une injection iodée, en 1851, et dont l'observation se trouve insérée *in extenso* dans la *Gazette des Hôpitaux,* 1851, n° 47.

Voici cette observation sommaire :

En janvier 1851, madame C...., d'Ajaccio, femme de 50 ans, d'une bonne constitution et mère de plusieurs enfants, était à la veille de subir une opération grave, celle de la hernie étranglée.

Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche. Avant de soumettre la malade à l'opération, déjà décidée, les confrères qui lui donnaient des soins voulurent avoir mon avis.

Madame C.... présentait une tumeur volumineuse qui, partant de l'anneau inguinal gauche, descendait dans l'épaisseur de la grande lèvre correspondante dont elle occupait toute l'étendue, en la distendant considérablement.

Cette tumeur avait un aspect piriforme, à sommet supérieur, à base inférieure ; elle offrait des différences tranchées dans chacune de ses deux moitiés supérieure et inférieure : la première, moins étendue, plus étroite, surtout à son collet, avait la consistance d'un corps dur, mais malléable ; la seconde, plus volumineuse, à forme semi-sphérique vers sa base, était tendue, rénitente, et donnait aux doigts qui la pressaient la sensation d'un liquide contenu dans son intérieur.

Voici de quelle façon cette tumeur s'était développée :

Madame C.... était affectée, depuis un très-grand nombre d'années, d'une hernie inguinale qu'elle maintenait à l'aide d'un bandage; elle la réduisait elle-même facilement quand, par hasard, elle s'échappait. Environ trois semaines avant que je visse cette dame, la hernie avait fait saillie au-dessous de la pelote du bandage aux trois quarts usé. Madame C... n'y attacha point d'importance d'abord ; cette saillie, primitivement toute petite, prit un accroissement assez rapide. Madame C.... fit alors plusieurs tentatives infructueuses pour la réduire.

Trois médecins firent à leur tour des tentatives tout aussi vaines.

Finalement, quoique la malade n'éprouvât qu'un peu de douleur, sans trouble aucun des fonctions digestives et sans fièvre, on était décidé à opérer le débridement.

Je pus constater la présence d'une hernie épiploïque ayant refoulé le sac devant elle, et compliquée d'une collection séreuse considérable dans ce sac. Comme mon opinion rencontrait quelque peu d'incrédulité, une ponction évacuatrice enleva immédiatement tous les doutes. Je retirai environ un verre de sérosité citrine; on put s'assurer aisément alors qu'il y avait au-dessus une portion d'épiploon herniée.

Je proposai une injection iodée pour deux jours plus tard, dans le double but de provoquer l'oblitération du sac et de déterminer des adhérences solides entre l'épiploon et le collet, de manière à ce qu'il y eût un bouchon en permanence.

Deux jours après, nouvelle ponction suivie d'évacuation de 60 grammes de sérosité citrine fortement coagulable, puis injection iodée au tiers.

Cette injection ne fut suivie que d'une forte sensation de chaleur.

Après trente-trois jours, la partie inférieure de la tumeur, la plus volumineuse autrefois, et à contenu liquide, ne formait plus qu'un cordon longitudinal qu'on sentait dans l'épaisseur de la grande lèvre.

La portion supérieure constituée par une parcelle d'épiploon se dessinait très-bien, avait beaucoup diminué de volume et gagné en consistance ; elle se terminait à l'anneau par un pédicule étroit. On ne pouvait lui imprimer aucun mouvement de glissement, ni la réduire, preuve certaine que des adhérences solides la maintenaient.

Mon double but était atteint, j'avais oblitéré le sac et obturé l'anneau inguinal.

Depuis lors, madame C... n'a pas porté de bandage et la hernie ne s'est plus reproduite.

La dernière fois que je l'ai vue, un an après l'opération, on ne sentait à l'anneau inguinal qu'un petit cordon induré.

Le fait cité par M. Jobert (de Lamballe) est une preuve de plus en faveur de la méthode inaugurée par Auguste Bérard et non par M. Jobert lui-même, comme un organe de la presse médicale, le *Moniteur des Hôpitaux,* l'a très-explicitement avancé dans son numéro du 1er avril.

M. Velpeau, à l'occasion de la correspondance, demande à M. Jobert s'il croit avoir la priorité de l'application des injections iodées à la cure radicale des hernies.

M. Jobert. — Je n'ai nullement eu l'intention de réclamer la priorité des injections iodées dans les sacs herniaires, et je ne comprends pas qu'on soulève une semblable question. J'ai seulement voulu présenter à l'Aca-

démie un fait qui m'a semblé assez remarquable pour mériter son attention, assez remarquable même pour que j'aie cru que la science n'en possédait pas de pareil.

M. Velpeau. — M. Jobert n'a pas réclamé la priorité, j'en conviens; mais comme il n'a pas parlé des tentatives analogues à la science qui avaient pu être faites avant lui, on aurait bien pu croire qu'il n'en existait pas. Puisque M. Jobert n'a pas de prétentions à la priorité, j'espère qu'il sera bien aise, ainsi que l'Académie, d'entendre la lecture de quelques lignes que j'ai écrites il y a dix ans dans les *Annales de chirurgie,* et qui ne sont d'ailleurs que le développement et l'application de ce que j'avais écrit auparavant dans mon *Traité de médecine opératoire :*

« *Hernies étranglées.* — J'ai injecté la teinture d'iode dans des *sacs herniaires* transformés en hydrocèles à l'occasion de hernies étranglées, dont on avait chassé l'intestin, et dont le collet restait obturé par une masse d'épiploon. Or, les deux malades traités de la sorte à la Charité n'ont éprouvé aucun accident; leur sac herniaire s'est oblitéré, et j'ai pu les croire radicalement guéris de leurs hernies pendant quelques mois. Malheureusement ce dernier fait ne s'est pas maintenu, et une nouvelle portion du péritoine a été entraînée plus tard par les viscères, qui ont fini par former de nouveau hernie, par exiger un bandage contentif, mais sans que l'hydrocèle soit revenue.

« *Hernies simples.* — Il me parut dès lors permis de tenter avec réserve, avec prudence, les chances d'une injection iodée dans le sac des *hernies réductibles,* afin d'obtenir la *cure radicale* de cette ennuyeuse infirmité. Là je fus arrêté un instant par le manuel opératoire. Un sac herniaire vide n'est pas, en effet, comme un kyste quelconque rempli de liquide, facile à ouvrir au moyen d'un trois-quarts. Je fus donc obligé de me servir du bistouri pour arriver dans la cavité de la hernie. Deux malades opérés de la sorte, c'est-à-dire à l'aide d'incisions, et sans que je fusse bien certain que le liquide iodé fût arrivé dans la cavité du sac, n'éprouvèrent pas d'accidents immédiats, mais la hernie ne se trouva point guérie. Au bout de deux mois, alors que nous ne pensions plus à l'opération, l'un d'eux fut pris d'un rhumatisme articulaire général qui dura longtemps, et finalement d'une leucophlegmatie dont il mourut au bout de six mois. L'autre eut, au bout de vingt jours, un phlegmon sous-cutané qu'il fallut inciser et qui guérit promptement. On ne peut sans doute tirer aucune conclusion rigoureuse de ces deux faits; mais un malade affecté d'une énorme hernie crurale, et qui s'est présenté en 1844 à l'hôpital de la Charité, est venu lever tous les doutes sur ce point. Le sac herniaire chez lui était si large, qu'en en pinçant les parois et en les écartant vers trois regions opposées, je parvins à le tendre si complétement, que la ponction et l'injection à l'aide d'un trois-quarts en furent tout aussi faciles que celles d'une hydrocèle. Une compression établie sur la fosse iliaque serait délimitée à l'inflammation, et toutes les personnes qui suivent l'hôpital ont pu s'assurer que le sac herniaire de cet homme s'est enflammé, gonflé, puis réduit et oblitéré, sans la moindre apparence de danger, de réaction sérieuse. (*Ann. de la chir. franç. et étr.*, t. 15, p. 370). »

D'après ce passage, il est bien évident que j'ai songé à la cure radicale des hernies par l'injection iodée, que j'ai vu les difficultés qui s'opposent à l'ouverture des sacs, et que je les avais vaincues dans quelques cas.

Quant à l'observation d'Aug. Bérard, à laquelle fait allusion M. Abeille, je n'en ai aucune connaissance et elle me paraît *à priori* d'une authenticité très-douteuse : en effet, les inflammations sérieuses sont si rares à la suite des injections iodées, qu'il serait bien étrange qu'Aug. Bérard eût précisément observé des accidents mortels dans le seul fait qui lui aurait passé sous les yeux.

L'incident n'a pas d'autres suites.

RAPPORTS.

Arts insalubres. — Amidonneries nouvelles.

M. Bouchardat lit un Rapport officiel sur de nouveaux procédés pour préparer l'amidon. Nous reviendrons sur ce long et important travail.

LECTURES.

Choléra.

M. Jolly continue la lecture de son grand Mémoire sur le choléra.

La séance est levée à 4 heures 20 minutes, aucune des personnes appelées à la tribune ne se trouvant dans l'enceinte après la lecture de M. Jolly.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Nouveau cas de mort par le chloroforme.* — M. A. Richard a communiqué aujourd'hui à la Société de chirurgie un nouveau cas de mort par le chloroforme, survenu entre ses mains chez une femme qu'il allait opérer d'un polype utérin. En présence du chiffre des morts produites par le chloroforme aujourd'hui connus, ce fait ne peut avoir d'autre intérêt que d'ajouter une triste unité de plus au nécrologe du chloroforme. M. A. Richard offre des garanties scientifiques suffisantes pour qu'on ne puisse accuser ici que la méthode et nullement le chirurgien.

— *Jurisprudence médicale.* — La question des *fausses annonces,* et l'on pourrait même dire des annonces, car presque toutes sont fausses, vient de recevoir une solution conforme aux désirs du Corps médical, et qui va singulièrement déconcerter les annonceurs qui exploitent la crédulité publique. — Voici ce que vient de décider la Cour de cassation (1) :

« Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature, tendant à faire croire à des guérisons qu'il sait n'avoir pas opérées et ne pouvoir opérer, se rend coupable de manœuvres frauduleuses de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'art. 405 (2) du Code pénal, se rend passible des peines édictées par cet article. »

Cet arrêt a été rendu sur le pourvoi formé par Joseph-François Tirat, dit de Malmort, contre l'arret de la Cour impériale d'Amiens (chambre correctionnelle), du 10 février 1854, qui l'a condamné à quinze mois d'emprisonnement, pour escroquerie, pourvoi rejeté par la Cour suprême.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 mars, les présidents actuels des jurys médicaux des circonscriptions des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Les jurys médicaux seront présidés :

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, par MM. Grisolle et Malgaigne ;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dumas et Fuster ;

Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Erhmann et Rigaud.

Par un autre arrêté de la même date, les membres des jurys médicaux des départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, nommés par l'arrêté du chef du gouvernement, en date du 18 avril 1849, cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Sont nommés membres des jurys médicaux desdits départements, savoir :

1° Pour le département de la Seine, MM. Denonvilliers, Requin et Laugier ;

2° Pour le département de l'Hérault, MM. Bouisson, Boyer et Jaumes ;

3° Pour le département du Bas-Rhin, MM. Stoltz, Schützenberger et Stœber.

— *Cours public de pathologie externe.* — M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté, commencera ce cours le mardi 11 avril, à 3 heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

(1) Nous profitons de cette occasion pour informer plusieurs de nos lecteurs qu'il nous a été impossible, jusqu'à présent, de nous procurer le texte de l'arrêt de la même Cour, qui a décidé qu'un officier de santé ne peut, sans délit, exercer dans un autre département que celui où il a été reçu.

(2) Voici le texte de cet article :

« Quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, se sera fait remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges, et aura, par un de ces moyens, escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie de la fortune d'autrui, sera puni de l'emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de cinquante francs au moins et de trois mille francs au plus.

« Le coupable pourra être, en outre, à compter du jour où il aura subi sa peine, interdit pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, des droits mentionnés en l'art. 42 du présent Code : le tout sauf les peines plus graves, s'il y a crime de faux. »

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. Fleury, médecin par quartier de l'Empereur, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. — Chez Labé, libraire, et au bureau du journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal et chez l'auteur, rue d'Aumale, 28.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 42. 2e année. Samedi 8 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 7 Avril 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 29 Mars.

(**Absorption de l'azote de l'air par les plantes. — Section et cautérisation des nerfs dans les névralgies.**)

Ce n'est pas la première fois que nous avons à signaler à nos lecteurs le rare talent d'expérimentation, la finesse des vues, l'esprit d'initiative et tout à la fois la sage réserve, la sévérité de jugement de M. Boussingault. Nous ne les surprendrons donc pas beaucoup en leur annonçant que le savant chimiste vient de donner une nouvelle preuve de toutes ces qualités dans le Mémoire qu'il a communiqué à l'Académie.

L'application des recherches de l'auteur à l'objet de nos études ne nous a pas semblé être assez directe pour que nous ayons cru pouvoir placer, sous les yeux de nos lecteurs, les détails de ces expériences; nous le regrettons vivement, car tous les procédés des sciences d'observation ont entre eux les plus intimes analogies, et c'est en voyant tout ce qu'il faut dans une science aussi positive que la chimie, de persévérance, d'habileté, de précautions et de temps pour arriver à la plus simple des conclusions légitimes, que les physiologistes et les médecins sentiront la nécessité d'observer ces règles rigoureuses d'expérimentation dont M. Boussingault vient de nous donner un si bel exemple, dans des recherches qui ont en général pour objet des phénomènes bien autrement compliqués que ceux dont s'occupe la chimie. C'est dans le Mémoire de M. Boussingault que les observateurs devront aller étudier un modèle précieux d'expérimentation, obligé que nous sommes de nous borner à l'indication des résultats consignés dans ce remarquable travail.

Le but que s'est proposé M. Boussingault a été de déterminer si l'azote de l'air est absorbé et fixé dans les plantes pendant la végétation. Dans trois séries d'expériences exécutées avec des précautions admirables, l'habile expérimentateur est arrivé aux résultats suivants, en faisant germer différentes graines dans une atmosphère et dans un sol humides et dépourvus de tout autre azote que celui de l'air atmosphérique renfermé dans les appareils.

	Azote contenu dans les graines semées.	Azote contenu dans la plante récoltée.
1re *expérience*. . .	0gr,0349	0gr,0340
2e —	0 ,0210	0 ,0189
3e —	0 ,0245	0 ,0226
4e —	0 ,0480	0 ,0483
5e —	0 ,1282	0 ,1246
6e —	0 ,0349	0 ,0339
7e —	0 ,0200	0 ,0204
8e —	0 ,0339	0 ,0397
9e —	0 ,0376	0 ,0360
10e —	0 ,02980.	0 ,02771

La onzième expérience, faite avec un sol contenant en décomposition des graines semblables à celles qu'on avait semées, a donné le résultat suivant :

	Azote de deux graines *semées.*	Azote de la récolte.
11e *expérience*.. . .	0gr,0365	0gr,1163

C'est-à-dire, tandis qu'aucune des plantes de la première série n'a acquis la moindre parcelle d'azote et qu'elle n'a donné à l'analyse que la quantité rigoureuse qu'en contenait la graine; les deux graines de la 2e série ont fixé une quantité de ce gaz presque deux fois égale à celle que la graine contenait déjà. Outre la preuve de l'admirable précision à laquelle est parvenue l'analyse chimique, les chiffres qui précèdent renferment donc cette démonstration, que les plantes tirent d'une autre source que l'azote libre de l'air, la quantité de cet élément qui entre dans leur composition. Ce résultat, qui sera sans doute fécond en conséquences agricoles, peut n'être pas sans importance au point de vue de la physiologie; mais il était surtout important de le signaler comme un exemple du degré de perfection auquel peuvent amener des recherches conduites avec talent et persévérance (1), et comme un modèle dont tous les expérimentateurs devraient s'inspirer.

— Une communication qui nous intéresse plus directement est celle de M. Jobert, qui propose contre les né-

(1) Nous ne croyons pas inutile, à ce propos, de reproduire la note suivante qui prouve que, malgré ses nombreuses occupations, M. Boussingault n'hésite pas à tout sacrifier pour se mettre à l'abri de toutes les causes d'erreur, c'est-à-dire qu'il ne s'en fie qu'à lui du soin de constater les faits, quoique les aides intelligents, très-intelligents, ne lui manquent certes pas.

« J'ai exécuté, dit-il, sans le concours d'aucun aide, tous les dosages d'azote mentionnés dans cette troisième série de mes recherches, et je ne m'en suis rapporté qu'à moi-même pour monter les appareils et surveiller les observations, dans les trois années qui viennent de s'écouler. »

vralgies rebelles et très-douloureuses : 1° la cautérisation immédiate du nerf; 2° la section de ce nerf et la cautérisation des deux bouts, cautérisation qui n'empêche point, suivant l'habile chirurgien, la cicatrisation de s'opérer plus tard, mais qui détruit la sensibilité pendant un temps suffisant pour qu'après la cicatrisation, celle-ci se rétablisse sans l'excès qui constituait autrefois la maladie. Ce ne sont pas là des propositions sur lesquelles le raisonnement ait de la prise : les faits sur lesquels elles se fondent sont ou ne sont pas, et voilà tout. Ceux que rapporte M. Jobert semblent lui donner raison; c'est à une observation ultérieure à les confirmer ou à les infirmer.

H. de Castelnau.

Observations thérapeutiques sur la médication nutrimentive.

(*Suite. Voir les n*os *40 et 41 du tome 2.*)

OBSERVATION IV (1).

Fièvre typhoïde ; convalescence longue et entravée.

Jusqu'au soixante-dixième jour, récidive de la fièvre et gastrodynie, dès qu'on dépasse la dose de deux ou trois potages par jour, ces accidents se renouvelant à chaque tentative.

Usage des cuillerées nutrimentives.

Dès le premier jour, deux côtelettes sont ajoutées au régime, puis l'alimentation est rapidement augmentée jusqu'à être normale.

Vers le huitième jour de ce traitement, la dose nutrimentive peut être diminuée de deux cuillerées à bouche a deux cuillerées à café, puis à une seule, puis elle est supprimée. Depuis son usage, disparition de la gastrodynie, de la fièvre et de tout symptôme morbide.

Guérison confirmée le quatre-vingt-quatrième jour, et le quatorzième de l'usage des cuillerées nutrimentives.

Auv.... Fern...., âgé de 11 ans et demi, fut pris, le 11 août 1851, des premiers symptômes d'une fièvre typhoïde caractérisée par le brisement des membres, la céphalalgie, la surdité légère, la bronchite, le gonflement de la rate, le gargouillement dans la fosse iliaque droite, la fièvre intense et les taches rosées lenticulaires qui apparurent vers le huitième jour.

La céphalalgie fut prédominante les dix premiers jours, quoique l'obtusion des sens et de l'intelligence fût légère, ce qui nécessita plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles. On mit en outre en usage les purgatifs et la glace à l'intérieur.

Vers les premiers jours de septembre, la convalescence semblait s'établir. Un écart de régime ramena des douleurs abdominales, mais surtout une chaleur vive à la peau et une accélération considérable du pouls (110-115). Cette fièvre ne put être amendée, jusqu'au 20 septembre, ni par la médication ni par le régime sévère et la diète.

Le 20, à part quelques râles bronchiques, aucune altération matérielle ne rendait compte de cette fièvre, que la moindre augmentation dans la quantité des aliments (deux potages) exagérait aussitôt. Je ne pouvais attribuer ces phénomènes qu'à une habitude vicieuse du système circulatoire ; c'est ce dernier que je voulus atteindre en prescrivant l'usage, matin et soir, de 10 gouttes d'un mélange de teinture de digitale et d'aconit, ce dernier pour 1/3.

Le 21, M. Andral fut appelé en consultation. Il constata l'état ci-dessus, craignit quelque début de phthisie pulmonaire latente, conseilla un vésicatoire sur la poitrine ; mais le pouls ayant baissé de 10 pulsations par minute depuis l'usage de la teinture mixte, il conseilla la continuation de cette dernière, conjointement avec un régime sévère.

Le pouls baissa successivement de 8 à 10 pulsations par minute chaque jour suivant, et tomba ainsi à 50, la chaleur de la peau étant revenue normale.

A cette époque, de l'œdème s'étant montré aux paupières, à la face et au scrotum, la teinture fut supprimée.

2 *octobre* (cinquante-deuxième jour). Je crus pouvoir enfin permettre trois potages, et le 4, un peu de poulet ; mais aussitôt le pouls s'accéléra beaucoup, la peau redevint chaude, les digestions laborieuses.

Pendant les deux septenaires suivants, à chaque tentative pour dépasser les potages, ces accidents s'exaspérèrent de nouveau, malgré l'usage de l'eau de Vichy. Le malade, néanmoins, avait faim.

Le 20 (soixante-dixième jour), je mis en usage les *cuillerées nutrimentives :* une cuillerée à bouche à chaque repas. Dès ce premier jour, le malade mangea et digéra, sans la moindre difficulté, deux côtelettes de plus ; le pouls resta ce qu'il était la veille, et la chaleur ne revint point.

Pendant sept à huit jours, la même préparation *nutrimentive* fut prescrite, et la quantité des aliments put être progressivement augmentée sans aucun trouble ; puis, sans diminuer l'alimentation, on réduisit la dose de *préparation nutrimentive* par jour à deux cuillerées à café ; puis à une; puis on supprima cette médication. Tout symptôme circulatoire, respiratoire ou digestif avait disparu ; les forces étaient revenues. Le malade était en état de sortir au dehors; le 14 novembre, il était guéri.

Réflexions. — De telles observations parlent beaucoup plus haut que les réflexions dont je pourrais les faire suivre.

Je rapporte ces observations dans le but de prouver que lorsque l'estomac ne digère point par défaut de principe digestif, l'administration des préparations nutrimentives effectue la digestion, comme si l'estomac avait sécrété lui-même le principe digestif.

Pour que la maladie guérisse, il faut arriver à ce que l'estomac, pouvant se passer désormais des préparations nutrimentives, produise lui-même son principe digestif.

Au début, même quand on sollicite cette sécrétion, l'estomac trop faible peut la refuser ; mais si, par l'usage de la méthode nutrimentive, l'économie a repris quelque force, l'administration ultérieure des substances qui excitent cette sécrétion (eau de Vichy, etc.) peut être suivie du rétablissement complet de la sécrétion.

C'est la contre-partie des observations où, au lieu d'arriver au rétablissement de la sécrétion par la méthode nutrimentive, le défaut de cet emploi menait à l'inanition et à la perte de toute force assimilatrice.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Communiquée par le même.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. Teissier.

Hydropisie utérine en dehors de l'état de gestation.

Observation recueillie par M. Dard, *interne.*

MM. Stoltz et Naegelé, au Congrès médical de Strasbourg, en 1842, ont nié l'existence de l'hydrométrie en dehors de la grossesse. M. Teissier, dans un Mémoire publié en 1842, réunit de nombreuses observations empruntées à Fernel, Franck, Mauriceau, Lisfranc, Jobert (de Lamballe); il établit, d'une manière évidente, le diagnostic de cette affection, réfuta les objections présentées au Congrès de Strasbourg et prouva, par des faits incontestables, l'existence de l'hydrométrie.

Voici la relation d'un nouveau cas qui s'est présenté récemment dans le service de M. Teissier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et dont l'authenticité est à l'abri de toute contestation :

Bouillot (Françoise), de Mâcon, âgée de 34 ans, habituellement bien portante, a eu trois enfants, le dernier il y a quatre ans ; elle a toujours conservé depuis des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Il y a dix-neuf mois que son ventre a

commencé à grossir; il a continué à se développer pendant neuf mois. Dans cet espace de temps, elle a eu deux fois ses règles, mais pendant quelques heures seulement; la première fois, un mois et demi après le début, et la seconde trois mois après. La malade se croit enceinte, elle ressent des mouvements analogues à ceux du fœtus, ses seins sont gonflés, la sécrétion laiteuse est abondante. A l'apparition des premières douleurs, elle se rend à la Maternité de Mâcon. Une sage-femme, après l'avoir touchée, lui dit qu'elle n'est sans doute pas enceinte, que, du reste, rien n'indique que le travail soit commencé. Les douleurs continuent et augmentent; elle perd environ 3 litres d'eau et son ventre diminue un peu. A partir de ce jour, il y a eu, pendant trois mois, un écoulement d'environ 2 litres chaque jour; son ventre a repris peu à peu son volume normal. Il n'y a jamais eu expulsion d'aucun corps étranger pouvant faire soupçonner l'existence d'une môle. Depuis cette époque, les règles reviennent régulièrement les premiers jours du mois, et, au milieu de chaque mois, pendant deux ou trois jours; elle perd chaque jour 2 litres d'un liquide séreux. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, ses règles sont venues le premier du mois, et, le 15, elle a perdu un liquide alcalin analogue à la sérosité des ascites; les linges et les draps qui en étaient imprégnés exhalaient une odeur analogue à celle des lochies. Le col, largement entr'ouvert, avait environ trois fois le volume normal; il était, ainsi que le vagin, tout lubréfié par le liquide qui sortait de l'utérus. Cet écoulement dura trois jours; pendant ce temps, les seins étaient gonflés, douloureux et sécrétaient du lait. Ce phénomène se renouvelle tous les mois. Il ne peut y avoir aucun doute sur la nature de cette affection, puisque nous avons assisté à l'écoulement du liquide.

Cette observation présente, comme particularité remarquable, l'apparition des règles, en très-petite quantité il est vrai, sans écoulement du liquide de l'utérus, lorsque l'hydrométrie se forma la première fois. Elle n'a d'importance qu'au point de vue de la séméiologie, car la malade n'est restée qu'un mois à l'Hôtel-Dieu, temps nécessaire pour établir le diagnostic avec précision et exactitude, et, lorsqu'on aurait pu commencer un traitement, elle est sortie brusquement de l'hôpital.

(*Gaz. médic. de Lyon.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Echinocoques rendus par les voies urinaires. Guérison,

Par le Dr A. Gouraincourt, *ancien élève des hôpitaux de Paris, médecin à Franchesse* (Allier).

Quoique la belle Thèse de notre distingué et ancien collègue, M. Livois, ait fait connaître en France combien les échinocoques que l'on croyait très-rares ou même d'une existence douteuse, sont au contraire fréquents, les observations où l'on a constaté d'une manière positive la nature de ces êtres sont assez rares; nous ne nous rappelons même aucun cas dans lequel une semblable constatation ait été faite dans des liquides excrétés par les voies urinaires, et l'observation empruntée par M. Livois à Müller était restée la seule de ce genre. On ne lira donc pas sans un vif intérêt la relation que nous transmet notre honoré confrère, M. Gouraincourt; on apprendra surtout avec intérêt les suites que pourra avoir cette affection, si M. Gouraincourt veut bien nous en informer.

Jules Roussat, âgé de 18 ans, laboureur à Franchesse, d'une constitution faible, d'un tempérament bilioso-sanguin, ressentait à de longs intervalles et depuis une époque qu'il ne saurait préciser, des douleurs profondes à la région des reins.

Vers la fin du mois d'août, les douleurs se montrent plus fréquentes et plus aiguës, l'excrétion de l'urine plus douloureuse; parfois le jet est interrompu, tantôt l'urine est limpide, tantôt dans la même journée elle apparaît bourbeuse et noirâtre. Le pouls donne de 75 à 90; la peau est chaude, halitueuse; quelques nausées; pas de sommeil; perte totale de l'appétit; constipation opiniâtre; toux sèche sans expectoration; l'auscultation et la percussion, pratiquées avec soin à la région thoracique et à la région rénale, n'offrent rien à noter. (Je prescris : huile de ricin, 30 grammes; potion diacodée; tisane avec l'infusion de baies d'Alkekenge.)

Pendant deux jours, les symptômes sus-énoncés sont les mêmes.

Le troisième jour, une névralgie intercostale des plus intenses se fait sentir à gauche : céphalalgie, vomituritions, pouls à 115, respiration haute.

Du 2 au 20 septembre, la fièvre revêt le type intermittent; la rate se gonfle, elle est douloureuse au toucher. (Je prescris : 2 décigrammes de sulfate de quinine par jour; tisane de houblon.) Les urines ont repris leur cours normal, mais elles déposent au fond du vase un sédiment briqueté abondant et grumeleux.

Le 21, la fièvre paraît avoir perdu de son intensité; la névralgie intercostale a disparu, mais la dysurie reparaît; les urines sont sanguinolentes; la miction est fréquente et ne se fait que par jets interrompus; les vomissements reparaissent; la sueur est abondante et exhale une odeur urineuse très-marquée.

Dans la même journée, le malade, en proie à une anxiété extrême, essaie souvent d'uriner sans pouvoir accomplir complétement cet acte. Enfin, après de violents efforts, il rend en ma présence, en urinant, une vésicule aussi volumineuse qu'une noix.

D'abord, à sa sortie, allongée et filiforme et s'étant moulée sur la forme du canal par lequel elle vient de se faire une issue, elle se dilate et se gonfle en quelque sorte comme une bulle d'air.

Je perce immédiatement cette vésicule après l'avoir isolée du liquide urineux, et il en jaillit de la sérosité.

Le malade se sent soulagé, mais bientôt, c'est-à-dire un quart d'heure après, le malade urine encore douloureusement : il rend une nouvelle vésicule. Enfin, avec la persistance des mêmes symptômes, pendant deux jours et à des intervalles variés, il a rendu vingt-deux vésicules ayant toutes à peu près le même diamètre.

J'ai recueilli avec soin toutes ces petites vessies, et je les ai toutes simultanément soumises à un examen microscopique.

Voici le résultat de mes investigations :

1re *vésicule*. Je la ponctionnai; le liquide fut reçu dans une capsule de verre; elle contenait 5 granulations. La 1re granulation était formée par la réunion de trois petits vers qui se mouvaient, la 2e par cinq; la 3e par trois; la 4e par huit; la 5e par deux.

Le liquide de la vésicule m'a paru moins épais que celui qui entourait les petits vers; la surface interne de la vésicule était lisse.

2e *vésicule*. Elle était stérile; sa surface interne rugueuse et plissée sur elle-même dans les parties les plus déclives, ne contenait pas une seule granulation; le liquide contenu était de couleur bistre.

Les 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e et 14e vésicules étaient totalement d'une structure identique à la précédente.

La 15e et la 16e étaient accolées l'une à l'autre par une de leur surface, de telle sorte qu'on pourrait les appeler vésicules jumelles. L'une contenait en suspension un nombre infini de petits vers qui, pressés les uns contre les autres, offraient ainsi groupés huit facettes par lesquelles ils se correspondaient intimement.

L'autre ne contenait qu'un seul ver isolé plus volumineux et n'adhérant par aucun point.

Les 17e, 18e, 19e, 20e et 21e vésicules étaient stériles; la sérosité était opaque et épaissie.

La 22e offrait deux granulations adhérentes à sa paroi intérieure; chaque granulation séparée était formée par l'agglomération de cinq petits vers pour l'une, et de dix pour l'autre

réunis ensemble comme dans toutes les vésicules qui en contenaient, par du mucus blanc et visqueux.

Tous ces vers vésiculaires, examinés séparément, ont tous offert la même forme et les mêmes caractères extérieurs.

Leur corps était oblong, lisse, de couleur grise. Au centre, on remarquait deux raies noires disposées parallèlement à l'axe du corps. La partie céphalique était munie d'une double couronne de crochets et de quatre suçoirs. J'ai pu distinguer parfaitement les mouvements qu'ils opèrent avec ces organes. On pourrait comparer leur mouvement de dilatation et de rétraction à celui que les limaces opèrent avec leurs tentacules. Quand je les touchais avec les barbes d'une plume, ils se rétractaient.

L'extrémité caudale est formée par un petit prolongement qui m'a paru être un petit disque, terminé lui-même par une infinité de petites expansions filamenteuses disposées en forme de houppe, lequel disque se dilatait et se resserrait par instant.

Il résulte de ces faits : 1° Que les vésicules dont je viens de donner la description, sont des hydatides provenant de l'intérieur d'un kyste unique du rein gauche ;

2° Que ces vésicules, examinées toutes individuellement, contenaient, dans leur intérieur, des vers isolés, ou non isolés, que j'appellerai, eu égard à leur structure, des *échinocoques*, et que ces échinocoques groupés forment les granulations ;

3° Que ces granulations nagent le plus souvent librement dans le liquide que contient la vésicule, et que c'est au moyen d'un mucus épais que les échinocoques adhèrent les uns aux autres.

J'ai soumis le malade, qui fait le sujet de cette observation, à un traitement suivi, pendant un mois environ. (Applications de sangsues; cataplasmes émollients; alimentation végétale et lactée ; poudre de Cainça à la dose de 4 décigrammes par jour ; tantôt il a bu la tisane de pareira brava, tantôt celle de chènevis ou de diosmée crénelée.)

Je l'ai soumis en même temps à l'usage intérieur de l'eau minérale de la fontaine de Saint-Pardoux, et, grâce à la réunion calculée de tous ces moyens, le malade s'est rétabli complétement. Néanmois, le rein gauche est encore le siége de douleurs pongitives qui reparaissent quand le temps est froid ou brumeux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Mars 1854. — Présidence de M. Combes.

Absorption de l'azote de l'air par les végétaux.

M. Boussingault expose le résultat d'expériences qu'il a entreprises pour déterminer si l'azote de l'air est fixé dans les plantes pendant l'acte de la végétation. D'après les détails extrêmement minutieux de ces expériences, détails qu'il nous est impossible de reproduire ici, il résulte que, dans un sol qui ne contient que des substances minérales, de l'eau dépourvue d'ammoniaque et de débris organiques qui puissent eux-mêmes en contenir, et dans une atmosphère exclusivement composée d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique, une plante ne fixe pas, en se développant, des traces de l'azote de l'air. Lorsqu'à ces éléments on ajoute dans le sol des substances azotées (par exemple des graines semblables à celles qu'on fait germer et dépourvues de la faculté germinative), l'azote est fixé par la plante qui germe.

Les expériences de M. Boussingault ont été faites avec des haricots, des lupins, du cresson et de l'avoine.

M. Jobert (de Lamballe) communique le Mémoire suivant :

Un mot sur la thérapeutique des névralgies. — Procédé mixte. — Section et cautérisation du nerf, par M. le Dr Jobert (de Lamballe).

Ainsi qu'on le sait, l'état douloureux des nerfs est une affection très-commune, qui peut se limiter aux filets, aux troncs, ou en occuper tout à la fois les diverses parties. Cette différence de siége de la névralgie est importante, en ce qu'elle établit d'une manière distincte la possibilité de l'altération partielle d'un nerf. Ne voit-on pas, en effet, les filets nerveux de la plante du pied, qui dérivent des gros nerfs abdominaux, ceux des lèvres, des joues, du menton, qui sont la terminaison de la cinquième paire, les rameaux pulmonaires et gastriques du nerf vague, les terminaisons des nerfs utérins fournies par le plexus lombo-sacré, être le siége de douleurs vives, qui se reconnaissent à des symptômes particuliers sans que les troncs soient malades ? Rien n'est plus vrai et plus démontré que ce point pratique, et c'est même fréquemment par les rameaux tégumentaires que débute la névralgie.

Si ces lésions partielles des rameaux sont communes, il n'en est pas moins vrai que celles des gros troncs sont aussi très-fréquentes. Il est incontestable, cependant, que lorsque le tronc ou les rameaux d'un nerf sont le siége d'une lésion limitée, la fonction de tout l'organe en souffre plus ou moins, et voilà pourquoi les muscles, les membranes auxquels ils se distribuent, subissent des changements remarquables dans leur structure et dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Tous les médecins ont pu constater l'état douloureux des organes qui contiennent des nerfs, et l'expérience leur a appris que ceux qui n'en reçoivent pas sont exempts de névralgies. Les recherches du grand Haller sur les tissus sensibles et insensibles avaient déjà démontré que les choses devaient se passer ainsi sur l'homme, comme sur les animaux. L'observation a définitivement sanctionné l'exactitude de ces rigoureuses expérimentations. Cette opinion était aussi celle de beaucoup de médecins, qui regardaient tous les nerfs comme susceptibles de devenir douloureux. Des hommes remarquables de notre époque n'ont pu partager cette manière de voir ; ils ont, en effet, admis que certains nerfs pouvaient en être exclusivement affectés. Cette idée a pris naissance dans la grande division des nerfs en sensitifs et moteurs. Cette opinion est généralement admise et cette doctrine est la conséquence naturelle et logique des idées physiologiques régnantes. Le point pratique a cependant modifié ce qu'il y avait de trop exclusif dans cette opinion. Les nerfs qui se terminent dans les membranes muqueuses et cutanées y sont infiniment plus sujets que ceux qui se perdent dans la profondeur des organes, ou qui s'épuisent dans l'épaisseur des muscles, les premiers étant plus exposés aux variations de température et à l'influence des excitants extérieurs que les seconds, qui sont protégés et plus ou moins à l'abri des causes extérieures. D'ailleurs, il est incontestable que les nerfs à nombreux filets vasculaires, et dont les fonctions sont variées, y sont plus sujets que ceux dont la structure est plus serrée. Le plus grand nombre des névralgies débute par la partie rameuse du nerf (dans les membranes muqueuses et cutanées), ou comme le dirait un célèbre naturaliste, M. Serre, par le point d'origine. Dans ma manière de voir, la peau et les muqueuses serviraient d'introduction à la lésion dont il s'agit, par l'action à peu près directe du froid humide, des excitants variés sur le réseau le plus rapproché de l'atmosphère. C'est ainsi que les inflammations des membranes muqueuses et cutanées, les variations atmosphériques, les coups d'air, sont des sources fréquentes de névralgies. Les névralgies faciales, œsophagiennes, pharyngiennes, gastriques, utérines, abdominales, sciatiques, radiales, etc., ne me paraissent pas avoir une autre origine lorsqu'elles ne sont pas le symptôme du développement d'une tumeur sur le trajet d'un nerf, d'une piqûre, d'une inflammation des renflements nerveux. D'après cela, il est évident que les névralgies doivent avoir un caractère aigu ou chronique, suivant l'intensité de la cause, l'étendue de son action, etc. Quelques-unes semblent être purement et simplement déterminées par un trouble de la fonction du nerf lui-même, aussi disparaissent-elles avec la maladie qui leur donne naissance. D'autres, au contraire, dépendent de la lésion du névrilème et de la substance nerveuse. La névralgie n'est donc pas seulement, alors, un effet du trouble de la fonction, mais bien un résultat d'altération. Je suis tenté de penser qu'il se passe ici, de la part du névrilème sur le nerf, ce qui se produit sur le cerveau, lorsque la pie-mère, son enveloppe immédiate, est malade, c'est-à-dire que les fonctions de l'un et de l'autre sont troublées par des rapports de continuité et de nutrition qui existent entre les enveloppes protectrices et les organes protégés.

Je ne veux pas parler ici de la névralgie aiguë, qui disparaît avec la cause qui lui a donné naissance, mais de celle qui n'est plus un symptôme de maladie et qui est une véritable lésion par elle-même. Il s'agira donc ici des névralgies qui résistent à tout et contre lesquelles tout a été épuisé.

Il y a longtemps que la thérapeutique des névralgies m'a sérieusement occupé, et je dois avouer que la médication endermique, que les anti-périodiques, que les remèdes énergiques et variés donnés à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur sous forme de dissolution, que les vésicants, m'ont paru insuffisants dans ces névralgies violentes, tenaces, qui paraissent dues à une altération superficielle du névrilème ou du tissu propre du nerf. Il n'est pas question ici de la thérapeutique des névralgies qui disparaissent d'un point du corps pour se porter subitement dans une autre région, mais bien de celles qui sont fixées au tronc d'un nerf, sur les rameaux, ou alternativement sur différents points du même faisceau.

Ce que j'ai à dire comprend les névralgies qui peuvent atteindre les nerfs d'un membre, ceux de la face, ou même les nerfs du tronc. La névralgie peut, en effet, ainsi que je l'ai vu, s'étendre de la queue de cheval aux nerfs des membres inférieurs, ou encore l'état douloureux peut débuter par un point périphérique du tronc pour gagner progressivement les racines nerveuses, et, comme on doit nécessairement le comprendre, des troubles graves surviennent dans le mouvement et la sensibilité.

Ces névralgies, qui font le désespoir du malade et du médecin, réclament une médication énergique appropriée à l'intensité du mal et à sa ténacité. J'ai employé l'électricité sous diverses formes, souvent sans succès; mais il n'en a pas été de même de l'application du feu sur les membranes tégumentaires, et partant sur les extrémités périphériques des nerfs, et, dans certaines circonstances, sur les branches du nerf lui-même. La chaleur joue un immense rôle dans la guérison des maladies, comme modificateur du système nerveux et de la circulation ; mais le calorique, concentré sur un point du corps, représente tout ce qu'il y a de plus actif et de plus remarquable, en tant qu'action, sur les solides et les liquides. On peut en exalter la sensibilité avec le calorique, ou l'éteindre, ou la modifier, sans provoquer d'accidents sérieux, et sans exposer à la phlébite, à l'infection purulente.

Il y a déjà bien longtemps que, dans le *Journal hebdomadaire*, j'ai inséré un Mémoire sur la cautérisation en général. Un long article était consacré à l'action du fer rouge mis en usage contre les névralgies musculaires, faciales, crâniennes, idiopathiques ou symptomatiques. Je disais que toujours ce puissant agent avait guéri ou soulagé.

En 1838, j'ajoutai de nouveaux faits aux premiers, et, par conséquent, je professais la même opinion sur les avantages de la cautérisation par le calorique. Je signalais, dans ce travail, ses effets héroïques contre la névralgie œsophagienne, les névralgies des membres abdominaux et thoraciques; et, à propos de la discussion sur l'éther, je citais de nouvelles observations qui attestaient que là où les autres moyens avaient échoué, le feu avait triomphé du mal.

Ma manière de voir, sur les effets remarquables du feu, n'a donc changé à aucune époque, et c'est là la raison pour laquelle il est en si grande faveur dans mon esprit, lorsqu'il s'agit d'affections rebelles, comme les névralgies qui ont résisté à tous les moyens employés.

Aujourd'hui, je viens mettre sous les yeux de l'Académie quelques nouveaux faits qui méritent de l'intérêt à plus d'un titre.

1re *Observation. — Sciatique. — Méthode endermique. — Ventouses scarifiées. — Fer rouge.* — Le nommé Lefranc (Pierre), âgé de 44 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre 1853 pour y être traité d'une névralgie sciatique affectant le membre gauche.

Ce malade est d'une forte constitution, bien musclé, et n'a jamais été exposé aux douleurs rhumatismales; depuis trois mois environ, il se plaint de douleurs continues, violentes, exaspérées par la pression, principalement au niveau de l'espace qui sépare la tubérosité ischiatique du grand trochanter. Par moment des élancements très-vifs partent de ce point en suivant le trajet du nerf. Dans le creux du jarret la pression n'excite pas de douleurs; mais le pied est engourdi, ce qui rend la marche incertaine et même impossible par suite des douleurs qu'elle réveille. La méthode endermique, les ventouses scarifiées, échouent contre cette affection, et le malade se trouve dans la nécessité de réclamer une médication plus énergique pour se débarrasser d'une affection aussi douloureuse.

Le 3 janvier 1854, un fer rougi à blanc est promené sur le trajet du nerf sciatique, et par conséquent à la face postérieure de la cuisse, cinq ou six fois de suite; le fer incandescent sillonne la peau, qu'il n'attaque que superficiellement; des compresses trempées dans l'eau froide sont immédiatement posées sur les brûlures. Les jours suivants, le malade se regarde comme très-soulagé et il n'accuse en effet d'autres douleurs que celles qui sont causées par la brûlure. Il n'y a plus d'élancements sur le trajet du nerf, et l'engourdissement a tout à fait disparu.

Au bout de huit jours (11 janvier 54), les escarres superficielles, sorte de charbonnement de l'épiderme produit par le fer rouge, étaient éliminées, et la cicatrisation, commencée sur beaucoup de points, était achevée le 21 janvier.

Lors de sa sortie de l'hôpital, l'épiderme s'était reproduit, et c'est à peine si l'on aperçoit les traces de la brûlure. Le malade ne souffrait ni ne boitait.

2e *Observation. — Névralgie utérine violente. — Insuccès de différents traitements. — Application du fer rouge.* — Madame M.... consulta pour la première fois mon honorable confrère le docteur Oliff, le 25 septembre 1853. Elle se plaignit de violentes douleurs dans la région hypogastrique s'étendant principalement du côté gauche; elles revenaient par accès et suivaient le trajet des nerfs sciatique et crural du membre abdominal gauche. La malade boitait pendant la marche, qui ne pouvait avoir lieu sans de grandes souffrances. Le membre parut à notre confrère raccourci, mais en examinant les membres dans la position horizontale, il reconnut bientôt qu'ils avaient la même longueur, et qu'il n'existait dans l'articulation coxo-fémorale aucune lésion.

Madame M.... raconta à M. Oliff que, depuis plus de quatre années, elle n'avait pu marcher sans boiter et sans éprouver de vives douleurs, qui rendaient l'appétit nul, et qui lui faisaient perdre ses forces. Cette dame continuait à être bien réglée et avoua n'avoir eu ni enfants ni fausses couches. Dans l'Inde elle subit différents traitements qui ne furent pas couronnés de succès. Lorsque M. Oliff eut l'occasion de donner des soins à madame M...., voici quel était son état :

1° L'orifice du col utérin était tellement rétréci qu'on le crut oblitéré;

2° Le col était déjeté à gauche et adhérent dans un point de sa commissure à la paroi correspondante du vagin. L'adhérence était représentée par une espèce de bride courte, dure et résistante;

3° Le col de l'utérus était évidemment augmenté de volume, comme le palper abdominal et le toucher vaginal le prouvèrent;

4° La sensibilité abdominale hypogastrique était extrême.

M. le docteur Oliff ayant bien voulu m'appeler en consultation, je fus frappé par l'amaigrissement général de la malade, par sa pâleur, sa physionomie douloureuse et l'agitation dans laquelle elle se trouvait, c'est alors que j'appris qu'elle avait subi plusieurs opérations et qu'on avait tenté de dilater le conduit utérin sans résultat.

Mon confrère et moi nous pensâmes qu'il était urgent d'abord de détruire la bride inodulaire qui déplaçait le col de l'utérus, et de dilater les orifices de l'utérus, afin que le sang des règles pût s'écouler facilement, ainsi que les liquides qui s'accumulaient dans sa cavité. Nous procédâmes donc à la section de la bride, et nous nous occupâmes ensuite d'élargir les orifices interne et externe de l'utérus au moyen d'un urétrotôme.

Cette opération fut pratiquée le 9 décembre 1853. La région hypogastrique se développa davantage, et elle sembla s'élever au-dessus des pubis. L'augmentation de la tumeur parut due à un amas de liquide qui s'était fait dans la cavité utérine, et en effet des caillots s'échappèrent par la vulve, ce qui nous fit penser que l'augmentation instantanée de l'utérus était bien le résultat d'une accumulation de sang. De la glace pilée, mise dans une vessie, appliquée sur la région hypogastrique, arrêta tout écoulement de sang; mais les douleurs névralgiques n'en persistèrent pas moins, elles conservaient toute leur intensité, se montraient par crise, jetaient la malade dans une grande agitation, et se prolongeaient le long du nerf sciatique. C'est alors que M. le docteur Oliff et moi nous pensâmes à agir sur le col de l'utérus avec le cautère actuel. Cette cautérisation ne fut nullement douloureuse, et bientôt fut suivie d'une diminution notable des douleurs, qui n'ont pas tardé à disparaître tout à fait. Aujourd'hui, 8 mars 1854, Madame M..., marche sans claudication, les règles paraissent aux époques ordinaires, les forces renaissent, et elle a recouvré sa gaieté habituelle : un changement aussi remarquable fait croire à M. Oliff et à moi que la guérison se maintiendra.

Comme on le voit, la cautérisation faite superficiellement avec le fer rouge, n'attaque pour ainsi dire que l'épiderme, et à peine le corps muqueux quand elle est bien faite. Sans être de l'avis d'un chirurgien célèbre, qui croyait qu'elle était plutôt agréable que douloureuse, je la regarde comme très-supportable, et nullement comparable, par conséquent, à une simple douleur névralgique; c'est à tel point que les malades, lorsqu'une première application du feu a échoué, en réclament une seconde avec instance.

La cautérisation transcurrente n'est que bien rarement suivie de troubles fonctionnels, et c'est tout au plus si on observe un léger mouvement fébrile provoqué alors par l'entamure plus ou moins profonde de la peau. Ce n'est certainement pas là un accident, puisqu'on peut le faire cesser par l'application des réfrigérants, et puisque, d'ailleurs, on peut le prévenir en effleurant seulement la peau avec le fer. Par l'application de la glace pilée dans une vessie, ou simplement de compresses trempées dans de l'eau froide, on prévient la suppuration, le bourgeonnement et les cicatrices, et aussi tous les phénomènes réactionnels. A la chute de l'épiderme charbonné, on voit paraître une pellicule blanchâtre, qui passe à l'état d'organisation sur tous les points de la surface de la brûlure à la fois. Ce phénomène est curieux à étudier pour l'homme de l'art qui veut se rendre compte alors de ce qui se passe.

On doit peu s'occuper de la douleur déterminée par le fer rouge, lorsqu'on songe que le chloroforme, une des plus belles découvertes de ce siècle, peut être employé pour rendre insensible pendant l'application du fer rouge. Ainsi qu'on l'a vu dans une de nos observations, chaque fois que la cautérisation est devenue nécessaire, le chloroforme employé n'a pas empêché le calorique de produire les bons résultats dont j'ai rendu compte.

Comment a agi, sur nos maladies, le fer rouge? Est-ce en déplaçant la douleur, ou bien en modifiant la sensibilité? Il est difficile de se prononcer, relativement à l'héroïque influence du fer rouge dans les névralgies. Il vaudrait mieux connaître le rôle que jouent les nerfs, relativement au mouvement et à la sensibilité, pour oser établir une théorie de quelque valeur.

Si on réfléchit à ce qui s'est passé sur les parties touchées par le fer rouge, on devra être frappé par l'absence de traces, pour ainsi dire, du passage du calorique. La peau n'est ni ridée, ni froncée, ni couverte d'un tissu cicatriciel si apparent, au contraire, lorsque le fer a profondément intéressé le tissu sur lequel il a été fortement appliqué.

Mais aussi, j'insisterai sur ce que j'ai dit relativement à l'emploi de la

glace qui, dans les brûlures profondes, a prévenu toute cicatrice apparente.

La cautérisation actuelle peut-elle toujours suffire pour anéantir une névralgie tenace et violente ? D'une manière générale, on peut répondre qu'elle triomphera, dans le plus grand nombre des cas, de l'état douloureux d'un nerf, s'il n'est pas lié à quelque lésion centrale des renflements nerveux, ou s'il ne dépend pas d'une tumeur développée sur le trajet des racines des nerfs. Cependant, il est des cas dans lesquels, lors même qu'il n'existe aucune des causes que je viens de signaler, le fer rouge seul ne peut obtenir la guérison, et c'est pour cela qu'on a conseillé d'attaquer le nerf avec l'instrument tranchant et d'en exciser une portion. Toutefois, ce dernier moyen est loin de mettre les malades à l'abri d'une récidive. Jamais l'incision et l'excision d'un nerf n'ont procuré le soulagement qu'entraîne à sa suite la cautérisation transcurrente.

Il n'en est pas de même de la section du cordon nerveux et de la cautérisation de ses deux extrémités. *Ce procédé mixte* consiste dans l'union de la cautérisation et de la division du nerf. Le nerf peut être mis à découvert par le bistouri et touché superficiellement sur son enveloppe, ou bien il peut être complétement interrompu par le bistouri, et ses deux extrémités attaquées avec le fer incandescent.

L'incision et la cautérisation immédiate du nerf peuvent produire des effets très-remarquables, suivant qu'il sera cautérisé superficiellement ou détruit par le feu. Dans le premier cas, le mouvement et la sensibilité seront conservés, et dans le second, ils seront détruits. La cautérisation superficielle du nerf convient parce qu'elle permet de conserver la fonction du nerf, tout en anéantissant la névralgie.

Toutefois, l'action directe du fer rouge sur le nerf, après avoir mis celui-ci à découvert par une simple incision, ne me paraît pas remplir les intentions du chirurgien lorsqu'il s'agit d'une névralgie violente et étendue à une grande surface, et ce n'est pas trop, en de semblables circonstances, de comprendre tout à la fois les parties molles, le tronc du nerf, et même ses divisions dans une section suivie de la cautérisation immédiate des surfaces saignantes et nerveuses.

Je propose donc d'attaquer le nerf malade par le point le moins dangereux et le plus accessible à l'instrument. Le fer et le feu conviennent lorsque la douleur permanente qui s'irradie sur une grande surface en se prolongeant jusqu'aux racines de la partie ramifiée du nerf, n'a pu être détruite par aucun moyen.

Lorsqu'il s'agit des nerfs de la face, autant que possible il convient de mettre le nerf à découvert par la muqueuse buccale, afin d'éviter toute trace de cicatrice apparente ; ainsi, les nerfs mentonnier, sous-orbitaire, buccal, peuvent être attaqués par la bouche, par une incision qui comprend à la fois tous les tissus et le cordon nerveux lui-même, ou bien par une dissection successive des diverses couches qui le recouvrent.

Le premier mode opératoire est sans contredit préférable, parce que la douleur de la section du nerf se confond avec celle des autres parties. Toutefois, lorsque semblable opération est pratiquée, il faut donner une étendue assez considérable à la plaie pour pouvoir appliquer le fer rouge sans difficulté.

Après la section et la cautérisation, toute sensibilité et tout mouvement sont anéantis dans les parties où le nerf va se distribuer.

Les malades ne peuvent apprécier ni la température ni le mode d'action des aliments. Ils ressentent comme un poids dans les parties, et on s'aperçoit d'un relâchement et d'un affaissement réel de l'organe, qui a perdu en partie la sensibilité et le mouvement.

Il n'en est pas de la cautérisation des bouts du nerf comme de la division simple, qui permet au mouvement et à la sensibilité de se rétablir. On sait que les branches nerveuses divisées mises en contact, permettent le rétablissement du mouvement et de la sensibilité, ainsi que les remarquables expériences de M. Flourens l'ont prouvé.

La cautérisation directe des deux bouts du nerf divisé, ou l'action superficielle du fer rouge à la surface de son enveloppe conviennent donc contre les névralgies violentes, soit qu'elles reparaissent sans cesse, soit que toute médication rationnelle ait échoué, soit qu'elles affaiblissent le sujet par leur continuité, soit qu'enfin les douleurs, après avoir parcouru le tronc et les nerfs, se soient fixées sur un point limité d'où il n'est plus possible de les déloger.

Dernièrement, avec mon distingué confrère, le docteur Levaillant, j'ai vu un malade chez lequel une névralgie sciatique violente, après avoir parcouru le tronc et les branches, s'était fixée dans l'étendue d'un demi-pouce au creux poplité ; elle se réveillait toutes les fois que le malade voulait se lever, et il survenait alors de l'engourdissement, des tiraillements dans le membre, et il se trouvait dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout.

Je terminerai ces réflexions par une observation de section et de cautérisation du nerf sous-orbitaire.

3e *Observation* (1). — *Névralgie sous-orbitaire violente. — Sangsues. — Frictions avec l'huile de croton tiglium. — Vésicatoires volants. — Section du nerf et cautérisation avec le fer rouge.* — Mademoiselle P...., âgée de 53 ans, est d'une taille au-dessus de la moyenne, assez maigre, d'un tempérament sec et bilieux. Elle a toujours été bien réglée et a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 39 ans. A cette époque, la menstruation cessa d'être régulière, il y eut d'abord une perte sanguine considérable, ensuite les règles durèrent plus longtemps et coulèrent plus abondantes que d'habitude. La malade dut garder le lit très-souvent, elle s'affaiblit et maigrit notablement. Cet état de santé dura dix ans et ne cessa qu'il y a trois ans, lorsque les règles se supprimèrent complétement. La ménopause n'amena aucune perturbation fonctionnelle chez mademoiselle P...., si ce n'est des bouffées de chaleur vers la tête et la poitrine, qui apparaissent fréquemment et dont elle se plaint encore. Du reste, aucune douleur nulle part ; la malade n'a jamais eu de rhumatisme. C'est en mars 1852, qu'en se brossant les dents avec une brosse assez douce, trempée dans de l'eau chaude, elle éprouva une douleur subite, instantanée, mais excessivement vive, qui traversa la joue droite comme une fusée, suivant son expression. La malade l'attribua à l'action de la brosse sur la gencive et lui prêta d'abord peu d'attention. Quelques jours après, en se mouchant, elle ressentit la même douleur qui, encore cette fois, disparut sans laisser de traces, mais qui se reproduisait chaque fois qu'elle se mouchait.

En septembre 1852, la maladie s'aggrava sans cause connue ; les douleurs, jusque-là très-éloignées, se reproduisaient plus vives dès que la malade faisait le moindre mouvement pour parler ou pour manger ; en même temps, elles changèrent de siége, quittant presque tout à fait la joue, elles se portèrent surtout sur le nez du côté droit. Des sangsues appliquées derrière l'oreille, et des frictions avec l'huile de croton tiglium pratiquées sur le cou, amenèrent un soulagement notable au bout de huit à dix jours.

L'hiver fut assez bon ; les douleurs apparaissaient à de rares intervalles, la malade s'abstenait soigneusement de se moucher ; pendant les mouvements de la mastication et de la parole, elles étaient supportables.

En avril 1853, un éternument provoqua un accès très-violent de la névralgie, c'était comme une brûlure, une meurtrissure dans le nez et la joue. Le lendemain et les jours suivants, nouveaux accès de plus en plus fréquents, au point que le quatrième jour ils se succédèrent presque sans interruption. Cependant la malade ne souffrait pas la nuit, elle fit usage de pilules de Méglin, et tout se calma encore une fois.

En mai 1853, nouvel accès de névralgie combattu inutilement par des sangsues.

En juin, encore un accès à la suite d'une entorse.

Au mois d'août, la malade vint à Paris, elle y consulta un célèbre professeur de la Faculté, qui ordonna une saignée, de l'eau de Sedlitz et des pilules de Méglin. L'emploi de ces moyens procura seulement huit jours de calme imparfait. Les douleurs revinrent ensuite comme avant.

En octobre 1853, nouvel accès combattu par des vésicatoires qui donnèrent du soulagement.

En novembre, la malade s'étant exposée au froid, fut reprise de ses douleurs ; celles-ci revinrent le lendemain et les jours suivants. Elle se rendit une seconde fois à Paris, où elle fut visitée par M. Jobert (de Lamballe) et M. le professeur J. Cloquet.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'opération, les douleurs furent excessivement vives, elles se reproduisaient au moindre mouvement, non-seulement de la langue et des lèvres, mais encore du reste du corps et pendant la nuit, en l'absence de tout mouvement. La joue et le nez n'étaient le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune douleur ; mais le moindre attouchement, surtout de la muqueuse nasale et labiale, déterminent des douleurs très-vives. La sécrétion de ces muqueuses n'était nullement modifiée, non plus que celle des glandes salivaires.

Le 20 février 1854, M. Jobert (de Lamballe), en présence de M. le professeur J. Cloquet, incisa le cul-de-sac muqueux qui unit la lèvre à la mâchoire supérieure, et divisa le nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal sous-orbitaire. Il porta ensuite profondément dans la plaie deux petits cautères olivaires chauffés à blanc.

La malade avait préalablement inspiré des vapeurs de chloroforme ; après l'opération, elle se gargarisa aver de l'eau froide.

En février 1854, depuis qu'elle a subi l'opération, la malade, qui est très-inquiète au sujet de la récidive de son mal et qui s'observe très-attentivement, n'a ressenti qu'un léger frémissement dans les parties qui étaient le siége de la douleur. La joue, le nez et la lèvre du côté droit ont perdu toute sensibilité, la dernière semble un peu pendante, la cicatrisation n'est pas encore complète.

Le 1er mars, j'ai examiné de nouveau la malade, qui m'a fourni les données suivantes :

(1) Ces notes ont été recueillies par un de mes internes distingués, M. Sée.

1° Il y avait insensibilité de la lèvre et de la joue droite ;

2° L'eau et les boissons ne sont appréciées que de la lèvre gauche ;

3° La lèvre droite est abaissée au-dessous du niveau de la lèvre gauche ;

4° La lèvre et la joue droites sont appliquées sur les dents correspondantes, et la langue met un certain effort pour écarter la joue et les lèvres de ce même côté ;

5° Sensation de pesanteur du côté droit éprouvée par la malade.

Le 5 février, j'ai voulu de nouveau m'assurer de l'état de notre opérée, et voici ce qu'un examen attentif m'a fourni :

En promenant les yeux sur la physionomie de la malade, on est frappé tout d'abord par l'affaissement de la lèvre droite, qui n'offre aucune ride et qui déborde légèrement la surface libre gauche de la lèvre.

En promenant le doigt ou un corps étranger sur la peau ou la muqueuse, on ne développe aucune sensibilité, ou tout au moins elle est si obtuse, que la malade ne peut se rendre compte de l'espèce d'impression qu'elle apprécie parfaitement lorsque du côté opposé on la soumet aux mêmes épreuves.

La circulation des téguments ne paraît avoir éprouvé aucun changement, puisque la coloration est la même à droite qu'à gauche.

Sous l'influence de la volonté, la malade ne peut élever la lèvre du côté droit aussi haut que la gauche. Pendant le rire, la différence est extrêmement appréciable.

On touche la joue et les lèvres comme on le veut, sans provoquer de douleurs ni ce que la malade appelle choc électrique.

On retrouve encore quelques traces de suppuration sur la muqueuse buccale.

La malade accuse quelquefois des sensations pénibles dans le lobule du nez, mais elle est si inquiète et tellement craintive de l'apparition de nouvelles crises, qu'on ne peut pas croire au jugement qu'elle porte sur ce qu'elle éprouve.

Cette opération, exécutée en présence de mon savant et excellent maître le professeur J. Cloquet, n'a exposé la malade à aucune difformité. D'un autre côté, l'exécution en a été aussi simple que possible, quisqu'il a suffi d'attaquer la muqueuse buccale pour arriver sur le nerf sans aucune difficulté et sans intéresser des parties importantes.

Le travail inflammatoire a été limité, et l'engorgement circonscrit n'a été l'origine ni d'abcès ni de suppuration sérieuse ; le trouble local a été modéré. L'engorgement, borné aux lèvres de la plaie, a donc produit les effets de la brûlure extérieure, et en plus a agi sur le tronc du nerf comme modificateur.

Depuis l'opération, rien ne dénote la récidive du mal, car je ne considère pas comme telles quelques inquiétudes qui ont été signalées sur le sommet du nez. Ce ne serait d'ailleurs qu'au-dessus de la section du nerf que l'on aurait pu reconnaître quelques symptômes de récidive de la névralgie. Il est à croire qu'elle n'aura pas lieu, la substance nerveuse ne pouvant se régénérer à cause de la perte de substance produite par le fer rouge.

Le temps que mettra la nature à rétablir la sensibilité et le mouvement par un mécanisme à nous inconnu sera plus que suffisant pour mettre la malade à l'abri d'une récidive.

Les réflexions que cette observation suggère en ce qui est relatif à la physiologie, indiquent le rôle que joue cette portion de la cinquième paire dans les fonctions de la lèvre supérieure. Rien n'est, en effet, plus remarquable que la section du nerf sous-orbitaire sous le rapport de son influence sur la sensibilité tégumentaire et la contraction musculaire.

C'est ainsi que la muqueuse et la peau ne peuvent plus apprécier les changements de température, et que le contact direct des boissons et des corps solides sont inappréciés.

Ce fait ne démontre-t-il pas aussi l'importance des expériences modernes de sir Ch. Bell, Magendie, Flourens, etc., en ce qui est relatif aux usages de ce nerf.

Il est curieux de suivre les changements que cette opération a apportés aux mouvements de la lèvre. L'impossibilité où se trouve la malade de remonter la lèvre droite par l'influence de la volonté, aussi haut que la gauche, et son abaissement au-dessous du niveau de celle-ci, prouve que ce nerf ne sert pas seulement à la sensibilité, mais bien qu'il contribue, avec le nerf facial, à animer les muscles moteurs des lèvres et de la joue.

Il y a donc eu ici modification dans le mouvement seulement des parties musculaires.

En conséquence, le nerf sous-orbitaire, dans de certaines proportions, contribué à animer les muscles des lèvres, puisqu'ils perdent une partie de leur faculté contractile par sa section.

Toutefois, cette opération a surtout fait peser ses effets sur les membranes tégumentaires et muqueuses, dans lesquelle ses filets viennent surtout se ramifier.

Elève des sangsues.

Lettre de MM. les membres de l'Association médicale d'Eure-et-Loir à l'Académie de médecine.

La lettre suivante, qui ne contient pas tous les faits dont quelques-uns des honorables signataires nous ont entretenu, nous justifiera cependant des restrictions que nous avons formulées à propos du second rapport de l'honorable professeur de pharmacie.

Messieurs,

L'Académie impériale de médecine, en nous faisant l'honneur d'accueillir, dans sa séance du 14 mars dernier, la réclamation adressée par l'Association médicale du département d'Eure-et-Loir, touchant l'éducation des sangsues, avait imposé à chacun des membres de cette Société, et spécialement à son bureau, le devoir de fournir publiquement les renseignements qu'elle gardait entre ses mains. La commission instituée par l'Académie, pour établir la question de priorité soulevée par nous, entre M. Harreaux et M. Borne, n'a cependant pas pensé qu'il dût en être ainsi ; elle a laissé, par conséquent, sans réponse, une lettre adressée par notre président à M. le secrétaire de l'Académie, en date du 17 ou 18 du mois dernier, lettre dans laquelle nous nous mettions entièrement à la disposition de M. le rapporteur pour la recherche de la vérité. Par suite de cette omission se sont glissés, dans le rapport lu le 28 mars, par M. Soubeyran, quelques détails irréguliers sur lesquels nous sommes bien obligés, malgré nous, de fixer de nouveau l'attention de l'Académie. Toutefois, que MM. les membres de cette savante Compagnie, qui redoutent de voir un homme seul et sans défense en but aux attaques d'une Société considérable, se rassurent ; notre dignité de représentants d'une Société médicale de département l'exige ; et nous essaierons de rétablir les faits, sans mauvais vouloir pour personne, et sans faire descendre l'Académie sur le terrain des personnalités blessantes. Dans ce but, nous examinerons uniquement, dans cette réponse, les points divers du rapport de la commission, sur lesquels une enquête véritable eût porté une facile lumière.

Premier point. — M. le rapporteur de la commission attribue aux amis de M. Harreaux, bien plus qu'à M. Harreaux lui-même, l'accusation de plagiat portée contre M. Borne. Il a même été possible de faire supposer, dans le débat, que le président de l'Association et le bureau avaient été les seuls accusateurs, sans autorisation préalable de la Société. — Sur ce point existe une fâcheuse appréciation d'une part, et une erreur de l'autre : nous n'avons point accusé M. Borne, nous avons voulu seulement rapporter au nom de la justice, à qui de droit la haute approbation formulée par l'Académie. Nous ne connaissons pas M. Borne ; nous ne savons pas s'il est ignorant ; nous n'avons pas pu, par conséquent, écrire cette mauvaise appellation. Quant à l'erreur commise relativement aux amis de M. Harreaux, M. le rapporteur se fût éclairé facilement à ce sujet, en prenant connaissance de la délibération prise en assemblée générale, le 27 février, sur la proposition de M. Salmon (*voir* le procès-verbal ci-joint) (1).

Deuxième point.— M. le rapporteur assure que les membres de l'Association qui ont visité le marais de Grouville se sont évidemment mépris sur la portée et la nouveauté des expériences qu'ils ont eues sous les yeux. Ce sont des médecins et des pharmaciens qui ont visité l'établissement de M. Harreaux, et, certes, l'Académie voudra bien reconnaître avec nous que ces médecins et ces pharmaciens pouvaient, en pareille matière, être aussi éclairés que les nombreux témoins de Saint-Arnoult. Ils sont plus au courant de ces matières, sans aucun doute, que *MM. Manoury,* ancien capitaine d'artillerie ; *Dujat,* commissaire de police ; *Mallet,* juge de paix ; *Pelette,* ancien préfet, etc., etc. Ces médecins ou pharmaciens d'Eure-et-Loir ont vu ou pu voir aussi bien que l'honorable membre du Jury médical de Seine-et-Oise. Ce sont : *MM. Voyet,* second médecin de l'hospice des Vieillards et des Enfants-Trouvés de la ville de Chartres; *Salmon* et *Maunoury,* chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ; *Boutet,* vétérinaire ; *Moutardier,* pharmacien à Paris; *Mellion* et *Lebordan,* pharmaciens; *Laluque,* docteur en médecine à Gaillardon ; *Bellentan,* médecin à Ouarville, etc., etc. Les uns ont vu naître l'établissement de M. Harreaux, en 1848 ; les autres l'ont visité après un développement complet, en 1849 : donc ils ont pu voir des sangsues déposer des cocons, ces cocons éclore ou éclos, les jeunes sangsues élevées avec du sang chaud et se développer parfaitement. Le bureau de l'Association avait donc droit de dire, dans sa réclamation, que celle-ci avait été jour par jour témoin elle-même des travaux de notre honorable confrère.

Troisième point. — Pour ce qui concerne personnellement M. Voyet, président de l'Association, M. le rapporteur écrit dans son travail que, si celui-ci pouvait avoir vu, le 14 mars 1850, M. Borne chez M. Harreaux, il n'avait assisté à la conversation de ces messieurs que pendant quelques

(1) Nous croyons inutile de reproduire ce procès-verbal. (*N. du R. en chef.*)

minutes. Dans la discussion à l'Académie, M. Soubeyran ajoute : « Il est « parfaitement démontré pour moi que le président de cette Association « assistait à la conversation et qu'il a avancé des faits complétement in- « exacts. » Quelqu'étrange que soit cette accusation de mensonge dans une enceinte scientifique, quelque insolite que soit cette affirmation *de mauvaise foi* contre un médecin honorable, président d'une Société honorable, alors qu'il n'existe évidemment pour celui-ci aucun intérêt d'avancer ce qu'il affirme, M. Voyet déclare de nouveau, et sa parole fera foi pour ceux qui le connaissent : 1° qu'il était à Grouville le jour de la visite de M. Borne ; 2° que devant lui, M. Harreaux a expliqué ses procédés de reproduction ; 3° que devant lui, M. Borne a appris qu'il prenait des glossiphonies pendues au ventre des sangsues pour de jeunes petits ; 4° qu'en se retirant, M. Borne a annoncé qu'il mettrait prochainement en usage ce nouveau procédé de reproduction.

Quatrième point. — La réclamation de l'Association a été légèrement modifiée en ce qui concerne M. Lebordais, pharmacien à Anneau. Elle portait : « Ce jour-là, M. Voyet assistait à la démonstration, et M. Lebordais, un de nos collègues qui avait servi de guide à M. Borne, se rappelle encore les particularités de cette visite. » Nous n'avons pas écrit ces lignes de M. Soubeyran : « M. Lebordais, au dire de la Société, assistait à la démonstration. » Nous avons dit qu'il avait servi de guide et qu'il se rappelle encore les particularités de cette visite, car il avait montré à M. Borne le chemin qui conduisait chez M. Harreaux, et M. Borne, à son retour à Anneau, lui avait fait part de ses erreurs et de ses impressions. (*Voir* le certificat de M. Lebordais, qui l'atteste.)

Cinquième point. — Le rapport de la commission met en doute le nombre des personnes vues par M. Voyet occupées à nourrir les sangsues ; on y lit : « Six personnes pour nourrir quelques milliers de sangsues, le fait paraîtra fabuleux ! M. Borne prétendait à son tour qu'une dame Petit étais seule occupée à donner du sang aux sangsues. M. Harreaux, interpellé sur ce fait à deux reprises différentes, n'a pu dire quelles personnes étaient occupées à ce travail, et en comptant tout son personnel indistinctement, il n'a pu compléter le nombre accusé par M. le président de la Société. » Comment donc ce chiffre de six personnes serait-il fabuleux? Le marais de Grouville contient sept bassins ; dans chacun d'eux, à l'exception du bassin réservé à l'hôpital de Chartres, les sangsues y étaient nourries par une personne, qui avait à surveiller deux planchettes couvertes de sang. Le chiffre d'une personne seule pour six bassins, comme l'indique M. Borne, n'est-il pas plus fabuleux lui-même ! D'ailleurs, supposons que M. Harreaux n'ait pu d'abord compléter le nombre indiqué par M. Voyet, cependant il était facile de les nommer ; c'étaient : M. Berjan, dont l'attestation est ci-jointe, M. Harreaux père, madame Petit, deux domestiques, M. Harreaux et lui-même.

Sixième point. — M. le rapporteur atteste, au moyen de nombreux certificats, que M. Borne se livrait, dès 1845, à la reproduction des sangsues et non pas, comme nous l'avons indiqué, à leur élève seulement. « A la Société qui ne parle que par ouï-dire, nous allons, dit-il, opposer des autorités compétentes ; » et plus loin : « Il est donc avéré que la Société médicale d'Eure-et-Loir était mal informée quand elle a déclaré qu'en 1850 M. Borne ne s'était pas occupé de la reproduction des sangsues, et qu'il n'avait que deux petits bassins en pierre dans son jardin. » M. le rapporteur aurait pu vérifier lui-même que nous ne parlions pas par ouï-dire. Oui, jusqu'en 1850, M. Borne n'avait de bassins que dans son jardin ; oui, jusqu'à cette époque, il ne s'occupait que d'élève ; non, il n'avait pas creusé alors ce marais à Claire-Fontaine, dont la commission admire l'excellente disposition, car ce marais n'existait pas. Nous affirmons à l'Académie que la prise de possession de la prairie actuelle n'a eu lieu qu'à la fin de 1850. N'y a-t-il pas dans ce fait la preuve que M. Voyet avait bien entendu dire à M. Borne qu'il essaierait prochainement le mode de reproduction mis en pratique par M. Harreaux?

Septième point. — M. Soubeyran demande pourquoi l'hôpital de Chartres n'a pas continué d'envoyer les sangsues gorgées chez M. Harreaux. L'administration bienveillante de nos hospices l'eût fait assurément, si M. Harreaux l'eût désiré. Éclairée par ses médecins et chirurgiens, elle eût sans aucun doute fourni tous les éléments de succès à un confrère aimé de tous. D'ailleurs, après ses expériences terminées, quelle utilité y avait-il pour M. Harreaux de les continuer? L'hôpital de Chartres n'emploie qu'une quantité minime de sangsues, et le double envoi pour le dégorgement dans les bassins et pour le retour à l'hôpital aurait assurément neutralisé les avantages possibles de cette combinaison.

Huitième point. — Il en eût été peut-être autrement pour les hôpitaux de Paris, si l'honorable rapporteur qui veut bien aujourd'hui reconnaître que M. Harreaux a mieux que d'autres étudié la révivification des sangsues gorgées, n'avait pas repoussé, en 1849-1850, le travail de celui-ci. « Il n'y avait alors, nous dit-il, rien qui frappât son esprit par un caractère de nouveauté. » Nous avons aussi entre les mains le Mémoire écrit à cette époque par M. Harreaux ; seulement au lieu d'y voir, comme le veut M. le rapporteur, la description complète des procédés employés par notre collègue, nous n'y lisons, en réalité, qu'un travail écrit dans un intérêt administratif. M. Harreaux y parle au point de vue de la sécurité des sangsues, qu'il veut y élever, des moyens employés pour empêcher la fraude ; il indique les procédés mis en usage contre les maraudeurs de nuit, etc., mais de procédés scientifiques véritables, il n'en est question nulle part. Cette lettre n'était qu'une annonce de résultats qui attendaient une vérification promise. Pourtant, dans cette note, quelques nouveaux renseignements auraient pu éclairer la conscience de M. le rapporteur, « en y sacrifiant, dit M. Harreaux, autant que possible les hyctiphites, dont les larves sont voraces. » Comment donc, dans le parallèle que M. Soubeyran tirait entre les marais de Grouville et ceux de Claire-Fontaine, lit-on : « A Grouville, on ne croit pas que les larves et les insectes carnassiers fassent grand tort aux sangsues ; à Claire-Fontaine, on leur fait une chasse incessante ? » Dans son travail, M. Harreaux dit encore : « Au-dessous de la première couche du sol, s'en présente une autre plus aride ou gris ardoisé qui renferme des débris végétaux ; la troisième couche est un gisement de tourbe résidu des plantes du marais primitif. » Comment donc M. le rapporteur écrit-il que les bassins de Grouville ont été creusés dans un pré argilo-calcaire?

La seule différence, en effet, qui existe entre Grouville et Claire-Fontaine est la mollesse et la perméabilité de la tourbe de ce dernier marais. A Grouville, elle durcit pendant les chaleurs de l'été, parce qu'on baisse le niveau de l'eau pour imiter le mode de faire de la nature ; à Claire-Fontaine, on regarde un niveau d'eau constant comme une condition indispensable de succès.

Mais où sont, en réalité, les autres différences entre Claire-Fontaine et Grouville? Est-ce dans les petits bassins du jardin de Saint-Arnoult qu'existaient avant mai 1850 les ilots, les berges ; que se faisait l'alimentation des jeunes sangsues avec du sang chaud ; et non plus qu'on avait disposé à titre d'essai, mais comme moyen pratique, les galeries descendant dans l'eau et le fossé de ceinture? Et si ce n'était pas à Saint-Arnoult, et tout le démontre, ce n'était pas assurément à l'établissement de Claire-Fontaine ; il n'existait pas à cette époque. Qu'importe, dès lors, que pour préserver les jeunes sangsues on les isole à leur naissance, si c'est une précaution inutile ; qu'importe que pour leur doser la nourriture on les enferme dans des sacs de flanelle et qu'on leur fasse sucer du sang de fibrilles? Cela constitue-t-il seulement un précédent d'une méthode dont M. Harreaux a été le premier indicateur?

Neuvième point. — M. le rapporteur de la commission écrit, à la fin de son travail : « l'établissement du savant est en décadence, celui de l'ignorant prospère. » — Nous allons expliquer à l'Académie de médecine cette différence : M. Borne est un marchand, M. Harreaux est un médecin qui expérimente ; M. Harreaux a établi des bassins pour la reproduction des sangsues ; ses essais sont couronnés de succès ; il a fait l'offre de son marais aux hôpitaux de Paris, aux conditions exposées dans son travail de 1850. M. Soubeyran n'a trouvé rien de nouveau dans ces recherches : cette proposition a été refusée. Pourquoi, dès lors, M. Harreaux, qui n'est pas marchand, aurait-il continué d'acheter des sangsues? M. Borne, au contraire, en vend ; il achète du filet et des mères (il l'avoue), entasse dans les bassins des sangsues nombreuses de toute provenance, est loué par M. Soubeyran. Voilà la raison de sa prospérité.

Dixième point. — M. Desportes, dans la discussion à l'Académie, a prétendu que d'une lettre adressée à lui le 10 mars, par M. Harreaux, il résultait que M. le président de l'Association n'était pas même sur l'emplacement du marais, et n'avait pas entendu, par conséquent, la conversation tenue entre M. Borne et M. Harreaux. Cet honorable académicien n'a cité que de souvenir ; la lettre disait seulement, et nous en citons les termes : « J'avais chez moi, ce jour-là, M. Voyet, président de la Société médicale d'Eure-et-Loire. »

Nous terminons ici cette longue note rectificative ; sa longueur était autorisée par la longueur même et la vivacité du rapport de la commission. Sans ce motif, l'Académie peut croire que nous ne l'aurions pas entretenue, à deux reprises différentes, d'une question de priorité. L'Académie impériale de médecine, qui a déjà reçu de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, deux communications scientifiques, l'une sur les affections charbonneuses, l'autre sur sa composition, sait que nos travaux, commencés seulement depuis quatre années, ont uniquement pour mobile et pour but la science et l'hygiène publique.

Ont signé comme membres de la commission spéciale nommée à ce sujet par l'Association, en assemblée générale, le 2 avril 1854 :

MM. DELACROIX, pharmacien, vice-président ; CHAUVIÈRE, pharmacien, trésorier ; SALMON, LAMY, médecins, et BAUDOUIN, vétérinaire, membres.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 43 2e année. Mardi 11 Avril 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER: Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 10 Avril 1854.

De l'enseignement officiel et obligatoire de la gymnastique dans les lycées.

Plusieurs fois déjà depuis quatre ans nous avons eu l'occasion de mentionner les beaux résultats obtenus à l'hôpital des Enfants et sur les jeunes épileptiques de la Salpêtrière, à l'aide des exercices gymnastiques qu'a si heureusement introduits dans ces établissements M. Napoléon Laisné. Ces résultats et les tendances générales de l'opinion vers un retour aux exercices gymnastiques ne pouvaient passer longtemps inaperçus pour l'administration supérieure; elles ont donc excité la sollicitude de M. le Ministre de l'instruction publique, qui a nommé une commission (1) chargée « *d'indiquer les exercices de gymnastique les plus propres à développer les forces physiques de la jeunesse confiée aux lycées de l'Empire, et à la mettre ainsi en mesure d'accomplir, sans fatigue, le travail intellectuel qui lui est demandé.* »

Après plusieurs visites au magnifique gymnase que M. Triat a élevé dans les Champs-Élysées, au gymnase plus modeste créé à l'hôpital des Enfants par le zèle de M. Laisné, et à l'École gymnastique de Vincennes, la commission s'est prononcée complétement en faveur de la gymnastique. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire entièrement le remarquable Rapport que M. Bérard a adressé à M. le Ministre ; nous nous contenterons d'en reproduire le passage qui intéresse le plus directement l'hygiène :

H. DE CASTELNAU.

Il serait facile, sans doute, à un médecin de démontrer, théoriquement, les bons effets des exercices gymnastiques ; d'expliquer comment, chez l'homme qui s'y est livré, dans une mesure convenable, l'appétit est arrivé, la digestion plus facile, le sommeil plus réparateur et plus profond, la respiration plus ample, la circulation activée, l'énergie musculaire accrue, le feu des passions amorti, la constitution tout entière affermie et améliorée. Mais l'énoncé de quelques faits sera peut-être un meilleur moyen de convaincre.

Pendant que la commission visitait les établissements destinés aux exercices de la gymnastique, elle apprenait que sur cent cinquante sous-officiers exercés pendant six mois au fort de Vincennes, pas un seul n'avait passé un jour à l'infirmerie. A l'hôpital des Enfants, la commission constatait un fait d'une plus haute portée. Il est une affection qui consiste dans des contractions musculaires, désordonnées, involontaires, affection plus commune chez les enfants que chez les adultes, et souvent rebelle au traitement interne, c'est la *chorée*. La gymnastique a guéri les enfants qui en étaient atteints ; mais la *chorée* n'est pas une affection des muscles ; son point de départ est dans le centre nerveux ; la gymnastique n'épuise donc pas son influence sur le système musculaire ; elle l'étend à l'organe qui suscite l'action des muscles, qui intervient dans les opérations de l'esprit ; elle calme son excitabilité et prévient, dans d'autres cas, l'épuisement qui pourrait résulter d'un travail intellectuel excessif. Ce serait tomber dans l'exagération que de dire avec Platon, que la gymnastique (unie à la musique, il est vrai) est exclusivement destinée à la culture de l'âme ; mais on ne s'éloignerait pas moins de la vérité, si l'on restreignait son action au développement du système locomoteur. Chez M. Triat, comme dans les deux autres établissements que je nommais en commençant, la commission a pu constater les excellents effets de la répétition des exercices gymnastiques. S'ils guérissent quelques affections, s'ils redressent quelques difformités, ils peuvent contribuer à les prévenir, et la gymnastique est la meilleure orthopédie préventive.

Examinons aussi l'influence de la gymnastique sur l'appareil qu'elle met directement en jeu. Rien n'est mieux constaté que les changements apportés dans la nutrition des muscles par l'exercice de ces organes. La démonstration qu'on en donne est devenue vulgaire : faut-il rappeler le développement des jambes des danseurs, des bras des boulangers, de la jambe gauche et du bras droit des maîtres d'escrime, etc., etc. ? Il y a quelque chose de vicieux, sans doute, dans ces développements partiels de l'appareil musculaire ; mais la gymnastique exerce, d'une manière égale, tout le système, et c'est là un de ses grands avantages.

En même temps qu'elle développe la force, la gymnastique fait acquérir l'adresse, et cela n'est point à dédaigner dans l'exercice de la vie. L'homme maladroit fait tout avec effort ; il grimace, il prend des poses ridicules, il met en contraction une foule de muscles qui n'ont rien à faire avec le but auquel il tend ; il éparpille l'influx nerveux, au lieu de le concentrer là où l'énergie est nécessaire.

(1) Cette commission était composée de MM. *Cayx*, recteur de l'Académie de la Seine ; *Lesieur*, chef de division au ministère de l'instruction publique ; *Forneron*, proviseur du lycée Louis-le-Grand ; *d'Argy*, chef de bataillon, commandant l'École de gymnastique à Vincennes ; *Delettré*, capitaine de sapeurs-pompiers ; *d'Arbaud*, capitaine d'infanterie de la marine ; et de M. *Bérard*, inspecteur général de l'instruction publique, *président* et *rapporteur*.

Dans l'appareil locomoteur, le physiologiste ne voit pas seulement les muscles ou parties altérées, il tient compte des leviers que les puissances contractiles mettent en mouvement, et de leurs moyens d'union. La gymnastique ne modifie pas moins efficacement les parties passives de l'appareil que ses parties agissantes. Trois choses règlent, dans chaque section du squelette, dans chaque brisure de nos membres, l'étendue et la direction des mouvements ; ce sont : la configuration des surfaces articulaires, les faisceaux fibreux qui attachent les os, l'état particulier des muscles qui passent sur l'articulation. Or, telle est la puissance des exercices périodiquement répétés, qu'ils peuvent modifier, dans les jointures, les parties dures et les parties ligamenteuses, de telle sorte que la limite ordinaire des mouvements soit dépassée. Ainsi, chose digne des méditations du physiologiste, l'action des parties molles règle, médiatement, dans les substances les plus rigides, les plus dures de l'organisme, la direction suivant laquelle s'opèreront le mouvement nutritif et le développement ; et, comme en définitive, c'est de la configuration du squelette que dépendent, en grande partie, les proportions plus ou moins élégantes du corps, l'aisance dans les mouvements, la grâce dans la contenance ou la démarche, on voit la part qui pourrait revenir à la gymnastique dans l'acquisition de ces avantages extérieurs. La génération reproduit, à la longue, les qualités acquises, comme elle transmet, du père au fils, les caractères de la race : c'est donc concourir à l'amélioration d'un peuple, j'ai presque dit à sa régénération, que de le doter d'institutions qui permettent de porter au plus haut degré qu'elles puissent atteindre les facultés physiques et intellectuelles de l'homme.

Allons au-devant d'une objection que sont disposées à faire à l'établissement officiel de la gymnastique dans les lycées, certaines personnes persuadées, d'ailleurs, que l'exercice est salutaire aux écoliers. Le besoin de mouvement, disent-elles, est si vivement senti par les enfants, qu'ils se livrent, avec toute l'impétuosité de leur âge, aux exercices du corps pendant le temps accordé à la récréation. C'est donc chose superflue que d'instituer encore des exercices classiques. Cette objection n'est pas fondée. Les amusements de l'enfance, si utiles d'ailleurs, ne peuvent, en aucune façon, remplacer les leçons où l'art intervient pour faire contracter l'un après l'autre chacun des groupes de muscles qui entrent dans le vaste appareil de la locomotion. Si l'on voulait dresser une sorte de statistique du personnel de nos lycées, et quelques personnes ont tenté de le faire (1), on y trouverait plusieurs catégories d'élèves. Ici, ce sont des enfants robustes, pleins de séve, de vigueur, et pouvant, sans chances d'épuisement, faire les frais du travail intellectuel. S'ils peuvent, à la rigueur, se passer de la gymnastique, on ne peut dire, cependant, qu'elle leur serait nuisible.

Dans une autre catégorie, on rangerait des enfants d'une constitution plus grêle. Ceux qui, dans ce groupe, aiment l'étude et y réussissent, sont d'excellents écoliers, sans doute, mais trop souvent aussi l'excès du travail intellectuel les énerve. Pour cette classe d'élèves, ne comptez pas sur les effets de la récréation ; ils y portent encore les préoccupations de l'étude. Il faut que vous leur prescriviez, que vous leur imposiez les exercices du corps ; soumettez-les donc à la gymnastique.

Une troisième catégorie se composerait d'élèves non-seulement débiles, mais maladifs ; ils manquent souvent à la classe. Ceux qui sont devancés par leurs condisciples se découragent et ne travaillent plus. Pour ceux-ci encore, on peut attendre d'excellents effets de la gymnastique. Ce n'est point là une vue théorique, c'est une proposition fondée sur ce qui se passe en grand, depuis un certain nombre d'années, à l'hôpital des Enfants.

(1) *Plan d'organisation hygiénique et médicale pour les colléges nationaux*, par MM. Pouget, docteur en médecine, et Valat, recteur de l'Académie de l'Aveyron. Bordeaux, 1850. Ce travail n'a point été fait en vue d'introduire la gymnastique dans les lycées ; les auteurs se sont proposé de faire donner une certaine part aux médecins dans l'inspection des établissements destinés à l'instruction publique.

Après avoir ainsi montré l'heureuse influence de la gymnastique et en avoir posé les principes généraux d'application, M. le rapporteur entre dans les détails des exercices qui peuvent être exécutés dans les lycées, et il conclut en conseillant à M. le Ministre de faire entrer l'enseignement de la gymnastique dans l'éducation des lycées.

A la suite de ce Rapport, M. le Ministre a pris l'arrêté suivant, auquel tous les médecins applaudiront :

Le Ministre secrétaire d'État, etc.

Arrête :

Art. 1er. La gymnastique fait partie de l'éducation des lycées de l'Empire ; elle est l'objet d'un enseignement régulier qui est donné aux frais des établissements.

Les exercices gymnastiques sont empruntés aux règlements des gymnases militaires, modifiés conformément au programme ci-annexé.

Les leçons d'équitation sont facultatives et restent à la charge des familles.

Art. 2. Les élèves sont partagés, pour les exercices gymnastiques, en trois divisions : celle du *petit collége*, celle du *moyen collége*, celle du *grand collége*.

Ces trois divisions seront, au besoin, subdivisées en sections.

L'enseignement de la division du petit collége sera emprunté aux quatre premières séries et à la sixième série du programme ci-annexé.

L'enseignement de la division du moyen collége comprend les exercices indiqués dans les séries 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 8 dudit programme.

L'enseignement de la division du grand collége comprend, outre la répétition des exercices ci-dessus, tous les autres exercices mentionnés audit programme.

Art. 3. Chacune de ces divisions reçoit, pendant toute l'année, deux leçons par semaine, à des heures qui ne sont pas celles de la récréation.

Une de ces leçons a lieu nécessairement le jeudi.

Un gymnase couvert est spécialement affecté aux exercices de gymnastique.

Art. 4. Les maîtres de gymnastique sont nommés par le Ministre de l'instruction publique.

Fait à Paris, le 13 mars 1854. H. FORTOUL.

Observation de guérison d'un croup laryngo-bronchique (laryngo-bronchite pseudo-membraneuse), chez un jeune homme de 16 ans ; précédée et suivie de quelques réflexions,

Par M. BOUILLAUD, *professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.*

I.

Il y a deux ans, presque jour pour jour, que nous avions dans notre service un cas analogue à celui que nous allons rapporter, et que je communiquai à l'Académie, dans sa séance du 10 février 1852 (1). Mais la terminaison n'a pas été la même dans nos deux cas. Le sujet de l'observation (1852) succomba, tandis que celui de la seconde a parfaitement guéri. Il est vrai que, dans le premier cas, il s'agissait d'une femme grosse de huit mois, d'une constitution détériorée, et qui, comme nous l'avions prévu, avorta dans le cours de sa grave maladie. L'amélioration très-

(1) Ce cas a été publié dans le *Bulletin* de l'Académie (t. 17, p. 405 et suiv.), sous ce titre : *Nouveau cas de laryngo-bronchite pseudo-membraneuse, ou croup, chez l'adulte.* Le sujet de cette observation était une femme de 33 ans, grosse de huit mois. Elle fut admise à l'hôpital le 7 février 1852, et le sujet du nouveau cas que nous publions y fut reçu le 10 février 1854.

notable qui suivit le traitement employé les deux premiers jours après l'entrée, nous permettait de concevoir quelque espérance d'une terminaison favorable. Mais l'avortement, survenu le troisième jour, fut suivi d'un épuisement au milieu duquel elle expira, au bout de huit heures d'une pénible agonie. Ce qui concourt à légitimer l'espérance de guérison que nous avions pu concevoir, c'est que, à l'autopsie cadavérique, on ne trouva, dans aucune des régions du canal respiratoire, un obstacle mécanique à la respiration. On ne trouva, dans le larynx et dans les bronches, que quelques débris de pseudo-membranes qui ne pouvaient, en aucune façon, empêcher le libre passage de l'air. Enfin, il nous est permis de considérer, comme un nouvel argument en notre faveur, la guérison que nous avons obtenue dans le cas actuel, sous l'influence du même mode de traitement que nous avions employé dans le cas précédent. Au reste, s'il s'agissait d'une phlegmasie ordinaire, assurément nous ne publierions pas comme chose nouvelle, ou du moins très-rare et vraiment exceptionnelle jusqu'ici, un exemple de guérison. En effet, cette guérison, comme nous l'ont prouvé plus de vingt années d'expérience exacte, est la règle, quand il s'agit des phlegmasies les plus communes et pour ainsi dire *courantes*, lorsqu'elles sont traitées *à temps* par la méthode antiphlogistique formulée dans une juste mesure. Mais les exemples de guérison de cette espèce de phlegmasie, connue sous le nom de *croup* ou de *laryngo-bronchite* pseudo-membraneuse, traitée par la méthode indiquée, sont tellement rares, que l'observation suivante ne saurait manquer, sous ce rapport, d'attirer l'attention de nos lecteurs :

II.

Hoyasse, tourneur, âgé de 16 ans, d'une constitution très-grêle, délicate, un peu chloro-anémique et lymphatique, fut admis à la Clinique (nº 6, salle Saint-Jean-de-Dieu), le 10 février 1854. Il se disait malade depuis huit jours, et il attribuait sa maladie à ce qu'il s'était refroidi après une course longue et précipitée pendant laquelle il avait eu chaud, maladie qu'il désignait sous le nom vague de *mal de gorge* (quand on lui demande où il souffrait alors, il montre son larynx). Malgré cette douleur et la toux qui l'accompagnait, le malade ne cessa de travailler que deux jours avant son entrée à l'hôpital, époque à laquelle le mal de gorge ayant augmenté et une fièvre forte s'étant déclarée, il fut obligé de se mettre au lit. — Aucun traitement actif ne fut fait avant l'entrée du jeune malade (tisane béchique et cataplasme autour du cou).

État au moment de la première visite faite le soir, par M. Racle, chef de clinique, et MM. de Courssière et Poisson, élèves externes. — Décubitus dorsal ; cyanose commençante de la face et des lèvres; voix *éteinte* et prononciaton très-pénible ; sifflement laryngo-trachéal augmentant dans les fortes inspirations. Le malade porte sa main au larynx où il dit éprouver de la douleur et sentir quelque chose qui le gêne ; le bruit de la respiration laryngée ressemble au *souffle tubaire ;* la main, appliquée sur la région du larynx, n'y perçoit aucun frémissement vibratoire pendant les mouvements respiratoires ; résonnance normale de la poitrine ; quelques râles disséminés à droite, et murmure respiratoire généralement faible ; crachats séro-muqueux, transparents, écumeux, assez abondants, *à la surface desquels on aperçoit quelques fragments de fausses membranes ;* respiration à 30 par minute.

Rien de notable dans la bouche ni le pharynx, et point d'engorgement sous-maxillaire ; pas d'écoulement par les fosses nasales.

Le cœur est à l'état normal, sauf la fréquence de ses battements ; pouls à 120, assez large et résistant, eu égard à la faible constitution du sujet ; chaleur vive et sueur (plaque d'*herpes febrilis* sur la pommette droite).

Prescription. — Ipécacuanha, 2 grammes, et tartre stibié, 20 centigrammes ; 10 sangsues au larynx, avec recommandation d'entretenir l'écoulement des piqûres.

Le malade vomit cinq à six fois, et à la suite des efforts de vomissements, il a expulsé une pseudo-membrane rubanée de *dix centimètres* de longueur sur une largeur de *un centimètre et demi,* représentant la division des deux premières bronches et la subdivision de l'une d'elles en deux rameaux.

Les piqûres de sangsues ont coulé pendant une bonne partie de la nuit.

11 *février.* — Je constatai l'état suivant : le malade disait se trouver mieux ; sa respiration était plus libre, mais encore sifflante ; voix enrouée, rude, très-basse et presque entièrement éteinte, de telle sorte que les mots étaient *soufflés* plutôt que *vocalisés ;* nulle douleur dans les diverses régions de la poitrine ; celle du larynx peu marquée, quand le malade ne parle ni ne tousse ; pas de frémissement vibratoire dans la région de cet organe, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration ; le bruit respiratoire laryngé est rude, sec et comme *râpeux ;* visage pâle, peu cyanosé ; résonnance normale dans toute l'étendue de la poitrine ; murmure vésiculaire généralement un peu faible, surtout à droide, où l'on entend quelques râles ronflants disséminés, et de plus, dans deux ou trois endroits bien limités, en arrière et en avant, un bruit de *frôlement* ou de *râpement* bronchique très-distinct, sur lequel j'ai appelé l'attention (phénomène qu'il ne faut pas confondre avec le bruit dit de *drapeau* ou de *soupape* que je n'ai entendu nulle part, et qui m'a semblé le résultat du passage de l'air à travers quelques tuyaux bronchiques d'un calibre moyen, tapissés par des lambeaux de pseudo-membranes adhérentes et à surface plus ou moins rude ou rugueuse) ; respiration à 36 ; pouls si fréquent qu'on peut à peine le compter (160 par minute) ; chaleur fébrile très prononcée (40°-41° environ) et peau sudorale.

Au moment même de la visite, après quelques efforts d'une toux très-rauque, le malade expulse une nouvelle pseudo-membrane non bifurquée, d'environ 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, n'offrant aucune trace de vascularisation, tout à fait blanche, *glutineuse.* Rien de notable au cœur, dont les bruits sont seulement un peu sourds ou *rudes.*

Prescription. — Saignée de 2 palettes à 2 palettes et demie et 8 nouvelles sangsues au larynx ; large vésicatoire à la partie postérieure du côté droit ; looch simple, diète.

Le 12, nuit assez bonne, respiration plus libre encore que la veille, mais persistance de la rudesse et extinction presque com-complète de la voix ; pas de cyanose notable et nulle douleur ; pouls à 140 ; le bruit de *frôlement* ou de *râpement* bronchique signalé plus haut est sensiblement moins marqué ; la respiration laryngée est encore rude, nullement sibilante, non plus que celle de la trachée et des bronches ; on ne trouve pas de nouvelles pseudo-membranes dans le crachoir, mais on y voit quelques crachats pelotonnés d'un mucus demi-concret, au milieu de crachats liquides, albuminiformes.

Le caillot de la saignée est ferme, *glutineux*, peut être soulevé et pressé sans se rompre, mais sans couenne ni retrait notable.

Prescription. — Saignée de deux palettes ; julep béchique avec 4 gouttes de teinture de belladone.

Le 13, le malade a dormi presque toute la nuit et se trouve si bien, qu'il demande déjà à manger ; l'enrouement a sensiblement diminué et la voix est plus distincte ; la respiration est de plus en plus libre ; on n'entend plus que des râles, les uns un peu ronflants, les autres humides, muqueux comme dans la bronchite ordinaire ; crachats séreux, albuminiformes, au milieu desquels on distingue encore quelques crachats pelotonnés, tels que ceux de la veille, et à la surface desquels se rencontrent quelques taches de sang ; point de pseudo-membrane proprement dite ; pouls à 116, respiration à 32-36 ; chaleur et moiteur de la peau un peu diminuées.

La saignée de la veille n'a été que d'une palette, en raison d'un commencement de syncope. Le caillot est *glutineux* comme celui de la veille et sans couenne distincte.

Prescription. — Deux vésicatoires au larynx (un de chaque côté) ; le reste *idem.*

Le 14, bon sommeil la nuit dernière ; aucune gêne de la respiration, la voix devient de plus en plus claire ; toux moins fréquente et encore quelques râles comme la veille ; pouls à 108-112, fréquence qui coïncide avec une chaleur sensiblement normale, ce qui porte à croire qu'elle est plus *nerveuse* que *fébrile;* cependant, les urines sont encore troubles, jumenteuses (elles s'éclaircissent par l'acide nitrique).

Prescription. — Bouillon coupé ; le reste *ut suprà.*

Le 15, le malade continue à se trouver bien ; la voix et la toux encore un peu rauques, mais nulle gêne de la respiration ; *en avant et en arrière à droite*, dans un point très-circonscrit, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de ce côté, on entend indistinctement, dans les fortes inspirations surtout, une sorte de *piaulement* ou de sifflement *musical;* crachats séro-muqueux, peu abondants ; la transpiration de la peau est toujours sensiblement normale, tandis que le pouls donne 140 au moment de la visite, fréquence bien évidemment due à une certaine émotion, puisqu'elle est en désaccord formel avec tout le reste.

Prescription. — Bouillon ; une portion de lait ; emplâtre stibié sur le côté droit ; le reste *ut suprà.*

Le 16, l'amélioration continue ; la respiration laryngée est sans rudesse notable ; la voix est faible, basse, mais à la volonté du malade, elle devient plus forte, claire, bien qu'un peu enrouée encore ; on entend encore, mais moins fortement, le *piaulement* bronchique circonscrit de la veille.

Prescription. — Bouillon, lait comme hier et potage.

Les 17-18, même état satisfaisant ; disparition du bruit de piaulement.

Les 19-20, voix de plus en plus distincte. (*Une portion d'aliments.*)

A partir de ce jour, tout symptôme du croup *laryngo-bronchique* a disparu. Le pouls est tombé à 72-76, la respiration à 20. Une légère diarrhée intermittente a seulement exigé beaucoup de réserve dans le régime alimentaire, mais cette diarrhée a disparu au bout de trois à quatre jours.

III.

Je n'ai pas besoin d'entrer dans la moindre discussion pour justifier le titre que porte cette observation (*croup*), puisqu'il y a eu expulsion constatée de lambeaux pseudo-membraneux.

Les cas du genre de celui que nous venons de rapporter méritent les honneurs de la publicité sous un double rapport. En effet, d'une part, le croup laryngo-bronchique *bien caractérisé* n'est pas très-commun chez les sujets parvenus à l'âge de seize ans et au delà ; et d'autre part, comme je l'ai dit en commençant, la guérison d'un croup de cette espèce est un fait malheureusement moins commun encore. Est-ce donc seulement à sa bonne étoile, ou bien aux moyens de l'art que notre jeune malade est redevable de sa guérison ? Assurément, pour quiconque aurait vu ce jeune homme au moment où il est entré à l'hôpital, et serait bien éclairé sur la terminaison ordinaire d'une pareille maladie, abandonnée à elle-même ou combattue par des moyens insuffisants, le traitement administré dans le cas actuel ne sera pas considéré comme un élément de guérison d'une valeur douteuse. Ce n'est pas qu'on ait eu recours à des agents thérapeutiques nouveaux. Mais le mode d'application, ou, si l'on veut, la *formule* de ces moyens n'est pas celle généralement adoptée, et, pour ainsi dire, actuellement classique. La thérapeutique tout entière repose sur la *règle* qui a présidé à l'emploi de ces moyens. C'est beaucoup, sans doute, que de connaître la *méthode* par laquelle une maladie donnée doit être combattue ; mais cela ne suffit pas, tant s'en faut. Le complément indispensable de cette connaissance, c'est la détermination de la formule de la méthode, essentiellement appliquée à la nature ou au genre de la maladie. Or, sous le rapport de sa *juste mesure,* cette formule n'est pas la même dans tous les cas du même genre. Elle doit être, en quelque sorte, accommodée à toutes les *particularités* des cas qu'il s'agit de combattre. C'est à la distinction exacte de ces cas si divers et à la modification du traitement commun qu'ils réclament, conformément à cette distinction, qu'est subordonné le résultat définitif du traitement. Connaître pour chaque cas particulier la *juste mesure* dans laquelle une méthode de traitement donnée doit être appliquée, sous le double rapport de la *dose et du temps,* voilà réellement la grande condition sans laquelle nul ne peut se flatter d'être un praticien accompli : tout ce qu'il faut d'études, de travail, d'efforts infatigables pour acquérir un tel secret, pour venir à bout d'un calcul aussi délicat, ceux-là seuls peuvent le dire, qui ont passé de longues années au milieu des maladies de tout genre et de toutes les différences qu'elles présentent selon les circonstances d'âge, de constitution, de position physique et morale des individus qu'elles affectent, selon les divers degrés d'étendue, d'intensité, les périodes des maladies, selon les complications des diverses maladies entre elles, etc., etc. Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister plus longtemps sur un article de pratique dont l'importance est, d'ailleurs, trop évidente par elle-même, pour avoir besoin d'une plus longue démonstration de notre part.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Un mot sur un nouveau mode de traitement pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Vous avez pu constater maintes fois l'inefficacité des nombreux moyens à l'aide desquels on a voulu remplir, jusqu'à présent, les trois indications dans les fractures avec déplacement de l'extrémité inférieure du radius.

Vous devez vous proposer, en effet : 1° de rétablir l'espace inter-osseux ; 2° de corriger le déplacement du fragment inférieur en arrière ou en avant ; 3° de corriger l'abduction de la main en ramenant l'apophyse styloïde à son niveau naturel.

Or, il est un bandage pour cette fracture du radius, qui mérite d'être spécialement mentionné. En l'employant, vous remédiez aux deux derniers déplacements que vous avez surtout à combattre.

Le premier est de bien moindre importance, si même il existe.

Avec notre bandage, la déformation, trop souvent la suite de cette fracture, se trouve évitée, ce à quoi on ne peut parvenir par les autres appareils, à moins d'exercer une compression qui peut donner lieu à des inconvénients sérieux. En outre, avec ces autres bandages, il survient un empâtement qui peut persister fort longtemps.

Notre appareil ne favorise ni l'engorgement du poignet, ni l'engorgement des doigts ; c'est purement et simplement l'appareil dextriné ordinaire des fractures de l'avant-bras. Vous donnerez toutefois au membre une position telle, qu'il y aura à la fois flexion et adduction forcées de la main sur l'avant-bras. En agissant ainsi sur la main, voici le mécanisme qu'on produit :

On se sert des tendons qui passent sur le point de la fracture, comme d'attelles. Ce sont, d'une part, les radiaux externes ; de l'autre, les tendons du long extenseur et du long abducteur du pouce.

Ces tendons, ainsi allongés, refoulent l'extrémité inférieure du radius dans le sens du cubitus.

On opère l'extension sur le radius et on reporte le fragment inférieur du côté du carpe, mieux que par toute autre combinaison. C'est là que le bandage inamovible offre tous ses avantages: il donne un moule suffisamment large pour ne pas exercer une compression fâcheuse, sans qu'il le soit assez pour permettre au déplacement de se reproduire.

Il existe plusieurs modifications dans l'application de la méthode dont nous nous occupons. L'idée en revient à un chirurgien danois, de l'hôpital de Copenhague, qui me fit la description de son procédé, il y a de cela quelques années.

Ce chirurgien eut l'idée de la position à donner au membre et du mécanisme qui en devait être la conséquence. Il crut pouvoir mettre cette idée à exécution, en conseillant de placer l'avant-bras, siége du mal, sur un coussin cunéiforme, de telle manière que la main fut bien pendante.

Il fallait alors que le malade fût couché. Mais il est évident que les vues de l'auteur sont beaucoup mieux remplies à l'aide de l'appareil dextriné que je crus devoir substituer à la simple position.

Dans les hôpitaux de Paris, chez M. Robert, il y eut bien quelques essais du même genre, mais toujours et seulement au moyen de la pesanteur et par la position.

Vous avez pu voir que plusieurs malades se sont trouvés très-bien de notre mode de traitement, et qu'aujourd'hui encore, il sort de la salle Sainte-Vierge, un homme chez qui les trois indications ont pu être parfaitement remplies.

C'est habituellement au bout de quinze à vingt jours qu'on peut lever l'appareil, et que la consolidation est suffisamment solide pour être abandonnée à elle-même.

Les internes du service.

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

De la blennorrhagie chez la femme.

Rédigé par MM. A. Lecadre, *externe du service, et* D. Calvo (*de Marseille*), *élève particulier de* M. Ricord.

(Suite. Voir les nos 36 et 37 du tome 2.)

Blennorrhagie utérine. — C'est de tous les écoulements le plus fréquent chez les femmes, surtout dans les grandes villes, et chez celles qui ont eu plusieurs enfants; aussi est-ce la source la plus commune des écoulements des hommes. Il est difficile de déterminer si un écoulement utérin est ou non vénérien; dans tous les cas, il est rationnel d'admettre que toutes les causes propres à la blennorrhagie vaginale peuvent agir sur l'utérus.

La blennorrhagie utérine peut affecter la forme érythémateuse, ou la forme catarrhale, ou la forme phlegmoneuse; de là la dénomination de *fluxion utérine, catarrhe utérin, métrite.* Elle peut être aiguë ou chronique.

Symptômes. — A l'état aigu, on observe de la chaleur à la région utérine; une sensation de pesanteur à la vessie, au rectum; quelquefois à la région sous-rénale. Le col est rouge et douloureux au toucher; son tissu est altéré: on y rencontre des granulations rosées, rougeâtres, avec des surfaces lisses, dépouillées d'épithélium et saignantes. Ces granulations sont irrégulièrement disposées sur les deux lèvres du museau de tanche, mais surtout sur la lèvre postérieure. On a donné comme cause de ces produits morbides l'action du mucus sortant de la cavité du col; or, quand la femme est couchée, la lèvre postérieure du col est dans une position déclive: de là viendrait sa prédisposition particulière aux granulations; mais on peut objecter que, dans la station droite, c'est plutôt la lèvre antérieure qui est déclive, l'antéversion étant très-commune. En outre, l'antéversion fait que le col appuie sur la cloison recto-vaginale, surtout par la lèvre postérieure; or, comme les femmes sont fréquemment constipées, cette pression, exercée par le rectum rempli de matières, doit provoquer l'irritation du col et contribuer à la production des granulations.

Diagnostic. — Il est utile de bien distinguer ces granulations des papules muqueuses et des chancres. Le siége de prédilection du chancre est le cul-de-sac utéro-vaginal; il peut siéger sur le col: c'est ordinairement à une certaine distance de son orifice et sur la lèvre antérieure. Quelquefois le chancre est intrà-utérin; en outre, il a sa physionomie propre. Ainsi, quand on verra sur le col, à distance de l'orifice, une ulcération isolée circonscrite, à fond grisâtre, on pourra affirmer qu'on n'a pas affaire à des granulations.

Les plaques muqueuses ont une circonscription nette et distincte; elles ne siégent pas fatalement à l'orifice. Autour d'elles, les tissus restent sains et ne présentent pas ces traînées inflammatoires que l'on remarque avec les granulations; elles sont enfin comme superposées, comme *estampillées* sur le col.

La sécrétion est souvent le seul signe de la blennorrhagie utérine. Pour la reconnaître, on doit faire usage du spéculum et on aperçoit alors, sortant de l'orifice du col, un mucus glaireux, filant, alcalin, blanc, transparent quelquefois, quelquefois aussi puriforme; dans ce cas, il doit y avoir des surfaces érodées.

Pronostic. — Il est peu grave: c'est une maladie toute locale, sans réaction, sans retentissement sur l'économie. Chez quelques sujets, le catarrhe utérin est pour ainsi dire une question de santé; mais c'est une affection tenace, difficile à guérir.

Traitement. — Il ne faut pas songer ici au traitement abortif. Nous supposons donc la maladie établie. Dans l'état aigu, on emploiera les antiphlogistiques, comme dans la vaginite: sangsues en bon nombre, surtout à la région sacro-lombaire. Appliquées en ce point, elles ont une action plus déplétive, plus évacuatrice; d'ailleurs, il faut tenir compte de la coquetterie des femmes. — S'il y a complication de métrite parenchymateuse, il est préférable de recourir à la saignée générale. Les sangsues appliquées sur le col même sont un mauvais moyen: elles agissent dans le sens du mal, augmentent la fluxion, l'irritation, il peut y avoir en outre du pus chancreux dans le voisinage, et on aurait alors des inoculations accidentelles.

Dans l'état chronique, la thérapeutique est encore la même que pour la vaginite. Ainsi, les injections, le tamponnement, sont indiqués. S'il existe des granulations, le nitrate d'argent est un bon modificateur; si ces produits morbides persistent, si le col est fongueux, saignant, on peut avoir recours au nitrate acide de mercure, bien qu'on ait reproché à cet excellent caustique de causer *souvent* la salivation mercurielle. L'acide nitrique mono-hydraté, caustique puissant, ayant une action astringente, rétractante, ou bien encore le caustique de Vienne solide, sont également bons.

Enfin, on peut employer le fer rouge, moyen fort préconisé par le baron Larrey, remis en pratique et vulgarisé par M. Jobert de Lamballe. Ce dernier moyen est réellement le plus simple, le plus inoffensif, le moins douloureux et le plus efficace. Le cautère doit être rougi à blanc: on peut se servir d'un spéculum plein en ivoire, pour garantir les parois vaginales et porter le fer sur le col; ou bien du spéculum quadrivalve qui, par sa mobilité, se prête mieux aux dimensions diverses du vagin.

Immédiatement après la cautérisation, on fait une ou plusieurs injections d'eau froide dans le vagin. La malade continue ensuite ces injections froides le reste de la journée; prend des lavements et des bains de siége, et le lendemain des injections avec une décoction de tête de pavot avec addition d'une cuillerée d'amidon. Quant aux topiques à employer pour la cavité du col et du corps de l'utérus, il y a d'abord le tamponnement proposé par M. Ricord, puis les injections utérines. C'est en 1833 que M. Ricord les appliqua le premier: il proposa, à cette époque, des injections astringentes, soit avec le nitrate d'argent, soit avec l'iode, et même le nitrate acide de mercure affaibli.

On doit employer une petite quantité de liquide: le nitrate acide de mercure à 1/12; l'iode en solution à 3, 4, 6 pour cent. Pour les faire, il est bon de se servir de la seringue à double corps de pompe concentrique: l'un contenant l'injection, l'autre de l'eau pure pour lavage.

Quel que soit le liquide employé, on peut déterminer instantanément des accidents nerveux, hystériformes, avec des douleurs abdominales qui ont fait croire à des péritonites. Ces accidents durent une demi-heure, une heure, quelquefois un peu plus; mais ils cessent par l'emploi des bains de siége, de l'éther et du laudanum. On avait pensé que le liquide pouvait arriver, par les trompes, jusques dans le péritoine; mais c'est une erreur: la trompe se contracterait sous l'influence du liquide irritant, et ne se laisserait pas traverser; en outre, on a soin de faire l'injection avec une canule étroite, de façon à ne pas boucher complétement le col utérin.

On peut encore se servir d'une éponge imbibée de ces mêmes liquides et fixée à l'extrémité d'une tige de baleine, pour badigeonner l'intérieur de la cavité utérine. Quant à la cavité du col, il suffit du porte-caustique de Lallemand ou du simple crayon de nitrate d'argent.

M. Récamier a aussi obtenu la guérison de certains écoulements intarissables, avec altération du col utérin, en ratissant avec la curette les surfaces fongueuses ramollies.

(La suite à un prochain numéro.)

Observations thérapeutiques sur la médication nutrimentive.

(Suite. Voir les nos 40, 41 et 42 du tome 2.)

OBSERVATION V (1).

Mme L..., 27 ans, constitution délicate, état chlorotique peu prononcé; atonie de l'appareil digestif; appétit presque nul; nausées, vomissements assez fréquents pendant l'état de vacuité de l'estomac; digestions lentes, difficiles; constipation; quelques douleurs dans la région hépatique; teint pâle, un peu jaune; amaigrissement notable; tristesse; un peu d'hypochondrie.

Je conseille les cuillerées nutrimentives à la dose d'une cuillerée à bouche avant chaque repas.

La prescription a été suivie, avec assez de persévérance, pendant un mois à six semaines, sauf quelques interruptions. Il en est résulté une amélioration *incontestable*, consistant dans la diminution des vomissements, l'accroissement de l'appétit, et la facilité plus grande des digestions.

Toutefois, la guérison est restée incomplète.

Il n'y a que les eaux de Vichy, dont la malade a fait usage pendant une saison, qui lui ont rendu sa fraîcheur et son appétit, et lui ont fait recouvrer son embonpoint.

Voici un autre exemple où une malade affectée de cancer de l'estomac, mourante au début du nouveau traitement, ne pouvant rien manger, fut soutenue, mangea et digéra trois mois et demi, c'est-à-dire prolongea son existence aussi loin que possible, en présence d'une maladie nécessairement mortelle; résultat tout aussi frappant que les autres, bien que la malade finit par succomber.

Cette observation établit en outre quelle est parfois la puissance des cuillerées nutrimentives pour ramener tout à coup l'appétit et arrêter la diarrhée, effet d'indigestion.

OBSERVATION VI (2).

Cancer de l'estomac.

Mme B....s fut mariée à l'âge de 15 ans, elle eut plusieurs couches heureuses, dont la dernière remonte à 20 ans. De 37 à 39 ans, les menstrues, qui jusque-là étaient venues avec régularité, devinrent irrégulières, puis, il y a 6 ans, apparurent des métrorrhagies qui mettaient la malade au lit pour huit ou quinze jours. Il n'y avait cependant point de lésion appréciable de l'utérus. La manière de vivre de la malade était hygiénique; mais, dès l'âge de 16 ans, celle-ci a éprouvé constamment des chagrins profonds, de nouveaux tourments sont survenus depuis dix-huit mois. Originairement d'une bonne constitution, madame B... sa eut des attaques de nerfs dans sa jeunesse; elle est toujours restée nerveuse et très-impressionnable; les contrariétés qui arrivaient après les repas furent souvent suivies, depuis nombre d'années, du vomissement de ces derniers. Souvent aussi, il y avait sans cela quelques légers troubles gastriques qui nécessitaient passagèrement l'emploi de quelques aromatiques, fleur d'oranger, etc. Depuis un an environ, les digestions de la malade étaient devenues réellement laborieuses, pénibles, accompagnées de malaise, de pesanteur épigastrique. Malgré les pastilles de Vichy, elles s'accompagnèrent de douleurs plus intenses; momentanément, je diminuai les accidents en faisant prendre à la malade, vingt minutes avant le dîner, une prise de 50 centigrammes de sous-nitrate de bismuth, associé à 5 milligrammes d'hydrochlorate de morphine.

Depuis un an, tel était l'état de la malade, quand, le 30 juillet 1852, une hémorrhagie utérine se déclara, et malgré le repos au lit, les astringents, les ferrugineux, les narcotiques, etc., ne fut définitivement arrêtée que du 10 au 12 septembre. Vers la fin d'août, l'appétit commença à disparaître; il ne reparut point, malgré la cessation de l'hémorrhagie utérine.

Depuis le mois de septembre 1852, la susceptibilité nerveuse de la malade s'accrut beaucoup; la moindre cause, un bruit inattendu, une visite nouvelle, la mettaient dans un état de spasme général avec angoisse, vive anxiété épigastrique.

Les forces s'étaient complétement perdues, la maigreur allait croissante depuis que la malade avait pris définitivement le lit au mois de juillet. La malade n'avait jamais eu de fièvre. Quoique nous ne pussions reconnaître ni tumeur épigastrique ni engorgement utérin, nous craignions quelque affection organique.

Pendant la dernière quinzaine de septembre, je purgeai la malade, la mis à l'usage des eaux de Vichy, de Bussang, des boissons amères, etc. Parfois un mieux momentané permettait de donner quelques potages, un peu, soit de poisson, soit de poulet; mais ces légers aliments, pris généralement sans plaisir, étaient presque toujours suivis de dérangement de corps.

Le 9 octobre, je tentai de faire mâcher seulement à la malade quatre ou cinq bouchées de filet de bœuf. Cette tentative d'alimentation fut suivie d'une diarrhée violente qui se prolongea trois jours, les évacuations ayant lieu trois ou quatre fois par heure, et qui persista malgré l'opium donné à l'intérieur, des lavements de gomme, d'amidon, laudanisés jusqu'à produire un commencement de narcotisme. L'alun donné à l'intérieur, à la dose de 50 centigrammes, sembla seul modérer un peu la diarrhée.

Le 13, voyant la malade affaiblie à tel point qu'elle ne pouvait changer seule de côté dans son lit, je voulus, en désespoir de cause, tenter l'administration des *cuillerées nutrimentives* (1).

J'en fis avaler devant moi à la malade une cuillerée à bouche dans une tasse de bouillon, puis prendre aussitôt un potage. Ce ne fut point sans peine, car la malade rappelait toutes ses malheuses tentatives d'alimentation.

Je sortis, ordonnant un deuxième potage avec une autre cuillerée nutrimentive pour le lendemain, si ce premier passait bien.

Le lendemain 14, j'arrivais préoccupé du résultat de cette dernière tentative : « Je suis guérie, mon cher ami, me dit en me tendant vivement la main madame B...s, qui est mon amie d'enfance; j'ai mangé huit potages. »

Le fait était exact : le premier potage avait passé d'une manière inaperçue, l'appétit s'était développé, était devenu pressant; il avait fallu céder à la malade, qui avait pris, avec ses huit potages, environ quatre cuillerées nutrimentives. Les quarante et quelques selles de la surveille étaient réduites à quatre petites en 24 heures.

En présence d'un pareil résultat, je n'hésitai point à prescrire aussitôt une côtelette de mouton avec une *cuillerée* nouvelle dans une demi-tasse de bouillon. Cette côtelette passa sans occasionner ni douleur ni pesanteur, et au milieu d'un bien-être que la malade ne se rappelait point avoir éprouvé depuis longtemps pendant ses digestions. Nulle diarrhée. Les 15, 16 et 17, la malade prit quatre potages par jour, et dans chacun une *cuillerée* (à café), de plus une côtelette avec une *cuillerée* (à bouche).

Les 18, 19, 20, 21, la malade ajouta une deuxième côtelette à son régime, avec une cuillerée nutrimentive (à bouche) en plus, mais on supprime celle des potages, qui passent seuls.

Les digestions sont parfaites, l'appétit excellent, la diarrhée arrêtée; la malade a recouvré des forces, elle se met sur son séant, serre fortement les mains; sa figure a presque repris son expression habituelle et s'est colorée, elle semble moins maigre.

J'avais tenté les cuillerées nutrimentives dans le but de compléter, puis de rappeler une fonction incomplète et presque abolie; ce résultat, le passage naturel des potages, m'engagea à diminuer progressivement la dose nutrimentive.

On continua à donner, avec chaque côtelette, une cuillerée à bouche, mais, suivant l'indication de M. Corvisart, on remplaçait

(1) Communiquée par M. le Dr Cusco.

(2) Communiquée par M. le Dr A. Godart.

(1) C'était mon premier essai; il remonte à un an et demi.

la cuillerée prise dans le flacon (90 grammes) par une cuillerée d'eau, chaque nouvelle cuillerée étant ainsi affaiblie.

Mais les digestions devinrent pénibles, des crampes, des douleurs aiguës d'estomac se développèrent ; elles devinrent insupportables après l'ingestion des aliments, et persistaient la nuit, en ôtant tout sommeil. La malade redevint impressionnable aux moindres contrariétés, et même sans celles-ci, elle est parfois prise d'un état d'angoisse générale partant de l'épigastre, ne provoquant cependant ni serrement à la gorge ni convulsion.

Un vésicatoire volant à la région épigastrique, et la prescription de potages maigres seulement, ne la soulagèrent point (27).

Le 28 au matin, le vésicatoire fut levé, saupoudré d'un peu d'hydrochlorate de morphine ; les douleurs diminuèrent.

Le soir on revint à la cuillerée nutrimentive pure, la malade en arrosa une côtelette, puis en prit de plus une cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée.

La digestion de la côtelette se fit sans douleurs, la nuit fut très-bonne. Le 29, nouvelle application de morphine ; deux côtelettes, deux cuillerées (à bouche) nutrimentives, bonne journée et bonne nuit.

Cependant, le 30, il y eut des crampes d'estomac, ainsi que le 31. La malade se désolait de voir s'amoindrir les effets des cuillerées. Comme elle faisait, depuis le 30, usage d'une nouvelle bouteille, on se plaignit au pharmacien (1) : on reconnut alors que l'on avait donné un flacon dont le liquide avait été étendu d'eau, ce qui expliqua dès lors son insuffisance. On revint aussitôt au liquide nutrimentif pur : dès ce jour et les suivants, la malade put digérer quatre potages et deux côtelettes sans douleur.

Il en fut ainsi jusqu'à la deuxième semaine de novembre.

La malade, réduite au dernier degré de marasme et d'atonie avant la tentative d'alimentation, avait repris beaucoup de forces pendant les premiers quinze jours de la médication et de l'alimentation. Le mieux resta stationnaire pendant quelques jours, puis rétrograda, malgré la faculté de digérer revenue. Les spasmes généraux avec douleur épigastrique revinrent, obligèrent à renouveler les vésicatoires saupoudrés de morphine. Je procédai à l'exploration de l'utérus : il était sain ; mais examinant attentivement, je perçus nettement, vers la région pylorique, une tumeur assez volumineuse qui me confirma pleinement dans mes premiers soupçons d'une affection organique.

Le progrès du mal tenait donc à la nature de ce dernier : il anéantissait les fonctions digestives ; le liquide nutrimentif, comme on le vit deux fois, à la condition qu'il fût pur, permettait la digestion, avait arrêté la diarrhée. Tout en perdant des forces, la malade se soutenait dans un état bien meilleur qu'à l'époque où toute alimentation était impossible.

C'était cette dernière qui ralentissait les progrès du dépérissement ; il était donc urgent de continuer l'usage *des cuillerées ;* je prescrivis de plus un demi-verre par jour d'eau de Vichy, deux heures après les repas ; de plus, de l'iodure de potassium (novembre).

Les quinze jours suivants, la malade continua à manger ses côtelettes et ses potages, ce qu'elle fit jusqu'à son dernier jour, qui fut dans les derniers jours de janvier 1853.

Réflexions. — Malgré l'issue funeste d'une maladie mortelle, quoi qu'on fasse, pourrait-on nier que la digestion, devenue impossible, a été rétablie aussitôt par l'usage des cuillerées nutrimentives ? que c'était elles qui produisaient ce bien, puisque les deux fois qu'elles furent affaiblies, par hasard, ou supprimées, tout le bien disparut aussitôt ?

Je ne parle pas de l'influence sur l'appétit, si brusquement revenu.

L'économie était trop profondément atteinte pour pouvoir être réparée même par la digestion ; néanmoins, la malade fut *soutenue,* le dépérissement fut entravé, la mort reculée pendant trois mois et demi.

(1) A cette époque (septembre 1852), par malheur, on n'essayait pas encore les cuillerées par une digestion artificielle avant de les livrer. (*Note de l'auteur.*)

L'observation suivante prouve de nouveau que, même dans les cas graves comme le précédent, les préparations nutrimentives ont toujours une action réelle sur la digestion des malades.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Ainsi que le prouve la date de la lettre qu'on va lire, ce n'est pas sans hésitation que nous nous sommes décidé à la publier. Bien persuadé que la résolution prise par les médecins des hôpitaux est dégagée de tout sentiment d'hostilité personnelle et qu'elle a pour unique mobile l'intérêt des malades et la défense de principes scientifiques fondés sur la raison, il nous était pénible de donner le faible appui de notre publicité à une protestation qui peut être considérée comme une accusation contre la loyauté de leurs intentions. Après mûres réflexions, nos scrupules personnels ont dû fléchir devant nos principes en matière d'indépendance scientifique. Les signataires de la lettre et de la protestation y annexée étant tous d'anciens internes des hôpitaux, d'anciens collègues dont l'honorabilité nous est connue, nous avons trouvé dans leurs noms une responsabilité suffisante, pour que nous n'ayons pas cru pouvoir repousser la demande qu'ils nous ont faite, de porter devant le souverain juge, le Corps médical tout entier, le conflit dont ils ont été l'occasion. Nous espérons qu'après y avoir réfléchi comme nous, nos lecteurs reconnaîtront que dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, nous n'avons fait qu'obéir à un devoir de conscience.

Paris, le 5 avril 1854.

A M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur,

Plusieurs journaux de médecine viennent de publier nos noms parmi ceux des candidats inscrits au présent concours du Bureau central des hôpitaux. Quoique votre journal soit resté étranger à la publication de cette nouvelle inexacte, nous connaissons assez votre loyauté, monsieur, pour espérer que vous voudrez bien porter la rectification suivante à la connaissance de vos honorables lecteurs.

C'est par erreur, et à notre insu, que nous avons été cette fois inscrits. Après six années de luttes qui ont mis surtout en évidence l'opposition systématique dirigée contre nous ; après avoir épuisé tous les efforts que nous dictaient la modération de nos sentiments et la justice de notre droit ; certains de ne plus trouver désormais que des adversaires et non des juges, nous avons dû nous retirer du dernier concours, en protestant contre ce déni de justice obstiné, dont il importe, pour notre dignité, que le prétexte soit connu.

C'est pourquoi, monsieur le rédacteur, nous vous envoyons une copie de la protestation que nous avons adressée à M. le directeur général de l'Assistance publique, en vous priant instamment de vouloir bien l'insérer dans le plus prochain numéro de votre journal.

Dans l'espoir que vous voudrez bien faire droit à une réclamation qui n'importe pas moins à la vérité qu'à notre honneur, veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, les témoignages de la haute considération avec laquelle nous aimons à nous dire vos reconnaissants et dévoués serviteurs,

F. Gabalda, Jules Davasse, *D. M. P.;* Champeaux, Alph. Milcent.

A M. le directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris.

« Monsieur,

« Depuis bientôt six ans, une véritable coalition formée contre nous, par les médecins des hôpitaux de Paris, nous a poursuivis sans cesse dans tous les concours auxquels nous avons eu l'honneur de nous présenter. Vous en connaissez le prétexte, monsieur, et vous savez qu'elle a éclaté à propos de l'homœopathie, alors que, grâces à l'hospitalité généreuse de l'administration, et par l'initiative de notre maître, cette méthode thérapeutique nouvelle devint, dans un service de Sainte-Marguerite, l'objet d'une importante vérification.

« Dès ce moment, l'orage soulevé ne tarda pas à retomber sur nous, et une proscription violente nous repoussa systématiquement de tous les concours où nous ne devions plus trouver des juges sincères, mais des adversaires déclarés.

« Déjà en 1850, deux d'entre nous, — plus spécialement menacés dans la sentence publiquement prononcée avant l'ouverture même des épreuves,

par un des juges, et au nom de ses collègues, — avaient pris le parti de se retirer du concours qui allait s'ouvrir. Mais, pressés par vos instances, monsieur le directeur, et reconnaissants de votre estime, ils consentirent à se présenter encore devant un tribunal qui devait les sacrifier, comme toujours, à la persistance des mêmes passions.

« Il était raisonnable, pourtant, d'espérer que le temps calmerait la violence de ces ressentiments; que la vérité ne tarderait pas à se faire jour à travers les préventions du moment, et, en attendant, que la modération de notre conduite, comme la bonne foi de nos témoignages, ne manqueraient pas tôt ou tard d'inspirer en notre faveur des sentiments de tolérance que toute conviction consciencieuse a le droit de revendiquer. C'est dans cette espérance que nous avons continué à nous soumettre sans plainte, chaque année, aux épreuves des concours qui se sont succédé et aux jugements qui les ont suivis.

« Mais cette espérance devait être trompée. Vainement, en effet, des témoignages sans nombre sont venus justifier nos convictions; vainement, des faits ont été produits, des documents publiés, tous les éléments enfin d'une vérification rigoureuse livrés au contrôle de la critique; vainement, l'administration de l'Assistance publique elle-même, dans un esprit de sage indépendance auquel nous ne saurions trop applaudir, a donné le résultat de la statistique homœopathique dans les hôpitaux pendant une période de trois années. La lumière de la vérité, loin de diminuer l'aveuglement de nos adversaires ou l'intolérance de nos juges, n'a eu d'autre résultat que de rendre plus implacable l'opposition dirigée contre nous.

« Aujourd'hui, cette hostilité systématique est un fait connu de tout le monde : on le déclare, on s'en glorifie, et plus d'une fois, on nous en a fait entendre à nous-mêmes l'injustifiable aveu.

« Comment serait-il justifiable, en effet, l'aveu d'une proscription qui repose sur des suspicions de doctrine ou des accusations de tendances et qui renouvelle à notre égard la mise hors la loi des suspects! Et comment qualifier de telles rigueurs contre nous, lorsque nous avons toujours professé hautement, entre tous, le respect le plus sincère et le plus profond pour le culte des vérités traditionnelles, de même que nous cherchons à utiliser, dans l'intérêt des malades, les progrès des vérités nouvelles!

« Il est affligeant de voir aujourd'hui, en France, au milieu du XIXe siècle, la médecine, seule entre toutes les sciences libérales, donner au monde le triste spectacle de l'intolérance des idées et de la persécution des personnes. Il est affligeant surtout de voir cette persécution exercée par des hommes, éminents d'ailleurs, qui font eux-mêmes l'aveu de leur ignorance dans une question d'un si grave intérêt pour l'humanité, et dont ils décident toutefois sans information comme sans appel. Mais c'est là une affaire de conscience dont ils ont seuls la responsabilité.

« Pour nous, nous avons le sentiment d'avoir rempli jusqu'au bout notre devoir envers la science en faisant, à la vérité, le sacrifice de notre avenir. Maitenant il ne nous reste plus qu'un soin, celui de notre honneur.

« Devant cette opposition sans trève, il nous devient impossible de nous résigner désormais sans espoir à une exclusion qui ne pourrait manquer de devenir un outrage à notre dignité personnelle. En conséquence, nous nous retirons aujourd'hui de cette lutte inégale; mais en nous retirant, nous déclarons d'une voix unanime :

« Attendu que la coalition dont nous avons à nous plaindre est un fait de notoriété publique;

« Qu'elle constitue un véritable délit contre les principes et les règles fondamentales du concours;

« Qu'elle est une violation des libertés de la science, et qu'elle porte une injuste atteinte à notre légitime considération;

« Nous protestons contre ce déni de justice, sous la réserve de tous nos droits.

« Daignez agréer, monsieur le directeur, l'expression des sentiments respectueux et reconnaissants avec lesquels les soussignés, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont l'honneur de se dire vos serviteurs dévoués,

« F. GABALDA, JULES DAVASSE, *D. M. P.*, CHAMPEAUX, ALPH. MILCENT.

« Paris, 26 janvier 1854. »

De la supériorité de la ligature de la carotide externe sur celle de la carotide primitive, dans les cas où le tronc carotidien interne peut être ménagé.

A M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez rapporté, dans le numéro du 4 avril de votre savant journal, un article des plus intéressants de M. Blot, sur le traitement des cancers de la langue, de la bouche et du pharynx, par la ligature des artères carotides. On y lit : « que M. Maisonneuve a eu l'heureuse idée de combattre le cancer de ces organes par la ligature des artères carotides « externes, réalisant à la fois une idée chirurgicale des plus fécondes, et « l'une des plus hardies tentatives de la médecine opératoire, *car nous « ne croyons pas que la ligature de l'artère carotide externe ait jamais « été exécutée, au moins en France.* »

Il ne m'appartient pas de rechercher quel est le chirurgien à qui revient la priorité de la ligature méthodique de la carotide externe, mais cette opération a été déjà faite par M. le professeur Sédillot, à la clinique de Strasbourg, devant un grand nombre de docteurs et d'élèves de notre Faculté. M. Sédillot avait longuement développé à cette occasion les préceptes qu'il applique à la ligature des artères, et qui comprennent l'indication de lier et de diviser les branches émergentes qui empêcheraient la formation du caillot dans le tronc principal et deviendraient une cause dangereuse d'hémorrhagies.

Voici, au reste, comment s'exprime M. le professeur Sédillot dans son *Traité de médecine opératoire*, t. 1, p. 244; Paris, 1853 :

« Les graves dangers de la ligature de la carotide primitive, particulièrement sous le rapport de la brusque interruption de l'abord du sang « dans une portion étendue de l'encéphale, nous engagent à insister sur « l'avantage de lier la carotide externe dans tous les cas où cette artère « est le siége de l'hémorrhagie ou de la lésion qui réclame l'intervention « de l'art. La crainte de placer la ligature près des troncs nombreux qui « naissent de l'artère, n'existe pas dans notre méthode de section artérielle, où l'on découvre et divise celle des branches qui touchent au « point où l'on veut placer la ligature. C'est ainsi que nous avons exécuté « la ligature et la section simultanée de la thyroïdienne supérieure et de « la carotide externe, pour assurer le succès de cette dernière opération « qui nous a parfaitement réussi. La thyroïdienne supérieure est la seule « branche qui naisse ordinairement très-près du tronc de la carotide externe, et la seule dont on ait à s'occuper, pour être en mesure de lier « la carotide externe à 2 centimètres environ de la carotide primitive, « sans vaisseau intermédiaire qui puisse entretenir la circulation et compromettre le résultat de l'opération. »

Nous comptons, monsieur le rédacteur, sur votre esprit d'impartialité bien connu, en vous priant d'accueillir cette petite revendication en faveur de la Faculté de Strasbourg.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments respectueux. COCHU, *interne à l'Hôpital civil de Strasbourg.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Suppression des cliniques libres à l'Hôtel-Dieu de Lyon.* — La *Gazette hebdomadaire* annonce la triste nouvelle suivante. Nous attendrons des détails directs pour insister sur la mesure dont il est question :

« Le 30 mars, l'administration des hôpitaux de Lyon a convoqué tous les chefs de service, et leur a donné connaissance d'une lettre de M. le recteur du département du Rhône, par laquelle ce fonctionnaire demande la suppression des cours de clinique non officielle que deux des médecins de l'Hôtel-Dieu avaient ouverts. La mesure est motivée sur ce que ces médecins se seraient livrés à des *médications excentriques*. Les cours ont été suspendus, et il en a été référé, dit-on, au Ministre de l'instruction publique. »

— La Société impériale de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1854, la question suivante :

1° De l'accouchement prématuré artificiel;

2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer;

3° Quel est le meilleur moyen de le terminer.

Les Mémoires écrits en français ou en latin devront être remis, dans les formes académiques et avant le 1er septembre 1854, terme de rigueur, à M. Henri Méli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie ophthalmologique, ou Description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. SICHEL, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris.

9e livraison in-4°, figures coloriées. Prix : 7 fr. 50 c.

Les livraisons 1 à 9 sont en vente à 7 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 44. 2e année. Jeudi 13 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 12 Avril 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

On a dit depuis longtemps qu'il est difficile de servir à la fois Dieu et son maître ; mais ce qui nous paraît pour le moins aussi vrai, c'est de servir à la fois la poésie et la médecine. Nous n'oserions pas dire que M. Piorry soit trop médecin pour un poëte, mais il est assurément trop poëte pour un médecin ; cela nous semble vrai, surtout depuis qu'une œuvre de longue haleine paraît avoir façonné son esprit aux méditations poétiques dont les reflets ont coloré plusieurs passages du mémoire lu hier à l'Académie par le célèbre nomenclateur. Voici une citation qui prouve à elle seule toutes les assertions précédentes :

En novembre 1853, en mars 54 comme en 1849, et surtout comme au printemps de 1832, l'air était dirigé de la Sibérie vers le sud-ouest, et l'*influence* qu'il apportait *était sinistre* sous le rapport du choléra, comme *il* semble l'être actuellement, au point de vue d'un fléau encore *plus homicide*.

Au point de vue poétique, cette phrase peut être d'une construction heureuse, présenter à l'esprit une image saisissante ; mais, au point de vue de la prose et de la science, elle renferme deux assertions, dont l'une n'est rien moins que prouvée, et dont l'autre est incontestablement inexacte.

Ce n'est pas une chose aussi facile que s'est plu à le croire l'imagination poétique de M. Piorry, que de prouver cette simple proposition :

Les recrudescences violentes du choléra ont coïncidé avec des courants atmosphériques se dirigeant de la Sibérie vers la France. Pour établir ce fait, il aurait fallu établir :

1° Que la direction du vent soufflait ici du nord-est toutes les fois qu'avait lieu la recrudescence ;

2° Que la même direction du vent avait été observée en même temps ou très-peu de temps auparavant dans toutes les localités que l'air devait traverser pour arriver de la Sibérie jusqu'à nous. M. Piorry n'en est pas à ignorer qu'il existe aussi bien à la surface du sol qu'aux diverses hauteurs atmosphériques, de nombreux courants de directions différentes ou opposées, et que le vent, par exemple, peut souffler pendant des semaines entières, du sud au nord à Paris, et du nord au sud à Strasbourg.

La direction du vent à l'Observatoire de Paris ne prouverait donc rien quant à celle de Strasbourg, de Vienne, de Berlin, de Varsovie et de Moscou ; et encore M. Piorry n'a-t-il pas songé à démontrer par des observations rigoureuses que, même à Paris, la direction des vents fût celle qu'il a indiquée.

Nous pourrions faire les mêmes observations, relativement aux remarques hygrométriques et barométriques du savant professeur. Quand on aborde des matières de cette nature, on ne peut espérer d'être écouté avec quelque crédit que les chiffres à la main ; faute de cette condition, on peut faire de la poésie, mais non pas de la science.

Ce n'est pas seulement dans les observations anémométriques, hygrométriques, thermométriques et barométriques, que le savant professeur a manqué de cette précision indispensable dans les recherches scientifiques, c'est aussi dans les observations médicales proprement dites, et, en général, dans le langage dont il s'est servi dans son Mémoire.

Ici, par exemple, il dit avoir observé que les cas d'endoloïosie (c'est le nom scientifique du choléra), « qui semblaient se rapporter *à quelque chose comme la contagion*, étaient des cas simples, » c'est-à-dire peu graves. Que peut être ce *quelque chose comme la contagion* et qui n'est pas la contagion ? Nous ne saurions le comprendre. On peut rester dans le doute sur la question de savoir si une maladie est ou n'est pas contagieuse ; mais on ne peut pas douter si *quelque chose*, qui pour être réellement *quelque chose* doit être parfaitement positif, est ou n'est pas de la contagion.

Pour expliquer cette prétendue bénignité des *endoloïosies* développées par contagion, M. Piorry a invoqué la fréquence des simples varicelles développées sous l'influence du virus des varioles graves et confluentes. Nous croyons que M. Piorry a singulièrement exagéré la fréquence de ces cas, bien entendu lorsque la contagion s'exerce sur des individus non vaccinés, et, dans tous les cas, il n'a même pas songé à donner la plus légère preuve en faveur de son opinion.

Nous bornons là nos remarques, que nous pourrions étendre à plusieurs autres parties du travail de M. Piorry ; elles nous paraissent suffisantes pour remplir notre but, qui est de surtout rappeler à M. Piorry ce que nous disions en commençant, c'est que la science, pour être rigoureusement faite, demande beaucoup de temps, de talent, de

sévérité dans le raisonnement, et qu'il est bien difficile de servir à la fois le père d'Esculape et le fils d'Apollon.

Il est plus facile, sans contredit, de servir concurremment la médecine et la philosophie ; il n'en faudrait pas conclure, cependant, que cela soit tellement commode que le premier venu y puisse réussir. Non, et la meilleure preuve, c'est que M. Moreau (de Tours) (et, ici, de Tours est indispensable pour que la preuve ait de la valeur) n'y a pas complétement réussi hier.

Prouver que la folie a une origine, un mode de développement et une terminaison identiques à l'origine, au mode de développement et à la terminaison de tout autre maladie, tel a été, a-t-il dit, le but de son travail.

Pour atteindre ce but, il fallait nécessairement soulever la question de la *nature* des maladies, question « assez simple au fond, » dit M. Moreau (de Tours), mais sur laquelle des médecins trop philosophes et des philosophes pas assez médecins ont fini par jeter beaucoup d'obscurité et d'incertitude. » Tel a été le premier tort de M. Moreau.

Quant on croit avoir à traiter, en effet, une question difficile, on médite et l'on médite encore chaque pensée que le sujet vous inspire ; on châtie et châtie encore, on clarifie autant que possible la phrase qui doit rendre cette pensée, et l'on se rappelle qu'un des deux plus grands écrivains du siècle passé fut obligé de formuler cette recommandation en abordant un sujet ardu : « *J'avertis le lecteur que ce chapitre doit être lu posément, et que je n'ai pas l'art d'être clair pour qui ne sait pas être attentif.* »

Lorsqu'au contraire, on pense n'avoir à disserter que sur une matière facile, on laisse volontiers courir sa plume au gré de son imagination ; on effleure plus ou moins agréablement l'écorce du sujet ; mais on ne pénètre pas dans ses entrailles, on ne le domine pas, et n'en ayant point aperçu les profondeurs ténébreuses, on le quitte sans l'avoir éclairé. La juste estime dont nous avons maintes fois fait profession pour le talent de M. Moreau (de Tours) nous autorise à dire que c'est là ce qu'il fait nier à l'Académie.

Certes, il n'y avait pas dans l'enceinte académique un auteur plus disposé que nous à se laisser convaincre ; car *à priori,* nous sommes très-disposé à croire que la philosophie qu'il y a au fond de tous les travaux de M. Moreau, est la saine, c'est-à-dire la vraie philosophie ; mais précisément parce que cette philosophie est vraie, elle doit être prouvée par des arguments irrécusables au fond, et, pour la forme, d'une clarté sans nuage. Sous ce rapport, M. Moreau ne nous a point satisfait.

Pour prouver que la folie est de même nature que les autres maladies, M. Moreau a dû soulever et a soulevé, comme nous l'avons déjà dit, la question de la nature des maladies; mais après avoir considéré cette question comme « *assez simple au fond,* » il l'a considérée ensuite comme tellement simple, qu'il a jugé absolument inutile de la discuter ; en sorte qu'en ne sachant pas ce qu'il entend par nature des maladies, on ne peut guère savoir si la folie est ou non d'une nature semblable. Il faut donc deviner ce que M. Moreau a réellement voulu prouver dans son travail, et nous n'oserions nous flatter d'y être parvenu après une première lecture; autant que nous avons pu en juger, il a voulu établir : 1° que la folie avait le même siége que les autres maladies cérébrales ; 2° qu'elle était due à des causes identiques.

Si par siége M. Moreau a voulu entendre l'encéphale, nul doute qu'il n'ait parfaitement raison, tellement raison même, que l'énonciation du fait était inutile ; si, au contraire il a voulu indiquer par siége une partie spéciale du cerveau, il n'a véritablement aucun argument en faveur de sa thèse, ce qui se conçoit facilement, puisque ces arguments consisteraient dans des observations anatomo-pathologiques qui n'ont pu être constatées encore.

Quant à l'identité de *cause* entre la folie et les autres maladies, comment prouver cette identité, sans connaître d'abord la cause ou plutôt *les causes* (car il est certain qu'il y en a plus d'une), qui produisent les autres et la folie, ou les diverses folies? Cette question ne paraît pas être venue à l'esprit de M. Moreau.

Rien d'étonnant alors que l'absence d'un plan préalablement et logiquement arrêté ait jeté une grande confusion dans le travail de l'habile aliéniste. Mais là ne doivent pas se borner nos reproches. Dans les détails, M. Moreau a émis plusieurs propositions qui nous paraissent trahir une précipitation de rédaction qu'on devrait toujours éviter quand on traite des sujets aussi élevés, et quoi qu'en dise M. Moreau, aussi difficiles que l'aliénation mentale.

« A nos yeux, dit M. Moreau, *délire* et *folie* sont synonymes. » Évidemment sa plume a été plus loin que sa pensée ; car, alors même qu'il serait démontré qu'une cause identique peut produire le délire et la folie, il ne pourrait venir à l'esprit de personne de confondre ces deux états, pas plus qu'on n'a songé à confondre la roséole syphilitique avec l'exostose; pas plus qu'on n'a songé à confondre la colique de plomb avec la paralysie saturnine.

« Les symptômes sont la maladie, » dit ailleurs M. Moreau; ceci nous a paru plus grave, parce que c'est plus qu'un *lapsus calami,* et parce que cette proposition est l'expression d'une doctrine qui a eu, en effet, quelques partisans. Mais aucun médecin, ou un seul tout au plus, y est resté fidèle de notre temps; et il suffit de réfléchir qu'une telle doctrine conduit à considérer comme identiques une arthrite traumatique, une arthrite syphilitique et une arthrite rhumatismale, pour que le plus simple bon sens la repousse au premier examen sérieux.

M. Moreau dit dans ses conclusions que « d'essentiel ou de primitif qu'il était d'abord, le délire peut devenir idiopathique. » Ces mots mis en opposition prouvent qu'à toutes les autres difficultés du sujet, M. Moreau a ajouté celle résultant d'un langage qui lui est propre : jusqu'à présent on avait considéré les mots *essentiel* ou *idiopathique* comme synonymes en pathologie, et il est évident que M. Moreau leur donne une signification entièrement différente.

Le temps nous oblige à borner ici nos réflexions sur le travail de M. Moreau (de Tours), quoique les questions de détail qu'il a traitées soient dignes d'être longuement discutées. Nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir à propos du rapport dont son travail ne pourra manquer d'être l'objet. Nous ne devons pas terminer sans dire que, si le Mémoire du savant aliéniste ne nous paraît pas satisfaire au programme qu'il s'était posé, ce Mémoire n'en renferme pas moins des observations fines et des vues élevées qui font honneur à l'auteur; nous ajouterons qu'il est des régions d'un accès si difficile, que c'est déjà un mérite d'en avoir tenté l'exploration.

La séance a été close par M. Valleix, qui a lu la première partie d'un Mémoire des plus remarquables sur lequel nous aurons à revenir, quand la lecture en sera achevée.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Varicocèle compliqué de hernie inguinale; traitement palliatif par le procédé de M. Richard (du Cantal). — Discussion sur les causes du varicocèle. — Instrument de M. Nélaton pour la cure radicale du varicocèle par la cautérisation.

Avant de publier cette Leçon de mon excellent maître et ami, je sens le besoin de présenter à mes lecteurs une remarque que j'ai quelquefois déjà eu l'occasion de formuler, mais qui n'a pas produit encore tout le bien qu'il me semble permis d'en espérer.

M. Nélaton, dans un passage de sa Leçon, déclare que sa règle de conduite est de n'opérer les varicocèles que *dans les cas d'urgence*. Tout le monde reconnaîtra, dans ces paroles, le cachet du véritable clinitien. Mais même dans ces termes, la restriction est-elle assez grande? J'avoue qu'il me semble possible d'en douter, tant qu'on n'aura pas rigoureusement défini les conditions qui doivent constituer l'urgence. Or, pour moi il n'en est qu'une, c'est que le varicocèle mette celui qui en est atteint dans l'impossibilité absolue de gagner sa vie, s'il est dans cette nécessité. En dehors de cette condition, extrêmement rare, car pour mon compte je ne l'ai jamais constatée, tout au plus ai-je observé, il y a onze ans, dans le service de M. Vidal, un malade qui la remplissait à peu près, en dehors de cette condition, je crois que toute opération est pour le moins inutile, et voici pourquoi :

1° Dans les cas, déjà rares, où le varicocèle occasionne des douleurs par trop incommodes, les moyens palliatifs suffisent presque toujours à rendre ces douleurs très-tolérables ;

2° Des opérations imaginées contre les varicocèles, les unes échouent presque toujours, et les meilleures fort souvent ;

3° Enfin, et cette considération est la plus puissante de toutes, le varicocèle guérit, je n'ose pas dire toujours, mais presque toujours spontanément. C'est, en effet, une observation que j'ai faite et qui ne s'est pas démentie depuis onze ans que le varicocèle, dont tout le monde a signalé la fréquence chez les jeunes gens, est à peu près sans exemple chez les hommes de 50 ans, qu'ils aient ou non subi antérieurement des opérations. Je connais actuellement un grand nombre d'hommes de 35 à 45 ans, dont plusieurs ont été mes collègues dans les hôpitaux, qui ont été affectés de varicocèles, et qui tous en sont débarrassés définitivement. Trois d'entre eux seulement ont été opérés, l'un deux fois, les deux autres une fois; tous les trois ont éprouvé des récidives au bout de quelques mois, et n'ont été guéris définitivement que lorsque la véritable méthode curative, l'âge, a fait sentir son influence, heureuse dans ce cas particulier. J'ai souvent prié des chirurgiens et des médecins de Bicêtre d'examiner combien ils pourraient compter de varicocèles parmi les vieillards de cet établissement, non opérés pour cette maladie; mais j'en suis encore à recevoir une réponse, tant est grand le zèle scientifique dont on fait un si grand bruit. Je ne serais pas étonné que celui qui se livrera à cette recherche ne trouve pas un seul cas de varicocèle dans tout l'établissement.

En résumé, je suis convaincu que l'opération du varicocèle est presque toujours pour le moins inutile, et que tout chirurgien, qui ne consultera que l'intérêt du malade, s'abstiendra de la pratiquer quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.

H. de Castelnau.

Cette leçon clinique porte sur trois points principaux : 1° sur le traitement palliatif du varicocèle par le procédé de M. Richard (du Cantal), procédé auquel M. Nélaton donne la préférence, toutes les fois qu'il n'y a pas urgence d'opérer ; 2° sur l'obscurité qui règne relativement aux causes du varicocèle, et sur le peu de certitude des théories généralement admises à cet égard ; 3° sur le procédé curatif qu'emploie M. Nélaton dans les cas urgents, lequel consiste dans la cautérisation des veines variqueuses, à l'aide d'un instrument de son invention, dont nous donnons une description succincte.

Au n° 24 de notre service, est un jeune homme âgé de 20 ans, dont je veux vous entretenir. Il y a 3 ans, à l'âge de 17 ans, il fut pris de douleurs au niveau de l'anneau inguinal du côté gauche, et il ne tarda pas à voir une tumeur se former en ce point. Peu de temps après, la bourse de ce côté prit un volume exagéré et devint le siége de douleurs assez vives. Ce jeune homme continua à travailler ; cependant, ayant entendu dire qu'il pourrait être délivré de son mal par une opération, il s'y soumit. Voici ce qui a été fait : en 1853, il se fit traiter par un chirurgien de Vitry-le-Français, qui lui appliqua la pince de Breschet, et comme ce moyen, à ce qu'il paraît, ne lui avait pas semblé suffisant, il lui en adjoignit un autre qui fut, si l'on en croit les détails donnés par le malade, celui de M. Renaud (de Toulon) : un fil fut passé au-dessous des vaisseaux variqueux, de façon à opérer en même temps la section des veines et celle de la peau. La pince tomba au bout de 26 jours ; quant à la ligature, elle s'était détachée au bout de 18 jours. Après cette opération ce jeune homme se crut guéri ; cependant, les mêmes symptômes ne tardèrent pas à reparaître.

Voici ce qu'on constate aujourd'hui : il y a une augmentation considérable de la bourse gauche, produite par des veines variqueuses ; c'est un varicocèle caractérisé à la vue par des bosselures sinueuses, et ce diagnostic est confirmé par le toucher, car ces bosselures disparaissent par la pression. On observe, en outre, que cette tumeur augmente quand le malade est debout, qu'elle diminue lorsqu'il est couché, qu'elle devient plus volumineuse par l'action de la chaleur, et moins grosse par l'action du froid.

Mais ce ne sont pas là tous les symptômes que nous ayons à observer : ce malade nous a dit qu'il éprouvait souvent des coliques, des douleurs dans le ventre, et qu'il avait la sensation d'un corps qui s'échapperait par son anneau inguinal. Nous avons dû examiner s'il y avait une hernie, et, le premier jour, nous sommes resté à cet égard dans le doute. Nous lui avons demandé s'il remarquait une différence entre les deux sortes de tumeurs dont il se plaignait, et il nous a répondu que la tumeur inguinale apparaissait tout à coup et rentrait en bloc quand il exerçait sur elle une pression. Le premier jour, nous avons fait tousser le malade, et la hernie n'a pas apparu, nous avons exploré l'anneau, et nous l'avons trouvé un peu plus large que celui du côté opposé ; cependant, cette dilatation pouvait être causée par le varicocèle. Mais hier matin, nous n'avons plus conservé de doute : nous avons senti sous l'anneau une tumeur volumineuse, distincte du varicocèle ; de plus, nous avons reconnu l'existence du pédicule herniaire au niveau de la branche horizontale du pubis ; ce pédicule a la grosseur de l'index ; nous avions examiné le malade levé ; aussitôt que nous l'avons fait coucher, la tumeur a disparu, pour reparaître de nouveau lorsqu'il s'est levé. Le doute n'était plus possible.

Qu'avons-nous à faire ici? Devons-nous tenter la cure radicale de ce varicocèle, ou nous contenter d'un traitement palliatif? Eh bien ! en ce qui concerne le varicocèle, dans la majorité des cas, je suis d'avis de n'opérer que quand il y a urgence; or, cette urgence n'est pas en rapport avec le volume du varicocèle, car souvent les varicocèles très-volumineux ne produisent pas de gêne ; ils n'empêchent pas les gens qui en sont affectés de se

livrer à des exercices fatigants, tels que l'équitation, par exemple. D'un autre côté, on voit des varicocèles très-petits qui produisent des sentiments de pesanteur très-pénibles. Dans ma pensée, le varicocèle ne doit être opéré que quand il cause de très-vives douleurs, ou qu'il apporte un obstacle très-sérieux à l'exercice de la profession du malade. Dans le cas présent, il y a quelques légers tiraillements, quelques douleurs supportables, et il ne paraît pas indispensable d'opérer ; j'aurai donc recours aux moyens palliatifs. Il en est un qui a été proposé par M. Richard (du Cantal). Il eut la pensée de se servir du scrotum comme d'un suspensoir ; on refoule le testicule et les veines du cordon en haut, et, au moyen d'un cercle en caoutchouc, on comprime la peau du scrotum au-dessous de ces parties ainsi relevées. Par ce procédé, la gêne du varicocèle disparaît. Nous employons aujourd'hui dans notre service de petits tubes en caoutchouc vulcanisé, de M. Gariel, à l'aide desquels nous exerçons une compression circulaire sur le scrotum, et nous en avons retiré de très-bons effets ; ce sont là des appareils très-simples, faciles à maintenir. Tel est le moyen que nous emploierons chez notre malade.

Quelques jours plus tard, M. Nélaton s'exprimait ainsi :

« Nous avons appliqué sur ce malade le lien circulaire en caoutchouc proposé par M. Richard (du Cantal) ; cette application a été faite hier, et déjà le malade se trouve mieux, bien que sa hernie soit tombée à la partie supérieure des bourses, car vous comprenez que l'on n'a pas, par ce moyen, la prétention de maintenir en même temps la hernie ; cependant, je dois dire que ce procédé n'est pas exempt d'inconvénients ; d'abord, la constriction est assez pénible, ensuite le caoutchouc vulcanisé produit une irritation locale ; il semblerait qu'il y a en même temps action physique et action chimique. Mais ce double inconvénient disparaîtra bientôt, quand le malade aura pris l'habitude de porter cet appareil. Nous avons à peine besoin de dire que nous maintenons la hernie réduite avec un bandage. »

Peu de jours après cette clinique, le malade quittait l'hôpital. Il éprouvait un soulagement manifeste ; depuis, nous ne l'avons pas revu.

A l'occasion de ce malade, M. Nélaton entre dans quelques détails de l'histoire du varicocèle, et voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Parmi les symptômes du varicocèle, on a souvent cité l'atrophie du testicule. Eh bien ! je ne suis pas persuadé que ce symptôme ait été bien observé. En effet, lorsqu'on étudie des sujets atteints de varicocèle, on voit souvent que le testicule du côté malade est plus petit que celui du côté opposé ; mais cela ne prouve pas qu'il y ait atrophie du testicule, car *atrophie* veut dire perte d'une partie de la substance d'un organe, et je ne sache pas qu'on ait jamais prouvé qu'en pareil cas le testicule eût perdu de son volume ; on a vu seulement un testicule primitivement plus petit que celui du côté opposé ! Mais je suppose que cette atrophie existe ; est-elle bien considérable ? Non certainement ; le testicule diminuerait d'un quart ou d'un tiers au plus de son volume. Mais s'inquiéter du volume de l'organe, c'est s'arrêter à la superficie de la question, car le malade ne s'occupe que de la fonction. Or, a-t-on en pareil cas demandé aux malades s'ils s'acquittaient moins bien de leurs fonctions génératrices ? Je ne le crois pas. J'ai fait souvent cette question, et tous les malades m'ont répondu qu'ils n'avaient pas observé de différence. Ainsi, quand même il y aurait atrophie du testicule, ce qui n'est pas démontré, cette atrophie serait très-faible, et de plus, il n'y aurait nulle diminution dans les fonctions génératrices. Je pense donc qu'on est autorisé à ne pas tenir compte de cette atrophie.

Causes. — A l'occasion du malade dont nous avons parlé tout à l'heure, je dois aussi vous dire toute ma pensée sur la valeur des causes que l'on invoque généralement pour expliquer le varicocèle. Je crois qu'il y a peu de sujets sur lesquels on ait entassé plus d'erreurs comme à plaisir ; tout est faux parmi ces signes qui ont été inventés dans le cabinet, qu'on les ait empruntés à l'anatomie, à la physiologie ou à la pathologie. Ainsi, on a parlé de la longueur plus grande des vaisseaux spermatiques, de la différence de hauteur du testicule gauche qui descend plus bas que le droit. Or, cette différence est tout au plus de 1 centimètre ! Comment croire qu'elle puisse suffire pour produire une maladie ! Mais, chez un homme de 5 pieds 6 pouces, les veines du cordon sont beaucoup plus longues que chez un homme de 5 pieds, par exemple, et pourtant, le plus grand des deux n'est pas plus sujet au varicocèle que le plus petit.

On ne s'en est pas tenu là. Il a fallu trouver, dans la distribution des veines, quelque chose de particulier qui expliquât ce que l'on cherchait. Par ses veines, le testicule droit est en communication avec la veine-cave, et le gauche avec la veine rénale ; à droite, les veines tombent obliquement dans le tronc veineux ; à gauche, elles lui sont perpendiculaires ; et l'on s'est dit : Voilà une différence capitale : ici, nul obstacle ; là, au contraire, le cours du sang est rompu. — Eh bien ! j'ai examiné un grand nombre de fois l'abouchement des veines spermatiques gauches dans la veine rénale : sont-elles, par rapport à cette veine, dans une position perpendiculaire ? Cela est très-rare. Dans la très-grande majorité des cas, les veines spermatiques sont flexueuses et forment un coude au moment où elles pénètrent dans la veine rénale ; de façon que leur cours est presque parallèle à celui de la veine rénale. Ensuite, il ne faut pas croire que les veines spermatiques droites soient précisément parallèles à la veine-cave : elles sont flexueuses aussi ; de sorte que le cours du sang n'est pas différent dans les veines spermatiques droite et gauche.

On a invoqué encore une autre cause : c'est la compression des veines spermatiques gauches par l'S iliaque ; mais cette compression est imaginaire, car il existe un petit canal fibreux qui sépare les vaisseaux de l'intestin ; d'autre part, on sait que l'état variqueux des veines spermatiques se prolonge au-dessus du point où l'on suppose que cette compression a lieu ; par conséquent, la compression ne peut être cause des varices. Cette prétendue compression, d'ailleurs, reconnaîtrait-elle pour cause l'accumulation des matières fécales dans l'S iliaque ? Mais la constipation opiniâtre est rare, surtout à l'âge où l'on observe généralement le varicocèle, qui, comme on le sait, se produit surtout chez les jeunes gens.

Quant aux affections du testicule, considérées comme cause du varicocèle, cette question me paraît avoir été traitée encore très-légèrement ; ainsi, en face de l'orchite, voici, à cet égard, quelle est mon opinion : il y a un très-grand nombre de gens atteints de varicocèle, sans qu'ils le sachent ; mais s'il s'en rencontre un qui ait eu antérieurement une orchite, son attention est dès lors dirigée de ce côté ; le malade est, dans son ignorance, tout disposé à penser que le varicocèle a été une conséquence de l'orchite ; mais le médecin ne doit pas faire une semblable confusion.

Je pourrais prolonger cette discussion, et passer en revue l'influence présumée des diverses tumeurs du bassin, du bandage herniaire, etc., sur la production du varicocèle ; mais il me suffit de vous avoir fait comprendre que cette étiologie, tout entière créée par la théorie, n'a pas reçu la sanction de la pratique.

Traitement. — Puisque l'occasion se présente ici, je veux traiter devant vous la question de la cure du varicocèle : on a employé, comme vous le savez, des appareils à demeure, diverses espèces de sutures et de ligatures ; nous n'insisterons pas sur ces méthodes. On a employé aussi la cautérisation, et c'est de ce moyen que je vais vous entretenir. Depuis longtemps, je m'en étais préoccupé ; il a été appliqué d'abord, comme vous le savez, par M. Bonnet (de Lyon), puis par M. Laugier. Mais les premiers procédés étaient défectueux, et j'ai songé à les régulariser ; j'ai voulu obtenir une escarre linéaire qui fût exactement limitée aux fonctions qu'il fallait cautériser. Voici ce que j'ai fait :

Le premier appareil dont je me suis servi se compose d'une pince, dont les deux branches peuvent être rapprochées au moyen d'une vis ; la branche inférieure est plate, la supérieure est munie, à sa face inférieure, d'un cylindre creux, ouvert dans toute l'étendue qui regarde la branche inférieure, et dans lequel

s'enfonce à volonté une tige pleine ; ce cylindre creux contient le caustique, et la tige pleine qui y pénètre est destinée à modifier l'étendue de la surface cautérisante. Voici comment j'opérai : le canal étant saisi, les vaisseaux isolés, et les veines prises par l'instrument, on rapproche les deux branches ; les enveloppes scrotales sont alors aplaties, ainsi que les veines, qui sont vidées du sang qu'elles contenaient, et dont les parois sont mises en contact. L'action du dartos et du crémaster est arrêtée ; il n'y a plus de mouvement vermiculaire. On obtient donc : 1° l'aplatissement des vaisseaux et des téguments ; 2° une immobilité des enveloppes scrotales. Alors, on laisse agir le caustique. J'ai appliqué cet instrument un certain nombre de fois, et j'ai obtenu des escarres linéaires, étroites, qui comprenaient la peau et les veines variqueuses ; au bout de 20 minutes, tout était détruit, sauf la peau de la partie postérieure du scrotum, qui seule était restée intacte.

Mais je n'étais pas satisfait de ce premier essai ; l'instrument me paraissait trop compliqué, et de plus laisser aux veines une trop grande facilité de s'échapper ; j'ai donc songé à un instrument plus simple, construit d'après les mêmes idées, et voici quel est ce second appareil : c'est une pince, dont la branche supérieure est excavée de part en part, et forme un porte-caustique, et dont la branche inférieure est pleine. On opère, au moyen d'une vis, le rapprochement de ces deux branches, et l'on obtient ainsi l'aplatissement de la peau et des veines. Mais cet appareil était encore défectueux : les enveloppes scrotales, les parties molles, cédant à la pression, la branche porte-caustique s'enfonce et disparaît au milieu de ces tissus ; il est alors difficile d'éviter une cautérisation difficile.

Je fis donc confectionner un troisième instrument, qui me paraît avoir résolu complétement le problème cherché, et vaincu les obstacles que je signalais : il se compose d'une pince articulée, qui se ferme spontanément par l'effet d'un ressort, et dont les branches sont longues et plates ; l'une de ces branches, destinée à s'appliquer derrière la face postérieure du scrotum, est pleine ; l'autre est percée à jour dans toute sa longueur, c'est la branche porte-caustique ; elle est surmontée, dans sa longueur, par une gouttière à bords élevés. En outre, à l'extrémité libre de ces branches, sont deux petits trous destinés à donner passage à des épingles qui, traversant d'outre en outre le scrotum, empêchent les veines de fuir hors des pinces, et les tiennent séparées des autres éléments du cordon. Ainsi, ces pinces ont l'avantage de comprimer solidement, avec une pression constante, les tissus introduits entre leurs branches, et, de plus, la largeur de ces branches empêche la peau de se renouveler tout autour ; tandis que la cuvette très-élevée qui surmonte la branche porte-caustique soustrait les téguments à la cautérisation diffuse. Je me suis servi un certain nombre de fois de cet instrument, et il a bien fonctionné. Il a formé des escarres linéaires, comprenant la peau, le tissu cellulaire et les veines. Le résultat a été une oblitération locale des vaisseaux, et une diminution, quelquefois même une disparition complète des douleurs. J'ai même vu quelques malades reprendre un métier pénible, et j'ai eu l'occasion de m'assurer, plusieurs années après, que la guérison s'était maintenue chez eux.

Tel est le mode de traitement auquel je donnerai la préférence toutes les fois que je jugerai urgent de tenter la cure radicale des varicocèles.

E. Cadet-Gassicourt *et* P. Lorain, *internes du service.*

Note sur le traitement des déviations utérines,

Par M. Valleix, *médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(*Lue à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 11 avril* 1854.)

La communication que je viens faire aujourd'hui à l'Académie doit nécessairement se diviser en deux parties distinctes. Deux observations ont été lues, dans lesquelles on a attribué la mort au cathétérisme utérin ou au séjour du redresseur intra-utérin ; il convient d'examiner ces observations, afin de voir si les faits ont été exactement rapportés et sainement interprétés. Il est important ensuite de rapprocher de ces faits une masse suffisante d'observations empruntées à plusieurs médecins honorables qui ont signalé tout ce qu'ils ont observé dans leur pratique, afin d'éviter un grand écueil, qui est de raisonner d'après quelques faits isolés et peut-être exceptionnels. Ce sera l'objet de la *première partie.*

La *deuxième partie* contiendra un aperçu aussi rapide que possible des effets du traitement dans tous les cas que j'ai pu rassembler, ce qui permettra d'apprécier d'un coup d'œil ses avantages et ses inconvénients, sans craindre également que quelques cas particuliers bien ou mal interprétés viennent troubler notre jugement.

J'aborde ces questions au point de vue purement scientifique, n'ayant aucune peine à mettre de côté toute préoccupation personnelle, et persuadé que nous ne voulons tous qu'une seule chose : connaître d'une manière définitive quels sont les avantages et les dangers du procédé convenablement et prudemment employé, s'assurer s'il s'adresse à une affection qui demande un traitement particulier, et décider s'il y a d'autres moyens aussi efficaces. Pour moi, qu'on me permette de le dire d'avance, je suis tout aussi disposé à adopter un autre traitement, ou même à abandonner tout traitement, comme le font quelques praticiens des plus instruits et des plus honorables, qu'à continuer celui que j'ai entrepris, il y a déjà plus de cinq ans, s'il m'est démontré, non par quelques faits susceptibles de diverses interprétations, comme on en trouve dans tous les traitements chirurgicaux ; non par des opinions théoriques, mais par des résultats tirés de l'ensemble des faits, qu'on peut agir mieux en agissant autrement, ou qu'il est préférable de ne point agir du tout.

Première partie.

Les observations lues devant l'Académie demandent, ai-je dit, à être examinées. On va voir, en effet, qu'elles sont bien loin d'avoir la signification que leur ont attribuée leurs auteurs. Cet examen doit être complétement libre, car il s'agit ici des choses et non des personnes pour lesquelles j'ai toujours professé une estime particulière.

Le fait cité par M. Broca peut se résumer en quelques mots comme il suit : une femme affectée d'étranglement interne est cathétérisée. Dans le cours du traitement il survient tout à coup des symptômes de péritonite aiguë. Ces symptômes disparaissent en partie, l'étranglement suit son cours, la malade succombe, et l'on trouve à l'autopsie quelques traces d'une péritonite récente qui, ayant aggravé l'étranglement, a hâté la mort.

Je n'examinerai pas si l'on peut comparer un cathétérisme pratiqué, la femme étant debout, et pendant cinq minutes, à un cathétérisme d'un instant, la femme étant couchée, parce que les détails du fait démontrent suffisamment que le cathétérisme n'est pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il suffit, en effet, de rappeler quelle est la marche de l'étranglement interne. Cette marche est aujourd'hui bien connue, et les travaux importants de M. Rokitansky, de Vienne, ont jeté sur elle une vive lumière.

Comme la malade observée par M. Broca, les sujets affectés d'étranglement intestinal ont, à des époques variables, des espèces d'attaques pendant lesquelles la vie paraît plus ou moins prochainement menacée, et dans les intervalles un état de santé plus ou moins supportable. Les antécédents de cette malade n'étant point décrits, on ne peut pas savoir si elle a eu plusieurs de ces attaques ; mais elle en a eu au moins une, qui s'était accompagnée de péritonite, dont on a retrouvé les traces sur le cadavre.

Or, quels sont les symptômes que déterminent ces espèces d'attaques survenues spontanément, le plus souvent par suite d'un écart de régime, mais quelquefois aussi sans cause appréciable ? Ce sont précisément ceux qu'a observés M. Broca. Ces symptômes sont : une douleur aiguë et rapide dans l'intestin, s'étendant bientôt à la totalité de l'abdomen ; des vomissements d'abord bilieux, puis stercoraux ; la constipation ; le ballonnement du ventre ; la décomposition des traits ; la prostration ; l'accélération, la petitesse du pouls. Les lésions sont, outre celles qui ont déterminé antérieurement l'étranglement, des traces de péritonite récente occupant principalement les parties de la membrane séreuse qui recouvrent l'intestin malade et les parties voisines.

Je crois qu'il est impossible d'avoir une démonstration plus nette et plus convaincante de ce qui est arrivé chez cette malade, par suite des progrès naturels de l'affection dont elle était atteinte. Ces accidents auraient pu survenir quinze jours plus tôt et se terminer de la même manière, comme ne se produire que plus tard. Le cathétérisme, je le répète, n'y a été pour rien, et ce qui le démontre encore, c'est que les principales lésions péritonéales se sont montrées justement sur le point lésé antérieurement, ce qui ne s'expliquerait guère si là n'avait été le point de départ de la péritonite. Quant à l'inflammation de la muqueuse utérine signalée par M. Broca, comment ne l'aurait-on pas trouvée, puisque depuis longtemps il existait un catarrhe utérin ? Cette lésion était d'ailleurs légère, et il n'y avait pas de déchirure ni de suppuration interstitielles, comme il [illegible]

en aurait eu, sans doute, si le cathétérisme avait déterminé une inflammation qui se serait ensuite propagée au péritoine. Aussi, M. Broca ne dit-il pas que l'inflammation *a eu,* mais *paraît avoir eu* son point de départ dans l'utérus, ce qui implique un doute qu'une lésion due à une violence extérieure n'aurait certainement pas laissé dans l'esprit de l'observateur.

Après ces explications, il me suffira de quelques mots pour prouver combien on aurait tort de redouter l'emploi de la sonde utérine, quand on y a recours avec les connaissances nécessaires. C'est, on peut le dire, par milliers qu'il faut compter les cathétérismes utérins pratiqués depuis quelques années. Pour ma part, il n'y a pas de jours que je n'y aie recours plusieurs fois, et je n'ai jamais vu survenir les accidents que M. Broca avait cru pouvoir attribuer à cette petite opération. M. Huguier, qui a donné le nom d'hystéromètre à la sonde utérine, s'en sert aussi journellement, et sans plus d'inconvénients. Telle est également la pratique de MM. Caradec, de Brest; Piachaud et Maunoir, de Genève; Gaussail, de Toulouse; Broussonnet, de Montpellier; Lediberder, de Lorient, qui tous m'ont écrit que la sonde utérine leur a rendu de grands services, sans produire aucun accident notable. Et d'un autre côté, les faits du même genre sont au moins aussi nombreux en Angleterre et en Allemagne qu'en France, de sorte que la démonstration ne peut pas être plus complète.

J'insiste sur ce point, parce que la sonde utérine rend les plus grands services pour le diagnostic et le traitement des déviations utérines. C'est au point que M. le professeur Mayer, de Berlin, dont la compétence en pareille matière est bien connue de tout le monde, a dit formellement qu'avant qu'il sût se servir de la sonde, le diagnostic et le traitement des déviations utérines étaient pour lui souvent impossibles.

Mais ce serait abuser des moments de l'Académie que de prolonger la discussion sur ce sujet; c'est que l'emploi de la sonde utérine n'a été attaqué qu'à l'aide d'un fait dont l'interprétation, ainsi que je l'ai prouvé, doit être tout autre que celle qu'a présentée l'auteur. Je passe à l'observation de M. Cruveilhier.

J'ai déjà annoncé que M. Cruveilhier avait été fort mal renseigné, et je ne peux m'empêcher de regretter que l'honorable professeur n'ait pas pensé à me demander quelques informations que je me serais empressé de lui donner. Il n'aurait pas eu à se prononcer d'après un fait complétement inexact, et je n'aurais pas aujourd'hui à en signaler les inexactitudes. Les détails donnés par le médecin à M. Cruveilhier relativement à tout ce qui s'est passé à Paris, n'ont pu être fournis que par la malade ou par ses parents, et nous savons tous par expérience quelle créance il faut accorder au récit des malades ou de leurs parents.

D'abord M. Cruveilhier pose en fait: qu'avant le traitement destiné à redresser l'utérus, la santé de la malade n'était pas altérée, qu'il n'existait qu'une antéversion légère, et que la malade ne se détermina à suivre un traitement que parce qu'on lui affirmait que la conception était impossible.

Quant à l'état de la santé, voici les renseignements précis qui m'ont été donnés:

Au 27 février 1853, il existait déjà depuis plusieurs mois une fatigue générale, un sentiment de pesanteur habituelle dans le bassin, qui rendaient impossible la moindre promenade. Les digestions étaient pénibles, et il survenait fréquemment des douleurs épigastriques violentes. Le 27 février, en particulier, il fallut employer des moyens assez énergiques qui calmèrent momentanément ces douleurs devenues excessives. La menstruation était très-irrégulière, l'éruption des règles était précédée d'une leucorrhée abondante, qui persistait à un moindre degré dans l'intervalle et s'accompagnait de vives douleurs utérines. Il est vrai que la malade est allée au bal avant de venir à Paris; mais qui ne connaît des malades qui s'exposent à des fatigues de ce genre, au risque d'être condamnées ensuite à de vives souffrances et à un repos plus ou moins complet?

Relativement à la stérilité, il est certain que ce n'est pas pour ce motif qu'elle consulta le premier médecin qui reconnut une antéversion. Ce n'est pas non plus pour cela, mais pour remédier à ses souffrances devenues continuelles, qu'elle se soumit au traitement entre les mains du second médecin. Lorsque je la vis pour la première fois, la question de la stérilité me fut en effet posée, et je déclarai que la déviation était un obstacle puissant, mais non insurmontable à la conception. Cette opinion était fondée sur des faits dont je reproduis ici le résumé. Voici ce que j'ai dit ailleurs à ce sujet, après avoir parlé des difficultés de l'accouchement:

« Quant à la stérilité, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord, sur les 117 cas que j'ai rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que, sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Tous les médecins qui s'occupent particulièrement de ces affections, savent très-bien que très-souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années. »

J'étais donc parfaitement fondé à émettre l'opinion que j'ai émise, mais quant à moi, ce n'est nullement l'état de stérilité qui m'a engagé à traiter cette déviation. Je ne me suis jamais déterminé par cette seule considération, bien qu'elle ait pu faire sur l'esprit des malades plus d'impression que toutes les autres. Dans le cas particulier dont il s'agit, je constatais tous les symptômes indiqués par le médecin qui m'avait adressé la malade, et de plus, de fréquentes et fatigantes envies d'uriner, ainsi que des troubles intestinaux considérables. C'est à ces graves inconvénients que je me proposais de remédier.

Enfin, suivant le récit de M. Cruveilhier, à un premier examen on n'a trouvé qu'une antéversion légère. Je me contenterai de répondre qu'au moment où le traitement a été entrepris, les choses étaient bien changées. Le second médecin a trouvé, en effet, une antéversion complète et telle qu'il était difficile d'aller atteindre le col dans la concavité du sacrum. Moi-même j'ai constaté le premier jour que cette antéversion était aussi complète que possible, et M. Cruveilhier a confirmé ce diagnostic quand il a dit: « Le bout du doigt, promené d'avant en arrière *le long de la paroi antérieure du vagin,* ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. »

Voilà donc l'état des choses bien constaté, non d'après des récits incertains, mais d'après l'observation rigoureuse. Si nous passons maintenant au traitement, nous allons trouver des inexactitudes non moins grandes dans les renseignements fournis à M. Cruveilhier.

Il semble, d'après la narration de l'honorable professeur, que pendant tout le séjour de la malade à Paris, la sonde ou le redresseur ont été introduits; que la malade a été réduite à l'inaction, et que c'est dans un état de souffrance causée par l'introduction récente des instruments qu'elle est retournée dans son pays. Voici les faits:

Du 25 mai au 25 juillet, plusieurs cathétérismes utérins furent pratiqués en province, et en dernier lieu on tenta l'introduction du redresseur. Ce traitement fut douloureux; mais, en définitive, lors de ma première visite, le 28 juillet, l'état de santé n'avait pas changé. Du 28 juillet au 4 août, j'introduisis trois fois le redresseur qui ne fut gardé que quelques heures chaque fois, la malade étant autorisée à le retirer dès qu'il surviendrait des douleurs un peu fortes. Deux cathétérismes parfaitement supportés furent pratiqués dans les intervalles. Le séjour du redresseur occasionnait des douleurs, surtout dans le décubitus dorsal, et l'instrument était enlevé. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par M. Cruveilhier, ils n'étaient autres que ceux que la maladie avait occasionnés depuis longtemps.

A dater du 4 août, le traitement fut abandonné, mais pour des motifs tout différents de ceux qu'on a donnés à M. Cruveilhier. Il s'agissait, en effet, tout simplement, de le renvoyer au mois de décembre, époque à laquelle la famille devait venir s'installer plus commodément à Paris. Cet arrangement fut accepté immédiatement, sans aucune espèce de sollicitation de ma part. Et voici maintenant ce qu'on ne trouve pas dans l'observation de M. Cruveilhier, et qui modifiera sans doute considérablement son opinion quand il l'apprendra.

La malade resta encore quatorze ou quinze jours à Paris, sortant tous les jours, parcourant les magasins pour faire des emplètes, ne présentant, en un mot, aucun signe de péritonite. J'ai su même, depuis, qu'elle avait poussé quelquefois la fatigue jusqu'au delà des limites de toute prudence. Ainsi, le 15 août, onze jours, par conséquent, après que tout traitement actif avait cessé, elle parcourut à pied les Champs-Élysées. Et comment l'aurait-elle fait, si un traitement abandonné depuis onze jours avait produit une métro-péritonite?

Je viens de dire que tout traitement actif avait cessé; je me trompais, car le 12 août, quelques jours avant son départ, j'avais introduit un instrument, sans aucun cathétérisme préalable; mais cet instrument n'était autre chose qu'un pessaire en caoutchouc à réservoir d'air, destiné à soutenir la matrice et à agir comme palliatif, en sorte que s'il fallait accuser un agent mécanique, ce serait cet instrument d'un usage aujourd'hui si répandu. Mais je me hâte d'ajouter que rien n'est plus éloigné de ma pensée; car n'ayant plus revu la malade, et n'en ayant reçu aucune nouvelle, jusqu'au moment où a paru l'observation de M. Cruveilhier, je ne sais même pas si elle a porté ce pessaire plus de quelques instants.

En résumant ce qui précède, je rappelle que le traitement n'a déterminé aucun dépérissement; qu'après sa cessation, la malade a pu, pendant plus de quinze jours, se livrer à de grandes fatigues complétement incompatibles avec l'idée d'une métro-péritonite, et qu'il n'y a, par conséquent, aucun rapport réel entre les effets du traitement et la production de la maladie, quelle qu'elle soit, qui a déterminé la mort.

Les faits ainsi rétablis, examinons l'observation de M. Cruveilhier au point de vue pathologique; nous allons y trouver la confirmation éclatante de ce que je viens d'avancer.

S'il est une vérité incontestable, c'est qu'une métro-péritonite qui cause la mort fournit, jusqu'au dernier moment, des signes aussi apparents que possible. Si l'inflammation ne persiste pas, et surtout s'il n'en reste plus de traces appréciables, on voit les malades se rétablir avec une grande rapidité. Or, dans le cas cité, il n'y avait plus, selon l'expression de M. Cruveilhier, de signes apparents de péritonite; donc, si la malade a succombé, c'est qu'il existait une autre affection d'un diagnostic sans doute difficile. Qu'on me permette, à ce sujet, une supposition : appelé auprès d'une malade, on apprend qu'il y a eu des symptômes de métro-péritonite. Il n'existe aucune cause présumée de cette affection à laquelle on soit porté malgré soi à attribuer la mort ; on ne trouve pas de traces de métro-péritonite, et cependant on voit la malade dans le dernier degré du marasme. Que dira-t-on ? On dira, nécessairement, qu'il y a là une autre maladie qui cause ce dépérissement et qui rend la mort imminente. Qu'on découvre ou qu'on ne découvre pas cette maladie, la conviction n'en sera pas moins certaine ; car toute autre manière de voir serait inacceptable. Et c'est précisément ce que nous voyons dans un grand nombre de cas de péritonite survenue sur des tuberculeux. Dans ces cas, en effet, la péritonite peut disparaître complétement; elle ne compte plus pour rien, et si les malades succombent, c'est que la phthisie, faisant sans cesse des progrès, jette le malade dans le marasme et finit par causer la mort. En a-t-il été ainsi dans le cas dont il s'agit? C'est ce que je ne déciderai pas. Je me contenterai de faire remarquer qu'il y avait du râle muqueux au sommet du poumon droit; et, bien que M. Cruveilhier n'ait pas trouvé d'autres signes de tubercules, on conviendra qu'un tel râle, dans un tel point, a une importance capitale chez une femme rapidement emportée par une maladie qui l'a plongée dans le marasme.

Ainsi, les faits communiqués à l'Académie n'ont évidemment pas l'importance qu'on a cru devoir leur attribuer, trompé qu'on a été par de simples coïncidences ou par des renseignements inexacts.

Cependant, il peut survenir des accidents dans le cours du traitement mécanique des déviations utérines. Non-seulement je ne l'ai jamais nié, mais je crois être le premier qui les ait signalés d'une manière précise, et qui ait indiqué les moyens de les éviter. Lorsqu'il s'agit de ces traitements nouveaux, on doit, selon moi, faire connaître les résultats de sa pratique, afin de mettre le public médical à même d'apprécier les avantages et les inconvénients des moyens qu'on emploie ; malheureusement, on n'agit pas souvent ainsi, et pour ma part, je n'ai rien trouvé qui pût m'éclairer sur ce point important. Quant à moi, j'ai dit ce que j'ai vu. Sur 108 cas traités par le redresseur intra-utérin, j'ai vu une fois se produire des symptômes de péritonite partielle, qui se sont dissipés sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, et qui n'ont pas empêché la malade de guérir de sa déviation. Dix-huit mois après, M. Jobert (de Lamballe) constatait la position normale de l'utérus dont la rétroversion avait été reconnue, par M. Louis, avant le traitement. J'ajoute que, dans ce cas, l'accident aurait pu être évité. N'ayant encore qu'une expérience incomplète, j'avais donné trop de longueur à la tige intra-utérine. Un autre accident s'est produit cinq fois : c'est le phlegmon péri-utérin. Cette affection cause de vives douleurs et alarme beaucoup les malades; cependant, il n'a jamais eu de suites sérieuses, et n'a pas empêché la guérison, quand il n'a pas fait renoncer au traitement. C'est au moment de l'apparition des règles, et lorsque, depuis plusieurs jours, on a cessé de faire emploi des instruments, que cette inflammation se produit, ainsi que cela a lieu dans les cas fréquents où elle se développe spontanément; de telle sorte que l'action du traitement peut être regardée comme indirecte. Ce n'est pas moins un inconvénient dont je ne cherche pas à atténuer l'importance.

Viennent ensuite des ménorrhagies qui sont assez fréquentes, mais qui n'exigent presque jamais aucun moyen particulier pour les arrêter : elles n'ont pas d'importance réelle. Restent enfin quelques attaques d'hystérie et des accès fébriles passagers, qui se produisent dans une faible minorité des cas, et qui n'ont aucune importance.

Je pourrais joindre à ces faits ceux qui, depuis cinq mois, ont été soumis à mon observation, et dans lesquels un traitement fait avec toutes les précautions que m'a fait adopter l'expérience n'a produit aucun accident; mais je préfère citer ceux que m'ont communiqués plusieurs médecins recommandables.

M. Maunoir, de Genève, m'a adressé le résumé de six observations dans lesquelles on n'a pas eu à noter le moindre accident.

M. Piachaud, dans 9 cas qu'il a traités, n'a été momentanément arrêté que par un excès de sensibilité de l'utérus dans un cas, et trois fois par des ménorrhagies qui n'ont eu aucune suite fâcheuse. D'ailleurs, comme il me l'écrit, pas de métrite, pas de péritonite, aucun accident important.

M. Gaussail, membre correspondant de l'Académie, rapporte 5 cas traités sans aucun accident.

M. Caradec, de Brest, a traité plusieurs cas avec succès et sans accident; mais il n'en cite que deux.

M. Broussonnet, médecin de l'hôpital général de Montpellier, a employé le redresseur utérin chez 10 malades. Dans 2 cas, il y a eu douleur assez vive, et, dans 2 autres, une métrorrhagie; dans aucun cas, on n'a eu à combattre d'accidents sérieux.

Dans 13 cas traités à l'aide du redresseur intra-utérin par M. Lediberder, de Lorient, une malade éprouva de la fatigue, et il fallut momentanément renoncer au traitement, qui fut repris ensuite avec succès; une autre eut le premier jour un léger mouvement fébrile, il n'y eut aucun autre accident digne de ce nom.

Voilà donc 45 cas qu'il faut ajouter à ceux que j'ai mentionnés plus haut, de telle sorte qu'il n'y a eu de véritables accidents que 6 fois sur 153 cas, et ces accidents ont pu être combattus avec succès. N'oublions pas de remarquer que les médecins qui viennent d'être cités n'ont observé aucun accident digne d'être noté, parce qu'ils ont pu profiter de l'expérience que je n'avais pu acquérir que par l'observation, et suivre dans l'emploi du redresseur des préceptes qu'il m'avait été impossible de formuler du premier coup. Il ne serait pas juste, en effet, d'attribuer aux moyens employés des résultats qui sont la conséquence d'un traitement encore mal assuré. J'ajoute que, chaque jour, de nouveaux perfectionnements sont apportés à ce traitement. D'une part, les instruments subissent des modifications importantes qui en rendent l'application plus facile et le séjour plus constamment supportable. C'est ainsi que M. le docteur Moussau, de Bordeaux, qui, lui aussi, a employé le redresseur avec avantage et sans aucun inconvénient, m'a adressé récemment un instrument à flexion graduelle aussi léger que l'autre et dont l'emploi peut être d'une très-grande utilité, et que M. Bonnafont, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, a très-heureusement modifié la tige intra-utérine. D'autre part, les circonstances dans lesquelles il faut s'abstenir, celles dans lesquelles il faut attendre, celles enfin qui permettent d'entreprendre sans délai le traitement, sont déterminées chaque jour avec plus de précision, et les règles à suivre relativement à la durée du séjour de l'instrument suivant les cas, sont établies avec plus de rigueur.

N'oublions pas aussi que, dans un traitement de longue durée, il peut survenir des coïncidences étranges. Je n'en citerai que deux exemples bien frappants : chez deux femmes, pendant la durée du séjour de l'instrument, il survint des frissons, de la céphalalgie, une fièvre intense, des nausées, des douleurs lombaires, qui se propageaient à la cavité abdominale. La plupart des personnes qui suivaient avec moi ces malades, crurent à une inflammation violente, à l'invasion d'une métro-péritonite menaçante. Ne trouvant pas, dans la cavité abdominale, les signes de cette inflammation, je ne partageais pas ces craintes, et, en effet, du deuxième au troisième jour, nous vîmes apparaître une variole confluente, chez ces deux femmes qui n'avaient pas été vaccinées. L'une d'elles, qui m'avait été adressée par M. le docteur Piet, et dont le traitement marchait très-bien, succomba dans les premiers jours de la période de suppuration; l'autre fut, pendant près de deux mois, dans un état très-grave; cependant elle guérit avec des cicatrices profondes. Le traitement de la déviation put être repris et produisit une guérison complète, ce qui parut d'autant plus remarquable à ceux qui en furent témoins, qu'avant le traitement la malade ne pouvait littéralement pas faire un pas, et que l'introduction des instruments dut être faite avec une prudence extrême, parce que, dans les premiers temps, elle produisait une douleur telle que la malade était ensuite, pendant plus d'une heure, menacée d'une syncope, fait heureusement très-rare, mais qui s'est présenté à moi dans deux autres cas, sans empêcher la guérison.

On ne peut, en présence de ces faits, s'empêcher de faire une réflexion : Si, au lieu d'une maladie apparente et reconnaissable au premier coup d'œil, il fût survenu, chez ces femmes, une affection d'un diagnostic difficile, n'aurait-on pas été porté à accuser de graves accidents le traitement qui, néanmoins, en était tout à fait innocent? J'ai vu survenir aussi une pneumonie, et actuellement encore, j'ai sous les yeux, dans mon service à la Pitié, une femme qui a été atteinte d'une pleurésie avec douleur vive sous les fausses côtes, et un mouvement fébrile qui aurait pu en imposer, si les signes de l'épanchement n'étaient venus promptement lever tous les doutes.

On le voit donc, il faut bien se garder d'attribuer avec légèreté au traitement ce qui peut très-bien résulter d'une coïncidence fortuite, et à plus forte raison ne devons-nous accueillir, qu'avec une grande méfiance, les récits souvent exagérés et presque toujours inexacts des malades. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas entendu des plaintes, presque toujours mal fondées, à propos de tous les traitements possibles? En est-il un seul à qui on n'ait attribué les résultats défavorables qu'il avait au contraire cherché à prévenir, à l'aide des moyens que la science la plus complète et l'art le plus exercé pouvaient lui fournir? Pour moi, je ne crois pas qu'on doive s'en rapporter davantage aux malades qui vont consulter un médecin pour des accidents qu'elles attribuent à ce traitement, que je ne m'en suis rapporté à celles qui m'ont dit que leur maladie avait été causée par leur accoucheur qui les avait blessées (c'est l'expression dont elles se servent), ou qu'elle était due à un toucher fait avec violence, ou à l'introduction du

spéculum, ou à une cautérisation, ou à un traitement quelconque, et j'en ai beaucoup vu qui étaient convaincues de ce qu'elles avançaient.

Pour en finir sur ce point, je fais une dernière réflexion : si le traitement avait réellement tout le danger que quelques médecins lui attribuent, comment se ferait-il que ceux qui l'ont suivi pendant un certain temps ; qui ont vu, sur un certain nombre de sujets, l'application des instruments et les résultats obtenus, sont précisément ceux qui ont accepté la nouvelle méthode? Il est en effet remarquable, qu'en France, en Amérique, en Allemagne, en Russie, le traitement à l'aide du redresseur a été adopté sans crainte par des médecins qui ont pu suivre ses effets à l'hôpital Beaujon et à la Pitié, tandis que ceux qui le redoutent, ou n'ont vu aucun fait, ou n'en ont vu qu'un très-petit nombre qui ont pu les induire en erreur. Il me suffit de livrer cette remarque à l'appréciation de l'Académie : elle porte avec elle sa signification.

Cependant, il y a eu des accidents, et quoiqu'en petit nombre, ces accidents méritent de fixer au plus haut point notre attention. J'ai été, je le répète, le premier à les faire connaître, et je suis, par conséquent, bien loin de vouloir les atténuer ; mais, d'un autre côté, je crois que, dans une question aussi importante, il faut chercher à en apprécier la valeur avec calme et sans idée préconçue : c'est ce que je vais faire dans la seconde partie de ce travail.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Recette d'un remède pour guérir les affections syphilitiques ;

2° Rapports sur les épidémies suivantes :

Épidémie de variole, par M. Guillot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche ;

Épidémie de variole, par M. Bouchet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon ;

Épidémie de fièvre typhoïde, par le même ;

3° Considérations sur l'hygiène de Lyon, et la santé publique dans cette ville, par le même.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Avortement provoqué.

M. Villeneuve, de Marseille, adresse un Mémoire ayant pour but de démontrer que, dans la *seule* catégorie des rétrécissements *extrêmes* du bassin, l'opération césarienne est préférable à l'avortement provoqué. (Comm. MM. Dubois et Depaul.)

Sonde utérine.

M. Bitterlin, de Saint-Maur-les-Fossés (Seine), adresse une Note sur un nouveau modèle de sonde utérine ; ce modèle peut être introduit dans la trousse ordinaire du médecin, et de plus il a, suivant l'auteur, l'avantage d'être plus inoffensif que la sonde de Simpson et même que celle de M. Valleix. (Comm. déjà nommée.)

LECTURES.

M. Moreau (de Tours) lit un Mémoire intitulé : *Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique,* qui se termine par les conclusions suivantes :

I. La folie est une affection identique, quant à sa nature, à toutes les autres affections de l'organisme humain.

C'est une lésion du cerveau dans laquelle le dynamisme nerveux peut être troublé, perverti dans ses manifestations intellectuelles, primitivement, en dehors de toute influence symptomatique, ainsi qu'il lui arrive de l'être quant à des manifestations d'un autre ordre dans certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie, par exemple, ces véritables *délires de la motilité.*

II. Les troubles fonctionnels du cerveau se confondent tous à leur origine : *in radice conveniunt,* suivant l'expression de J. Frank.

Dans les cas où la modification cérébrale porte spécialement sur la faculté pensante, les deux termes extrêmes se rapprochent et s'identifient. Ainsi, de l'état de sommeil complet on arrive insensiblement et par gradation à la folie la mieux caractérisée.

D'où il est permis de conclure que l'état de sommeil, psychologiquement parlant, est la condition essentielle des idées délirantes ou de la folie proprement dite.

III. Si on l'envisage dans ses conditions *pathogéniques,* on voit fréquemment la folie coïncider avec la perversion, l'abolition complète ou incomplète des facultés motrices, de la sensibilité générale, des sens spéciaux, par exemple : dans les cas compris par Sauvage dans la classe des léthargies, dans le delirium tremens, l'épilepsie, l'hystérie, etc.

D'autre part, toujours les symptômes psychiques de la folie sont précédés d'accidents purement nerveux.

Enfin, ces phénomènes s'observent constamment dans la folie aiguë, provoquée par des moyens artificiels, sous l'influence d'agents toxiques, tels que l'opium, l'extrait de chanvre indien, etc.

IV. Pour combattre l'assimilation de la folie proprement dite, au délire, les auteurs s'appuient sur les caractères suivants :

1° L'absence de fièvre (*absque febre.* Arétée.... Sans fièvre, Esquirol) ;

2° Sa durée (*diuturna,* chronique. Arétée. Esquirol) ;

3° L'extrême variété de formes sous lesquelles elle se produit.

Ces motifs sont de nulle valeur, attendu que :

1° L'absence de réaction fébrile, l'état chronique, sont des caractères propres à la plupart des névroses ;

2° Les distinctions établies entre les diverses périodes d'une maladie quelconque ne changent point la nature de cette maladie, et ne sauraient permettre, en aucune façon, de faire de ces périodes autant de maladies différentes ;

3° Dans l'état maniaque et dans la folie partielle, la lésion qui a frappé les facultés est la même.

V. D'essentiel ou primitif qu'il était d'abord, le délire peut devenir idiopathique, et, dans ce cas, la folie présente dans son développement, sa marche, sa terminaison, tous les phénomènes propres aux affections aiguës du cerveau, caractérisées principalement par le trouble des facultés morales.

Choléra.

M. le professeur Piorry lit une relation de l'épidémie de choléra qui a régné dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne, à l'hôpital de la Charité. Voici la substance de ce qui nous a paru y avoir de plus saillant dans ce travail :

Le virus particulier, *indoloïose,* qui produit le choléra, est contagieux dans quelques cas.

En 1832 et en 1849, toutes les fois que soufflait le vent de Sibérie, « *vent sinistre au point de vue du choléra comme il l'est aujourd'hui au point de vue d'un fléau encore plus homicide ;* » que l'hygromètre marquait une grande sécheresse, et que le thermomètre montait à 77, 78 et même à 79, le fléau sévissait avec une nouvelle fureur.

Le défaut d'aération et l'encombrement concourent à produire le choléra.

Les cas qui ont semblé se rapporter *à quelque chose comme la contagion* ont été moins graves que les autres ; c'était une endoloïosie simple. C'est ainsi qu'on voit *la variole confluente et compliquée* communiquer *si souvent la varicelle.*

Les écarts de régime ne contribuent pas au développement du choléra ; ils semblent seulement en augmenter l'intensité.

Les traitements tentés n'ont pas eu plus de succès que dans les années précédentes ; les bains prolongés n'ont pu être supportés. Une injection d'eau dans les veines, pratiquée dans quatre cas graves, a produit d'abord une amélioration, mais bientôt les malades ont succombé.

Les douches d'eau, vigoureusement pratiquées dans le rectum, ont paru avoir une influence avantageuse.

Pour remplacer le liquide que perd l'économie, M. Piorry se propose, à défaut de tout autre voie, d'injecter de l'eau dans la vessie.

M. Velpeau. — Ce n'est pas, bien entendu, pour discuter le travail que l'Académie vient d'entendre que je veux dire quelques mots, mais pour demander des nouvelles de la commission du choléra dont on n'entend plus parler depuis longtemps, et pour savoir s'il faut compter sur la promesse de rapport qui nous avait été faite.

M. Fr. Dubois. — La dernière fois que M. Velpeau a fait une interpellation sur le même sujet, nous lui avons répondu que la commission avait fait demander à M. le Ministre les documents résultant d'une enquête ordonnée par l'administration ; ces documents sont depuis longtemps entre les mains de M. le rapporteur ; en sorte qu'aujourd'hui je ne sais trop que répondre à M. Velpeau.

M. Velpeau. — Il faudrait ou que M. Guérin se décidât définitivement à faire le rapport ou qu'on nommât un autre rapporteur.

M. Fr. Dubois. — Je sais que M. le rapporteur s'occupe de son travail, que même le rapport est avancé ; mais je ne sais pas s'il serait possible d'assigner un jour fixe à la lecture de M. Guérin.

L'incident n'a pas d'autre suite.

Déviations utérines.

M. Valleix lit la première partie d'un travail sur les déviations utérines (*voir* ci-dessus).

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 45. 2e année. Samedi 15 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 14 Avril 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 3 Avril.

La question des sangsues continue à rester à l'ordre du jour. Cette fois, un pharmacien distingué de nos hôpitaux, M. Fermond, a présenté un travail, non pas sur l'élève, mais simplement sur la conservation des sangsues. De ce travail fort étendu, nous ne connaissons que les conclusions. Nous n'en pouvons donc rien dire autre chose, sinon qu'il traite des questions intéressantes, et qu'il fait connaître un moyen de conservation fort ingénieux et qui nous paraît mériter d'être expérimenté.

M. Van Beneden a écrit relativement au développement du ténia, à M. Milne Edwards, une lettre qui pourrait offrir un vif intérêt si elle renfermait plus de détails, mais à laquelle on ne saurait, sans un grand excès de bonne volonté, attacher l'importance que lui donne l'auteur. Cette importance nous a fait penser d'abord que M. Milne Edwards n'avait inséré dans les *Comptes rendus* qu'un extrait de la lettre qu'il avait reçue ; mais l'honorable académicien nous ayant déclaré qu'il en avait au contraire publié tout le contenu, nous avons dû nous étonner ou du laconisme de M. Van Beneden ou de son extrême facilité à conclure.

Considérer en effet comme une *démonstration complète* de l'organogénie du ténia, l'expérience que cite M. Van Beneden, c'est pousser l'élasticité des déductions à un degré que la scolastique n'a guère dépassé. Qui ne sait que la présence des cysticerques est très-fréquente chez le cochon, et que par conséquent ces vers pouvaient très-bien exister dans l'animal sacrifié par M. Van Beneden, sans être en aucune façon sortis des œufs de ténia mangés cinq mois auparavant par le pachyderme. La physiologie serait trop commode si elle pouvait se traiter ainsi; et pour notre compte, nous sommes un peu plus réfractaire à la persuasion.

Puisque les correspondants de l'Académie nous font des loisirs, profitons-en pour donner un bon conseil à M. Élie de Beaumont : cet honorable secrétaire perpétuel fait des procès-verbaux beaucoup trop longs, d'autant plus longs que personne ne les écoute, et que personne d'ailleurs ne pourrait les entendre, si on voulait les écouter. La lecture du dernier procès-verbal n'a pas duré moins de vingt minutes, et la perte est vraiment trop grande sur un effectif de temps de sept quarts d'heure, consacré à la séance.—Un autre conseil ou plutôt une prière que nous lui adresserions, ce serait de vouloir bien élever un peu plus la voix lorsqu'il dépouille la Correspondance, car on n'entend pas beaucoup mieux celle-ci que le procès-verbal. Il est bien entendu que nous ne demandons cette dernière faveur que dans le cas où les forces physiques de l'honorable secrétaire lui permettraient de l'accorder à l'Académie et à ses nombreux habitués ; M. de Beaumont peut demander en revanche, à l'une et aux autres, des oreilles plus attentives. H. DE CASTELNAU.

Propriétés nutritives du son.

Le défaut d'espace nous a empêché de publier plus tôt la lettre suivante que nous a adressée un jeune chimiste dont nous avons déjà signalé tout le zèle ; nous réparons aujourd'hui ce retard forcé, et nous faisons précéder cette lettre de quelques remarques qui nous ont paru nécessaires pour édifier nos lecteurs et M. Mouriès lui-même, sur la véritable valeur des observations qu'elle contient.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, nous n'aurions pas émis quelques doutes sur le nouveau principe albuminoïde du son, si M. Mouriès s'était contenté de faire un travail purement chimique; nous aurions eu grand soin de laisser aux chimistes de profession le soin de décider si les caractères décrits par M. Mouriès étaient d'une exactitude et d'une importance suffisantes, pour que la chimie dût reconnaître un nouveau principe dans la substance qui les possède. Jusqu'à ce que les chimistes se fussent prononcés, nous aurions conservé des doutes, parce que nous savons quel chaos règne aujourd'hui dans l'histoire des principes albuminoïdes, chaos tel, que les chimistes de premier ordre osent à peine tenter d'y porter un peu de lumière. Nous n'insisterons donc pas sur la partie chimique du travail de M. Mouriès ; nous lui *ferons* seulement *observer* qu'il pourrait bien attacher une trop grande importance à l'influence de la fermentation comme signe presque caractéristique de son nouveau principe, attendu qu'il n'y aurait rien d'impossible à ce qu'un léger degré de fermentation transformât le gluten en ce nouveau principe, et un degré plus avancé, ce principe lui-même en un principe différent, tant sont fugaces et variables les caractères de la plu-

part des principes albuminoïdes. C'est là, d'ailleurs, on le comprend bien, l'origine de cette obscurité profonde qui règne sur l'histoire de ces principes.

Mais quand nous avons vu qu'outre l'obscurité résultant de l'observation chimique, M. Mouriès invoquait en faveur de son principe l'explication d'une expérience démontrée fausse par l'observation la plus vulgaire et la plus générale, et même par des expériences directes dont M. Mouriès semble ignorer l'existence, alors nous avons dû nécessairement caractériser comme elle le méritait cette obstination étrange que mettent quelques esprits crédules à invoquer sans cesse une hérésie physiologique, aussi contraire à l'expérience rigoureuse qu'au simple bon sens.

Et d'abord, au sujet des expériences, que M. Mouriès nous permette de ne pas discuter quel peut être le véritable culte de tel ou tel savant; c'est une question que nous ne soulevons jamais dans notre critique : c'est déjà bien assez d'avoir à juger les faits sans porter la sonde jusque dans le terrain des intentions. Nous croyons donner un bon conseil à notre honorable correspondant en l'engageant à faire comme nous.

Nous avons donc apprécié le fait invoqué par M. Mouriès, et après lui par M. Chevreul, et le fait est parfaitement faux. Que M. Mouriès consulte le *Moniteur des Hôpitaux* du 30 juillet 1853, et il verra que le pain de farine, humecté de bouillon, nourrit les chiens, tandis que le bouillon et le son ne les nourrissent pas; qu'il consulte les *Annales d'hygiène*, et entre autres le t. 39, et il verra que des soldats se sont trouvés mieux nourris avec 625 grammes de pain de farine blutée à 22 0/0 qu'avec 750 grammes de pain de farine blutée seulement à 10 0/0; qu'il consulte les statistiques sanitaires des prisons centrales, et il verra que la substitution de la faible quantité de 90 grammes de pain blanc, pour la soupe, à 100 grammes de pain bis, a notablement diminué le nombre des journées d'infirmerie dans ces établissements: mais surtout qu'il consulte la classe ouvrière tout entière, et il verra qu'elle préfère toujours le pain blanc au pain bis, quoique le premier, dans les temps normaux, coûte un quart et même un tiers plus que le second.

Enfin, que M. Mouriès veuille bien se consulter lui-même et engager son maître à se consulter aussi : que l'un et l'autre pèsent rigoureusement la quantité de pain de farine qu'ils consomment par jour; qu'ils la remplacent seulement pendant trois mois par une égale quantité de pain de son; qu'ils se pèsent avant et qu'ils consultent l'état de leurs fonctions; qu'ils se pèsent après et s'interrogent de même, et alors seulement nous admettrons qu'ils ont quelques droits à rechercher à quel principe albuminoïde le son doit ses remarquables propriétés nutritives.

Jusque-là, M. Mouriès nous permettra de l'encourager, autant qu'il est en nous, dans ses recherches chimiques, et de lui conseiller en même temps de prendre un autre guide physiologique que celui qu'il a choisi, si toutefois il tient à faire des excursions dans le domaine de la physiologie, ce dont il ferait peut-être mieux de s'abstenir, si nous en croyions les arguments qu'il nous oppose dans la dernière partie de sa lettre dont voici le texte :

H. DE CASTELNAU.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de faire une courte réponse aux observations que vous avez bien voulu faire sur mon travail relatif au son de froment, dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 1er avril.

Votre esprit semble n'apercevoir qu'à travers des doutes l'existence du principe que j'ai isolé, et vous pensez qu'il pourrait bien être un produit de la transformation du gluten par la fermentation; cette supposition est difficile à admettre, si l'on songe que ce nouveau corps se trouve dans la partie du froment qui ne contient pas de gluten, et que la fermentation, loin de pouvoir le produire, le précipite, au contraire, en le modifiant. D'ailleurs, cette substance est parfaitement caractérisée comme espèce chimique, et elle se distingue surtout par son énergie comme ferment glucosique.

Il est vrai, monsieur, que vous observez avec raison qu'elle partage cette propriété avec la plupart des matières albuminoïdes, mais vous oubliez que celles-ci n'ont une action sensible qu'à une dose relativement très-élevée, tandis que la substance que j'ai isolée est assez énergique pour qu'une partie transforme en dix minutes 200 parties d'amidon. Cette différence d'action ressort avec une grande évidence de l'expérience suivante, répétée par la commission de l'Académie des sciences. La voici en quelques mots : du pain provenant de la farine blanche ne contient que des quantités insignifiantes de sucre et de dextrine, tandis que le pain fait avec la farine mêlée de son contient presque tout son amidon transformé en dextrine et en sucre; c'est-à-dire que d'un côté, les fortes proportions d'albumine, de gluten et de caséine contenues dans la farine n'ont pas produit un effet sensible, et de l'autre côté, la présence d'une petite dose de ferment du son a complétement changé le résultat.

Quant à la partie physiologique de mes déductions, j'ai vu avec peine votre plume, ordinairement si grave et si bienveillante, chercher à blesser un savant qui fut mon maître, et qui professa toujours avec passion le culte de la vérité.

Quoi qu'il en soit, le pain blanc inanitie l'homme, Starck l'a malheureusement prouvé; il inanitie aussi les chiens, cela n'est pas constaté; mais vous ne croyez pas aux expériences de M. Magendie, qui prouvent que le pain mêlé de son ne produit pas cette inanitiation; eh bien! je ne puis répondre qu'en rappelant des expériences que j'ai exposées à la commission de l'Académie des sciences, et d'où il résulte que les chiens nourris avec du pain mêlé de son ou d'eau de son, ou nourris avec la croûte seule, vivent encore au bout de 75 jours sans avoir perdu sensiblement de leur poids.

Mais ces résultats sont-ils tellement invraisemblables qu'on puisse les repousser par une simple négation, un esprit aussi judicieux que le vôtre ne peut pas le penser. Ne savons-nous pas, en effet, d'après le docteur Lallemand, que le pain blanc se gonfle énormément dans l'estomac et passe inattaqué dans les intestins, qui n'agissent que par la muqueuse sur ce bol épais. Or, dans ces circonstances, est-il indifférent de lui présenter un aliment résistant ou insoluble, ou le même aliment liquéfié et très-mobile? La nature semble répondre non, car dans les aliments types, le lait, par exemple, l'élément ternaire est à l'état soluble, et chez les animaux destinés à manger beaucoup d'amylacés, les granivores, par exemple, le suc pancréatique est doué de la faculté d'attaquer vivement l'amidon pour arriver au même but.

Nous savons aussi que la mie de pain peut facilement produire de fortes indigestions, tandis que la croûte et le pain torréfié ou en partie soluble se digèrent avec une extrême facilité.

Parmi beaucoup d'exemples que je pourrais citer, je ferai seulement encore mention des agronomes qui, depuis longtemps ont singulièrement amélioré l'élève des bestiaux et l'industrie des foies gras, en introduisant un peu de diastase (malt) dans la ration. Mais je m'arrête, et je crois que l'observation vulgaire dépose en faveur de mes résultats, car elle nous apprend que les estomacs soumis au régime des villes ont bien de la peine à s'acquitter de leurs fonctions, malgré les épices et les excitants qui viennent les aiguillonner.

Je suis de votre avis, monsieur, les faits seuls, et des faits bien positifs, doivent guider dans les applications de la chimie à l'hygiène ou à la physiologie, et je crois, dans ce travail, avoir rempli cette condition. Pour se rendre compte de la nature de cette action, il suffit de prendre après son repas un peu de diastase, et il est facile de remarquer que la liquéfaction rapide de la pâte du pain et des féculents facilite singulièrement le travail digestif, et éloigne de la tête ces pesanteurs et ces prostrations intellectuelles qui accompagnent ordinairement la digestion.

Veuillez agréer, monsieur, mes très-humbles salutations,

H. DE MOURIÈS.

Le 8 avril 1854.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Luxation bilatérale de la mâchoire. — Réduction au bout de quatre mois passés (130 jours),

Par MM. MICHON et GOSSELIN.

M. X...., âgé de 35 ans, après avoir eu longtemps toutes les apparences d'une bonne constitution, a vu, depuis quelques années, sa santé s'altérer gravement. Il y a quatre ans, à la suite d'un traitement par les mercuriaux et l'iodure de potassium, pour des symptômes insolites de syphilis constitutionnelle, il fut frappé d'hémiplégie à droite, sans aucune perte de connaissance. Cette hémiplégie commençait à s'améliorer et paraissait devoir disparaître entièrement, lorsque le malade fut pris, il y a environ dix-huit mois, d'une paralysie du releveur de la paupière supérieure droite, qui dura quelques semaines et nécessita de nouveau l'usage de l'iodure de potassium. Vers le 15 avril der-

nier, époque à laquelle, confié aux soins d'un homœopathe, ce malade prenait de la strychnine d'après les prescriptions de ce dernier et à des doses que nous ne connaissons pas, survinrent des contractures passagères dans les quatre membres; puis, le 22 avril, des contractures violentes de tous les fléchisseurs, prolongées pendant dix à douze heures, sans interruption. Ces contractures étaient peu douloureuses, n'occupaient pas les muscles de la face, et ne s'accompagnèrent d'ailleurs d'aucune perte de connaissance.

Jusque-là, M. X.... n'avait jamais eu de luxation assez prononcée de la mâchoire pour réclamer les secours de la chirurgie. Il affirme cependant que plusieurs fois, après avoir bâillé, il a eu de la peine à fermer sa bouche, et s'est vu forcé, pour y parvenir, de presser le menton avec une de ses mains.

Le 23 avril, au moment où il sortait de la crise de contracture prolongée, le malade eut un bâillement très-fort. Cette fois, il ne put fermer la bouche, et ne réussit ni à l'aide de ses muscles ni avec ses mains. Celles-ci, il est vrai, étaient d'une faiblesse extrême et ne pouvaient lui être d'un grand secours. En effet, les contractures avaient laissé à leur suite une paralysie incomplète des quatre membres. C'est pourquoi l'on ne fit pas d'abord une grande attention au déplacement de la mâchoire, et l'on pensa qu'il s'agissait de quelque contracture persistante des abaisseurs de cet os.

Néanmoins, tandis que sur les membres la paralysie avait remplacé les contractures, sur la mâchoire, la prétendue contracture persistait toujours; l'os restait abaissé, l'arcade dentaire était déjetée en avant; il y avait une ride au devant des conduits auditifs, et les apophyses coronoïdes faisaient, à la face interne des joues, une saillie beaucoup plus grande qu'à l'état normal. La salive était difficilement retenue; la parole et la mastication étaient difficiles.

Vainement le massage fut employé; vainement divers moyens thérapeutiques généraux furent mis en usage: la paralysie diminuait, les muscles des membres reprenaient quelque énergie, la mâchoire restait toujours dans la même position, sinon que les dents étaient un peu remontées, quoique toujours déjetées en avant, que de faibles mouvements avaient reparu et que le malade pouvait mâcher les aliments de médiocre consistance.

Sur ces entrefaites, une consultation a lieu entre le médecin très-honorable qui avait pris la direction du traitement et MM. Chomel et Barth. Ce dernier émet formellement l'avis qu'au lieu de la contracture permanente des muscles abaisseurs, à laquelle on avait cru jusque-là, il s'agit d'une luxation de la mâchoire, et il déclare nécessaire l'intervention d'un chirurgien.

M. Michon est appelé le 26 août, et reconnaît aisément, aux signes indiqués plus haut, une luxation double ou bilatérale de la mâchoire inférieure. Il essaie immédiatement de réduire, par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en abaissant l'arcade dentaire avec les pinces et relevant le menton avec les autres doigts; il n'obtient rien et trouve une grande résitance; néanmoins, le malade demandant avec instance que la réduction soit faite, et consentant, malgré son état de demi-paralysie, à toutes les tentatives que l'on voudra faire, M. Michon propose l'emploi d'un appareil mécanique pour ouvrir la bouche, et demande que M. Gosselin lui soit adjoint.

L'instrument de Stromeyer ayant déjà donné de bons résultats dans les luxations anciennes, M. Charrière, qui ne le possédait pas alors, est prié de le faire fabriquer immédiatement, en suivant les instructions fournies par la description qui se trouve dans A. Cooper. Ces instructions ont été fidèlement exécutées, et l'instrument a été fabriqué avec autant d'intelligence que d'activité.

MM. Michon, Gosselin, Gasnault et Denucé, se réunissent le 29 août auprès du malade, et décident que l'état de faiblesse et de paralysie dans lequel il se trouve contre-indique formellement l'emploi du chloroforme. Le patient est assis; M. Gosselin se place derrière, pour soutenir la tête et presser sur le sommet des apophyses coronoïdes, lorsque le moment en sera venu; M. Michon place dans la bouche, en les portant aussi profondément que possible, les deux branches recourbées de l'instrument, qu'il ouvre ensuite peu à peu, en maintenant à l'aide de la vis l'écartement déjà obtenu. Après huit à dix minutes, la bouche étant largement ouverte, et les apophyses coronoïdes étant assez dégagées pour qu'on puisse sentir leurs sommets à travers la muqueuse buccale, il est convenu que l'instrument va être fermé brusquement, pendant que M. Gosselin, placé toujours derrière le malade, pressera sur les apophyses coronoïdes avec ses doigts indicateurs conduits dans la bouche. Cette manœuvre n'amène aucun changement.

Après quelques minutes de repos, nouvelle tentative: dilatation progressive de la bouche avec le dilatateur. Cette fois, au moment où M. Michon s'apprête à le fermer, M. Denucé porte dans la bouche ses doigts garnis de linges, pendant que M. Gosselin appuie sur les apophyses coronoïdes, à travers la peau. Nouvel insuccès.

Troisième tentative, semblable à la dernière. Cette fois les dents du côté gauche nous paraissent avoir été repoussées en arrière, et l'os avoir tourné sur son axe, de droite à gauche, comme si une réduction au moins incomplète avait eu lieu de ce côté; mais il reste évident que le côté droit n'est pas réduit.

Chacune des tentatives a duré six à huit minutes, et a causé de violentes douleurs, qui ont arraché des cris, et déterminé un tremblement nerveux. Le malade est trop fatigué pour qu'on puisse recommencer le même jour; le résultat incomplet qui a été obtenu permet cependant d'espérer, et on ajourne au surlendemain 31 août.

MM. Michon, Gosselin et Gasnault se rendent, ce jour-là, auprès du malade à six heures du soir, et trouvent la luxation dans le même état qu'avant la première séance. La réduction du côté gauche ne s'était maintenue que quelques heures. Deux tentatives, dirigées comme la première fois, n'amènent encore aucun résultat. A la troisième, la bouche est très-largement ouverte avec le dilatateur, et pendant que ce dernier est maintenu par M. Michon, M. Gosselin exerce de fortes pressions de bas en haut sur le menton afin d'abaisser le condyle, et de déchirer ou relâcher les tissus qui résistent encore. L'instrument étant ensuite fermé, on constate que la réduction n'est toujours pas obtenue.

On commençait à désespérer complétement, le malade avait horriblement souffert et se trouvait encore très-fatigué. M. Michon pensa cependant qu'il était opportun de profiter du relâchement qu'avait dû produire l'écartement considérable des mâchoires et du mouvement de bascule opéré en dernier lieu. Il résolut donc d'essayer une dernière fois avec ses mains, qui lui permettraient de combiner plus efficacement qu'avec l'instrument les deux mouvements d'abaissement et de bascule. Les pouces, garnis de linge, furent donc placés dans la bouche, les autres doigts sous le menton. En même temps, M. Gosselin, placé derrière le malade, appuya de toutes ses forces sur le sommet dégagé des apophyses coronoïdes. Au moyen de cette triple manœuvre: abaissement de la mâchoire au niveau des grosses molaires, élévation du menton, refoulement des apophyses coronoïdes, la réduction fut obtenue; le vide fut comblé au devant des oreilles, les apophyses coronoïdes se placèrent derrière l'os molaire; les dents purent se mettre au contact, et les arcades dentaires se correspondre exactement. Les dents inférieures restaient seulement au-dessous des supérieures, tandis qu'à l'état normal elles passaient derrière immédiatement après la réduction, une fronde est placée avec soin dans le but d'immobiliser la mâchoire, et de refouler son corps en arrière, pour ramener peu à peu, s'il est possible, les dents inférieures à leur position normale.

Le lendemain et le surlendemain, il survient du gonflement et un peu de douleur à la pression dans les régions parotidiennes; la bouche, qui avait été excoriée et contuse en divers points, fournit une salivation sanguinolente, puis légèrement purulente.

La fronde a été renouvelée le 2 septembre, puis le 4. On a permis chaque fois au malade d'exécuter quelques mouvements, ce qu'il a fait avec assez de facilité. On lui recommande de ne

pas encore manger de viande ni de pain non trempé. Il se nourrit, pendant quelques jours, de potages, bouillies, gelées, hachis de viande, pain ou biscuit trempé dans l'eau rougie.

Le 5, on constate que les mouvements volontaires d'abaissement ont plus d'étendue, que les douleurs parotidiennes sont moindres, que le gonflement a disparu, que la parole est facile. Les dents inférieures, qui dès le lendemain passaient un peu derrière les supérieures, sont aujourd'hui mieux replacées encore, et ont repris leur position normale. Il semble que le tissu cellulaire et graisseux qui occupait une partie de la cavité glinoïde, se soit laissé promptement affaisser par la pression du condyle revenu à sa place. Le malade est très-heureux du résultat; il a perdu toutes les inquiétudes que lui occasionnaient pour son avenir la difficulté de la prononciation; il espère que bientôt il pourra manger facilement et retrouver plus vite les forces qui lui manquent encore. La réduction enfin n'est pas moins importante par ses résultats moraux que par ses résultats matériels.

Le malade a pu, au bout de quelques jours, partir pour la campagne, puis manger et parler de mieux en mieux. Deux mois plus tard sont survenus de nouveaux accidents cérébraux dont nous n'avons pas été témoins, et qui se sont terminés par la mort au bout de quelques semaines.

Les points les plus importants de cette observation, pour ce qui concerne seulement la luxation de la mâchoire, sont les suivants :

1° *L'ancienneté de la maladie.*—Elle remontait à 128 jours, au moment de la première séance à 130 au moment de la réduction. Nous ne connaissons pas d'exemple de la luxation de la mâchoire réduite au bout d'un aussi long temps. La plus ancienne jusqu'ici était celle de M. Donavau, qui a réduit au bout de 98 jours. Dans l'observation de Stromeyer, la luxation datait de 35 jours; dans celle d'Atti, de 30 jours; dans celle de M. Pamard, d'Avignon (*Gaz. des Hôpitaux*, 1852, p. 494), de 60 jours.

2° *L'erreur de diagnostic.* — Ce n'est pas la première fois que la luxation de la mâchoire est prise pour une contraction. La même méprise a eu lieu dans la plupart des observations qui viennent d'être citées. Ici, elle a été favorisée par cette circonstance, que des contractions évidentes ont eu lieu dans d'autres muscles peu de jours avant la luxation.

3° *Les manœuvres qui ont été employées.* — L'instrument de Stromeyer a rendu les plus grands services, en faisant céder graduellement la plupart des résistances apportées à l'abaissement de la mâchoire par les muscles et les tissus fibreux. La manœuvre, qui a consisté à soulever le menton pendant que l'instrument était maintenu ouvert, a dû faire céder encore une partie de ces résistances. Cependant, la réduction n'a été obtenue que quand on a pu, ces résistances étant vaincues, se servir des mains pour combiner les trois manœuvres qui satisfaisaient le mieux à toutes les indications.

4° La pression suivant les préceptes de M. Nélaton, sur les apophyses coronoïdes dégagées, n'a pas suffi comme dans les luxations récentes; mais ajoutée aux autres manœuvres, elle nous paraît avoir été d'un grand secours.

CLINIQUE CIVILE.

Maison de santé du Dr Scipion Pinel.

Tumeur fibrineuse à structure vermicellée développée dans la région dorsale, entre les couches musculaires. — Extirpation. — Guérison.

M. X...., âgé de 42 ans, propriétaire, reçut, il y a trente ans, un coup de timon de voiture dans la région dorsale, entre la colonne vertébrale et le scapulum du côté gauche. Cette contusion violente produisit un épanchement de sang assez considérable qui ne tarda pas néanmoins à être résorbé en grande partie. Il persista seulement un noyau du volume d'un œuf de poule, qui resta stationnaire pendant plus de vingt-cinq ans : ce n'est qu'à partir de cette époque que cette tumeur fit de nouveaux progrès, et, tout en restant indolente, acquit graduellement le volume du poing.

Vers le milieu de l'année 1853, les progrès de la tumeur devinrent plus sensibles, des élancements douloureux s'y manifestèrent, et le 3 mars, quand M. X.... vint réclamer nos soins, la tumeur avait acquis le volume d'une tête d'adulte. Elle était lisse, régulière, parfaitement circonscrite. Son tissu élastique donnait la sensation d'une fausse fluctuation. Le malade y éprouvait des douleurs assez vives; il était facile de reconnaître qu'elle était placée profondément sous les muscles larges de la région dorsale; sa profondeur ne pouvait être déterminée d'une manière précise; mais un certain degré de mobilité nous fit penser qu'elle n'avait point d'adhérences intimes aux parties osseuses.

En présence d'un cas aussi grave, nous crûmes devoir recourir à l'expérience de notre savant maître, M. Maisonneuve.

Le résultat de la consultation fut que, suivant toute probabilité, cette énorme tumeur appartenait à la classe des tumeurs fibrineuses, et, qu'en raison des progrès rapides qu'elle avait faits depuis quelques mois, il était urgent d'en pratiquer l'extirpation.

Cette opération eut lieu le 6 mars, avec le concours de M. le docteur Maisonneuve et de M. le docteur Scipion Pinel. Le malade ayant été préalablement soumis aux inhalations du chloroforme, une incision, longue de 30 centimètres, fut pratiquée dans le sens du grand diamètre de la tumeur, lequel étais parallèle à l'axe du corps. Cette incision dut comprendre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, une partie du muscle grand dorsal, une portion très-étendue du muscle trapèze, et le muscle rhomboïde. La tumeur nous apparut alors sous la forme d'un kyste à parois épaisses, ce qui permit, non sans difficulté, son énucléation complète, sans qu'il fût besoin de l'entamer. Elle avait contracté des adhérences fort intimes avec la partie postérieure des côtes, dont il fallut la séparer à l'aide de forts ciseaux mousses. Cette opération, faite surtout par arrachement, ne donna lieu à aucune hémorrhagie grave. Quatre vaisseaux de second ordre exigèrent seulement qu'on y appliquât des ligatures; malgré l'énorme excavation qui succéda à l'ablation de cette masse, nous crûmes convenable de rapprocher les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes de diachylon, en ayant toutefois la précaution de ménager une issue facile aux liquides, par le point le plus déclive de la solution de continuité.

Il était à craindre que le travail inflammatoire, qui devait nécessairement se développer dans cette plaie anfractueuse, n'amenât des accidents redoutables; grâces à l'excellente constitution du malade, et peut-être aussi à l'exactitude ponctuelle avec laquelle il observa les prescriptions qui lui furent faites, ces accidents ne prirent aucune proportion inquiétante; la plaie se réunit par première intention dans le tiers supérieur, et la suppuration qui survint dans le reste de son étendue, trouvant un écoulement facile, ne produisit aucun trouble grave dans l'économie. Un mois à peine s'est écoulé depuis cette opération, et le malade peut être considéré comme entièrement guéri.

L'examen de la tumeur nous fit reconnaître un kyste à parois fibreuses, de 2 millimètres environ d'épaisseur; ce kyste était rempli par un tissu jaunâtre comme de la fibrine en partie décolorée; ce tissu constituait en plusieurs points des masses amorphes et friables; mais dans d'autres points assez nombreux, il présentait une forme des plus curieuses, et dont nous n'avions point encore rencontré l'analogue. On aurait dit des masses de vermicelle très-fin et pelotonné d'une manière assez régulière, il était facile de dérouler ces filaments dans une longueur de plusieurs centimètres. Nous crûmes d'abord qu'ils étaient tubulés; mais l'examen microscopique nous fit reconnaître que ce n'était qu'une apparence.

Cette forme vermicellée de la matière fibrineuse dans un kyste nous a paru digne d'être consignée dans la science, et d'être signalée à l'attention des anatomo-pathologistes.

Le poids total de la tumeur était de 3 kilo. 245 grammes.

Dr Alexis Favrot.

Névralgie mammaire, suite de contusions. — Insuccès des antiphlogistiques. — Guérison très-rapide par le sulfate de quinine,

Par le Dr Verneuil, *agrégé de la Faculté de médecine de Paris.*

Madame X...., âgée de 50 ans, d'une très-belle constitution, assez exactement réglée, se frappa le sein droit contre le chambranle d'une porte, dans les derniers jours de janvier 1853. Le choc avait été violent; la douleur fut vive, mais elle se dissipa bientôt et fit place à un engourdissement assez pénible, qui disparut dans le cours du jour suivant. Ce léger accident passa donc presque inaperçu; cependant, quatre à cinq jours après, des douleurs vives apparurent presque subitement dans le sein frappé et acquirent bientôt un grand degré d'intensité; elles se manifestèrent le soir et empêchèrent le sommeil d'une manière presque complète; des applications de laudanum les calmèrent néanmoins, sans les faire disparaître.

Dans la matinée suivante, nouvelle invasion des douleurs, accompagnées cette fois de frissons, de fièvre. La malade s'alita pendant quelques heures. — Je fus appelé le soir, et constatai l'état suivant: les seins sont médiocrement volumineux, très-consistants dans l'état normal; celui du côté droit est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. On ne constata, néanmoins, ni gonflement circonscrit, ni œdème, ni rougeur des téguments; il n'y a pas d'ecchymoses. Le toucher ne perçoit pas de tumeurs; mais, tandis qu'il ne réveille pas de douleurs lorsqu'on explore la partie externe de la mamelle, il est au contraire très-pénible lorsqu'on l'exerce de haut en bas, à la partie interne, dans les points où a précisément porté le choc du bord tranchant de la porte. Le mamelon est sensible; du côté de l'aisselle, il n'y a pas de ganglions; cependant, il y a là des élancements légers qui s'irradient dans le bras.

On applique, pendant la nuit, des embrocations avec l'éther et le laudanum, et on néglige une application de sangsues prescrite.

Le lendemain, les douleurs reparaissent avec une très-grande intensité, à la suite de l'élévation prolongée du bras; cette fois, les troubles généraux sont plus graves. Un frisson intense se déclare, avec des vomissements, de la fièvre, une grande agitation; le sein est tellement douloureux que le contact de la chemise est insupportable et le moindre mouvement du bras rendu impossible; ce membre lui-même et l'aisselle sont le siége d'élancements très-intenses. 15 sangsues, appliquées à quelques centimètres de la circonférence du sein, coulent abondamment et amènent beaucoup de soulagement.

La journée du lendemain est beaucoup plus calme; mais il y a toujours de la douleur à la pression, et le bras est toujours condamné au repos.

Le surlendemain, le mieux persiste; mais la malade, impatiente de l'inaction, remue son bras et se lève plusieurs heures. Les phénomènes reparaissent tels que je les ai précédemment décrits, avec les vomissements et des douleurs utérines assez intenses. Les élancements ont envahi toute la moitié droite de la paroi thoracique et s'irradient jusqu'à la colonne vertébrale; ces accidents, assez alarmants, ne sont néanmoins pas continus, ou du moins ils offrent très-manifestement des paroxysmes précédés le plus souvent de frissons et suivis d'un état de faiblesse qui va presque jusqu'à la syncope momentanée. La douleur épigastrique est le phénomène le plus pénible pour la malade.

On recourt à une nouvelle application de 12 sangsues qui apportent un grand soulagement, et je constate le lendemain un état très-satisfaisant.

La mamelle a repris son volume normal, on ne constate ni empâtement, ni rougeur, ni ecchymose. La pression ne provoque aucune souffrance. Les troubles généraux ont entièrement disparu et sans laisser de traces. Je pouvais croire que tout était fini quand j'appris, deux jours après, que de vives souffrances s'étaient manifestées pendant la nuit. Les applications narcotiques locales, les cataplasmes très-chauds et très-froids avaient été alternativement mis en usage sans succès, et la malade n'avait éprouvé de soulagement qu'en se couchant directement sur la glande douloureuse, ce qui équivalait nécessairement à un certain degré de compression. Les douleurs s'étaient calmées assez vite par le seul fait de cette attitude, et le sommeil était survenu. Cette circonstance m'éclaira sur la vraie nature de cette douleur, qui résistait aussi opiniâtrement au traitement antiphlogistique, en l'absence manifeste d'un foyer d'inflammation et de mouvement fébrile continu. Je me souvins alors que madame X... était fréquemment atteinte de douleurs névralgiques sévissant tantôt sur les branches du trijumeau ou sur les nerfs intercostaux, tantôt sur les rameaux viscéraux du poumon, du cœur, et même de l'utérus. J'avais plusieurs fois donné mes soins pour des accès semblables, et j'avais obtenu les meilleurs résultats du sulfate de quinine associé à l'opium.

Je crus reconnaître ici une indication précise, et je fis prendre 1 gramme 50 centigrammes du médicament antipériodique, avec addition de 25 centigrammes d'extrait d'opium en 12 pilules, à prendre 4 par jour dès le matin.

Le jour où cette médication fut commencée était le jour du repos. Il n'y eut point de douleurs à la mamelle, ce qui ne me surprit pas. Le lendemain soir, un accès d'un quart d'heure à peine fut précédé d'un léger frisson, mais le tout fut bientôt dissipé. Ce fut le dernier vestige de la névralgie, et dès lors le mal disparut sans retour.

Je dois noter que le sulfate de quinine amena avec beaucoup d'intensité les troubles sensoriaux qui lui sont propres, éblouissements, vertiges, tintements d'oreilles, etc., etc.

Un léger degré de compression fut exercé sur le sein, et continué quelques jours. J'ai continué à explorer attentivement, à différentes époques, la mamelle contusionnée, et cela tout récemment encore. Il ne s'est formé aucune induration présageant le développement si commun, en pareille circonstance, d'une hypertrophie mammaire.

Cette observation ne révèle aucun fait nouveau, ni comme étiologie, ni comme thérapeutique, mais néanmoins il offre un assez notable intérêt; on y voit un exemple très-évident de la localisation d'une disposition névralgique dans un organe qui n'en avait pas encore été atteint, localisation provoquée par une violence extérieure. Dans la plupart des cas, les chirurgiens ne sont appelés à soigner les névralgies mammaires qu'alors qu'elles remontent déjà à une époque assez éloignée, et lorsque la cause est presque oubliée. Ces affections, fort rebelles en général, sont l'objet de tentatives chirurgicales plus ou moins hardies et trop souvent inefficaces. Il me paraît probable, dans le cas actuel, que la maladie se serait prolongée et aurait résisté au traitement antiphlogistique, si la médication spécifique n'était pas intervenue. On oublie peut-être un peu trop que lorsque les inflammations traumatiques ou spontanées sont en voie de déclin, la douleur peut conserver encore une grande intensité et un caractère tel, que les émissions sanguines et les narcotiques les plus énergiques restent tout à fait impuissants; la névralgie a succédé à la névrite.

Je donne ce fait isolé sans le rapprocher des cas semblables que la science possède, et j'agis dans un double but. D'abord, parce que l'histoire très-intéressante des névralgies glandulaires est encore pauvre de matériaux, et qu'ensuite il est assez important de rappeler les ressources de la matière médicale, à une époque où l'on tend peut-être un peu trop à opposer aux névralgies le fer et le feu, c'est-à-dire l'*ultima ratio* de la thérapeutique.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'INDRE-ET-LOIRE.

Le département d'Indre-et-Loire est un de ceux, heureusement déjà nombreux, qui ont pris au sérieux le principe fécond de l'association. Dès aujourd'hui, la Société d'Indre-et-Loire peut compter parmi les plus zélées, et parmi celles qui peuvent servir d'exemple aux médecins

qui tenteront de se constituer en Société pour compléter le réseau scientifique de la France. Ce temps, nous l'espérons, est maintenant près de nous. Déjà nous avons vu tout récemment un de nos zélés confrères de province, M. Gouraincourt, provoquer une association dans un arrondissement de l'Allier, où la Société de Gannat joue déjà un rôle honorable dans le mouvement scientifique ; nul doute qu'à la vue de pareils exemples, le besoin d'association ne gagne bientôt toute la France.

Renouvelons donc aujourd'hui les félicitations que nous avons déjà adressées dans d'autres occasions à la Société d'Indre-et-Loire, et empruntons à ses comptes rendus deux observations qui prouveront toute l'utilité de ses travaux.

Observation de tumeur fongueuse végétante, traitée avec succès par la pommade au perchlorure de fer,

Par M. le Dr Yvonneau fils, *médecin des épidémies de l'arrondissement de Blois.*

Permettez-moi de vous entretenir quelques instants de deux cas de guérison, véritablement dignes d'intérêt, dont je viens d'être témoin tout récemment. Je croirais manquer de reconnaissance envers vous et envers la société, si je ne vous en dédiais pas tout d'abord les observations.

La question d'actualité qui s'y rattache m'engage à en presser la communication ; aussi excuserez-vous la brièveté de ma lettre et la parcimonie des détails.

Il y a quelque temps, comme plusieurs mois, je fus consulté par une personne de soixante et quelques années pour une *tumeur fongueuse végétante,* occupant la partie supérieure et externe du nez, de la largeur de 1 franc environ, s'étendant en dehors jusqu'auprès du grand angle de l'œil du côté gauche. La saillie qu'elle offrait était de 1 centimètre environ ; le moindre contact déterminait une exsudation sanguine extrêmement incommode et qui donnait naissance à des croûtes noirâtres dont la chute provoquait un nouveau suintement et découvrait une nouvelle proéminence.

La malade faisait remonter l'origine de cette végétation à une année environ, à la suite, disait-elle, d'une petite écorchure occasionnée par la chute d'une pomme qui s'était détachée de sa tige.

Quoi qu'il en soit, la tumeur, depuis quelques mois, prenait chaque jour un développement de plus en plus croissant, et, l'inquiétude autant que le désir d'en être débarrassée, fit que cette dame se décida enfin à y porter remède.

Pour ne point, mon cher maître, abuser de vos instants, je ne ferai que passer ici rapidement en revue les tentatives infructueuses auxquelles, depuis je crois la fin de l'année dernière, je me suis livré sur cette malheureuse, dont je ne saurais trop louer le courage et la persévérance.

Après avoir employé inutilement : l'alun calciné, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le fer rouge, j'eus enfin recours à la compression permanente au moyen d'une plaque de plomb. Malheureusement le siége du mal, entre l'os propre du nez et l'os onguis, était on ne peut plus impropre au maintien de l'appareil que j'avais fait moi-même d'après un moule en plâtre préalablement coulé sur place. Ma plaque de plomb était maintenue et solidement appliquée au moyen d'un morceau de ressort de pendule fixé au front sur une plaque comme, permettez-moi la comparaison, on eût fait d'une ferronière.

Ce mode de pansement, supporté pendant plusieurs semaines avec un courage et une résignation dignes d'un meilleur sort, me procura une amélioration et un nivellement complet en plusieurs points, surtout en avant, mais il n'en fut pas de même en dehors. La compression était là douloureuse, insupportable et d'un maintien difficile. Mais, désespéré de ne pouvoir la continuer, je dus céder aux instances de la malade et la délivrer de l'appareil.

Je n'avais plus dès lors qu'un seul moyen à tenter, l'autoplastie à l'aide d'un lambeau pris sur le front ; mode d'opérer qui, du reste, m'avait parfaitement réussi, il y a quelques années, pour une tumeur de même nature, située sur la partie dorsale de la main. Mais avant de prendre ici un parti, je voulus y réfléchir et je renvoyai ma malade en l'ajournant à un mois.

Pendant ce temps, la lecture de comptes rendus de la Société de chirurgie de Paris, laquelle en ce moment s'occupe des expériences sur le perchlorure de fer en injection dans les tumeurs anévrismales, me suggéra la pensée de l'emploi d'une pommade dans laquelle on ferait entrer cette préparation.

Je fis donc demander chez moi ma malade, et lui prescrivis, matin et soir, une onction faite sur la tumeur avec gros comme un poids rond du mélange suivant :

Perchlorure de fer.	30 gouttes.
Axonge.	1 gramme.

Le résultat, dans l'espace de huit jours, a, je puis le dire ici, dépassé mes espérances. A partir de la première application, plus de suinté sanguin ; la tumeur racornie a présenté une croûte d'un noir jaune qui s'est détachée au bout de quelques jours. Bientôt une nouvelle n'a pas tardé à se reformer et successivement ainsi jusqu'à nivellement complet ; à tel point qu'aujourd'hui, dix-huit jours environ après la première application, la cicatrice est à peu près complète.

Pendant ce temps, témoin émerveillé du résultat de ma pommade, je songeai à l'expérimenter chez un malade pusillanime qui, quoique boiteux depuis plusieurs années, d'un *ongle incarcéré,* se refusait obstinément à toute opération sanglante. Un bourrelet énorme de chairs fongueuses recouvrait presque la moitié interne de l'ongle du gros orteil. Je lui conseillai, deux fois le jour, d'intercaler, entre la surface de l'ongle et la tumeur, quelques brins de charpie enduits de la pommade au perchlorure (toutefois je le formulai de 40 gouttes par gramme d'axonge), je recommandai, en outre, des onctions partout où l'absence de l'épiderme pouvait favoriser l'absorption.

Jugez de ma satisfaction quand, à quelques jours de là, mon malade me témoigna sa joie et sa reconnaissance en me mettant sous les yeux la presque totalité du bourrelet racorni comme un morceau de cuir tanné.

Je ne doute pas que, dans quelques jours, la guérison ne soit complète, ayant soin toutefois, comme nous le faisons, de diriger la cicatrice au-dessous de l'angle interne de l'ongle. Une remarque qui doit être faite, est que la douleur a promptement disparu et que la progression est devenue possible.

Vous m'avouerez, mon cher maître, que de nouvelles tentatives venant, ce dont je ne doute nullement, à sanctionner plus tard ce nouveau procédé, nous aurons désormais entre les mains une substance précieuse qui délivrera l'humanité d'une des opérations les plus douloureuses de la chirurgie. Mon intention maintenant n'est pas de borner ici mes expériences, car je prévois et j'espère être bientôt à même de m'assurer que nous pourrons nous dispenser désormais d'avoir recours à la section pour l'enlèvement des végétations sur les organes génitaux, quelle que soit leur nature.

(*Lettre adressée à M. le professeur* Charcellay, *de Tours.*)

Tétanos spontané, provoqué par la suppression brusque de la transpiration, à la suite d'un violent accès de colère,

Par M. le Dr T. Chenouard, *de Vouvray.*

Le nommé Cormier (François), âgé de 23 ans, gagiste à la Glonnière (Monnaie), né à la Benglée, commune de Nogent-sur-Loir (Sarthe), d'un tempérament nervoso-sanguin.

A la suite d'une vive discussion avec sa maîtresse, le 13 juillet 1853, ce domestique sort de la ferme, le corps couvert de sueur, va se coucher sur un pré dont le sol est humide ; il y reste quelques heures étendu sur le dos ; le refroidissement qu'il éprouve le force à sortir de cette position ; il rentre à la ferme, se couche sur son lit jusqu'à l'heure du souper, mange très-peu ;

la déglutition s'effectue difficilement, la tête est légèrement fléchie, le cou est roide comme s'il était affecté d'un torticolis; la nuit se passe assez bien.

Le 14, à son réveil, il existe un peu de trismus, de la céphalalgie, de la fièvre; les mouvements des muscles thoraciques et abdominaux sont libres; inappétence; soif assez intense.

Le 15, les mêmes accidents persistent avec un peu plus d'acuité; le malade n'ayant pas dormi, réclame ma présence.

Voici l'état dans lequel je le trouve à ma première visite du 16 juillet : Cormier est couché sur son lit; le facies est fortement agité; les yeux tout brillants; la tête fléchie en avant; le menton est abaissé vers le sternum; il y a de la roideur à la nuque; les mouvements de la tête s'exécutent avec difficulté; sentiment de gêne à la base de la langue; déglutition laborieuse; soif vive; les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure présentent un peu de rigidité spasmodique; les arcades dentaires sont rapprochées, il a beaucoup de peine à ouvrir la bouche; en un mot, il y a trismus, signe précurseur, en pathognomonique, du tétanos : la respiration est calme; les muscles abdominaux sont frappés de spasmes, de telle sorte que la région hypogastrique est fortement retirée en arrière; la région épigastrique est dure et tendue; la flexion des membres se fait très-bien; l'articulation huméro-scapulaire gauche est le siége d'une douleur assez intense; le pouls est dur, résistant, 40 pulsations; la respiration normale; la peau sèche. Saignée de 750 gr.; potion laudanisée à 60 gouttes; infusion de sureau; eau de tilleul; diète.

Le 17, à ma visite, j'apprends que mon malade a passé une nuit très-agitée, sans sommeil; quelques efforts de vomissements se sont produits; il accuse une violente céphalalgie; le trismus est plus prononcé; le point de départ de l'affection se fait sans aucun doute par le bulbe rachidien; il ouvre encore assez la bouche pour permettre l'ingestion des boissons; dysphagie intermittente; les muscles du pharynx se contractent souvent; le sentiment de roideur qui existe à la nuque rend les mouvements de la tête difficiles et douloureux.

Cormier se plaint d'une douleur vive vers l'appendice xyphoïde qui, de là, s'étend dans le dos; lorsqu'elle se fait sentir plus vivement, le spasme de tous les muscles cervicaux devient très-violent; la tête est inclinée en avant, ainsi que le thorax, parce que la contraction des muscles antérieurs est plus énergique que celle de leurs antagonistes. Le pouls est vif, résistant, 125 pulsations; la respiration plus fréquente; la chaleur de la peau a augmenté; le facies est toujours injecté; l'intelligence est parfaite; le malade n'a point uriné et n'a pas eu d'évacuations alvines depuis quarante-huit heures.

Le caillot de la première saignée est couenneux.

Saignée de 500 grammes; application d'un large vésicatoire à la nuque; potion éthérée, laudanisée à 90 gouttes; boissons diaphorétiques; 30 grammes de teinture de jalap composée.

Si la rougeur persiste à la région épigastrique, on appliquera dans la soirée 12 sangsues *loco dolenti*.

Le 18, Cormier a passé une nuit orageuse, accompagnée de délire; il semble anéanti; le trismus est plus prononcé; les dents sont serrées, à peine s'il peut quelquefois les entr'ouvrir pour laisser passer les boissons; le visage est vultueux, parfois bleuâtre, et les symptômes d'une congestion encéphalique passive s'y manifestent. Le pouls est à 130; la peau se couvre d'une légère moiteur, elle est plus souple; plusieurs vomissements se sont encore produits dans la nuit; une selle a eu lieu, et il a rendu 125 grammes environ d'urine sédimenteuse. Contractions involontaires, permanentes, alternativement plus fortes et plus faibles, ce qui constitue des exacerbations et des rémissions principalement caractérisées par des secousses et des relâchements plus ou moins marqués des muscles des parties affectées; ces contractions sont précédées d'impatiences, d'horripilations, de mouvements brusques, saccadés, de spasmes, de roideurs; l'épaule gauche et le bras sont le siége de vives douleurs; la cuisse et la jambe gauches sont souvent atteintes de convulsions contractiles qui arrachent des cris au patient; le bras droit, la cuisse et la jambe du même côté jouissent de leur motilité. Toute la paroi abdominale forme un plancher résistant qui recouvre les viscères.

Dix ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale; le vésicatoire est pansé avec 3 centigrammes d'acétate de morphine; même dose sera appliquée ce soir au moment du pansement.

Dix pilules d'hydrochlorate de morphine, contenant chacune 1 centigramme de cette poudre à prendre d'heure en heure; pour boisson, 15 gouttes d'ammoniaque dans une tasse d'infusion de fleurs de sureau; trois fois dans la journée et autant dans la nuit.

Le 19, la nuit a été aussi agitée que la précédente; les spasmes ont été aussi fréquents et aussi violents; le facies a perdu de son animation, il est décoloré, couvert de sueur; la peau du corps est halitueuse; le pouls est à 140; la raideur tétanique générale existe toujours; tout le côté droit est convulsé; les yeux sont enfoncés et fixes dans leurs orbites, injectés, effet provoqué par la rigidité de leurs muscles; le corps tout entier est frappé d'immobilité; il faudrait les efforts les plus puissants pour le fléchir; les muscles convulsés sont durs, lorsque, par un mouvement de totalité imprimé au corps, nous l'inclinons sur le côté pour panser son vésicatoire ou pour lui donner des lavements. Il existe, pour la première fois, un peu d'assoupissement dans les intervalles des contractions; les facultés intellectuelles de Cormier conservent leur lucidité pendant le jour; le délire qui existe la nuit est produit par une complication d'encéphalite; le bras gauche paraît paralysé, il ne jouit d'aucune sensibilité; l'estomac a digéré les boissons qu'on lui a confiées; les dents sont tellement serrées, qu'il y a impossibilité de rien faire prendre au malade; pour remédier à cette grave complication, j'introduis une grosse sonde de gomme élastique, ouverte à ses deux extrémités, en la glissant derrière les molaires, puis j'injecte, avec une seringue appropriée, toutes les boissons convenables à sa position. Je trouve ce moyen plus facile que celui qui consiste dans l'introduction d'une sonde œsophagienne par les fosses nasales.

Teinture éthérée de musc : 90 gouttes dans 125 grammes d'eau de fleurs d'oranger, décocté de chiendent fortement nitré pour tisane. Lavement d'assa fœtida camphré; frictions sur le rachis avec un liniment térébenthiné.

Le 20, à ma visite du matin, la garde me dit que les spasmes ont été plus violents et plus souvent répétés que dans la nuit du 19, et que le délire a été continuel. En ce moment, tous les muscles destinés aux mouvements volontaires sont affectés, et plus spécialement ceux de la face; le front est ridé, les yeux contournés, strabiques par moments, puis ils deviennent fixes et immobiles dans leurs orbites. Le nez est retiré, les joues sont portées en arrière vers les oreilles, de manière que les traits du visage offrent la plus étrange altération; les spasmes se renouvellent toutes les dix minutes environ, ils ont l'aspect des secousses épileptiformes que l'on observe souvent chez les enfants lorsque s'opère le travail de la dentition. Le pouls est précipité, irrégulier; la respiration fréquente, laborieuse; le facies est pâle, couvert, ainsi que l'habitude extérieure du corps, d'une sueur froide, visqueuse. Le pauvre malade articule des sons gutturaux qu'il est très-difficile de comprendre. Quoiqu'il y ait beaucoup de confusion dans ses idées, il semble encore concevoir ce qu'on lui dit. Continuation de potion musquée, chiendent nitré; lavement avec 20 centigrammes d'extrait aqueux de belladone; frictions avec un liniment ammoniacal térébenthiné.

A ma visite du soir, les spasmes sont continuels; la respiration est suspirieuse; le pouls filant devient presque insaisissable; la congestion cérébrale augmente; les traits du visage sont grippés, décomposés; tous ces accidents sont terminés par l'asphyxie consécutive de l'impossibilité où se trouve le malade de pouvoir exécuter les mouvements mécaniques de la respiration. Tout l'organisme paraît épuisé par la lutte énergique que ce pauvre jeune homme a soutenue pendant les quelques jours qu'a duré cette terrible affection, qui finit enfin pendant un paroxysme plus intense et plus long que les précédents.

J'ai vainement sollicité des parents l'autorisation de faire l'autopsie du cadavre de Cormier. Je me console en pensant que les observations publiées par les auteurs sur les désordres apparents que l'on retrouve à l'ouverture des corps, se bornent à des lésions anatomiques dans la moelle épinière ou ses enveloppes; quant aux autres lésions, signalées par plusieurs médecins, elles laissent beaucoup de vague et ont peu contribué à faire avancer la science sur cette maladie.

Le tétanos est au nombre des affections dont le traitement n'est malheureusement assujetti à aucune règle certaine et invariable; on lui a opposé une grande quantité de remèdes tant internes qu'externes, depuis les médications les plus rationnelles jusqu'aux plus excentriques.

Le pronostic du tétanos est toujours très-grave; l'apparition des moindres symptômes qui peuvent faire redouter son invasion doit inspirer un sentiment de crainte au praticien sur son issue presque toujours funeste. Le danger est en raison de l'intensité, de la rigidité tétanique, du nombre, de la violence et de la durée des spasmes ou paroxysmes qu'il présente et à l'importance des muscles qui en sont le siége, parce qu'il est évident que le tétanos n'est qu'un symptôme de l'irritation de la moelle épinière, qui retentit sympathiquement sur les centres nerveux, dont cette moelle fait partie, et secondairement sur les muscles.

Il est bien positif que la disposition morale dans laquelle s'est trouvé Cormier, a beaucoup contribué au développement de cette maladie; l'exaltation de ses sentiments, l'émotion si profonde que lui avait fait éprouver la colère où il était entré, était une raison prédisposante et accessoire, et que la cause, véritablement active et déterminante, se trouve dans la succession d'une température froide à la température élevée qui existait dans son individu. Cette impression a été d'autant plus marquée, que le passage du chaud au froid était plus brusque et que la différence entre les températures était plus grande.

Aussi cette maladie est-elle très-fréquente dans les pays chauds; aux Antilles, dans l'Inde et en Afrique, où j'ai eu l'occasion d'observer le tétanos traumatique chez un grand nombre de soldats blessés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Avril 1854. — Présidence de M. Combes.

Conservation des sangsues.

M. Ch. Fermont, pharmacien en chef à la Salpêtrière, présente à l'Académie un Mémoire sur ce sujet; l'auteur le résume ainsi qu'il suit :

Nous croyons avoir démontré, par des expériences comparatives sur la conservation des sangsues :

1° Que les eaux de Seine et de pluie conviennent mieux à ces animaux que l'eau du canal de l'Ourcq, et surtout que l'eau séléniteuse des puits de Paris;

2° Que les vases en faïence sont bien préférables, pour la conservation des sangsues, aux vases de verre ou de terre vernissée, lesquels sont à leur tour supérieurs, sous ce rapport, aux vases de grès que l'on a coutume d'employer;

3° Que l'obscurité est fatale à la conservation des sangsues, et qu'il vaut mieux les placer à la lumière ordinaire;

4° Que même dans les conditions de meilleure conservation dans l'eau de Seine ou de pluie et les vases de faïence, il y a une différence énorme entre les avantages de la conservation dans l'eau et ceux de la conservation dans la terre; que pour le même espace de temps, tandis que la mortalité a été, dans le premier cas, de près des trois-quarts, dans le second cas, au contraire, elle n'a été au plus que d'un cinquième:

5° Que pourtant, dans l'expérience que nous avons faite avec la terre, nous avons reconnu plusieurs inconvénients que nous avons cherché à faire disparaître dans l'établissement d'un petit appareil auquel nous avons donné le nom de *marais portatif;*

6° Que les principaux avantages de ces marais sont surtout : 1° le renouvellement facile de l'air dans leur intérieur, puisqu'à l'aide d'un stratagème particulier nous empêchons les sangsues de s'échapper sans avoir besoin de les couvrir d'une toile ou autre tissu; 2° le renouvellement facile de l'eau corrompue par l'eau fraîche et pure, au moyen d'un *déplacement rationnel* de bas en haut, pendant lequel la terre peut elle-même être lavée et privée des matières infectes qui pourraient la souiller;

7° Qu'une légère modification apportée dans ces marais portatifs peut les rendre très-propres à la conservation des sangsues étrangères qui doivent subir les fatigues d'un long voyage sur mer;

8° Qu'enfin, il est impossible d'appliquer notre système de déplacement rationnel à la conservation en grand des sangsues dans l'établissement, d'après les principes que nous avons posés, d'un *marais perméable artificiel* aussi grand qu'on le jugera nécessaire. (Comm. MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

Développement des cestoïdes.

Une lettre écrite par M. Van Beneden à M. Milne Edwards renferme le passage suivant :

Je vous ai fait part, dans ma dernière lettre, de quelques expériences que j'étais en train de faire sur le développement de certains cestoïdes. Voici le résultat d'une de ces expériences :

Le cochon qui a pris, à la fin du mois d'octobre dernier, des œufs de *tœnia solium*, rendus par une femme de la ville, a été tué cette semaine, et j'ai trouvé dans ses muscles, surtout les muscles intercostaux, un grand nombre de cysticerques complétement développés, c'est-à-dire des scolex.

Il est inutile de vous entretenir encore de l'éclosion des œufs de *tœnia crassicollis* dans les souris et les rats, ces expériences ayant complétement réussi déjà à MM. Küchenmeister et Leuckart.

En disant, le 13 janvier 1849 : *Les vers vésiculaires ou cystiques (cysticerques, etc.) sont des ténioïdes incomplets*, je ne croyais pas que nous aurions été sitôt en possession de la démonstration complète de ce phénomène.

Je m'occupe des planches de l'atlas que l'Académie a bien voulu me permettre de reprendre, et j'espère pouvoir vous le renvoyer bientôt, avec toutes les indications nécessaires au graveur.

CORRESPONDANCE.

Ligature de la carotide externe.

A l'occasion d'un compte rendu de la clinique de M. Maisonneuve, où je faisais connaître plusieurs opérations de ligatures d'artères carotides externes, faites par cet habile chirurgien pour le traitement du cancer de la langue et du pharynx, M. Cochu a cru devoir réclamer la priorité de cette opération en faveur de la Faculté de Strasbourg. Nous sommes heureux d'apprendre que cette opération a été exécutée en 1853 par M. Sédillot, nous regrettons seulement que l'absence de détails ne nous permette pas de savoir si elle a été couronnée de succès.

Quant à la question de priorité, nous nous contenterons de renvoyer notre honorable confrère aux *Annales de la Société de chirurgie de Paris*, où se trouve consignée la 1re observation de ligature carotide externe qui ait été pratiquée en France. Cette observation, due à M. Maisonneuve, a été lue dans la séance du 17 octobre 1849, et fut le sujet d'une discussion fort intéressante pendant les séances des 17 et 31 octobre, et du 7 novembre de la même année. J'en extrais le passage suivant :

« La ligature de la carotide externe, dit M. Maisonneuve, est celle que « je me suis décidé à employer : l'opération, prompte et simple, fut pra- « tiquée à 5 ou 6 lignes de l'origine de cette artère, la thyroïdienne supé- « rieure fut liée aussi pour plus de sûreté, en même temps que la carotide « externe. »

Nous n'en remercions pas moins notre honorable confrère, de nous avoir fait connaître le nouveau fait de M. Sédillot, et nous espérons qu'il voudra bien restituer à l'Ecole de Paris, en la personne de M. Maisonneuve, l'honneur qu'il revendiquait pour la Faculté de Strasbourg. Blot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Ont été nommés pour 1854, membres du bureau de la Société entomologique de France :

Membres du bureau : *Président,* M. L. Fairmaire; *vice-président,* docteur Sichel; *secrétaire,* M. E. Desmarest; *secrétaire-adjoint,* M. H. Lucas; *trésorier,* M. L. Buquet; *trésorier-adjoint,* docteur Signoret; *archiviste,* M. Doué; *archiviste-adjoint,* M. Bellier de la Chavignerie.

Commission de publication : Les membres du bureau et MM. Aubé, Boieldieu, le docteur Boisduval, Gougelet et Reiche.

Commission des collections : L'archiviste et MM. Berce, le docteur Boisduval et L. Buquet.

La Société entomologique en est à la 24e année de sa fondation.

— *Fondation d'une chaire d'anatomie pathologique par don particulier.* — Le docteur C. Shattuck, de Boston, vient de donner, dit-on, 14,000 dollars (70,000 fr.), pour fonder une chaire d'anatomie pathologique au collége médical de cette ville.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 46. 2e année. Mardi 18 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 17 Avril 1854.

Péripneumonie épizootique du gros bétail.

(Rapport de la commission instituée par M. le Ministre du commerce pour étudier le mode de propagation et les moyens préventifs de cette maladie.)

Un homme vaut-il plus qu'un bœuf? Voilà une question bien capable de faire bondir un négrophile, et qui paraîtra tout au moins fort incongrue à un simple philosophe même non humanitaire. Il n'en est pas moins vrai que les économistes ont dû se la poser très-sérieusement, et ce qu'il y a de triste, c'est qu'ils l'ont résolue négativement. La Belgique, la Hollande et l'Allemagne ont consacré des sommes assez notables à l'étude de la maladie qui, depuis quelques années, ravage les bêtes à cornes, et ces nations se seraient bien gardées de faire une semblable dépense pour étudier une maladie propre à l'espèce humaine. La France elle-même parut s'associer au sentiment des nations voisines, et l'Assemblée nationale législative, sur la proposition de M. Dumas, alors ministre de l'agriculture et du commerce, vota en août 1851 un crédit de 62,000 fr. pour étudier expérimentalement la péripneumonie épizootique. Nous avons informé en temps et lieu nos lecteurs de la nomination d'une commission qui fut nommée à cet effet, et nous les avons entretenus quelquefois de quelques expériences partielles qu'elle a entreprises. Cette commission vient de présenter à M. le Ministre son rapport général, rédigé par M. H. Bouley, professeur à l'École d'Alfort. Ce rapport est assez important, au point de vue de la pathologie générale et comparée, pour qu'il nous semble utile d'en placer le résumé général sous les yeux de nos lecteurs. Ce résumé a été fait d'une manière très-complète par M. le rapporteur lui-même; nous n'avons donc qu'à reproduire ses propres paroles; nous présenterons ensuite, sur le mode de procéder et sur les conclusions de la commission, quelques courtes remarques critiques. Voici le résumé de M. Bouley :

La commission scientifique de la péripneumonie a institué deux séries principales d'expériences ayant pour but :

Les premières, de rechercher l'influence que peut exercer sur l'organisme des animaux sains de l'espèce bovine, leur cohabitation avec des animaux malades de la péripneumonie;

Les deuxièmes, d'étudier les effets de l'inoculation de la péripneumonie sur les animaux sains de l'espèce bovine, et surtout de reconnaître si les animaux, inoculés avec le liquide extrait des poumons d'une bête affectée de cette maladie, acquéraient par ce fait le privilége d'une immunité qui les mît à l'abri de la contagion.

Voici le résumé de ces deux séries d'expériences et les conclusions auxquelles elles conduisent :

A. — Expériences sur la cohabitation. — La commission, en instituant ces expériences, s'était proposé la solution des questions suivantes :

1° La péripneumonie épizootique du gros bétail est-elle susceptible de se transmettre, par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains?

2° Dans le cas où la contagion de la péripneumonie s'opérerait par cette voie, tous les animaux de l'espèce bovine qui vivent dans un foyer d'infection contractent-ils la maladie, ou en est-il qui résistent à l'influence contagieuse? Dans ce dernier cas, quelle est la proportion des animaux qui deviennent malades et des animaux qui restent sains?

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, combien récupèrent leur santé et dans quelles conditions?

Combien succombent par la maladie?

4° Y a-t-il des animaux de l'espèce bovine qui soient décidément réfractaires à la contagion de la péripneumonie?

5° Les animaux de cette espèce sont-ils préservés à l'avenir des atteintes de la péripneumonie, lorsque, à la suite d'une première, cohabitation ils n'ont présenté que les symptômes d'une indisposition légère, caractérisés principalement par une toux plus ou moins persistante?

6° Les animaux qui ont contracté une première fois la péripneumonie, ne sont-ils plus susceptibles de la contracter de nouveau?

Pour obtenir la solution de ces questions, la commission a soumis à différentes épreuves de cohabitation 46 animaux de l'espèce bovine, parfaitement sains, et dans de telles conditions de provenance qu'ils n'avaient jamais été exposés à l'influence du contact d'animaux atteints de la péripneumonie.

Ces 46 sujets d'expérience ont été répartis ainsi qu'il suit :

20 à la Pomeraye (première expérience);
2 à Charentonneau (deuxième expérience);
13 à Maisons-Alfort (troisième expérience);
11 à Charentonneau (quatrième expérience).

Sur ce nombre, 21 animaux ont paru réfractaires à la contagion, dans une première épreuve de cohabitation;
10 ont éprouvé une indisposition passagère;
15 ont contracté la maladie.

Total. . 46

Sur ces 15 malades de la péripneumonie, contractée par cohabitation, 11 sont guéris et 4 sont morts.

Conséquemment, le nombre des animaux réfractaires, en apparence, à une première épreuve de cohabitation, s'élèverait à. . . . . 45,60 pour 100;

Celui des animaux indisposés, à . . . . . 21,73 —
Celui des animaux malades et guéris, à. . 23,90 —
Celui des animaux morts, à. . . . . 8,69 —

Mais si, au lieu de s'en rapporter aux apparences extérieures des animaux exposés à la cohabitation, on prend en considération les résultats donnés par les autopsies, qui ont démontré que 6 des 11 animaux mis en expérience à la ferme de Charentonneau (quatrième expérience), avaient contracté la maladie, on voit qu'il faut compter 6 animaux en plus, comme malades par suite de la cohabitation, et 6 réfractaires en moins, ce qui donne, en définitive, les résultats suivants :

15 réfractaires.	32,61	pour 100
10 indisposés.	21,73	—
17 malades guéris . . .	36,95	—
4 morts.	8,98	—
46	100,27	

Sur les 42 animaux qui ont été exposés aux premières épreuves de cohabitation faites à la Pomeraye et à Charentonneau, et qui en sont sortis avec leur santé sauve ou recouvrée, 18 ont été soumis une deuxième fois aux mêmes épreuves, et sur ces 18, 4 une troisième fois.

Ces 18 animaux se décomposaient ainsi qu'il suit :

5 avaient contracté la maladie à la suite de la première cohabitation et en étaient guéris;

9 étaient demeurés réfractaires à une première influence contagieuse;

4 n'avaient été qu'indisposés par suite de la première cohabitation.

Quant aux 4 animaux qui furent soumis à la troisième expérience de cohabitation, ils faisaient partie de la catégorie de ceux qui avaient contracté la maladie par le premier contact, et qui en étaient guéris.

Aucun des 18 sujets soumis à ces nouvelles épreuves, dans ces conditions, ne contracta la péripneumonie et ne présenta même les plus légers symptômes d'indisposition.

Des résultats de ces expériences de cohabitation, la commission a tiré les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° La péripneumonie épizootique des bêtes à cornes est susceptible de se transmettre par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains de la même espèce.

2° Tous les animaux exposés à la contagion par cohabitation ne contractent pas la péripneumonie; il en est, parmi eux, qui demeurent complétement réfractaires à l'action contagieuse, et d'autres qui n'éprouvent, sous son influence, qu'une indisposition légère et de peu de durée.

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, les uns guérissent et récupèrent après leur guérison toutes les apparences extérieures de la santé, et les autres succombent.

4° Les animaux qui ne présentent que des symptômes d'une indisposition légère à la suite d'une première cohabitation, paraissent préservés par ce fait, à l'avenir, contre les atteintes de la péripneumonie.

5° Les animaux qui ont été atteints une première fois de la péripneumonie, ne paraissent plus susceptibles de la contracter de nouveau.

Telles sont les conclusions générales que la commission s'est crue autorisée à déduire de ses expériences sur la contagion par cohabitation. Quant aux questions de savoir quelles peuvent être, dans un troupeau soumis à l'influence de la contagion, les proportions relatives des animaux qui demeurent réfractaires à son action; de ceux qui deviennent indisposés; de ceux enfin qui contractent la péripneumonie, et parmi ces derniers quel est le rapport des morts aux guérisons, la commission n'a pas pensé avoir réuni un assez grand nombre de faits pour formuler une conclusion qui fût l'expression absolue de ce qui se passe dans les conditions habituelles de la pratique. Elle a dû se borner à énoncer ici les chiffres qui résultent de ses expériences particulières.

D'après le relevé de ces expériences, 45 animaux sur 100 ont contracté la péripneumonie par le fait de la cohabitation, et 21 ont éprouvé une indisposition légère; ce qui fait, en résumé, 65 animaux qui ont ressenti l'influence contagieuse à des degrés divers, et 32 qui s'y sont montrés réfractaires.

La proportion des animaux qui ont récupéré toutes les apparences extérieures de la santé, après avoir contracté la maladie, a été de 83 pour 100 des animaux malades, et celle des sujets qui ont succombé a été de 17 pour 100.

B. — Expériences sur l'inoculation de la péripneumonie. — Les questions que la commission s'était proposé de résoudre par ses expériences sur l'inoculation de la péripneumonie, étaient les suivantes :

1° La péripneumonie est-elle susceptible de se transmettre aux animaux sains par l'inoculation du sang, de la bave, de la matière de l'écoulement nasal, et des matières excrémentitielles provenant d'animaux affectés de cette maladie?

2° Les animaux sains que l'on a soumis à l'inoculation de l'une ou de l'autre de ces substances, ont-ils contracté, par ce fait, une immunité à un degré quelconque, contre l'influence contagieuse de la maladie?

3° La péripneumonie est-elle susceptible de se transmettre, avec sa forme et ses symptômes caractéristiques, aux animaux sains de l'espèce bovine, par l'inoculation du liquide extrait du poumon d'une bête malade de cette maladie?

4° Dans le cas où l'inoculation de ce liquide ne déterminerait pas sur les animaux sains une répétition exacte de la forme et des symptômes de la maladie inoculée, comme cela se remarque à la suite de l'inoculation de toutes les maladies contagieuses, quels sont les phénomènes locaux ou généraux qui en sont la conséquence? Dans quelles proportions et avec quels caractères plus ou moins graves d'intensité ces phénomènes se traduisent-ils? Combien d'animaux succombent aux suites de l'inoculation? Combien récupèrent la santé après avoir été soumis à son épreuve, et dans quelles conditions?

5° Les animaux de l'espèce bovine soumis à l'épreuve de l'inoculation du liquide pulmonaire, acquièrent-ils par ce fait le privilége de résister à la contagion de la péripneumonie?

Les expériences faites pour résoudre la question de la contagion de la péripneumonie par l'inoculation du sang, de la bave, du mucus nasal, etc....., n'ayant porté que 6 animaux, la commission n'a pas pensé qu'elles fussent assez nombreuses pour servir de base à une conclusion quelconque, aussi ne les a-t-elle fait enregistrer dans ce compte rendu que pour mémoire. Toutefois, la commission a cru devoir signaler ici cette circonstance, que les 2 vaches qu'elle a fait inoculer avec le mucus nasal et qu'elle a soumises ensuite à l'épreuve de la contagion par cohabitation, n'ont pas contracté la péripneumonie.

Les expériences d'inoculation du liquide extrait des poumons d'une bête affectée de la péripneumonie, ont été faites sur 54 animaux parfaitement sains, et dans de telles conditions de provenance qu'ils n'avaient jamais été exposés à la contagion de la maladie.

En voici le résumé :

Des 54 sujets inoculés, aucun n'a contracté la péripneumonie par le fait de l'inoculation.

Sur 33, les effets de l'inoculation ne se sont traduits que par une inflammation locale légère et très-circonscrite;

Et sur 21, cette inflammation, consécutive à l'inoculation, a été très-grave, très-étendue, et s'est compliquée de phénomènes gangréneux, dont les conséquences ont été mortelles pour 6 des sujets inoculés.

Conséquemment, le nombre des animaux sur lesquels l'inoculation a été bénigne, s'élève à . . . . 61,11 pour 100

La proportion de ceux dans lesquels la gangrène s'est déclarée à la suite de l'inoculation et a déterminé la chute de la queue, est de . . . 27,77 —

Et enfin, celle des morts est de. . . . . 11,11 —

Donc 88,88 sujets sur 100 sortiraient des épreuves de l'inoculation avec leur santé sauve ou recouvrée, et 11,11 succomberaient à ses suites.

Des 48 sujets sortis sains ou saufs des épreuves de l'inoculation, 2 sont morts d'accidents étrangers à cette opération, et 34 ont été exposés, pendant une période de cinq à six mois, à l'influence directe de la contagion par cohabitation, avec 24 sujets de même provenance non inoculés, devant servir de termes de comparaison.

12 animaux inoculés, qui avaient été placés dans une étable à part, pour être utilisés à des expériences ultérieures, ne furent pas exposés au contact direct d'animaux malades de la péripneumonie, mais ils furent pansés par le même vacher qui était chargé du soin de ces malades.

Sur ces 46 sujets inoculés, un seul (soit 2 pour 100), habitant l'étable non contaminée, contracta la péripneumonie, tandis que sur les 24 animaux non inoculés, servant de termes de comparaison, qui furent soumis à l'influence directe de la contagion, en même temps que 34 des sujets inoculés, 14 (soit 58 pour 100), avec ou sans symptômes apparents, ont ressenti l'influence contagieuse.

Des résultats de ces expériences sur l'inoculation de la péripneumonie, la commission a tiré les conclusions suivantes :

1° L'inoculation du liquide extrait des poumons d'une bête bovine, malade de la péripneumonie, ne transmet pas aux animaux sains de la même espèce auxquels on la pratique une maladie semblable, tout au moins par son siége, à celle d'où procède le liquide inoculé.

2° Les phénomènes appréciables, consécutifs à l'inoculation, sont ceux d'une inflammation locale, légère et circonscrite au lieu de l'inoculation, sur un certain nombre des sujets inoculés; grave, diffuse, accompagnée d'une réaction générale, proportionnelle à l'intensité de la réaction locale, et compliquée d'accidents gangréneux sur un autre nombre des animaux inoculés, pouvant enfin se terminer par la mort pour quelques-uns de ces derniers. — (Dans les expériences de la commission, l'inoculation a été bénigne dans ses effets sur 61 pour 100 des sujets inoculés; grave et compliquée d'accidents gangréneux sur 38; mortelle pour 11. — 88 sujets sur 100 ont donc récupéré leur santé après l'inoculation; 61 sans présenter de traces apparentes de l'opération qu'ils avaient subie, et 27 avec des lésions extérieures locales, plus ou moins étendues et accusées, suivant l'intensité des accidents gangréneux auxquels l'inoculation avait donné naissance.)

3° L'inoculation du liquide extrait des poumons d'un animal malade de la péripneumonie possède une vertu préservatrice; elle investit l'organisme du plus grand nombre des animaux auxquels on la pratique d'une immunité qui les protége contre la contagion de cette maladie, pendant un temps qu'il reste à déterminer, mais qui, dans les expériences rapportées plus haut, n'a pas été moindre que six mois.

Si maintenant, pour apprécier la valeur économique de l'inoculation dont l'expérience directe démontre les propriétés préservatrices, on voulait comparer les résultats que sa pratique a donnés dans les différents essais rapportés plus haut, avec ceux qui ont été fournis par toutes les expériences de cohabitation relatées dans ce compte rendu, voici les conclusions auxquelles ce rapprochement conduirait :

Du relevé statistique des expériences faites par la commission, il résulte d'une part :

Que sur 100 animaux de l'espèce bovine exposés à l'influence de la contagion par cohabitation,

32,61 sont épargnés, et

21,73 n'éprouvent qu'une indisposition passagère et de peu d'importance pour leur santé ; considérable cependant, en ce sens favorable, qu'elle les prémunit à l'avenir contre les atteintes du mal ;

Soit en tout 54,34 sujets, sur lesquels les effets de la cohabitation sont ou tout à fait nuls ou très-légers ;

45,65 sujets contractent la maladie à un degré plus ou moins intense ;

35,95 en guérissent, et

8,69 succombent aux suites de la maladie.

D'autre part, il résulte des expériences d'inoculation faites par la commission que, sur le même nombre 100 d'animaux soumis à l'épreuve de cette opération :

61,11 n'en éprouvent que des effets très-bénins ; qu'elle est plus ou moins dangereuse, ou tout à fait nuisible par ses suites, pour 38,88 sujets ;

Que sur ces 38,88 sujets, 27,77 guérissent après avoir éprouvé des accidents gangréneux plus ou moins graves, et 11,11 succombent par suite de ces accidents gangréneux.

Le premier fait qui ressort de ce rapprochement, est que l'inoculation a causé une mortalité plus grande que la maladie dont elle avait pour but de prévenir les ravages.

En outre, il faut considérer que les animaux qui ont résisté aux accidents gangréneux consécutifs à l'inoculation, ont perdu une grande partie de leur valeur vénale après leur guérison, parce qu'ils n'ont pu recouvrer leur santé qu'après un long temps de souffrance qui les a beaucoup amaigris, et qu'ils demeurent à jamais tarés et d'une manière difforme, par la perte d'une partie plus ou moins étendue de leur queue ; tandis que, au contraire, les vaches qui, dans les expériences de la commission, ont contracté la péripneumonie et en sont guéries, ont récupéré à peu près leur valeur après leur guérison, la maladie n'ayant laissé sur elles aucune trace extérieure appréciable, et n'ayant pas sensiblement modifié, par son influence, l'aptitude des animaux soit à la lactation, soit à l'engraissement.

Mais il est juste de dire, pour faire entrer en ligne de compte tous les éléments de la solution impartiale de cette grave question, que le plus grand nombre des animaux qui récupèrent les apparences de la santé après avoir contracté la péripneumonie ne guérissent pas complétement de cette maladie. Dans l'immense majorité des cas, ainsi qu'en témoignent les autopsies faites par la commission, une partie de leurs poumons, plus ou moins étendue suivant l'étendue de la maladie primitive, reste frappée d'une véritable mortification. Cette lésion demeure isolée, il est vrai, au milieu du reste de l'organe conservé parfaitement sain ; il s'opère autour d'elle un travail remarquable de séquestration, en vertu duquel toute communication est interceptée entre les conduits aériens et la partie mortifiée qui échappe ainsi à la décomposition putride, et c'est ce qui explique comment une lésion de cette nature peut, malgré sa gravité apparente, n'être pas incompatible pendant un assez long temps tout au moins, avec la conservation des aptitudes de l'animal à l'engraissement et à la lactation ; mais ce mode de terminaison de la péripneumonie ne peut pas, après tout être considéré comme une guérison, dans le sens rigoureux du mot, et en définitive il est juste de dire que si, au point de vue économique, le plus grand nombre des animaux qui récupèrent la santé après avoir contracté la péripneumonie, n'éprouvent pas dans leur valeur vénale de dépréciation notable, ils n'en sont pas moins atteints de lésions assez graves d'un organe essentiel qui, au point de vue physiologique, ne laissent pas que d'avoir une grande importance, et qui peut-être finiraient par faire sentir leur influence, si la vie des animaux de l'espèce bovine se prolongeait davantage.

Doit-on conclure des résultats donnés par le relevé statistique des expériences de la commission, que l'inoculation ne saurait être conseillée dès aujourd'hui comme une mesure pratique à opposer à la propagation de la péripneumonie, et que les propriétaires de bêtes bovines auraient moins d'avantage à l'adopter qu'à laisser la maladie se répandre dans leurs troupeaux, suivant son mode habituel ?

Non, sans doute, car il faut considérer d'une part que les tâ-

tonnements des premiers essais, les imperfections des premiers procédés ont pu grossir, dans les expériences de la commission, le nombre des accidents et des pertes que la pratique de l'inoculation peut entraîner, tandis que d'un autre côté le chiffre de 8 pour 100, qui dans ces expériences représente la mortalité causée par la contagion de la péripneumonie, est de beaucoup inférieur à celui qui exprime les pertes déterminées par la marche naturelle de cette maladie, dans les circonstances les plus graves et peut-être les plus ordinaires de la pratique ; différence qu'explique sans doute la rusticité du plus grand nombre des sujets dont la commission s'est servie, dans ses expériences sur la contagion par cohabitation.

En définitive, quoiqu'il ne ressorte pas des expériences actuelles de la commission, que l'inoculation soit économiquement une mesure avantageuse, cependant, comme ces expériences paraissent démontrer sa vertu préservative, en présence de ce fait considérable, la commission est d'avis que la pratique de l'inoculation doit être encouragée, et elle a l'espérance qu'elle deviendra profitable à l'agriculture lorsqu'elle aura été perfectionnée, dans l'application, par une étude plus complète.

Avant de féliciter M. le rapporteur de la lucidité avec laquelle son rapport est rédigé, de la précision avec laquelle il est résumé dans les paragraphes que nous venons de reproduire, félicitons d'abord la commission de l'excellent esprit qui a présidé à l'institution des expériences ; les conditions rigoureuses d'expérimentation dans lesquelles elle s'est placée, donnent à ses expériences une valeur que n'a aucune de celles qui ont été entreprises dans d'autres pays. Ces conditions sont suffisamment indiquées dans le résumé de M. Bouley, pour que nous puissions nous dispenser de les exposer plus longuement ici ; qu'il nous suffise de dire qu'elles mettent les résultats obtenus à l'abri de toute objection. La commission a-t-elle été tout à fait aussi heureuse dans les conclusions qu'elle a déduites de ces résultats ? C'est ce qu'il ne nous a pas été possible d'admettre ; ici quelques explications sont nécessaires.

La commission a formulé deux conclusions relativement à l'inoculation prophylactique ; la première est celle qu'on vient de lire, et qui termine le rapport de M. Bouley ; nos lecteurs ont certainement remarqué combien peu elle concorde avec les faits de la commission, lesquels faits se résument, en définitive, au point de vue de l'application en ces deux chiffres :

La contagion naturelle a tué 8 animaux 69/100 pour 100.
La contagion par inoculation en a tué 11,11/100 et mutilé 27,77/100.

Il paraît donc difficile, après de semblables résultats, « d'espérer que l'inoculation deviendra profitable à l'agriculture, *lorsqu'elle aura été perfectionnée.* » Il aurait fallu établir que l'inoculation est susceptible, en effet, d'être perfectionnée, opinion que les données de la pathologie générale ne nous paraissent nullement autoriser.

Mais la commission n'a pas cru devoir s'en tenir à ses propres expériences ; « *Elle a cru devoir aussi s'inspirer des résultats des expériences ou analogues aux siennes, ou poursuivies dans une autre voie, qui ont été entreprises parallèlement en Hollande, en Belgique, et dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.* »

C'est incontestablement dans un très-honorable sentiment de déférence que la commission n'a pas cru devoir passer sous silence les recherches entreprises par d'autres commissions ; mais un pareil sentiment n'aurait pas dû exclure cette sévérité de critique toujours indispensable dans l'appréciation des faits scientifiques, et la commission de Paris s'est évidemment écartée, à cette occasion, des principes qui l'avaient guidée dans ses propres recherches.

L'expérience d'inoculation faite par la commission de Hollande, sur 17 vaches provenant de localités restées jusqu'alors à l'abri des épizooties, est la seule qui soit digne de confiance ; cette expérience, faite sur une échelle bien insuffisante, comme on voit, a donné une mort et une mutilation sur 17 inoculations (soit environ 6 morts et 6 mutilations sur 100).

Des expériences d'inoculations faites par la commission Belge, il n'y a que la première (portant sur 8 bêtes seulement !) qui puisse inspirer une entière confiance. Dans la seconde expérience, 8 autres bêtes furent inoculées, et *une seule avec succès !*

Cette expérience prouve évidemment que les animaux inoculés étaient déjà préservés par des atteintes antérieures, à moins qu'on admette, ce qui nous paraît difficile, que la commission a inoculé sans aucune précaution. De toutes les façons cette expérience est de nulle valeur.

Quant aux expériences sur une large échelle (247 bêtes en Hollande, 5,301 en Belgique, 1,216 dans le Nord), exécutées un peu par tout le monde, et dans des localités ou actuellement ou récemment infectées par l'épidémie, nous nous étonnons que les honorables membres de la commission aient jugé à propos de les mentionner autrement que pour en signaler la nullité.

Nous ne saurions donc approuver la commission d'avoir associé ces vagues observations aux rigoureuses expériences qu'elle a entreprises elle-même, et encore moins d'avoir déduit de l'ensemble des unes et des autres sa seconde et terminale conclusion, ainsi conçue :

« L'inoculation du liquide extrait des poumons d'un animal malade de la péripneumonie possède une vertu préservative ; elle investit l'organisme du plus grand nombre des animaux auxquels on la pratique d'une immunité qui les protége contre la contagion de cette maladie pendant un temps encore indéterminé. »

Formulée dans des termes aussi généraux, cette conclusion ultime semble évidemment avoir pour but d'engager les agriculteurs à inoculer leurs troupeaux ; or, il est non moins évident que, *d'après les seules expériences rigoureuses*, c'est-à-dire celles de la commission française, l'observation d'un tel précepte aurait pour résultat la mort de 11,11 animaux pour 100 et la mutilation de 27,77 pour 100, tandis qu'une conduite contraire n'entraînera que la perte de 8,69 animaux pour 100. Entre ces deux probabilités, nous ne doutons pas que les agriculteurs ne sachent choisir.

Voilà le résultat général pratique qui ressort des expériences extrêmement bien faites de la commission française. Les détails de ces expériences soulèvent des questions de pathologie que la commission n'a pas cru utile d'agiter, et qui nous semblent cependant offrir un vif intérêt. Nous les indiquerons dans un prochain article.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de Lariboissière. — M. CHASSAIGNAC.

Section des tendons fléchisseurs du pouce et de l'indicateur gauches. — Perte complète des mouvements de flexion de l'indicateur et du pouce. — Suture des tendons trois mois après la blessure. — Guérison avec rétablissement des fonctions de la main.

La nommée Thiroux (Joséphine), âgée de 16 ans, lingère,

entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 10 janvier 1854, salle Sainte-Marthe, n° 20.

Au mois de novembre 1853, cette jeune fille étant tombée avec une carafe à moitié vide qu'elle tenait à la main, un fragment de la carafe fit à la partie inférieure-antérieure de l'avant-bras gauche, une plaie transversale qui se cicatrisa après avoir suppuré pendant quelque temps; mais, lorsque la cicatrisation fut achevée, la malade s'aperçut qu'elle était complétement privée des mouvements de flexion du pouce et de l'indicateur : elle ne conservait donc l'usage que des trois derniers doigts. Pensant que la perte partielle des mouvements de la main ne serait que passagère, elle ne s'en inquiéta pas d'abord; mais aucune amélioration ne se manifestant, lt docteur Dauda, médecin à Saint-Mandé, nous l'adressa à l'hôpital.

Au moment où nous l'examinons, nous reconnaissons que le mouvement de flexion du pouce et de l'index est complétement perdu. Quand on a préalablement placé les deux doigts de la malade dans l'attitude de la flexion, le mouvement d'extension peut s'effectuer avec la plus grande facilité. La sensibilité de la peau qui recouvre le pouce et l'index est parfaitement intacte; nous concluons de là qu'il ne s'agit point d'une blessure des nerfs, mais bien d'une section des tendons fléchisseurs de l'index et du pouce.

Dans les études auxquelles nous nous sommes livré avant de pratiquer l'opération, nous avons constaté à plusieurs reprises que le bout inférieur du tendon divisé adhérait solidement à la cicatrice, et voici à quel signe cela a été reconnu : toutes les fois que, saisissant le bord inférieur de la cicatrice au moyen de l'ongle, on cherchait à la remonter de bas en haut, on déterminait aussitôt la flexion du doigt indicateur.

Nous étions donc certain, avant d'opérer, que si le bout supérieur des tendons divisés était rétracté à une hauteur plus ou moins considérable du côté du corps charnu du muscle, le bout inférieur n'était point descendu dans sa gaîne; qu'il faisait corps avec la cicatrice, et que, si l'on parvenait à ramener le bout supérieur au contact de celle-ci dans le point correspondant au bout inférieur, on rétablirait les mouvements perdus.

Tel fut donc le but de l'operation qui fut pratiquée le 4 février 1854.

La malade ayant été soumise à l'action du chloroforme, et amenée à l'état de tolérance anesthésique parfaite, on mit à découvert les tendons fléchisseurs dans une étendue de deux travers de doigt, au moyen d'un lambeau rectangulaire représentant comme un couvercle de tabatière, et disposé de la manière suivante :

L'un des grands côtés du rectangle est représenté par une incision qui marche parallèlement à l'artère radiale, et tout près d'elle, dans le sens de l'axe de l'avant-bras. Le bord inférieur du rectangle a une direction transversale; il est contigu à la cicatrice, et porte un peu sur le tissu cicatriciel. Le bord supérieur, à peu près égal au précédent, est tracé parallèlement à celui-ci, à deux travers de doigt au-dessus. De ces trois incisions résulte un lambeau rectangulaire qui est renversé sur le côté interne de l'avant-bras et met à découvert les tendons fléchisseurs. Ceux-ci paraissent intacts; mais on reconnaît bientôt que le nerf médian se trouve à la place de la portion des tendons fléchisseurs qui a coutume de passer au-devant de lui. Ne trouvant point le tendon divisé, on prolonge de 2 centimètres, à la partie supérieure, l'incision primitive, et après avoir disséqué un petit lambeau triangulaire, on aperçoit au-dessous de lui l'extrémité volumineuse d'un tendon qui se termine d'une manière abrupte. Cette extrémité de tendon étant séparée des parties environnantes, on traverse son centre au moyen d'un fil à ligature conduit par une aiguille. Le tendon, saisi avec des pinces, est attiré vers la cicatrice; il résiste d'abord un peu, mais se laisse bientôt entraîner jusqu'au niveau de l'incision transversale inférieure. Le point de suture est alors fermé par un double nœud dont on laisse pendre les deux chefs au dehors, et l'extrémité du tendon divisé est mise en contact direct avec le tissu de la cicatrice, sans aucun ravivement du tendon lui-même. Ce dernier point mérite d'être noté. Le lambeau tégumentaire est ensuite réappliqué aussi exactement que possible, et maintenu en place par de nombreux points de suture entrecoupée. Le tout est recouvert par une double cuirasse croisée et imbriquée d'après la méthode du pansement par occlusion. Après quoi la main, fortement fléchie, est maintenue par un bandage, et l'avant-bras placé sur un coussin élevé.

Le 5, il existe une douleur dans le point correspondant à la partie opérée, et cette douleur se propage le long de la face interne de l'avant-bras. La malade a été très-agitée la veille; elle a eu une attaque d'hystérie. On fait donner six coups de scarificateur le long de la face interne du bras.

Le 7, la douleur a considérablement diminué. On prescrit encore aujourd'hui quatre coups de scarificateur, comme moyen préventif contre l'inflammation.

Le 10, on met la plaie à découvert pour la première fois depuis l'opération. La réunion est presque complète; il n'y a pas trace d'inflammation. La malade commence à fléchir l'index; quant au pouce, elle ne peut lui faire exécuter qu'un mouvement d'opposition très-borné. Les points de suture sont enlevés avec beaucoup de précaution, et on réapplique le pansement par occlusion.

Le 15, la malade va bien; elle fléchit maintenant l'index avec une grande facilité. Le mouvement de flexion du pouce est moins prononcé.

Le 27, la plaie est complétement cicatrisée. La malade peut fléchir l'index et le pouce; elle sort aujourd'hui.

Nous avons revu cette malade à l'hôpital de Lariboissière dans les premiers jours d'avril. Non-seulement la guérison s'est maintenue, mais les mouvements de flexion ont acquis encore plus de force et d'étendue qu'ils n'en avaient antécédemment. M. Duchenne (de Boulogne), qui a examiné cette malade avec beaucoup d'attention, a constaté avec nous le rétablissement complet des mouvements de flexion. Mais en outre, il a reconnu l'existence d'une paralysie partielle avec atrophie progressive d'un des muscles de l'éminence thénar, le court abducteur du pouce. Malgré cette paralysie localisée dans un seul muscle, la main est en voie de recouvrer l'aptitude à ses fonctions normales.

Ce fait nous a paru digne d'intérêt, en ce qu'il ajoute une nouvelle preuve à l'appui des heureux effets de la suture des tendons.

De plus, il établit une particularité très-importante, à savoir, que le bout inférieur du tendon divisé peut conserver pendant la cicatrisation primitive qui succède à la blessure, la position qu'il avait au moment de l'accident, et qu'il peut, par conséquent, faire corps avec la cicatrice.

Ceci est un fait d'une grande importance, qui mériterait une discussion approfondie et exigerait quelques recherches et quelques expériences cadavériques. Essayons de bien poser la question.

Quand on divise un tendon fléchisseur de l'avant-bras, on comprend tout d'abord que le bout supérieur, obéissant à l'action du corps charnu, remonte vers les attaches supérieures du muscle. Ici, ce retrait du tendon s'était effectué dans une étendue d'au moins trois travers de doigt. Voilà ce qui advient pour le bout supérieur. Mais qu'advient-il du bout inférieur? Comme celui-ci n'est sollicité par aucune action musculaire, on comprend bien qu'il reste à sa place, c'est-à-dire, à la hauteur de la plaie même, et qu'il ne reflue pas dans sa gaîne comme le fait le bout supérieur. Et cependant, il est une circonstance qui peut modifier sa position du bout inférieur du tendon divisé, c'est l'attitude dans laquelle se trouve, au moment même de la blessure, le doigt dont le tendon est coupé. En effet, supposez qu'au moment où la division du tendon a lieu, le doigt soit dans un état de flexion très-prononcé, ne semble-t-il pas que, quand après la blessure les muscles extenseurs l'auront ramené dans le sens opposé à la flexion, la dernière phalange du doigt où est l'attache du tendon doit produire un effet un peu analogue à celui qui détermine l'action musculaire sur le bout supérieur, et doit avoir pour effet de

ramener le bout inférieur du tendon dans sa gaîne, du côté de l'extrémité terminale des doigts.

Quoi qu'il en soit, ce fait juge une question de médecine opératoire d'une très-grande importance, c'est que, quand on a constaté qu'en imprimant des mouvements à la cicatrice, on agit sur le bout inférieur du tendon, il n'est pas nécessaire de disséquer et d'isoler ce bout inférieur pour le réunir au bout supérieur, et qu'il suffit de faire adhérer à la cicatrice l'extrémité coupée de celui-ci pour rétablir les fonctions du tendon.

Hôpital des Cliniques. — M. NÉLATON.

Tumeur syphilitique du mollet. — Rétrécissement de l'urètre donnant lieu à des accès de fièvre intermittente. — Nouveau traitement des brûlures au second degré. — Convulsion faciale déterminée par une chute sur la région temporale.

— Dans la salle des femmes, est une jeune fille de dix-neuf ans, de bonne apparence, entrée pour un ulcère de la jambe gauche. Voici quel est son état actuel. A la partie supérieure du mollet gauche, existe une ulcération circulaire, de la grandeur à peu près d'une pièce de cinq francs. Les bords sont décollés, de sorte qu'il existe une rainure circulaire qui suit le pourtour de l'ulcère. Le fond est constitué par une masse arrondie qui semble vouloir se porter à l'extérieur, il a un aspect grisâtre, et des escarres superficielles se montrent à la surface. Sur d'autres points, on voit des lobules jaunâtres qui rappellent les masses adipeuses renfermées dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est en effet aux dépens de cette couche cellulo-graisseuse que sont formés ces lobules jaunâtres. Ainsi, le fond de cet ulcère n'est point tapissé par la membrane granuleuse qui doit faire les frais de la cicatrisation. Les parties voisines offrent une induration assez prononcée, disséminée par plaques, ou plutôt plus grande en certains points. Cette induration paraît avoir pour siége la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et les couches profondes du derme : on reconnaît, en effet, que la peau fait corps avec la partie indurée, car le pincement et le soulèvement de cette membrane sont impossibles; il y a fusion entre la face profonde de la peau et la masse indurée. On reconnaît, par le toucher, que cette masse n'est pas très-épaisse ; on s'en assure aussi par la contraction des muscles jumeaux et soléaire, ces muscles glissent librement sous la couche indurée. La malade n'éprouve et n'a jamais éprouvé aucune douleur au niveau de cette ulcération; il n'y a pas de douleurs nocturnes. Il y a deux mois et demi, la jambe devint dure dans le point où l'on voit actuellement l'ulcération ; en même temps, la peau prit une coloration violette, il se forma à sa surface des pellicules furfuracées, épidermiques, puis la membrane cutanée s'entama, et l'ulcère apparut. M. Nélaton pensa de prime abord à une de ces tumeurs syphilitiques désignées sous le nom de *gommes sous-cutanées*, expression mauvaise, car jamais on ne voit ces tumeurs constituées par cette prétendue solution de gomme, qu'elles renfermeraient d'après leur dénomination. Il y a cinq ans, en effet, cette malade a eu des *chancres*. On fit d'abord un traitement local, mais on employa aussi une médication générale, car la malade parle d'un certain sirop qui contenait sans doute une préparation mercurielle. M. Nélaton est porté à croire que cette jeune fille a été soumise à un traitement mercuriel, parce que, d'après ses réponses, rien ne dénote qu'elle ait présenté aucun des accidents consécutifs de la syphilis, comme, par exemple, la roséole, la chute des cheveux, etc. ; or, ne serait-il pas singulier qu'un chancre infectant ne produisît qu'au bout de cinq ans une manifestation consécutive? Nous avons eu déjà l'occasion de voir à la Clinique des tumeurs de cette nature, mais aucune n'était parvenue à la période de celle-ci; c'est que de prime abord on avait institué un traitement anti-syphilitique qui s'était opposé à l'ulcération. Qu'arrivera-t-il chez cette malade? M. Nélaton croit que la cicatrice se formera sous l'influence du traitement anti-syphilitique; cependant il se pourrait que la masse cellulo-graisseuse qui forme le fond de l'ulcère fût trop altérée pour se résoudre, et qu'on dût en attendre l'élimination. Quelquefois, en effet, elle se convertit en escarres qui sont éliminées ; aussi, quelques personnes, regardant la mortification et l'élimination comme propres à la tumeur, la décrivent sous le nom de *phlegmon chronique*. Cela tient à une différence de traitement, car la médication non spécifique amène cette évolution du prétendu phlegmon chronique, tandis que la médication spécifique, au contraire, la prévient et la combat. Le traitement sera donc institué suivant cette dernière prévision ; pendant quinze jours on donnera de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme pour commencer, qu'on continuera ensuite à dose progressivement croissante ; on associera le traitement mercuriel à l'iode si la cicatrisation ne semble pas s'effectuer.

— Au nº 9, est un homme fort, vigoureux, atteint d'un rétrécissement traumatique de l'urètre. A l'âge de quatorze ans, il reçut un coup de sabot dans le périnée ; il souffrit beaucoup alors, et fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, où il resta un certain temps. A partir de ce moment, il éprouva de fréquentes envies d'uriner. Il y a quatre ans, il travaillait dans une rivière, lorsqu'il fut pris d'un symptôme qu'il attribue à un excès de travail, mais que M. Nélaton rattache à l'affection des voies urinaires, et sur lequel il appelle l'attention de ses élèves, je veux parler *d'accès de fièvre intermittente*. Ce malade les éprouvait quand il se livrait à un excès quelconque, et ils étaient caractérisés par le frisson, la chaleur et la sueur. M. Nélaton croit que cette coïncidence des accès de fièvre intermittente avec un excès, provient d'une recrudescence phlegmasique de l'affection des voies urinaires. Il dit qu'il a vu des accès fébriles intermittents traités en vain par le quinquina et guéris par la dilatation d'un rétrécissement. Ce qui s'est passé chez ce malade est venu vérifier l'exactitude des données de M. Nélaton; en effet, après trois semaines de dilatation graduelle, le rétrécissement a été guéri, et les accès de fièvre intermittente n'ont plus reparu depuis.

— Au nº 1, est entré un garçon de café pour une brûlure. Il s'apprêtait un soir à cacheter des bouteilles de vin, et il avait fait fondre pour cela de la cire. En descendant à la cave, il fit un faux pas, et le vase qui était sur sa tête se renversant, tout le liquide bouillant qu'il contenait est tombé sur sa tête et a produit une brûlure. Toute la tête était couverte d'une couche de cette cire verte. Que fallait-il faire? En général, il est indiqué de découvrir la brûlure, d'ôter le corps étranger; mais la cire était fortement adhérente. L'action des agents chimiques, tels que l'alcool, l'éther, aurait exigé un temps considérable, et puis on courait le danger de les répandre sur les parties dénudées, ce qui eût été très-douloureux. L'interne de garde enleva alors ce qu'il put avec l'épiderme, qui était boursouflé. Aujourd'hui, le front est dénudé, il présente une surface rouge humide constituée par le corps muqueux mis à nu. Le nez, le menton, les joues présentent le même aspect. Nous avons donc affaire à une brûlure au deuxième degré, c'est-à-dire ayant simplement produit la vésication sans altération des parties plus profondes de la peau. L'état général du malade est bon, et il ne souffre pas beaucoup de sa brûlure. Bien des moyens ont été préconisés dans ces brûlures du deuxième degré ; M. Nélaton a employé ici une méthode nouvelle très-simple, qui lui a réussi déjà plusieurs fois : ce moyen consiste dans l'application sur la surface dénudée d'une feuille de baudruche, préalablement mouillée pour la faire adhérer. On remplace ainsi l'épiderme enlevé et les brûlures guérissent très-vite. Ce moyen est très-simple comme pansement, et de plus on a l'avantage d'éviter ces pansements successifs qui sont si douloureux pour le malade, car on n'enlève pas la baudruche, on la laisse comme l'épiderme, quand il a été respecté dans la brûlure au deuxième degré.

— Au nº 10, est un jeune homme présentant un accident très-curieux et très-rare. Le 23 janvier dernier, il fit une chute de sa hauteur ; à ce moment, la terre était couverte de glace, et il est venu se frapper la partie externe de la région orbitaire droite contre un corps saillant. Immédiatement après, il fut privé de connaissance, *il tomba mort*, comme il dit ; on le reporta chez ses parents dans cet état, et on put reconnaître une plaie qui, à en juger par la cicatrice d'aujourd'hui qui est complétement fermée, paraît avoir eu 3 centimètres de longueur. La cicatrice n'est pas adhérente au squelette, la plaie ne paraît donc pas avoir été très-profonde; celle-ci n'a été suivie d'aucun accident local. On lui fit une saignée au bras et une application de sangsues. Au bout de vingt-quatre heures, il reprit connaissance, et il marchait à la convalescence, lorsqu'un accident des plus étranges s'est montré. Ce jeune homme est pris à des intervalles assez rapprochés d'une *convulsion faciale*, qui est déterminée presque infailliblement par les circonstances suivantes : à peine a-t-il mâché un morceau de pain, que cette convulsion apparaît. Cette convulsion est des plus bizarres, d'abord par son siége, la blessure a eu lieu à droite, la convulsion occupe le côté gauche ; quand il est en train de mâcher, tout à coup il s'arrête, la mâchoire inférieure s'abaisse un peu et reste immobile ensuite, la commissure gauche est tirée en dehors, puis il y a une série de convulsions toniques et cloniques, c'est-à-dire que dans certains muscles il y a un état de tension constant, et dans d'autres des mouvements saccadés. La langue est aussi agitée des mêmes mouvements convulsifs, ainsi que le peaucier. Voici donc une convulsion qui a pour siége tous les muscles auxquels se distribue le nerf facial

du côté gauche. On aurait pu croire à une fracture du rocher, mais il n'y a jamais eu de douleurs dans la région parotidienne, qui n'a pas non plus présenté d'ecchymoses après l'accident. L'ouïe a été intacte, et il ne s'est pas écoulé de sang par l'oreille. On a bien parlé de convulsions consécutives à une plaie de tête, mais entre l'épilepsie et ce que nous observons chez notre malade, il y a une grande différence; de plus, ici la contraction ne s'accompagne d'aucune souffrance; ce qui indique une lésion toute locale. La théorie ne peut rien dire de certain ici sur la cause de cette affection si bizarre. On s'est contenté de quelques révulsifs appliqués à la région cervicale postérieure, et la guérison a été prompte et durable. A. L.

CLINIQUE CIVILE.

Application du perchlorure de fer à l'extérieur.

Depuis que j'ai publié dans ce journal un premier article suivi d'une seconde communication sur l'emploi du perchlorure de fer, de nouvelles expériences ont été faites, de nouveaux essais ont été tentés et ont réussi, et la question s'est produite sous deux formes distinctes : l'emploi du perchlorure avec ou sans acide à l'extérieur, et l'emploi du perchlorure sans acide, étendu d'eau, à l'intérieur, comme boisson ou par lavements.

Aujourd'hui encore, je ne vais parler que de son application à l'extérieur. Plusieurs occasions se sont présentées à moi d'employer le perchlorure de fer à l'extérieur, sans acide, mais à un état concentré, de 35 à 45°. Je viens rendre compte de ces nouvelles observations qui indiquent quelques données un peu différentes des premières sur l'usage que l'on peut faire du perchlorure. J'ai divisé en quatre groupes ces observations, qui se rapportent : 1° aux ulcères variqueux accompagnés de gros paquets de veines dilatées, soit au-dessus, soit au-dessous du genou ; 2° aux ulcérations variqueuses de la jambe, accompagnées de dilatations des veines sans paquets variqueux, dilatations qui ne nécessitent pas l'application de petits vésicatoires (je dois dire ici que, pour les tumeurs et les ulcères variqueux, je préfère généralement le perchlorure acide, l'action en étant ou m'en paraissant plus rapide) ; 3° aux ulcérations de la face (*noli me tangere*, etc., etc.), pour lesquelles il n'est pas besoin d'employer de vésicatoires, ni même de faire de pansements, pourvu que l'on ait soin, avant l'application du perchlorure d'ébarber les bords de la plaie et d'unir les surfaces de la peau ; 4° aux hémorrhagies pour lesquelles j'emploie du perchlorure à 45° et sans acide, en imbibant de la charpie et l'appliquant sur les parties saignantes.

Premier groupe. — M. Maille, rue de la Roquette, n° 43, âgé de 53 ans, avait, depuis deux ans, des ulcères à la jambe droite et des paquets variqueux situés à la partie interne et moyenne de la cuisse droite. Les ulcères, qui étaient au nombre de trois, le faisaient boiter, et il ne pouvait guère marcher sans bâton. Il vint chez moi le 14 février 1854. Je lui appliquai un vésicatoire sur le paquet variqueux ; le lendemain, l'épiderme étant enlevé, je touchai les parties malades avec le perchlorure. Huit jours après l'application du perchlorure, les ulcères étaient guéris. Pendant quelque temps il resta, sur le trajet de la veine, une croûte qui tomba bientôt, et la cicatrice se fit rapidement.

M. Gaubin, âgé de 46 ans, demeurant rue de la Roquette, n° 80, portait, depuis trois ans, des varices à la jambe droite. A la fin de juin 1853, il se blessa à cette même jambe, et il en résulta un ulcère variqueux qui fut traité avec des bandelettes agglutinatives. Le 31 janvier 1854, il s'est présenté à ma consultation, portant, au tiers inférieur et interne de cette jambe droite, un ulcère large comme 1 centime et une tumeur variqueuse de la grosseur d'un œuf de poule à la partie interne de la cuisse. J'ai touché le petit ulcère avec le perchlorure de fer acide ; j'ai appliqué un vésicatoire large comme une pièce de 5 francs sur la tumeur variqueuse. Vingt-quatre heures après, la peau étant dénudée, j'ai posé à plusieurs reprises, sur la plaie, un pinceau imprégné de perchlorure acide. Dès le 6 mars, le malade marchait sans bâton et pouvait vaquer à ses travaux. Aujourd'hui, il est complétement guéri.

M. Simon, rue Saint-Nicolas, n° 6 (faubourg Saint-Antoine), âgé de 50 ans, portait, à la jambe droite, des ulcères variqueux de l'étendue d'une pièce de 1 franc, situés au-dessus les uns des autres, à la partie interne de l'articulation du genou droit. A la partie interne de la cuisse étaient de très-gros paquets variqueux. Le 18 février, j'applique un vésicatoire, enlève l'épiderme, touche les plaies avec le perchlorure acide à 45°. Le malade est guéri, le 22 mars, de ses ulcères, et la tumeur variqueuse s'est complétement affaissée.

M. Thomas, maçon, rue des Jardins-Saint-Paul, n° 37, chez madame Madeleine, logeuse, portait au-dessus du genou, à la partie interne, un paquet variqueux, et, au tiers inférieur de la jambe droite, un ulcère assez considérable. Le même traitement produit les mêmes résultats ; et touché le 20 février avec le perchlorure, l'ulcère est complétement disparu aujourd'hui.

M. Charles Schenez, imprimeur sur étoffe, chez M. Fraton, rue Saint-Louis-en-l'Ile, est âgé de 26 ans ; il porte à la jambe gauche, vers le tiers inférieur, un ulcère datant d'un an, qui a 5 centimètres de long sur 4 de large. Le 1er mars, petit vésicatoire ; le 2, application du perchlorurre de fer ; le 20, guérison complète.

Deuxième groupe. — M. Gobert, rue de la Roquette, n° 80, porte, au tiers inférieur de la jambe gauche, un ulcère variqueux qui date du 10 juillet 1853. Il est guéri par l'application du perchlorure de fer.

M. Magre, âgé de 28 ans, demeurant place Saint-Jean, n° 14. Ulcère à la jambe qui a duré dix-huit mois, s'est refermé, s'est rouvert au commencement du mois de décembre 1853. Application du perchlorure le 26 décembre. Cicatrisation dès le cinquième jour. Le 2 mars 1854, disparition complète de l'ulcère.

M. Simoneau (François), âgé de 45 ans, rue Croix-des-Petits-Champs, n° 10. Ulcère variqueux datant du 29 mars 1853, guéri par la simple application du perchlorure. L'ulcère était situé au tiers inférieurs de la jambe gauche.

Troisième groupe. — Madame Legrand, âgée de 68 ans, demeurant rue des Augustins, n° 24, portait un *noli me tangere* situé sur l'aile du nez du côté droit : sa largeur était de 2 centimètres. Le 30 décembre 1853, application du perchlorure acide. Chute au bout de dix-sept jours de petites escarres orangées tirant sur le noir. Guérison complète.

Madame veuve Denis, âgée de 69 ans, boulevard Saint-Denis, n° 75, est guérie parfaitement en quinze jours par l'application du perchlorure de fer, d'un *noli me tangere* qu'elle portait depuis six ans sous l'aile du nez du côté gauche, et dont elle souffrait beaucoup depuis deux mois.

Madame Gaillard, âgée de 64 ans, rue Saint-Paul, n° 21 guérie par le perchlorure de fer d'un *noli me tangere* étendu de 1 centimètre et demi. Cette affection, qui datait de trois ans, avait résisté à plusieurs cautérisations par le nitrate d'argent.

Quatrième groupe. — A la tête de ce dernier groupe, où il est traité des vertus hémostatiques du perchlorure, je placerai quelques petites observations sur le traitement des *nevi materni,* de ces petites tumeurs qui n'affectent qu'une mince épaisseur de la peau. J'ai eu l'occasion d'employer deux fois le perchlorure sans acide pour ces petites tumeurs, après avoir fait l'application d'un vésicatoire sur toute leur étendue ; et deux fois la couleur rosée et les réseaux sanguins ont été remplacés par une cicatrice solide ne présentant plus l'irradiation de vaisseaux.

J'ai traité aussi par le perchlorure, après avoir appliqué des vésicatoires, deux tumeurs érectiles de la tête ; mais j'ai été obligé de renouveler l'application du caustique et de laisser, sur la tumeur, des bourdonnets de charpie imbibés.

Ceci posé, je vais entamer une série d'observations autrement importantes sur l'application du perchlorure de fer comme agent hémostatique.

M. Sudrat, demeurant rue de Sèvres, n° 101, âgé de 61 ans, portait, depuis plusieurs années, une tumeur dure, résistante, évidemment hémorroïdale et cancéreuse, pédiculée assez largement, qui s'opposait à la défécation et la rendait très-doulou-

reuse. Donnant lieu à de fréquentes hémorrhagies assez considérables pour affaiblir beaucoup le malade et le rendre presque anémique, la tumeur sortait quelquefois après des efforts inouis. La santé du malade était profondément altérée ; il avait perdu le sommeil. Je fus appelé auprès de lui le 7 mars, et après avoir constaté qu'il était assez facile de faire franchir le sphincter de l'anus à cette tumeur, je me servis, pour la maintenir dehors, de l'entérotome de Dupuytren. Je recouvris alors toute la tumeur d'un vésicatoire. Elle était du volume du poing. Le lendemain, je retirai entérotome et vésicatoire ; puis, à l'aide d'un pinceau, j'étendis le perchlorure de fer à 45° avec acide sur toute la surface de la tumeur. Elle s'affaissa presque entièrement. Avant l'application du perchlorure, j'avais enlevé une petite portion de la tumeur et j'avais reconnu des portions granuleuses évidemment cancéreuses. Cette excision avait donné lieu à une hémorrhagie qui fut arrêtée par le perchlorure, et, sur cette partie saignante, je laissai un bourdonnet fortement imbibé et soutenu par un bandage en T. Quelques jours après, la tumeur fut réduite au volume du bout du doigt et resta fixée à l'extérieur. Je ne levai l'appareil que deux jours après l'opération. A dater de ce jour, je ne fis plus de pansement. Le 17, j'appliquai pour la deuxième fois le perchlorure. Une suppuration assez abondante eut lieu. Les détritus de la tumeur tombèrent partiellement. Aujourd'hui 6 avril, la tumeur n'existe plus. Les fonctions digestives ont repris leur cours : la défécation a lieu sans douleur et sans hémorrhagies. Seulement on sent, à la marge de l'anus, un petit bourrelet semi circulaire un peu résistant.

M. L..., ébéniste, âgé de 28 ans, jouissant d'une bonne constitution, se fit, le 11 mars, une blessure profonde à la paume de la main gauche, avec un ciseau fin très-tranchant. Une hémorrhagie abondante eut lieu immédiatement. Le sang fut arrêté au moyen de liens fortement appliqués par des camarades, et le malade conduit à ma consultation. La profondeur de la plaie et son peu d'étendue m'obligèrent à faire un débridement oblique qui ne divisait que la peau. Je pus constater un jet de sang continu du côté du pouce. Faisant comprimer l'artère brachiale, je saisis un des bouts de cette artère et je fis une ligature. Après avoir cessé la compression, je vis jaillir profondément un nouveau jet du côté du petit doigt. J'essayai de trouver ce nouveau bout de l'artère, et après une grosse demi-heure de vaines recherches, interrompues de temps en temps, j'appliquai un fort bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer sans acide et soutenu par un bandage légèrement compressif. Le 20 mars, l'appareil fut levé. Il avait été surveillé tous les jours, et la bande que j'avais appliquée, le jour de la ligature, avait été complétement divisée sur le dos de la main. Aujourd'hui, la plaie est guérie, et la main a repris tous ses mouvements.

Le 8 mars, madame K... se présenta chez moi avec un petit enfant de six mois qu'elle allaitait. Cet enfant du sexe masculin était affecté de ce vice de conformation que l'on appelle filet.

La duplicature qui retenait la langue était assez épaisse. J'en fis immédiatement la section en enlevant la portion durcie, qui semblait fixer la langue au maxillaire inférieur. Une hémorrhagie eut lieu avec jet continu. J'appliquai aussitôt un fort bourdonnet imbibé de perchlorure sans acide à 45° : le bourdonnet resta maintenu, pendant dix minutes, entre mon pouce et mon index, et retiré ensuite avec de grandes précautions. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et la guérison fut prompte.

Le 10 mars, un enfant âgé aussi de cinq à six mois fut conduit à ma consultation : sa lèvre supérieure était complétement collée à l'arcade alvéolaire qui lui correspond. Après une dissection minutieuse, je décollai la lèvre, lui laissant la plus grande épaisseur possible, et découvris le bord alvéolaire dans une grande étendue pour rendre à la lèvre toute sa liberté. Une hémorrhagie eut lieu par un jet continu dans la direction de l'épine nasale. Un bourdonnet de charpie fut immédiatement appliqué et retiré temporairement après un quart d'heure. L'hémorrhagie avait cessé. La guérison fut rapide. Aujourd'hui le petit malade est très-bien portant, et il n'a pas interrompu son alimentation. Sa mère l'allaite bien plus facilement.

On le voit donc, le perchlorure de fer, dont la vertu comme caustique n'est plus mise en doute, est aussi un excellent agent hémostatique. Toutes les fois qu'une tumeur est formée par du sang veineux ou artériel (ici je ne parle pas des anévrismes des gros troncs), on peut employer avec avantage le perchlorure de fer. On peut l'employer aussi pour arrêter l'écoulement du sang dans les hémorrhagies traumatiques, et certes les hémorrhagies de la crosse palmaire ne sont pas sans importance, et j'ai vu souvent des chirurgiens lier les plus gros troncs artériels sans pouvoir arrêter des hémorrhagies consécutives des lésions artérielles de la paume de la main. Comment donc, après avoir cité quelques cas où le perchlorure de fer a arrêté l'écoulement du sang à la suite de pareilles lésions, comme à la suite d'opérations faites pour des vices de conformation dans la bouche de tout petits enfants, comment pourrais-je en méconnaître l'utilité?

Il est bon toutefois de ne pas s'en exagérer l'importance et de ne pas croire, surtout dans les cas dont je parlerai prochainement, cas où le perchlorure est employé à l'intérieur comme boisson ou par lavements, il est bon de ne pas croire qu'en arrêtant les hémorrhagies intestinales, il puisse guérir les maladies qui en ont été la cause. Ici je dois dire en deux mots quelle différence j'établis entre le perchlorure acide et le perchlorure sans acide. A l'intérieur, je n'emploie jamais le perchlorure acide dont l'effet serait trop violent sur le tégument interne. A l'extérieur, j'emploie le perchlorure acide toutes les fois que l'affection qu'il s'agit de cicatriser n'altère pas la totalité de la peau ; mais quand les tissus sont divisés, et qu'il n'est besoin que des vertus hémostatiques du perchlorure de fer, je l'emploie sans acide. Du reste, l'action du perchlorure avec acide est bien plus douloureuse et corrode plus fortement les parties qu'elle pénètre.

Quant aux vésicatoires, j'en ai bien diminué l'application sur les tumeurs variqueuses : je ne les applique que lorsque j'ai besoin d'enlever complétement l'épiderme.

Voilà tout ce que j'avais à dire aujourd'hui sur l'application du perchlorure de fer à l'extérieur. Je publierai prochainement une série d'observations qui auront rapport à son action hémostatique sur le tégument interne dans les cas d'hémorrhagies intestinales.

A. THIERRY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 10 avril courant, un concours public sera ouvert, le 20 novembre prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour cinq places d'agrégé, savoir :

Une pour la section d'anatomie et physiologie ;
Une pour la section de médecine ;
Deux pour la section de chirurgie ;
Une pour la section des sciences accessoires.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 20 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— M. le professeur PIORRY commencera ses leçons cliniques le mercredi 19 avril 1854, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis pendant le semestre d'été. La visite des malades a lieu tous les jours à huit heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 47. 2e année. Jeudi 20 Avril 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 19 Avril 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Oudet a ouvert la séance par une lecture dont le début nous a paru renfermer des aperçus philosophiques dont nous étions loin de soupçonner que le bagage de l'honorable dentiste fût pourvu. Malheureusement, la faible voix de l'orateur, dominée par le bourdonnement habituel de l'Académie, ne nous a pas permis d'apprécier jusqu'à quel point ces aperçus se rapprochent de ceux de Hunter et de Haller, auxquels M. Oudet a fait allusion. Vaincu par le tapage, M. Oudet a appelé à son aide M. le secrétaire perpétuel; mais le branle était donné, et M. Dubois lui-même en a été pour sa bonne volonté; ce qu'il a eu de mieux à faire, ç'a été d'interrompre sa lecture à moitié chemin et de céder la place à M. Valleix.

En montant à la tribune, M. Valleix a fait descendre le calme dans l'enceinte, et la seconde partie de son Mémoire a été écoutée avec le même intérêt que la première. Le travail de M. Valleix mérite-t-il la faveur avec laquelle on l'a accueilli? Rarement une méthode plus correcte, une exposition plus lucide, une critique plus sévère, plus savante ou tout au moins plus spécieuse, ont été mises au service d'une cause. Quelles que soient les conséquences du débat, il est certain que le talent de M. Valleix en sortira triomphant. En sera-t-il de même du redresseur utérin? A cet égard, nous l'avouons, nous nous sentons moins complétement rassuré.

Nous ne croyons pas, à la vérité, que les adversaires de M. Valleix soient en mesure d'accepter les conditions qu'il leur pose, c'est-à-dire d'opposer à l'ensemble des faits qu'il a produits, un ensemble pareil comprenant le nombre complet de malades soumis à un traitement spécial. Cette méthode cependant, hâtons-nous de l'avouer, est la seule à l'aide de laquelle on puisse répondre péremptoirement à l'argumentation de M. Valleix. Toutefois, quelle que soit la prééminence que nous accordons aux faits, et cette prééminence est grande, il semble bien difficile pour M. Valleix, en attendant une démonstration complète, de faire admettre que si le pessaire en caoutchouc vulcanisé de M. Gariel, qui s'accommode si parfaitement à tous les changements de forme et de position que les mouvements et les fonctions abdominales impriment aux organes génitaux, il est bien difficile, disons-nous, de faire admettre que si ce pessaire a pu produire des accidents sérieux, comme M. Valleix assure en avoir vu plusieurs exemples, un appareil rigide comme le redresseur utérin et qui ne peut presser que sur des points très-circonscrits de l'utérus, ne doive pas produire des accidents bien plus graves encore.

Ce qui n'aura peut-être pas entièrement satisfait non plus les auditeurs de M. Valleix, c'est la raison des modifications qu'il a successivement imprimées à la forme du redresseur et à l'usage de cet instrument; ces modifications n'ont pas paru très-faciles à expliquer en présence du nombre et de la gravité si minimes des accidents observés par M. Valleix chez les malades qu'il a traités.

Peut-être toutes ces questions s'éclairciront-elles dans le rapport de l'honorable M. Depaul; mais ce qui est parfaitement clair dès à présent, c'est que l'Académie a entendu, dans la lecture de M. Valleix, un des plus remarquables travaux qui lui aient été communiqués depuis longtemps.

MM. Giraldès et Goubaud ont enfin rompu le cachet du paquet qu'ils tenaient depuis si longtemps suspendu sur la tête de tous ceux qui s'occupent du perchlorure de fer; c'est principalement sur la tête de M. Malgaigne que le paquet a éclaté; malheureusement, nous ne saurions dire si l'éloquent professeur en a été grièvement blessé; car M. Giraldès n'ayant pas suffisamment dominé le bruit de l'Assemblée, nous avons été obligé de renoncer à bien saisir le sens de la lecture, et l'habile expérimentateur a jugé convenable de se soustraire à l'obligation imposée à tous les savants étrangers, de déposer son manuscrit sur le bureau de l'Académie. De cette façon, le cachet du paquet, comme on le voit, n'a été rompu qu'à moitié; nous devrons donc attendre qu'il le soit complétement, pour faire part à nos lecteurs des trésors qu'il renferme.

H. de Castelnau.

La seule communication faite à l'Académie des sciences et qui puisse nous intéresser, est celle de M. Ville, en réponse aux expériences de M. Boussingault. Cette communication n'ayant pas été terminée dans la séance du 10 avril, nous sommes obligé d'en renvoyer l'appréciation à huitaine.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Névralgie du foie ou hépatalgie.

Lucie, domestique, âgée de 27 ans, bonne constitution, habitant le faubourg Saint-Jacques, 73, entre à l'hôpital le 9 avril 1854, salle Saint-Philippe, n° 5, pour des accès de douleur qui la prennent assez fréquemment, et dont la première invasion remonte à cinq ans.

Le siége de ces douleurs est l'hypochondre droit; elles sont très-vives, lancinantes, atroces quelquefois, et s'irradient à l'épigastre, à l'ombilic et du côté du sein droit. Des nausées très-fatigantes, des vomissements bilieux, viennent se joindre au premier symptôme: inutile de mentionner une oppression extrême, de l'étouffement. Disons, toutefois, que la malade distingue deux espèces d'attaques, remarque faite déjà pour plusieurs autres névroses: les unes, en quelque sorte supportables; les autres, si horriblement douloureuses que notre jeune fille n'en parle qu'avec une sorte de désespoir. Leur apparition a lieu avec plus ou moins de fréquence, quelquefois tous les huit jours; elles durent une heure, quelquefois plus, d'autres fois moins; dans une circonstance, des douleurs assez vives, accompagnées d'un grand malaise, ont persisté pendant huit jours.

Cette maladie, comme la plupart de celles qui se composent d'accès séparés par des intervalles d'une santé presque irréprochable, cette maladie, dis-je, se voit très-rarement dans nos hôpitaux. Aussi, M. Beau profite volontiers de cette occasion pour insister, auprès de ses nombreux élèves, sur le diagnostic et l'étiologie, ou, ce qui est ici à peu près la même chose, sur la nature en général mal connue de l'affection qui nous occupe.

Il n'est pas toujours facile, dit M. Beau, de distinguer la colique hépatique de la colique néphrétique. Si, au symptôme *douleur*, tel que nous venons de le décrire, s'est joint de l'ictère, il existe un puissant motif pour établir le siége du mal dans le foie. C'est précisément ce qui est arrivé dans ce cas, il y a cinq ans, lors de la première attaque qui fut plus violente que toutes les autres; elle fut suivie d'un malaise assez considérable et d'un ictère dont la durée fut de quinze jours. Chose remarquable! le teint ictérique n'a pas reparu une seule fois depuis cette époque.

Il est un autre signe de la plus grande valeur, puisque son existence au moment de la crise, et quelquefois encore un peu de temps après, suffit pour édifier sur-le-champ son diagnostic; ce signe est la douleur déterminée dans la région hépatique par la percussion, la pression, ou même par le simple contact du doigt. Procédant effectivement à l'exploration de ce symptôme, M. Beau le constate de la manière la plus évidente, lors même que la colique soit passée dès le matin et qu'il ne reste plus de douleur spontanée; si on percute le foie en arrière, notre malade témoigne également, par son visage et ses plaintes, des mêmes souffrances que lui fait éprouver la percussion sur la partie antérieure.

Etudions à présent les causes de cette maladie.

Pour la plupart des médecins, la colique hépatique est d'origine calculeuse. On ne parvient que fort rarement, il est vrai, à constater la présence de concrétions biliaires; on dit alors que les calculs se sont fondus dans les selles. Cette explication est commode, mais dépourvue de toute preuve. M. Chomel avance même que, sur 40 individus atteints de cette colique, on n'a pu constater une fois l'existence de ces cholélithes; il n'admet pas moins la théorie calculeuse; il suppose qu'un ou plusieurs de ces calculs, ordinairement renfermés dans la vésicule biliaire, viennent de temps en temps se présenter, soit à l'orifice du conduit cystique, soit même à l'orifice du canal cholédoque, pour les obstruer complétement ou en partie; il place même le calcul de champ, et présente ses aspérités, s'il en a, ou ses parties saillantes aux parois des voies biliaires, lesquelles en seraient tellement irritées qu'éclatent à l'instant ces terribles douleurs que nous connaissons. Ce calcul reprend-il sa place dans la vésicule, ou bien est-il évacué dans l'intestin, alors l'orage cesse, le calme renaît, jusqu'au moment où un calcul émigre de nouveau pour aller donner lieu à d'aussi pénibles résultats.

Le médecin de Cochin accepte-t-il cette opinion? Non. Il ne nie certainement pas, dans quelques cas, la nature calculeuse de la colique hépatique, mais il croit, d'accord avec les faits cliniques, que c'est infiniment plus rare qu'on ne le pense généralement. Pour lui, l'affection que nous avons sous les yeux est une névralgie du foie ou hépatalgie, névralgie qui reconnaît des causes diverses, qui est souvent rhumatismale et peut arriver alors comme la douleur crânienne, comme la sciatique, à la suite d'un refroidissement. C'est précisément ce que nous voyons chez notre malade. Elle avait toujours été d'une santé parfaite, n'avait jamais ressenti la moindre douleur ni le moindre embarras dans l'hypochondre droit, lorsqu'elle fut prise de ces souffrances qui constituent sa maladie actuelle, *le lendemain d'un bain froid*, d'un bain de rivière prolongé et dont elle sortit toute violette et toute frissonnante, selon son expression. Il est certes plus naturel de voir ici une cause de névralgie du foie, qu'une cause de concrétions formées subitement, pour expliquer la colique. L'irritabilité nerveuse étant une fois contractée par le foie, la moindre cause viendra souvent la réveiller, et donner lieu à une série d'accès nouveaux, comme on le voit pour une foule d'autres maladies.

Parmi les *ingesta*, il en est d'assez nombreux qui peuvent produire cette affection, ou provoquer du moins des attaques; une telle influence s'explique, pour plusieurs de ces matières ingérées, par leur transport immédiat de l'estomac dans le foie, par le système de la veine-porte. On a vu des acides, le vin, les fruits, le copahu, amener de tels accidents; d'autres fois, ce sont des corps gras, des huiles, des féculents, les aliments dits flatulents. Notre malade, interrogée à ce point de vue, nous apprend que l'ingestion de certains légumes, les haricots, les choux, par exemple, ont fait souvent éclater la colique. Elle est, d'ailleurs, un peu dyspeptique: ces aliments lui causent un gonflement tel, qu'elle ne peut se vêtir comme d'habitude. Un jour, pensant s'adresser à un bon remède, elle prit du bouillon dans lequel elle avait mis un peu de vin; quelques instants après, son mal la saisit avec une violence inaccoutumée. Les fruits ont souvent agi sur elle de la même façon. Cette femme ne s'est jamais aperçue avoir rendu des calculs dans ses selles.

En résumé, M. Beau tire les conclusions suivantes: la maladie généralement décrite et traitée comme colique hépatique calculeuse n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une névralgie du foie. Cette colique peut assurément reconnaître pour origine des cholélithes, mais c'est un cas rare; bien plus souvent elle est de cause rhumatismale, due à des refroidissements, ou bien à des *ingesta*, ou bien même à une rétrocession goutteuse.

Quant au traitement, M. Beau se contente de nous dire que les eaux de Vichy conviennent merveilleusement à ce cas, et qu'en *lavant* le foie, en changeant son mode de nutrition, elles amèneraient probablement la guérison ou du moins une amélioration considérable dans cette cruelle affection.

Notre but, en prenant une note sur cette malade, sortie le jour même de son entrée, n'a pas été d'insister sur la thérapeutique, ni de suivre, pendant plusieurs jours, les modifications subies sous l'influence de tel ou tel autre traitement; nous avons en vue de montrer combien les opinions générales, vis-à-vis la colique hépatique, sont erronées ou du moins dénuées de toute preuve; puis de faire connaître à ce sujet les idées intéressantes de M. Beau, tout en présentant un fait qui, pris au hasard, n'est, si on peut le dire ainsi, que la reproduction clinique d'une doctrine, elle-même appuyée sur l'observation scrupuleuse d'un grand nombre de faits de ce genre.

T. Guyot.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hydrocèle convertie en hydro-hématocèle. — Injection iodée. — Guérison,

Par le Dr Despaux (*de Crouy-sur-Ourcq.*)

M. le professeur Velpeau, qui a observé des cas nombreux d'hématocèle, avoue cependant que l'histoire de cette affection reste à faire presque entièrement. On ne saurait donc recueillir avec trop de soin les observations qui peuvent contribuer à éclairer l'étude d'une maladie qui a peut-être moins préoccupé l'esprit des anciens pathologistes que ceux de notre époque.

L'observation que nous allons rapporter, d'une hydrocèle de la tunique vaginale convertie en hydro-hématocèle, nous a paru assez digne d'intérêt pour mériter d'être publiée:

M. L..., âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, est obligé par la nature de sa profession de rester presque constamment assis, ou de faire des courses fatigantes à pied, chaque semaine, pendant toute une journée. Il y a quatre ans, M. L... s'aperçut que le côté gauche de ses bourses augmentait de volume, mais sans y éprouver la moindre douleur. Il lui est absolument impossible de se rappeler la moindre circonstance à laquelle le gonflement du scrotum pourrait être attribué. Le malade nous consulta à une époque où la tumeur, ayant une année de date, avait

acquis la grosseur d'un œuf de poule environ et s'était développée insensiblement. Cette tumeur était uniformément lisse, indolore, élastique, piriforme, sans changement de couleur à la peau. L'ayant trouvée transparente, nous annonçâmes au malade qu'il portait une hydrocèle et qu'il fallait qu'il se soumît à une opération pour en être débarrassé. Comme nous demandions au malade quelques jours de repos et qu'il ne pouvait que difficilement disposer de son temps, l'opération fut ajournée à une époque indéterminée.

Nous avions perdu ce malade de vue, lorsque au commencement du mois de janvier de l'année dernière, il nous parla de nouveau de sa tumeur. Elle avait acquis à cette époque la grosseur du poing, tout en ayant conservé, du reste, la même forme que celle que nous avions constatée trois ans auparavant. Le développement de l'hydrocèle rendait la marche très-pénible. Outre le sentiment incommode dû au poids de la tumeur, il s'y déclarait, après chaque course un peu longue, des douleurs assez vives, surtout dans le trajet du cordon. Le malade ne portait jamais de suspensoir, attendu, disait-il, que ce moyen contentif le gênait beaucoup.

Le 3 janvier 1853, le malade n'ayant pas encore le temps de se soumettre à la cure radicale de son hydrocèle, voulut néanmoins (pour des raisons particulières qu'il est inutile de rapporter), être débarrassé momentanément du volume de sa tumeur. Nous fîmes en conséquence une simple ponction dans la tumeur avec un trocart explorateur. Cette ponction n'éveilla aucune douleur bien sensible. Il s'écoula par la canule environ 125 grammes d'un liquide de couleur citrine, dans lequel nageaient *une myriade de corps grisâtres,* en apparence sphériques, ayant l'aspect de graines de pavot extrêmement ténues, ou de petits grains de semoule que nous regrettons beaucoup de n'avoir pu examiner au microscope. La surface du liquide présentait un aspect tout à fait huileux.

Lorsque tout le liquide fut écoulé, nous constatâmes l'état du testicule, qui, bien que fort peu sensible, était cependant notablement plus volumineux que celui du côté opposé. Le deuxième jour après cette première ponction, la tumeur commença à grossir de nouveau, et dans l'espace de quelques jours, elle avait repris son volume primitif.

Le 16 du même mois, treize jours après la première ponction, le jour même où M. L... devait assister à une noce, une nouvelle ponction fut faite avec le même instrument. Il s'écoula à peu près la même quantité de sérosité qu'à la première ponction, mais avec cette différence qu'elle avait une couleur beaucoup plus foncée, et qu'on n'y observait plus les petits corpuscules dont nous venons de parler. Le soir même du jour où cette deuxième ponction fut pratiquée, après avoir assisté au repas de noces et avoir mangé et bu en homme bien portant, M. L... dansa une partie de la nuit sans ressentir la moindre douleur du côté des bourses. Le lendemain, dans l'après-midi, le scrotum commença à grossir de nouveau, et la tumeur, au bout de quatre jours de temps, avait acquis de rechef son volume ordinaire.

Le 23 du mois d'avril suivant, fatigué de l'incommodité de son hydrocèle, le malade se décida à la cure radicale. L'opération fut pratiquée avec un trocart ordinaire à dix heures du soir. Avant l'introduction de l'instrument, nos doigts sentent vers la partie moyenne et en arrière de la tumeur, un point résistant et plus sensible à la pression qu'ailleurs, ce qui nous donne la conviction que c'est la place qu'occupe la glande séminale. La ponction pratiquée sans que le malade ressentît l'angoisse qui accompagne la lésion du testicule, au lieu de rencontrer un liquide semblable à celui qu'avaient fourni les ponctions précédentes, il jaillit par la canule de l'instrument, et par un jet plein et continu, une sérosité *totalement sanguinolente.* Après nous être assuré que la tumeur était entièrement désemplie, nous fîmes une injection de 90 grammes de liquide iodé, dans la proportion d'un tiers de teinture d'iode et de deux tiers d'eau. Cette injection fut poussée avec précaution, afin de nous assurer du degré de sensibilité de la tunique vaginale. Le malade n'ayant rien ressenti aux premiers jets, nous poussâmes hardiment le reste du liquide contenu dans la seringue. Nous laissâmes séjourner cette injection environ cinq minutes. Aucune sensation douloureuse n'ayant été éveillée, nous fîmes une deuxième injection, composée de parties égales d'eau et de teinture d'iode. Elle n'occasionna qu'une très-légère douleur. Nous la laissâmes en contact avec les bourses environ dix minutes.

Le liquide sanguinolent qui avait été extrait fut conservé dans un bol et laissé en repos jusqu'au lendemain. Nous l'examinâmes au matin. Il avait un aspect tout à fait noirâtre. L'ayant décanté, il resta, adhérant au fond du vase, un caillot rouge du poids de 30 grammes.

Ce jour même, dans l'après-midi, le malade commence à ressentir quelques malaises suivis de fièvre. La réaction augmente pendant la nuit, accompagnée de douleurs assez vives dans les bourses, dont le gonflement est fort douloureux et du volume primitif. Le malade ressent en outre quelques douleurs dans le ventre (diète, repos, cataplasmes, bouillon de veau, lavement). Le 25, la tumeur a encore augmenté, mais la réaction est à peu près la même. Celle-ci alla toujours en diminuant les jours suivants. Quinze jours après cette opération, à part la sensibilité de la tumeur, qui est à peu près nulle, le gonflement des bourses est presque dans le même état. Le malade nous apprend qu'il sue toutes les nuits à changer une ou deux fois de chemise. Il se plaint en même temps d'une douleur assez vive dans l'hypochondre gauche et de beaucoup de faiblesse. Après l'avoir examiné avec soin, nous trouvâmes un gonflement manifeste de la rate. Le malade était évidemment atteint d'une fièvre intermittente nocturne, ou du moins d'une splénite donnant lieu au phénomène en question. Plusieurs cas de cette nature se sont présentés dans notre pratique pendant l'année, avec l'absence de frissons réels, mais simplement précédés de quelques horripilations. Quoi qu'il en soit, notre malade prit quelques doses de sulfate de quinine, qui le débarrassèrent de ses sueurs. Néanmoins ce n'est que près de trois mois après l'opération que les bourses commencèrent sensiblement à diminuer. Cette diminution, quoique se faisant fort lentement, ne fut ralentie par aucun accident particulier. Vers la fin du mois de juillet, la guérison était complète. Le testicule est néanmoins encore aujourd'hui (25 janvier 1854), un peu plus gros que celui du côté opposé, mais M. L... ne ressent plus aucune douleur du côté des bourses que lorsqu'il se livre à des courses très-pénibles, et ces douleurs sont même alors très-supportables.

Réflexions. — « Hors la couleur jaunâtre, blanchâtre ou ver-« dâtre, les altérations du liquide contenu dans la tunique vagi-« nale, dit M. Velpeau, tiennent à ce qu'il s'y est mêlé du sang « que le temps a décomposé ou rendu méconnaissable. » Est-ce à une légère quantité de sang, que la sérosité, de citrine qu'elle était à la première opération, doit sa couleur plus foncée à la deuxième? Cela nous paraît très-probable, d'où il suit que la transformation de l'hydrocèle en hématocèle doit être regardée comme remontant déjà à la première ponction. Quelle a été la cause de cette transformation? Pott dit que lorsque la tunique vaginale a été longtemps distendue par de la sérosité, les vaisseaux sanguins deviennent variqueux et font saillie spécialement à la surface interne; ces vaisseaux peuvent être blessés par l'instrument qui opère la ponction (*Dict. de méd.*, t. 10, 1re édit., p. 565). Mais M. Chélius a soin de faire observer que la tumeur alors se forme avec rapidité, *immédiatement* après la ponction. Rien de semblable ne s'est passé chez notre malade. Nous n'avons remarqué chez lui aucun indice de varicocèle, et nous sommes bien convaincu de n'avoir point touché la glande séminale avec notre instrument. Nous pensons, en conséquence, que l'épanchement sanguin s'est opéré par exhalation, et que le mouvement auquel notre malade s'est livré après la deuxième ponction, a pu contribuer beaucoup, par l'effet du froissement des bourses, à la production du phénomène en question. Si dès la première ponction il n'y a pas eu une transformation plus tranchée dans la nature du liquide, cela tient sans doute à ce que le malade avait gardé le repos après l'opération.

L'observation que nous venons de rapporter peut être rappro-

chée de celle de ce cuisinier hongrois opéré par M. Velpeau, et dont l'histoire se trouve consignée par M. Willemin dans le *Bulletin de thérapeutique* (1843, t. 24, p. 355). De même que chez le sujet de M. Velpeau, chez notre malade le testicule, après l'opération, est resté plus volumineux, mais entièrement indolent.

Nous voudrions qu'il nous fût donné de pouvoir lire et méditer attentivement les observations d'hématocèle rapportées par les auteurs. Nous trouverions peut-être la confirmation de cette loi : c'est que toutes les fois qu'on rencontre des épanchements sanguins spontanés dans les bourses par exhalation lente, on peut présumer l'existence de quelque engorgement particulier du testicule, dont la nature n'a pas encore été suffisamment définie par les pathologistes ; ou bien en tirer cette règle de pratique, à savoir : qu'il convient de ne condescendre aux vœux des malades qui demandent certaines cures palliatives, à moins qu'ils ne se soumettent à un repos absolu, à cause des accidents qui peuvent en être la suite.

Si l'on nous objectait que chez notre malade nous avons eu affaire probablement à quelque tumeur enkystée et non à une véritable hydrocèle de la tunique vaginale, nous répondrions que notre attention était éveillée sur ce point, et que nous ne pensons pas nous être trompé dans notre examen. Au surplus la transformation d'un liquide de couleur primitivement citrine en *kysthématocèle,* serait pour nous un phénomène ni moins curieux, ni moins instructif.

Note sur le traitement des déviations utérines,

Par M. Valleix, *médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(*Lue à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du* 18 *avril* 1854.)

(Suite et fin. Voir le n° 44 du tome 2.)

Deuxième partie.

La première question qu'on doit s'adresser, lorsqu'il s'agit d'apprécier un traitement et les accidents qu'il peut produire, c'est évidemment si l'état des malades réclame un traitement actif, ou si, au contraire, leur affection n'est qu'une de ces incommodités supportables avec lesquelles il est assez facile de vivre ; car, dans la dernière supposition, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait s'abstenir dès qu'il serait démontré que quelques accidents sérieux peuvent se produire. C'est ainsi qu'on a généralement renoncé aux opérations dites de complaisance qui font courir des dangers, dans l'espoir d'améliorations quelquefois douteuses.

Il est certain que des femmes, en nombre moins grand, toutefois, qu'on ne l'a avancé, n'éprouvent que de faibles inconvénients de déviations utérines assez prononcées, ou même n'en éprouvent pas du tout. En pareil cas, la conduite du médecin est toute tracée : il ne doit entreprendre aucun traitement direct, on n'en venir aux moyens qui le constituent que lorsque, par une cause quelconque, des symptômes bien prononcés viennent à se produire.

C'est, sans doute, parce qu'ils ont exclusivement fixé leur attention sur les cas de ce genre que plusieurs médecins ont regardé les déviations utérines comme insignifiantes, et c'est aussi, je pense, ce qui a porté M. Cruveilhier à dire que l'utérus n'a pas d'axe. Mais si on considère l'ensemble des faits, on ne tarde pas à voir que, dans la grande majorité des cas qui se présentent au praticien, il est bien loin d'en être ainsi. Voici, en effet, ce que j'ai trouvé dans les 68 premiers cas que j'ai observés, et que je me borne à citer ici parce que, dans ceux que j'ai recueillis plus tard, les proportions ont été à très-peu près les mêmes.

Une douleur spontanée, toujours très-incommode, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très-violente, s'est montrée dans tous ces cas ; je ne l'ai vue depuis manquer qu'une fois chez une femme qui avait d'autres symptômes très-intenses.

Dans tous également, sans exception, la marche augmentait considérablement les douleurs, et il en était de même de la station verticale. Le toucher la développait à un haut degré sur plus des deux tiers des femmes. Le palper abdominal produisait le même effet toutes les fois que l'utérus, en antéversion, était assez volumineux pour être facilement senti à travers les parois de l'abdomen.

D'autres symptômes très-importants étaient causés par la pression qu'exerçait l'organe dévié sur les organes voisins. Ainsi, la miction était fréquente, incommode et parfois douloureuse, 22 fois sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois sur 33 dans les déviations en arrière. Quant à la défécation, elle était rare, pénible, difficile, douloureuse, 23 fois sur 33 cas de déviation en arrière, et 18 fois sur 35 de déviation en avant.

Aux symptômes se joignaient, dans la très-grande majorité des cas, des troubles digestifs variés et persistants, la perte de l'appétit, des douleurs épigastriques, et un état d'hystéricisme des plus prononcés.

La faiblesse, le dépérissement, l'anémie, l'amaigrissement, la pâleur de la face, la flaccidité des chairs, s'observaient dans tous les cas, sans exception, où les symptômes précédents avaient acquis une assez grande violence. Il en résultait que les malades ne pouvaient plus vaquer à leurs occupations ; que près du tiers ne pouvaient plus marcher sans souffrir beaucoup ; que celles qui n'avaient pas besoin de travailler étaient condamnées à rester presque constamment couchées ; et que les autres étaient réduites à la misère la plus profonde, faute de pouvoir subvenir, par leur travail, à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Ajoutez à cela le trouble habituel des menstrues, des métrorrhagies fréquentes, rarement (2 fois sur 117 cas) la suppression des règles ; une leucorrhée habituelle chez toutes les malades sans exception ; des névralgies abdominales et intercostales chez un grand nombre, et vous aurez le tableau de cette maladie, qui fait littéralement le désespoir des femmes et de leurs médecins.

Il me serait facile de citer des exemples nombreux de ce déplorable état. Je me contenterai de mentionner les suivants :

D'abord une malade qui avait été traitée infructueusement pendant six ans et demi par Lisfranc. Cette malade avait été obligée de renoncer complétement à la société. Elle fut guérie en trois semaines. Je l'ai revue après quatre ans, l'utérus ne s'est pas déplacé et aucun des symptômes n'a reparu. Ensuite une malade qui a été vue par M. Candé, chirurgien au Val-de-Grâce. La marche était devenue impossible, le dépérissement était extrême. Après quelques jours de l'emploi du redresseur, elle pouvait faire de longues courses à pied. Aujourd'hui, après trois ans, sa santé est parfaite. Ces observations ont été citées dans mes leçons sur les déviations utérines. Les choses se sont passées de même chez la femme d'un médecin des environs de Vendôme, qui avait suivi les conseils de Récamier pour une antéversion parfaitement reconnue par ce médecin. Il y a plus d'un an, deux malades m'ont été adressées, l'une par M. le professeur Girard, de Marseille, l'autre par M. Quesnel, second chirurgien en chef de la marine, à Brest. Elles ne pouvaient plus faire un seul pas ; il fallut les porter à la voiture. La première, jeune fille de 17 ans, fut traitée par la sonde seule ; aujourd'hui elle peut faire plusieurs lieues à pied et son affection a complétement disparu. La seconde était alitée depuis deux ans et demi ; elle ne pouvait même pas se tenir debout : ses douleurs étaient excessives. Elle était déjà venue à Paris pour subir un autre traitement, et elle en était repartie dans le même état, pour se remettre dans son lit, qu'elle croyait ne plus pouvoir quitter. Aujourd'hui la marche est facile, et à peine de temps en temps y a-t-il quelque reste des anciennes douleurs.

Je cite ces faits sommairement ; mais la plupart de ces observations ont été rapportées dans mes leçons cliniques. Je pourrais les multiplier, si je ne craignais d'abuser des moments de l'Académie ; j'aime mieux rapprocher des faits précédents ceux qui m'ont été adressés par plusieurs confrères, qui occupent un rang distingué dans notre profession.

Dans 29 cas seulement qui me sont fournis par MM. Maunoir, de Genève, Lediberder, de Lorient, et Caradec, de Brest, les symptômes éprouvés par les malades sont mentionnés d'une manière précise. Dans tous il y avait des douleurs persistantes et incommodes, la marche était toujours plus ou moins difficile et douloureuse ; elle était impossible dans deux cas. La fréquence de la miction est signalée 8 fois, la leucorrhée 17 fois, les troubles de la menstruation 12 fois ; des douleurs vives aux époques menstruelles 2 fois, le mauvais état de la santé générale 13 fois. J'ajoute que, relativement à ces derniers symptômes, les observations très-sommaires gardent souvent le silence, ce qui ne prouve pas qu'elles n'existaient pas.

Ces faits démontrent que, dans la grande majorité des cas qui s'offrent aux médecins, l'état des malades est réellement grave, souvent insupportable, et réclame impérieusement les secours de l'art. Ajoutons qu'une fois produit, cet état a la plus grande tendance à s'aggraver, comme le prouvent presque toutes les observations publiées.

Mais ici s'élève une objection qu'il importe d'examiner. On a dit : ce n'est pas la direction vicieuse de l'utérus qui produit tous ces accidents, c'est son augmentation de volume ; c'est, en d'autres termes, l'engorgement dont il est le siége. Faites disparaître cet engorgement et les accidents disparaîtront. Ceci demande une explication.

Assurément, chez une jeune fille dont l'utérus est très-léger et très-mobile, cet organe peut se présenter dans les directions les plus diverses sans produire aucun symptôme, et si plus tard, par une cause quelconque, il survient une augmentation de volume, et surtout si la souplesse des tissus environnants est diminuée, tous les phénomènes indiqués plus haut apparaissent. Mais cela ne prouve nullement que l'engorgement soit la seule cause des phénomènes, car, au moment même où l'on fait cesser la déviation, tous les accidents disparaissent ; et d'un autre côté, si l'on parvient

à maintenir la matrice en place, les malades recouvrent aussitôt une santé parfaite, bien que cet organe soit encore volumineux et situé très-bas. J'en ai fourni des preuves nombreuses dans les observations dont j'ai donné l'analyse; et c'est aussi ce qui est arrivé dans les cas qui m'ont été communiqués par MM. Maunoir, Piachaud, Broussonnet, Lediberder, Gaussail. Or, comment expliquer ces faits, si la déviation n'est rien, et si l'engorgement est tout. Cette disparition rapide des symptômes dès que l'utérus est replacé dans sa direction normale, est quelquefois des plus frappantes. C'est ainsi que chez trois femmes dont deux ont été traitées uniquement par la sonde, au moment même où l'on remettait la matrice en place, les mouvements devenant libres, toute pesanteur et toute douleur disparaissaient: c'était pour le moment une véritable guérison. Il n'est pas, du reste, d'observateur qui n'ait cité des faits de ce genre, et M. Ricord, qui a imaginé un appareil dont il n'a pas encore donné la description, m'a cité une malade chez laquelle, à l'instant même, ce changement si remarquable s'opérait comme dans les cas que je viens d'indiquer.

Bien plus, dans les cas de guérison radicale, on voit pendant un temps toujours assez long, l'organe rester volumineux et abaissé, bien qu'on n'observe plus aucun symptôme, tant qu'il conserve sa position normale, tandis qu'on les voit se reproduire immédiatement si la matrice se renverse de nouveau.

Remarquons en outre que cette position indifférente de la matrice dans le bassin a principalement été notée sur le cadavre, et que cela ne prouve nullement, ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Guérin, qu'il en doive être de même sur le vivant. Pendant la vie, en effet, l'organe est maintenu dans la position normale que lui ont reconnue les anatomistes et les accoucheurs, par des forces opposées qui n'existent plus après la mort, et on ne le trouve déplacé que si une de ces forces est vaincue, ou s'il existe un vice congénital.

Il n'en est pas moins vrai que l'augmentation du volume de l'utérus joue un assez grand rôle dans la production des accidents, parce que, en cet état, l'organe gêne beaucoup plus complétement les fonctions des organes voisins, et l'on conçoit qu'on ait regardé, à ce point de vue, la réduction au volume normal comme le seul but à atteindre. Mais d'abord, je ferai observer qu'un utérus d'un volume ordinaire peut très-bien produire des symptômes considérables, s'il est complétement renversé; c'est ce que j'ai noté dans 6 cas, chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, ou chez des jeunes filles, et notamment chez la malade qui m'a été adressée par M. Quesnel, et qui n'avait pas pu quitter le lit depuis deux ans et demi.

En second lieu, il est de la dernière évidence que cette augmentation de volume, que cet engorgement, si l'on veut, est presque toujours au-dessus des ressources de l'art, tant que l'utérus reste dévié; car c'est sur des femmes traitées depuis plusieurs années infructueusement, que le redresseur a été appliqué; et ces femmes, dont la plupart ont été guéries, n'avaient éprouvé que des soulagements passagers des longs traitements que leur avaient fait subir les médecins les plus distingués.

Ce qui a pu induire en erreur, c'est que dans les déviations récentes, et surtout dans celles qui surviennent après l'accouchement ou l'engorgement, il y a parfois une inflammation aiguë qui cède assez facilement aux moyens ordinaires; de telle sorte que la matrice, reprenant son volume normal, peut se replacer dans la direction naturelle. Mais ces cas sont les plus rares. Pour ma part, je n'en ai observé que cinq dont j'ai les observations: dans tous les autres, l'augmentation de volume résistait à tous les traitements, et la déviation persistait avec ses accidents; il n'est donc pas douteux qu'on a pris l'exception pour la règle.

Une autre objection s'est produite. On a dit que le redressement de l'utérus ne pouvait pas procurer de guérison radicale; que tout au plus on pouvait en attendre une amélioration passagère de l'état des malades, et que l'organe essentiellement mobile devait se dévier de nouveau.

A cela, je ne puis répondre que par les faits. Au mois de décembre dernier, j'avais réuni 117 observations. De ces 117 cas, 108 avaient été traités par le redresseur intra-utérin, et j'avais obtenu 78 guérisons définitives, dont 56 datant de plus d'un an. Dans 9 cas, le redresseur extra-utérin, combiné avec le redressement par la sonde, avait été mis en usage, et il y avait eu 7 guérisons, d'une date plus récente, il est vrai, parce que ce moyen n'avait été mis en usage que depuis quelques mois. Je vois encore de loin en loin plusieurs des malades guéries, et la guérison se maintient; j'en citerai en particulier deux, traitées l'une en 1849, et l'autre en 1850, chez lesquelles des chutes ou des fatigues assez grandes n'ont amené aucun changement dans la direction de l'organe.

Si nous recherchons maintenant ce qu'ont observé les autres médecins qui nous ont fait connaître les résultats de leur pratique, nous trouvons que M. le professeur Mayer, de Berlin, a guéri 8 déviations sur 11, les autres étant en traitement; que M. Piachaud a réussi sur les 9 cas qu'il m'a communiqués; que M. Gaussail a obtenu le même résultat 4 fois sur 5 dans des cas très-graves, et que dans 3 de ces cas, la guérison persiste depuis un, trois et quatre ans; que dans 10 cas traités par M. Broussonnet, il y a eu 3 guérisons, 4 améliorations, 2 insuccès, une malade étant encore en traitement. Il faut noter, en outre, que dans 1 des 2 cas d'insuccès, le traitement, ainsi que nous l'apprend M. Broussonnet, a été fort incomplet, la malade étant très-indocile: ces faits viennent d'être publiés par M. Dunal, dans les numéros du 15 et du 30 mars de la *Revue thérapeutique du Midi*.

Sur 6 cas, M. Maunoir a obtenu 2 guérisons complètes, dont une datant de plusieurs années, une amélioration très-notable dans un troisième cas, une amélioration moindre dans 2 cas incomplétement traités, et enfin une guérison suivie de rechute.

De 22 malades traitées par M. Lediberder, 9 l'ont été par la sonde seule, 7 ont guéri, les 2 autres ont quitté Lorient pour venir à Paris. 13 cas ont été traités par le redresseur, 8 ont été guéris par M. Lediberder, 1 m'a été adressé, et j'apprends que la guérison est complète. Dans 3 cas, il n'y a eu que de l'amélioration et le traitement continue, et dans 1, ce moyen a échoué. Quant à M. Caradec, il m'annonce plusieurs cas de succès, mais il n'en cite que 3, très-remarquables, il est vrai.

Ainsi, en ne tenant compte que des guérisons définitives obtenues par les médecins qui ont cité tous les cas qu'ils ont traités, nous trouvons: 42 cas sur 62, et en réunissant ces chiffres aux miens, nous avons 129 guérisons sur 180 cas, ce qui est déjà bien remarquable, et ce qui le devient davantage, si l'on considère qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été radicalement guéries, ont éprouvé une amélioration notable; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient suivi qu'un traitement incomplet et insuffisant.

Quelque concluants que soient ces résultats, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas de déviation utérine restent rebelles, et c'est là, on n'en peut douter, ce qui a induit en erreur des hommes très-habiles et très-consciencieux. N'ayant eu à traiter, ou n'ayant confié aux soins d'un confrère qu'un très-petit nombre de cas, ils ont pu voir le traitement échouer et ils ont conclu qu'il en était toujours ainsi, je sais même qu'il en est qui ont fondé leur opinion sur un seul cas d'insuccès. C'est toujours cette conclusion du particulier au général qui a causé des dissidences qu'un examen attentif de l'ensemble des faits aurait prévenues; car jamais on n'a dit que la guérison était constante et certaine, et c'est pourquoi j'insiste, avec raison je pense, sur la nécessité de considérer les faits dans leur ensemble avant de porter un jugement qui, plus tard, pourrait être démenti.

La même réflexion s'applique encore à une objection tirée de l'incurabilité de certaines déviations utérines, incurabilité démontrée par les recherches anatomo-pathologiques. Il n'est pas douteux que quelques déviations ne soient dans ce cas; telles sont celles qui se compliquent de tumeurs fibreuses, d'adhérences, d'atrophie des parois de l'utérus. Mais les faits précédemment cités prouvent jusqu'à l'évidence qu'il n'en est pas ainsi dans la grande majorité des cas, et que tout ce que nous devons conclure de l'existence chez certains sujets de ces dispositions particulières qui rendent tout traitement infructueux, c'est qu'il faut chercher à en déterminer le diagnostic d'une manière précise, afin de ne pas leur opposer des moyens au moins inutiles, et encore devons-nous remarquer que dans certains de ces cas, ceux qui présentent la complication de tumeurs fibreuses, par exemple, le traitement peut produire une amélioration notable, ainsi que l'a constaté M. Simpson, et que j'ai pu m'en convaincre moi-même.

Il ne reste plus maintenant qu'une seule question à résoudre. Il est évident que le traitement dont il s'agit a une efficacité réelle; mais, en est-il d'autres qui, tout en présentant une efficacité aussi grande et plus grande encore, soient exempts de tout danger? On comprend que je ne peux pas traiter complétement ici une semblable question. Pour la résoudre, en effet, il faudrait connaître l'ensemble des cas traités par d'autres moyens, les insuccès comme les succès, et je ne trouve nulle part les éléments d'un pareil travail. Je dois donc me borner à quelques remarques générales.

Quant on oppose un traitement à celui dont j'ai fait connaître tous les détails, il faut démontrer: 1° que, comme lui, il s'adresse à tous les cas curables, les flexions aussi bien que les versions, les déviations en avant comme les déviations en arrière; 2° qu'il ne produit pas d'accidents ou qu'il en produit moins; 3° que la proportion des cas guéris est plus considérable. Toutes les assertions générales qui n'ont pas pour base l'appréciation rigoureuse des faits, sont nécessairement sans valeur, et il en est de même des faits choisis dans un grand nombre pour les besoins de la cause.

Relativement aux accidents en particulier, je dirai que je ne connais pas un seul traitement qui n'en produise, et comment en serait-il autrement, puisque nous voyons tous les jours (les médecins qui s'occupent des maladies utérines le savent bien) des inflammations plus ou moins violentes se produire par suite d'une simple fatigue, du toucher, d'une cautérisation, d'une injection, de l'application d'un pessaire, et même du pessaire en caoutchouc vulcanisé, comme j'en ai vu récemment plusieurs exemples? Comment en serait-il autrement, lorsque, d'un autre côté, nous voyons chez certaines femmes une telle prédisposition à ces acci-

dents, qu'ils se manifestent spontanément, aux époques menstruelles, et sans autre cause appréciable? Et n'avons-nous pas entendu M. Gibert dire qu'il avait connaissance d'un cas de mort à la suite de la cautérisation du col avec le fer rouge, opération habituellement si innocente!

Je crois avoir touché tous les points de la question. Il en est que j'aurais pu développer plus longuement; mais j'aurai craint d'abuser des moments de l'Académie, je regrette même de n'avoir pas pu être plus court; le besoin d'entrer dans de nombreux détails pour être clair dans un sujet neuf sous plusieurs rapports, m'en a empêché. J'espère que ce motif me fera pardonner l'étendue de ce travail.

Je termine par quelques conclusions qui me paraissent légitimement déduites de ce qui précède :

1° Les observations lues devant l'Académie, ne sont pas des exemples d'accidents causés par la sonde utérine, ou par le redresseur intra-utérin;

2° Toutefois, des accidents peuvent être produits dans un petit nombre de cas, mais ils sont presque toujours sans importance;

3° Tout porte à croire qu'un bon nombre d'entre eux sont dus à l'imperfection primitive des moyens employés, ou à l'inexpérience que nous apportons d'abord dans la manière de diriger un traitement nouveau, inexpérience que l'observation et le temps atténuent chaque jour;

4° Les déviations utérines peuvent produire par elles-mêmes des symptômes très-graves. L'augmentation du volume de l'organe rend presque infaillible la manifestation de ces symptômes dont elle augmente la gravité;

5° Le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin a procuré une guérison radicale dans près des trois quarts des cas environ;

6° Il n'a pas encore été démontré par une analyse exacte de tous les faits observés, qu'il y ait un traitement applicable comme lui à tous les cas, aussi efficace, et exempt de tout danger;

7° Dans les déviations en arrière, on peut employer avec avantage le pessaire en caoutchouc à réservoir d'air, à la condition d'opérer préalablement le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine.

Du procédé opératoire, des indications et des contre-indications de la thoracentèse.

L'empressement qu'on a mis dans ces derniers temps à étudier et à expérimenter la thoracentèse, donne un intérêt particulier au résumé suivant d'un Rapport (1) fait par M. Marotte à la Société médicale des hôpitaux, et que publie le dernier *Bulletin* des travaux de cette Société.

PREMIÈRE PARTIE.

Procédé opératoire.

La thoracentèse s'exécute par deux méthodes différentes :

L'une, connue depuis la plus haute antiquité, a pour conséquence la libre pénétration de l'air dans la cavité des plèvres; nous lui conserverons le nom d'empyème;

L'autre, dont l'exécution a reçu, de nos jours seulement, les perfectionnements nécessaires au but qu'elle se propose, permet l'évacuation des liquides épanchés sans introduction de l'air, et a reçu le nom de *thoracentèse* ou *thoracocentèse*.

Etudiées indépendamment des résultats thérapeutiques, les effets utiles ou nuisibles, immédiats ou éloignés de ces deux méthodes ne sont pas les mêmes.

Effets de l'empyème. — L'air introduit dans la cavité des plèvres par l'opération de l'empyème exerce une action multiple ; elle est mécanique, irritante et putréfiante.

L'action mécanique de l'air est fâcheuse en elle-même, parce qu'elle s'oppose à la dilatation du poumon, en même temps qu'elle permet un affaissement considérable de la paroi pectorale, mais le bien-être qui suit immédiatement son emploi et qui est constaté dans toutes les observations, prouve que l'introduction de l'air place les organes thoraciques dans des conditions favorables relativement à celles que leur avait faites l'état pathologique.

L'action irritante de l'air se manifeste par une inflammation dont l'intensité, la durée et les produits sont susceptibles de degrés infinis, dépendant en grande partie de la vitalité de la membrane séreuse; mais atteint presque nécessairement la suppuration.

Ce haut degré de l'inflammation est le résultat le plus fâcheux de l'empyème ; il place les malades atteints d'épanchements séreux dans des conditions plus défavorables que celles où ils se trouvaient avant l'opération.

L'action putréfiante de l'air ne s'exerce pas d'une manière aussi nécessaire qu'on l'avait avancé. Elle paraît avoir pour condition coefficiente un degré élevé d'inflammation, la rétention du pus et le non renouvellement de l'air, trois circonstances habituellement liées entre elles.

Des épanchements qui exhalaient une odeur putride au moment de l'opération et avant toute introduction de l'air, ont perdu cette odeur dès que celui-ci a pu circuler librement dans la cavité de la plèvre.

Le rétrécissement considérable de la poitrine est un des effets regrettables de l'empyème ; mais chez les hommes jeunes et surtout chez les enfants, la dilatation ultérieure du poumon corrige notablement la difformité.

Les fistules incurables qui survivent chez un certain nombre de malades sont tout aussi souvent le résultat de conditions anatomiques irrémédiables que de l'empyème lui-même.

Des effets de la thoracentèse. — L'un des grands avantages de la thoracentèse est de s'opposer à l'introduction de l'air et de solliciter la dilatation du poumon.

Le mécanisme qui préside à l'évacuation du liquide n'est pas le même pendant toute la durée de l'opération.

Pendant une première période, le liquide est chassé par le retrait des parois pectorales, distendues au delà de leurs limites physiologiques, et tant que la poitrine n'a pas ses dimensions normales, le vide ne tend pas à se faire dans la cavité de la plèvre.

Dans la seconde période, chaque inspiration tend à faire le vide, lequel ne peut être comblé que par l'air pénétrant soit par la canule du trocart, soit par la glotte ou par l'une et l'autre à la fois. La baudruche oblitérant la lumière de la canule, la voie pulmonaire reste seule ouverte, et la dilatation du poumon est la conséquence forcée des mouvements d'inspiration. C'est à cette période qu'apparaissent les quintes de toux.

La dilatation du poumon n'est jamais complète dans l'acception rigoureuse du mot; un reste de liquide que l'opération ne peut évacuer, des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins solides, la rendent, en général, incomplète et irrégulière, quoique suffisante pour que les surfaces pulmonaire et costale se rapprochent au point nécessaire à leur adhésion ; il y a cependant des cas où ce rapprochement est impossible.

De ce qui précède, il résulte que le rétrécissement de la poitrine s'observe aussi souvent après la thoracentèse qu'après l'empyème; qu'il est quelquefois très-prononcé, mais qu'il n'atteint presque jamais d'aussi grandes proportions.

Quoique la thoracentèse remplisse, avant tout, une indication physique, elle n'en exerce pas moins sur certaines fonctions, et sur la plèvre elle-même, des conséquences qui ont un autre caractère.

Plusieurs accidents ont été observés à la suite de cette opération :

1° Une douleur ordinairement légère et peu durable, quelquefois fort vive et persistant plusieurs jours, attribuée à la rupture de fausses membranes;

2° La toux-phénomène, en général de bon augure, puisqu'elle indique la pénétration de l'air dans les bronches, mais qui peut devenir répétée, incoercible et durer plusieurs jours;

3° La syncope, qui semble se produire sous l'influence d'une déplétion trop brusque et trop abondante;

4° Un afflux vers la poitrine, caractérisé *a* par la reproduction rapide du liquide; *b* par son apparence sanguine; *c* par une congestion pulmonaire; *d* par une expectoration abondante; *e* par une pneumonie; *f* par l'exacerbation de la pleurésie. Cette dernière conséquence de la thoracentèse n'acquiert pas, en

(1) Ce Rapport a été rédigé au nom d'une commission composée de MM. Gendrin, Trousseau, Hardy, Legraux et Marotte, *rapporteur*.

général, une grande intensité, et est rarement nuisible; on l'a vue cependant amener la transformation purulente des produits sécrétés.

La plaie et le trajet sous-cutané sont restés fistuleux après la ponction. Cela ne s'observe guères, il faut le dire, que chez certains sujets cachectiques, ou dont l'épanchement est séro-purulent.

La paracentèse du thorax présente enfin, comme conséquences communes aux deux méthodes :

1° L'apparition de sueurs et d'urines critiques observées après un certain nombre d'opérations;

2° Des déperditions liquides qui sont abondantes et répétées dans l'empyème, dont ils retardent ou empêchent la guérison, mais qui, pour être moins considérables et moins habituelles à la suite de la thoracentèse, n'en doivent pas moins être prises en considération chez quelques malades.

DEUXIÈME PARTIE.

Indications et contre-indications.

La paracentèse thoracique n'est pas applicable aux épanchements qui sont sous la dépendance immédiate d'une affection générale ou d'une maladie locale de la plèvre, l'une et l'autre incurable, et devant entraîner la mort dans un délai plus ou moins prochain.

Tels sont les épanchements ultimes de la diatèse purulente, de la cachexie paludéenne, des affections du cœur, etc., le cancer, les tubercules, les hydatides de la plèvre.

Parmi les épanchements auxquels la paracentèse du thorax peut devenir applicable, se présentent en premier lieu les *épanchements séreux*.

I. Les épanchements séreux n'étant pas, de leur nature, réfractaires aux efforts de l'organisme, le médecin aurait tort de désespérer trop promptement des efforts de la nature et de l'art pour en opérer la guérison, la paracentèse thoracique y sera donc moins immédiatement indiquée que dans les épanchements purulents.

II. Le travail nécessaire à l'absorption des épanchements séreux ne devant jamais dépasser les limites de l'inflammation plastique, l'empyème sera nécessairement rejetée de leur traitement.

Épanchements séreux aigus. — Pour déterminer la judication de la thoracentèse, appliquée aux épanchements séreux aigus, il faut prendre en considération l'intensité de l'inflammation, le volume et la durée de l'épanchement.

L'inflammation est, par elle-même, une contre-indication de la thoracentèse.

L'opération étant impuissante à combattre cette cause première de l'épanchement, elle doit être écartée du traitement des pleurésies, dans lesquelles l'inflammation est l'élément essentiel, et que caractérisent des épanchements peu abondants, principalement composés de productions organisables.

Si, contrairement à ce qui s'observe habituellement, la pleurésie suraiguë déterminait, pendant ses périodes d'état et d'augment, un épanchement qui menaçât la vie par son volume, et d'une manière immédiate, la ponction devrait être tentée d'après le précepte : « *Melius anceps remedium quàm nullum;* » mais elle constituerait alors une opération de nécessité qui n'empêcherait pas la phlegmasie de reproduire l'épanchement, et de tuer, par son acuité, si elle n'était pas de nature à céder à une médication antiphlogistique énergique.

La thoracentèse pratiquée dans la pleurésie aiguë modérée, et donnant lieu à un épanchement abondant sans être excessif, n'abrège pas d'une manière évidente le temps nécessaire à la guérison définitive. Un membre de la commission s'est même fondé sur des expériences anciennes qui lui sont propres et sur des faits récents empruntés à la pratique des autres, pour affirmer qu'elle imprimait les caractères de la chronicité à certains épanchements. En second lieu, elle n'épargne pas nécessairement et toujours, aux malades, les ennuis et les douleurs du traitement médical. Il n'est pas démontré, enfin, qu'elle n'entraîne une déformation du thorax moins considérable que dans les cas où elle n'a pas été mise en usage.

Par toutes ces raisons, on peut poser en règle générale que la thoracentèse ne trouve pas son indication dans la pleurésie aiguë modérée qui ne s'accompagne pas d'un épanchement excessif.

Avant de poser les indications de la thoracentèse dans les épanchements excessifs, il était nécessaire de rechercher les caractères qui devaient leur mériter ce nom, pour faire cesser les dissidences, autant que cela est possible, dans l'état actuel de la science.

La dyspnée est un mauvais signe; il y a des épanchements qui tuent les malades par leur quantité et qui déterminent une dyspnée fort légère; il y en a de peu considérables qui s'accompagnent d'une grande difficulté de respirer.

Le déplacement des organes voisins, et plus spécialement du cœur, a une plus grande valeur séméiotique. Dans tous les cas d'épanchements suivis de mort subite, qui ont été consultés, le cœur était déjeté à droite, au delà de la ligne médiane du sternum, dans 9 cas sur 10; dans le dixième, l'épanchement situé à droite avait fortement refoulé le cœur à gauche.

Ceci posé, la conduite à tenir dans les épanchements excessifs pourrait se formuler ainsi :

1° La ponction est de nécessité toutes les fois qu'il y a asphyxie imminente, quels que soient les symptômes concomitants.

2° Si la dyspnée et la gêne de la circulation ne sont pas considérables, mais qu'il existe un déplacement notable des viscères et surtout du cœur, que cet organe soit déjeté au delà de la ligne médiane du sternum, la ponction n'est pas aussi immédiatement nécessaire; mais en tardant trop à la pratiquer, le médecin s'expose à voir une émotion morale, un effort physique déterminer inopinément soit une syncope, soit une congestion pulmonaire rapidement suivie de mort. Le soulagement qui suit l'évacuation de la poitrine ne fera pas oublier, toutefois, que le liquide peut se reproduire et même d'une manière foudroyante, si les périodes d'augment ne sont pas passées. De là aussi, le principe de ne pas opérer, tant qu'elles existent, s'il n'y a pas urgence;

3° Lorsque le déplacement des organes, spécifié ci-dessus, n'existe pas, on est en droit de penser que la respiration et la circulation s'accoutumeront aux conditions anormales qui leur sont faites, et les médecins auxquels il répugne de pratiquer la thoracentèse sans raisons péremptoires, prendront le temps de combattre la maladie, source de l'épanchement, et trouveront la justification de leur conduite dans des faits nombreux de guérison et même de guérison rapide.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Avril 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillons de remèdes secrets;

2° Envoi du recueil de rapports faits au collége des médecins de Londres, sur le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elève des sangsues.

M. Fermond, pharmacien en chef de la Salpêtrière, adresse un Mémoire étendu sur l'*Iodoculture sous le point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques.*

Réclamation.

M. le Dr Michéa croit devoir informer l'Académie qu'il n'a aucune relation avec l'auteur d'un prospectus annonçant la vente du valérianate d'atropine, et qu'il est directement et indirectement étranger à cette vente.

Bougies tortillées et crochues.

M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie un second Mémoire sur les avantages des bougies tortillées et crochues. Il le résume en ces termes :

Dans les cas de rétrécissements qui laissent encore passer l'urine, mais

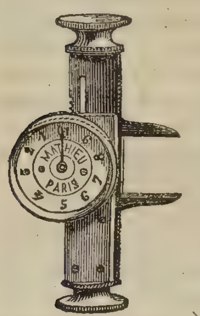
qui n'admettent pas les sondes et les bougies ordinaires, quelle que soit leur finesse, cela provient de ce que l'orifice du rétrécissement est excentrique, ou bien encore de ce que des rétrécissements successifs non circulaires, produisant des saillies alternes, impriment à l'urètre des inflexions brusques en zigzag. Ces obstacles peuvent être franchis en faisant un petit crochet à l'extrémité de la bougie, ou en lui donnant la forme d'une spirale ; leurs pointes, rendues ainsi excentriques, finissent par rencontrer les ouvertures des rétrécissements et par s'engager dans leurs sinuosités.

Au point de vue de l'invention, c'est là une minutie de mince valeur ; mais il n'en est pas de même des résultats ; ils sont d'autant plus importants qu'ils ne dépendent pas de l'habileté exceptionnelle d'un chirurgien, mais de la patience, de la persévérance, qualités accessibles à tous.

Soixante-une observations relatées dans le premier Mémoire constataient l'efficacité de cette manœuvre si simple ; une nouvelle série de dix-neuf cas est contenue dans celui-ci. L'impossibilité du cathétérisme avec les sondes et les bougies ordinaires avait été reconnue par des médecins et des chirurgiens, parmi lesquels MM. Cloquet, Jacquemin, Philippe Boyer, Paul Guersant, Richet, Desperière, Ricord, Huguier, Bourgeois (d'Étampes), Ruff (de la Martinique), Falize (du Havre), etc. Dans le nombre de ces rétrécissements, il y en avait deux traumatiques avec fistules urinaires. Sur l'un d'eux, qui était à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Richet, suppléant le professeur Roux, c'est seulement après six jours de tâtonnement, pendant 20 à 30 minutes, que M. Leroy pût faire pénétrer une bougie capillaire ; six jours plus tard, l'urètre admettait facilement 6 millimètres.

La petite bougie doit séjourner vingt-quatre ou trente-six heures avant qu'une autre lui succède. Loin d'empêcher l'écoulement de l'urine, elle le favorise dans la généralité des cas : les liens qui l'attachent doivent être très-courts ; pour cela on les fixe à la base du gland, à nu, et l'on rabat par-dessus le prépuce quand il existe. La réussite dépend de l'observation de ces précautions auxquelles on peut appliquer ces paroles de Stohl : « *Magni momenti minutiæ.* »

Détermination du diamètre des sondes et bougies.



M. Leroy-d'Étiolles envoie encore à l'Académie un nouveau modèle destiné à régulariser la désignation du diamètre des sondes et bougies. Ce compas est gradué par cinquièmes de millimètres et chaque degré est indiqué par une aiguille sur un cadran disposé *ad hoc*. Cette graduation paraît préférable à celle des diverses filières, divisées en un plus ou moins grand nombre de trous dont les numéros et par conséquent les diamètres ne se correspondent pas entre eux. La figure ci-jointe donnera une idée du nouvel appareil de M. Leroy-d'Étiolles, fabriqué par M. Mathieu.

LECTURES.

Pathologie dentaire.

M. Oudet commence et M. Fr. Dubois continue la lecture de la première partie d'un Mémoire qui, autant qu'il nous a été permis d'en juger, est relatif à la pathologie dentaire. La lecture de la seconde partie aura lieu dans la prochaine séance.

Déviations utérines.

M. Valleix lit la seconde partie de son Mémoire (*voir* ci-dessus).

Perchlorure de fer.

M. Giraldès lit la relation d'une série de recherches expérimentales qu'il a entreprises concurremment avec M. Goubaud, professeur à l'école d'Alfort. L'auteur ayant jugé à propos de ne pas laisser son manuscrit à l'Académie, et sa voix n'ayant pas réussi à dominer le susurrus académique, il nous est impossible de donner une idée de son travail.

La séance est levée à 4 heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Curabilité et fréquence du varicocèle.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Après avoir lu les réflexions dont vous avez fait précéder la Leçon de M. le professeur Nélaton, rédigée par MM. E. Cadet-Gassicourt et P. Lorain, internes du service, je m'empresse de vous communiquer, à l'appui de votre opinion, les documents que j'ai précisément recueillis sur ces questions, et qui feront ultérieurement l'objet d'un opuscule que je me propose de soumettre à la sanction de l'Académie impériale de médecine.

Frappé, depuis nombre d'années, de l'insuffisance des moyens proposés pour la cure radicale ou palliative du varicocèle pur et simple, j'ai dû m'occuper, non pas seulement de chercher un nouveau procédé, ce que j'ai fait, mais de dresser une statistique pour savoir :

1° Combien on pouvait noter d'insuccès sur les opérations pratiquées ;

2° Quelle gêne occasionne le varicocèle chez les sujets non opérés ;

3° Dans quelles circonstances le varicocèle, abandonné à lui-même totalement, peut guérir par le bénéfice de la nature ;

4° Quel est l'âge où le varicocèle est le plus fréquent.

Pour ce qui est de mon nouveau procédé, je ne m'en occuperai aujourd'hui que pour vous dire qu'il m'a réussi six fois sur dix. Sans doute, le succès n'est pas très-merveilleux ; mais je constaterai ici que les insuccès ne sont point des cas de mort, mais bien des récidives. Ensuite, ce procédé, qui ne ressemble ni à ceux proposés par M. Fricke, par M. Davat, par Breschet, par M. Reynaud, par Sanson, etc., se rapproche un peu de celui de M. Velpeau, seulement il est un peu moins long et cause moins de douleur.

Sur 5,540 sujets que j'ai pu observer attentivement, j'en ai trouvé 530 qui étaient atteints de varicocèle.

Sur ces 530, il y en avait 102 qui avaient été opérés.

Parmi les 102 opérés, il y en avait 82 chez lesquels le varicocèle avait récidivé.

14 avaient été opérés par la méthode de Breschet ; sur les 14, 12 récidives.

Les autres avaient été opérés par des procédés divers.

Par conséquent, il résulterait de ces chiffres que, sur 530 atteints de varicocèle, 428 ne s'étaient pas fait opérer. En moyenne, c'étaient tous des hommes de 18 à 34 ans, pas un seul avait 45 ans. Deux d'entre eux, principalement, avaient la profession de postillon ; tous les jours, et même nuit et jour, ils montaient des chevaux de poste qui, comme on le sait, ont le plus souvent les réactions très-dures ; ils n'en étaient point incommodés, et quand je leur proposai de les opérer, ils repoussèrent très-loin ma proposition. Parmi les autres, il y en avait de professions très-diverses ; il serait inutile ici de toutes les mentionner ; néanmoins, je me rappelle que je constatai un varicocèle double, avec atrophie totale des deux testicules, chez un coureur de profession. Mais quand il se livrait à ce genre d'exercice, il avait soin de porter un suspensoir, et, du reste, il n'en éprouvait aucune gêne et ne songeait pas à se faire débarrasser de cette infirmité. Il était marié depuis huit ans, et il n'avait pas d'enfants.

Tous les autres n'étaient pas plus dans l'intention de se faire opérer.

Ainsi donc, sur cent deux opérés, deux ont été guéris par la méthode de Breschet, et dix-huit par les autres procédés.

Ceux qui étaient encore atteints de varicocèle après l'opération, ne s'y sont point soumis une seconde fois ; j'ai eu occasion d'en revoir, quelques années après, trente-et-un, et sur ce nombre, vingt-quatre en étaient parfaitement guéris, sans avoir eu recours à aucun moyen. L'un de ces derniers fut atteint trois fois de gonorrhée ; une fois, il fut atteint d'orchite blennorrhagique, et le varicocèle ne récidiva point.

Cette statistique n'est pas définitivement probante, mais elle donne néanmoins un aperçu duquel on peut conclure :

1° Que l'opération du varicocèle, quel que soit le procédé qu'on emploie, réussit très-rarement ;

2° Qu'il n'occasionne presque pas ou même point de gêne chez les sujets qui en sont atteints, et que, par conséquent, il pourrait ne pas être un motif d'exemption pour le service militaire ;

3° Qu'il guérit à peu près dans la moitié des cas (1), quand il est abandonné à lui-même ;

4° Qu'enfin il s'adresse à la jeunesse et aux premiers stades de l'âge adulte et jamais à la vieillesse.

Agréez, monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée,

Un de vos abonnés,

Dr GOURAINCOURT, *ancien élève des hôpitaux de Paris.*

Franchesse (Allier), le 14 avril 1854.

(1) Tout en remerciant notre très-honorable correspondant de sa communication, nous devons déclarer que la proportion de guérisons spontanées qu'il nous accorde ne saurait nous suffire, et que notre opinion est que le varicocèle, abandonné à lui-même, guérit neuf fois sur dix *au moins*, et même *très-probablement beaucoup* plus souvent encore. Quant aux procédés dont parle notre correspondant, ces procédés, à l'exception du sien, qu'il ne fait pas connaître, ne sont pas, il s'en faut, les plus avantageux. (*N. du R.*)

Erratum. — C'est par erreur qu'un *compte rendu* clinique du service de M. le professeur Nélaton rédigé pour un autre journal, a paru dans le dernier numéro du *Moniteur*. Nous ne publions dans notre journal que des comptes rendus rédigés par MM. Cadet-Gassicourt et Lorain, et revus par le professeur.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 48. 2e année. Samedi 22 Avril 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 21 Avril 1854.

Des morts apparentes et des maisons mortuaires.

La question des morts apparentes et de l'institution de maisons mortuaires ou d'attente a donné lieu, dans la *Gazette des Tribunaux*, à une discussion que nos lecteurs liront avec intérêt, entre un administrateur distingué, M. Husson, chef de division à la Préfecture de la Seine, et M. le docteur Josat, auteur d'un livre sur *la mort*.

On ne saurait trop s'élever contre ce fâcheux préjugé, à peu près éteint depuis plusieurs années, mais qui tend à se réveiller aujourd'hui (1), et qui a si longtemps fait croire à la fréquence des inhumations précipitées. Sous ce rapport, nous nous associons pleinement à l'opinion de l'honorable M. Husson.

Il nous semble bien difficile aussi de ne point partager l'appréciation de l'habile administrateur touchant les inconvénients des maisons mortuaires d'attente. Il est fort triste de l'avouer, mais cela n'est que trop vrai, ces dépôts mortuaires ne servent, dans beaucoup de cas, qu'à soustraire les vivants aux pieux devoirs de famille dont on a été obligé de se faire un si grand argument depuis quelques années, et dont le sentiment, hélas! est si profondément émoussé. C'est du moins là l'impression que nous ont transmise les médecins allemands que nous avons consultés sur les avantages et les inconvénients de ces établissements funèbres, que pour notre compte nous n'avons jamais visités.

Mais si l'on ne peut s'empêcher de partager sur ce point l'opinion si judicieuse de M. Husson, faut-il admettre que les signes de la mort, à part celui qui résulte de la putréfaction, sont d'une certitude absolue, et suffisent pour mettre le médecin à l'abri de toute erreur? Ce serait outrepasser les limites d'une démonstration rigoureuse que de se prononcer pour l'affirmative.

La certitude de la mort, en dehors de la putréfaction, ne repose et ne peut reposer que sur l'absence des battements du cœur pendant 5 ou même 10 minutes, ou, pour être plus vrai, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer, sur l'*impossibilité de constater de ces bruits*. Or, les bruits et les battements du cœur ne peuvent-ils pas être assez faibles pour que ni l'oreille ni la main ne puissent les apprécier? Telle est la véritable question à résoudre, et c'est précisément celle qui n'a point été résolue, ou plutôt telle est celle qui serait résolue par l'affirmative, si l'on en croyait les observations de plusieurs praticiens distingués, entre autres de MM. Ricord et Maisonneuve, qui ont affirmé avoir rappelé à la vie des malades chez lesquels *tout bruit, tout battement du cœur étaient suspendus depuis plus d'un quart d'heure;* de M. Depaul, qui a ranimé des enfants chez lesquels tout bruit et tout battement avaient cessé depuis *une demi-heure;* de M. Bouchacourt, de Lyon, qui a fait des observations analogues, etc.

Nous savons que des doutes ont été émis par quelques personnes sur l'authenticité de ces bruits, et nous-même nous ne les acceptons que sous la condition d'une vérification ultérieure.

Mais on comprend sans peine que si nous considérons comme sujets à contrôle des faits observés par des hommes aussi habiles que ceux dont nous venons de citer les noms, nous ne pouvons accueillir sans examen ceux qui n'ont d'autre garantie que l'autorité de M. Bouchut, car la commission de l'Institut n'a point contrôlé par l'observation les faits consignés dans le travail qu'elle a récompensé.

Jusqu'à nouvelle démonstration, on doit donc considérer comme capable d'induire en erreur, le signe tiré de l'absence des bruits et des battements du cœur.

A défaut des maisons d'attente, ne serait-il pas possible d'atteindre par un autre moyen le but dans lequel elles ont été instituées? Ne pourrait-on pas laisser aux familles la faculté de mettre un plus long intervalle que celui qu'on accorde actuellement entre le moment du décès et celui de l'inhumation? L'usage établi en Angleterre nous paraît répondre à cette question ; on sait qu'à Londres, les familles peuvent conserver leurs morts pendant une semaine et plus, sans que l'état sanitaire de la grande cité cesse d'être pour le moins aussi satisfaisant que celui de Paris.

Quelques précautions administratives assez simples rendraient facile chez nous l'introduction d'un semblable usage, qui, à l'opposé des dépôts mortuaires, aurait le mérite de resserrer les liens de la famille, au lieu de les affaiblir. Nous n'insisterons pas sur les avantages et les inconvénients comparatifs d'une telle mesure, que notre administration appréciera avec sa sollicitude et ses lumières habituelles,

(1) La *Gazette médicale* de Lyon vient de publier un Mémoire de M. le docteur Luppi, dans lequel l'auteur expose toutes les raisons qui, suivant lui, tendent à démontrer la fréquence des morts apparentes. Ce Mémoire, publié à part, se vend chez Leclerc, libraire à Paris.

et nous terminerons ces considérations qu'on pourrait beaucoup étendre, en citant les deux lettres de M. Husson et celle de M. Josat. H. DE CASTELNAU.

Première lettre de M. HUSSON.

« Monsieur le rédacteur,

« Plusieurs journaux, notamment la *Gazette des Tribunaux* dans son numéro d'hier, parlent avec éloge d'un ouvrage que M. le docteur Josat vient de publier sous le titre suivant : *De la mort et de ses caractères,* et qui tend à faire adopter en France le système des maisons mortuaires, adopté dans quatre ou cinq villes d'Allemagne.

« Je n'ai pas la prétention de juger ici le travail de M. le docteur Josat ; mais comme il importe de ne pas laisser exprimer, sans contradiction, des opinions trop absolues sur un sujet qui engendre tant de préjugés et de fausses terreurs, je vous prie de me permettre quelques observations que je développerai plus tard, dans un écrit spécial dont je m'occupe.

« Lorsque l'Académie des sciences a mis au concours, d'après le vœu exprimé par le professeur italien Manni, la question des morts apparentes et celle des moyens de prévenir les enterrements prématurés, des travaux importants lui ont été soumis ; le Mémoire qui fut couronné est de M. le docteur Bouchut (1), médecin des hôpitaux, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de médecine. Dans ce travail remarquable, la question a été traitée à un point de vue différent de celui auquel s'est placé M. le docteur Josat, dont le Mémoire fut seulement alors l'objet d'une mention. Le rapport de l'Académie, que j'ai sous les yeux, adopte presque complétement le résultat des recherches de M. Bouchut, et, contrairement à l'opinion de M. Josat, il établit qu'il existe plusieurs signes certains de la mort ; que la vérification des décès, confiée à des hommes de l'art, doit prévenir les enterrements prématurés ; qu'enfin la possibilité de la constatation de la mort, *d'une manière certaine,* avant le développement de la putréfaction, rend inutile l'établissement de maisons mortuaires semblables à celles qui ont été instituées dans plusieurs villes d'Allemagne.

« J'ajouterai que ces établissements, dont on a fait vraiment trop de bruit, sont loin d'attester, de la part de nos voisins, une préoccupation bien sérieuse à l'endroit des morts apparentes. Chargé, en 1845, d'une mission administrative, j'ai eu l'occasion de visiter la maison de Munich, et je dois dire que j'en suis sorti vivement impressionné de l'absence totale de soins et de prévoyance que l'on constate à regret dans la garde et la conservation des individus qu'on y apporte. Les corps sont placés dans des bières *nus ou presque nus ;* le cercueil des plus riches est environné de cierges et de fleurs ; il y a une affreuse confusion de cadavres, plus ou moins putréfiés, dont les exhalaisons vicient l'air ; en un mot, le régime intérieur de la maison, qui suppose l'oubli le plus complet des règles élémentaires de l'hygiène et de la science médicale, serait à lui seul un obstacle pour empêcher le retour à la vie, si, par impossible, la mort n'était pas réelle. Mais ce qui frappe surtout dans l'aspect d'un tel établissement, c'est l'abandon *moral* des restes humains ; il semble que cette maison, toujours ouverte, soit pour les cœurs peu sympathiques, trop disposés à s'affranchir des derniers soins de tendresse, qui sont un des devoirs les plus sacrés de la famille, un avertissement qu'ils peuvent s'en affranchir en s'empressant de porter à la salle publique le malheureux qui vient de rendre le dernier soupir.

« M. le docteur Josat avoue lui-même qu'il ne s'est pas présenté un seul cas de résurrection dans les maisons mortuaires de l'Allemagne, depuis trente ans, et que des atteintes graves à la santé des gardiens et des familles qui habitent ces lieux malsains sont les seuls résultats qui se soient produits jusqu'à présent.

« En résumé, monsieur le rédacteur, les maisons mortuaires, telles qu'il en existe plusieurs en Allemagne, sont, dans mon opinion et dans celle de plusieurs autorités que je pourrais citer, des créations tout artificielles, enfantées par des préoccupations exagérées et une fausse appréciation des ressources de la science et des moyens administratifs. Dans l'état où elles se trouvent aujourd'hui, elles ne sont plus qu'une institution vieillie et qui aura bientôt disparu. Le moment est donc mal choisi pour conseiller de pareilles créations dans un pays qui peut se vanter, à bon droit, de sa législation perfectionnée en matière de décès, et des moyens de police si prévoyants, adoptés dans les grandes villes, à Paris surtout, pour prévenir les enterrements prématurés.

« Agréez, monsieur le rédacteur, etc. HUSSON. »

(1) Le même qui depuis a reçu d'un jury mystérieux, présidé, dit-on, par une illustre célébrité de la quatrième page, une récompense plus ou moins nationale. (*N. du R.*)

Réponse de M. JOSAT.

Monsieur le rédacteur,

La *Gazette des Tribunaux* du 13 a inséré une lettre de M. Husson, chef de division à la préfecture de la Seine, à laquelle je vous prie de me permettre quelques mots de réponse.

Mon Mémoire n'a pas concouru pour le prix Manni en 1845. Il a fait partie du concours de médecine et de chirurgie en 1852, et a obtenu une récompense de 1,000 fr.

C'est là un détail sans beaucoup d'importance. Passons.

M. Husson donne à penser que mon ouvrage a surtout une tentative administrative : erreur. C'est le côté scientifique de la question qui m'occupe principalement.

En effet, tout mon travail a pour but d'établir que la nature seule se charge de faire connaître avec une certitude absolue le moment où l'homme peut confier à la terre la dépouille mortelle de son semblable, et que la *décomposition* est le signal du départ. Si on ne l'attend pas, je ne dis point qu'on se trompera, mais je prouve qu'on pourra se tromper.

La conséquence immédiate est la nécessité, l'absolue nécessité d'une constatation des décès par les hommes de l'art dans toute la France et l'impossibilité de l'obtenir partout et toujours sans une modification de la législation qui régit actuellement les décès.

Cette modification doit, selon moi, donner lieu à l'institution d'*obitoires*, de *maisons* d'attente ou de quelque chose d'analogue, peu importe le nom. C'est là une conséquence plus éloignée.

En un mot, constatation des décès dans toute la France, sous la responsabilité des médecins ; prolongation légale du délai entre la mort et l'inhumation ; *maisons d'attente ;* voilà trois choses qui, à mes yeux, s'enchaînent si rigoureusement, que décréter l'une sans les deux autres serait paralyser d'avance les résultats d'une mesure générale si impatiemment et si universellement attendue.

Mon but, mon seul but, est d'empêcher qu'on enterre des vivants, ou qu'on s'éloigne des mourants avant la mort consommée.

Que les gens de cœur comme M. Husson me donnent leur concours, et bientôt disparaîtra à tout jamais, non pas seulement le danger, mais jusqu'à l'appréhension du danger des enterrements ou des délaissements avant la mort.

Encore un mot.

M. Husson a vu Munich : que serait-ce s'il avait vu Mayence ?... Mais il n'a pas vu Francfort.

C'est-à-dire que M. Husson a vu les abus de l'institution, et non ses avantages.

J'en appelle à M. Husson, mieux instruit.

Agréez, etc. JOSAT, *D. M. P.*

Seconde lettre de M. HUSSON.

Monsieur le rédacteur,

Puisque M. le docteur Josat insiste, permettez-moi un dernier mot de réplique, pour en finir sur la question des maisons mortuaires. Si le sujet est, de sa nature, peu attrayant, vos lecteurs me sauront gré, peut-être, de les prémunir contre des terreurs que le zèle de quelques personnes contribue à propager.

Le système des maisons allemandes est fondé sur cette erreur

scientifique, que la décomposition cadavérique est le seul signe certain de la mort. On comprend qu'une telle erreur ait pu se produire il y a plus de trente ans; mais l'Allemagne elle-même ne paraît s'y être laissé entraîner que médiocrement, puisque, malgré la force de l'exemple, les maisons d'attente n'existent encore que dans quatre ou cinq villes.

J'ai établi, dans ma première lettre, que, d'après le témoignage de l'Académie des sciences, il y a, pour l'homme de l'art, plusieurs signes qui permettent de constater la mort avec certitude, avant le développement de la putréfaction. Cette opinion de l'Académie, développée dans le jugement du concours pour le prix Manni, a été reproduite, en 1852, à l'occasion des prix Monthyon. Je cite textuellement le procès-verbal: « Les asiles destinés à recevoir les corps des personnes dont l'inhumation ne doit avoir lieu qu'après le développement des premiers phénomènes de putréfaction, ont été créés dans l'opinion que la décomposition générale du corps était le seul signe certain de la mort. « Cette opinion, et la conséquence que M. Josat en a « déduite, en proposant d'établir des maisons mortuaires dans « toutes les villes de France, ne peuvent être admises. » Si donc je suis dans l'erreur, j'aime à me tromper avec le corps qui est, dans notre pays, l'expression la plus élevée de la pensée scientifique. C'est tout ce qu'il m'importe de constater.

J'aurais bien d'autres choses à ajouter; mais je ne puis avoir la prétention de détruire les illusions des partisans de l'institution des maisons mortuaires, et je tiens à ne pas abuser de votre obligeance.

Agréez, etc. A. Husson.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

M. Guérard et M. Barth.

Observations de rhumatisme articulaire aigu, traité par la vératrine,

Par M. P. Duclos, *interne des hôpitaux.*

Depuis le moment où la vératrine a été introduite dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, par M. Piédagnel, on n'a publié qu'un petit nombre de faits relatifs à ce sujet. Quatre observations analysées par M. le professeur Trousseau dans une Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, et dont l'*Union médicale* du 2 avril 1853 a rendu compte; un premier Mémoire de M. Aran, intitulé: *Recherches sur l'emploi de la vératrine dans le traitement des maladies fébriles,* et dont l'*Union médicale* du 13 septembre 1853 a donné une analyse; enfin, une seconde partie du précédent Mémoire, lue récemment par le même auteur à la Société médicale des hôpitaux de Paris, et dont l'*Union médicale* du 4 mars 1854 a résumé les conclusions; tels sont les seuls travaux, relatifs à l'emploi de la vératrine dans le traitement du rhumatisme, que nous connaissions jusqu'à présent.

Aux recherches précédentes, nous nous proposons, dans ces notes, d'ajouter le résumé des neuf observations que nous avons recueillies dans les hôpitaux: parmi les rhumatismes que nous avons observés, on verra que six ont pris des pilules contenant chacune 1 centigramme de vératrine, c'est-à-dire que le médicament a été employé à plus haute dose dans ces six cas que dans les exemples publiés jusqu'à ce jour; tandis que les trois autres prirent la vératrine suivant la formule de M. Piédagnel, qui consiste à donner des pilules contenant chacune 5 milligrammes du principe actif.... Jamais nous n'avons vu prescrire, le premier jour de la médication, une dose supérieure à 2 centigrammes de vératrine; jamais non plus nous n'avons vu dépasser la dose de 7 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et nous devons ajouter de suite qu'on n'est arrivé à cette dose si élevée de 7 centigrammes dans les vingt-quatre heures, que lentement, graduellement et d'une manière progressive. Ces pilules de vératrine ont été données toujours à une heure d'intervalle, pendant la journée, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

I. *Effets immédiats.* — Chez tous les malades soumis à cette médication, un seul ordre d'effets immédiats a été observé. Ils ont leur siége dans l'appareil gastro-intestinal, mais la portion sus-diaphragmatique du tube digestif paraît rester étrangère aux accidents qui se produisent plus bas: la langue reste humide, quelquefois elle est couverte d'enduits muqueux, mais elle n'offre pas une plus grande rougeur que d'ordinaire; l'appétit est conservé et quelquefois devient excessif (c'est là un fait noté chez tous nos malades); la soif est nulle; la sensation de chaleur ou de brûlure passagères le long de l'œsophage, notée, il est vrai, comme très-rare dans l'*Union médicale* du 13 septembre 1853, aucun de nos malades ne l'a accusée, non plus que la gêne dans la déglutition; la digestion est facile, la douleur épigastrique rare; nous n'avons jamais noté de hoquet. Au contraire, les nausées, les vomissements, la diarrhée sont très-fréquents; quant aux coliques, au ténesme anal, aux selles sanguinolentes que l'on constate chez les malades qui prennent la teinture de colchique à haute dose; nous ne les verrons pas figurer dans le tableau des accidents produits par l'usage de la vératrine aux doses sus-indiquées. On devra peut-être attribuer néanmoins, à ce médicament, l'espèce de dyssenterie qui survient chez le malade de la 8e observation, bien qu'il ne prît plus de vératrine déjà depuis cinq jours quand cette maladie apparut.

Les effets les plus constants sont donc les nausées, les vomissements et la diarrhée:

A. Les nausées surviennent parfois quelques minutes après l'ingestion du médicament, ou plusieurs heures après, se dissipent très-promptement et rarement persistent le lendemain. Quelquefois cet accident fatigue tellement les malades (*voir* 8e *obs.*), qu'il leur inspire la plus grande répugnance pour le médicament. Les nausées sont le plus souvent suivies de vomissements.

B. Les vomissements ont paru toutes les fois qu'on a donné 2, 3 centigrammes de vératrine dans les vingt-quatre heures, pendant les premiers jours de la médication; 1 centigramme, 1 centigramme 1/2, mais donnés suivant la formule de M. Piédagnel, c'est-à-dire en 2 ou 3 pilules, ont également amené le vomissement. Les liquides vomis étaient tantôt verts, porracés ou jaunâtres, et tantôt ils ressemblaient à de la salive visqueuse et filante; mais, dans tous les cas, ils étaient amers et évidemment bilieux. La quantité des vomissements était variable, mais ordinairement ils étaient peu copieux. Comme les nausées, les vomissements persistaient rarement le lendemain de l'ingestion du médicament. En lisant nos observations, une remarque générale que l'on pourra faire eu égard aux vomissements, c'est que le premier jour de l'administration du médicament, il est rare d'observer de la diarrhée en même temps que des vomissements: en sorte que l'on pourrait penser que la vératrine, complétement rejetée par le vomissement, ne peut plus produire de la diarrhée, et qu'au contraire, s'il ne survient pas de vomissement, le médicament est emporté par les évacuations alvines. Le fait est que c'est ce que l'on observe le plus communément. Cependant, nous citerons nous-même des cas dans lesquels le vomissement et la diarrhée se sont montrés simultanément pendant l'emploi de la vératrine; mais ce dernier fait nous a paru l'exception.

C. La diarrhée, symptôme le plus constant avec les nausées et les vomissements, a cependant manqué quelquefois pendant les premiers jours de traitement (*voir* les 3e et 5e *obs.*); et alors, comme nous le disions tout à l'heure, elle était remplacée par des vomissements. D'autres fois, au contraire, elle s'est montrée seule et sans vomissement (*voir* 6e *obs.*). Elle survint ordinairement deux ou trois heures après l'ingestion de la vératrine; le lendemain, elle avait complétement cessé, et le malade réclamait impérieusement des aliments quelquefois même avant qu'on eût suspendu le médicament. Le nombre des évacuations alvines était proportionné à la dose employée: 1 pilule contenant 5 milligrammes de vératrine a amené une selle (*voir* 7e *obs.*); 2 pilules de 5 milligrammes chacune, deux selles (*voir* 8e *obs.*);

3 centigrammes de vératrine en 3 pilules, quatre selles (*voir* 2e *obs.*); 5, 6, 7 centigrammes dans les vingt-quatre heures, doses auxquelles on n'est arrivé que graduellement, n'ont cependant produit que deux à trois selles liquides par jour (*voir* les 1re et 2e *obs.*); et les malades, à la longue, nous ont paru avoir une plus ou moins grande tolérance pour le médicament. Nous n'avons pu étudier la nature de ces selles diarrhéiques.... La vératrine produit-elle une sécrétion de gaz dans le tube digestif, comme la chose a été notée pour la teinture de colchique par M. Monneret? (*Archiv.*, mars 1844, *Mémoire sur le traitement du rhumatisme*). Nous serions disposé à l'admettre en voyant les renvois gazeux, les gaz intestinaux dont se sont plaints les malades des 8e et 9e observations. Toutefois, jamais nous n'avons remarqué de météorisme pendant l'usage du médicament.

Quand enfin la vératrine a produit ces premiers effets sur l'appareil gastro-intestinal, et qu'on pourrait la croire entrée par absorption dans le système circulatoire (question qui reste à élucider), possède-t-elle ces propriétés dynamiques, hyposthénisantes, caractérisées par l'abaissement du pouls et de la chaleur animale sur lesquelles MM. les professeurs Trousseau et Aran ont appelé l'attention des observateurs? Trois fois, la chute du pouls a été notée par M. Trousseau, dans les quatre observations publiées dans l'*Union médicale* du 2 avril 1853. Dans les conclusions qui terminent le Mémoire de M. Aran, dont nous avons parlé, cet auteur insiste encore plus sur la chute du pouls et de la chaleur animale (*voir* l'*Union médicale* du 4 mars 1854).

Nous ignorons si cette chute du pouls est un des effets constants de la vératrine, mais dans les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e observations, c'est-à-dire cinq fois sur neuf cas, les seuls dans lesquels nous ayons recherché quelle était l'influence du médicament sur la circulation, cet abaissement du pouls a été des plus évidents. Dans la 9e observation, qui pourrait servir de type à ce sujet, on verra le pouls, qui le matin était à 84 pulsations, tomber à 60 pulsations le soir, après l'ingestion de 2 centigrammes de vératrine en 4 pilules qui avaient amené deux ou trois vomissements, des nausées, sans coliques ni diarrhée. Dans cet exemple, on verra encore que la chaleur animale est restée normale pendant cette chute du pouls; malheureusement, le nombre des respirations n'a pas été compté. — Combien de temps le pouls reste-t-il ainsi abaissé? Nous l'ignorons; mais au bout de quinze heures, le lendemain, dans le fait que nous citions tout à l'heure, on retrouvait 84 pulsations à l'artère radiale.

Pour compléter l'histoire des effets immédiats de la vératrine, il resterait à rechercher maintenant si elle possède ces propriétés diurétiques qui ont été attribuées au colchique (voir *Traité de thérap.* de MM. Trousseau et Pidoux, t. 1, p. 722). Nous n'avons pas fait de remarques spéciales à ce sujet; cependant, on verra qu'aucun de nos malades n'a accusé des urines plus copieuses pendant l'usage du médicament. A ce propos, un sujet curieux d'études eût été de rechercher si la vératrine se retrouve dans les urines, comme tant d'autres médicaments (sulfate de quinine, huile de térébenthine, iodure de potassium, etc.) Une seule fois (*voir* 9e obs.), nous avons examiné les urines dans ce but, et alors elles présentaient deux des caractères assignés par M. Orfila (*Élém. de chim.*, t. 2, p. 436) à la vératrine, nous voulons dire l'alcalinité et la coloration en rouge par l'acide nitrique. Mais un fait unique, et surtout aussi incomplet que celui dont nous parlons, est insuffisant pour décider une question aussi importante que celle qui nous occupe. C'est pourquoi nous nous bornons à le signaler, dans l'espérance qu'il pourra provoquer de nouvelles recherches.

En résumé, on voit que la vératrine porte spécialement son action sur l'appareil gastro-intestinal; que tantôt elle produit des nausées et des vomissements, et tantôt, mais plus rarement, de la diarrhée seulement; qu'enfin, quelquefois elle amène simultanément des nausées, des vomissements et de la diarrhée, parfois des renvois gazeux et des gaz intestinaux; que, le plus souvent administrée aux doses sus-indiquées, quand elle amène de la diarrhée, elle agit comme les purgatifs doux, et, par exception peut-être, comme les purgatifs drastiques; que cette action est très-passagère, et que rarement elle persiste le lendemain de l'ingestion du médicament; qu'ensuite, pendant le malaise produit par les nausées et les vomissements, on constate ordinairement un abaissement considérable du pouls, et que, de même que les troubles du tube digestif, cette sédation de la circulation nous a paru très-fugitive.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des effets immédiats de la vératrine; nous allons rechercher maintenant quels sont ses effets secondaires dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu :

II. *Effets secondaires.*— Pour donner un moyen d'apprécier ces effets, nous rapporterons nos observations, en faisant précéder chacune d'elles d'un résumé général dans lequel nous indiquerons la marche, les complications de la maladie, la durée du traitement par la vératrine, les effets du médicament, la terminaison, et enfin la durée totale de l'affection.

1re *Observation. — Rhumatisme articulaire à marche aiguë. — Huit jours de traitement par la vératrine, qui amène des nausées, un vomissement, de la diarrhée. — Guérison. — Durée totale de la maladie : onze jours.* — Babuel, âgé de 25 ans, boulanger, entra le 19 avril 1853 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 35 (service de M. Guérard). Il est exposé par son travail à se refroidir souvent étant en sueur. Venu de Troyes à Paris seulement depuis une semaine, il a été pris, trois jours avant son entrée dans le service, de douleurs dans le poignet droit, puis dans le genou droit, et enfin dans le poignet gauche, qui seul se tuméfié. En même temps il était survenu de l'insomnie, de la fièvre et l'appétit se perdit.... A son entrée, les mêmes douleurs existent dans les jointures sus-indiquées, mais il n'y a que le poignet gauche qui soit tuméfié, toutefois sans rougeur de la peau; le pouls est plein, fréquent à cent pulsations, un peu dépressible; souffle léger au premier temps du cœur, sans douleurs ni palpitations à la région précordiale.

Le 20, le lendemain, outre la tuméfaction et les douleurs du poignet gauche, on constate au niveau de cette articulation, une vive rougeur; la nuit a été sans sommeil. — Le malade commence à prendre 2 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune*, dans une cuillerée de tisane à une heure d'intervalle.

Le soir, il a vomi une fois, mais il n'a pas eu de selle diarrhéique.

Le 21, il se trouve mieux; les douleurs sont moins intenses; il a dormi cette nuit pour la première fois depuis le commencement de sa maladie; il y a eu des nausées sans vomissement et une selle en dévoiement cette nuit. — 3 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme.*

Le 22, il y a eu quelques nausées sans vomissement et deux selles liquides hier après les pilules. La langue est blanche et humide; il est survenu un très-grand appétit depuis hier; il n'y a plus de fièvre, plus de souffle, les bruits du cœur sont très-lents; le poignet gauche est complétement dégonflé; il ne reste plus que quelques douleurs dans le genou gauche, toutefois sans tuméfaction ni rougeur de cette articulation. — Pour traitement : 4 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune;* 2 bains, 2 potages.

Les 23, 24 et 25. Le malade va chaque jour de mieux en mieux; quelques douleurs persistent encore dans l'épaule gauche non tuméfiée. Il a pris depuis le 22, 5 pilules de vératrine tous les jours : elles n'amenaient que quelques nausées et trois selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Le 27, hier, il a pris 6 pilules de vératrine de 0,01 centigramme chacune, et cependant il n'a eu que deux selles diarrhéiques; l'appétit est excessif; les douleurs de l'épaule persistent, mais si légères, que le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

2e *Observation. — Rhumatisme articulaire chronique à marche subaiguë, avec souffle cardiaque. — Dix jours de traitement par la vératrine, qui amène de la diarrhée, puis des nausées, des vomissements. — Guérison, mais persistance du souffle cardiaque. — Durée totale de l'attaque rhumatismale, 16 jours.*—Massin, âgé de 23 ans, maçon, entra le 11 avril 1853, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 42 (même service). Depuis l'âge de 17 ans, il est sujet à des attaques fréquentes de rhumatisme; il a eu cinq ou six attaques semblables depuis sept ans; elles duraient ordinairement tantôt huit, tantôt quinze jours; cependant la première a duré deux mois; le malade se bornait à appliquer des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée sur les jointures affectées. Il a couché dans un endroit humide pendant un temps qu'il ne peut préciser; en outre, étant enfant, il est tombé dans une fontaine, alors qu'il avait une éruption à la peau (éruption qu'il nomme croûtes de lait); c'est à ces causes qu'il attribue sa maladie.

Depuis cinq ans il n'avait pas eu de rhumatisme, quand, il y a six jours,

sans cause connue, il a été repris de douleurs erratiques dans tous les membres. Celles-ci se sont ensuite fixées dans le coude-pied gauche, puis dans le genou droit, puis dans la région lombaire, et enfin dans l'épaule droite, en même temps il perdit le sommeil, l'appétit, et il survint des frissons le jour où il se rendit à l'hôpital.

Le 11 avril, à son entrée il existe des douleurs dans les reins, l'épaule droite, le genou droit et le coude-pied gauche, mais il n'y a de gonflement que dans ces deux dernières jointures, qui ne sont pas rouges ; le moindre mouvement, la pression y réveillent d'excessives douleurs ; la peau est moite, le pouls, peu fréquent, a 72 puls.; il existe un souffle doux, moelleux au premier temps du cœur, et qui se prolonge dans l'aorte et dans les vaisseaux du cou ; la langue est blanche et humide. — Pour traitement, le malade commence à prendre *une pilule de vératrine de* 0,01 *centigramme,* chiend., diète.

Le 12, il n'y a pas eu d'effets produits. Le poignet gauche et plusieurs articulations des doigts de ce côté sont rouges, tuméfiés et très-douloureux. La peau est baignée de sueurs, le pouls, fréquent, a 96 puls. — Pour traitement : 2 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune,* chiend., diète.

Le 13, hier, après les pilules, il est survenu des nausées et une selle diarrhéïque sans vomissement. — Pour traitement : 3 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune,* chiend., diète.

Le 14, hier, après les pilules, il y a eu quatre ou cinq vomissements et quatre selles liquides cette nuit. Les douleurs des membres inférieurs, des reins, de l'épaule droite sont calmées ; seul, le poignet gauche est resté douloureux, rouge et tuméfié. La peau est baignée de sueurs, le pouls reste fréquent, a 96 puls. Le souffle du cœur persiste ; l'appétit est très-vif. Aujourd'hui, on a laissé le malade à 3 pilules de vératrine, et après chacune d'elles, il n'y a plus eu que des nausées, mais pas de vomissement ni de diarrhée.

Le 15, dixième jour de la maladie, soulagement considérable. Le poignet gauche lui-même est dégonflé, n'est plus rouge, mais est encore un peu douloureux pendant les mouvements ; la langue est normale, l'appétit très-vif ; il n'y a plus de fièvre. — Pour traitement : 3 pilules de vératrine, 2 bouillons.

Le 16, enfin, le malade a pu se lever, marcher, aucune jointure n'est douloureuse. Hier, après les pilules, le malade a vomi plein un crachoir d'hôpital d'un liquide bilieux, amer, et a eu deux selles liquides. Accidents survenus un instant chaque fois après l'ingestion des pilules. Cependant, on reste à 3 pilules de vératrine.

Le 17, hier encore, une selle diarrhéique mais sans nausées et sans vomissements. — 3 pilules de vératrine, une portion.

Les 18, 19, 20, 21, le malade, quoique guéri, a continué à prendre 3 pilules de vératrine chaque jour, et il n'y a plus eu d'effets produits.

Le 22 avril, quand Massin quitta l'hôpital, M. Guérard entendit encore le souffle cardiaque.

3e *Observation. — Rhumatisme articulaire généralisé avec endocardite. — Marche aiguë de la maladie, traitée sans succès pendant deux jours par la vératrine, qui amène des nausées, des vomissements sans diarrhée, puis traitée avantageusement pendant trois jours par le sulfate de quinine à haute dose. — Méningite intercurrente. — Mort. — Durée totale de la maladie : seize jours.* — Fontier, âgé de 22 ans, tailleur, entra le 4 avril 1853 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 40 (même service). Jamais il n'a eu antérieurement de douleurs rhumatismales : il habite depuis un mois une maison humide. Il croit s'être refroidi, étant en sueur huit jours avant son entrée à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, il y a huit jours, il a été pris d'abord de douleurs dans le poignet droit et le pouce du même côté, qui se sont tuméfiés et sont devenus rouges. Le lendemain, le coude-pied droit a été le siége des mêmes symptômes ; le jour suivant, le coude-pied gauche, puis les deux épaules furent envahis, en même temps qu'il était survenu de vives douleurs à la partie postérieure du cou. L'appétit, le sommeil, se perdirent, la fièvre s'annonça par des sueurs abondantes, mais sans frissons. Le jour d'entrée, les douleurs étaient si intenses et si générales, qu'aucun mouvement dans le lit n'était possible. Le pouls était plein, très-fréquent, à 112 puls.; la peau était couverte de sueurs abondantes. Malgré le grand nombre d'articulations malades, on ne put entendre de souffle au cœur, dont les battements étaient fort énergiques, parfaitement réguliers ; il n'y avait ni palpitations ni douleurs à la région précordiale. A cette époque, bien qu'il y eût des douleurs dans les deux coudes-pieds, les deux poignets, les deux épaules et la partie postérieure du cou, on ne constatait de rougeur et de tuméfaction que dans les deux coudes-pieds et dans les deux poignets.

Le 5 avril, même état. — Pour traitement : *une pilule de vératrine de* 0,01 *centigramme,* julep, diacode, diète.

Le 6, il n'y a pas eu d'effets produits. Les douleurs, la fièvre sont aussi intenses. — 2 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 7, hier, après les pilules, il y a eu des nausées continuelles et deux vomissements bilieux amers, mais pas de selles. Il n'y a pas de changement dans l'état du malade. On suspend la vératrine. — Pour traitement : huile de ricin, 15 grammes.

Le 8, le malade a eu deux selles, il n'est survenu encore aucune amélioration. — Pour traitement : sulfate de quinine, 2 grammes en solution incomplète dans un julep gom.

Le 9, les douleurs sont beaucoup moins intenses, à ce point qu'aujourd'hui le malade peut s'asseoir sur son séant, ce qu'il n'a pas fait depuis quinze jours ; les poignets, encore tuméfiés, ne sont plus rouges ; les deux genoux et la racine des deux cuisses sont le siége de vives douleurs ; mais la fièvre a disparu, le pouls n'est plus fréquent à 80 puls.; la peau, sans moiteur, a sa température normale. Hier soir, il est survenu une abondante épistaxis. — Pour traitement : sulfate de quinine, 2 grammes, *ut suprà.*

Le 10 et le 11, le malade va de mieux en mieux. On continue le même traitement. Ce matin, 11, toutes les jointures affectées sont dégonflées et ne sont presque plus douloureuses que pendant les grands mouvements.

Soudain, sans cause connue, le malade est pris, dans l'après-midi, d'un délire furieux. Il veut sortir de son lit ; le visage est fortement congestionné. Le pouls, extrêmement fréquent, a 120 puls.; la peau, recouverte de sueurs copieuses, présente sur tout le corps, et particulièrement au devant de la poitrine, une éruption de vésicules miliaires entourées chacune d'une auréole rouge inflammatoire. Le malade meurt le soir avant qu'on ait eu le temps d'instituer aucun traitement.

Pour abréger, nous ne transcrirons pas ici tous les détails de l'autopsie ; nous ne noterons que les principaux : 1° le cœur, qui contenait un sang fluide, ne présentait d'autre lésion qu'un petit renflement jaunâtre, comme verruqueux, épaississement de l'endocarde situé sur le milieu de la face auriculaire de la valvule mitrale, c'est-à-dire à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; 2° les membres d'enveloppe de l'encéphale offraient une injection capillaire très-abondante, avec des ecchymoses violacées répandues çà et là au-dessous d'elles, car le lavage ni le frottement ne purent les faire disparaître ; les sinus veineux étaient gorgés d'un sang fluide très-noir, et cependant il n'y avait de sérosité ni dans les ventricules ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; la pie-mère se détachait facilement de la substance cérébrale qui nous a paru, à sa surface, plus rosée qu'à l'état normal ; 3° enfin, le tissu encéphalique offrait sur chaque coupe un état piqueté rouge plus prononcé que de coutume ; il présentait, en un mot, cette hypérémie que l'on trouve dans la congestion cérébrale ; mais la consistance de ce tissu paraissait normale.

Ce fait malheureux, s'il venait à être observé de nouveau, prouverait au moins une chose, c'est l'inefficacité de la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu généralisé, pendant les deux premiers jours de l'administration du médicament.

4e *Observation. — Rhumatisme articulaire à marche subaiguë. — Cinq semaines de traitement par la vératrine, qui amène de la diarrhée, des nausées, des vomissements. — Guérison, mais diminution très-lente des douleurs. — Durée totale de la maladie : cinq semaines.* — Maubiot (François), âgé de 27 ans, journalier, travaillant sur le port, entra le 12 mars 1853, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 53 (même service). La semaine qui avait précédé son entrée à l'hôpital, ce malade avait été mouillé pendant toute une journée ; et depuis deux jours, quand il fut reçu dans le service, il avait de vives douleurs dans tous les membres : celles-ci commencèrent à se fixer dans l'épaule gauche, puis envahirent successivement le coude-pied gauche, le coude-pied droit, le bras droit et les reins, mais il n'y eut ni frissons ni réaction fébrile.

13 *mars.* — Les douleurs ont envahi toutes les jointures des doigts de la main gauche qui sont rouges et tuméfiées. — Ce jour-là, le malade prit 1 *pilule de vératrine de* 0,01 *centigramme.* Le deuxième jour, il en prit deux semblables ; puis on donna ainsi chaque jour 1 pilule de plus, jusqu'au septième jour où l'on prescrivit 7 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune,* dose qui amenait deux à trois selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures, avec légères coliques et souvent un vomissement de salive filante, vomissement qui survenait ordinairement le matin, au réveil. Les douleurs ont diminué peu à peu d'intensité, mais avec une lenteur excessive.

8 *avril.* — Nous lisons dans nos notes : « Depuis trois semaines, le malade continue à prendre chaque jour 7 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigrammes chacune,* et cependant les douleurs persistent presque aussi vives qu'autrefois dans les deux épaules et les coudes ; mais l'état général est excellent. Il n'y a pas de fièvre ; le malade mange 1 portion. Après les pilules, il y avait deux à trois selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures, sans coliques, sans nausées et sans vomissements. — Même traitement. »

Le 12, aujourd'hui le malade meut très-bien toutes les jointures anciennement affectées ; l'appétit est excessif et la faiblesse musculaire très-grande. — Pour traitement : 7 *pilules de vératrine;* 1 portion.

Le 17, on supprime la vératrine, et le malade sort le 19, parfaitement guéri.

5e *Observation.* — *Rhumatisme articulaire à marche aiguë avec souffle cardiaque. — Quatorze jours de traitement par la vératrine qui amène des nausées, des vomissements et la chute du pouls, qui de* 100 *tombe à* 80 *pulsations, après quatorze jours de traitement. — Léger amendement d'abord, puis récidive des douleurs et guérison définitive après trois ou quatre jours de traitement par le sulfate de quinine à haute dose. — Durée totale de la maladie : environ vingt jours.* — Deneux, âgé de 17 ans, relieur, puis valet de chambre, entra le 22 avril 1853, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 53 (même service). A l'âge de 8 ans, il eut des douleurs, mais il ne se rappelle ni le temps que dura cette maladie ni le traitement qui fut employé pour la combattre. A son entrée dans le service, ce malade avait été repris, sans cause connue, depuis trois jours, de douleurs dans les deux coudes-pieds et les deux genoux, mais sans tuméfaction ni rougeur de ces jointures. L'appétit et le sommeil se perdirent; il survint une fièvre intense.

23 *avril.* — La langue était blanche, humide; le pouls plein et fréquent, à 100 pulsat. On entendait un souffle doux, moelleux, au premier temps du cœur et dans les vaisseaux du cou; la peau était brûlante; il n'y avait pas eu de selles depuis deux jours. — Pour traitement, le malade commence à prendre 2 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 24, il n'y a pas eu d'effets produits. — Pour traitement : 3 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 25, hier, après avoir pris les 3 pilules, le malade a vomi la moitié d'un bassin ordinaire d'hôpital. Le liquide venu était vert, bilieux, amer, mais il n'y a pas eu de selle diarrhéique. Il ne reste plus de douleurs que dans le poignet et le genou droits nullement tuméfiés. Les nuits restent sans sommeil. On n'entend pas de souffle au cœur ni dans les vaisseaux du cou. — Pour traitement : 3 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 26, comme il n'y a pas eu de selles depuis cinq jours, lavement purgatif qui amène une garde-robe copieuse. — Pour traitement : 4 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 27, hier, il n'y a pas eu d'effets produits après les pilules. Il reste quelques douleurs dans les deux épaules, les doigts, mais elles sont moins intenses que celles des jours précédents. — Pour traitement : 5 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Les 28-29, la maladie paraît rester stationnaire. Aujourd'hui, on a prescrit 6 pilules de vératrine; après les 3 premières, il y a eu des nausées, des vomissements bilieux, amers, et une selle diarrhéique. On suspend les trois autres.

Le 30, les douleurs des épaules persistent. — Pour traitement : 5 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

1er *mai.* — Pas d'amélioration. — Pour traitement : 6 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Le 2, il n'y a pas eu de nausées, de vomissements ni de selles diarrhéiques depuis avant-hier. L'appétit est excessif. Il est revenu hier des douleurs très-vives dans le poignet droit, le genou du même côté et la plante des pieds, mais on n'observe ni tuméfaction ni rougeur dans aucune jointure; d'ailleurs, il n'y a pas de fièvre ni de souffle au cœur. — Pour traitement : 7 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune.*

Les 3, 4 et 5, les douleurs diminuent peu à peu. L'état général est excellent; l'appétit très-vif. Le malade mange 1 portion, et, bien qu'il continue à prendre chaque jour 7 pilules de vératrine, on n'observe ni nausées ni vomissements ni diarrhée; il ne reste que quelques douleurs dans le coude-pied droit, mais les nuits sont toujours sans sommeil. — Même traitement.

Le 7, après avoir passé quatre jours entiers sans souffrir, le malade a été repris hier, sans cause connue, de vives douleurs dans les épaules, les bras, les mains et les deux genoux. Jusqu'ici, il ne s'était pas encore levé; mais peut-être s'est-il refroidi la nuit dernière, en allant à la selle, car, après les pilules, il a eu une garde-robe liquide abondante. — Même traitement.

Le 8, les douleurs ont pris encore plus d'intensité, à tel point qu'aujourd'hui aucun mouvement n'est possible : la fièvre paraît intense, la peau est baignée de sueurs copieuses, et cependant, chose remarquable! le pouls, plein et dur, n'est pas fréquent à 80 pulsations. Le souffle au premier temps du cœur a reparu; la langue est blanche, sèche et rouge sur les bords; les douleurs les plus aiguës ont leur siége dans les doigts de la main gauche. — Même traitement. — On remplace la vératrine par 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en huit paquets, dans du pain azyme : un toutes les heures.

Déjà, *le soir,* le malade se trouve un peu mieux, et ses douleurs sont moins vives.

Le 9, l'amélioration est encore plus notable. — 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 10, aujourd'hui, il n'existe plus que quelques légères douleurs à la racine de la cuisse droite, mais les épaules, les bras, les mains et les genoux sont maintenant complétement libres et sans douleurs; le malade meut facilement toutes ces jointures. La langue est normale; le pouls reste à 80 pulsations. — Même traitement. — Quelques jours après, Deneux quitte l'hôpital parfaitement bien guéri.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Perforation avec déchirure complète de l'intestin à la suite d'une blessure. — Suture à surjet. — Guérison,

Par le Dr A. GOURAINCOURT, *ancien élève des hôpitaux de Paris, médecin à Franchesse* (Allier).

Deux hommes chargeaient de copeaux une voiture dite charrette à échelles, dans un taillis récemment exploité; l'un d'eux, le nommé Chaput (Philippe), laboureur, qui était debout sur la voiture, et occupé à les entasser, perdit l'équilibre au moment où les bœufs, qui avaient eu peur, entraînaient vivement la voiture et firent monter l'une des roues sur une grosse souche. Le choc et le cahot furent si violents, que cet homme, lancé précipitamment contre les échelons latéraux, fortement aiguisés et d'une longueur de 12 centimètres, qui bordent ce genre de voiture, eut l'abdomen perforé par l'un d'eux. Ainsi couché horizontalement, ses mains portèrent en même temps sur la roue, qui, lui servant de point d'appui malgré qu'elle fût en état de rotation, il put néanmoins s'arracher, avec courage, à une mort imminente.

Transporté immédiatement chez moi, cet homme rendit tous les aliments qu'il avait pris à son repas, une heure environ avant l'accident. Comme il était peu distant de chez lui, je l'y fis transporter sur ses instances réitérées, et on le plaça sur un lit.

Voici alors ce que je m'empressai de constater :

A travers la plaie qui était située au niveau de l'ombilic, une masse énorme avait fait hernie, tant à cause de la largeur de la plaie elle-même que par suite des efforts de vomissement qui étaient toujours incessants.

Cette masse herniaire était formée par une portion de l'épiploon, dont le volume égalait celui d'un poing d'adulte; le colon transverse, presque divisé en deux, n'adhérait plus que par une bride filiforme.

Considérant la gravité d'un cas semblable, pensant que cette bride était fort inutile, je la divisai, et je pratiquai la suture à surjet d'après le procédé de M. Velpeau, mon ancien maître.

« Si d'ailleurs je voulais la mettre en usage, dit M. Velpeau « (p. 138, t. 4, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*), « *après avoir décrit la modification proposée par M. Lembert,* j'aimerais mieux me servir de la suture à surjet; c'est-« à-dire que je passerais l'aiguille obliquement de haut en bas, « du bout supérieur sur la face externe du bout inférieur, afin « de remonter ensuite sur le premier à une ligne ou deux du « point de départ, revenir sur le second, retourner encore au « premier, et ainsi de suite, jusqu'à ce que j'eusse parcouru la « circonférence de l'intestin. Pour terminer, il n'y aurait plus « qu'à tirer en sens opposé sur les deux bouts du fil, dont l'un « serait à l'origine et l'autre à la terminaison de la suture. Si de « simples tractions ne suffisaient pas pour obliger les lèvres de « la plaie à se renverser et le péritoine à se mettre en contact « avec lui-même, le bec d'une sonde compléterait ce renverse-« ment. En faisant un double nœud, l'opération serait terminée « à l'instant. »

Ayant donc suivi ce procédé de point en point, après avoir coupé préalablement toute la masse épiploïque qui me gênait et dont je n'aurais pu faire la réduction, j'agrandis avec le bistouri boutonné la plaie abdominale et je réduisis l'intestin, laissant les extrémités du fil assujetties en dehors.

Le soir même, cet homme présenta tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Je fis au pourtour de la plaie, dont la presque totalité avait été réunie par quelques points de suture

simple, une forte application de sangsues, je fis administrer une potion diacodée par cuillerée d'heure en heure, eau de Seltz pour boisson.

Le lendemain, l'abdomen était moins tendu et moins douloureux, le pouls était à 115, l'affaissement extrême. Les vomissements n'avaient pas reparu depuis l'opération.

Ce jour-là et les deux jours suivants, je fis pratiquer trois onctions, par jour, avec 4 grammes d'onguent mercuriel double, chaque fois, matin et soir, le malade prit une pilule contenant chacune 5 centigrammes d'extrait thébaïque, eau de Seltz, immobilité aussi complète que possible, diète austère.

Ce traitement fut ainsi continué pendant huit jours, et, chose extraordinaire, le malade n'eut pas la moindre salivation mercurielle.

Enfin, la fièvre étant éteinte complétement, la plaie commençant à se couvrir de bourgeons charnus, je permis quelques bouillons. Les garderobes se rétablirent, mais avec des coliques très-vives, vers le deuxième septenaire. La chute des fils eut lieu le dix-huitième jour, et la cicatrisation fut complète un mois après.

C'est dans le courant d'avril 1852 que ce cas s'est présenté à mon observation; j'ai différé de le publier, pour savoir si la guérison serait durable; elle l'a été en effet. Néanmoins, il faut noter que cet homme, qui se livre quotidiennement aux rudes travaux de la campagne, éprouve fréquemment des coliques et une tension dans l'endroit de la cicatrice. Quoi qu'il en soit, les fonctions sont très-régulières, et on doit considérer le résultat comme très-satisfaisant.

Je ne me dissimule pas qu'il y avait un peu de témérité à tenter sur l'homme une opération aussi grave; du reste, le manuel opératoire en est assez facile et prompt, et je n'hésiterais pas à recommencer, puisqu'un succès complet s'en est heureusement suivi.

Du procédé opératoire, des indications et des contre-indications de la thoracentèse.

(*Suite et fin. Voir le n° 47.*)

Épanchements séreux chroniques. — La chronicité est une condition défavorable qui ne permet pas, autant que l'état aigu, de compter sur les effets de l'organisme et de l'art pour la résorption du liquide épanché. Aussi est-il permis de dire, d'une manière générale, que la question d'opportunité de la paracentèse thoracique peut se présenter moins rarement dans les épanchements séreux chroniques; mais les résultats de l'opération sont plus variables et son emploi moins indifférent.

Si la pleurésie chronique conserve ou reprend de l'intensité, l'indication ressort bien plus de l'inflammation elle-même que de l'épanchement; c'est pour cette raison, qu'à moins d'urgence, il faut éviter de pratiquer la ponction pendant les exacerbations auxquelles la pleurésie chronique est sujette; fût-elle bien indiquée, d'ailleurs; la pleurésie latente ne fait pas exception.

La thoracocentèse est bien moins indiquée encore dans les pleurésies chroniques internes produites ou entretenues par des tubercules.

Lorsque la pleurésie chronique a été modérée dès son début, ou ramenée à de plus faibles proportions par les moyens médicaux, faut-il tenter les chances d'une guérison plus prompte par l'évacuation du liquide? Parmi les observations de thoracentèse pratiquées à ce degré de la pleurésie chronique, il en est dans lesquelles le liquide ne s'est pas reproduit; la maladie était en général récente, et les symptômes d'inflammation presque nuls; mais il y en a d'autres où l'on a observé la transformation purulente de l'épanchement. Il est donc plus prudent de ne pas se hâter et d'attendre la résorption des produits épanchés des efforts combinés de la thérapeutique et de l'hygiène, parce qu'ils s'adressent à la cause et non à l'effet, et parce qu'ils amènent la guérison dans les cas où la nature de la maladie ne s'y oppose pas d'une manière invincible.

Si la pleurésie chronique est dans un état de torpeur complète, constitue un hydrothorax plutôt qu'une inflammation, et remonte à un temps assez reculé, deux cas peuvent se présenter :

Dans le premier, les moyens les plus rationnels et les plus énergiques ont échoué, et de plus, des signes palpables prouvent que le malade mourra tôt ou tard par les progrès de l'anasarque et du marasme, si l'on ne tente rien pour le sauver. Avec une perspective semblable, il est du devoir du médecin de pratiquer la ponction, et même d'y joindre l'emploi des injections modificatrices. Le succès peut couronner des tentatives semblables. Je dois ajouter ici, comme réflexion générale, qu'il est d'autant plus compromis que l'opération est faite plus tardivement.

Dans le second cas, le malade conserve les attributs de la santé; à part une légère dyspnée dans les grands mouvements musculaires, il remplit toutes ses fonctions, tous ses devoirs sociaux. Faut-il opérer? Faut-il attendre qu'il se présente quelque raison d'agir? Ce sont là des cas au-dessus de tout précepte absolu.

Les considérations précédentes ont eu pour but de poser la question d'opportunité, en lui donnant pour base certaines conditions de nature et d'état de la pleurésie chronique indépendantes de l'abondance de l'épanchement, aussi sera-t-on en droit d'en contester la valeur.

Mais dans la pleurésie chronique comme dans la pleurésie aiguë, l'excès de liquide peut faire de la ponction une opération de nécessité. L'avis de la commission a été unanime pour les cas d'asphyxie imminente; les dissidences se sont renouvelées pour les épanchements stationnaires auxquels l'économie semble s'être habituée; mais la majorité de la commission a pensé que la thoracentèse était indiquée lorsqu'ils présentent les conditions anatomiques qui exposent à la mort subite.

Épanchements purulents. — Le liquide des épanchements purulents étant, de sa nature, rebelle à l'absorption et à l'organisation, ces épanchements réclament plus impérieusement que les autres l'intervention de l'art; et l'on est en droit de dire, dans l'état actuel de la science, que l'empyème est la méthode qui convient à la majorité des cas.

Deux membres de la commission sont disposés à donner la préférence aux ponctions successives accompagnées ou non d'injections modificatrices; ils allèguent pour raison la possibilité de voir le liquide sécrété par la plèvre perdre les caractères du pus à chaque ponction nouvelle, ou l'établissement, après l'une des ponctions d'une fistule suffisante pour laisser filtrer le pus à travers son trajet cutané, mais s'opposant habituellement, d'une manière efficace, à l'entrée de l'air.

A cela on peut répondre que les cas où la transformation du pus en liquide séreux est possible, sont rares; j'ai cherché à les déterminer; en second lieu, que la fistule ne peut pas s'établir ou s'établir tardivement, c'est-à-dire à une époque où le malade épuisé, n'est plus en état de profiter des bénéfices qu'on en attend, et que, lors même qu'elle s'établit à une époque moins reculée, elle le laisse exposé aux graves inconvéniens auxquels les fistules spontanées sont sujettes, et qui compromettent sérieusement leur guérison.

La méthode des ponctions répétées ne s'appuie pas, d'ailleurs, sur des faits assez nombreux pour qu'on soit en droit jusqu'ici de la substituer à la méthode ancienne.

Pour juger avec équité l'empyème, il ne faut pas oublier qu'il est dirigé contre un état pathologique grave, qui sera toujours suivi d'un certain nombre de résultats funestes, quelle que soit la méthode employée.

Il ne faut pas oublier, enfin, que les insuccès ont été dus, plus d'une fois, à la négligence des bons préceptes et à l'opération trop tardive.

Épanchements purulents aigus. — Il y a des pleurésies aiguës suppurées qui tuent par l'excès d'inflammation plus que par la nature du produit sécrété; la thoracentèse y serait aussi impuissante que l'empyème.

Les pleurésies aiguës suppurées qui ne tuent pas par excès d'inflammation sont comparables aux phlegmons; elles présentent une période de détente sur laquelle l'attention n'a pas été

suffisamment fixée. Pendant cette période, dont la durée varie, la collection purulente est dans les conditions d'un abcès chaud, c'est-à-dire dont les parois sont susceptibles de s'agglutiner par première intention, si l'on procure au liquide une évacuation complète et pendant un temps suffisant pour épuiser le foyer. La période de détente passée, la fièvre se rallume et entraîne tous les symptômes de la fièvre hectique; la pleurésie passe, en un mot, à l'état chronique intense.

Si l'observation confirme la valeur de cette opportunité pathologique, on sera autorisé à tenter la thoracentèse, c'est-à-dire la ponction sans introduction de l'air de préférence à l'empyème, à cette période de la maladie, en observant rigoureusement les règles qui assurent l'épuisement des abcès chauds, c'est-à-dire en plongeant le trocart à la partie la plus déclive, en laissant en place la canule armée de baudruche tout le temps nécessaire pour évacuer non-seulement le pus qui s'écoule de prime-abord, mais aussi celui que la dilatation successive du poumon, les mouvements alternatifs de la respiration et la pesanteur amèneront successivement à l'ouverture, après lui avoir fait parcourir les contours de la poitrine et les sinuosités des cloisons pseudo-membraneuses, pour évacuer, enfin, les matières puriformes que la plèvre peut sécréter quelque temps encore.

On est d'autant plus autorisé à pratiquer la thoracentèse, qu'il existe des exemples de guérisons rapides observées à cette période de la maladie, à la suite d'épanchements purulents ouverts spontanément dans les bronches ou à travers la paroi pectorale, et de quelques autres où l'art a pratiqué une ouverture avec le bistouri; les malades étaient placés, par conséquent, dans des conditions beaucoup plus défavorables.

Les chances de guérison sont d'autant plus grandes, que le liquide épanché s'éloigne davantage du pus phlegmoneux par ses caractères, c'est-à-dire que la matière purulente est mêlée à une plus grande proportion de sérosité. Nous nous étendrons plus amplement sur cette dernière espèce d'épanchement séro-purulent dans le chapitre suivant.

Épanchements purulents chroniques. — Les épanchements purulents chroniques seront avantageusement rangés, au point de vue de la méthode qui leur convient, en deux classes que l'on désignera d'après leur caractère principal, sous le nom d'épanchements purulents proprement dits et d'épanchements séro-purulents.

Les premiers, qu'ils soient la continuation d'une pleurésie aiguë ou la terminaison d'une pleurésie primitivement chronique, constituent des abcès dont la membrane pyogénique doit subir une modification plus ou moins profonde, ou même être éliminée, pour que la guérison soit possible.

L'empyème leur est spécialement applicable, avec des chances de guérison d'autant moins grandes, que l'épanchement est plus ancien, le sujet plus âgé, et qu'il existe des complications soit générales, soit locales.

Les épanchements de la seconde classe sont un reliquat de maladie dont la plèvre n'a pu se débarrasser, mais auquel elle s'est accoutumée, plutôt que le symptôme d'une affection qui persiste; aussi troublent-ils peu la santé des malades que les épanchements séreux chroniques de même caractère, c'est-à-dire constituant de véritables hydrothorax. Tantôt ils ont été précédés de symptômes d'acuité non équivoques; tantôt, au contraire, la pleurésie, qui leur a donné naissance, a eu les apparences de la chronicité pendant tout son cours.

Parmi les observations d'épanchements séro-purulents qui ont été publiées, il en est quelques-unes dans lesquelles la reproduction du liquide après la ponction a été insignifiante; d'autres où elle a atteint certaine proportion, mais où le nouveau produit de sécrétion s'est réservé sans opération.

Ici, la thoracocentèse doit avoir le pas sur l'empyème; si elle échoue, il sera toujours temps d'en venir à l'incision de la paroi pectorale ou aux injections modificatrices.

L'innocuité d'une opération est, en thèse générale, une mauvaise raison pour la prodiguer; mais, dans les conditions actuelles, elle autoriserait à pratiquer une ponction exploratrice, si les symptômes et la marche d'une pleurésie, et surtout la résistance de l'épanchement aux moyens rationnels, permettaient de soupçonner la nature séro-purulente du liquide.

Fistules cutanées et fistules pleuro-bronchiques. — Les exemples de guérison, et même de guérison rapide, à la suite de l'ouverture spontanée d'épanchements purulents ou séro-purulents à travers les bronches ou la paroi pectorale, doivent engager à ne pas pratiquer l'empyème, dès qu'une fistule cutanée ou pleuro-bronchique s'est établie.

Mais, pour peu que la guérison se fasse attendre ou soit entravée par les accidents qui suivent ordinairement la rétention du pus, il faut pratiquer l'empyème au lieu d'élection, faciliter l'écoulement du liquide, pratiquer les injections et les pansements convenables. Des exemples nombreux justifient cette pratique, qui ne peut avoir d'autre résultat que de placer les malades dans une position meilleure.

Dans certains cas de pneumo ou d'hydro-pneumothorax, l'empyème est indiquée à un autre titre, c'est-à-pire comme moyen de prévenir l'asphyxie causée par l'accumulation dans la plèvre d'une grande quantité d'air, qui ne trouve pas une issue aussi facile pour sortir que pour entrer.

L'occlusion spontanée de certaines fistules pleuro-bronchiques replace les épanchements qui accompagnent ces fistules dans les conditions des épanchements qui n'ont pas été précédées de perforation pulmonaire, et donne lieu aux mêmes considérations sur les indications et les contre-indications de la paracentèse du thorax, sur le choix de la méthode et sur l'emploi des injections modificatrices.

On doit poser, en règle générale, l'utilité de la thoracocentèse comme moyen explorateur dans tous les cas où l'on croit devoir pratiquer l'empyème dans ceux même où l'emploi de cette dernière méthode ne paraît laisser aucun doute; on évitera de la sorte les conséquences possibles d'une erreur de diagnostic, conséquences fâcheuses et irréparables si l'on avait incisé la paroi pectorale d'emblée pour un épanchement séreux, croyant avoir affaire à un épanchement purulent; on se donnera enfin le temps d'apprécier telle ou telle circonstance imprévue de nature à modifier la direction thérapeutique.

Les considérations précédentes ne préjugent en rien les résultats des tentatives faites depuis quelque temps pour introduire les injections iodées dans le traitement des épanchements pleurétiques; mais les documents publiés jusqu'ici n'ont pas acquis une valeur suffisante pour en déduire des indications nouvelles de naiure à déplacer la question d'emploi ou de prééminence soit de l'empyème, soit de la thoracentèse. Le plus grand nombre de ces documents, donnés sous le nom spécieux de thoracentèse, sont, en réalité, des observations qui présentent le véritable caractère de l'empyème, savoir, la libre communication du foyer auec l'air extérieur, que cette communication ait été établie à l'aide d'un trocart auquel on a substitué une canule ou une sonde de gomme élastique, qu'elle soit le fait d'une opération ou d'un travail organique, qu'elle ait lieu après la première, la deuxième ou la troisième ponction.

Quant aux cas dans lesquels la cavité pleurale est restée close, ils sont trop peu nombreux; les succès trop rares, les conditions de réussite trop incomplétement appréciées, pour en tirer des conclusions de quelque valeur.

— *Médecine opératoire.* — M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, a commencé le 18 avril, à onze heures du matin, à l'École pratique, un cours de médecine opératoire qu'il continuera le jeudi, le samedi et le mardi de chaque semaine, à la même heure.

— *Hôpital Lariboissière. — Cours de clinique interne.* — M. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ce cours le lundi 24 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les lundi et vendredi suivants, à la même heure. — Ce cours sera spécialement consacré aux applications de la chimie à la clinique médicale, et les expériences seront faites devant MM. les auditeurs.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 49. 2e année. Mardi 25 Avril 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35 et 40 du tome 2.*)

DOUZIÈME LEÇON.

Messieurs, nous nous sommes occupé du mode d'union de la pelote avec le ressort, et vous avez vu combien il avait été dépensé d'ingéniosité dans les nombreux procédés employés par les différents bandagistes. Vous avez vu que la pelote peut être mobile sur le ressort, qu'elle peut être demi-mobile, enfin qu'elle peut être tout à fait fixe sur cette partie du bandage. Quel que soit celui de ces trois modes de faire que l'on choisit, le point capital est que le ressort doit appuyer sur le centre de la pelote, et quand la pelote a une figure dont il est difficile de prendre le centre, il doit appuyer sur le point de la pelote contre lequel la hernie fait le plus effort.

Nous en sommes resté à cet endroit que, lorsque les sujets ont le ventre saillant et le pubis porté en arrière par la proéminence du ventre, pour que la pelote s'applique bien sur le pubis, il faut qu'elle soit dirigée en arrière, il faut, en un mot, faire *pincer* la pelote : mais comment y arrive-t-on? J'ai examiné avec vous les différentes espèces de bandages, et vous avez vu combien ils étaient défectueux ; et après avoir passé en revue le nombreux arsenal de ces appareils, je vous en ai montré un fort ingénieux construit d'après des idées tout à fait différentes, et qui a pour but de faire pincer la pelote sans tordre le ressort, je veux parler du bandage de M. Ribes : je vous ai dit ce que j'en pensais, et finalement je l'ai rejeté comme les autres.

Cependant l'indication existe toujours, à savoir : de faire pincer la pelote ; pour les hernies difficiles, il faut un ressort anglais dont les deux extrémités se regardent l'une l'autre comme celles de nos pincettes de cheminées, et c'est uniquement par la manière dont l'extrémité antérieure du ressort pèsera sur la pelote, que l'on arrivera à faire pincer celle-ci. Or, j'y suis arrivé de deux manières, et cela sans tordre le collet du ressort, ce qui, comme je vous l'ai dit, est une détestable chose. Je prends une pelote de forme quelconque, mais cependant adaptée à la hernie que je veux maintenir, et je l'applique sur l'extrémité antérieure du ressort munie d'un *teton* (sorte de vis) obliquement coupé, qui fait basculer la pelote d'avant en arrière : c'est précisément en vertu de l'obliquité de cette vis que la pelote prend une direction oblique. Nombre de fois je me suis bien trouvé de cette très-simple manière de faire ; cependant, cela ne m'a pas suffi dans certaines circonstances ; dans ces cas difficiles, j'ai fait river, sur la plaque externe de la pelote, une sorte de pont en cuivre, sur lequel j'ai vissé l'extrémité du ressort ; de cette manière, la pelote est arc-boutée par la partie inférieure du pont de cuivre qui la soutient dans son inclinaison, et j'ai complétement réussi.

Malgré les fréquents succès que m'ont donnés ces deux bandages, je ne veux pas vous les prôner et vous dire que, hors ces deux appareils, il n'y a pas de salut ; loin de moi cette prétentieuse idée; quelle est l'indication à remplir? C'est de faire pincer la pelote : or, vous pouvez y arriver par la courbure de la pelote, et en regagnant, par la coupe oblique du teton, ce que vous fait perdre la différence de l'obliquité à la position horizontale de l'extrémité antérieure du ressort ; vous avez encore d'autres moyens que vous pouvez tenter ; faites pincer la pelote par le moyen que vous voudrez, et vous aurez satisfait à l'indication.

Cela touche à une autre question : à quelle distance la pelote doit-elle être du ressort? Question qui aurait singulièrement embarrassé les bandagistes d'autrefois, ce qui ne veut pas dire que ceux d'aujourd'hui seraient plus capables d'y répondre. Quel est l'inconvénient de la pratique des anciens bandagistes, à savoir : de placer la pelote au même niveau que le ressort? S'il y a besoin d'une faible pression, cela ne fait rien que la pelote soit au niveau du ressort : mais je suppose qu'il faille une très-forte pression, la pelote presse et déprime le tissu adipeux, mais c'est à condition que le ressort ne pressera pas lui-même sur les téguments et qu'il sera assez éloigné de la pelote pour permettre à celle-ci de se creuser un nid dans les parties molles et d'aller comprimer profondément la hernie : cela est si vrai, que les bandagistes ont éludé la difficulté sans la comprendre, en grossissant le diamètre des pelotes ; ils les font monstrueusement épaisses ; mais faites la pelote plus petite et écartez-la du ressort, vous arriverez au même résultat. Or, lequel de ces deux modes de faire vaut le mieux? C'est d'écarter la pelote du ressort, non pas à une trop grande distance (bien que, dans quelques cas, non-seulement cet écartement ne suffit pas, mais il faut encore une pelote très-épaisse), mais ce qu'il importe surtout, c'est que le ressort ne presse pas sur le ventre, sans quoi la pelote n'aurait plus d'action.

Il faut, de plus, que le ressort soit assez éloigné de la pelote pour être soustrait à l'action détériorante de la sueur. Comme vous pouvez le voir, il y a une certaine distance entre la pelote et le ressort dans le bandage anglais et surtout le bandage anglais à pelote mobile.

Il ne faut donc pas que le ressort appuie sur le ventre, car il

empêcherait ainsi la pelote de presser, et l'on peut y arriver de deux manières : en faisant une grosse pelote au même niveau que le ressort, mais le bandage est lourd et gênant ; ou bien en faisant une pelote petite et éloignée du ressort, et le bandage y gagne sous le rapport de l'élégance et de la commodité.

Nous arrivons maintenant aux garnitures : elles sont de deux sortes; dans le bandage français, de Camper et autres, la garniture du ressort est continue avec celle de la pelote. Il est impossible de mettre le ressort à nu ; tout le bandage est entièrement recouvert dans toute son étendue, et l'on n'aperçoit nulle part l'acier.

Dans le ressort anglais, au contraire, la garniture est mobile, de sorte que l'on peut aisément examiner de temps à autre l'état du ressort ; on repasse la garniture et tout est dit.

Envisagée sous un autre point de vue, la garniture présente une grande différence dans le bandage anglais et dans le bandage français. Dans le premier, c'est une simple gaîne de cuir sans rembourrage, qui peut blesser la peau quand on a besoin d'une forte pression pour une hernie très-difficile, par exemple; mais, dans les hernies ordinaires, il n'y a pas de danger, car le ressort ne doit qu'effleurer la peau, et il faut qu'en déprimant un peu ce tégument, le doigt puisse passer entre le ressort et la peau. Pour le bandage français, la garniture ne peut pas être aussi simple ; en effet, le ressort presse sur la peau dans toute son étendue ; c'est pourquoi il a été nécessaire d'y mettre une garniture d'autant plus considérable que le bandage doit presser davantage ; tandis que, dans le bandage anglais, ce n'est que quand on a besoin d'exercer une pression un peu forte chez des sujets obèses, à peau fine et susceptible, que l'on rembourre un peu la garniture du ressort.

Il résulte donc de là une chose qui différencie le bandage anglais et le ressort français : c'est que, dans ce dernier, l'acier est partout recouvert, et que, dans le bandage anglais, au contraire, on aperçoit les deux extrémités du ressort, ce qui est même quelquefois très-nuisible, parce que les vis qui unissent la pelote au ressort peuvent très-bien déchirer les vêtements, et, pour les chemises aux trois-quarts usées des malheureux, ajouter de nouvelles déchirures à celles que le temps a produites.

Voilà pour la garniture du ressort.

De cette double circonstance de l'éloignement du ressort de la pelote et de l'éloignement du ressort de la peau, résulte une question d'une haute gravité dans l'histoire du bandage, au point de vue de l'économie publique et particulière, à savoir combien de temps peut durer un bandage ? C'est déjà quelque chose pour les simples particuliers qui viennent exprès du fond de leur province pour acheter un bandage à Paris ; mais c'est une question bien autrement importante pour les grands établissements qui en consomment 2 ou 3,000, comme le Bureau de l'assistance publique, ou 6 à 7,000, comme le Bureau de la guerre. Cela est très-difficile à dire, car j'ai vu des individus, des journaliers, qui par la sueur corrodaient leur bandage français en six mois : c'est toujours au collet que le ressort cassait ; en effet, c'est là qu'il presse davantage sur la peau ; il est donc plus soumis à l'action de la sueur, et vous savez que c'est précisément cet endroit du ressort que les bandagistes font le plus faible, afin de pouvoir donner ce fameux coup de pouce dont nous avons déjà parlé. J'ai vu, d'un autre côté, des femmes qui travaillent moins et qui, par conséquent, transpirent moins, garder leur bandage jusqu'à quatre ans. Le bandage français, en prenant la moyenne, peut donc durer dix-huit mois à deux ans : il est donc, comme vous le voyez, assez vite hors de service.

Le bandage anglais, au contraire, dure infiniment plus longtemps, et il est très-rare qu'il casse ; aussi n'oserais-je vraiment pas dire combien de temps il peut durer : quand il casse, c'est qu'il a été trop serré ou qu'il y avait une paille dans l'acier, ce dont on ne peut pas répondre : mais le ressort n'a pas été corrodé par la sueur ; mais je dirais volontiers que le ressort anglais doit durer deux ou trois fois plus que le ressort français. Ceci est très-important, car il y a un nombre formidable d'indigents qui vont demander des bandages au Bureau de l'assistance publique; cela devient même quelquefois une charge très-lourde, car les enfants, par exemple, pissent à chaque instant sur leur bandage et le perdent en très-peu de temps. On donne deux bandages à la fois à ces petits enfants, afin qu'on puisse les changer quand il y en a un de sale; et je me souviens avoir vu une femme qui vint m'en demander à trois reprises différentes : cela faisait donc 6 bandages représentant une somme de 18 francs pour ce seul enfant.

Ces questions d'économie ont une grande influence sur la pratique. Je disais à l'Administration des hôpitaux : « Vous jetez par la fenêtre environ 18,000 francs par an, en faisant ainsi usage du bandage français qui se casse très-vite ou qui dure très-peu. » Je voulus leur poser cette comparaison : « Vous payez 3 francs un bandage français que vous êtes obligés de renouveler au bout d'un an ; mais si vous prenez un bandage anglais qui vous coûte 5 francs, mais qui dure quatre ans environ, vous faites une économie de 100/100. » Sachez-le bien, messieurs, il est très-difficile de remuer les grandes administrations de leur routine séculaire ; aussi ai-je fort longtemps prêché dans le désert. Enfin, aujourd'hui, pour des hernies difficiles, on donne des ressorts et des bandages anglais, et s'il survient de temps à autre des accidents, c'est que le bandagiste a mal fait son appareil, ou que le chirurgien chargé de ce département, au Bureau central, ne veille pas assez à la bonne fabrication et à l'application des bandages : ce n'est pas ma faute, j'ai fait tout ce que j'ai pu.

Mais ce ne sont pas seulement les ressorts qui se cassent ou qui sont bientôt hors de service : les pelotes en peau chamoisée sont bientôt traversées par la sueur (je laisse de côté ici les petits enfants, qui pourrissent leurs bandages en un très-court espace de temps en pissant dessus plusieurs fois par jour); la sueur sèche sur la pelote et l'enveloppe, de molle et douce qu'elle était, se transforme bientôt en un cuir très-dur qui frotte contre la peau du malade : celle-ci se couvre de boutons et l'enveloppe de la pelote ne tarde pas à s'user par ces frottements continuels : c'est une guerre intestine entre la peau de l'individu et celle du bandage; mais, comme la peau du malade se répare, c'est la peau du bandage qui est vaincue : il faut donc souvent recouvrir le bandage d'une nouvelle enveloppe. Du moment que la pelote que l'on voulait molle, par exemple, a été ainsi imprégnée par la sueur, elle se dessèche, devient dure et se déforme : elle ne s'applique plus exactement sur la hernie, on ne peut donc plus se fier au bandage. Or, il est très-rare que les bandagistes veuillent bien vous réparer un bandage ; ils aiment mieux en faire un entier que de faire un raccommodage : cela deviendrait donc une dépense très-onéreuse pour certaines bourses.

Fort heureusement, il y a un moyen d'éviter cet inconvénient, et ce moyen est fort simple : on fait des sacs ou des chemises en toile, qui entourent la pelote et que l'on fronce sur celle-ci à l'aide d'un ruban ou d'une coulisse ; on peut ainsi avoir une douzaine de ces chemises, et, en été, de même qu'on change soi-même de chemise, on change son bandage de chemise, et l'on a toujours du linge blanc.

Les personnes qui ne connaissent pas cette ressource, les femmes surtout qui craignent de se salir, et qui ne peuvent supporter sur leur peau le contact de la pelote durcie, mettent leur bandage par-dessus leur chemise. Cette pratique est très dangereuse, car, en s'asseyant ou en faisant un mouvement violent, elles peuvent tirer la chemise qui soulève la pelote, et la hernie peut filer.

Le ressort peut, tout aussi bien que la pelote, être recouvert d'une enveloppe de toile que l'on change quand elle est sale.

Mais ce mode de protection du bandage ne peut s'appliquer qu'au bandage anglais, car si on l'employait pour le ressort français, qui appuie dans toute son étendue sur le corps du malade, les plis que forme cette enveloppe seraient bientôt imprimés sur la peau, et la déchireraient cruellement.

Jusqu'ici nous n'avons parlé du point d'appui du bandage qu'en avant, mais il en faut un aussi en arrière. Pour le bandage

français, c'est la ceinture qui appuie en arrière comme sur toute la circonférence du corps : pour le bandage anglais, ce n'est plus la même chose, il y a une pelote en avant qui appuie sur la hernie, et il y en a une seconde en arrière qui appuie sur la face postérieure ; ce sont là les deux seuls points par où le bandage anglais touche le corps, le ressort ne sert qu'à unir les deux pelotes, et il est dans toute sa longueur à une certaine distance de la peau.

Lequel de ces deux systèmes est préférable ? C'est encore le bandage anglais, ce bandage qui a été construit par Salmon, qui, portant lui-même une hernie, avait tout intérêt à se faire une petite machine aussi commode que possible

Avec le bandage français, dont la ceinture est continue avec la courroie, il est nécessaire, pour peu que la hernie soit assez difficile à maintenir, de serrer fortement la courroie : du moment que la courroie est serrée, elle attire la pelote, le bandage bascule et ne remplit plus son but ; la partie antérieure du bandage ou la pelote remonte, et en arrière le bandage redescend : voilà où est l'inconvénient grave du ressort français (nous parlerons tout à l'heure des sous-cuisses, qui font encore descendre l'appareil). Mais il y a encore autre chose : la ceinture appuie sur le grand trochanter qui, dans les mouvements étendus de la cuisse, soulève le ressort et change la direction de la pelote : on n'est plus alors en sûreté contre les accidents.

Au contraire, j'applique le bandage anglais ; je suppose que par hasard le ressort ait été un peu abaissé, je le relève simplement sur le côté, et la pelote n'a pas bougé de place. Dans certains cas de hernies très-difficiles, il est nécessaire d'ajouter une courroie au bandage anglais ; c'est à la pelote de derrière qu'elle se fixe ; elle n'agit donc pas sur le ressort et ne peut en changer la direction.

Je viens de parler de l'inclinaison du bandage français ; cela va droit contre les superbes théories de tous ceux qui ont écrit sur les bandages sans jamais en avoir vu : on disait que le bandage français avait pour avantage de suivre les mouvements du bassin et qu'il ne heurtait pas le grand trochanter. Je vais vous démontrer qu'il ne suit pas du tout les mouvements du bassin et qu'il heurte le grand trochanter ; quand le bandage anglais modifié par Absil est appliqué et abandonné à sa direction naturelle (c'est alors le véritable bandage anglais), il s'élève fortement au-dessus du grand trochanter ; placez la pelote aussi bas que possible, le ressort ne touche pas la saillie osseuse, on peut passer le doigt entre lui et la peau. Transformez cet appareil en bandage français en inclinant la partie antérieure du ressort, il descend et va toucher le grand trochanter : le bandage français est donc mauvais, car vous savez déjà combien il importe que le ressort ne touche pas le grand trochanter ; ou bien, si le malade veut ne pas déranger son bandage, il est condamné à ne faire que de petits mouvements ; n'appliquez donc pas le bandage français, car il faut serrer fortement la courroie pour qu'il tienne, et alors le malade est horriblement gêné. Il s'y accoutume, dit-on, c'est vrai, mais il s'y fait comme on se fait aux corsets et aux sous-pieds, et quand les sous-pieds sont très-serrés, on ne peut pas marcher librement, on ne peut monter que deux marches à la fois au lieu d'en monter quatre ; le malade qui porte un bandage français est précisément dans ce cas, il ne peut faire que de petits mouvements, et s'il veut monter à cheval, par exemple, en enfourchant la bête il fera remonter la ceinture, et par conséquent la pelote ne sera plus sur la hernie. Le bandage anglais, dont les extrémités fixes sont invariables malgré les mouvements du ressort, n'offre pas cet inconvénient.

Pour les hernies légères, le bandage français n'a pas besoin de sous-cuisses ; mais que la hernie soit un peu difficile, ils deviennent indispensables : avec le bandage anglais, au contraire, il n'en faut pas le plus souvent.

Quand le bandage anglais est bien fait, la pelote est suffisamment inclinée, les sous-cuisses sont inutiles ; quand la hernie est de difficulté moyenne, j'écris simplement au bandagiste : « Faire pincer la pelote de manière à ne pas avoir besoin de sous-cuisses. » Quelquefois la hernie est très-difficile, je fais alors ajouter au bandage un sous-cuisse que le malade emporte chez lui, mais dont généralement il ne se sert pas. Enfin, il y a des hernies tellement difficiles, que, même avec un bandage anglais très-bien fait, il faut nécessairement des sous-cuisses.

Où faut-il placer les sous-cuisses ? Ce n'est pas une petite affaire, messieurs, de savoir où le sous-cuisse doit s'attacher : en général, les bandagistes l'appliquent sur le côté, c'est une très-mauvaise manière ; pour peu qu'on le serre, on abaisse le ressort et la pelote ne pince plus ; quand on est obligé d'y recourir, il faut toujours le placer le plus en arrière possible, parce que là il tire le moins possible sur la pelote de manière à découvrir la hernie.

C'est précisément dans les cas les plus difficiles, dans les cas où l'on a besoin d'être le plus sûr de la position de la pelote, que l'on emploie les sous-cuisses ; il faut donc bien faire attention à la manière dont on les fixe au bandage.

Si le malade à qui on applique un bandage français muni de sous-cuisses, n'a pas de sacrum qui retienne la ceinture, le bandage est toujours attiré en bas et il finit par tomber. C'est la plus grande difficulté que j'aie trouvée dans l'application d'un bandage, quand on n'a pas de point d'appui en arrière ; c'est la chose du monde la plus facile, quand on a un sacrum bien saillant, ce qui, d'ordinaire, coïncide avec un grand développement du ventre, une grande longueur des intestins, par conséquent, une nutrition très-bonne, de l'embonpoint, et le malade a des fesses, des cuisses et des mollets : vous pouvez mettre des sous-cuisses à cet homme-là ; n'ayez pas peur, la ceinture ne glissera pas. Mais voici un malade qui a le ventre aplati ; le pubis est au niveau du sacrum ; celui-ci, au lieu de faire une saillie, est incliné en bas : appliquez des sous-cuisses chez cet homme qui n'a ni fesses, ni mollets, ni aucune autre saillie ; le bandage sera bientôt tombé sur ses talons.

Je vous ai déjà parlé, à propos des pelotes, d'une hernie qui faisait mon désespoir ; je n'avais pu la maintenir par aucun bandage ; j'imaginai ce champignon de bois que je vous ai montré : cette hernie ne fut maintenue que par le bandage franc-comtois.

Mais voici un autre fait : je fus prié, par un monsieur de la rue de Bayeux, de lui appliquer un bandage pour maintenir sa hernie ; il avait bien chez lui une quinzaine de bandages ; je n'exagère pas ; aucun ne pouvait tenir, à cause de cette malheureuse disposition du sacrum. Je fis donc venir Pernet, qui appliqua devant moi le bandage franc-comtois ; il était déjà tout glorieux, et me disait : « La hernie est maintenue. » Je lui dis d'attendre, et je fis marcher le malade ; il n'avait pas fini son troisième tour de chambre que le sous-cuisse avait si bien attiré la ceinture en bas que le bandage ne tenait plus. Pendant plus d'un mois, nous essayâmes toute espèce de ressources, mais nous fûmes obligés de le laisser avec sa hernie non maintenue.

Il y a quelques mois, je fus encore consulté par un vieux conseiller de la Cour de cassation, homme très-maigre, à ventre plat, à pubis plus haut que le sacrum ; il avait aussi essayé de tous les bandages possibles : je ne fus pas plus heureux.

Il y a cependant deux moyens d'arriver à faire tenir le bandage chez les sujets si peu rebondis : 1° triste ressource, on fait supporter le bandage par des bretelles ; il faut que la pelote antérieure, celle qui contient la hernie, soit entièrement libre, et que les bretelles prennent seulement la pelote de derrière : le malade porte en quelque sorte son bandage *sur les épaules*. Cela va encore assez bien quand le sujet est debout ; mais, quand il est assis (ceux d'entre vous qui portent des sous-pieds doivent savoir qu'il y a certaines positions où les bretelles tirent plus ou moins sur les sous-pieds quand on est assis), le bandage glisse et tombe bientôt dans le pantalon. J'ai vu un malade qui appartient à cette catégorie ; il y a quelques jours, dégoûté de voir que les bretelles ne lui servaient à rien, il vint me demander si je ne pourrais pas lui indiquer un autre moyen : je me décidai alors à faire coudre une ceinture après la pelote postérieure, et je donnai à mon bandagiste l'indication de ce qu'il avait à faire

(ne vous fiez jamais à un bandagiste, et quand vous lui aurez commandé un appareil, vérifiez attentivement s'il exécute bien vos ordres, cela soit dit en passant); le bandagiste fit donc porter sa ceinture au malade; il n'avait pas fait trente pas, que la ceinture était sur ses talons;

2° Je vous ai déjà parlé de la ceinture de M. Rochard, qui embrasse les hanches et y prend son point d'appui, elle croise au-dessous de l'ombilic et porte une pelote à laquelle sont fixés des sous-cuisses; ceux-ci tirent en arrière sur la ceinture, mais ils ne peuvent la faire tomber, retenue qu'elle est par la saillie des crêtes iliaques. M. Rochard applique cela à tous les cas indistinctement, c'est un tort; mais je pense que pour les cas spéciaux dont je m'occupe, cela serait très-bon. J'ai donc fait faire à ce dernier malade une ceinture, une sorte de corset qui prend son point d'appui sur les crêtes iliaques : je lui fais donc une taille de guêpe et j'espère que les sous-cuisses pourront tout à leur aise tirer sur la ceinture, ils ne la feront pas tomber.

Me voilà arrivé, messieurs, à la fin de cette exposition que vous aurez pu trouver un peu longue : trois ou quatre leçons dans le grand amphithéâtre de la Faculté pour vous exposer l'histoire du bandage! Mais songez donc que cet appareil est destiné à des millions d'individus qui doivent le porter toute leur vie, et que c'est pour eux une question de vie ou de mort : car, si le bandage est bien fait et bien supporté, il met le malade dans les mêmes conditions que s'il n'avait pas de hernie; si, au contraire, il est mal fait, au moindre effort de toux ou autre, il peut se déranger et laisser filer la hernie qui s'étrangle au moment même où le malade est en pleine sécurité. Rappelez-vous aussi que la dépense annuelle de la France en bandages est de *dix millions* environ; et ceci mérite considération. Usez de votre esprit et de tout votre jugement pour bien saisir les indications que présente telle ou telle hernie, et surtout dominez de toute votre hauteur de médecins ces infimes bandagistes qui donnent à l'un et l'autre le même bandage. Souvenez-vous surtout que chaque hernie est une maladie spéciale qui a ses indications particulières, et, de même que vous ne traitez pas de la même façon deux malades voisins atteints tous deux de pneumonie, de même vous ne devez pas non plus appliquer exactement le même bandage à deux individus sans examiner toutes les indications spéciales et particulières que présente chacun d'eux.

A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

M. Guérard et M. Barth.

Observations de rhumatisme articulaire aigu, traité par la vératrine,

Par M. P. Duclos, *interne des hôpitaux.*

(Suite et fin. Voir le n° 48.)

6e *Observation. — Rhumatisme articulaire à marche aiguë avec souffle cardiaque. — Douze jours de traitement par la vératrine qui amène de la diarrhée, sans nausées, sans vomissements, et la chute du pouls qui tombe de 80 à 60 pulsations, après six jours de traitement. — Guérison, mais persistance du souffle cardiaque. — Durée totale de la maladie : vingt-deux jours.* — Venin (Adèle), âgée de 16 ans, entra, le 18 avril 1853, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 34 (même service). Jeune fille lymphatique, de faible constitution, au visage pâle et amaigri, non encore menstruée; cependant, elle a vu ses règles une fois, au mois d'août 1852. Elle a, de chaque côté du cou, trois ou quatre ganglions engorgés : il y a deux mois qu'elle couche dans un endroit humide. A son entrée dans le service, elle avait été prise, depuis dix jours, de douleurs dans les jointures, avec perte du sommeil et de l'appétit; fièvre revenant chaque soir, sans palpitations ni douleur à la région précordiale. La maladie commença par des douleurs erratiques dans les deux jambes, puis dans les deux bras; ensuite, celles-ci se fixèrent successivement sur le poignet gauche, l'épaule du même côté, puis enfin sur le poignet droit et le genou gauche, en même temps que sur la partie postérieure du cou. Chez elle, il n'y a pas eu de traitement actif : on l'a purgée une fois, il y a cinq jours, et on s'est contenté d'envelopper les jointures malades avec de la ouate.

19 *avril.* — On ne constate de tuméfaction et de rougeur que dans le poignet et le genou gauches, où les douleurs, ainsi que celles de l'épaule du même côté, sont tellement intenses que la nuit dernière l'insomnie a été complète. La peau est brûlante; le pouls, petit, dépressible, non fréquent, cependant à 80 pulsations. Il existe un souffle doux, moelleux, au premier temps du cœur, souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou. La langue est blanche et humide; les gencives sont gonflées et présentent un liséré rouge très-foncé à leur bord libre. Depuis cinq jours, c'est-à-dire depuis la purgation, la malade a eu chaque jour deux selles en dévoiement. — Aujourd'hui, pour traitement : 2 *pilules de vératrine de* 0,01 *centigramme chacune;* julep, sp. diacod., 30 grammes.

Déjà le soir, les douleurs du poignet gauche sont moins aiguës, toutefois cette jointure reste tuméfiée et rouge; il n'est survenu, après les pilules, ni nausées, ni vomissements, mais trois selles diarrhéiques. Le pouls, ce soir, est plus lent, à 72 puls. L'appétit est très-vif.

Le 26, même traitement. La malade se trouve beaucoup mieux; elle a dormi toute la nuit, ce qu'elle n'avait encore pu faire depuis le commencement de la maladie. Ce soir, après l'ingestion des 2 pilules de vératrine, il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, mais encore deux ou trois selles diarrhéiques; la langue est humide et est presque redevenue normale; l'appétit est très-vif; le souffle cardiaque et vasculaire persiste; il n'y a plus de fièvre, on trouve cependant le pouls à 88 puls., mais la malade venait de manger deux potages dans l'après-midi, et il nous a semblé naturel d'attribuer cette fréquence du pouls à la digestion. A cette époque, on constatait encore de la tuméfaction, de la rougeur et de la douleur dans le poignet gauche, et en outre les deux épaules étaient douloureuses à la pression.

Le 21, même traitement. Le matin, le pouls est à 80 puls. Le soir, il y a eu une selle normale abondante après les pilules, et on constatait une amélioration très-considérable des douleurs; en outre, le poignet gauche était dégonflé et sans rougeur.

Le 22, le mieux n'a pas continué; le poignet droit est maintenant tuméfié, rouge et très-douloureux; la peau est baignée de sueur, le pouls plus fréquent, à 88 puls. Cependant la malade a bien dormi cette nuit. — Même traitement.

Les 23, 24, après les pilules il n'y a plus d'effets produits. L'état général reste sensiblement le même; l'état du poignet droit ne s'améliore pas non plus.

Le 25, hier la malade a pris 3 pilules de vératrine de 0,01 centigramme chacune, et il est survenu trois selles diarrhéiques : aujourd'hui, amélioration considérable; toutes les jointures anciennement affectées sont libres, au point que la malade a pu se lever dans la journée; une articulation de l'index gauche seule est encore tuméfiée; mais le pouls est très-lent à 60 puls; le souffle cardiaque persiste; l'appétit est très-vif. — Même traitement, une portion.

1er *mai.* Aujourd'hui la malade, parfaitement guérie, quitte l'hôpital. Elle a continué à prendre jusqu'à ce jour 4 pilules de vératrine chaque jour, et il n'y a plus eu d'effets produits sur l'intestin.

7e *Observation.— Rhumatisme articulaire à marche aiguë.— Dix jours de traitement par la vératrine, qui amène des nausées, un vomissement, la chute du pouls, qui tombe de 108 à 72 puls. après six jours de traitement. — Amélioration rapide de la maladie, puis retour des accidents locaux et généraux à la suite de la cessation de la vératrine pendant deux jours, et enfin guérison définitive par l'emploi du même médicament, continué pendant sept jours. — Durée totale de la maladie : vingt-cinq jours.* — Lanérie, âgée de 25 ans, couturière, entra à l'hôpital Beaujon le 16 janvier 1854, salle Sainte-Marthe, n° 48 (service de M. Barth). Jeune femme d'une bonne constitution, bien réglée, trois ou quatre jours ordinairement. Sujette à des palpitations fréquentes, elle n'a jamais eu d'autres fois de douleurs rhumatismales, bien qu'elle ait habité pendant six ans consécutifs un logement humide qu'elle a d'ailleurs quitté il y a cinq ans. Elle ne s'est pas refroidie étant en sueur. Quoi qu'il en soit, le 2 janvier, c'est-à-dire il y a quinze jours, elle a été prise subitement de douleurs dans les deux genoux avec gonflement de ces articulations; le lendemain les deux coude-pieds ont présenté les mêmes symptômes, et la semaine suivante les poignets et les coudes ont été à leur tour envahis. Ces douleurs passaient, dit la malade, d'une jointure à l'autre avec une extrême facilité, mais toujours si intenses, que depuis douze ou quinze nuits il n'y a pas eu un instant de sommeil; l'appétit s'est perdu peu à peu; il est survenu de la constipation, de la fièvre tous les soirs.

Le 17, les deux genoux, le coude droit, offraient de la tuméfaction, de la rougeur; ces jointures étaient le siége de douleurs si vives, que la malade ne pouvait faire aucun mouvement; la langue était blanche et humide, la peau baignée de sueur, le pouls fréquent a 108 puls. Il n'y avait pas de souffle cardiaque. — Pour traitement : gom. suc., diète.

Le 18, même état. La malade commence à prendre *une pilule de vératrine de* 0,005 *milligrammes.* Il survint une selle diarrhéique, attribuée par la malade à un lavement émollient qu'elle prit pour vaincre sa constipation.

Le 19, *elle a pris 2 pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune:* il y a eu des nausées continuelles toute l'après-midi, et un vomissement bilieux, amer : ce soir déjà, les douleurs sont beaucoup moins vives.

Le 20, l'amélioration est encore mieux marquée : les deux genoux et le coude droit ne sont plus ni douloureux, ni rouges, ni tuméfiés, et la malade les meut très-facilement. Mais à leur tour, le poignet et le coude gauches sont gonflés et douloureux.—Pour traitement: 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune*, g. s., diète.

Le 21, on suspend la vératrine. Il est survenu une vive douleur à l'épigastre, et l'on constate aujourd'hui un souffle doux au premier temps du cœur. La maladie ne paraît plus s'amender; la peau est baignée de sueur; le pouls, fréquent, à 96 puls. Les jointures du côté gauche sont toujours très-gonflées et extrêmement douloureuses. Hier, après les pilules, il n'y a pas eu d'effets produits sur l'intestin.

Le 23, aujourd'hui, on prescrit *une pilule de vératrine de* 0,005 *milligrammes;* la malade a été deux jours sans en prendre : toutes les jointures des deux membres supérieurs sont gonflées et extrêmement douloureuses, surtout celles des doigts de la main gauche. Le sommeil, que la malade avait recouvré, est reperdu depuis deux nuits; la peau est baignée de sueur, cependant le pouls n'est pas fréquent, à 84 puls., et l'on n'entend plus le souffle cardiaque ; l'appétit est très-vif, et la malade, à laquelle on n'accorde que 2 bouillons et 2 potages, a pu manger en secret et sans accidents quelques biscuits. — Pour traitement, on ajoute : une pilule de cynoglosse ; chiend. nitré à 0,50.

Le 24, hier, après la pilule de vératrine, il y a eu des nausées, mais pas de vomissement ni de selles. Aujourd'hui, le gonflement et les douleurs articulaires sont moindres. La malade a bien dormi cette nuit. — Même traitement.

Le 25, aujourd'hui, on a donné 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes,* qui n'ont amené que quelques nausées. Le soir, on constate une amélioration considérable : il ne reste plus que quelques légères douleurs dans les deux épaules, toutes les autres jointures sont libres maintenant; le pouls est lent, à 72 puls.; la langue normale, l'appétit excessif. — Une portion ; même traitement.

Le 27, la malade a pris 2 pilules de vératrine hier, et 3 aujourd'hui. Il n'y a pas eu de nausées, pas de vomissements, mais une selle normale. Bien qu'il soit survenu une bronchite légère, la malade se considère comme parfaitement guérie, toutes les jointures sont libres, et elle le prouve en se coiffant toute seule.

5 *février*. On n'a suspendu l'usage de la vératrine que le 30 janvier. Depuis ce jour-là la malade se lève chaque jour et ne ressent qu'un peu de fatigue dans les articulations à la fin de la journée ; son pouls est à 60 puls., son appétit est resté très-vif, elle mange 3 portions ; il n'y a plus eu d'effets produits sur l'intestin. Aujourd'hui, elle quitte l'hôpital.

8e *Observation. — Rhumatisme articulaire chronique à marche subaiguë, sans souffle cardiaque. — Onze jours de traitement par la vératrine, qui amène des nausées, des vomissements, des régurgitations, des renvois gazeux, de la diarrhée, la chute du pouls, qui de* 108, *tombe à* 72 *puls. après huit jours de traitement. — Guérison. — Durée totale de l'attaque rhumatismale : environ* 30 *jours. — N. B.* On verra chez ce malade une légère dyssenterie survenir cinq jours après la cessation de la vératrine.— Joung, âgé de 34 ans, apprêteur sur étoffes, entra le 24 janvier 1854 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 28 (service de M. Barth). Il a travaillé longtemps aux calorifères dans des endroits très-chauds, il portait un caleçon constamment mouillé de sueur, et il se rappelle avoir été saisi plusieurs fois l'hiver par le froid dans de pareilles circonstances. En outre, pendant onze ans consécutifs, il a couché dans un endroit humide, qu'il a d'ailleurs quitté depuis trois ans.

Il est sujet, depuis quatre mois, à des attaques rhumatismales fréquentes. Depuis ce temps, il a des douleurs dans les articulations coxo-fémorales, qui étaient gonflées de temps à autre au point de l'empêcher de marcher.

Au mois de décembre 1853, ce malade est venu passer un mois à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, pour une hydarthrose du genou droit, que des vésicatoires volants et des bains de vapeur avaient considérablement diminuée.

Quand ce malade rentra à l'hôpital, il y avait six jours que les douleurs des hanches, de sourdes qu'elles étaient depuis quatre mois, étaient redevenues très-aiguës. Il a remarqué que c'est le 19 janvier, en revenant de Saint-Louis, où il avait pris un bain de vapeur, que les douleurs des hanches avaient repris cette intensité inaccoutumée. Quatre jours après, le genou gauche devint le siége d'un gonflement énorme et de douleurs très-vives; puis le lendemain, le genou droit présenta les mêmes symptômes : depuis six nuits, il n'y a pas eu un instant de sommeil. Cependant, l'appétit s'est conservé ; il n'y a pas eu de frissons, ni de réaction fébrile bien prononcée, mais il y a un mois, à l'époque où apparut l'hydarthrose du genou droit, le malade eut des frissons et des sueurs tous les soirs pendant quinze jours.

Ajoutons, pour compléter l'histoire des antécédents de ce malade, qu'il y a six mois il eut une pleurésie du côté droit, et l'on entend encore aujourd'hui, à la base du poumon droit, en arrière de la poitrine, quelques frottements pleurétiques. Cette maladie a duré six semaines; depuis ce temps il est resté de la toux, mais il n'y a jamais eu d'hémoptysie, de diarrhée ni d'amaigrissement. Les ongles du malade sont hyppocratiques.

25 *janvier*. Gonflement énorme du genou gauche extrêmement douloureux. La rotule, fortement éloignée des condyles, indique un vaste épanchement de sérosité dans cette jointure. Le genou droit offre également les signes connus d'un léger épanchement. La pression, sur la tubérosité interne du tibia dans chaque genou, éveille de vives douleurs (1). Les téguments qui recouvrent ces articulations ont leur couleur et leur chaleur normales; toutes les autres jointures sont libres, excepté le coude droit, douloureux pendant les mouvements, mais sans gonflement ni rougeur. Le malade accuse encore des douleurs dans le dos, au niveau des gouttières vertébrales. La peau est brûlante; le pouls fréquent, à 108 pulsations. Il n'y a pas de souffle au cœur. — Pour traitement: 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune;* 2 bains, 2 potions.

Le 26, hier, après les pilules, il n'y a eu ni nausées ni vomissements ni selle. L'épaule, le coude, le poignet du côté gauche, sont comme les genoux, fortement tuméfiés et extrêmement douloureux. La nuit a été sans sommeil. — Même traitement.

Le 27, hier, après les 2 pilules, il y a eu quelques nausées et deux selles non liquides. Les jointures sont toujours aussi malades; le moindre mouvement arrache des cris, et, aujourd'hui, le genou droit offre une rougeur diffuse. En somme, l'état général et l'état local ne se sont pas améliorés ; cependant, le genou gauche ne présente plus de signes d'épanchement. L'insomnie persiste ; il y a eu des frissons toute la journée ; de nouvelles douleurs très-vives ont été ressenties dans les orteils des deux côtés. — 3 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune.*

Le soir, à cinq heures. Aujourd'hui, après les pilules, le malade a eu des nausées continuelles, des régurgitations, des renvois gazeux et deux selles solides; il a vomi quelques glaires visqueuses, amères. Après l'ingestion de 2 pilules de vératrine, pendant le malaise produit par les nausées continuelles, et à la suite du vomissement, le pouls est plus lent, à 84 pulsations; la langue est normale, humide. Le malade n'a pas voulu manger son potage le soir, à cause du malaise qu'il éprouve.

Le 28, la nuit a été excellente. On avait ajouté hier, au traitement, 2 pilules de cynoglosse que le malade n'a pas voulu prendre, dans la crainte que ce ne fût une quatrième pilule de vératrine qui lui inspirait une grande répugnance, pour les nausées continuelles qui suivaient immédiatement l'ingestion de ces pilules.

Ce matin, on a suspendu la vératrine, et *ce soir,* les deux membres thoraciques, doigts, poignets, coudes, épaules, sont extrêmement douloureux et tuméfiés. Le pouls est relevé, est plus plein, plus fréquent, à 96 pulsations. Il n'y a pas de souffle cardiaque. — Pour traitement: g. s., 1 pilule de cynoglosse, 2 bains, 2 pot.

Le 29, les douleurs sont si vives et si générales que le malade ne peut plus faire aucun mouvement. — Il recommence à prendre 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune*, et 1 pilule de cynoglosse.

Le 30, bien que le malade ait encore pris la même dose de vératrine aujourd'hui qu'hier, il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, ni selles depuis quatre jours. L'amélioration est cependant notable : les deux genoux, les deux poignets et l'épaule droite sont toujours tuméfiés et douloureux, mais les douleurs sont moins aiguës que les jours précédents ; les coudes sont libres. Le malade a dormi pendant trois heures la nuit dernière, et deux heures dans la journée. L'appétit est revenu ; le pouls est plus petit, plus lent, à 84 pulsations, non dépressible ; la peau est baignée de sueurs continuelles, copieuses, surtout la nuit. — Pour traitement : 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune ;* 1 pilule de cynoglosse.

Le 31, après les pilules, il n'y a plus ni nausées, ni vomissements, mais seulement quelques renvois gazeux et une selle normale chaque jour. Aujourd'hui, le malade se trouve très-soulagé ; il a bien dormi toute la nuit. Le genou droit seul est resté gonflé et douloureux. L'appétit est très-vif. — Même traitement ; 1 portion.

1er *février*. Enfin, toutes les jointures sont dégonflées, mais encore un peu douloureuses pendant les mouvements. — Traitement : 1 *pilule de vératrine ;* 2 de cynog.

Le 2, l'état général du malade est excellent : le pouls est à 72 pulsations; la peau a sa température normale; les sueurs sont toujours copieuses la nuit. L'appétit est toujours excessif; la langue a sa couleur normale. Il y a chaque jour une selle normale. — Même traitement.

(1) M. Malgaigne professe que tel est le point d'élection des douleurs dans les maladies inflammatoires du genou (*Leçon orale sur les maladies articulaires* faite à l'hôpital Saint-Louis, en 1851).

Le 6, on suspend la vératrine qui n'a plus eu, dans les derniers jours, d'autres effets que ceux qui ont été signalés à la date du 31 janvier. Aujourd'hui, le malade se lève, marche; il n'accuse plus que de la roideur dans le genou droit et de l'endolorissement dans les deux épaules. Le pouls est maintenant à 84 pulsations. — Pour traitement : 1 bain de vapeur; 2 portions.

Le 19, le malade est resté dans le service pour prendre tous les deux jours 1 bain de vapeur. Il conserve encore de la roideur articulaire dans les deux genoux, accidents légers qui ne l'empêchent ni de monter ni de descendre les escaliers, pour aller chaque jour au jardin. A cette époque, en mesurant les deux genoux dans la même position, nous avons trouvé que le genou gauche avait encore 1 centimètre de plus que le droit en circonférence.

Deux ou trois jours après, le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri;

Mais nous devons noter que le 11, c'est-à-dire cinq jours après la cessation de l'usage de la vératrine, il fut pris subitement de coliques, diarrhée avec cuisson à l'anus; il rendit deux ou trois selles sanguinolentes. Ces accidents ont duré deux ou trois heures, et se sont calmés d'eux-mêmes.

9e *Observation. — Rhumatisme musculaire à marche aiguë, avec souffle cardiaque.— Sept jours de traitement par la vératrine, qui amène de la diarrhée d'abord, puis des nausées, des vomissements, la chute du pouls qui de 108 tombe à 60 puls.— Le septième jour du traitement, amélioration peu notable; puis traitement par l'expectation pendant environ un mois et guérison. — Durée totale de la maladie : environ* 6 *semaines.* — Pernet, âgé de 23 ans, domestique, entra le 4 mars 1854 à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 24 (service de M. Barth). Il a déjà eu, à l'âge de 19 ans, des douleurs rhumatismales après avoir travaillé dans l'eau. Elles ont duré quinze jours, et le malade n'a suivi aucun traitement. Depuis cette époque, les douleurs reviennent de temps à autre après les grandes fatigues.

2 *mars.* Le malade s'étant refroidi étant en sueur, a été pris de violents frissons et de douleurs vagues dans tous les membres, surtout dans les deux bras et les deux cuisses, qu'il ne pouvait plus mouvoir qu'avec d'extrêmes souffrances; en même temps il a perdu le sommeil et l'appétit.

Le 5, le malade commença à prendre 1 *pilule de vératrine de* 0,005 *milligrammes.* Il n'y eut pas d'effets produits.

Le 6, il en prit une seconde encore sans résultats.

Le 7, il prit 2 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune,* qui n'amenèrent aucun effet immédiat.

Le 8, enfin, aujourd'hui après 3 pilules semblables, il est survenu une selle diarrhéique sans nausées et sans vomissements. Voici à cette époque l'état que présentait le malade :

Aucune jointure n'est ni rouge ni tuméfiée, cependant il existe de vives douleurs dans les deux genoux; mais ces douleurs ont un siége insolite et semblent exister plutôt dans les insertions musculaires aux os que dans la synoviale elle-même : ainsi la pression sur l'insertion du muscle droit antérieur à la rotule du côté droit est très-douloureuse, de même que la pression sur l'insertion du muscle soléaire du côté gauche dans le jarret, et le malade ne peut soulever les deux membres inférieurs. Il en est de même des deux bras, que le malade ne peut soulever sans souffrir dans les biceps; en outre, le malade accuse de grandes douleurs à la région lombaire, au niveau des muscles de la masse commune, des points de côté que la toux et la respiration exaspèrent, et des coliques dans les flancs.

La langue est blanche, collante, très-rouge à la pointe; les gencives présentent un liséré rouge très-prononcé à leur bord libre; l'appétit est nul; avant aujourd'hui, il n'y avait pas eu de selle depuis treize jours.

Le pouls est petit, dépressible, fréquent, à 108 puls. On entend un souffle doux au premier temps du cœur, ayant son maximum d'intensité derrière le mamelon gauche et se prolongeant à la pointe du cœur.

Le 9, on ne constate aucune amélioration; le pouls reste à 108 puls.— Pour traitement : 4 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune,* 2 *pilules cynoglos;* chiend. nitré, diète.

Après les pilules, il y a eu des nausées continuelles, un vomissement bilieux amer pouvant équivaloir à un verre de liquide, mais pas de selle; pas de gêne dans la déglutition, pas d'ardeur au pharynx, pas de hoquet, pas de douleur épigastrique.

Le 10, le malade a pu dormir une heure cette nuit, cependant il n'y a aucun soulagement; les douleurs sont aussi vives; en outre, le coude-pied gauche est un peu gonflé et présente une rougeur diffuse par place; la pression au-dessous des malléoles y est très-douloureuse. La langue est blanche et humide; la soif modérée; la peau baignée de sueur; le pouls plein, fort, mais moins fréquent, à 96 puls. Les points de côté persistent, et il est survenu une légère douleur épigastrique. On suspend la vératrine. — Pour traitement : chiend. nitré, 3 pilules cynoglos.

Le 11, *au soir,* la maladie semble augmenter : outre les douleurs des bras, des genoux, du coude-pied gauche, aujourd'hui on constate du gonflement, de la rougeur et de la douleur dans les jointures de deux doigts de la main droite et dans les articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils. La langue est sèche, rouge à la pointe; la peau brûlante; le pouls petit, dépressible, mais non fréquent, à 84 puls. L'insomnie a été complète la nuit dernière. Bien que le malade n'ait pas pris de vératrine depuis avant-hier, il y a eu aujourd'hui une selle jaune, liquide, diarrhéique, et beaucoup de gaz intestinaux.— Pour traitement : chiend. nitré, 4 pilules cynoglos.

Le 13, hier le malade a recommencé à prendre 3 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune :* il n'y a pas eu d'effets produits, sauf expulsion d'une grande quantité de gaz intestinaux; les douleurs sont un peu calmées; le sommeil a été excellent; la peau a sa température normale; le pouls à 84 pulsations; le souffle cardiaque persiste derrière le mamelon gauche et à la pointe du cœur; la langue est très-sèche avec un enduit jaune safran épais et une rougeur très-vive. Les symptômes locaux ont plutôt augmenté que diminué, et aujourd'hui les deux condyles offrent une rougeur diffuse, et le poignet gauche a 1 centimètre de plus de circonférence que le poignet droit. — Pour traitement : 4 *pilules de vératrine de* 0,005 *milligrammes chacune,* 4 pilules cynoglos., 2 bains, 2 potages.

Le soir, à 6 *heures.* Quand le malade eut pris les 4 pilules de vératrine, nous avons noté : 1° qu'il a vomi deux ou trois fois dans l'après-midi; les liquides vomis étaient verts, porracés, amers, évidemment bilieux; il y en avait plein un demi-crachoir ordinaire d'hôpital; 2° les nausées ont été continuelles et durent encore; 3° il n'y a pas eu de selle diarrhéique, pas de coliques, mais beaucoup de gaz intestinaux; 4° la langue, qui était très-sèche ce matin, a ce soir son aspect normal; 5° la soif est nulle; 6° il n'existe ni douleur au pharynx, ni le long de l'œsophage, ni à l'épigastre, ni gène dans la déglutition, ni hoquet; 7° le pouls, en ce moment, où règne encore le malaise produit par les nausées, est très-lent, très-dépressible, à 60 puls., et le souffle cardiaque persiste, mais paraît un peu plus sourd que ce matin; 8° la peau a sa température normale, plutôt peut-être un peu plus chaude que d'ordinaire. — A cause de cet état de malaise, le malade n'a pas voulu manger son potage.

Le 14, ce matin à neuf heures, c'est-à dire après quinze heures, le pouls s'est relevé, a maintenant 84 puls.; il y a eu encore un vomissement hier dans la soirée, et depuis, tous les accidents sus-indiqués ont cessé.

Les urines d'hier soir et de cette nuit sont jaunes orangées, transparentes, avec un dépôt blanc muqueux assez abondant; elles ont une odeur ammoniacale excessivement fétide (mais elles ont séjourné dans un urinal en étain plus de quinze heures); elles ont une saveur salée, un peu piquante; elles sont fortement alcalines; elles deviennent rouges de sang lorsqu'on y verse une proportion d'acide nitrique assez grande pour, d'alcalines les rendre acides, et en même temps elles font effervescence. Elles ne contenaient ni bile ni albumine.

Ce matin il n'y a aucun soulagement dans les douleurs; on suspend la vératrine.

Le 15, il est survenu des sueurs très-copieuses cette nuit; le sommeil a été excellent, et on constate une légère amélioration; le malade peut faire maintenant quelques mouvements pour changer de position. Le pouls reste à 84 puls., le souffle cardiaque persiste, l'appétit est un peu revenu. — Pour traitement : chiend., 4 pilules cynoglos, une portion.

Les 16 et 17, pas de changement. Le pouls s'est relevé à 96 puls.; sueurs continuelles toute la journée; les douleurs des bras et des cuisses sont aussi vives que les premiers jours de la maladie; somnolence continuelle; langue normale; le poignet gauche offre par places une rougeur diffuse. Le 16, il y a eu une selle normale. — Même traitement.

Le 20, les deux membres inférieurs sont complétement libres maintenant et le malade les meut facilement; mais les douleurs dans les biceps sont aussi vives que les premiers jours. Le pouls reste plein, fréquent, à 96 puls. le soir : sueurs copieuses les nuits; le malade dort trois heures seulement chaque nuit; le souffle cardiaque persiste; l'appétit est presque normal.

Il n'y a pas eu de selle depuis le 16, et on a été obligé, pour obtenir des garde-robes hier et aujourd'hui, d'employer des lavements émollients. Le malade n'a plus repris de vératrine depuis le 14 courant, et l'urine de cette nuit est jaune transparente avec le même dépôt muqueux sus-indiqué; elle a une saveur salée non piquante, est encore fortement alcaline, d'une odeur ammoniacale, fait encore effervescence avec l'acide nitrique, mais ne devient plus rouge de sang comme dans la première expérience.—Même traitement.

Le 28 (26e jour de la maladie), les accidents locaux et généraux ont été en s'améliorant peu à peu pendant ces derniers huit jours; les douleurs se sont un peu calmées, le sommeil était meilleur; souvent il y avait de la somnolence pendant la journée; le pouls cependant était à 96 puls. tous les soirs après le repas; le souffle cardiaque a disparu depuis le 25 cou-

rant; l'appétit ne s'est pas réveillé peut-être à cause de l'emploi des opiacés; depuis le 23 il y a chaque jour deux selles diarrhéiques; hier il y a eu cinq selles liquides avec coliques, les matières rendues étaient grises blanchâtres, visqueuses, comme des crachats avec quelques stries de sang, mais sans cuissons à l'anus; accidents que le malade attribue aux confitures de groseilles qu'il mange chaque jour; la langue est restée rouge à la pointe: aujourd'hui le malade commence à se lever, descend au jardin; le pouls est à 84 puls. — Pour traitement, chiend., 4 pilules cynoglos, lavement de tête de pavot, une portion.

Le 29, hier peut-être le malade a eu froid, les douleurs des bras sont revenues plus vives, mais le pouls reste à 84 puls. Encore deux selles diarrhéiques. — Même traitement.

Le 1er *avril*, il ne s'est levé ni hier ni avant-hier; aujourd'hui il va mieux, mais il ne peut encore placer les bras qu'à angle droit avec l'axe du corps; au delà de cette limite, les mouvements sont encore douloureux; maintenant la diarrhée est arrêtée et il y a une selle normale chaque jour. Le pouls reste à 84 puls. — Même traitement, 2 portions.

Le 6, enfin le malade est presque complétement guéri; il a pris un bain simple hier à cause de l'endolorissement qui accompagne encore les grands mouvements des bras. Il se lève chaque jour; on suspend les pilules de cynoglos.

Le 10, le malade est resté dans le service pour prendre tous les deux jours un bain sulfureux à cause de la roideur des épaules; mais il se considère si bien comme guéri, qu'il espère sortir dans deux jours.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

Péritonite puerpérale traitée par l'ipécacuanha, le calomel à doses refractées, les cataplasmes de ciguë et les injections vaginales avec la décoction de feuilles de stramonium.

Deux femmes ont été traitées dans le service de M. Trousseau pour des péritonites puerpérales. Chez la première, jeune femme vigoureuse, accouchée dans l'hôpital, la péritonite était aiguë et bien caractérisée. On a essayé de l'attaquer par le calomel à la dose de 5 centigrammes en douze paquets, à prendre dans les vingt-quatre heures. Le quatrième jour de cette médication, la salivation a commencé; aussitôt les symptômes se sont amendés, la fièvre est tombée, la douleur abdominale a diminué; l'épanchement, ce qui n'est ni rare ni inquiétant, a augmenté. M. Trousseau espérait qu'avec des cataplasmes de ciguë, des lotions iodées et quelques vésicatoires, on viendrait à bout de cette phlegmasie; mais il devait en être autrement. Une fièvre hectique s'est montrée; il est survenu de la toux, de l'amaigrissement, et la diarrhée, attribuée d'abord à l'action du calomel, a pris un caractère persistant. Or, quand la toux se manifeste dans le cours d'une péritonite, autrement qu'à la suite d'un rhume, et qu'il y a du dévoiement qui ne trouve pas sa raison d'être dans la médication employée, il faut craindre une diathèse tuberculeuse. C'est effectivement ce qui existait chez cette femme: on l'a vue passer par tous les degrés de la dissolution, de la consomption; elle est morte avec des taches ecchymotiques sur la peau, et l'autopsie a montré des tubercules dans les poumons, dans les ganglions bronchiques et mésentériques, et tous les signes anatomiques d'une péritonite sur-aiguë ayant eu l'utérus pour point de départ. C'est là, disait M. Trousseau, un exemple très-curieux de tuberculisation galopante; car avant d'être accouchée, cette femme, à part la déformation des doigts, désignée sous le nom d'incurvation hippocratique, n'avait donné aucun motif de la supposer atteinte de cette affection.

La seconde malade, traitée pour une péritonite puerpérale, était accouchée également dans les salles. Cette femme, qui vers le huitième mois de sa grossesse, avait eu une roséole de nature syphilitique, prit une métro-péritonite après être accouchée. Les lochies se supprimèrent, l'abdomen se ballonna, les seins devinrent flasques. Le pouls, heureusement, ne cessa pas d'être bon. L'ipéca, ce grand remède des femmes en couches, et qui convient au début des fièvres puerpérales, quand il n'y a pas encore d'expression locale tranchée, fut donné à celle-ci; puis on passa au calomel, administré d'après la méthode de Law, c'est-à-dire d'après la formule suivante:

Pr. Protochlorure de mercure préparé
 à la vapeur. . . . . 10 centigrammes.
 Sucre pulvérisé . . . . 3 grammes.

Mêlez, triturez avec soin et divisez en vingt paquets égaux.
A prendre un paquet toutes les deux heures.

La malade prit ainsi 15 centigrammes de calomel en trois jours, ce qui provoqua chez elle sept à huit garde-robes chaque jour; effet purgatif augmenté sans doute par la circonstance d'un peu de diarrhée préexistante. Le quatrième jour, il survint de la salivation et du gonflement des gencives; on suspendit la médication. Mais déjà le ventre s'était affaissé, et le flux mammaire était revenu, ainsi que l'appétit. C'était un exemple intéressant de métro-péritonite légère, guérie rapidement par l'emploi combiné de l'ipéca et du calomel.

M. Trousseau eût pu couvrir le ventre d'onguent mercuriel; mais la salivation n'en eût pas été obtenue plus vite, et cet onguent a, suivant ce médecin, l'inconvénient de s'attacher aux poils, de rester dans les plis de la peau, dans la vulve, où le mercure continue d'être absorbé, malgré les lotions de toute espèce, lorsque déjà la salivation a commencé. On a vu aussi son emploi déterminer des affections couenneuses, des gangrènes de la vulve, puis enfin l'hydrargyrie, maladie caractérisée par un eczéma général, du délire, et qui, dans un très-grand nombre de cas, se termine par la mort. Ces considérations, selon M. Trousseau, doivent engager les praticiens à préférer à l'onguent mercuriel le calomel qui, donné par dixième ou par douzième de grain, de deux en deux heures, peut être suspendu à volonté aussitôt que son effet sur les gencives est produit.

La médication par le calomel, ainsi administré, lutte avec avantage contre la péritonite de forme simple. Quant aux fièvres puerpérales excessives, avec métro-péritonite purulente, M. Trousseau n'a pas la prétention de les guérir, mais il pense qu'on les préviendrait dans beaucoup de cas, en soumettant les femmes nouvellement accouchées à des soins de propreté minutieux. A l'appui de son opinion, ce médecin invoque les beaux résultats obtenus par M. Horteloup, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Pierre. Cette salle contient 30 lits constamment occupés par des femmes en couches, et, grâce à la propreté merveilleuse qui ne cesse d'y régner sous tous les rapports; grâce aux soins avec lesquels le linge et les objets de literie sont changés, aux lotions, aux injections répétées trois fois par jour, pour éviter le séjour des lochies dans le vagin, il n'arrive presque jamais d'accidents puerpéraux chez les femmes de ce service.

Pour revenir à la seconde malade qui faisait le sujet de ces remarques, nous dirons qu'à la suite d'un écart de régime, elle fut reprise de péritonite le 30 janvier. On prescrivit aussitôt 5 centigrammes de calomel et 1 gramme 50 de sucre en poudre mélangés, à prendre en dix paquets, de deux heures en deux heures. Cette petite quantité de calomel provoqua douze selles, et dès le lendemain les gencives étaient légèrement gonflées.

Prescription. — 25 milligrammes seulement de calomel en douze prises, pour les vingt-quatre heures; injections vaginales avec la décoction de feuilles de stramonium, trois fois par jour; application permanente, sur l'abdomen, de cataplasmes de ciguë ainsi composés:

Pr. Cataplasmes de farine de lin, 500 grammes.
Etendez, à la surface du cataplasme, une couche de bouillie faite avec:

 Poudre de ciguë. . . . . . . 125 grammes.
 Mucilage de graine de lin . . . q. s.

Le 4 février, la malade continuait à prendre les 25 milligrammes de calomel par jour. La veille, elle avait eu trois selles.

Le 5, une seule selle; même traitement.

Le 7, cessation du calomel; état général satisfaisant; il restait seulement un peu d'empâtement, indiquant la présence de fausses membranes dans le péritoine péri-utérin.

Le 12, plus de douleurs du ventre.

Le 17, convalescence décidée.

Cette femme est sortie à la fin du mois, très-bien guérie.

Hôpital de la Pitié. — M. Gendrin.

Prescriptions empruntées à la consultation gratuite. — Affection scorbutique. — Maladies de poitrine; bronchite; toux; catarrhe laryngien; tubercules; pneumonie chez les vieillards.

Affection scorbutique chez une femme de 44 ans:

 Suc de cresson. . . . . } āā 50 grammes.
 — d'oseille. . . . . . . }

A prendre par cuillerées à bouche.

 Infusion de fleurs de houblon.
 Vin de Bordeaux. . . . . . 120 grammes.
 Deux portions d'aliments solides.

Dans un cas analogue, avec *excavation et induration tuberculeuses* au sommet des deux poumons :

Huile de foie de morue. . . . . 25 grammes

par cuillerées.

Vin antiscorbutique. . . . . . 40 —

Deux portions.

Le cresson ayant pour principe actif l'iode, ainsi que l'a constaté un pharmacien habile, M. Chatin, il est devenu important de vérifier l'état de pureté des suc et sirop de cette plante. On y parvient à l'aide d'un réactif très-simple, indiqué par M. Stanislas Martin. Il suffit de quelques gouttes de sous-acétate de plomb. Si la préparation de suc épuré ou sirop est bien faite, il y a coloration et précipité jaune foncé, coloration qui n'existe pas avec un sirop de sucre aromatisé d'alcoolat de cochléaria ou de raifort sauvage, que l'on pourrait vouloir substituer au sirop de cresson. Ce sirop ne serait confondu, à la rigueur qu'avec celui de pointes d'asperges, qui a sa couleur, son odeur et sa saveur; mais en le traitant par le sous-acétate de plomb, on n'obtient qu'une coloration très-pâle qui suffit pour le distinguer.

Affections de poitrine.

Bronchite. Vésicatoire de 2 décimètres de diamètre entre les deux épaules. Julep béchique.

Dans un autre cas contre la *toux :* 30 centigrammes de pilules de cynoglosse, en 3 pilules, de quatre en quatre heures. Cette formule est souvent employée chez les tuberculeux.

Chez un vieillard affecté de *bronchite chronique :* Matin et soir 10 gouttes de baume de soufre térébenthiné dans une cuillerée de vin.

Fièvre catarrhale tuberculeuse. Décoction de chiendent gommée et édulcorée. Cataplasmes sinapisés entre les deux épaules et sur la poitrine deux fois par jour. Julep béchique. Trois bouillons.

Catarrhe laryngien avec extinction de voix. Cataplasmes émollients autour du cou. Bain de pieds sinapisé.

Tubercules pulmonaires chez un vieillard âgé de 85 ans. Infusion de lierre terrestre, édulcorée avec 30 grammes de sirop d'hysope. Julep béchique additionné de 15 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Pneumonie du sommet. Femme de 66 ans : Calomel, 10 centigr. en deux prises. Vésicatoire de 2 décimètres de diamètre entre les deux épaules. Julep béchique.

Dans le cas de *pneumonie double* chez les sujets âgés, M. Gendrin n'hésite pas à prescrire sans délai un julep avec :

Tartre stibié. . . . . . . 5 décigr.

Extrait aqueux thébaïque . . 1 —

à prendre par cuillerées. Il a recours ensuite au vésicatoire entre les deux épaules et au calomel donné à la dose de 10 à 15 centigrammes en trois doses : s'il y a pneumonie avec soulèvement partiel de l'épiderme et ecthyma cachectique, ce médecin fait ajouter au julep du codex, 30 grammes de sirop antiscorbutique.

(*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

CORRESPONDANCE.

Lettre sur l'hydro-hématocèle,

à propos de l'observation publiée par M. Despaux.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Permettez-moi d'adresser, par votre intermédiaire, quelques réflexions à M. Despaux (de Crouy-sur-Ourcq), au sujet de l'intéressante observation d'hydrocèle convertie en hydro-hématocèle, que j'ai lue dans le nº du 20 avril du *Moniteur des Hôpitaux*.

Je désire appeler votre attention et celle de notre honorable confrère sur un seul point : le mode de formation de l'hématocèle dans ce fait et dans les cas d'hématocèles spontanées que d'autres auteurs ont fait connaître. M. Despaux n'ignore pas que ce mode de formation est mal expliqué par nos auteurs classiques, et il propose, en conservant toutefois une sage réserve, la théorie suivante : « Toutes les fois qu'on rencontre des épanchements sanguins spontanés dans les bourses par exhalation lente, on peut présumer l'existence de quelque engorgement particulier du testicule dont la nature n'a pas été suffisamment définie par les pathologistes. » Cette proposition est juste dans une certaine limite, et les faits que j'ai observés me permettent de l'adopter, mais à la condition d'ajouter un développement capital, c'est que l'engorgement en question du testicule a son siége dans la séreuse et se lie étroitement à une lésion de la tunique vaginale tout entière, lésion sur laquelle j'ai spécialement insisté dans un travail publié en 1851, sous ce titre : *De l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle.* (*Archives de Médecine*, 4e série, t. 27.)

Dans ce travail, je crois avoir démontré trois points importants : 1° la fréquence des inflammations inaperçues de la tunique vaginale; 2° la formation facile d'une fausse membrane qui s'épaissit plus ou moins, à la surface interne de la séreuse dans ces vaginalites lentes et sourdes; 3° la facilité avec laquelle les vaisseaux de nouvelle formation de la pseudo-membrane se rompent et laissent échapper le sang dans la cavité de la séreuse. Pour moi, l'hématocèle spontanée est produite, non par une exhalation, mais par une rupture de vaisseaux nouveaux à parois encore trop faibles pour résister aux mouvements et aux pressions continuelles auxquelles le scrotum est exposé par ses conditions topographiques.

Comme le principal but de ce mémoire était de discuter et, s'il se pouvait, de fixer définitivement le traitement chirurgical des épaississements de la tunique vaginale, comme je tenais surtout à faire ressortir les adhérences ordinairement assez faibles de la fausse membrane et la possibilité de l'énucléer, je n'ai peut-être pas mis suffisamment en relief, quoiqu'elles y soient cependant formulées, les autres déductions pathologiques de mes études sur ce sujet, et je m'explique ainsi pourquoi l'hématocèle spontanée reste encore embarrassante et obscure pour beaucoup de praticiens.

Je reconnais volontiers qu'un chapitre manque encore aujourd'hui dans la description de l'hydrocèle et des maladies du scrotum. Ce chapitre devrait être intitulé : *De la vaginalite dans l'hydrocèle.* J'en rassemble depuis longtemps les matériaux anatomiques et cliniques, et j'espère être bientôt à même de les publier en détail; mais je puis, dès à présent, vous en donner le sommaire :

1° Certains individus atteints d'hydrocèles ont des vaginalites pseudo-membraneuses dont on ne peut pas soupçonner la présence, parce qu'elle ne se traduit par aucun symptôme;

2° Il en est d'autres qui éprouvent, comme celui de M. Despaux, de temps en temps, des douleurs dans les bourses; j'en ai vu deux qui avaient une inflammation aiguë avec fièvre et douleurs vives. En pareil cas, on doit soupçonner la formation d'une fausse membrane du genre de celles que j'ai appelées *au premier degré;* songer dès lors à la substitution possible d'une hydro-hématocèle à l'hydrocèle qui existait d'abord par la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, craindre un épaississement plus considérable, prévoir enfin la possibilité d'un insuccès à la suite de l'injection. Je ne prétends pas dire que l'oblitération de la cavité vaginale soit impossible à obtenir en pareil cas; je la crois seulement plus difficile, et j'explique ainsi certaines récidives dont les chirurgiens ne se rendent pas bien compte.

Pour moi, les choses se sont passées de la manière suivante dans l'observation de M. Despaux : il y a eu des vaginalites avant et après les deux premières ponctions; rupture des vaisseaux de la fausse membrane après la seconde, et formation d'une hydro-hématocèle; la fausse membrane était encore assez mince et assez celluleuse pour se prêter, à la suite de l'évacuation et de l'injection, à un travail adhésif. Le testicule a paru engagé parce que la fausse membrane avait pris à son niveau un peu plus d'épaisseur et plus de densité que sur le feuillet pariétal. En conséquence, au lieu de rattacher, avec notre honorable confrère, l'hydro-hématocèle à la lésion du testicule, je formulerais cette proposition : l'hématocèle spontanée a été consécutive. dans ce cas comme dans tous les autres, à une vaginalite pseudo-membraneuse.

Agréez, etc. L. Gosselin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Un médecin jeune encore, M. Cherest, secrétaire général de la Société médicale d'émulation, ancien *externe* et non pas *interne* des hôpitaux de Paris, vient de succomber prématurément, comme avait succombé dix ans auparavant son ami intime et compagnon d'études, M. Fournier.

— M. le docteur Vernois vient d'être nommé médecin consultant de S. M. l'Empereur. Il est remplacé dans les fonctions de médecin par quartier par M. le docteur P. de Pietra-Santa, secrétaire du conseil de santé de S. M.

— *Hôpital Necker.* — M. Natalis Guillot commencera son cours clinique sur les maladies des enfants, le mardi 2 mai, et le continuera tous les mardi et vendredi de chaque semaine, à 9 heures, après la visite.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur quelques points de pathogénie et de classification médicale, par P.-E. Garreau, médecin major de 1re classe des hôpitaux militaires, etc. — Paris, chez Victor Masson. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 50. 2e année. Jeudi 27 Avril 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 26 Avril 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Un chirurgien qui se repose depuis trop longtemps sur des lauriers, d'ailleurs justement acquis, M. le professeur J. Cloquet, a fait part hier à ses collègues d'une modification ingénieuse qu'il vient de faire subir au trois-quarts. Le but de cette modification est de rendre plus facile pour le chirurgien et moins douloureuse pour les malades, la perforation de la peau dans les cas de ponction. Ce but nous a paru être complétement atteint, et la modification, imaginée par M. J. Cloquet, nous paraît réaliser un progrès, d'une importance fort limitée il est vrai, mais néanmoins très-positif.

Un honorable chirurgien de Poitiers, correspondant de l'Académie, M. Gaillard, a remplacé à la tribune le spirituel professeur, et il a communiqué à l'Académie ses idées sur la cause de la sensation de pesanteur qu'on observe dans les affections utérines. Le travail de l'honorable correspondant a été conçu à un point de vue purement dogmatique, et les opinions qui s'y trouvent exposées nous ont paru être basées plutôt sur des données physiologiques et sur les inductions qu'on en peut tirer que sur un ensemble de faits rigoureusement observés et décrits, et non moins rigoureusement interprétés. C'est tout ce que nous pouvons dire de ce travail après la lecture rapide qu'il nous a été possible d'en faire.

A M. Gaillard a succédé M. Morel-Lavallée, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, etc., et l'un des lauréats qui ont reçu du fameux et modeste donateur anonyme que vous savez une récompense plus ou moins nationale. La vérité nous oblige à dire que M. Morel méritait une récompense moins nationale que cela, même quand il n'aurait pas consulté la dignité de la Société de chirurgie, et qu'il n'aurait pris en considération que son propre talent. Nous voudrions que la vérité nous obligeât aussi à déclarer qu'il a fait un bon Mémoire ; mais sur ce point nous avons plus d'une réserve à garder : M. Morel, qui s'était proposé de donner une explication nouvelle, plus satisfaisante que celles qu'on a proposées jusqu'ici, de la luxation congénitale du fémur, nous paraît avoir médiocrement atteint son but en déclarant, dans sa dernière conclusion, que « *en dernière analyse la luxation congénitale du fémur reconnaît* généralement *pour cause une affection de la hanche chez le fœtus : coxalgie, arthrite, hydarthrose.* » Nous ne savons si les chirurgiens, si M. Parise, de Lille, en particulier, partageront notre sentiment. Il y a cependant quelques détails intéressants dans le Mémoire de M. Morel, et il y a surtout deux faits qui donneront un mérite réel à son travail, et qui devraient mettre celui qui les a observés à l'abri des récompenses nationales.

La dispersion des académiciens qui avait commencé avec la lecture de M. Morel, a été complétée par la dissertation philosophico-dentaire de l'honorable M. Oudet.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. DEVERGIE.

De l'influence qu'exerce sur la santé générale la brusque suppression des poux.

Il s'agit ici d'un problème qui se présente fréquemment dans la pratique, et sur lequel les avis sont loin d'être unanimes. C'est pourquoi nous attachons un certain intérêt à l'observation suivante, puisée dans la clinique d'un médecin qui fait autorité en pareille matière. Nous trouvons les détails de ce fait dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques :*

Un jeune homme de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, est entré dans le service le 19 janvier dernier. Ce malade ayant couché pendant quatre jours dans un hôtel garni fort sale, déclare y avoir contracté des poux. Toujours est-il que, quelques jours après sa sortie du garni, il fut pris de démangeaison à la tête, en même temps qu'il se manifesta dans les cheveux un grand nombre de poux, et ce, dans l'espace de trois à quatre jours. Ils pullulèrent avec une grande rapidité et donnèrent lieu à une sécrétion abondante qui agglutinait les cheveux entre eux par sa nature plastique.

Voulant se débarrasser immédiatement de cette affection incommode et dégoûtante, il se fit couper les cheveux ras. Et, en effet, les poux furent presque complétement détruits ; mais dès le lendemain il fut pris d'un sentiment de froid à la tête, de malaise, d'abattement, d'anorexie, de fièvre, état général qui ne fit que s'accroître et qui contraignit le malade à entrer à l'hôpital le quatrième jour. A son entrée, la figure était rouge, les yeux larmoyants ; il y avait de la difficulté d'avaler, de la douleur aux amygdales, un peu de toux, courbature générale, langue blanche, large, saburrale, diarrhée légère, fièvre. Quant à la tête, on voyait sur son sommet une large croûte épaisse, grisâtre,

sanieuse, de 15 centimètres sur 8 environ, fournissant un liquide mucoso-purulent, d'une odeur infecte, et dans les portions dénudées on trouvait des portions de plaies granulées, escarrifiées çà et là.

M. Devergie fit aussitôt envelopper la tête de ouate de coton; il fit donner au malade un bain d'air chaud pour provoquer une sueur abondante, et une tisane de tilleul et d'orge fut prescrite pour boisson. Le lendemain, nouveau bain, application d'onguent de la mère sur la partie sécrétante de la tête; mais le malade ne put supporter ce pansement que pendant la journée. Le quatrième jour, le dévoiement a cessé, les sueurs, provoquées, ont amélioré l'état général; mais la céphalalgie persiste, la figure est encore rouge : bain de pieds sinapisé, cessation des bains d'air chaud. Quelques ganglions du cou s'engorgent. Deux jours après, on revient aux bains d'air chaud, et l'on fait appliquer un vésicatoire à l'un des bras. Quant aux poux, il n'en a pas reparu. L'appétit renaît, le malade prend quelques aliments. Plusieurs jours s'écoulent dans cet état de mieux-être; le malade se lève; il en profite pour descendre au jardin, et bientôt il est saisi de froid et d'un retour de fièvre, à la suite duquel se montre un impétigo au bras droit, coïncidant avec des symptômes d'embarras gastrique. Un vomitif est prescrit. A partir de ce moment, le mieux se soutient, et le malade sort guéri de l'hôpital, cinquante et quelques jours après son entrée. La plaie de la tête, pendant ce laps de temps, a été pansée avec du cérat simple. Elle a été longue à guérir. Elle était bourgeonnée, granuleuse, avait déterminé la chute des cheveux, et il était évident que, dans l'espace nettement circonscrit qui a été indiqué plus haut, il y avait eu là des foyers de poux agglomérés. C'est en présence de cet état si nettement circonscrit des poux que M. Devergie s'est demandé si la maladie pédiculaire ne s'était pas développée spontanément chez un sujet entouré de conditions de malpropreté. Il a en effet remarqué que, dans les cas où les poux sont contractés de tête à tête ou par l'intermédiaire d'un bonnet, les poux sont alors disséminés, et non pas agglomérés dans un espace circonscrit, comme on l'observe dans ce cas. Mais le fait que nous venons de rapporter est surtout curieux à un autre point de vue, c'est celui de l'influence de la suppression des poux sur la santé générale. M. Devergie a insisté sur les dangers que couraient les enfants à cette suppression.

On voit, dans l'espèce, qu'il a suffi de couper les cheveux pour faire disparaître les poux sans qu'on puisse parvenir à les faire repulluler. Mais aussitôt la section opérée, les accidents généraux se sont montrés, et ils auraient certainement été menaçants pour la vie du malade, si M. Devergie n'avait pas provoqué des sueurs abondantes, appliqué un exutoire, cherché à faire suppurer la plaie, en un mot, à porter au dehors, comme on le dit communément. Or, il nous faisait remarquer que, chez les enfants très-jeunes, cette suppression des poux amenait le plus souvent des phlegmasies des membranes du cerveau que l'on avait beaucoup de peine à arrêter. La ligne de conduite du médecin se trouve donc naturellement tracée par ce fait : respecter les poux pendant un certain temps; en diminuer peu à peu le nombre par des soins de propreté; établir un exutoire au bras; donner des bains excitants pour faire fonctionner la peau; diminuer très-graduellement la longueur des cheveux, et couvrir la tête dans la proportion où on les coupe.

Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères,

Par M. Goubaux, *professeur d'anatomie à l'École impériale d'Alfort*, et M. Giraldès, *chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.*

(*Communiqué à l'Académie de médecine.*)

Les honorables expérimentateurs qui ont injecté le perchlorure de fer dans les vaisseaux sanguins de quelques quadrupèdes, MM. Giraldès et Goubaux, ont enfin livré au public les résultats de leurs recherches. Quoique intéressants à plusieurs titres, ces résultats ne répondent pas tout à fait à ce qu'on était en droit d'attendre d'observateurs aussi habiles; outre qu'ils ne sont pas toujours exposés avec toute la netteté désirable, ils laissent quelquefois du doute dans l'esprit, et ils n'échappent pas toujours à la contradiction avec les conclusions générales par lesquelles les auteurs résument leur Mémoire. Voici quelques remarques à l'appui de ces propositions.

Ces honorables expérimentateurs annoncent avoir fait 35 expériences : ces expériences consistent-elles dans 35 injections dans les artères, ou bien en 20 injections dans les artères et 15 dans les veines, etc.? On reste dans le doute à cet égard.

« Quand on injecte du perchlorure à 45°, le caillot produit et les parois artérielles, disent les auteurs, sont profondément désorganisés, surtout quand on injecte 10, 15 ou 17 gouttes. » Mais qu'advient-il quand on n'injecte que 3 ou 4 gouttes de la solution indiquée? Les auteurs nous le laissent ignorer.

MM. Goubaux et Giraldès placent d'une manière absolue, parmi les phénomènes consécutifs de l'injection, l'*oblitération du vaisseau*. Cependant un peu plus haut, ils disent que l'enkystement du caillot « a lieu même dans les cas où l'*ondée sanguine est parvenue à se frayer une route à travers son épaisseur.* » L'oblitération n'est donc pas constante, et alors dans quelle proportion l'observe-t-on? Cette proportion est-elle la même dans les injections du perchlorure à 45° et dans celles de la solution à 20°? Ces questions ne sont pas sans importance pour la pratique.

Avec les injections d'une solution à 45°, les auteurs disent avoir eu des accidents graves; dans quelle proportion?

Dans les conclusions pratiques qui terminent leur Mémoire, les auteurs conseillent ou plutôt prescrivent d'employer 5 gouttes de solution à 30° ou 10 gouttes à 20° pour un volume de 3 centimètres cubes de sang. Sur quelles expériences précises est basé ce précepte, puisque les auteurs disent en commençant que *six* gouttes de solution à 45° coagulent le sang contenu dans 4 centimètres de l'artère carotide d'un cheval, ce qui représente certes plus de 3 centimètres cubes de sang?

Les trois dernières conclusions relatives à l'emploi du perchlorure comme hémostatique, comme curatif des kystes hématiques, spécialement de ceux du cou, et, enfin, comme modificateur des plaies en suppuration, nous paraissent être une induction assez rationnelle tirée des propriétés générales du médicament; mais nous n'avons saisi aucune relation spéciale entre ces conclusions et les expériences de MM. Giraldès et Goubaux.

Peut-être une partie des imperfections que nous venons de signaler tiennent-elles à ce que les honorables expérimentateurs n'ont publié qu'un résumé de leurs recherches; s'il en est ainsi, nous croyons qu'il aurait été préférable pour eux et pour la science de les faire connaître d'une manière complète. H. de Castelnau.

Les expériences dont nous allons faire un court résumé ont été commencées au mois d'avril 1853; elles ont été terminées au mois de mars de cette année; elles sont au nombre de trente-cinq.

Nous avons eu pour but d'étudier :

1° L'action du perchlorure de fer sur le sang en circulation et sur les parois des vaisseaux;

2° D'étudier les divers phénomènes qui se développent à la suite de cette opération;

3° De suivre ces phénomènes dans chacune des phases de leur évolution ;

Enfin, déduire de ces expériences quelques données générales, applicables à la pratique.

Après avoir fait, d'après l'indication du savant et regrettable Pravaz, une série d'expériences avec du perchlorure concentré, nous avons jugé utile de continuer nos essais avec une solution plus faible.

Le perchlorure que nous avions d'abord employé marquait 49 degrés aréomètre de Baumé. Dans la seconde série d'expériences, commencées le 30 avril 1843, nous nous sommes servis de perchlorure de fer dosé par M. Lassaigne à 29 1/2 degrés, aréomètre de Baumé. Nous ferons remarquer à ce propos que, dans une lettre en date du mois de mai 1853, adressée à la Société de chirurgie, Pravaz insistait cette fois sur le degré de densité que devait avoir la solution du sel de fer, et il faisait connaître un procédé de préparation pour obtenir sûrement cette solution à 45 ou 46 degrés, aréomètre de Baumé.

Mais plus tard, d'après les indications fournies par l'un de nous, à l'auteur du procédé conseillé par Pravaz, celui-ci a été conduit à préparer et à introduire dans la pratique des chirurgiens de Lyon du perchlorure de fer à 30 degrés. Le mérite de cette légère modification nous revient de droit ; c'est, au reste, un des résultats donnés par nos expériences.

Après avoir continué nos études avec du perchlorure de fer à 29 1/2 degrés, nous les avons terminées par une série complémentaire avec une solution de 15 degrés, d'après quelques indications de M. le docteur Debout.

Nous allons maintenant exposer les principaux résultats donnés par ces expériences : quelques gouttes de perchlorure de fer injectées dans l'artère carotide d'un cheval coagulent le sang contenu dans une portion du vaisseau mesurant 4 centimètres : deux gouttes à 49 degrés, trois goutes à 30 degrés, six gouttes à 15 degrés, produisent une coagulation. Après l'injection, il se forme dans le vaisseau, au bout de trois ou quatre minutes, un caillot plus ou moins serré qui demeure en place et intercepte la circulation.

Nous appellerons caillot primitif celui qui est produit par l'action directe de l'injection ; nous appellerons caillots secondaires ceux qui se forment quelque temps après. Ces derniers se produisent à la fois du côté du cœur et du côté périphérique ; ce double caillot secondaire limite ainsi de toute part le premier et semble, en quelque sorte, destiné à préparer les moyens pour en obtenir une complète séquestration.

Ces premiers phénomènes sont bientôt suivis par d'autres qui se développent dans les parois des artères. Ces membranes, en effet, sont le siége d'un mouvement organique très-développé qui produit une hypertrophie de la membrane moyenne et une infiltration de lymphe plastique dans la tunique externe.

Pour nous résumer donc, nous disons qu'une injection de perchlorure de fer dans une artère y détermine : 1° la formation de caillots primitifs et secondaires ; 2° des modifications de nutrition dans les tuniques artérielles.

Mais, comme il est facile de le prévoir, chacune de ces modifications présente des différences d'étendue et d'intensité en rapport avec la quantité et la densité de la solution employée. Pour bien établir ces différences, nous avons fait les trois expériences suivantes : nous avons injecté, le même jour, 5 gouttes de perchlorure de fer à 49 degrés dans l'artère carotide d'un cheval ; chez un autre, 5 gouttes à 30 degrés ; et enfin, chez un troisième, 5 gouttes à 15 degrés. Les animaux ont été abattus une heure après l'opération, et les artères ont été examinées immédiatement après.

Dans la première expérience, celle où la solution marquait 49 degrés, nous avons constaté les particularités suivantes : le caillot primitif est d'une consistance ferme et compacte ; il remplit l'artère comme s'il avait été moulé dans sa cavité ; il est formé par un magma noirâtre, ferme, grenu lorsqu'on l'écrase entre les doigts, et se durcissant rapidement ; ce magma est impropre à tout travail d'organisation. Les parois de l'artère offrent des altérations sur lesquelles il importe de bien fixer l'attention ; la membrane interne et moyenne, et une portion de la membrane externe, sont amincies, racornies, comme tannées ; elles ont une teinte d'un jaune fauve, se déchirent et se cassent avec facilité. Ainsi, le sang et les tuniques artérielles sont profondément altérés par l'action de l'agent chimique, et cette altération constitue une véritable mortification ; ces organes sont donc impropres à tout travail de réparation.

Dans la seconde expérience, celle où la solution marquait 30 degrés, on remarque des modifications d'un autre genre : l'artère est remplie par un caillot plus gros que le calibre normal du vaisseau. Il est formé de deux parties, l'une constituée par du sang altéré, comme dans la première expérience, et l'autre par de la fibrine coagulée enveloppant de toute part la première. Sa consistance est molle, élastique. Il a déjà contracté quelques adhérences avec la face interne de l'artère. Les membranes artérielles sont moins profondément atteintes par l'action du sel de fer que dans la première expérience. L'épithélium et la membrane fenêtrée sont, il est vrai, détruits : la membrane moyenne est colorée en jaune, et ses fibres circulaires se dessinent nettement à sa surface interne, et elles s'en séparent plus facilement que dans l'état normal, en conservant cependant leur souplesse et leur élasticité. De même que le caillot primitif n'est pas tout à fait privé des éléments susceptibles d'organisation, de même aussi les parois artérielles présentent les conditions nécessaires pour devenir le siége de quelques-uns des phénomènes organiques que nous indiquerons plus loin.

Dans la troisième expérience enfin, le caillot, ainsi que les parois artérielles, sont beaucoup moins altérés. L'épithélium, ainsi que la membrane interne, sont, il est vrai, détruits, mais la tunique moyenne est à peine touchée ; en outre, le vaisseau est dilaté dans toute l'étendue occupée par le caillot.

Ces trois expériences nous permettront de signaler quelques-uns des points principaux qui dominent toute cette question, à savoir :

1° Formation de caillots compacts concordant avec une altération profonde des parois artérielles, mortification, désorganisation du sang et des artères ;

2° Formation de caillots mixtes, concordant avec une alération moins profonde des membranes, avec dilatation de l'artère.

Maintenant que nous connaissons les divers phénomènes primitifs et consécutifs qui se développent après les injections du perchlorure de fer dans les vaisseaux, suivons chacun d'eux dans leur ordre de succession.

Les caillots secondaires se produisent peu de temps après la formation du caillot primitif ; on les trouve déjà tout formés vingt-quatre heures après l'injection ; leur dimension est variable : dans quelques cas, ils avaient 10, 20 et même 30 centimètres de longueur ; cette étendue est beaucoup plus grande du côté périphérique que du côté du cœur. Aussitôt qu'ils sont formés, ils contractent avec les parois des artères des adhérences qui deviennent tous les jours plus intimes ; nous nous sommes assurés, par des expériences comparatives, que cette adhérence n'existe pas encore dans des caillots formés après une ligature, le lendemain de l'opération.

Après que ces phénomènes se sont produits, il se fait dans les parois des artères un autre travail, dont l'intensité et l'étendue sont en rapport avec la quantité et la densité du perchlorure employé. Si l'on a injecté dans les vaisseaux une solution à 45 degrés ou à 49 degrés, le caillot et les parois artérielles sont profondément atteintes, désorganisées ; réduites alors à la condition des parties mortifiées, elles se ramollissent, se décomposent, deviennent noires, et se séparent enfin des parties vivantes ; cela s'observe surtout dans les cas où une dose exubérante du liquide a été injectée, 10, 15 ou 17 gouttes, par exemple ; alors cette action désorganisatrice peut s'étendre trop loin et produire la gangrène. Pendant que le travail de désorganisation et d'élimination fait des progrès, les faibles adhérences qui réunissaient les caillots secondaires aux artères sont rompues, et des hémorrhagies mortelles se produisent. Dans la série de nos expériences

avec du perchlorure à 49 degrés, nous avons eu quelques accidents de ce genre.

Un ordre de phénomènes différents s'observe dans les cas où l'injection a été faite avec une solution à 15, à 20, et même à 30 degrés. Toutes les fois que la quantité injectée n'a pas dépassé 4 ou 5 gouttes, il s'est formé un caillot mixte qui contracte rapidement des adhérences avec les parois artérielles.

La formation des caillots est suivie d'une hypertrophie de la membrane moyenne ; cette membrane devient plus molle, plus rosée, plus épaisse, plus friable et très-adhérente au caillot primitif. Cette adhérence contribue à l'enkyster dans l'artère.

La tunique cellulo-vasculaire ou externe ne demeure pas étrangère à ce mouvement organique ; elle prend une grande part au développement du travail dont nous venons de parler, et subit à son tour une modification importante, devient plus épaisse, plus vasculaire et adhère moins intimement aux autres membranes de l'artère ; les mailles de son tissu se remplissent d'une substance gélatineuse jaunâtre constituée par de la fibrine plastique.

Cette infiltration peut s'étendre quelquefois très-loin le long de l'artère, et transformer momentanément la membrane celluleuse en une véritable gaîne plastique d'apparence lardacée ; dans les cas où l'injection a été faite avec une dose exubérante, 10 à 17 gouttes, à 49 degrés, cette infiltration s'étendait très-loin dans toute la région cervico-trachéléenne; et se continuait autour de l'œsophage et de la trachée-artère. Dans les cas, au contraire, où la quantité de perchlorure ne dépassait pas 4 à 5 gouttes à 15, à 20 et même à 30 degrés, il se produisait bien cette matière plastique, mais elle ne dépassait pas très-loin le foyer de l'opération, et formait alors autour de l'artère une espèce de virole de forme olivaire, véritable forme transitoire.

Il est temps de rechercher maintenant la signification de chacune de ces parties, et de voir la part que chacune d'elles prend au travail de réparation.

Le caillot primitif, après avoir contracté des adhérences avec l'artère, et se trouvant fermé de toutes parts par des caillots secondaires, peut, dans des cas déterminés, se ramollir ; on trouve alors l'artère remplie d'une matière jaunâtre, glutineuse, pulpeuse, formée par le sang altéré et ramolli, mêlé de débris d'épithélium et de portions de la membrane interne. Le plus ordinairement, lorsque la quantité de la matière injectée n'a pas dépassé 4 à 5 gouttes à 30 degrés, le caillot, au lieu de se ramollir, change de couleur, devient jaunâtre, adhère intimement à l'artère, y demeure enkysté. Le phénomène de l'enkystement achevé, les caillots secondaires disparaissent, et l'artère s'oblitère à la fois du côté du cœur et du côté périphérique. Cette occlusion du vaisseau se produit, d'une part par l'enkystement du caillot, d'autre part par un épaississement de la membrane interne de l'artère. Nous avons rencontré cette oblitération quatre mois et demi après l'opération.

Le phénomène de l'enkystement du caillot est un fait constant ; il a lieu même dans le cas où l'ondée sanguine est parvenue à se frayer une route à travers son épaisseur. On en rencontre alors les divers fragments enkystés comme collés à la face interne de l'artère par une membrane de nouvelle formation qui les sépare du courant circulatoire. Nous avons constaté ce fait deux mois après l'opération.

Mais pendant que tout ce travail s'opère, la gaîne plastique ne reste pas stationnaire ; on la voit diminuer d'étendue, s'atrophier, puis disparaître pour ne laisser à sa place qu'un tissu cellulo-fibreux serré, renfermant une circulation récurrente de nouvelle formation, établie entre le bout supérieur et le bout inférieur du vaisseau. Nous avons constaté cette disparition quatre mois et demi après l'opération. La disparition de la virole plastique commence presque toujours avec la cicatrisation de la plaie.

En résumé, après l'injection du perchlorure de fer dans les artères, on observe des phénomènes primitifs et des phénomènes secondaires. Dans les premiers, nous plaçons : 1° la formation des caillots primitifs et des caillots secondaires; 2° la formation d'une gaîne ou virole plastique.

Parmi les seconds :

1° L'enkystement des caillots ;

2° La cicatrisation de la plaie et la disparition de la virole plastique ;

3° L'oblitération des vaisseaux.

Conclusions. — D'après les expériences dont nous avons résumé les résultats, nous nous croyons fondés à établir les données suivantes :

1° Le perchlorure à 49 degrés, à 45 degrés, ne doit pas être employé, soit dans les anévrismes, soit dans les tumeurs érectiles : son usage pourrait être suivi d'accidents graves ;

2° Dans les anévrismes et dans les tumeurs érectiles veineuses ou artérielles, on ne doit employer que le perchlorure à 30 degrés, ou mieux à 20 degrés aréomètre Baumé, dans la proportion de 5 gouttes à 30 degrés, 10 gouttes à 20 degrés, pour une quantité de sang équivalente à 3 centimètres cubes ;

3° Le perchlorure à 45, à 49 degrés, peut être employé comme hémostatique pour arrêter soit des hémorrhagies profondes, des hémorrhagies en nappe à la suite des opérations, soit encore des hémorrhagies secondaires après les amputations ;

4° Le perchlorure à 15, à 20 et à 30 degrés peut être employé avantageusement dans les kystes hématiques, en particulier dans les kystes hématiques du cou ;

5° Dans quelques cas, le perchlorure à 30 et 49 degrés peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

Traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude,

Par le Dr E. Carrière.

M. le docteur Carrière vient de donner un pendant au très-intéressant travail publié il y a bientôt un an dans ce journal par un praticien distingué de Paris, M. le docteur Lemaire : M. Lemaire avait démontré l'utilité du bicarbonate de soude dans les inflammations ; M. Carrière, guidé par des analogies physiologiques qui ne sont pas toujours un guide fidèle dans la thérapeutique, mais qui peuvent cependant avoir leur utilité, vient de proposer ce médicament contre les congestions et les apoplexies. Ne pouvant pas discuter en ce moment l'ingénieuse théorie qui a conduit l'auteur à la doctrine thérapeutique qu'il a adoptée, nous nous bornons à mettre sous les yeux de nos lecteurs les arguments et les faits qu'il invoque en sa faveur.

Les effets de l'alcalinisation sur le sang se démontrent plus particulièrement par les résultats produits dans les traitements par les eaux de Vichy. Les plus connues de toutes celles que possède la France, et pouvant être étudiées sur une masse considérable de malades, elles constituent une clinique ouverte à tous les observateurs. Depuis longtemps, elles ont appris que leur usage, continué jusqu'à l'abus, pouvait donner lieu à des hémorrhagies passives, par excès de fluidité du sang. C'est l'opinion de M. Magendie (1), qui date d'ailleurs d'une époque assez éloignée; c'est aussi celle du professeur Trousseau (2), que l'expérience a fait partager par de nombreux praticiens. Des contradicteurs ont essayé de la combattre par des faits, en opposant ceux qui leur étaient personnels aux faits de leurs adversaires; exerçant à Vichy, ils semblaient avoir, plus que personne, le droit de répondre et de se faire écouter. La manière dont l'un d'eux, M. le docteur Petit, a présenté son argumentation a montré qu'il faisait, malgré lui, fausse route (3). Il considère, en effet, la propriété inhérente aux eaux alcalines de déterminer des hémorrhagies quand elles sont prises avec excès, comme

(1) *Leçons au Collége de France*, année 1852.

(2) *Journal de médecine*, etc., 1846.

(3) *Union médicale*, 21 octobre 1852 ; hydrologie : Lettre sur cette question : *Les boissons alcalines peuvent-elles devenir cause d'hémorrhagie?*

un inconvénient fait pour compromettre ces eaux précieuses aux yeux de la médecine. Mais, de même que les toniques excitent quand ils sont pris à haute dose ou trop longtemps, et que tous les médicaments exagèrent leur action quand on ne se renferme pas dans les bornes prescrites par la science d'accord avec l'expérience; de même une alcalinisation exagérée du sang doit produire, dans ce liquide, une fluidité telle qu'elle détermine des hémorrhagies. Nier cette conséquence nécessaire de l'abus des alcalins, ce serait nier leur efficacité à dose modérée. L'hémorrhagie est la démonstration des effets remarquables, et si souvent curateurs, des eaux de Vichy ou des principes qu'elles contiennent. C'est pousser la défense d'une source minérale jusqu'à l'aveuglement, que de vouloir traiter, comme un inconvénient, ce qui peut être invoqué comme la preuve la plus directe de ses avantages.

J'aurais, de mon côté, des faits à présenter en faveur des propriétés hémorrhagiques du bicarbonate de soude. J'ai vu une hémorrhagie abondante se produire après l'administration de 20 à 25 grammes de ce sel, divisés en doses quotidiennes d'un demi-gramme; la personne dont il est question en prenait pour la première fois, et c'est peut-être à cause de cette circonstance que l'hémorrhagie est survenue aussi rapidement. Je possède d'autres faits, mais je m'abstiens de les citer, car les effets du médicament ne me paraissent pas suffisamment liés à l'apparition du phénomène.

Ainsi, puisque les détails qui précèdent montrent que le sang peut être assez fluide pour s'échapper en hémorrhagies passives, ne peut-on pas dire qu'il peut être assez épaissi pour qu'il ne progresse que difficilement dans les vaisseaux et qu'il devienne à lui-même la cause de congestions et d'épanchements apoplectiques? Énoncer cette opinion, c'est presque en démontrer la vérité. D'autre part, l'observation prouve que d'autres causes que le tempérament apoplectique peuvent amener l'apoplexie. J'ai cité plus haut le travail remarquable de Rochoux, qui ne laisse rien à désirer pour la démonstration de cette thèse, et qui, cependant, quelque estimé qu'il soit, est à peu près resté une lettre morte jusqu'à aujourd'hui. Je fais un appel à l'observation et à la mémoire de tous les médecins qui ont vu des apoplexies chez des personnes qui ne paraissaient pas destinées à en mourir, tant leur conformation et les autres caractères de leur organisation semblaient peu annoncer la disposition apoplectique. J'ai à citer un fait assez curieux pour le donner avec quelques détails, et qui n'a pas été étranger aux réflexions dont ce mémoire est le fruit.

Il s'agit d'un jeune homme qui avait été mon collègue et mon ami à l'École de médecine de Montpellier, et que je retrouvai à Paris peu d'années après. Il n'avait pas alors plus de vingt-six ans, il était grand, d'une taille fine et élancée, il portait bien sa tête, attachée au tronc par un long cou; sa coloration était ordinaire. Méridional, il avait l'imagination vive, l'esprit actif, mais il ne présentait rien d'anormal dans l'intelligence, moins faite d'ailleurs pour les travaux de la science que pour les aventureuses spéculations du commerce. Il abandonna la médecine pour entrer dans cette carrière; il y fut tout de suite heureux. Sans négliger ses affaires, il se lança alors dans les jouissances que lui permettaient l'état de sa fortune et la force de sa constitution; l'usage, chez lui, ne fit que précéder l'abus, car bientôt il ne compta plus ses journées que par le nombre des dîners fins et des nuits de débauche qui formèrent désormais les accidents ordinaires de sa vie.

Il y avait peu de temps qu'il était engagé dans cette voie, lorsqu'il sentit sa tête s'appesantir et sa vue se troubler. Les yeux se fatiguaient vite au travail, et l'intelligence, si nette et si rapide, avait déjà perdu de son mouvement et de sa clarté. Un jour il fallut s'arrêter, suspendre toute occupation et se soumettre à des soins devenus indispensables. Quelque repos et quelque diète n'eurent pas de peine à ramener l'équilibre; mais en reprenant les habitudes anciennes qui avaient produit le mal, on ne tarda pas à tomber dans un état plus grave. La tête se congestionnait, les yeux s'injectaient et ne percevaient les objets qu'à travers un voile; un abattement profond pesait sur toute la machine et la condamnait à une lourde inertie. Je voyais alors assez fréquemment ce compagnon de mes études, qui ne sortait d'un état aussi grave qu'à l'aide d'abondantes saignées. Peu de mois après un de ces événements qui lui interdisaient tout travail et même tout écart de régime pendant quelques semaines, il fit un voyage dans le Midi de la France et dans une situation qui semblait s'être améliorée; voici ce que j'appris bientôt. Un soir, après avoir fait son courrier en toute liberté d'esprit et dans des conditions de santé qui paraissaient satisfaisantes, ce malheureux, qui se trouvait alors à Marseille, sortit de son hôtel, se promena un moment, entra dans un café un cigare à la bouche, et prit, pour l'allumer, une bougie sur une table. Tout à coup, la bougie échappe de sa main, il tombe lui-même et meurt foudroyé d'une attaque d'apoplexie. Quel âge avait-il alors? Il n'avait pas encore 30 ans.

Cet exemple, qu'on pourrait faire suivre de tant d'autres qui se présentent d'eux-mêmes au souvenir des lecteurs, cet exemple prouve que hors du tempérament appelé apoplectique, il y a des causes, des conditions qui déterminent, même dans l'âge le plus favorable au maintien de la santé, de violentes attaques d'apoplexie. Je ne parle pas des congestions; ce que j'ai dit pour les attaques s'applique également à ce genre de désordres. Quelles sont ces causes, ces conditions? Pour l'exemple que je viens de citer, c'est la conduite, le régime qui a changé tout à coup l'état normal en un état maladif et a produit l'événement final. Le régime est sans doute mentionné dans l'étiologie de l'apoplexie ou de la congestion; on y signale l'alimentation nourrissante ou excitante comme une des causes qui peuvent préparer d'aussi terribles effets, mais on a négligé, jusqu'ici, de séparer cette cause des autres, d'en faire l'analyse exacte, de mettre en évidence la manière dont elle s'exerce, la marche qu'elle suit enfin, pour préparer la mort et la rendre en quelque sorte inévitable.

Puisque l'alimentation trop nourrissante développe l'acidité, on sait qu'il en résulte un changement notable dans l'état physico-chimique du sang. L'albumine se coagule, et cet effet a pour résultat de diminuer la liquidité du fluide, cette propriété sans laquelle la circulation ne se fait pas, suivant les lois de la physiologie. La lenteur de la marche du sang est déjà appréciable dans les gros vaisseaux, mais dans les vaisseaux de petit diamètre, dans les capillaires, dans les branches anastomotiques, il se produit un embarras assez grand pour que, s'il y a insuffisance de pénétration sur un point, il y ait excès sur un autre. Si l'on suppose maintenant que ce défaut d'équilibre ait lieu dans le cerveau, organe plus exposé que tout autre à un tel inconvénient par sa structure, ses fonctions et sa richesse vasculaire, on peut comprendre déjà ce qui arrivera. Les conditions de raptus du sang sont prêtes; il ne faut qu'une cause et souvent une cause si légère que la médecine ou le malade ne savent pas s'en rendre compte, pour déterminer l'explosion. Il y a toutefois des conditions tenant, de près ou de loin, à l'état du sang, qui méritent d'être signalées. Un stimulant de l'ordre physique ou intellectuel peut vaincre la lourdeur des colonnes artérielles, et provoquer leur brusque appel dans le cerveau; une fois là, le sang y distend les vaisseaux, ou s'y épanche, car il n'a pas les propriétés nécessaires pour s'ouvrir un passage et circuler librement. Les vaisseaux eux-mêmes peuvent être surexcitées à cause d'une hypernutrition cérébrale, ou affaiblis dans leur force d'impulsion; à cause d'un embarras congestif du cerveau (1), conditions enfantées par ces habitudes d'une alimentation trop nourrissante qui altère profondément, comme on le sait, les qualités physico-chimiques du sang.

Ces changements qui s'opèrent dans l'organisme se traduisent par un ensemble de symptômes dont la signification est des plus claires et des plus précises. Il commence à se manifester une sorte de plénitude, de lourdeur dans le corps, qui marche de pair quelquefois avec l'augmentation de l'embonpoint. Le teint se colore, des chaleurs montent au visage après les repas, des douleurs d'estomac se manifestent de temps en temps, les maux de tête prennent plus de fréquence et de persistance. Avec ces symptômes et même avant qu'ils se prononcent, on sent le besoin du mouvement; on le désire, mais on ne s'y livre pas. L'exercice devenant une fatigue, on contracte peu à peu les habitudes d'inertie qui ne font qu'aggraver les symptômes, en les secondant dans leur évolution au lieu de les combattre. Le moral

(1) Les expériences de M. Brown-Sequard et de M. Cl. Bernard ne laissent aucun doute sur la manière dont ces divers effets se produisent.

marche de pair avec le physique. Comment l'intelligence ne se fatiguerait-elle pas quand son instrument participe aux conditions qui caractérisent l'état nouveau de l'organisme? Il y a un état habituel de lourdeur dans la tête ; le travail d'esprit devient une difficulté ; l'attention quelque peu soutenue produit la fatigue. De là une autre inertie, plus féconde en dangers peut-être que l'abstention des exercices du corps. L'ennui peut développer à lui seul une irritabilité nerveuse qui doit aggraver la situation, en ajoutant aux autres influences un puissant élément de plus. Un symptôme qui mérite de fixer l'attention, puisqu'il met sur la voie de la cause, c'est un dégoût très-marqué pour les boissons acides. On ne recherche avec plaisir que les vins généreux, car ils fournissent un levier qui donne quelque impulsion à un organisme où le mouvement et l'activité font défaut.

Aucune autre cause que l'affaiblissement de l'alcalinisation du sang n'explique mieux cet ensemble de symptômes. Ce premier résultat produit, et l'on sait de quelle manière, le reste va de soi. En admettant cette cause, l'histoire du jeune homme frappé d'apoplexie ne garde rien d'obscur ou d'incertain. Aucun épuisement n'avait encore altéré ses organes ; aucune maladie chronique n'avait préparé un aussi funeste dénouement, rien dans l'hérédité comme dans la conformation générale ne pouvait faire prévoir ce qui devait arriver si vite. Des habitudes contre lesquelles aucune nécessité ne pouvait prévaloir sont le seul élément étiologique qui doive être adopté, car seul il donne raison des symptômes et de leur enchaînement.

A une telle situation aurait convenu un traitement anti-acide. Malgré les découvertes de la chimie physiologique, cette application n'a pas été faite jusqu'ici. On a cependant étudié avec quelque succès les alcalins, sous le rapport thérapeutique. On est même arrivé si loin dans cette direction, qu'on s'est rapproché de l'ordre d'idées qui sont l'objet de ce travail. Ainsi, M. le docteur Lemaire a proposé le bicarbonate de soude comme antiphlogistique (1). Il l'a essayé avec avantage dans la pneumonie, l'angine couenneuse et le croup. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable se produisait d'abord dans l'état général pour se dessiner ensuite dans l'organe malade. Voici d'autres observations qui n'ont pas moins de portée.

Il y a vingt ans à peu près que M. le docteur Page et M. le docteur Gavarret (d'Artafort) employèrent l'ammoniaque contre l'apoplexie (2). Le second de ces médecins, voulant expérimenter l'idée de M. Page, avait administré ce médicament à la dose de 25 gouttes dans un demi-verre d'eau, au moment de l'attaque, et à la dose de 5 gouttes dans la même quantité d'eau, toutes les heures, au retour du sentiment. Cette médication lui avait réussi deux fois. La saignée, il est vrai, avait concouru à ce double résultat, mais M. Gavarret n'aurait pas préconisé, il faut le croire, les bons effets de l'ammoniaque, si le succès n'avait pas été plus prompt, plus décisif que lorsque la saignée est employée à l'exclusion de tout autre moyen. Ainsi, sans guide sûr, sans notion aucune sur l'état des humeurs, la médication alcaline aurait été choisie dans la prévision de ses heureux effets, et l'expérience aurait confirmé cette prévision. L'empirisme n'a pas épuisé sa fécondité, il pourra longtemps encore rendre d'heureux services.

Malgré leur féconde signification, ces observations ont été laissées dans l'oubli. Elles ne sont pas de celles qui concluent, dit un auteur très-répandu et très-judicieux (3) ; sans doute, mais par la médication qu'elles signalent, elles présentent une indication qui méritait d'être recueillie. Les bons effets de l'ammoniaque dans la glucoserie ont été constatés, je crois, avant le traitement par les alcalins, et en particulier par le bicarbonate de soude ; il y a des précédents qui, lorsqu'ils fixent suffisamment l'attention, conduisent à des résultats importants.

Les expériences de M. Gavarret auraient acquis, du reste, plus de portée, si elles avaient été faites dans des conditions moins défavorables. Quand l'apoplexie éclate, il n'y a que les moyens prompts et puissants en même temps qui empêchent ou retardent la catastrophe. Les autres, comme l'ammoniaque, ont une action plus lente. Le sang sort plus vite de l'issue qu'on lui ouvre, qu'il ne se transforme dans ses qualités. Une amélioration est produite sans doute par le médicament, mais qu'elle est loin du changement opéré par la saignée ! Ainsi, pour expérimenter sur un bon terrain et ne pas faire juger douteuse l'efficacité d'un agent destiné à rendre de grands services, il faut commencer le traitement de loin, il faut agir pendant la période qui précède l'événement ; c'est le seul moyen de réaliser jusqu'au bout l'expérience, et d'en tirer de justes conclusions. Voici un fait que je puis donner comme exemple :

Pendant mon séjour en Italie, dans l'hiver de 1853, j'ai eu l'occasion de m'occuper de la santé d'un homme jeune encore, de tempérament sanguin modéré, actif de caractère, mais vivant depuis assez longtemps dans un état de souffrance qui nuisait à ses occupations. Doué d'un estomac énergique, il mangeait abondamment ; jouissant d'une belle fortune, il vivait de cette vie de luxe qui donne rarement le goût de la modération. L'estomac, soumis à un exercice trop actif, avait fini par se fatiguer et par devenir le siége d'assez vives douleurs avant le repas et surtout pendant le travail de la digestion. Cette souffrance, quelque pénible qu'elle fût, n'était pas celle qui inquiétait le plus le malade. Il sentait que son corps s'alourdissait peu à peu, que la fatigue était suivie rapidement d'un abattement profond, que la coloration du visage prenait des teintes plus prononcées, et qu'enfin les yeux rougissaient et se refusaient au service, après un travail un peu prolongé. Mais l'état de la tête était ce qui, avec raison, le préoccupait le plus. Il éprouvait, surtout après les repas et les jours de douleurs dans l'estomac, un sentiment de pesanteur et de compression qui ne cessait qu'au bout de quelques heures. Quelquefois, de véritables raptus se produisaient, et ils étaient assez violents pour faire craindre une syncope. A tous ces symptômes se joignaient une répulsion marquée pour les acides, et une facilité de transpiration qui était toujours suivie d'une amélioration dans l'état général. En dehors de l'ensemble de la situation, ces deux signes devaient me mettre sur la trace des conditions de la maladie. La répulsion pour les acides prouvait dans ce cas qu'il y avait excès dans l'économie ; l'amélioration par la sueur prouvait à son tour qu'il suffisait d'une diminution dans l'acidité pour ramener l'équilibre.

L'origine du désordre consistait évidemment dans les habitudes d'une vie succulente qui, en altérant l'état chimique du sang, avait donné lieu à cet alourdissement général, accusé du reste par la lenteur du pouls. Je fus alors si certain de la réussite du traitement par les alcalins, que je promis de ne recourir ni aux saignées ni aux sangsues.

J'avais d'abord prescrit quelques purgatifs, mais la dérivation produite sur l'intestin ne donnait qu'une amélioration passagère ; les mêmes symptômes reparaissaient peu de temps après, sans avoir sensiblement perdu de leur intensité. J'administrai enfin le bicarbonate de soude à la dose de 1 demi-gramme tous les matins, dans un demi-verre d'eau et de sucre. Dès la première huitaine, les maux d'estomac étaient moins douloureux et avaient une durée moins grande, ils cessèrent même momentanément. Un mieux sensible se déclara aussi, dans l'état de la tête. Au bout de vingt jours à peu près de ce traitement, il n'y avait plus de doute sur l'efficacité de ses effets. Les digestions n'étaient plus laborieuses ; le teint était reposé même après les repas les plus substantiels et les plus longs ; le cerveau était libre surtout, comme il ne l'avait pas été depuis longtemps. Le traitement fut interrompu, pour le reprendre si les anciens symptômes venaient à reparaître, ce qui devait certainement arriver ; ils reparurent en effet. Cette fois, au lieu de 1 demi-gramme de sel, j'en donnai 1 gramme tous les matins pendant trois semaines. L'amélioration ne tarda pas à se montrer, à se compléter, comme je l'avais déjà vu ; elle se consolida même assez pour qu'il ne fût plus nécessaire de recourir de nouveau au traitement. Depuis longtemps, il suffit de quelques pastilles de Vichy pour calmer les rares et légers retours des douleurs gastriques. Quant à la tête, elle est libre ; lorsqu'il y a souffrance de ce côté, c'est sans analogie avec ce qui s'y passait avant la médication alcaline. Bien que la personne qui m'a fourni cette observation ne soit plus sous mes yeux, j'ai assez de rapports avec elle pour savoir que, malgré toutes les influences qui pourraient encore reproduire l'ancien état, sa santé ne lui donne plus aucune inquiétude.

On me permettra d'ajouter aux faits précédents quelques faits analogues moins complets et moins concluants, il est vrai, mais qui n'en fournissent pas moins des arguments en faveur de ma thèse.

Un homme âgé de près de 60 ans, d'une haute stature, d'un tempéra-

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, t. 1, p. 661.

(2) *Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine*, par M. Gavarret (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, novembre 1834).

(3) *Guide du médecin praticien*, par M. Valleix, t. 4, 2e édition.

ment bilioso-sanguin, habitué à l'exercice, mais ne s'y livrant que pendant la belle saison, et vivant du reste d'une vie un peu trop grasse, éprouvait depuis longtemps de très-vives douleurs dans la région de l'estomac. Elles avaient atteint progressivement une intensité assez forte pour être intolérables, et au lieu de durer quelques heures comme au commencement de cet état pathologique, elles se prolongeaient bien avant dans la nuit. L'usage des antispasmodiques les plus actifs calmait pendant quelques jours, mais n'empêchait pas la souffrance de se reproduire. Cet état se compliquait d'une lourdeur générale, de maux de tête vertigineux, d'une sorte d'affaissement dans les traits, qui avaient éteint le caractère de la physionomie. La tête ne paraissait pas le siége d'une congestion puissante, comme dans l'exemple cité plus haut; mais sur la face surtout et dans l'habitude générale de l'économie, il était difficile de méconnaître ces signes qui, chez les vieillards, se développent avec lenteur et précèdent les paralysies. L'usage, le seul usage de l'eau de Vichy pendant un séjour du malade à Paris, et du bicarbonate de soude, à son retour en Allemagne, ont produit la cessation complète des douleurs et un état de bien-être qui lui permet l'exercice le plus actif.

Il se trouvera peut-être des lecteurs qui douteront de la justesse de mon diagnostic. Je pourrais leur répondre par l'aphorisme que la nature des maladies trouve sa démonstration la plus sûre dans la guérison; toutefois, j'y joindrai cette réflexion sur le rôle des acides qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit quand il s'agit d'affections douloureuses de l'estomac. Le système nerveux gastrique est fréquemment affecté, surtout dans la classe élevée du monde, par la formation exagérée du suc acide qui est nécessaire pour l'élaboration des aliments. Le plus souvent les antispasmodiques, à l'exception d'un seul peut-être, n'opèrent que des effets passagers ou n'en opèrent pas du tout. Ce qui calme et guérit, ce sont les neutralisants, c'est-à-dire les alcalins. Ces moyens d'action guérissent dans des cas très-différents au premier aspect, mais qui dépendent de la même cause. L'excès d'acidité est-il circonscrit dans l'estomac, la névralgie sera locale et disparaîtra facilement; elle résistera à la plupart des antispasmodiques: l'opium seul, en modifiant la sensibilité, régularisera la formation de l'excrétion et fera disparaître la douleur. Mais pour peu qu'elle dure, qu'elle soit entretenue (et ceci se rapporte à l'exemple cité précédemment), le sang perdra de ses propriétés alcalines, il présentera moins de fluidité, et des symptômes d'affaissement général ne tarderont pas à se dessiner, avec des signes plus ou moins marqués de congestion; dans ce cas, l'état de souffrance de l'estomac n'est pas la maladie elle-même, c'est un phénomène qui met l'observateur sur sa trace et lui permet d'agir avec sûreté. En exposant mon diagnostic, je le justifie. En dehors même de la démonstration que je poursuis, cette explication ne me paraît pas sans utilité; il y a encore tant d'obscurité, tant d'incertitude dans la question des causes des névralgies, et, conséquemment, dans la manière de les traiter, qu'on comprendra mon insistance.

L'auteur cherche à établir encore quelques analogies entre certaines névropathies gastriques et l'état d'acidité des fluides, et il résume ainsi ses vues sur l'emploi du traitement par les alcalins:

Le traitement par les alcalins n'offre pas de difficultés. La situation une fois constatée, il faut agir à faible dose, pour les affections circonscrites, à doses plus élevées, pour les plus étendues et les plus graves. La manière la plus simple de les administrer est la meilleure, et le médicament qui doit avoir la préférence sur tous les autres est le bicarbonate de soude. Loin d'exclure les eaux minérales alcalines, je les recommande au contraire. Loin de rejeter l'ammoniaque, je crois qu'il est utile aussi, dans les cas ou dans les moments pressés. Ces règles générales une fois posées, je passe aux détails.

Quand l'affection est bornée à l'estomac, quelques grammes de bicarbonate de soude suffisent. On l'administre par doses de 1 demi-gramme ou de 1 gramme tout au plus, dans un verre d'eau édulcorée de sirop simple. Après douze ou quinze jours, et quelquefois moins, de cette médication, il est rare que les douleurs et la paresse des facultés digestives n'aient pas cessé. On est souvent surpris, on me permettra de le répéter, qu'un état qui a résisté à la série des antispasmodiques cède aussi vite et sous l'influence d'un médicament qui paraît avoir si peu d'activité.

Lorsque l'économie présente des symptômes généraux de congestion, et que le danger paraît encore éloigné, les chances sont favorables pour commencer le traitement. Il est de tous les temps, il est vrai, mais l'effet successif produit par les alcalins ne s'improvise pas; j'ai à peine besoin de répéter qu'il faut un délai pour qu'une transformation profonde s'opère dans les quantités chimiques du sang et dans celle des autres humeurs. Ainsi à cette époque, surtout, où les violentes secousses ne sont pas encore à craindre, on peut compter sur une grande amélioration, et peut-être sur un succès complet au moyen du bicarbonate de soude. On commencera par un gramme dans de l'eau et du sirop simple, et l'on arrivera progressivement jusqu'à 2, et même plus haut, sans trop élever la dose. C'est dans la mesure que gît l'efficacité de la médication. En interrompant au bout de deux, trois semaines ou un mois l'administration régulière de la potion, on pourra mieux juger la valeur réelle des effets et conserver au médicament son action, en restant dans les limites des doses modérées.

Dans un état plus avancé, c'est-à-dire à la veille ou au moment d'une congestion simple, comme d'une congestion apoplectique, c'est à l'ammoniaque qu'il faut avoir recours, à l'imitation de MM. Page et Gavarret. La dose de 25 gouttes dans un demi-verre d'eau pendant les attaques, me paraît assez forte; mais comme ce mélange s'administre par intervalle, on peut l'admettre, et on peut même augmenter, suivant les cas, les proportions de l'élément actif. Après l'attaque, au lieu de donner 5 gouttes toutes les heures dans un demi-verre d'eau, il serait préférable, à mon avis, de rapprocher l'action, en donnant 2 gouttes toutes les demi-heures, dans la même quantité de liquide. On peut désapprouver ce traitement, on ne peut pas dire qu'il ne soit pas rationnel. S'il n'exclut pas la saignée, remède dirigé contre un phénomène secondaire du mal, il la domine, parce qu'il s'adresse à la cause et non pas à un de ses phénomènes consécutifs.

THÉRAPEUTIQUE.

Huile de térébenthine et phosphore administrés contre les fièvres intermittentes.

Le docteur Schreiter préconise, contre les fièvres intermittentes, une solution de phosphore dans l'huile de térébenthine, d'après la formule:

Phosphore	1 décigramme.
Huile de térébenthine . .	100 grammes.

A prendre 15 gouttes toutes les trois heures, dans une décoction d'avoine. D'après l'auteur, ce succédané du quinquina lui serait non-seulement préférable sous le rapport du prix, mais encore parce qu'il n'a jamais constaté de récidive après son emploi. (*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Avril 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Echantillon d'un spécifique contre le choléra;
2° Echantillon d'opium algérien.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Valérianate d'atropine.

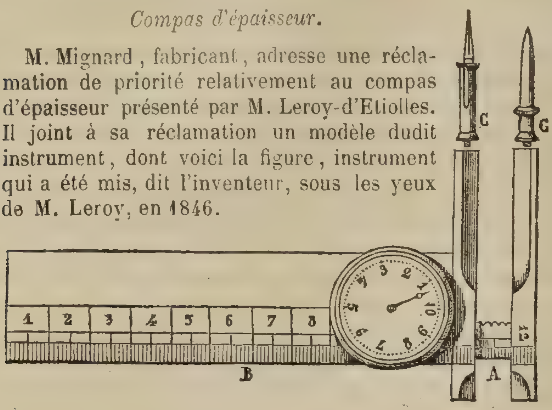
M. Garnier, pharmacien, annonce qu'il a en effet préparé le valérianate d'atropine sans le concours de M. Michéa, et par le procédé suivant:

Faire dissoudre à chaud 10 grammes d'atropine; y ajouter quantité

suffisante d'acide valérianique pour arriver à saturation ; évaporer à une douce température, et il reste du valérianate d'atropine. M. Garnier ne le croit pas susceptible de cristalliser.

Compas d'épaisseur.

M. Mignard, fabricant, adresse une réclamation de priorité relativement au compas d'épaisseur présenté par M. Leroy-d'Etiolles. Il joint à sa réclamation un modèle dudit instrument, dont voici la figure, instrument qui a été mis, dit l'inventeur, sous les yeux de M. Leroy, en 1846.



Fièvres intermittentes.

M. Auberge, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bone (Algérie), adresse des tableaux sur l'endémo épidémie qui a régné à Bone en 1853.

Anus artificiel.

M. le docteur Leprestre, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen, adresse la relation d'une opération d'anus contre-nature pratiquée avec succès sur un nouveau-né.

Choléra.

Un chevalier de la Légion d'honneur adresse le « *Résumé de sa théorie sur les causes, l'action et le préservatif du choléra.* »

Conservation des sangsues.

M. Fermond adresse un Mémoire sur la conservation des sangsues.

Cédrons.

M. Pénoton adresse des fruits de cédrons qu'il a rapportés de la Nouvelle-Grenade.

Nouvelle algalie.

M. Delfrayssé, de Cahors, adresse la description d'une nouvelle algalie à ressorts dilatateurs.

LECTURES.

Trois-quarts.

M. Jules Cloquet lit une très-courte Note sur une modification qu'il vient de faire subir au trocart. Cette modification consiste dans le remplacement de la pointe triangulaire du trocart par une lame semblable à la pointe d'une lancette, qui s'enchâsse dans l'extrémité conique de la tige du trocart. Cette modification a l'avantage de substituer à un instrument qui n'agit qu'en écartant les tissus, un instrument véritablement tranchant, qui n'exige pas pour pénétrer dans les cavités, ce coup fort et brusque qu'exige l'emploi du trocart. Le nouvel instrument pénètre donc beaucoup plus facilement que le trocart ordinaire, ce qui est un avantage assez précieux dans certaines tumeurs recouvertes d'une peau lâche et qui cède sous la pression de la pointe triangulaire ; dans ces cas aussi, l'emploi du nouveau trocart est moins douloureux pour les malades.

Affections utérines.

M. Gaillard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, membre correspondant de l'Académie, lit une « *Etude sur la sensation de pesanteur qui accompagne les affections utérines.* » Il termine son Mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les phlegmasies utérines circonscrites, ulcères, granulations, catarrhes chroniques, ne donnent pas lieu à la sensation de pesanteur ;

2° Mais sitôt que la fluxion cesse d'être limitée, la pesanteur se manifeste sous l'influence de la station verticale ;

3° La pesanteur est en raison de la fluxion vasculaire ; elle s'amende avec elle, reparaît avec elle, continue avec elle.

Coxalgie.

M. Morel-Lavallée lit un Mémoire sur deux cas de coxalgie chez le fœtus. Il le termine par les conclusions suivantes :

1° Les deux cas dont nous présentons les observations et les pièces sont des exemples incontestables de coxalgie chez le fœtus ;

2° Dans ces deux cas, la coxalgie, aussi caractérisée que chez l'adulte, a produit une nouvelle espèce de luxation, *directement en dehors et en bas ;*

3° Des cas plus obscurs où il n'y avait que du pus en petite quantité, s'éclairent par les précédents et se rangent à côté d'eux ;

4° Dans les cas où l'on n'avait trouvé, avec la luxation, qu'une dilatation de la capsule et une légère augmentation de la synovie, l'hydarthrose avait causé le déplacement ;

5° Les cas de luxation avec hypertrophie du peloton adipeux cotyloïdien se rattachent à l'hydarthrose, et la graisse n'a fait qu'occuper la cavité dont l'accumulation de liquide avait chassé la tête ; ou bien, en même temps que la synovie augmentée repoussait la tête, le gonflement simultané du peloton graisseux concourait au même but ;

6° En dernière analyse, la luxation congénitale du fémur reconnaît généralement pour cause une affection de la hanche chez le fœtus : coxalgie, arthrite, hydarthrose.

Pathologie dentaire.

M. Oudet termine la lecture de ses considérations philosophiques sur la pathologie dentaire.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Le choléra, qui s'était réduit depuis plusieurs semaines à des proportions insignifiantes, a éprouvé depuis quelques jours une notable recrudescence. Le nombre des cholériques entrés dans les hôpitaux a été avant-hier de 78 et hier de 64, au lieu de 4 ou 5, chiffre qu'on observait auparavant. Comme au moment de l'invasion, un assez grand nombre de malades ont été atteints dans l'intérieur même des hôpitaux.

— Le *Journal des Culottières* a cru devoir infliger à la Société de chirurgie l'annonce qu'il était toujours le seul organe officiel de la savante Compagnie, et pour lui prouver combien il continue à être digne de la faveur dont il est honoré, il signale *comme un des membres les plus zélés* de la Société, M. A. Richard, qui n'en fait point partie !

On voit que ce fameux *secrétaire de la rédaction,* dont le monde est malheureusement condamné à ignorer le nom, est aussi instruit du personnel de la Société de chirurgie que de celui du Conseil de salubrité, qu'il confondait naguère avec le Comité d'hygiène, etc., etc. ! Pourquoi donc forcer son talent, et ne pas se borner à la fabrication des caleçons périodiques, laquelle a certes bien son mérite ?

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le petit lait alpestre, et sur les bains d'Ischel, par E. Mastalier, membre de la Faculté de médecine de Vienne, médecin consultant aux eaux d'Ischel, etc., etc. In-8, de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, 1854, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

L'Algérie médicale ; topographie, climatologie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement et colonisation, par le docteur Ad. Armand. — In-8 de VIII-532 pages, avec une carte de l'Algérie. — Paris, chez Victor Masson. — Prix : 8 fr.

Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire, par le docteur A. Mercier. — Broch. in-8. — Paris, 1854.

De l'étiologie de l'épilepsie et des indications que l'étude des causes de cette maladie peut fournir pour le traitement de cette maaladie, par le docteur J. Moreau (de Tours). — Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. — Paris, chez J.-B. Baillière. — Broch. in-fol. de 180 pages.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 51. 2e année. Samedi 29 Avril 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du traitement de la fièvre intermittente par les douches froides, et de l'application de cette médication dans les établissements médicaux civils et militaires.

Personne n'ignore que des maladies dues à l'influence du climat ont moissonné depuis vingt-cinq ans, en Afrique, cent mille de nos soldats ; aucun médecin n'ignore que, parmi ces maladies, les fièvres intermittentes, malgré le sulfate de quinine, tiennent un rang important ; enfin, les médecins savent aussi, et les documents qu'on vient de publier sur l'état sanitaire de l'armée russe en 1829 le prouvent, que notre armée va se trouver, en Orient, en présence des mêmes causes d'insalubrité qu'en Afrique, pendant la guerre que la légitime défense de ses intérêts et le sentiment de la justice imposent à notre pays.

La science, depuis vingt-cinq ans, a-t-elle étendu le cercle des ressources qu'elle peut opposer à ces causes d'insalubrité, et peut-elle aujourd'hui, tout en allégeant les charges du trésor, soustraire à la mort une partie des victimes qui lui étaient vouées? Les faits que nous avons consignés dans la science le démontrent de la manière la plus péremptoire. L'humanité en général et notre pays en particulier profiteront-ils du progrès accompli? Nous n'osons l'espérer, au moins pour un temps prochain ; mais nous considérons comme un devoir, dans les circonstances actuelles, de faire un dernier effort et de prouver au public médical que nous n'avons rien négligé, que nous n'avons reculé devant aucun sacrifice pour arriver à un résultat aussi désirable.

Nous espérons d'ailleurs que l'*historique* d'une question qui n'est pas nouvelle, comme on va le voir, ne manquera pas d'intérêt, et qu'il en ressortira d'utiles enseignements pour l'histoire de la science et du progrès scientifique.

Dès mes premières recherches expérimentales et pratiques sur l'hydrothérapie, et après une étude approfondie des doctrines et de la thérapeutique de deux illustres médecins étrangers, de Currie (1) et de Giannini (2), je formai le projet d'appliquer les douches froides au traitement de la fièvre intermittente. L'occasion de le réaliser ne se fit point attendre. Vers l'automne de 1847, il se manifesta, à Meudon et au Bas-Meudon, une endémo-épidémie de fièvres intermittentes qui sévirent principalement sur les ouvriers, sur la population indigente, et qui furent fréquemment accompagnées de symptômes graves : délire, vomissements, etc.

Parmi les individus atteints, les uns se décidèrent à recourir immédiatement à l'hydrothérapie ; les autres, moins confiants ou plus timorés, suivirent les errements ordinaires. Les premiers furent TOUS rapidement et radicalement guéris ; pas une seule fièvre intermittente récente, et traitée dès le troisième ou le quatrième accès, ne résista à la bienfaisante influence de l'eau froide. La plupart des seconds virent leur maladie déjouer toutes les ressources de la thérapeutique classique, toutes les doses de sulfate de quinine, toutes les préparations de quinquina, et ce ne fut qu'après avoir épuisé le contenu de leur bourse et de l'officine du pharmacien, qu'ils finirent par où les autres avaient commencé. Le succès de l'hydrothérapie n'en fut pas moins *constant ;* toutes ces fièvres intermittentes anciennes, rebelles au quinquina, ayant donné lieu à un état cachectique grave, à une anémie profonde, à une intumescence considérable de la rate ou du foie, furent véritablement *jugulées* par quelques douches.

Après les malades vint le tour du médecin qui n'avait pu les guérir, et voici comment s'est exprimé, à cet égard, M. le docteur Baud, qui était, à cette époque, l'un des médecins de la localité :

« Pendant l'été très-chaud de 1847, la commune de Meudon,
« où j'exerçais alors la médecine, fut soumise à une épidémie de
« fièvres et de diverses affections paludéennes, dont toutes les
« phases furent évidemment calquées sur celles de l'abaissement
« de niveau, par évaporation, des nombreux étangs disséminés
« sur le territoire de la commune. Bien rares et bien privilégiés
« furent les malades qui n'eurent pas à lutter, par d'incessants
« retours à l'usage du sulfate de quinine, contre les incessantes
« récidives d'une fièvre incoercible.

« Je ne fus pas de ce petit nombre, et pourtant c'est avec une
« consciencieuse vigueur que je m'étais administré le spécifique
« au début, aussi bien que dans les rechutes multipliées d'une
« fièvre tierce qui m'enlevait à mes malades au moment où je
« leur étais le plus nécessaire.

« A bout de moyens, lisant le fatal : *Medice, cura te ipsum !*
« sur la figure des nombreux récidivés qui gémissaient autour
« de moi de l'impuissance du quinquina, j'eus recours aux dou-
« ches froides, moins désireux encore d'obtenir ma guérison
« définitive que de faire jouir mes compagnons d'infortune du
« résultat de ma tentative, si elle réussissait. Une seule douche,
« prise au moment même du début d'un accès qui s'annonçait
« très-intense, suffit pour me guérir sans retour (1) ! »

Au mois de septembre de la même année 1847, je fus appelé, en ma qualité d'agrégé, à suppléer M. le professeur Bouillaud à l'hôpital de la Charité. Un malade atteint, depuis deux mois, d'une fièvre intermittente rebelle contractée en Sologne, est

(1) Currie. Medical reports on the effects of water cold and warm. London, 1798.

(2) Giannini. Della natura delle febri, et del miglior methodo di curarle. Milano, 1805.

(1) Baud. *Nouveau mode de traitement des maladies périodiques.* Paris, 1850, p. 5.

admis dans mon service le 5 octobre ; la fièvre, abandonnée à elle-même pendant huit jours, présente le type quotidien parfaitement régulier. Une première douche est administrée le 13 ; un dernier accès, très-léger, a lieu le 17, et le malade sort complétement guéri le 24.

Ces résultats ne tendaient à rien moins qu'à substituer au sulfate de quinine, dont le prix est exorbitant (1), un succédané plus efficace, dépourvu de tout inconvénient, de toute influence nuisible sur l'organisme, et, pour ainsi dire, de toute espèce de valeur vénale. Je crus devoir mettre le public médical en demeure de se prononcer sur le mérite de ma découverte, et tous les faits recueillis par moi furent exposés dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 7 février 1848, et inséré bientôt après dans les *Archives générales de médecine* (2).

Le public médical s'occupa de mon travail pendant quelques jours, et n'y pensa plus.

Pendant dix-huit mois, de nombreux malades, atteints de fièvres intermittentes de tous les âges, de tous les types, de tous les caractères, de toutes les origines, se présentèrent à Bellevue. Tous furent rapidement guéris ; — *tous, sans aucune exception.*

En 1849, je me rendis auprès de M. Dubost, secrétaire général de l'Administration des hôpitaux et hospices civils de Paris, et la conversation suivante s'engagea entre nous :

Moi. — Monsieur Dubost, combien l'Administration dépense-t-elle annuellement pour le sulfate de quinine ?

M. D. — Une somme énorme, mon cher monsieur !

Moi. — Eh bien ! mon cher monsieur Dubost, je viens vous offrir le moyen de réaliser, sur cette somme, une économie.... de la totalité.

M. D. — Ne plaisantez pas sur ce grave sujet. Les sangsues et le sulfate de quinine, — voilà les deux cauchemars de l'Administration, les deux questions qui pèsent le plus lourdement sur les intérêts de nos pauvres malades. Nous serions trop heureux d'obtenir une économie de 50 pour cent.

Moi. — Je parle très-sérieusement et ne plaisante en aucune façon. Si l'Administration veut m'envoyer à Bellevue, tous les malades atteints de fièvre intermittente qui se présenteront, soit au Bureau central, soit dans les hôpitaux, je les traiterai gratuitement, et bientôt le doute ne lui sera plus permis.

M. D. — Votre proposition est malheureusement inacceptable. Nous ne pouvons pas franchir les limites du département de la Seine ; il faudrait créer un hôpital à Bellevue ; mille obstacles surgissent !

Moi. — La question est assez importante pour que l'on ne se laisse pas arrêter par quelques obstacles, qu'en définitive il ne serait pas difficile de surmonter. Mais n'en parlons plus. Voici un autre moyen. Puisque vos malades ne peuvent pas venir de Paris à Bellevue, je viendrai, moi, de Bellevue à Paris, et je traiterai vos fiévreux dans celui de vos hôpitaux que vous me désignerez.

M. D. — A la bonne heure ! — Mais aucun de nos hôpitaux n'est pourvu d'appareils appropriés à votre traitement, et l'Administration ne consentira point à en faire établir.

Moi. — Comment ! l'Administration reculerait devant une dépense de quelques centaines de francs, lorsqu'il s'agit pour elle d'en économiser plusieurs milliers ! Mais cela est impossible ! elle ne saurait être inintelligente à ce point ; l'intérêt sacré des pauvres lui impose d'ailleurs le devoir de ne point repousser, sans examen, une question aussi importante. — Qu'à cela ne tienne, toutefois : je ferai construire les appareils à mes frais.

M. D. — Ceci lève toutes les difficultés, et je ne puis qu'applaudir à votre désintéressement, à votre générosité, et.... Ah mon Dieu ! mais j'y pense ! Vous n'êtes point médecin des hôpitaux ?

Moi. — Non, mon cher monsieur Dubost, et vous savez bien pourquoi.

M. D. — Certainement ! certainement. Que voulez-vous ; le concours.... le jugement des hommes.... les petites infamies de la coulisse.... Ah ! si vous saviez !

Moi. — Mais, je ne sais que trop, mon cher monsieur Dubost !

M. D. — Certainement ! certainement. Mais enfin, l'obstacle n'en est pas moins insurmontable. Le *Règlement* est formel.

Moi. — Songez-y bien. Je n'invoque point l'intérêt de la santé publique, souvent compromise par un médicament parfois aussi funeste que le mal lui-même ; mais je vous crie : une économie de....

M. D. — J'entends bien, mais le *Règlement*....

Moi. — Voyons, mon cher monsieur Dubost ; je suis agrégé de la Faculté, j'ai remplacé en cette qualité M. Bouillaud à la Charité, je puis remplacer demain M. Chomel ou M. Rostan ; il me semble...,

M. D. — Mon cher monsieur, le *Règlement*....

Moi. — Mais en toutes choses, et même en matière de Règlement, il faut considérer l'esprit et non la lettre ; si vous consultiez le Conseil....

M. D. — Monsieur, le *Règlement* n'a pas d'esprit !....

Moi. — Je m'en étais toujours douté un peu, mon cher monsieur Dubost; j'en suis sûr maintenant.

La victoire resta au *Règlement.*

Trois années s'écoulèrent pendant lesquelles de nouveaux et nombreux fiévreux vinrent se faire traiter à Bellevue. *Tous* y trouvèrent une guérison prompte et radicale.

En 1852, le 2 mars, je lus à l'Académie de médecine une Note destinée à appeler l'attention de cette docte compagnie sur les effets des douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente. Ma lecture s'acheva paisiblement au milieu de l'inattention générale, au bruit des conversations particulières, et mon travail fut renvoyé à une commission dite : *Commission des succédanés du quinquina.*

Pour le coup, je considérai ma découverte comme bien et dûment enterrée ! — Ce qui ne m'empêcha point de continuer à traiter et à guérir tous les fiévreux qui vinrent à Bellevue réclamer le secours de l'hydrothérapie.

Au mois d'août 1852, S. A. I. le Prince-Président de la République m'ayant fait l'honneur de m'interroger sur les diverses applications de l'hydrothérapie, je mentionnai les effets des douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente.

Le Prince, avec la rapidité et l'étendue d'intuition qui le caractérisent, comprit immédiatement toute l'importance de la question « *Remettez-moi une Note,* me dit S. A. I., *ceci est d'un grand intérêt pour l'Administration des hôpitaux militaires.* » La Note fut remise le lendemain matin.

Le 27 août, je reçus des bureaux du ministère de la guerre, une lettre ainsi conçue :

« Monsieur, vous m'avez fait connaître que vous aviez découvert un moyen de guérir les fièvres intermittentes sans recourir à l'emploi du sulfate de quinine, et vous *me priez d'en prévenir le Conseil de santé des armées pour qu'il en fasse l'essai dans les hôpitaux militaires.*

« Je regrette de ne pouvoir vous accorder cette *autorisation,* puisqu'il s'agit d'un *remède secret,* et que dans aucun cas les militaires malades ne doivent servir de matière à expérimentation.

« J'ai l'honneur de vous saluer. »

Après avoir décliné le titre de débitant de remèdes secrets, et avoir répondu que je n'avais point eu à demander l'*autorisation d'adresser une prière, à l'effet d'engager le Conseil à faire l'essai de ma méthode,* je portai l'épître administrative à Saint-Cloud.

— Monseigneur, dis-je au Prince, Votre Altesse me doit une éclatante réparation, car, grâce à Elle, je viens d'être pris pour un marchand d'orviétan !

(1) Le sulfate de quinine coûte, à prix de revient, 400 à 450 francs le kilog.; il est vendu dans les officines à raison de 1,000 francs le kilog. L'Administration des hôpitaux militaires dépense annuellement, pour ce médicament, 200,000 à 250,000 francs.

(2) L. Fleury. *Des douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente.* In *Arch. générales de médecine*, 1848, t. 16, p. 289.

Le 8 septembre, M. Darricau me faisait l'honneur de m'adresser la lettre suivante :

« Monsieur le docteur, par une lettre du 27 août dernier, et
« en réponse à la *proposition* que vous m'adressiez de faire expérimenter, dans les hôpitaux militaires, votre nouvelle médication contre la fièvre intermittente, on avait dû vous indiquer les motifs qui paraissaient de nature à faire *ajourner* l'acceptation de vos offres.

« Les explications que vous m'avez fait parvenir depuis lors ne pouvaient que me disposer à reprendre votre proposition et à demander au Conseil de santé des armées s'il n'y aurait pas lieu de donner, exceptionnellement, satisfaction aux vues philanthropiques qui vous font insister sur les avantages de votre méthode de traitement.

« En vous adressant ci-joint copie des conclusions du Conseil de santé, il ne me reste qu'à vous remercier de vos offres et à vous exprimer le regret de ne pouvoir revenir sur la première détermination dont il vous a été donné avis.

« Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

« Pour le Ministre de la guerre, et par son ordre :

« *Le conseiller d'État, directeur de l'Administration,*

« *Signé* Darricau. »

Le résultat de la bienveillante intervention du Prince-Président, et de mon *insistance,* était assez triste ; mais enfin, l'Administration et la science avaient été mises en demeure de se prononcer, je me trouvais en présence d'une délibération du Conseil de santé des armées, composé d'hommes éminents, honorables, compétents ; tout espoir n'était donc pas perdu ! Je me hâtai de prendre connaissance des *conclusions* du Conseil.....

Ces conclusions, les voici :

Paris, le 1er septembre 1852.

Monsieur le Ministre,

Dans une lettre que vous avez communiquée au Conseil de santé, en lui faisant l'honneur de lui demander son avis sur la suite à y donner, M. le docteur Fleury insiste sur la demande qu'il vous a déjà faite d'être mis à même d'essayer, sur quelques militaires, le traitement qu'il préconise contre les fièvres intermittentes.

M. le docteur Fleury fait observer, à ce sujet, que sa méthode ne constitue pas un remède secret et qu'elle est soumise au jugement de l'Académie des sciences et de l'Académie nationale de médecine.

M. le docteur Fleury, médecin des plus distingués, connu par des travaux justement estimés, occupant dans le monde médical un nom honorable, ne peut être confondu dans la foule des inventeurs de remèdes secrets qui tentent chaque jour la crédulité publique.

D'autre part, la méthode hydrothérapique, dont M. le docteur Fleury assure avoir constaté les avantages, n'est effectivement ni secrète ni nouvelle, mais elle a été et est encore controversée dans la science. A côté des succès dont elle s'est glorifiée, on lui a reproché des revers assez nombreux, ou du moins une inefficacité qui peut avoir de fâcheux résultats, *dans les cas graves*, où *agir énergiquement et sans retard*, *est une condition indispensable de la guérison.*

Dans cette incertitude, l'emploi de la méthode préconisée par M. le docteur Fleury ne peut avoir que le caractère de l'expérimentation.

La question étant encore pendante devant l'Académie des sciences, et surtout devant l'Académie nationale de médecine, légalement instituée pour apprécier les remèdes nouveaux, il paraît convenable d'attendre le rapport que prépare la commission chargée de l'examen du remède proposé pour remplacer le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, et à laquelle le travail de M. le docteur Fleury a été renvoyé.

Dans cette situation de la question, le Conseil de santé, tout en rendant pleine justice aux lumières et aux philanthropiques intentions de M. le docteur Fleury, se voit dans l'impossibilité de se départir en sa faveur des principes qui l'ont toujours guidé, à savoir que les militaires malades doivent être laissés en dehors de toute expérimentation médicale, et que les moyens thérapeutiques sanctionnés par une longue expérience ou par les autorités scientifiques compétentes sont les seuls qui doivent être employés contre leurs maladies.

Je suis, etc. *Le Président du Conseil de santé,*
Signé Bégin.

Pendant un an, j'eus encore la satisfaction de guérir, par les douches froides, un assez grand nombre de fiévreux.

Au mois d'octobre 1853, S. E. monsieur le Ministre de la guerre se rappela la Note qui lui avait été transmise, un an auparavant, par les ordres du Prince-Président. « *Pourquoi*, me dit un jour M. le maréchal de Saint-Arnaud, *cette affaire n'a-t-elle pas eu de suite ?* »

— Mais, parce que le Conseil de santé des armées a déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'expérimenter mon fébrifuge.

« *Et sur quels motifs s'est fondé le Conseil ?* »

Je glissai quelques mots dans l'oreille du Ministre.....

« *Mais enfin, le Conseil a dû prendre une délibération, exposer ses raisons ?* »

— Certainement, monsieur le maréchal, et si V. E. veut bien me le permettre, je lui représenterai cette délibération, enrichie de quelques notes et commentaires.

« *Je ne demande pas mieux ; ceci est une affaire qui mérite un sérieux examen.* »

Le lendemain 23 octobre, je remettais au maréchal la pièce suivante :

Monsieur le maréchal,

Il y a un an environ, sur l'invitation de S. A. I. le Prince-Président, Votre Excellence eut la bonté de transmettre au Conseil de santé la proposition faite par moi de traiter gratuitement, par les procédés hydrothérapiques, les soldats affectés de fièvre intermittente, récente ou ancienne et rebelle au sulfate de quinine.

Le Conseil de santé, par l'organe de M. le docteur Bégin, opposa à ma demande des considérations que je replace sous les yeux de Votre Excellence, et auxquelles je me permettrai d'opposer à mon tour :

1° Que l'efficacité de l'hydrothérapie *contre la fièvre intermittente* n'est nullement controversée ; qu'elle a été constatée par Currie, Giannini, M. le professeur Piorry, un grand nombre de médecins, et par tous les élèves qui suivaient l'hôpital de la Charité pendant le temps que j'y remplaçais M. le professeur Bouillaud ; qu'elle a été établie par moi sur des observations nombreuses, authentiques, présentées à l'Académie des sciences et publiées depuis ;

2° Que cette médication n'a éprouvé aucun revers *dans l'espèce*, c'est-à-dire sur des sujets atteints de fièvre intermittente ;

3° Que la fièvre intermittente *non pernicieuse* n'est point une maladie dans laquelle il faille agir *énergiquement et sans retard*, sous peine de compromettre la vie du malade, et que, d'ailleurs, l'hydrothérapie a réussi parfaitement là où toutes les autres méthodes de traitement avaient échoué ;

4° Que, dans l'espèce, il n'existe pas la moindre *incertitude*, et qu'on ne peut plus qualifier d'*expérimentation* l'emploi d'une méthode qui a été appliquée un nombre considérable de fois avec un succès constant ;

5° Qu'il serait absurde et coupable de subordonner au bon plaisir d'un rapporteur de l'Académie une question complétement jugée, qui intéresse l'Administration à un haut degré, au double point de vue de la santé du soldat et de l'économie énorme que réaliserait la substitution de l'hydrothérapie au sulfate de quinine, médicament dont le prix est si élevé, et qu'altère si souvent la sophistication.

Aujourd'hui que le gouvernement de l'Empereur a si heureusement remplacé les lenteurs et les vaines formalités des bureaux par la volonté et l'intelligente initiative de l'Administration supérieure, je crois de mon devoir de médecin, d'honnête homme et de bon citoyen, de renouveler ma proposition, en me fondant :

1° Sur ce que, depuis un an, j'ai encore traité et guéri par l'hydrothérapie, un grand nombre de sujets affectés de fièvre intermittente, récente ou ancienne, rebelle au sulfate de quinine, et accompagnée d'une lésion profonde du foie et de la rate ;

2° Sur ce que, parmi ces malades, se trouvaient plusieurs officiers de l'armée, et qu'il serait déplorable de refuser aux soldats les bienfaits d'une médication à laquelle les chefs sont libres de recourir, et à laquelle ils s'adressent, en effet, avec empressement.

Pour s'écarter, d'ailleurs, le moins possible des règlements, et pour accorder toute satisfaction aux scrupules, certainement honorables, du Conseil de santé, je propose à Votre Excellence d'établir, dans la caserne de Sèvres, une infirmerie *placée sous la direction d'un chirurgien-major*, et destinée à recevoir un nombre déterminé de soldats atteints de fièvre intermittente, non pernicieuse, récente ou ancienne.

Les malades seraient traités gratuitement par moi à Bellevue ; je recueillerais les observations, conjointement avec M. le chirurgien-major, auquel je concéderais volontiers le droit de faire suspendre le traitement dès qu'il le jugerait inefficace ou dangereux ; les résultats seraient placés sous les yeux de Votre Excellence, au fur et à mesure des guérisons ou des insuccès constatés.

En formulant ces propositions qui répondent aux plus sévères exigences,

qui offrent toutes garanties, et que je serais heureux de voir agréer par Votre Excellence, je n'ai pas besoin d'affirmer que je n'ai d'autre but, d'autre ambition que de servir les intérêts de l'humanité et de l'État, et de répondre, dans les limites de mes forces, aux bontés dont il a plû à Sa Majesté l'Empereur de m'accorder tant de preuves.

Veuillez agréer, etc. *Signé* L. FLEURY.

Sur ce document, M. le Ministre de la guerre eut la bonté d'écrire de sa main : « M. FLEURY A RAISON SUR TOUS LES POINTS. JE VEUX QUE L'HYDROTHÉRAPIE SOIT EXPÉRIMENTÉE. »

Ma cause était gagnée! Une volonté toute-puissante avait prononcé, et le Conseil de santé ne devait plus intervenir que pour réglementer le service de l'infirmerie que j'avais proposé d'établir à Sèvres.

Le 15 février 1854, la lettre suivante m'a été remise par M. Darricau, à la suite d'une longue conversation dont je garderai un agréable et reconnaissant souvenir.

Paris, le 15 février 1854.

Monsieur le docteur,

Les explications que vous m'avez transmises touchant l'efficacité des applications hydrothérapiques dans le traitement des affections intermittentes, les offres désintéressées que vous m'avez faites à cet égard pour le traitement d'un certain nombre de militaires à Bellevue, ne pouvait que me disposer à proposer au Conseil de s'associer aux mesures que réclamait l'acceptation de cette offre. J'ai donc fait part de votre dernière lettre à cette Société savante, mais la réponse faite à cette communication, réponse dont je vous transmets ci-joint copie, ne me laisse que le regret de renoncer, quant à présent, à passer outre en une matière qui, je dois le reconnaître, sort en définitive de ma compétence directe.

Recevez, monsieur le docteur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État de la guerre.

Les ministres proposent et les conseils disposent! Il est probable qu'il doit en être ainsi dans le meilleur des mondes possibles.

Je me fais un devoir de reproduire ici, *in extenso*, le dernier document émané du Conseil de santé, en prenant toutefois la licence de placer en regard quelques observations, sur le mérite desquelles le lecteur aura à se prononcer.

Paris, 11 décembre 1853.

Monsieur le Maréchal,

Consulté par Votre Excellence, en septembre 1852, sur la suite à donner à une demande de M. le docteur Fleury, qui sollicitait l'autorisation d'appliquer à des militaires un traitement qu'il préconise contre les fièvres intermittentes, le Conseil de santé des armées eut l'honneur d'émettre l'avis que le traitement dont il était question étant encore à l'état d'essai, il n'y avait pas lieu de se départir, à son occasion, des principes qui l'ont toujours guidé, à savoir que les militaires malades doivent être traités en dehors de toute expérimentation médicale, et que les moyens thérapeutiques sanctionnés par une longue expérience ou par les autorités scientifiques compétentes, sont les seuls qui doivent être employés contre leurs maladies.

> Il s'agit d'un traitement appliqué depuis *sept années* à un nombre considérable de malades, avec un succès constant. Quelle est donc la longueur du temps qui fait passer une médication de l'état d'*essai* et d'*expérimentation* à celui de moyen thérapeutique *sanctionné par l'expérience?* Il aurait fallu le dire.

Il concluait, en conséquence, à ce qu'on attendît, pour statuer sur la demande de M. le docteur Fleury, le jugement à intervenir des Académies des sciences et de médecine, ainsi que de la Commission des succédanés du sulfate de quinine, qui étaient ou pouvaient être saisies de la question.

> C'est précisément parce que l'on risquait d'attendre *fort longtemps*, que M. Fleury a insisté.

Dans une lettre du 22 octobre dernier, M. le docteur Fleury revient à la charge, armé, dit-il, de nouveaux faits, et opposant diverses considérations à celles sur lesquelles le Conseil de santé s'était fondé pour justifier sa délibération.

M. le docteur Fleury affirme d'abord que l'efficacité de l'hydrothérapie contre les fièvres intermittentes n'est plus controversée, et que l'emploi de cette méthode ne peut être désormais qualifié d'expérimentation. Il propose ensuite de placer, dans une infirmerie créée à cet effet dans la caserne de Sèvres, et sous la direction d'un chirurgien-major, un certain nombre de militaires atteints de fièvre intermittente. Les militaires seraient traités gratuitement à Bellevue, de concert avec le médecin-major, qui aurait le droit de suspendre le traitement s'il le jugeait insuffisant ou dangereux, et les résultats seraient placés sous les yeux de Votre Excellence au fur et à mesure des guérisons ou des insuccès constatés.

Ces tentatives vous ont paru, monsieur le Maréchal, recommandables à plus d'un titre, et vous faites au Conseil de santé l'honneur de lui demander dans quelle mesure il peut leur être donné suite.

La lettre de M. le docteur Fleury contient deux parties très-distinctes : la partie médicale ou la thérapeutique en elle-même, et le mode d'exécution de cette pratique, le lieu où elle sera mise en usage.

M. le docteur Fleury dénie que l'on puisse qualifier d'expérimentation l'emploi d'une méthode qui a été appliquée un nombre considérable de fois, *avec un succès constant.* L'efficacité de l'hydrothérapie contre les fièvres intermittentes a été constatée, dit-il, par Currie, par Giannini, par le professeur Piorry, un grand nombre de médecins et tous les élèves qui suivaient l'hôpital de la Charité pendant qu'il y remplaçait M. le professeur Bouillaud; elle a été établie sur des observations nombreuses, authentiques, présentées à l'Académie des sciences et publiées depuis.

Au sujet de Currie et de Giannini, il est à remarquer que le premier n'a fourni à M. le docteur Fleury que le point de départ de ses idées, et que le second, en employant les immersions dans l'eau froide, n'avait en vue que de modérer les accès et de favoriser l'action du quinquina.

> Les observations de Currie et de Giannini établissent péremptoirement *l'innocuité* de la médication, et même une efficacité relative. Là est toute la question. *Il est à remarquer*, d'ailleurs, que ce paragraphe est la reproduction des paroles inscrites par M. Fleury dans son mémoire.

Le traitement de M. le docteur Fleury s'éloigne, quant au mode d'application, et quant à tout ce qu'il se propose d'atteindre, des pratiques de Currie et de Giannini : c'est une innovation thérapeutique, et c'est à ce titre que les observations destinées à en démontrer l'utilité ont été, par M. Fleury lui-même, soumises en 1848 à l'Académie des sciences, qui nomma pour les examiner MM. Serres, Andral et Rayer.

> Il est clair que si M. Fleury n'avait introduit aucune *innovation* dans le traitement de la fièvre intermittente, le débat n'aurait pas eu de raison d'être. Mais cette innovation ne porte que sur le *modus faciendi*, sur le procédé opératoire, et elle ne change rien au fond de la question, parfaitement établi par la pratique de Currie et de Giannini.

Il serait absurde et coupable, dit M. le docteur Fleury, de subordonner au bon plaisir d'un rapporteur une question complétement jugée; — mais par qui jugée? Il n'y a de complétement jugé, surtout lorsqu'il s'agit de la santé et de la vie des hommes, que ce qui a été vérifié et soumis à un contrôle sérieux et compétent. Les inventeurs, si honorables, si judicieux qu'ils puissent être, sont exposés à des illusions contre lesquelles il sera toujours sage de se prémunir.

> Quelles sont les conditions d'un contrôle sérieux et compétent? — A moins que le contrôle sérieux et compétent soit superflu pour résoudre une question par la négative, et qu'il soit licite de repousser toute *innovation* sans examen, pourquoi MM. les membres du Conseil ne se sont-ils pas mis en mesure d'exercer ce contrôle? — Des *illusions* à propos d'accès fébriles qui sont ou qui ne sont plus! Des illusions à propos du volume de la rate physiquement constaté !

Quant au bon plaisir du rapporteur, M. le docteur Fleury n'ignore pas qu'il est toujours possible, par l'intermédiaire de MM. les Ministres de l'instruction publique ou de l'intérieur, d'obtenir des Académies des sciences et de médecine des rapports d'urgence, toutes les fois qu'il est question d'un grand intérêt de thérapeutique et d'humanité.

C'est justement parce que M. Fleury ne l'ignore pas, qu'il s'est bien gardé, et qu'il se gardera bien, de réclamer un rapport d'urgence!

Les affusions et les immersions froides tant vantées par les médecins anglais contre les fièvres graves (typhoïdes de notre époque), n'ont pas résisté à une expérience plus sévère, et malgré les efforts du clinicien le plus célèbre du temps, Récamier, placé à la tête du premier hôpital de Paris, l'Hôtel-Dieu, n'ont jamais pu s'acclimater en France.

A quel titre intervient ici la fièvre grave, typhoïde de notre époque? Prétend-on conclure de la fièvre typhoïde à la fièvre intermittente?

Après avoir lu le passage cité plus haut de la lettre de M. Fleury, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que son traitement, si largement employé, ayant eu tant de témoins de ses succès, n'ait été adopté par les autres médecins de la Charité, ni par M. Bouillaud lui-même, et qu'enfin il ne soit pas devenu de pratique générale? Il n'a pas fallu six mois pour rendre universel l'usage de la quinine.

Pourquoi? Si MM. les membres du Conseil le savent, il aurait fallu le dire; s'ils ne le savent pas, ils auraient dû s'en enquérir; mais poser la question sans la résoudre n'est pas un argument dont la valeur soit facile à saisir.

M. le docteur Fleury invoque le témoignage de M. le professeur Piorry. Après avoir constaté deux fois, à Bellevue, une diminution de la rate qui survenait très-promptement et en quelques minutes, sous l'influence d'une douche d'eau froide, M. le docteur Fleury lui ayant assuré que sous cette influence la fièvre cessait, M. le professeur Piorry voulut mieux examiner cette grande question. Plusieurs malades (4 ou 5), atteints de splénomégalie et de fièvres intermittentes qui y étaient liées, furent soumis à des douches dirigées pendant quelques minutes sur la région splénique. Il fut facile de constater que, dans l'espace de ces quelques minutes, la rate diminuait, et que ce jour-là la fièvre était moins vive. On continua les jours suivants, et malheureusement le lendemain de la diminution l'organe devenait de nouveau volumineux. La fièvre aussi reparaissait. Ces essais ne furent pas continués plus de douze à quinze jours, et les douches furent abandonnées, non pas parce qu'elles n'avaient pas d'effet, mais parce que l'engorgement splénique reparaissait et que la curation était évidemment moins sûre que par l'action du sulfate de quinine et du sel marin.

Une note particulière sera consacrée à ce paragraphe.

Ces détails suffisent pour démontrer péremptoirement que, loin d'être complétement résolue, ainsi que le prétend M. le docteur Fleury, la question des fièvres intermittentes par l'usage extérieur de l'eau fraîche, est encore à l'état de problème thérapeutique qui nécessite, pour être résolue, d'ultérieures expérimentations.

Ces détails suffisent pour démontrer péremptoirement qu'aucune objection sérieuse n'a pu être opposée par MM. les membres du Conseil à la proposition faite par M. Fleury.

Il serait déplorable, dit M. le docteur Fleury, de refuser aux soldats les bienfaits d'une médication à laquelle les chefs sont libres de recourir, et à laquelle ils s'adressent en effet avec empressement. Sans vouloir entrer dans le détail du nombre des officiers ainsi traités, la question ne peut être posée ainsi. L'officier est *libre* de se faire traiter à la chambre ou ailleurs, par un médecin de son choix. Le soldat, au contraire, doit aller où on l'envoie et accepter le praticien qu'il y rencontre. Si l'officier éprouve des mécomptes, il ne peut en accuser que son aveuglement. Pour le soldat, la responsabilité du mal incombe sur l'autorité ordonnatrice. Le premier est imprudent, le second est victime.

C'est précisément parce que le soldat *est obligé d'aller où on l'envoie*, qu'il est de devoir rigoureux de l'envoyer là où il doit rencontrer la pratique la plus efficace et la plus sûre.

Mais en admettant, ce qui est contesté, tout ce que prétend M. le docteur Fleury de l'efficacité de la médication aqueuse extérieure contre les fièvres intermittentes, qu'en résulterait-il au point de vue de la médecine militaire? Dans le climat de Paris, les fièvres intermittentes n'ont que très-rarement un caractère prononcé de persistance et de gravité. Le repos, le régime, quelques soins très-simples; l'éloignement des causes productrices suffisent pour guérir un grand nombre d'entre elles dans nos hôpitaux. Les autres cèdent à des doses si minimes de sulfate de quinine, que la substitution des douches à son usage ne constituerait pas une économie sensible, si économie il y avait.

Même dans le climat de Paris, où les fièvres intermittentes ne sont pas toujours aussi bénignes que veulent bien le dire MM. les membres du Conseil, la subsitution des douches froides au sulfate de quinine serait un important bienfait au double point de vue de l'économie et de la thérapeutique.

Mais en serait-il de même dans les localités où les fièvres sont endémiques, dans la Charente-Inférieure, dans la Bresse, la Sologne, à Rome et plus particulièrement encore en Algérie, en un mot, dans les contrées où, sans être pernicieux à leur début, les accès ont cependant une tendance prononcée à le devenir et où la maladie se montre, dans presque tous les cas, opiniâtre et difficile à vaincre? Ici la prudence veut que, dans l'incertitude du lendemain, le médecin emploie, le jour même, le moyen le plus sûr et le plus énergique.

Il n'est aucune raison pour qu'il n'en soit pas ainsi. Mes premières observations ont précisément trait à une *endémo-épidémie grave*, développée *sous le climat de Paris*, et j'ai guéri ensuite un grand nombre de fièvres anciennes et rebelles contractées dans la Bresse, en Sologne, et *particulièrement en Algérie*. Le seul moyen, d'ailleurs, de résoudre la question, c'est d'expérimenter, et en ceci les douches froides sont dans les conditions de toutes les médications possibles.

Là, monsieur le maréchal, est le problème véritable; guérir des fièvres intermittentes à Paris au moyen des douches fraîches, ne démontrerait pas suffisamment que le même moyen réussirait ailleurs, ni qu'il fût opportun de l'y appliquer.

Cet argument, présenté avec tant de solennité et de dogmatisme est réduit à néant dès qu'il est prouvé que l'on a guéri *à Paris* des fièvres *anciennes et rebelles* contractées *ailleurs*.

Quant au mode proposé par M. le docteur Fleury pour faire jouir les militaires des bienfaits de la médication qu'il préconise, il est tout à fait sans aucun avantage réel et tout rempli des inconvénients les plus manifestes et les plus sérieux.

En principe, les soldats ne pouvant à aucun titre, sous aucun prétexte, être l'objet d'expérimentations médicales, du jour où l'on pourra croire dans le pays ou dans l'armée que nos soldats sont exposés à servir à des essais de médicaments, l'alarme sera jetée partout, les familles seront sans sécurité, le soldat prendra l'hôpital en horreur, l'Administration et surtout les médecins militaires perdront la confiance qui est la première condition du succès de leur mission.

Toujours le même argument; toujours le même abus du mot *expérimentation*. Du jour où l'on pourra croire dans le pays ou dans l'armée que nos soldats sont traités d'après les méthodes les plus efficaces et les plus sûres, la sécurité sera partout et principalement dans les familles; les soldats ne redouteront plus l'hôpital; l'administration, et surtout les médecins militaires seront animés de la confiance, qui est la première condition du succès de leur mission.

Si le département de la guerre obtempérait à la demande de M. le docteur Fleury, le principe établi par le Conseil de santé des armées et jusqu'à présent approuvé par tous les ministres, vos prédécesseurs, monsieur le maréchal, serait renversé, et la porte ouverte à toutes les prétentions analogues. Nous verrions affluer de nouveau les arcanes, les spécifiques, les préservatifs sous toutes les formes, et jusqu'à la syphilisation, qui n'ont jamais manqué de prôneurs en-

L'exception ne détruit pas la règle, et c'est *exceptionnellement* que le Ministre voulait accueillir la proposition de M. Fleury. L'administration n'y aurait rien perdu de son autorité et la porte serait restée fermée à la *syphilisation*, aux *arcanes*, aux *spécifiques*, qui n'ont pas plus à voir ici que la *fièvre grave, typhoïde de notre époque*. Le Conseil de santé est précisément institué pour accueillir et juger les innovations, les progrès, les modifications introduits dans la

thousiastes et puissants, et dont il n'a été possible de préserver l'armée qu'en les renvoyant devant leurs juges naturels et compétents.

Faire traiter des militaires atteints de fièvre intermittente simple à Bellevue, est d'ailleurs complétement inutile. Nos grands hôpitaux militaires sont suffisamment pourvus de tout ce qui est nécessaire aux traitements de ce genre. Les médecins traitants ont une entière latitude pour employer les moyens divers pharmaceutiques ou agents que l'Administration et les règlements mettent à leur disposition. Il n'y a dans cet emploi ni secret ni mystère, les règles en sont parfaitement établies et connues, l'ouvrage de M. le docteur Fleury pourrait, au besoin, servir de guide, et l'on n'attend que la constatation suffisante des avantages attribués à ce système pour le mettre en usage; mais encore une fois, ce ne sont pas nos soldats qui doivent servir aux *essais* pour les obtenir.

Placer des hommes en traitement à Bellevue serait aggraver tous les inconvénients inhérents à l'expérimentation médicale. La presse s'emparerait immédiatement d'un pareil fait, l'autorité militaire semblerait accorder à un système thérapeutique un patronage en dehors de ses attributions, et les hommes sérieux dans la médecine de l'armée, comme dans la médecine civile, s'affligeraient de la voir entrer dans cette voie.

Le Conseil de santé des armées n'a jamais manqué, jusqu'à présent, d'accueillir et d'introduire dans la pratique médicale militaire les moyens dont l'art s'est successivement enrichi. Les chlorures alcalins, le sulfate de quinine, de salicine, l'huile de foie de morue, le chloroforme, les préparations d'iode, le traitement expéditif de la gale, en témoignerait au besoin. Rien de véritablement utile n'a été ni négligé ni repoussé par lui, mais il a mis à leur adoption la prudence que commande le respect de la santé et de la vie du soldat. On ne citerait pas une médication qui, par une fortune non prévue et un succès réel, infirme ses jugements.

En résumé, monsieur le maréchal, tout en appréciant, comme elle doit l'être, l'insistance de M. le docteur Fleury, et en faisant des vœux pour que ses efforts soient d'ailleurs couronnés de succès, le Conseil de santé, dominé par des intérêts d'un ordre supérieur, ceux de l'Administration et du service de santé militaire, considérant que la question n'a pas fait de progrès manifeste depuis 1852, se voit, à regret, dans l'impossibilité d'appuyer les nouvelles propositions de cet estimable médecin, et de modifier dans ce sens l'avis rappelé dans la première lettre qu'il a eu l'honneur de soumettre à Votre Excellence à l'époque précitée.

Je suis, etc.

Le président du Conseil de santé,
Signé BÉGIN.

science. Il devient parfaitement inutile s'il ne s'agit plus que d'appliquer brutalement et aveuglément *un principe absolu une fois posé.*

Les hôpitaux sont suffisamment pourvus, les médecins traitants ont une entière latitude, et cependant, depuis sept ans, rien n'a été tenté. Pourquoi? « *Parce que, encore une fois...* »

Nouvelle reproduction des mêmes arguments, sous une forme qui n'a pas même le mérite d'être neuve.

Ce dont les hommes sérieux s'affligent, c'est de voir la routine, l'opposition systématique, repousser obstinément et sans examen les découvertes dont l'utilité est le mieux établie.

Ceci prouverait, tout au plus, que toute règle est soumise à de fâcheuses exceptions.

Si le Conseil persiste dans la voie où il s'est engagé dans l'espèce, on peut lui prédire, à coup sûr, que les douches froides infirmeront son jugement.

En résumé, tout en appréciant comme elle doit l'être la résistance qui lui est opposée, M. Fleury fait des vœux pour que, désormais, le Conseil chargé d'édifier l'autorité concilie, dans une mesure plus juste et plus éclairée, les exigences de l'administration, les progrès de la science et les intérêts des soldats malades.

J'ai dit que l'intervention de M. Piorry dans le débat serait l'objet d'une note spéciale. Ici je dois, en effet, entrer dans quelques détails.

En raison des faits dont j'avais rendu M. Piorry témoin à Bellevue, et de quelques paroles que m'avait dites ce professeur, j'avais cru pouvoir invoquer son témoignage et son autorité. Ce témoignage et cette autorité se retournaient contre moi dans l'avis de MM. les membres du Conseil. Désireux de m'éclairer sur ce point, j'écrivis à M. Piorry de vouloir bien me faire connaître les expérimentations faites par lui quant aux douches froides appliquées *au traitement de la fièvre intermittente.* Voici la lettre que m'adressa M. Piorry en date du 12 février 1854 :

Mon cher confrère et ami,

Je n'ai d'autres faits relatifs à l'influence qu'exercent les douches froides *sur le volume du foie et de la rate* que *ceux que vous connaissez et dont je vous ai parlé.* Il s'agit de *cinq* ou *six* malades chez lesquels, pendant la dernière année de mon service à la Pitié et *en été,* j'ai eu recours à ce moyen, *alors que la température de l'atmosphère le permettait.* Ainsi que vous, j'ai vu, sous l'influence de cette médication, la rate diminuer très-promptement de volume, et cela tout aussitôt que le courant d'eau était porté sur cet organe. Quand cet effet était produit, *la fièvre* diminuait ou disparaissait. C'était *presque* comme si l'on eût donné du sel marin ou du sulfate de quinine, dont l'action n'est pas plus prompte. Seulement, il y avait cette différence, *c'est que la rate reprenait le lendemain* UNE GRANDE PARTIE de son volume, *ce qui n'avait pas lieu après l'action du sel de quinine.* On recommençait *une* ou *deux fois* l'emploi des douches et il y avait toujours diminution d'abord, et plus tard *retour de l'affection splénique et de la fièvre.* Vous m'avez *dit que si l'on continuait ce moyen pendant plusieurs jours de suite, la fièvre et la splénomégalie n'avaient plus lieu.* Je crois complétement à votre esprit d'observation et à votre sincérité; aussi, je me reproche de n'avoir pas mis plus de suite dans ces recherches, que je suis du reste très-décidé à reprendre. Je me rappelle que chez vous, à Bellevue, j'ai vu aussi décroître, pendant la douche, et le foie et la rate. Voilà ce que je sais et ce que je me hâte de vous communiquer, en y ajoutant, etc.

Signé PIORRY.

De pareils renseignements ne coïncidaient guère avec les assertions et les inductions de MM. les membres du Conseil. Je priai donc M. Piorry de vouloir bien s'expliquer avec plus de précision, et voici la note qu'il m'a remise en date du 22 février :

« Les expériences que j'ai faites sur cinq ou six malades ne sont pas
« assez concluantes, elles n'ont pas été faites avec assez de suite pour
« qu'il soit possible d'en tirer une conclusion de quelque valeur; mais,
« dans tous les cas, elles militent en faveur des douches froides beaucoup
« plus qu'elles ne s'élèvent contre elles. *Signé* PIORRY. »

De deux choses l'une :

Ou M. Piorry a présenté à MM. les membres du Conseil, comme ayant une valeur quelconque, les renseignements que je viens de placer sous les yeux du lecteur;

Ou MM. les membres du Conseil ont attribué une valeur quelconque à des renseignements présentés tels quels par M. Piorry.

Ami lecteur :

Devine si tu peux, et choisis si tu l'oses!

Et maintenant je dirai :

A M. Piorry :

Mon cher professeur, je prends l'engagement de vous démontrer, quand vous le voudrez :

1° Que les douches froides sont une médication héroïque contre la fièvre intermittente légitime, paludéenne, simple (aucun cas de fièvre pernicieuse ne s'étant présenté à moi), de tous les âges, de tous les types, de toutes les origines; trois douches ayant presque toujours suffi pour couper *définitivement* les accès, et le succès ayant été *constant* depuis sept ans;

2° Que les douches ramènent graduellement la rate et le foie à leurs limites physiologiques, conformément à la *loi* que j'ai établie et que vous connaissez sans doute;

3° *Que les accès fébriles disparaissent sans retour bien avant que la rate ait été ramenée à son volume normal;*

4° Que le sulfate de quinine ne guérit *pas autrement,* — lorsqu'il guérit;

A MM. les membres du Conseil de santé des armées :

Mes honorables confrères, je n'ai point pris l'initiative dans cette discussion; j'ai obéi à des invitations formelles qu'il ne m'était point permis de décliner. Je n'ai jamais eu la pen-

sée ni le désir de l'emporter sur vous de haute lutte; le résultat m'était d'ailleurs connu à l'avance et avait été annoncé par moi à qui de droit. Je savais que la victoire vous resterait, et je ne m'en plains pas. La vérité ne perd rien à triompher tard. Si vous aviez circonscrit la question sur le terrain administratif, je ne vous y aurais probablement pas suivis. Mais vous avez envisagé la question au point de vue scientifique, et dès lors vous m'avez obligé à me défendre, et à soumettre le débat au jugement de notre cour suprême : l'opinion publique.

J'ai répondu à vos arguments avec toute la déférence que je vous dois, mais vous me permettrez de croire, avec M. le maréchal de Saint-Arnaud, qu'ici j'ai, contre vous, RAISON SUR TOUS LES POINTS. Le public médical en décidera.

En attendant, je me suis donné la douce satisfaction, il y a quinze jours, de guérir un pauvre cantonnier du chemin de fer de la rive gauche, dont la rate avait 19 centimètres et qui était atteint, depuis huit mois, d'une fièvre quarte qui avait résisté à toutes les doses de sulfate de quinine et à toutes les préparations de quinquina.

Une première douche, prise quelques heures avant l'accès, a rendu celui-ci de moitié plus court et moins intense, à ce point que le malade a pu, au lieu de s'aliter, continuer son service; le second accès a été représenté par une céphalalgie assez vive et par quelques nausées; le troisième accès n'a pas eu lieu, et aujourd'hui la rate est définitivement rentrée dans ses limites physiologiques.

Cette dernière observation, ajoutée à toutes celles que j'ai recueillies, me fait persévérer plus que jamais dans l'opinion que j'ai résumée en 1848 de la manière suivante :

Dans les fièvres intermittentes simples, récentes, les douches froides *doivent être* substituées avec avantage au sulfate de quinine;

Dans les fièvres intermittentes anciennes, rebelles, les douches froides *peuvent être* substituées au sulfate de quinine et aux diverses préparations de quinquina.

Tel est l'état actuel des choses. Les Sociétés savantes et l'Administration lui imprimeront-elles une modification qui serait un véritable bienfait pour l'humanité? Nous le désirons sans l'espérer. LOUIS FLEURY.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Faculté. — M. PAUL DUBOIS.

Lésions consécutives à l'application du forceps. — Déformation prétendue du bassin. — Eclampsie reconnue par l'inspection des urines dans les cas douteux.

Parmi les lésions inhérentes à la disposition et au mode d'action du forceps, il en est une, selon M. Dubois, qui n'a été signalée nulle part : c'est la compression du cordon ombilical.

Le cordon fait assez souvent des circulaires autour du cou; un de ces circulaires peut se relâcher, former une anse qui flotte et se rapproche d'un des côtés de la tête. Rien n'empêche alors que le forceps, si convenablement appliqué qu'on le suppose, ne comprime cette anse à l'insu de l'accoucheur; et si le travail a été long, si l'extraction de la tête est difficile, si la résistance des parties molles commande une certaine lenteur dans la manœuvre, il peut s'écouler un temps assez long pour que l'interruption du cours du sang dans le cordon amène la mort de l'enfant. M. Dubois a vu plusieurs cas de ce genre, et malheureusement il a pu se convaincre en même temps de l'impossibilité de prévenir un pareil accident. Pour reconnaître la disposition particulière dont il s'agit, il faudrait que le bassin fût très-large, condition directement opposée à celle où l'on se trouve obligé d'appliquer le forceps dans la plupart des cas. Cette lésion ne doit donc être indiquée ici que parce qu'elle est possible et de telle nature que l'homme de l'art ne saurait en être responsable.

Il est plus ordinaire de voir le forceps produire des excoriations, des coupures. M. Dubois a présenté à sa clinique l'enfant d'une femme en apparence bien conformée, et chez laquelle le bassin était rétréci dans son diamètre sacro-pubien. La tête, comme il arrive toujours, était placée transversalement et retenue au détroit supérieur. Les branches du forceps ont dû, par conséquent, être appliquées sur les extrémités, et peut-être, par suite du glissement de l'une de ces branches, le contour de la cuiller s'est dessiné sur le front et un des bords a coupé les téguments. Néanmoins, quoique la peau ait été intéressée dans toute son épaisseur, cette petite plaie n'avait rien de grave. A moins de dispositions favorables au développement des érysipèles, ces coupures guérissent vite, et celle-ci en particulier était cicatrisée au bout de quelques jours.

Dans d'autres circonstances, l'application du forceps a pour conséquence un enfoncement des os du crâne, mais il est rare que ce soit la cuiller de l'instrument qui produise cette lésion dont le siége ordinaire est la partie de la tête qui se trouve en contact avec l'angle sacro-vertébral. M. Dubois en a montré un exemple chez l'enfant d'une femme couchée au n° 26 des salles. Cette femme était très-petite; la tête de l'enfant était élevée et chassait devant elle une poche volumineuse. On a vainement rompu cette poche, la tête ne s'est pas engagée. Alors, mais seulement après plusieurs heures de travail, le forceps a été appliqué sans résultat; puis il l'a été une seconde fois sans plus de succès. Ce n'est qu'après un repos de six heures qu'une troisième application de l'instrument a été suivie de l'extraction d'un enfant qui n'a vécu que quelques heures et qui portait une fracture d'un des pariétaux. Or, on ne pouvait pas attribuer cette fracture à la pression du forceps, puisque celui-ci était appliqué sur l'occiput et sur le menton. Il était évident que l'angle sacro-vertébral avait été dans ce cas l'agent passif mais direct de la lésion osseuse. Le même accident se produit parfois dans des accouchements spontanés chez des femmes n'ayant aucune déformation du bassin. Il faut savoir, du reste, que ces lésions des os du crâne, faites sans doute pour donner de l'effroi, ne sont pas constamment mortelles. Si l'enfant succombe, c'est plutôt à la longueur du travail que sa mort doit être attribuée; car souvent la dépression des os s'efface ou devient moins sensible; il n'y a aucun signe de paralysie; et si l'enfant est bien nourri et n'a pas trop souffert, il peut guérir en quelques semaines, comme on en a vu plusieurs exemples à la Clinique.

Enfin, comme lésion consécutive à l'application du forceps, il faut ranger encore la congestion cérébrale, accident rare, mais possible chez la femme mal conformée, alors que l'énergie de la compression exercée par les cuillers sur les côtés de la tête dépasse les limites de la contusion des téguments et va retentir au delà même des os du crâne. Puis vient ensuite, et celle-là est très-commune, une lésion qu'on a mal interprétée, la paralysie de la face. On a cru pendant longtemps que cette paralysie était le résultat d'une apoplexie; mais M. Dubois a le premier démontré que c'était une paralysie toute locale dépendant d'une violence extérieure. Ces paralysies, a-t-il dit, se manifestent dans des conditions bien déterminées : elles sont le résultat de la compression que le forceps exerce sur une des branches ou sur le tronc du nerf facial à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien. Dans ce cas, le forceps a été certainement appliqué irrégulièrement, et c'est une raison de plus pour procéder à cette application avec le plus grand soin. La paralysie du nerf facial n'a d'ailleurs rien d'inquiétant. Elle se dissipe en six à huit jours sans médication. Il y a seulement une remarque à faire à l'occasion de son siége : quand cette affection existe, un des yeux est fermé et l'autre ouvert. On croit alors que la paralysie est du même côté que l'œil fermé, c'est une erreur. La paralysie existe du côté de l'œil ouvert. L'enfant qui crie ferme les yeux; mais si l'orbiculaire des paupières est paralysé d'un côté, l'œil de ce côté reste ouvert. Du côté opposé, ce muscle, en se contractant, amène l'occlusion de l'œil.

— Nous venons de voir que la déformation du bassin rend l'accouchement difficile, mais que ce dernier peut s'opérer à terme au moyen du forceps dans un très-grand nombre de cas. Il en résulte qu'à moins de déformation excessive, l'homme de

l'art n'est pas autorisé à provoquer l'expulsion du fœtus entre le septième et le huitième mois, ainsi que M. Dubois l'a fait chez une petite femme dont nous avons parlé dans un précédent article. Il faut, à cet égard, bien se mettre en garde contre l'extrême facilité avec laquelle on est conduit à supposer des difficultés qui n'existent pas. On voit souvent des femmes de la province arriver à Paris pour y chercher des secours préventifs contre les dangers d'un accouchement que leur médecin a jugé devoir être impossible au terme de la grossesse. C'est ainsi que, le 18 février dernier, M. Dubois présenta à sa clinique une femme du département des Vosges qu'on lui avait envoyée comme ayant le bassin trop étroit pour accoucher à terme. Cette femme était au cinquième mois de sa grossesse. Sa sœur avait eu un accouchement très-laborieux et malheureux pour elle et pour son enfant. De manière que celle-ci étant devenue enceinte à son tour, le même médecin jugea, par l'application du pelvimètre, qu'elle avait le bassin vicié et qu'il y avait lieu de provoquer chez elle l'accouchement avant le complet développement du fœtus. Cependant, M. Dubois l'a examinée avec la plus grande attention, pensant que, malgré la bonne conformation apparente du squelette, il pouvait y avoir un obstacle osseux ou organique capable de s'opposer plus tard à l'accouchement ; mais il n'a rien trouvé qui motivât en quoi que ce fût le conseil donné dans cette circonstance. Le bassin était même si ample, que le doigt ne pouvait pas atteindre l'angle sacro-vertébral. D'ailleurs, le simple examen des jambes et l'absence de toute déviation rachitique avaient suffi et suffisent presque toujours, dans les cas de ce genre, pour éloigner l'idée d'une déformation prononcée du bassin. M. Dubois pense donc que l'accouchement de cette femme ne trouvera aucune difficulté du côté de la cavité pelvienne et se terminera heureusement au terme normal de la grossesse.

— Au n° 11 des salles est une femme à l'occasion de laquelle ce professeur a rappelé les circonstances qui permettent de reconnaître la nature des crises nerveuses qu'on voit survenir pendant la gestation. Cette malade, âgée de 24 ans, était enceinte de huit mois. Quelques jours avant d'entrer à la Clinique, où elle est accouchée le 19 février, elle avait eu deux attaques de nerfs pour lesquelles deux médecins consultés successivement émirent des opinions différentes. Le premier de ces médecins considéra ces attaques comme peu importantes et prescrivit de simples antispasmodiques. Le second y trouva de la gravité et pratiqua une saignée du bras. Depuis ce moment, les crises ne reparurent plus, mais l'enfant avait cessé de vivre. Était-ce là de l'hystérie ou de l'éclampsie ? Tel était le problème à résoudre. Or, voici ce que l'examen et l'interrogatoire de la malade ont démontré : on a vu que cette femme était infiltrée et que l'infiltration avait surtout la face pour siége, caractère propre à l'éclampsie ; de plus, les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, contenaient de l'albumine. C'était là déjà un double motif de soupçonner l'éclampsie. Puis on apprit qu'il y avait eu de vives douleurs à l'épigastre, signe d'une grande valeur, attendu qu'il précède aussi constamment une attaque d'éclampsie que les violentes douleurs de tête. Néanmoins, cela ne suffisait pas. Il y avait eu, en effet, perte de connaissance pendant les crises, on pouvait dès lors admettre la possibilité d'une attaque d'épilepsie. Mais si autrefois on eût pu rester dans le doute à cet égard, ce doute aujourd'hui ne serait plus permis. Il n'existe pas d'albumine dans les urines de l'épileptique, tandis qu'il est bien rare qu'on n'en trouve pas dans l'éclampsie. Une autre raison de croire à cette dernière affection dans le cas dont il s'agit, c'est qu'après les crises l'enfant a cessé de vivre, circonstance qu'on observe très-ordinairement. Eh bien ! il n'est pas indifférent d'avoir présentes à l'esprit ces diverses notions, car souvent on est appelé auprès d'une femme qu'on trouve sans connaissance ou dans un état d'hébétude qui ne permet pas de l'interroger. Si cette femme est enceinte, vous êtes embarrassé ; mais en l'absence de renseignements propres à vous éclairer, sondez-la et faites chauffer une petite quantité de ses urines. Si vous y trouvez de l'albumine, concluez en faveur de l'éclampsie, et votre diagnostic sera confirmé par l'apparition prochaine d'une nouvelle attaque, à moins qu'il ne s'agisse par exception d'une apoplexie, auquel cas l'attaque aurait des suites permanentes telles que la paralysie, qui mettraient la maladie dans toute son évidence.

Nous ne quitterons pas ce sujet toujours intéressant sans parler d'une autre femme enceinte de cinq mois et demi, qu'un médecin de la ville avait adressée à M. Dubois comme ayant eu plusieurs attaques d'éclampsie. Ce médecin avait en même temps posé la question de savoir si, dans ce cas, il n'y avait pas lieu de provoquer l'avortement. Il y avait ici, par conséquent, deux choses importantes à examiner : vérifier l'assertion relative à l'existence d'une éclampsie, et dans le cas où cette affection eût été constatée, examiner s'il était indiqué par ce seul fait de provoquer sans délai l'expulsion du fœtus. Or, sans puiser à d'autres sources que la circonstance d'une grossesse de cinq à six mois, M. Dubois a été conduit tout d'abord à révoquer en doute l'existence de l'éclampsie chez cette malade. L'éclampsie se manifeste, en effet, à une époque plus avancée de la grossesse, au moins dans la majorité des cas. Puis, en l'interrogeant, on a su qu'elle avait toujours eu conscience, excepté en dernier lieu, de ce qui se passait autour d'elle, ce qui excluait tout de suite l'idée d'attaques d'éclampsie, lesquelles sont, comme on sait, caractérisées par la perte soudaine de l'intelligence et de la sensibilité. Il n'y a pas eu non plus chez elle de trouble de la vue, phénomène précieux à constater, ni d'infiltration ; enfin, on n'a découvert aucune trace d'albumine dans les urines. Il est donc resté démontré que les attaques observées dans ce cas et qui s'étaient déjà produites il y a deux ans pendant que cette femme allaitait son premier enfant, étaient de nature hystérique ou épileptique.

Maintenant, en admettant qu'il y eût eu éclampsie, aurait-il convenu de provoquer l'avortement ? Non, assurément. Il y a, selon M. Dubois, une énorme différence entre l'éclampsie apparaissant dans les premiers mois de la grossesse, et celle qu'on est appelé à combattre à la fin de celle-ci ou pendant le travail. L'accouchement prématuré chez cette malade n'eût pas empêché le retour de nouvelles attaques, et quelque violentes qu'elles eussent été, on les eût arrêtées plus sûrement par des saignées répétées et des purgatifs. Mais comme ici rien n'était moins démontré que cette prétendue éclampsie, on s'est borné à prescrire une petite saignée et un laxatif qui ont suffi pour mettre fin aux accidents. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Utilité de répandre dans le public la connaissance des véritables désinfectants.* — Nos lecteurs ont suivi comme nous, avec une vive anxiété, les péripéties du triste drame d'Écully, et ils savent que l'un des deux malheureux qui ont été enfouis sous les éboulements a succombé depuis plusieurs jours. Son corps, dont s'empare la putréfaction, est aujourd'hui un nouveau danger pour son malheureux compagnon, et à ce sujet *la Presse* publie, d'après le *Salut public*, de Lyon, les détails suivants :

« Soutenu par l'espoir, fondé cette fois, d'une délivrance prochaine, le le malheureux Giraud supporte avec un redoublement d'énergie les angoisses et les effroyables tortures de son ensevelissement. Pourtant l'horreur de son séjour ne fait que s'accroître ; le cadavre près duquel il languit depuis quatre mortels jours commence à faire sentir les inévitables effets de la décomposition. Ce nouveau péril signalé, on s'est hâté de faire parvenir à Giraud quelques palliatifs, une *provision de chlore* qui lui permettra d'attendre jusqu'à demain sans avoir trop à souffrir de ce déplorable événement. »

Ces détails prouvent que l'erreur qui attribue des propriétés désinfectantes au chlorure de chaux (car ce n'est évidemment pas du chlore pur qu'on a fait parvenir à Giraud) est encore généralement répandue, et que, ce dont on peut s'étonner à juste titre, les officiers du génie ne sont pas, sur ce point, beaucoup plus avancés que le public ; il est vrai que beaucoup de médecins en sont au même point. Il serait donc utile d'informer le public que, parmi les nombreuses substances qui jouissent de la propriété de ralentir la putréfaction et de désinfecter les matières putréfiées, les chlorures tiennent de loin le dernier rang, et que, parmi ces substances, il en est une fort commune, à portée de toutes les bourses, et très-efficace, sinon la plus efficace : c'est le *sulfate de fer*.

Erratum. — Dans le dernier numéro, p. 394, 2e colonne, ligne 39, au lieu de 45 degrés, lisez : 15 degrés.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 52. 2e année. Mardi 2 Mai 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 1er Mai 1854.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Leçon d'ouverture. — Exposition de la méthode.)

La création d'une chaire de physiologie, nous ne dirons pas *générale,* parce que nous ne comprenons pas très-bien la portée de cette qualification, même après la définition de M. Cl. Bernard, mais tout au moins de physiologie, sinon de physiologie comparée, est un fait assez important pour qu'il y ait intérêt pour nous à savoir quelle direction sera imprimée à ce cours nouveau, quel esprit y régnera. On sait qu'à cet égard les présomptions les plus diverses ont été émises, que les espérances les plus gravement grotesques ont été manifestées. Certes, les antécédents, l'excellent jugement, l'excellence positive de M. Cl. Bernard, nous étaient une suffisante garantie que le savant professeur ne dévierait pas, dans sa position nouvelle, des principes qui l'ont guidé jusqu'ici, des méthodes ou plutôt de la méthode qui seule peut non-seulement réaliser un progrès dans la science, mais encore qui seule peut faire, de la physiologie comme de la médecine, une science véritable. Un nombreux et brillant auditoire, composé surtout d'un grand nombre d'internes des hôpitaux, et dans lequel M. Rayer n'avait point dédaigné de venir prendre sa place, partageait évidemment le sentiment que nous venons d'exprimer ; c'est donc avec un vif intérêt que cet auditoire a écouté les paroles du professeur ; dès les premiers mots, l'auditoire a exprimé sa vive satisfaction : M. Cl. Bernard est resté ce qu'il était, et la méthode qui le guidera est celle qui l'a toujours guidé : la méthode expérimentale.

Nous devons à un bienveillant et attentif auditeur, interne des hôpitaux, la rédaction de cette première Leçon dans laquelle M. Cl. Bernard a exposé de la manière la plus nette sa philosophie scientifique, et si le charme de la forme a laissé quelquefois un peu à désirer, nos lecteurs constateront avec une vive satisfaction sur quel fond cette philosophie se fonde ; ils y puiseront des inspirations utiles, les uns pour la direction de leurs études, les autres pour la voie qu'ils doivent suivre s'ils veulent entreprendre avec fruit des recherches originales.

M. Cl. Bernard a été récompensé, par une chaleureuse

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

La Société anatomique de Paris, composée surtout des internes des hôpitaux en activité de service, et dont tous les anciens internes conservent un précieux souvenir, est une de celles qui continue à travailler avec le plus de persévérance et d'ardeur au progrès de la science. Loin de se borner, comme son nom semblerait l'indiquer, à l'étude de l'anatomie, c'est surtout celle de l'anatomie pathologique qui occupe ses séances, et souvent l'examen des pièces d'anatomie pathologique est suivi de discussions du plus vif intérêt sur les causes qui ont occasionné les lésions observées, et sur les moyens de remédier à ces dernières. Nos lecteurs ont apprécié l'année dernière, en lisant le remarquable compte rendu de M. Leudet, combien les travaux de la Société méritent d'être connus ; le compte rendu de cette année, que nous sommes heureux de pouvoir mettre sous leurs yeux, leur prouvera que l'intérêt qu'ont offert ces travaux pendant l'année qui vient de finir, ne s'est nullement affaibli.

Avant de commencer le travail le plus important et le plus difficile qui rentre dans les attributions que vous avez bien voulu me confier cette année, je dois vous exprimer l'idée que je me suis faite de ce résumé de vos travaux, je dois vous dire comment j'ai compris cette tâche honorable, sans doute, mais aussi très-périlleuse.

Aujourd'hui, l'on ne s'attend plus à trouver, dans le compte rendu que présente votre secrétaire, une énumération exacte, mais sèche et presque stérile, de tous les faits que vous avez discutés, de toutes les communications qui vous ont été faites, un de ces catalogues où la très-petite observation tient la même place que le travail de premier ordre. L'exemple donné par mes prédécesseurs a été trop favorablement accueilli pour que j'aie garde de m'en éloigner. Vous avez été habitués, depuis quelques années, à entendre dans votre séance solennelle un rapport raisonné, méthodique non de tous les faits contenus dans vos bulletins, mais de ceux qui, par eux-mêmes, ou qui, rapprochés d'autres analogues, pouvaient faire jaillir quelque vérité nouvelle, confirmer ou éclairer celles déjà acquises. C'est ainsi que, chaque année, vous avez vu se dérouler le tableau des points que vous vous étiez efforcés d'élucider.

Cette méthode est incontestablement bonne et bien propre à rappeler le sort qui semble réservé à la Société anatomique, de préluder en quelque sorte à l'édification des bases solides et précises sur lesquelles s'appuient la plupart des vérités qui prennent rang dans la science. N'est-ce pas, en

approbation, de sa persévérance dans la voie scientifique, et il a pu se convaincre que le seul vrai succès auquel puisse aspirer aujourd'hui un homme de science, c'est celui qu'on obtient en s'adressant à la raison humaine et non en se livrant à des divagations dont le moindre inconvénient est de n'être ni françaises ni intelligibles.

Voici le texte de la première Leçon de M. Cl. Bernard : H. DE CASTELNAU.

Messieurs, la physiologie telle qu'elle est entendue aujourd'hui, comprend l'étude de toutes les manifestations de la vie dans les êtres vivants. Sous le rapport de son objet, elle est aussi ancienne que toutes les sciences qui s'occupent des êtres organisés. On comprend cependant que la physiologie, qui a pour but l'interprétation du mécanisme de la vie, a dû venir après toutes ces sciences, parce qu'elle en a besoin ; elle a donc été précédée par l'anatomie ou étude des tissus, et par les sciences physico-chimiques ou étude du milieu ambiant. A cause de cette union intime et nécessaire entre la physiologie et l'anatomie, la physique et la chimie, on comprend que la physiologie ait dû être accaparée par les anatomistes, les chimistes ou les physiciens, suivant que l'une ou l'autre de ces sciences prédominait dans le moment. l'histoire nous montre que la physiologie a été aidée par les découvertes des anatomistes, des chimistes et des physiciens, qui ont entraîné avec elles la physiologie ; c'est ainsi que, suivant que régnaient les doctrines physiques, chimiques ou anatomiques, on vit la physiologie subir l'influence de ces doctrines. Je n'essaierai pas de tracer l'historique de ces variations, et de montrer comment la physiologie s'est dégagée des autres sciences et est devenue indépendante. Il nous suffira de constater qu'aujourd'hui cet isolement est un fait accompli.

La physiologie doit être une science indépendante ; elle a sa méthode propre d'expérimentation. Il s'agit ici de poser cette méthode nouvelle appliquée aux phénomènes de la vie ; c'est à elle que l'on doit les progrès rapides que l'on a faits dans la science de la vie depuis quelques années. Nous verrons quelles sont les règles à suivre pour l'application de cette méthode, qui renferme tout l'avenir de la physiologie, mais d'abord je vous dirai quel doit être le domaine de la physiologie générale qui est l'objet de ce cours.

La physiologie générale, messieurs, est-elle l'étude totale ou universelle des manifestations de la vie dans leur ensemble, dans les particularités et dans les généralités, est-ce l'étude des atômes vivants ? En suivant cette voie, on se perd dans une infinité de détails, on perd de vue le véritable but. Faut-il dire que cette science est l'expression la plus générale possible des phénomènes des êtres vivants, ou l'appeler avec Burdach le point unitaire de toute généralité? Faut-il se torturer l'esprit pour connaître l'essence de la vie ? embrasser les êtres vivants et non vivants? Aurons-nous enfin à poursuivre les forces vitales sous trois points de vue, l'*idéalisme*, le *dynamisme*, le *mécanisme ?*

Il suffit de réfléchir aux phénomènes de la vie et à la connaissance qu'on en a aujourd'hui, pour voir combien ces idées générales sont fausses. Je dis que ces idées sont fausses, parce que, confondant ici les sciences biologiques et physiques avec les mathématiques et les sciences morales, on a voulu leur appliquer la même méthode. On doit s'élever des faits aux lois et non descendre des lois aux faits, car les lois ne sont pas constituées.

Après y avoir réfléchi, en me pénétrant de l'esprit sévère et vraiment scientifique de notre époque, il m'a semblé que la physiologie générale pouvait être définie plus simplement : « Je dirai que c'est un exposé méthodique de nos connaissances acquises expérimentalement sur l'ensemble des phénomènes de la vie. »

Il est impossible que toutes nos connaissances ne nous viennent pas ici de l'expérience ; comme les physiciens et les chimistes, nous procédons expérimentalement. Tandis que dans les cours de physiologie partielle on se propose pour but de déterminer des fonctions particulières dans de certaines espèces, dans la physiologie générale on fait abstraction des espèces. Or, il y a deux conditions générales nécessaires pour la connaissance du mécanisme de la vie : 1° le *milieu ;* 2° l'*organisme.*

La vie n'est ni dans l'un ni dans l'autre ; elle est dans la réunion de l'un et de l'autre. C'est pour cela que la physiologie ne saurait se passer des sciences anatomique, physique et chimique. Ces deux conditions *milieu* et *organisme,* sont indispensables : supprimez le milieu ou supprimez l'organisme, la vie cesse, car elle n'existe que par leur réunion. La vie elle même siége dans l'organisme vivant, dans la molécule vivante. Cette aptitude à vivre, qui se montre par des actes vitaux, est une force spéciale propre aux êtres vivants ; c'est ce qu'il faut accepter, non définir, contentons-nous de voir les effets de cette force. Qu'on dise si l'on veut que la vie est une propriété de la matière résultant de l'arrangement de certaines molécules, et que le dérangement de ces mêmes molécules c'est la mort, toujours est-il que ces propriétés de la matière ne sont pas éclairées par les définitions ; il faut les admettre et les juger par leurs effets ; il faut d'abord déterminer ces propriétés, puis examiner quelles manifestations ou réactions donnent ces molécules vitales, pour arriver à comprendre les phénomènes de la vie dans leur ensemble.

La vie ne peut être définie, qu'on la considère dans la *molécule*, dans les *organes* ou dans l'*individu*. Il suffit de citer les différentes définitions connues :

---

effet, parmi vous, qu'ont pris naissance les notions qui servent aujourd'hui à étayer toute l'histoire des productions hétéromorphes ? N'est-ce pas ici que s'est constituée la description des lésions chroniques des articulations, des maladies des cartilages, et toute la doctrine, enfin admise, du pied-bot ? et n'avons-nous pas vu récemment, au milieu de nous, le rachitisme apparaître sous un jour tout nouveau, et la tératologie s'enrichir de faits importants.

Grâce à vos efforts, la Société anatomique, vieille d'années, reste toujours jeune sous l'impulsion que lui impriment vos recherches, et, cette année encore, vous aurez marqué sur plusieurs points un véritable progrès. Et messieurs, la source des services que vous rendez à la science ne se trouve-t-elle pas dans l'heureuse tendance qui vous anime. C'est que vous êtes loin de vous borner à la constatation pure et simple du fait anatomique, de la lésion matérielle ; vous voulez aussi remonter au mode d'évolution des produits morbides ; vous les recherchez dans les diverses phases de leur existence ; vous en demandez la fréquence, le siége, etc. ; en un mot, vous alliez la physiologie de la lésion à son anatomie. Cette direction féconde, plus marquée peut-être depuis quelques années, est un bon augure et promet à la physiologie pathologique de nouvelles acquisitions.

Je ne me dissimule pas, messieurs, toute la difficulté du plan que j'adopte, et cependant je l'aborde avec courage, sûr que votre indulgence ne m'abandonnera pas, fort de votre appui qui peut-être me fera éviter au moins quelques-uns des écueils de toutes sortes dont je me vois entouré. Je vous dois l'analyse exacte de vos travaux ; il faut que ma rédaction soit un reflet pur et simple de l'esprit qui vous a guidé durant cette année ; il faut que je retrace vos opinions sur chacune des questions que vous avez agitées souvent avec tant de bonheur. Toute ma personnalité doit disparaître ; j'aurai atteint mon but si je parviens à rester votre écho fidèle.

Vos études ont presque exclusivement porté sur des faits d'anatomie pathologique ; or, vous le savez, jusqu'à ce jour, la nature a semblé se jouer des classifications dans les lésions qu'elle inflige à nos organes, à nos tissus. Il viendra un jour, sans nul doute, où à force de persévérance, le voile qui couvre certains détails, et qui nous empêche de saisir la corrélation de certains faits morbides, sera soulevé, et où une base de classification entrevue déjà pourra s'étayer et se compléter ; et, certes, on peut prédire que notre collection fournira de nouveaux éléments pour cette œuvre.

Je ne chercherai point à me roidir contre un obstacle où viendraient du premier coup se briser mes forces, et j'aime mieux faire passer sous vos yeux les communications qui vous ont paru dignes d'intérêt, en rapprochant celles qui sont relatives à des lésions de même nature, ou tout simplement portant sur le même appareil organique.

Les points sur lesquels ont été dirigées vos recherches sont nombreux et variés, puisque 260 pièces vous ont été présentées : c'est là une grande richesse. Malheureusement, il y a, dans ce nombre, des faits qui, n'ayant pu être examinés dans tous leurs détails, n'auront leur utilité réelle qu'autant qu'ils seront rapprochés d'autres semblables.

Anomalies. — Monstruosités.

Un certain nombre d'anomalies simples, mais intéressantes, vous ont

Celle de l'*Encyclopédie* : « La vie est le contraire de la mort. »

Celle de Bichat : « La vie est l'ensemble des phénomènes qui résistent à la mort. »

Que disent ces définitions? Rien ; elles opp sent toujours ces deux mots : *vie* et *mort*. Pour nous, *la ph ologie a pour but de déterminer quelles sont les manif ations qui se développent au contact d'un organisme et d'un milieu propre.*

Les phénomènes vitaux doivent être divisés en plusieurs degrés : on reconnaît : 1° les manifestations phénoménales ; 2° les manifestations fonctionnelles de la vie. En effet on voit qu'il existe dans les êtres vivants un certain nombre de phénomènes sans but bien déterminé, de propriétés générales qui entrent dans la combinaison des fonctions elles-mêmes. Il y a trois ordres de phénomènes vitaux :

1° Les phénomènes purement vitaux :

Irritabilité, Sensibilité, Contractilité, Sécrétion, Nutrition et régénération,	Propriétés communes à tous les êtres vivants.

Ce n'est pas tout, il y a d'autres phénomènes qui appartiennent aux animaux, mais qui ne leur appartiennent pas exclusivement. C'est :

L'endosmose, La diffusion, L'imbibition,	c'est le physicisme de l'organisme.

On parle souvent des phénomènes physiques et chimiques de l'organisme, et l'on croit qu'ils s'accomplissent dans les êtres vivants comme en dehors d'eux ; il faut suivre ces phénomènes dans la vie, car ils y éprouvent des modifications. Prenons par exemple l'*endosmose*, qu'on a regardé à une certaine époque comme suffisant à expliquer presque tous les phénomènes de la vie dans les végétaux ; si l'on veut l'appliquer à l'organisme, on voit qu'il ne s'y comporte pas régulièrement, qu'il y est modifié. Deux liquides différents étant séparés par une membrane, on verra se produire deux mouvements en sens inverse, l'un d'entrée, l'autre de sortie. On croit qu'il en est ainsi dans l'animal ; pour se convaincre du contraire, qu'on mette au contact d'un animal une solution de sulfate de soude ; il y aura d'une part le sulfate de soude et de l'autre le sang de l'animal, séparés par la paroi des vaisseaux. Eh bien ! on observera qu'un seul mouvement, on verra le sulfate de soude entrer dans les vaisseaux et se mêler au sang, mais on ne verra pas le sang sortir pour aller à la rencontre du sulfate de soude ; ainsi, toute théorie qui n'est point fondée sur l'expérimentation doit être proscrite. Il était indispensable de faire cette critique des phénomènes physiques appliqués à l'organisme. Il y a d'autres phénomènes qui doivent nous occuper : les ferments qui amènent la transformation des substances alimentaires.

C'est le *chimisme* vivant. Ici encore, il ne suffira pas d'appliquer à l'organisme les phénomènes de laboratoire, il faudra procéder par expérimentation. Si les phénomènes se coordonnent, alors naissent les fonctions qui se groupent pour arriver à un but commun.

Quant à l'ordre que nous suivrons pour l'exposition des fonctions, il ne s'écartera point de celui que l'on suit généralement ; nous adopterons le classement en fonctions de *nutrition*, de *relation*, de *reproduction*. Nous avons adopté cet ordre, parce que, dans chacun de ces groupes, les fonctions ont une espèce de physionomie commune.

Dans la *nutrition*, on voit des phénomènes purement vitaux et des phénomènes où la chimie intervient puissamment.

Dans la vie de *relation*, c'est surtout la physique qui domine.

Dans la *reproduction*, la chimie et la physique n'interviennent pas. Évidemment, dans un œuf qui se développe et où des organes se produisent, c'est la force vitale elle-même qui agit.

Ainsi, la voie que nous suivrons est tracée : nous procéderons par expérimentation ; car il est impossible de voir les fonctions, si l'on n'expérimente pas. Comment, en effet, arriver à connaître la vie? Est-ce par la connaissance des organes et des tissus qui nous est fournie par l'anatomie? Il est certain que l'anatomie suffit jusqu'à un certain point pour nous donner quelque idée des fonctions ; la considération et la disposition de l'appareil digestif montrent qu'il doit charrier des liquides qui s'y élaborent ; mais, passé ces éclaircissements grossiers, l'anatomie ne nous apprend rien. La physiologie ne renie point l'anatomie ; elle s'en sert, mais elle lui demande en vain les propriétés des êtres vivants ; l'anatomie ne donne que la forme. Quel rapport y a-t-il entre la sensibilité, la propriété de sécréter et la forme des tissus? C'est l'expérimentation qui a montré les propriétés des nerfs, des muscles ; ce n'est pas l'anatomie.

L'anatomie sait dire aujourd'hui, grâce au microscope : cet élément est une fibre, donc il se contracte, mais c'est l'expérimentation qui a montré que cette fibre se contractait. Si le micrographe voit une cellule, il dit que là se fait une sécrétion. Ce n'est pas la forme de l'élément anatomique qui lui a fait découvrir cette propriété, c'est l'expérience. Est-ce que le thymus, les capsules surrénales, la rate ne sont pas parfaitement décrits par les anatomistes? Qu'est-ce que ces descriptions nous ont

---

été montrées ; vous n'avez pas oublié ce faisceau musculaire que vous a présenté M. Denucé (1), qui partant des cartilages des quatrième et cinquième côtes, et allant rejoindre le sternum, représentait un muscle normal chez certains animaux, le sternalis brutorum. Vous vous rappelez aussi ce fait peut-être unique d'absence de l'une des artères ombilicales chez un fœtus à terme que vous a présenté M. Verneuil (2). Je passerai moins rapidement sur l'anomalie du nerf buccal que vous a fait voir M. Galliet (3). Sur la pièce de notre collègue, le nerf buccal, au lieu de prendre son origine sur la bronche du maxillaire inférieur, naissait directement de la circonférence du ganglion de Gasser, à égale distance des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, et n'offrait aucune connexion avec la petite racine des trijumeaux. Ce nerf sortait isolément du crâne et offrait à la face sa distribution accoutumée. Le ganglion de Gasser donnait donc alors en réalité quatre branches. Le nerf buccal était à coup sûr bien exclusivement sensitif. Voilà l'importance physiologique de l'anomalie décrite par M. Galliet.

Sur la même pièce, M. Galliet a vérifié une assertion émise par M. Sappey, c'est l'existence d'un filet anatomique volumineux, établissant une relation intime entre le nerf du muscle mylhyoïdien et le lingual. Vous savez qu'il est généralement admis en tératologie que les anomalies sont plus fréquentes sur les organes plusieurs fois répétés dans l'économie, et cette remarque, appliquée au système circulatoire, vous fait pressentir qu'un intérêt réel s'attache à la pièce de *veine cave inférieure double*, que vous a montrée M. Lagneau, quoique cependant vos bulletins en renferment plusieurs exemples (1) ; ce fait offrait cette particularité que les deux veines iliaques internes et l'iliaque externe gauche se réunissaient pour former le tronc de la veine cave inférieure gauche, tandis que la veine cave inférieure droite était la continuation de la seule veine iliaque externe droite.

Si vous avez ainsi un exemple d'hémitérie par augmentation numérique, M. Titou (2) vous a montré une hémitérie d'un autre genre chez un enfant nouveau-né, qui manquait absolument de vessie ; les deux uretères venaient s'ouvrir au-dessous de la symphyse pubienne chacun à un tubercule séparé. Les absences complètes de la vessie, qui se rattachent bien évidemment à un arrêt de formation et non de developpement, sont rares à l'état simple ; le plus souvent ce vice de conformation est accompagné de quelque autre déviation organique. Or, dans le cas que je vous rapporte, l'enfant vécut cinq jours, les artères ombilicales étaient normales. C'était au-dessous de la verge ayant deux corps caverneux normaux que s'ouvraient les uretères ; les deux pubis étaient écartés, les testicules descendus dans le scrotum.

Des anomalies moins importantes se rattachent à la présence d'un rein unique, à la persistance du trou de Botal et du canal artériel, dont vous avez vu quelques exemples.

L'une des questions les plus vivement débattues, dans ces derniers temps,

(1) Page 15. — (2) Page 17. — (3) Page 109.

(1) Page 344. — (2) Page 116.

appris sur les fonctions de ces organes? Si nous demandons à l'anatomie ce que c'est qu'une glande, elle nous dit que c'est une cellule et un vaisseau : c'est au contact de cette cellule avec ce vaisseau séparé par une paroi que s'etablit la fonction; eh bien! les glandes sont partout constituées par ces deux éléments, la nature des sécrétions change, l'anatomie ne change pas. Or, dans un cas, c'est du sucre que fournit la glande, ailleurs c'est une autre substance. Eh bien! la structure est la même; l'expérience seule décidera. L'expérimentation s'adresse aussi à la chimie, elle lui demande la connaissance des causes chimiques; les propriétés des matières contenues dans les cellules diffèrent, et de leur échange avec le sang résultent des produits différents. A l'aide de la chimie, le physiologiste rectifie les données fournies par l'anatomie.

On avait rapproché les unes des autres les glandes en grappes, et ainsi l'on réunissait les glandes salivaires, le pancréas, les glandes de Brüner. On sait aujourd'hui les produits variés de ces glandes; les glandes salivaires elles-mêmes diffèrent entre elles. Le pancréas a une fonction spéciale, les glandes de Brüner ne sont pas *des pancréas*. Ce qu'avait uni l'anatomie, la physiologie le désunit. C'est la chimie qui nous donne la détermination de ces différences. Il n'y a pas, en un mot, une seule vérité physiologique qui ne soit le résultat de l'expérimentation.

Je sais qu'à une certaine époque, on a pu dire de la physiologie qu'elle était *Anatomia animata*. Haller a montré, à son époque, qu'on pouvait baser la physiologie sur la connaissance des tissus; il a fondé l'irritabilité, la sensibilité... Seulement aujourd'hui, une semblable définition de la physiologie n'est plus possible, parce qu'il y a beaucoup de choses que n'explique pas l'anatomie, et qui sont cependant admises par les physiologistes.

La physiologie, c'est :

L'anatomie,
La physique,
La chimie, } animées.

Haller a établi toute la physiologie sur les solides; il a tout fait avec la fibre irritable et sensible. Il a négligé tout ce qui n'est pas le solidisme, et les ferments agents principaux de la digestion, et les différents liquides ont été écartés. Il n'est pas permis aujourd'hui de ne pas tenir compte de ces différents agents vitaux, chimiques et physiques. Haller, et après lui Bichat, furent exclusivement solidistes. Il faut réunir le solidisme à l'humorisme; il ne faut pas voir simplement les organes, mais les organes et les fonctions, afin de comprendre comment l'individu placé dans son milieu accomplit sa destinée la plus prochaine : *vivre* et se *reproduire*.

L'individu vit dans un milieu dont il est le centre et qu'il utilise pour les phénomènes de la vie. A un autre point de vue, si l'on considère les rapports qui existent entre tous les êtres de la création, on voit une sorte d'harmonisation, alors on perd l'individu de vue; on distingue une unité dans le monde composé des minéraux, des végétaux et des animaux. Les minéraux semblent faits pour les végétaux, et les végétaux pour les animaux; il y a un échange perpétuel entre les trois règnes de la nature. Grâces aux travaux de la chimie moderne, on a pu saisir et prendre, pour ainsi dire, sur le fait, la matière traversant les végétaux et les animaux, constituant ainsi une sorte de cercle. *La matière ne se crée pas, ne périt pas, elle circule.* Mais comment adopter la pensée qu'un végétal se développe seulement pour servir à un animal; comment supposer qu'il y a cru dans ce but? Les végétaux ont leur raison d'être et leur but en eux-mêmes, et ne sont point faits pour nourrir un animal. L'amidon remonte dans la tige et servira à la floraison et à la fructification. Ce sucre, pour le physiologiste, n'est pas fait pour servir d'aliment à l'animal, il appartient à la plante afin qu'elle puisse croître et se reproduire.

Si l'on considère que les végétaux servent aux animaux et que les animaux et les végétaux servent à l'homme, alors on aborde cette pensée que l'homme a été fait pour autre chose. En résumé, toute la physiologie repose sur la méthode expérimentale, là est son avenir; elle ne saurait s'écarter de cette méthode sans cesser d'être une science. Il nous faut maintenant pour les principes généraux de l'expérimentation modifiée, appliquée aux êtres vivants. L'application de la méthode, *l'habileté de main*, les qualités individuelles, ne sont rien : les principes sont tout; les hommes disparaissent : la méthode reste.....

La prochaine Leçon sera consacrée à l'exposition des principes généraux de l'expérimentation.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Cliniques. — M. NÉLATON.

Ectropion. — Suture des paupières.

Le 9 février de cette année a paru dans ce journal une observation d'ectropion traité par l'occlusion des paupières au moyen de la suture de leurs bords libres. Le but du chirurgien, en pratiquant cette opération, qui avait été avant lui exécutée une seule fois, et sans succès, était : 1° de protéger un œil déjà malade et exposé à toutes les causes de lésions venant du dehors; 2° d'attendre jusqu'au moment où, la peau de la paupière supérieure étant agrandie de toute l'étendue d'une cicatrice, résultat

parmi les *tératologistes*, est celle relative à la duplicité d'un ou de plusieurs organes; tandis que les uns ont vu dans ces cas un excès de développement, d'autres n'y ont voulu voir qu'un arrêt de développement pour les organes impairs et médians, admettant que ces organes sont doubles primitivement; à quelques autres il a suffi qu'un seul organe fût double ou parût double, pour admettre une diplogénèse; c'était pour ceux-ci, non plus un simple arrêt de développement, mais un arrêt de formation : cela devenait une déviation organique des plus graves au point de vue anatomique, tandis qu'elle restait peu importante au point de vue fonctionnel; enfin, messieurs, il n'a pas toujours été facile de distinguer le simple cloisonnement de la véritable duplicité des organes.

Deux faits que vous devez à M. Depaul me paraissent jeter un certain jour sur quelques-unes de ces questions. Je dois vous les rappeler succinctement : Sur une femme servant au toucher dans les cours d'accouchement, M. Depaul (1) avait, dès 1846, reconnu l'existence de deux vagins, et depuis cette époque, ce vice de conformation avait pu être constaté par maints observateurs; au fond des deux vagins, le doigt ne rencontrait qu'un seul col. Cette femme devint enceinte et mourut dans l'accouchement d'un accident qui devra m'occuper dans un autre lieu. L'autopsie confirma l'assertion de M. Depaul. On voyait deux vagins, l'un droit, plus large suivant l'axe du bassin, l'autre gauche, plus étroit; la cloison de séparation allant de la paroi antérieure à la paroi postérieure, était formée par l'adossement de deux muqueuses entre lesquelles existait une lamelle intermédiaire formée d'un tissu dartoïque. Cette cloison, épaissie à sa partie supérieure, ne s'avançait pas jusqu'au col de l'utérus; il y avait, au fond, communication entre les deux vagins. Mais ce que l'examen sur le vivant n'avait pas révélé, c'était l'existence de deux matrices parfaitement distinctes jusqu'au dessous de l'orifice supérieur du col, qui dès lors devenait unique. Chaque matrice avait son ovaire et sa trompe : celle du côté gauche était plus développée et contenait le produit de la conception; celle du côté droit était aussi le siége d'un certain degré d'hypertrophie. Ainsi, pendant que les rapprochements sexuels avaient lieu par le vagin droit, c'était l'utérus gauche qui recevait l'œuf fécondé : messieurs, il ne faut pas voir ici autre chose qu'un cloisonnement presque complet du vagin et de l'utérus, et la science possède des exemples semblables. Le fait vient parfaitement concorder avec l'indépendance de formation que l'on sait exister entre les organes génitaux internes et les externes.

Mais la deuxième pièce de M. Depaul (1) offre un vice de conformation plus avancé. Une femme primipare accouche naturellement de deux enfants vivants; l'un continue à vivre, l'autre meurt bientôt, et ce dernier offre les particularités suivantes : on trouve deux vagins parfaitement distincts, ayant chacun leur paroi propre, deux utérus aussi complétement séparés dans toute leur étendue et dont chacun a sa trompe et ses ovaires : il y a donc là séparation véritable de la matière et réellement deux vagins. Chacun de ces vagins est longé par un canal assez dilaté à droite, qui est l'urètre venant s'ouvrir de chaque côté d'une tumeur rougeâtre, siégeant

(1) B., décembre.

(1) D., p. 353.

d'une section transversale qu'on y avait faite, et ce tissu de cicatrice lui-même ayant perdu sa propriété rétractile, on pourrait ouvrir de nouveau les paupières sans crainte de voir l'ectropion se reproduire.

Il ne nous a malheureusement pas été donné d'arriver jusqu'au terme prévu pour la réalisation de ce dessein. Une fièvre typhoïde a atteint l'opéré deux mois après qu'il avait quitté notre service, et la mort s'en est suivie.

Quel que soit le désappointement que l'on éprouve à voir interrompue aussi tristement une expérience de laquelle on était en droit d'attendre un heureux succès, il nous semble juste cependant de tenir les lecteurs de ce journal au courant de ce qui s'est produit depuis le moment où a paru notre observation.

Ce jeune homme, que nous avions momentanément perdu de vue, aurait pu succomber sans que nous en fussions instruits; notre observation demeurait dès lors incomplète. Le hasard a voulu qu'il vînt mourir dans le service de M. Nélaton, et, ainsi, nous avons pu suivre son observation jusqu'au dernier moment. Des accidents nouveaux, et qui ne sont point sans intérêt au point de vue chirurgical, se sont produits pendant le cours de la fièvre typhoïde. Enfin, les détails anatomiques recueillis à l'autopsie ont été notés.

Voici comment M. Nélaton s'est exprimé au sujet de ce malade, dans sa Leçon clinique du lundi 24 avril 1854 :

« Un jeune homme, auquel j'avais pratiqué une opération pour un ectropion considérable de la paupière supérieure, et que vous avez vu dans notre service, ayant quitté l'hôpital, fut atteint, en ville, d'une fièvre typhoïde, pour laquelle il est venu nous demander des soins. Il a succombé. Voici ce que nous avons observé pendant sa maladie :

« Vous savez, messieurs, qu'il était affecté d'un ectropion double, et que nous avons opéré du côté où l'ectropion était le plus prononcé. En effet, à l'œil gauche, une partie de la sclérotique et la cornée étaient exposées à l'air sans moyens de protection, et il y avait menace de destruction de l'œil. Il était indiqué d'abord de recouvrir cet œil : c'est là ce qui nous a déterminé à opérer comme nous l'avons fait. Quant à l'autre œil, qui n'était pas aussi complétement privé de protection, et dont les fonctions ne semblaient pas trop souffrir de l'état de la paupière supérieure, nous ne voulûmes point y toucher.

« Cependant, la fièvre typhoïde survint et amena les accidents suivants : cette maladie donne lieu à une sécheresse extrême de la peau et des membranes muqueuses des orifices, et elle favorise la formation d'escarres; sous l'influence de cet état, l'œil droit, celui pour lequel nous n'avions pas fait d'opération, est devenu poudreux à sa surface, la cornée s'est ulcérée, et il est survenu une suppuration du globe oculaire. L'œil gauche, au contraire, protégé par les paupières que nous avions fait adhérer l'une à l'autre à l'aide d'une suture, est resté intact.

« Je mets sous vos yeux ces pièces anatomiques, vous y verrez l'œil droit en voie de destruction, tandis que l'œil gauche, que l'on aperçoit à travers l'ouverture étroite que nous avions laissée entre les paupières à leur angle externe, n'a subi aucune altération. »

On voit, par ce qui précède, comment des accidents qu'on ne devait pas prévoir sont venus donner raison à l'opérateur. Une circonstance inattendue s'est produite où les yeux, mal protégés par leurs paupières, sont exposés à des accidents graves. La fièvre typhoïde produit un état général auquel l'organe de la vision ne saurait échapper. Les fuliginosités des lèvres et des gencives, la sécheresse de la langue, la poudre qui s'attache aux poils des orifices du nez n'existent pas sans qu'un état analogue se montre sur la conjonctive et sur la cornée; il y a sécheresse des paupières comme de la bouche et des narines; mais, tandis que les narines et la bouche sont constamment ouvertes et exposées à l'air, l'œil est garanti par les paupières qui restent closes et n'a point à souffrir. Cependant d'habitude on voit de gros vaisseaux se développer au grand angle sur la conjonctive, et les conjonctivites ne sont pas rares, dans les cas ordinaires. Si, par suite du coma, l'orbiculaire des paupières perd de sa force, les paupières s'entr'ouvrent et laissent l'œil à découvert, c'est alors surtout qu'on observera des lésions de l'œil.

Dans le cas qui nous occupe, non-seulement l'état comateux a amené cet affaiblissement de l'action de l'orbiculaire, mais encore et surtout l'ectropion a favorisé le développement des accidents. Dès l'instant où l'on s'est aperçu du danger que courait l'œil droit, on a dû songer aux moyens d'y remédier. On sait que l'on peut, jusqu'à un certain point, s'opposer à une trop grande sécheresse de la langue et de la bouche en les humectant fréquemment; avec des soins très-assidus, on peut se flatter de remédier à cette sécheresse. Le même précepte nous a dirigés en ce qui concerne l'œil; nous avons essayé, par des lotions fréquentes avec l'eau, de donner à l'œil une humidité qui est loin, il est vrai, de remplacer la sécrétion normale des glandes des paupières; ce moyen était très-insuffisant : il eût fallu établir une irrigation permanente; le malade se débarrassait de tous les appareils qu'on lui appliquait; d'ailleurs, la gravité des symptômes généraux ne permettait guère de songer à la guérison; cependant, nous essayâmes aussi de tenir l'œil couvert avec de la baudruche.

Il ne nous appartient pas de formuler le précepte; nous indiquons seulement ce fait de la cécité résultant de la fièvre typhoïde

---

depuis le pubis jusqu'à l'ombilic; cette tumeur est la vessie extrophiée, et à son centre existe une ouverture plus large conduisant dans l'intestin grêle, qui s'ouvre aussi par un petit orifice dans le vagin gauche. Il n'y a pas d'anus, le gros intestin est réduit au cœcum; le rein gauche occupe la cavité pelvienne.

J'ai en vain parcouru les recueils des vices de conformation, et je n'ai pu en rencontrer aucun qui ressemblât à celui dont je viens de vous rappeler les principaux caractères. Le genre aspalatome, qu'on l'examine dans le sens de Petit, dans celui publié par Geoffroy-Saint-Hilaire père, ou dans celui de Breschet, n'a que quelques traits de ressemblance relativement à la disposition anormale des ouvertures uro-intestinales. Le cas rapporté par M. Broca offrait un utérus double, mais sans vagin, et sans que l'anomalie de l'intestin fût aussi profonde. Enfin, le fœtus anormal décrit par M. Houel, et celui de M. Gosselin, ne nous présentent non plus que des analogies très-éloignées avec celui de M. Depaul, que je crois être un cas encore unique dans la science.

Là ne s'arrêtent pas nos richesses tératologiques de cette année. Je ne vous ai pas encore mentionné l'importante communication de notre collègue, M. Bouteillier fils, de Rouen, qui, quoique loin de nous, a bien voulu enrichir nos bulletins de cette année de plusieurs faits importants. L'un d'eux, le plus remarquable, sans nul doute, est relatif à un fœtus monstrueux dont la description minutieuse, accompagnée de planches, se trouve dans les bulletins (1). Je n'aurai donc qu'à vous rappeler quelques faits saillants de cette description; permettez-moi d'en intervertir l'ordre. Vous savez, messieurs, que dans les monstruosités les plus complètes, on peut, le plus souvent, parvenir à découvrir un vice de conformation principal, primordial, et qui, fatalement, entraîne des déviations organiques secondaires; or, cet ordre que la nature semble mettre dans la production de la monstruosité, je le suivrai ici, et cela m'exemptera de longs détails.

Geoffroy Saint-Hilaire le père a montré qu'au moment de la naissance l'occipital se compose de quatre pièces : l'os basilaire, deux pièces occipitales externes et l'écaille occipitale. Cette dernière pièce elle-même n'est point simple primitivement, et la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître qu'elle se compose de deux moitiés symétriques. Supposez, messieurs, que ces diverses pièces, au lieu de se souder, restent écartées l'une de l'autre, vous aurez à la base du crâne une fente losangique commençant à l'os basilaire et finissant en arrière à la fontanelle postérieure; supposez maintenant que la colonne vertébrale, atteinte de spina-bifida dans toute sa longueur, au lieu de suivre sa direction normale, se dévie en arrière, à partir de sa portion cervicale, pour se placer horizontalement dans la fente crânienne.

Si vous réalisez ces deux hypothèses, vous aurez un monstre dont le crâne sera bien conformé, sauf à sa base qui présentera une rigole antéro-postérieure au fond de laquelle apparaîtra la gouttière vertébrale postérieure, et dont la colonne vertébrale, verticale dans sa position cervicale, sera horizontale dans sa position dorsale, et par contre donnera attache à des côtes qui, elles, seront verticalement dirigées : vous aurez une portion lombo-sacrée dont la face antérieure regardera en bas et en arrière; et si

(1) *Voir* p. 299.

dans les cas où l'œil n'est poit convert par les paupières. Ce fait est particulièrement intéressant ici. En effet, lorsque l'œil gauche de notre malade a été recouvert par les paupières réunies à la suite de l'opération que nous avons décrite, la cornée était obscurcie, une kératite vasculaire intense existait, la vue était à peu près abolie, le malade souffrait beaucoup, et il était à craindre que des accidents plus graves ne se déclarassent. L'œil droit était sain. Eh! bien, l'examen des yeux après la fièvre typhoïde nous permet de voir que l'œil gauche, loin de continuer à être malade, est revenu à un état tel que la vision était possible, deux petites taches se voyaient sur la cornée restée transparente partout ailleurs. L'œil droit, au contraire, laissé à découvert, a été détruit.

Si une maladie intercurrente n'était pas venue enlever notre malade, M. Nélaton se proposait d'agrandir peu à peu l'ouverture palpébrale, du côté où la suture des paupières avait été faite, en examinant, après chaque section partielle, quel en serait le résultat sur le tissu de la cicatrice. C'était le meilleur moyen d'éviter la reproduction de l'ectropion.

P. Lorain *et* E. Cadet-Gassicourt, *internes du service.*

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Embarras gastrique accompagné de dyspnée très-intense.

Le 13 avril, Joséphine B..., couturière, âgée de 22 ans, couchée au nº 10, salle Saint-Philippe, se plaint d'étouffer au point de ne pouvoir marcher ni même se tenir debout. Interrogée sur ses antécédents, elle affirme qu'elle n'a jamais été réglée; et, du reste, il ne paraît pas qu'il se soit jamais fait chez elle, du côté de l'utérus, un travail qui ait réagi sur l'état général de sa santé. Elle eut le choléra, il y a deux mois et demi, et rendit un ver. Cette dernière circonstance fournit à M. Beau l'occasion de nous rappeler, en passant, que la même coïncidence s'est rencontrée souvent chez les cholériques admis dans son service cet hiver, soit pendant le cours de la maladie, soit à l'autopsie. Des faits semblables avaient déjà frappé son attention pendant l'épidémie de 1849; d'où il conclut que l'existence de lombrics dans le tube intestinal prédispose au choléra.

Mais poursuivons l'examen de Joséphine B....

Elle éprouve cet étouffement depuis huit jours; en même temps elle tousse, et, il y a trois jours, elle rendit par la bouche une quantité de sang qu'elle évalue à une cuillerée. L'exploration de la poitrine, faite avec le plus grand soin par M. Beau, ne lui rend pas compte de l'état actuel de la malade: entre l'intensité de la dyspnée (60 inspirations par minute) et quelques petits ronchus sibilants entendus sur un espace très-circonscrit, il ne peut voir un rapport qui le satisfasse; le cœur, interrogé à son tour, en dit encore moins; d'ailleurs, pas de névralgie intercostale, aucun obstacle appréciable dans l'abdomen au jeu régulier et complet du diaphragme. A quoi donc attribuer une gêne si grande dans la respiration? à la fièvre? mais elle est légère, et ici encore il y aurait vraiment disproportion entre l'effet et la cause. M. Beau croit que l'origine du mal est dans l'estomac, et prescrit 1 gramme d'ipécacuanha en poudre.

14 *avril.* La respiration est redevenue normale, à très-peu de chose près; la malade se sent beaucoup mieux. M. Beau n'a pas le moindre doute que la dyspnée d'hier ne doive être rapportée à un état morbide de l'estomac, réagissant sur le poumon par l'intermédiaire du pneumo-gastrique. Un second vomitif est prescrit.

Le 15, Joséphine B.... est tout à fait bien et demande à sortir. Questionnée de nouveau sur ce qui s'est passé chez elle depuis huit jours, elle nous apprend qu'à partir de cette époque elle ne pouvait manger sans éprouver bientôt une sensation d'étouffement suivie de vomissement. Plusieurs fois même elle provoqua le vomissement, en s'introduisant un doigt dans la gorge, parce qu'elle étouffait moins dès que son estomac était débarrassé. M. Beau recommande particulièrement au souvenir de ses auditeurs cette forme pathologique appelée par lui dyspnée gastrique, et décrite par Stoll sous le nom de dyspnée bilieuse.

Ce cas nous a paru intéressant, au double point de vue théorique et pratique, et propre à frapper l'attention. Ici, en effet, c'est dans l'estomac que siége la maladie; et cependant, au moment où la malade se présente au médecin, c'est le poumon qui est manifestement, et en apparence, exclusivement troublé dans ses fonctions; l'organe de la digestion se sert pour ainsi dire de l'organe de la respiration comme d'interprète, et c'est par lui qu'il révèle son état morbide à la sagacité du praticien.

Alfred Mercier.

THÉRAPEUTIQUE.

Médications diverses dans le traitement de l'épilepsie.

En attendant que nous puissions mettre sous les yeux de nos lecteurs le compte rendu de l'ouvrage de M. Delasiauve sur l'épilepsie, nos lecteurs ne verront pas sans intérêt les formules suivantes extraites de cet ouvrage:

Médication du docteur Chabrely (de Bordeaux). — Sirop de valériane, une cuillerée; infusion de fleur d'oranger, une tasse; prendre le soir de la nouvelle lune. Trois jours après, poudre de valériane, 1 gramme, dans une tasse de tilleul sucré. Même prescription à la pleine lune. On continue ainsi pendant six mois, puis on se contente d'administrer le sirop seul.

Médication de M. Michel (de Barbantane). — Potion avec extrait de belladone, 10 centigrammes, à prendre par cuillerées; électuaire d'indigo (indigo, 1 gramme 20 centigrammes; miel, q. s.); calomel, croton tiglium. Ces moyens successivement employés ont réussi à M. Michel dans un cas d'épilepsie vermineuse.

---

vous y songez, vous voyez tout de suite les déformations secondaires qu'entraîne un pareil arrêt de développement de la colonne vertébrale et un pareil vice de position. La tête et le tronc seront à peine séparés par une rainure étroite, de telle sorte que la face regardera en avant et en haut: la partie postérieure du tronc sera très-courte, et l'anus peu éloigné de la tête. Il y aura au contraire une face inférieure assez large, où se rencontreront l'ombilic, la vulve, etc.; les épaules seront au même niveau que les temporaux; les membres supérieurs ne seront pas nécessairement déformés, et les membres abdominaux auront éprouvé une position vicieuse dépendant du nouveau mode d'attache du bassin; or, messieurs, vous avez là ce qu'a offert le monstre de M. Bouteillier. Ajoutez que la dissection a permis de constater, outre les détails que je viens de rappeler, l'intégrité de l'encéphale, l'absence de la moelle, que l'on comprend facilement, et une inversion des organes thoraciques et de la portion sus-ombilicale des organes abdominaux, vice de position qui ne dérive pas de la déviation organique principale.

Enfin, je vous rappellerai la disposition des membres abdominaux. Le sacrum logé comme un coin entre les deux portions de l'écaille occipitale, n'a pu fournir l'articulation normale des os iliaques: aussi ceux-ci sont-ils appendus par un cordon fibreux à la face postérieure du sacrum. Ces os sont du reste aplatis considérablement, et les pieds offrent deux varus à un degré extrême. Enfin, rien dans la disposition des muscles qui ne dépende de la déviation principale.

Somme toute, ce monstre si curieux nous offre un spina-bifida aussi complet que possible, c'est-à-dire un arrêt de développement manifeste dans la colonne vertébrale, puis une position vicieuse de cette colonne incomplétement développée; et avec ces deux causes de malformation, vous avez une monstruosité d'une nouvelle espèce dont on ne connaît, je pense, aucun exemple. Elle se rapproche, cependant, par bon nombre de caractères, du genre iniencéphale, d'Is. Geof. Saint-Hilaire, que ce savant tératologue n'indique que d'après une observation publiée par Dugès dans les *Ephém. médicales* de Montpellier, t. 2, p. 289, et d'après deux autres cas, dont l'un cité par Hull (*Mem. of the Society of Manchester*, t. 5, p. 495), et l'autre par Backart (*De monstro humano notabili*, dissection; Fribourg, 1825). La description de Dugès ressemble, sous certains rapports, à celle de M. Bouteillier.

Si ce fait offre un exemple de la monstruosité qu'entraîne le spina-bifida à un degré extrême, M. Cruveilhier nous a communiqué, au contraire, une observation de spina-bifida (1) simple des vertèbres lombaires, avec cette particularité remarquable, toutefois, que l'anneau de la douzième vertèbre dorsale est divisé en deux parties par un prolongement osseux qui paraît gagner la face postérieure du corps de la vertèbre, d'où résultent deux anneaux distincts à travers lesquels les portions droite et gauche de la moelle épinière s'engagent respectivement pour se rendre dans la cavité du spina-bifida.

Tels sont les faits les plus saillants d'anomalie et de monstruosités que vous avez étudiés cette année.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) 347.

MÉDICATION DU DOCTEUR BORIE (de Versailles). — *Moyens préparatoires :* Saignée du pied ; quatre jours après, émétique en lavage ; quatre jours ensuite, laxatif ; puis après un même intervalle, 2 décigrammes de calomel. — *Moyens spécifiques :* Eau distillée de laurier-cerise, poudre de feuilles d'armoise, moxas promenés sur la colonne vertébrale, bracelet aimanté, frictions éthérées sur les membres. — *Moyens hygiéniques :* Exercice, bains de rivière et de mer, frictions sèches.

MÉDICATION DU DOCTEUR BLACKMORE (d'Edimbourg). — *Pendant le paroxysme :* Affusions froides ; aussitôt que la déglutition est possible : émétique et ammoniaque, lavements de térébenthine, compression des carotides. Dans l'*intervalle des accès :* Evacuants, sédatifs, ventouses scarifiées, incisions profondes sur l'occiput vers l'époque du retour des attaques. Parmi les sédatifs l'auteur range, comme un des meilleurs, le bain de pluie. Il rejette le colchique et la digitale. Les purgatifs lui semblent aussi utiles, en particulier l'élatérium, l'huile de croton, le calomel. A la place de ces moyens, quand l'affection a une date ancienne, il substitue ce qu'il appelle des toniques, et que nous considérons plutôt comme des stimulants ; la térébenthine, les sulfates de cuivre et de zinc, le nitrate d'argent. Contre les *accès nocturnes :* Opiats.

Toute cette formulation paraît singulière et conjecturale.

MÉDICATION DU DOCTEUR MAROCHETTI. — Elle se compose de pilules et de gouttes. L'auteur commençait par les pilules et leur associait les gouttes si elles étaient inefficaces. Si, au bout de trois mois, il n'y avait pas d'amélioration notable, il cessait le traitement et regardait le malade comme incurable.

Pilules 1er degré.

Aloès	4 gram.
Gomme-gutte.	2 —
Essence d'anis	8 goutt.

F. s. a. des pilules de 10 centigrammes. A prendre : une matin, midi et soir, en buvant par-dessus un verre d'eau.

Pilules 2e degré.

Aloès	4 gram.
Gomme-gutte.	2 —
Essence d'anis	8 goutt.
Extrait sec de rhubarbe. . . .	1 gram.
Extrait sec de muguet.	40 centigr.

On peut remplacer l'extrait sec de rhubarbe par l'extrait mou de rhubarbe à la dose de 1 gramme 50 centigrammes.

Gouttes.

Alcool à 22 degrés.	450 gram.
Poudre de racine d'angélique . .	60 —

Faites macérer pendant quarante-huit heures, et ajoutez :

Anis étoilé en poudre,	
Semences de cardamome, de ch.	8 gram.
Ecorce d'alcanna.	4 —
Racine de zédoaire en poudre . .	6 —
Safran oriental,	
Opium pur, de chaque	8 —

Laissez macérer pendant quinze jours, filtrez et ajoutez :

Huiles volatiles de camomille, de valériane, de naphte vrai, de ch.	25 goutt.
Huile volatile de citron	20 —
Huile volatile de cannelle. . . .	15 —
Ether sulfurique.	1 gram. 50 cent.

Faites digérer pendant quinze jours, exprimez et ajoutez au liquide:

Sirop.	500 gram.

Couvrez le vase et passez avec expression.

On emploie 10 gouttes trois fois le jour, et davantage, sur un morceau de sucre.

L'auteur affirme avoir obtenu, avec ce traitement, une centaine de guérisons.

MÉDICATION DU DOCTEUR PLOUVIEZ. — Elle comprend trois ordres de moyens :

1° *Agents qui modifient le système nerveux :*

Extrait aqueux de belladone. . .	2 gram.
Digitale en poudre.	3 —
Indigo.	10 centigr.
Mucilage	q. s.

pour 50 pilules.

M. Plouviez, trois jours avant l'époque présumée des retours, en administre une avant le déjeuner et une le soir au souper ; les jours suivants, même dose ou augmentation, selon l'effet. Lorsqu'un long temps se passe sans accès, on recule les prises du médicament.

2° *Moyens révulsifs ou perturbateurs généraux :* Bains froids, ventouses Junod. Le malade est plongé dans le bain vers le soir ; il n'y reste que deux ou trois minutes. On l'enferme dans une couverture chaude et on lui met une bouteille d'eau aux pieds, de manière à provoquer la transpiration. M. Plouviez se borne à ces bains quand ils sont supportés ; lorsqu'ils ne le sont pas, il a recours à la boîte Junod, dont il répète l'application deux ou trois jours de suite, chaque fois pendant trente à trente-cinq minutes.

3° *Moyens auxiliaires :* Saignée, sangsues, ventouses, séton, vésicatoires, potion ammoniacale de M. Martinet, suivant les indications.

MÉDICATION DU DOCTEUR EPS. — 1° *mixture :*

Acide hydrocyanique de Scheele.	goutt. ***
Sulfate de quinine,	
Soufre précipité, de chaque. . .	4 gram.
Confection aromatique	8 — 75 cent.
Eau distillée.	16 —

une cuillerée à café trois fois par jour ; 2° *frictions* le long du rachis ; 3° *cautères.*

MÉDICATION DU DOCTEUR BORGHETTI GASPARIE. — Cet auteur a récemment publié cinq observations de guérison d'épilepsie idiopathique, obtenues par l'emploi de la *seconde écorce de sureau noir* à la dose de 50 grammes, infusée pendant quarante-huit heures dans 150 grammes d'eau chaude ou même froide et prise en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Il a suffi, en général, pour amener les résultats constatés, d'administrer la préparation à trois ou quatre reprises, à une distance de cinq à six jours. Plusieurs malades ont éprouvé des évacuations alvines, ce qui ferait croire à sa vertu purgative, si d'autres n'en avaient fait usage impunément.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Inhumations.

Notre impartialité nous fait un devoir de publier la seconde lettre que M. le docteur Josat a adressée à la *Gazette des Tribunaux*, en réponse à la seconde lettre de l'honorable M. Husson. Nous avons déjà exprimé sommairement notre opinion sur la valeur de l'absence des bruits du cœur comme signe infaillible de la mort ; nous ne pouvons donc qu'approuver ce que pense sur ce point M. Josat. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de discuter toutes les questions que soulève la constatation des décès, lorsque nous rendrons compte du livre de ce médecin distingué, ce que nous ferons le plus tôt qu'il nous sera possible.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des Tribunaux* (1).

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous accorder encore l'hospitalité aux quelques réflexions qui suivent ? Ce seront les *dernières*.

L'opposition que je rencontre dans l'honorable M. Husson m'étonne d'autant plus que je ne parle point de la ville de Paris ; je ne dissimulerai même pas la peine que cette opposition me cause. Heureusement, j'ai, comme compensation, le succès qu'obtient mon livre et les encouragements qui me viennent de l'Administration supérieure.

L'Institut, en couronnant le Mémoire de M. le docteur Bouchut, a récompensé un travail d'une grande valeur, et honoré, selon son mérite, un digne et savant confrère ; je le déclare sans arrière-pensée.

Mais j'affirme ici, et pas un médecin ne me démentira, que l'auscultation du cœur n'est pas un moyen infaillible de s'assurer de la réalité de la mort dans tous les cas.

Ce que j'affirme de l'auscultation, je l'affirme à bien plus forte raison des autres signes en particulier.

La décomposition cadavérique seule met toujours à l'abri de l'erreur.

Et la preuve que je suis dans le vrai, c'est qu'aucun autre, sans en excepter l'auscultation, n'a été jusqu'à présent capable de mettre fin à l'épouvantable fléau des inhumations trop promptes. Il ne s'agit pas ici de la ville de Paris : son administration est irréprochable ; je saisis avec bonheur l'occasion de le proclamer. J'ai surtout en vue la France rurale.

Est-ce à dire que l'homme de l'art doive toujours attendre les signes de la décomposition ?.... Non, la mort, dans l'immense majorité des cas, n'a pas besoin, pour révéler sa présence, d'être soumise à cette épreuve ex-

(1) *Erratum.* — Dans la première lettre de M. Josat, au lieu de : *tentative* administrative, lisez : *tendance* administrative.

trême; elle a le plus souvent son cortége de symptômes au milieu duquel l'homme de l'art sait la distinguer avec autant d'assurance qu'il le fait d'une maladie bien tranchée se présentant avec ses caractères pathognomoniques.

Qu'il soit donc bien établi que, dans ma pensée, les *obitoires* sont une garantie contre l'erreur possible, un moyen de sécurité et non de terreur, comme semble le croire M. Husson, et surtout « un service sans prix (pour « employer les expressions de l'Académie des sciences) rendu à la population des grandes cités manufacturières, pour soustraire des familles « réunies dans une chambre commune, au contact et aux émanations d'un « cadavre plus ou moins altéré. »

Ma conviction est que cette institution peut seule compléter une législation des décès telle que la France la désire; elle prévaudra tôt ou tard, nonobstant quelques préventions.

Agréez, etc. JOSAT, *D. M. P.*

Paris, le 20 avril 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La *Société médicale des hôpitaux* de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1854-1855, et à la nomination de ses différents conseils et comités. M. Bricheteau, vice-président de l'année dernière, a été élu *président;* M. le professeur Rostan, *vice-président.* M. Henri Roger a été réélu *secrétaire général;* M. Labric, *trésorier;* M. Hérard, *secrétaire particulier.* M. Moutard-Martin a été pareillement nommé *secrétaire particulier.*

Ont été élus membres du *conseil d'administration :* MM. Devergie, Guérard, Hervez de Chégoin, Moreau (de Tours) et Requin; membres du *conseil de famille :* MM. Beau, Bouvier, Hardy, Legroux et Vigla. — MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Henri Roger feront partie du *comité de publication.*

Les séances de la Société médicale des hôpitaux sont publiques; elles ont lieu les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans le grand amphithéâtre de l'Administration des hôpitaux. — Le *prix* de 1,000 fr., institué en 1853, sera décerné dans le courant de l'année 1854.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours pour l'admission à 50 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major à l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit :

A Strasbourg, le 3 juillet prochain;
A Montpellier, le 17 *idem;*
A Paris, le 31 *idem.*

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être né Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire;

(Toutefois, les candidats qui ne seraient pas encore docteurs ou pharmaciens, pourront prendre part aux épreuves, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres avant l'époque de leur entrée à l'École, fixée par approximation au 1er septembre prochain.)

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans au 1er septembre de l'année courante;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le Ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'Intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, ou, dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus, un certificat constatant le nombre d'examens passés;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité; elle est arrêtée à huis-clos par le jury avant l'entrée des candidats en séance de rédaction.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion. Les questions arrêtées par le jury sont en nombre double de celui des candidats, et mises sous enveloppe dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition : elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils de bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. *Nature des épreuves.* — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. *Mode d'exécution.* — Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves : la durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

COMPOSITION DES JURYS.

Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur, qui présidera les trois jurys; 2° d'un médecin principal, qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le Ministre pour chaque localité.

CLASSEMENT.

Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif des candidats des trois Facultés a lieu à Paris; à cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE.

La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'école, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur année de stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examen de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 24 avril 1854.

Le maréchal de France Ministre secrétaire d'Etat de la guerre,
VAILLANT.

P. S. Indépendamment de ce concours, il en sera très-probablement ouvert un autre dans les premiers jours de l'année 1855, pour cinquante nouveaux emplois de médecin aide-major stagiaire.

Hôpital Saint-Louis. — Cours clinique sur les maladies de la peau. — M. HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de médecine, commencera ce cours le mardi 2 mai, à huit heures, et le continuera les mardis suivants.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 53. 2e année. Jeudi 4 Mai 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 3 Mai 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Toutes les fois que l'honorable M. Robinet monte à la tribune, l'auditoire est sûr d'être charmé ; mais après avoir écouté le zélé rapporteur, on éprouve le regret de voir tant d'instruction, de jugement et d'esprit dépensés pour l'accomplissement d'une tâche aussi ingrate que celle de signaler à l'Académie et à M. le Ministre les prétentions étranges et les niaises découvertes de ces inventeurs ignares ou fourbes, qui s'imaginent avoir tout inventé parce qu'ils n'ont jamais rien appris, ou qui voudraient rendre l'administration complice des piéges qu'ils tendent à la crédulité publique. Hier, M. Robinet s'est surpassé en quelque sorte, et il pouvait paraître impossible de donner autant d'intérêt qu'il l'a fait à des rapports dont l'objet est d'un ridicule aussi triste qu'ennuyeux. Ce qu'il y a de plus triste encore, c'est que parmi les inventeurs sans nom, qui encombrent la correspondance du bureau médical au ministère de l'agriculture et du commerce, on compte un certain nombre de médecins dont les spécifiques, hélas ! ne se distinguent guère, ni par le fond, ni par le langage dans lequel on en décrit les merveilleuses propriétés, de ceux que proposent les charrons, caporaux en retraite, etc. Le moyen de s'étonner après cela que cette littérature médicale, ignare et honteuse, trouve encore des exploiteurs et un certain nombre de dupes. Que M. Robinet dépensera d'esprit et rédigera de rapports avant d'extirper ces deux plaies de l'humanité !

Après la tempête, le calme ; après M. Robinet, M. Bonnafont. Ce n'est point par la forme, on le sait, que se distingue principalement l'honorable chirurgien ; en revanche, il a entretenu l'Académie d'une utile application qu'il a faite au traitement de l'orchite de la méthode générale inaugurée avec talent par M. Robert-Latour, laquelle consiste dans l'application des enduits imperméables (le plus commode est aujourd'hui le collodion) sur la surface des parties enflammées. Le testicule, d'après les observations de M. Bonnafont, ne ferait pas exception à la loi générale posée par M. Robert-Latour ; c'est là ce que tendent uniquement à prouver les observations de l'honorable chirurgien de l'hôpital du Roule.

M. Bousquet a lu le rapport que chaque année, avec un

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir le n° 52.)

Lésions des os.

Des divers cas de fractures qui vous sont passés sous les yeux, cinq étaient relatifs aux os du crâne ; elles ne nous ont rien montré de particulier, si ce n'est dans l'un des cas, celui de M. Blin, l'étendue de la lésion. Permettez-moi de ne vous rappeler que l'observation de M. Lesseré (1) : un infirmier épileptique tombe dans une attaque sur la partie latérale droite du crâne, du sang s'écoule par l'oreille droite, et une heure après, c'est à de la sérosité que donne issue le conduit auditif externe ; le malade meurt le sixième jour après l'accident, et à l'autopsie, on trouve le crâne parcouru par une fissure partant du pariétal droit, traversant la portion écailleuse du temporal, et s'étendant obliquement sur le rocher, au niveau du conduit auditif interne.

Entre la dure-mère et les os, existait un caillot sanguin ; l'on eut l'idée de verser de l'eau dans la place occupée par le caillot, et en la voyant s'écouler par la fissure, on en avait conclu que la sérosité fournie pendant la vie, à travers le conduit auditif externe, provenait du caillot.

Cette expérience ne pouvait trouver de crédit devant la Société anatomique, elle ne prouvait pas autre chose que ce fait, à savoir que le crâne était fracturé dans toute son épaisseur, ce qui se constatait à première vue ; de plus, si, comme le faisait observer M. Trélat, on remarque que l'écoulement est devenu séreux au bout d'une heure, que l'arachnoïde envoie dans le conduit auditif interne un prolongement qui a dû être déchiré, on comprend facilement la possibilité de la sortie du liquide céphalo-rachidien.

Si les fractures du crâne ne nous ont offert que peu de données importantes, il n'en est pas de même des deux observations de fractures de la colonne vertébrale que vous devez à M. Desnos (1) et à M. Gaujot (2). Toutes deux sont relatives au corps de la septième vertèbre cervicale ; je ne puis, messieurs, me dispenser de vous rappeler succinctement ces deux faits. Un homme de 40 ans tombe sur la tête, de façon que celle-ci, entraînée dans un mouvement de flexion forcée, vienne toucher la face antérieure du sternum. Le malade, apporté à l'hôpital, se plaint d'une douleur qui s'exagère singulièrement par la compression exercée sur l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

Les jours suivants, la stupeur du premier jour a disparu, le malade a

(1) B., décembre.

(1) P. 181. — (2) P. 228.

zèle qui ne se refroidit pas, il présente à l'Académie. Dans ce rapport, l'élégant rapporteur a soulevé encore cette étrange question des rapports de la variole et de la fièvre typhoïde: nous donnerons prochainement un extrait de son intéressant travail.

La séance a été close par une présentation des plus intéressantes, de M. le docteur Schnepf, ancien interne des hôpitaux, relatives à une sclérose du cerveau. Nous ferons connaître, dans tous ses détails, l'histoire de ce fait.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Grisolle.

Stomatorrhagie scorbutique très-grave. — Guérison.

Les améliorations hygiéniques qui ont déjà été introduites dans les conditions sociales et qui ont pénétré jusque dans la vie des classes même les plus pauvres, ont rendu très-rares fort heureusement les cas de scorbut dans les hôpitaux de Paris. Quand de pareils cas se présentent, ils empruntent à leur rareté même un certain degré d'intérêt.

Cette affection, on le sait, peut compromettre gravement la vie par l'abondance des hémorrhagies qui s'effectuent sur divers points du corps, sur les muqueuses principalement. Dans l'observation suivante, recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Grisolle, le péril est venu d'une stomatorrhagie presque incoercible. Le pronostic porté à l'arrivée du malade était des plus graves; cependant une amélioration rapide s'est manifestée sous l'influence d'un traitement dont on verra plus bas les détails, et, au bout de dix-huit jours, le sujet de cette observation quittait l'hôpital dans un état de santé parfaite.

Adolphe Bontemps, âgé de 32 ans, fondeur en cuivre, entre au n° 10 de la salle Saint-Benjamin (Hôtel-Dieu), le 21 février 1854.

Ce malade sort d'un service provisoire établi à Bicêtre, et vient à l'Hôtel-Dieu dans la pensée qu'il y trouvera en plus grand nombre des moyens de soulagement.

Depuis un mois, il a, dit-il, perdu l'appétit, et éprouve chaque nuit un malaise général accompagné de frissons et de sueurs.

Le 15 février, il a aperçu de petites taches rouges répandues en grand nombre sur ses jambes et ses cuisses, en moindre quantité sur le reste du corps; le même jour, il a commencé à saigner de la bouche. Entré le 16 à Bicêtre avec une stomatorrhagie très-abondante et incessante, il y est traité pendant cinq jours (du 16 au 20), par le ratanhia en potions, le vin antiscorbutique, la limonade citrique, la glace en morceaux laissés dans la bouche; puis on touche, à trois reprises, les gencives et le palais avec le crayon de nitrate d'argent. Après chaque cautérisation, l'hémorrhagie diminuait d'intensité pendant une demi-heure environ, puis reparaissait avec la même abondance.

Du 16 au 18, il a pris chaque jour un bouillon et un potage.

Du 18 au 20, une portion. Il n'a pas eu de syncope complète pendant son séjour à Bicêtre, mais il a été plusieurs fois sur le point de perdre connaissance. Une voiture l'a amené jusqu'au Petit-Pont; du Petit-Pont à l'Hôtel-Dieu, il a été obligé de se reposer quatre fois, et n'a monté qu'à grand'peine l'escalier qui conduit à Saint-Benjamin.

Quelques heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu, ce malade est dans l'état suivant :

La face est d'une pâleur mortelle; les yeux presque éteints; les lèvres et la barbe sont tachées de sang. Sur la table de nuit, un bassin, dont la capacité est de 2 litres environ, est à moitié plein d'un sang rouge, couvert à la surface d'une écume qui éveille d'abord l'idée d'une hémoptysie; mais on s'aperçoit bientôt que le sang est rejeté sans le moindre effort de toux. Le malade le conserve dans la bouche jusqu'à ce qu'elle soit pleine et le crache ensuite; le sang est mélangé à de l'air dans la bouche avant d'être rendu, ce qui explique l'écume qui le surnage et le fait ressembler au sang de l'hémoptysie. Cet écoulement de sang continuel empêche le malade de se livrer au sommeil. A peine a-t-il dormi deux heures depuis le jour de son entrée à Bicêtre.

Les gencives sont fongueuses et gardent encore la trace des cautérisations au nitrate d'argent, ce qui ne permet pas de juger bien nettement du degré de leur altération. Le sang provient surtout des gencives supérieures au niveau des dents incisives, canines et petites molaires, tant de la face antérieure que de la face postérieure de ces gencives. Les dents sont très-belles, il n'y en a pas de gâtées.

Sur toutes les parties du corps, le visage excepté, on observe de petites taches de purpura, plus abondantes aux jambes et aux cuisses que partout ailleurs. Outre ces petites taches, on remarque sur différents points de véritables ecchymoses semblables à celles qu'aurait pu produire un corps contondant. Ces ecchymoses, dont la moindre a la largeur d'une pièce de 5 francs, et dont la plus étendue ne dépasse pas la largeur de la main, occupent le dos de la main gauche et le côté externe de la cuisse droite. Le malade assure qu'elles se sont développées spontané-

---

toute son intelligence, mais les membres inférieurs sont complétement paralysés; de la sensibilité et du mouvement, la paralysie remonte sur le tronc jusqu'au niveau des mamelons, et les membres supérieurs eux-mêmes, tout en conservant leur sensibilité, ne jouissent plus que d'une motilité incomplète. La respiration est uniquement diaphragmatique; le rectum et la vessie ne fonctionnent plus; ce malade meurt le troisième jour, évidemment asphyxié, et à l'autopsie, on ne fut pas surpris de trouver le corps de la septième vertèbre cervicale brisé transversalement; sa face antérieure est affaissée et coudée, le ligament vertébral postérieur seul offre des déchirures, et du côté du canal vertébral, pas de saillie pouvant comprimer la moelle; mais celle-ci est le siége, au niveau de la vertèbre fracturée et à son centre, d'un épanchement sanguin s'étendant à 3 ou 4 centimètres, en partie liquide, en partie coagulé, et en partie mêlé avec la substance nerveuse ramollie. Ainsi, voilà une fracture sans déplacement qu'a produite, par une sorte d'écrasement de la partie antérieure de la vertèbre, une flexion forcée, c'est-à-dire une cause indirecte; on ne saurait, en effet, nier maintenant, avec Boyer, la réalité de ce mécanisme.

Les recherches de M. Bonnet ont, depuis plusieurs années déjà, fixé la science sous ce rapport. Cet observateur a fait voir, par des expériences, que le menton, appuyé sur la face antérieure du sternum peut, par la flexion forcée, continuer à glisser sur cette face antérieure, ou bien que, s'arc-boutant, il sert de point fixe autour duquel la tête décrit un arc de cercle; dans les deux cas, les apophyses épineuses cervicales s'écartent de plus en plus, surtout vers la septième cervicale et la première dorsale, là où la mobilité est plus grande, de telle façon que le corps de la vertèbre placée au-dessus vient appuyer fortement sur le corps de la vertèbre placée au-dessous, déchire le disque et se fracture en s'écrasant lui-même. C'est là ce qui s'est passé, très-certainement, chez le malade de M. Desnos.

Enfin, messieurs, cette observation est en outre une curieuse expérience de physiologie complétement confirmative des idées généralement reçues sur les fonctions de la moelle épinière; et ici, la lésion de la moelle qui vous a offert une variété importante d'hématorachis, s'explique parfaitement par l'élongation qu'a dû subir le cordon nerveux dans le mouvement de flexion forcée de la région cervicale.

C'est aussi à une fracture du corps de la septième vertèbre cervicale que se rapporte le fait qui vous a été communiqué par M. Gaujot (1). Mais ici le mode de production n'a pas été le même que dans l'observation précédente : ce fut la partie postérieure et inférieure du cou qui porta dans une chute que fit le malade. Nous retrouvons, dans le fait de M. Gaujot, les mêmes symptômes paralytiques, si ce n'est cependant que le dernier malade a offert un symptôme qui ne fut pas noté dans le fait de M. Desnos, c'est l'érection du pénis que l'on avait, vous le savez, donné comme un signe patognomonique des lésions du cervelet, et qui se montre plutôt comme un des effets de la lésion de la portion cervicale de la moelle; les exemples apportés par Ollivier d'Angers, ceux dus à Lawrence, à Réveillon, à Astley Cooper, sont donc confirmés par l'observation de M. Gaujot.

(1) P. 228.

ment, mais ne peut fixer le jour où il les a aperçues pour la première fois.

Le pouls, assez résistant, bat 96 fois à la minute. Bruit de souffle continu, extrêmement intense dans les vaisseaux du cou. Rien au cœur.

22 *février*. Le malade a pris, pendant la nuit, une potion avec 5 grammes d'extrait de ratanhia. Il a perdu, depuis hier soir, plus de 1 litre de sang. Même état que la veille.

Prescription : Poudre d'ergot de seigle, 4 grammes, à prendre en quatre fois toutes les six heures dans du pain à chanter.

Gargarisme avec alun, 10 grammes pour 100 grammes d'eau d'orge.

Limonade sulfurique, 3 pots, 2 grammes d'acide par pot.

Vin de quinquina, 100 grammes; 2 bouillons.

Le 23, la quantité de sang rendu est moins abondante; la faiblesse est un peu moindre.

Même prescription que la veille; on y ajoute :

Eau de Spa. . . . . 1 litre.
8 pilules de Vallet,

et l'on remplace les bouillons par une portion d'aliments solides.

Le 24, l'amélioration a continué; pouls 64, assez plein; le malade va chaque jour à la selle; les garde-robes sont naturelles, elles ne contiennent pas de sang.

Même prescription, 2 portions.

Le 25, l'hémorrhagie s'est complétement arrêtée hier à dix heures du matin; la face est un peu moins pâle; le bruit de souffle des vaisseaux du cou toujours aussi intense; pouls 80.

Même prescription, moins l'ergot de seigle.

2 *mars*. Le malade a repris du teint et de l'embonpoint; il se sent bien plus fort; il a pu descendre hier au jardin. Les gencives sont fermes, rosées. Les taches de purpura sont devenues très-rares. Les ecchymoses persistent aux endroits indiqués plus haut, elles ont seulement pâli. Il y en a en outre deux autres, l'une au côté externe du genou gauche, l'autre (c'est de toutes la plus large) au côté interne de la jambe droite. Toutes ces ecchymoses sont sur le point de disparaître.

Le 8 mars, Bontemps sort, ayant recouvré toutes ses forces. Il conserve seulement un très-léger bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Si, dans le cas actuel, on remonte à l'étiologie de la maladie, on trouve la plupart des causes sous l'influence desquelles elle se développe habituellement; le *froid humide* joue ordinairement un rôle principal dans la production du scorbut; cette cause manque ici, car notre malade habitait au cinquième étage. Mais l'influence de la misère, d'un air vicié, d'une alimentation grossière et insuffisante, ne saurait être ici révoquée en doute : cet homme, chargé de famille, était privé de travail et dans un dénûment complet depuis deux mois, quand les taches de purpura et l'hémorrhagie buccale ont commencé à paraître. Depuis deux mois, sa nourriture presque exclusive se composait de pain et de fromage salé. Il occupait, avec sa femme et trois enfants, une mansarde mal aérée dans une maison malpropre et fétide, habitée en presque totalité par des chiffonniers.

Il assure qu'il ne se livre habituellement à aucun genre d'excès. Il n'est point sujet à saigner des gencives. Il a eu, il y a six ans, une hématurie très-abondante qui a duré pendant quatre ou cinq jours. Il ne peut fournir à ce sujet aucun renseignement bien précis; il affirme seulement qu'il n'avait pas alors de blennorrhagie. Il n'a jamais eu d'autre hémorrhagie.

O. Masson, *interne du service.*

CLINIQUE CIVILE.

Tumeur sanguine du cuir chevelu. — Emploi du perchlorure de fer à 45°. — Guérison.

Dans le numéro du *Moniteur des Hôpitaux* de jeudi 27 avril, j'ai lu les lignes suivantes, qui sont la première conclusion des expériences faites par MM. Giraldès et Goubaux, sur les injections du perchlorure de fer dans les artères :

« Le perchlorure de fer à 49°, à 45° ne doit pas être employé soit dans les anévrismes, soit dans les tumeurs érectiles : son usage pourrait être suivi d'accidents graves. »

Je ne suis pas d'avis que l'on prescrive le perchlorure de fer à 45° dans le traitement des tumeurs érectiles; et voici un cas de guérison toute récente d'une tumeur érectile par le perchlorure de fer, que je puis opposer à cette conclusion, selon moi, trop absolue :

Madame Pralet, rue des Trois-Couronnes, n° 8, a une petite fille, âgée de 15 mois, qui est venue au monde avec une tumeur située à la partie supérieure, vers la suture pariétale. Cette tumeur, obliquement dirigée, a 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur et 2 d'épaisseur. Elle est d'une couleur violette qui rougit lorsque l'enfant crie.

Le 19 mars, j'applique un petit vésicatoire sur la tumeur, que je touche le lendemain avec le perchlorure de fer à 45°.

Le 26, après avoir retiré le bourdonnet de charpie imprégné

Parmi les autres cas de fractures qui vous ont été présentées, vous avez remarqué deux fractures extra-capsulaires du col du fémur, intéressantes à divers titres : sur la pièce de M. Bodard (1), outre la fracture extra-capsulaire du col, on voyait, à la partie antérieure du bord antérieur du grand trochanter, une petite esquille à base triangulaire, et du sommet de laquelle partait une fissure qui, divisant la partie antérieure du grand trochanter, descendait sur la face externe du fémur, directement en bas, et avait 8 centimètres de longueur; puis, de la ligne inter-trochantérienne postérieure, on voyait partir une autre fissure plus sinueuse, dentelée, et dont les bords étaient légèrement écartés; ces deux fissures marchaient l'une vers l'autre, sans cependant s'atteindre. Sans nul doute, nous n'en sommes plus à l'époque où J.-L. Petit niait la possibilité des fissures longitudinales des os longs, et si l'obstination de Louis ne céda pas devant les deux observations que fournit Duvernay, il n'est personne aujourd'hui qui puisse rejeter l'authenticité des faits nombreux que la science possède.

Le musée Dupuytren en montre quelques exemples; d'autres ont été relatés par les soins de MM. J. Cloquet, Campaygnac, Bouisson, Coles, Debout, Bérard, etc.

C'est un intérêt d'un autre genre qui s'attache à la pièce de M. Perrin (2) : la fracture s'étendait du bord antérieur du grand trochanter vers la ligne âpre, et le col avait pénétré dans la base du grand trochanter. On avait remarqué dans ce cas un caractère qui, sans être tout à fait exceptionnel, est cependant rare; c'était une rotation très-manifeste du membre abdominal en dedans. Ce caractère, depuis qu'il a été signalé par H. Paré et J.-L. Petit, a été observé un assez bon nombre de fois; vos bulletins en contiennent des exemples, et d'autres sont tirés de la pratique de Desault, Dupuytren, A. Cooper, Guthral, Sanson, Hervay, Velpeau. Or, l'explication de ce symptôme a naturellement préoccupé les chirurgiens; M. Perrin la trouve, pour le cas qu'il vous a soumis, dans l'obstacle qu'opposerait à la rotation en dehors la partie antérieure de la capsule articulaire restée intacte, ce à quoi votre secrétaire a objecté que l'on ne comprenait guère que la partie antérieure de la capsule, qui, dans l'état sain, permet la rotation en dehors, non-seulement s'y opposât après la fracture, mais encore gouvernât un mouvement inverse. L'idée de Guthral, qui attribue tout à l'action des muscles rotateurs en dehors, n'était pas soutenable ici; le grand fessier ayant conservé en grande partie ses attaches au fragment inférieur, il fallait donc se retrancher dans l'opinion de M. Hervaz, qui attribue la rotation en dedans au mode de pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, pénétration évidemment placée sous la dépendance immédiate de la direction de la violence extérieure qui produit la fracture.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) P. 165.
(2) B.; décembre.

---

de perchlorure que j'avais laissé sur la tumeur, je vois se déclarer une hémorrhagie qui a lieu par plusieurs jets. Nouvelle application du perchlorure.

Le 2 avril, je retire encore la charpie et l'hémorrhagie se renouvelle, cette fois en nappes. Nouvelle application du perchlorure.

Le 9, je retire pour la dernière fois la charpie imbibée du perchlorure; il n'y a plus d'hémorrhagie; et je n'ai qu'à panser simplement une plaie légèrement saignante. Il n'y a pas de suppuration, pas de chute d'escarre, et la plaie est bientôt complétement cicatrisée.

Aujourd'hui, la tumeur est tout à fait disparue et la petite malade va fort bien. A. Thierry.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Remèdes secrets;

2° Rapport sur les eaux minérales d'Uriage, par M. Bernard, médecin adjoint de ces eaux;

3° Rapport sur une épidémie de scarlatine, par M. Gourdan de Fromentel, médecin de l'arrondissement de Gray.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Calculs urinaires.

M. Denamiel adresse une nouvelle observation « *de calcul vésical, guéri en une seule séance par la lithothlibie* » ou écrasement des calculs entre la sonde introduite dans la vessie et le doigt introduit dans le rectum.

Compas d'épaisseur.

M. Leroy-d'Étiolles déclare que le compas qu'il a imaginé n'est pas une copie, mais bien une modification de celui de M. Mignard.

Du travail des champs dans le traitement de l'aliénation mentale.

M. Mérier, médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier, adresse une copie de son Rapport annuel sur l'établissement qu'il dirige. Nous extrayons ce qui suit de la partie de ce Rapport relative à l'application du travail au traitement de l'aliénation mentale:

« Le travail des champs, *bien appliqué, bien réglé,* ai-je dit depuis « longtemps déjà, nous paraît être non-seulement le meilleur, le plus puis- « sant et le plus efficace des moyens à employer dans le *traitement* de la « folie, mais aussi le plus applicable et le plus approprié à toutes les « formes et à toutes les périodes de cette cruelle maladie, sinon pour « *guérir toujours,* du moins *toujours* pour améliorer, etc., etc. »

On voit, par ces lignes, que nous n'avons pas la prétention de *guérir* mieux et plus souvent qu'ailleurs, et que c'est principalement sous le rapport de l'amélioration du sort et de la condition générale des malades que nous vantons le travail dont on a dit, bien à tort assurément, que nous faisions une *panacée universelle.* Nous irons même plus loin encore aujourd'hui, et nous aurons la franchise de reconnaître et de constater ici (ce qui pourtant ne nous a nullement et nulle part été objecté) que le travail, en tant que *travail* proprement dit, et comme résultat purement matériel, c'est-à-dire pour *produire* et faire des sommes de journées, s'applique plus efficacement et avec plus de facilité aux *incurables* qu'aux *curables,* et aux périodes chroniques qu'aux périodes aiguës de la maladie. Toutefois, nous maintenons que, même pour les formes aiguës et pour toutes les périodes sans exception, le travail constitue encore, parmi les moyens employés, celui qui nous paraît le mieux réussir, lorsqu'on y met la persévérance nécessaire, d'abord pour calmer, et ensuite pour disposer à la guérison dans les cas curables.

Nous allons essayer de faire comprendre et d'exposer, en aussi peu de mots que possible, le mode employé pour l'application du travail dans les diverses formes d'aliénation:

1° Dans les formes les plus aiguës et dans la période où l'excitation est portée au plus haut degré. — Prenons pour exemple un cas de manie récente aiguë, avec agitation extrême et trouble général de l'intelligence et des sentiments:

Lorsqu'un malade nous arrive dans cet état, nous employons tout d'abord et simultanément les deux moyens capables par excellence, selon nous, de calmer cette agitation et ce trouble excessifs: les bains prolongés avec affusions froides continuelles sur la tête, et *le travail.* Qu'on ne nous objecte pas qu'il est *impossible* de faire travailler à quoi que ce soit des malades dans cet état: avec de la patience, de la persévérance et une énergique volonté, on finit presque toujours par en venir à bout. Nous produirons des exemples de maniaques agités et exaltés à l'excès, qui, dès les premiers jours de leur entrée, ont pu être amenés à travailler presque régulièrement, ou du moins avec assez de suite pour arriver au but que nous recherchons, à savoir: une légère fatigue musculaire, et, par suite, du calme et du repos pendant la nuit. Il est donc rare, *très-rare* que, dès les premiers jours, on n'obtienne pas, par ces deux moyens combinés, une *sédation* marquée et du sommeil.

Sans doute, on va m'objecter aussi que c'est aux bains prolongés et aux affusions froides qu'il faut attribuer principalement l'amélioration ainsi obtenue: sans contester, en aucune façon, l'efficacité que peuvent avoir, dans certains cas, les bains prolongés *seuls*, je répondrai que, lorsque nous n'avons pu décider nos malades à travailler en même temps que des bains prolongés leur étaient administrés, rarement, bien rarement, nous avons obtenu un succès pareil à celui qui résulte de l'emploi des deux moyens combinés. Nous avons, dans quelques cas rebelles, réfractaires d'abord à tout travail, donné jusqu'à quinze et vingt bains de douze et quinze heures, sans ramener le moindre calme, le moindre sommeil; et ce n'était qu'après avoir vaincu cette résistance et amené nos malades à travailler, que nous obtenions du calme et du repos pendant la nuit. Dans les cas *tout à fait* exceptionnels où nous avons complétement échoué, et où nous n'avons pu décider les malades au travail, nous les avons presque constamment vus passer à l'état chronique et à l'incurabilité, malgré l'énorme quantité de bains prolongés qui continuaient encore pendant longtemps à leur être administrés.

Pour nous, il reste donc bien évident, bien démontré que si, dans *quelques cas* de manies *aiguës récentes,* l'emploi *seul* des bains prolongés a pu et peut amener la guérison, dans l'immense majorité des cas, la combinaison des deux moyens employés concurremment et persévéramment, produit un résultat beaucoup plus salutaire, plus prompt, plus décisif.

Ainsi donc, même dans la manie aiguë avec agitation extrême, alors que le trouble général des facultés intellectuelles et sensoriales, alors que le désordre des mouvements, la turbulence, l'incohérence des idées, des paroles et des actions semblent exclure toute possibilité d'application du travail au traitement des malades, nous persistons à penser et à soutenir que ce moyen est encore applicable, et que même il est le meilleur et le plus efficace de tous ceux qui peuvent être employés.

2° Dans les formes autres que la *manie aiguë* et dans les périodes où l'excitation est beaucoup moindre, sans que pourtant la maladie soit encore entièrement passée à l'état chronique et le malade à l'incurabilité *probable* (nous disons *probable,* car on ne peut guère rien *affirmer* à cet égard), le travail n'est pas appliqué avec moins de succès. C'est même dans les formes et les périodes dont il est ici question, c'est-à-dire dans la manie déjà ancienne, mais non encore tout à fait chronique, dans l'aliénation partielle triste ou gaie (ce qu'on appelle *monomanie* et *lypémanie*), avec ou sans excitation, que nous obtenons le plus grand nombre de résultats satisfaisants de la médication, consistant essentiellement dans l'emploi d'un travail régulier, méthodique et persévérant, subordonnant toutefois, autant que possible, l'application individuelle à la position sociale antérieure aux aptitudes diverses, aux goûts particuliers de chacun, mais toujours en donnant la préférence au travail des champs sur toute autre occupation, e en généralisant l'usage de ce travail en plein air autant que nous le pouvons.

Ici, nous n'employons plus, ainsi que dans la manie récente aiguë, les bains prolongés avec affusions froides continuelles comme adjuvant et accessoire essentiel de la médication, et les bains ne sont plus administrés que si des périodes d'excitation comme il n'est pas rare d'en observer de temps en temps dans ces cas, viennent à se manifester. Mais, sauf ces moments d'excitation passagère, c'est le travail seul qui fait, à peu près, tous les frais du traitement (moral, bien entendu, car nous n'avons jamais renoncé aux remèdes physiques).

Si on parvient, et on y parviendra, je serais tenté de dire *toujours* avec de la patience et de la persévérance, à occuper les bras et le corps de ce maniaque qui, sans être agité à l'excès, comme dans la manie aiguë et récente, conserve néanmoins encore assez d'excitation pour se livrer à des actes et à des mouvements désordonnés, si on parvient, dis-je, à pouvoir fixer assez son attention pour l'occuper et l'employer à un travail manuel ou corporel qui, tout en réprimant le désordre de ses mouvements, et en faisant diversion à ses idées et conceptions délirantes nombreuses, fatiguera assez son système musculaire (dans de justes limites, bien entendu,) pour lui procurer le sommeil réparateur dont il est privé depuis si long-

temps, oh! alors, on aura fait faire au traitement un grand pas vers la guérison, ou, tout au moins, vers l'amélioration, si malheureusement il n'est pas destiné à guérir.

Après avoir exposé que le même résultat s'observera chez le mélancolique et chez le malade atteint de folie *partielle*, l'auteur, n'admettant pas la *monomanie* dans la rigueur du mot, il ajoute :

3° Enfin, pour toutes les autres formes et périodes de l'aliénation mentale, pour les manies chroniques, pour les manies intermittentes (dont pourtant on guérit encore les accès, *surtout par le travail,* mais dont on ne peut prévenir les rechutes), pour les démences et même pour l'imbécilité et l'idiotisme à tous les degrés ; en un mot, pour la très-grande majorité, il faut le dire, des malheureux qui peuplent les asiles d'aliénés, c'est-à-dire pour tous ceux qui sont voués à l'incurabilité et condamnés à un séjour perpétuel dans nos maisons, le travail n'est plus, il faut le reconnaître, qu'un moyen de moralisation et d'amélioration du sort de ces malheureux ; mais assurément, c'est beaucoup encore, et c'est sous ce rapport essentiellement que nous avons vanté le travail et que nous l'avons présenté comme le meilleur moyen de *traitement* (nous nous sommes gardé de dire *guérison*) applicable à toutes les formes et à toutes les périodes des maladies mentales.

Pour cette dernière classe, ou, pour mieux dire, pour ce groupe très-nombreux de malades parmi lesquels nous rangeons même les épileptiques *qu'on ne guérit guère*, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse à leur égard, c'est encore au travail qu'il faut demander le remède ou plutôt l'adoucissement qui convient le mieux à leur triste maladie, pour rendre leur sort moins déplorable et pour les empêcher de passer à cet état de dégradation morale et intellectuelle où nous voyons toujours tomber et végéter quand ils sont restés longtemps inoccupés, ces malheureux, qui offrent dans les asiles d'aliénés le plus affligeant, le plus horrible tableau des infirmités de l'espèce humaine.

Dans cette catégorie de malades, le travail est appliqué d'une manière à peu près uniforme et permanente à tous les individus valides et capables physiquement de travailler, et en se renfermant *très-strictement* et *très-rigoureusement* dans la mesure de leurs forces, mais sans distinction d'individualités et de capacités, et sans qu'il soit nécessaire de s'étudier à appliquer le travail à tel individu, suivant son état mental, son goût, ses tendances diverses, et de calculer (comme dans les deux groupes précédents) les chances de réussite ou les différences d'aptitude de chacun. Ici encore, tel travail, qui consiste principalement dans des terrassements et remblais, des mouvements de terrains et transport de matériaux à la brouette, se fait et se produit, il faut l'avouer, comme par des machines vivantes, par des automates qui, sans se douter, sans s'apercevoir, pour ainsi dire, de ce qu'ils font et exécutent, n'en finissent pas moins par *produire* et *exécuter,* au grand avantage de leur santé générale et de l'amélioration de leur triste position, comme au profit de l'établissement lui-même, qui recueille largement le fruit de ces travaux pour un salaire comparativement léger.

Staphyloraphie.

M. Depaul présente, au nom de M. Rouyer, étudiant en médecine, un nouvel instrument pour pratiquer la suture dans la staphyloraphie. Cet instrument est accompagné de la Note suivante :

La staphyloraphie est une opération simple en elle-même, mais qui présente certaines difficultés dépendant de la disposition et de la situation des parties sur lesquelles on doit opérer. Parmi ces difficultés, celle qui a le plus préoccupé les chirurgiens est le passage des fils à travers les deux portions du voile du palais divisé.

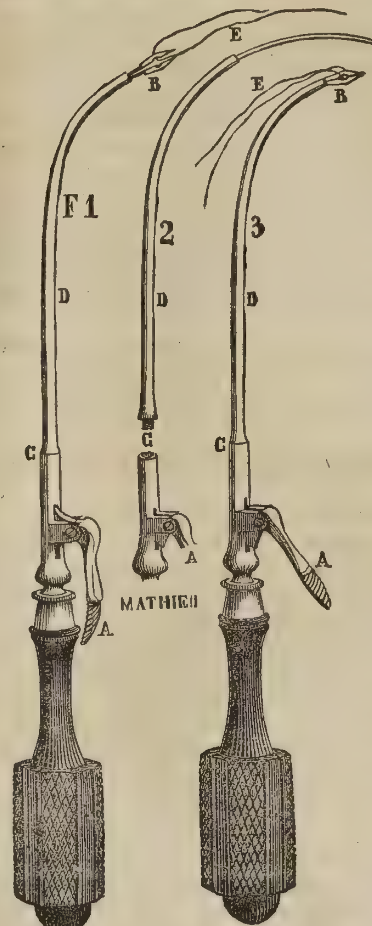
Dans le procédé indiqué par l'illustre inventeur de la staphyloraphie, les aiguilles armées du fil étaient passées d'arrière en avant. Cette manœuvre était difficile et l'on ne piquait pas toujours l'aiguille dans le point convenable. Depuis, plusieurs chirurgiens ont cherché à faciliter ce temps de l'opération en passant les aiguilles d'avant en arrière.

Les procédés tendant à ce but sont ceux d'Auguste Bérard et de M. de Pierris. Le premier est simple dans son principe, mais d'une exécution lente et fatigante pour le malade, ce dont on doit tenir compte lorsque l'on considère la fatigue à laquelle il doit être soumis pour immobiliser le voile du palais après la suture.

L'instrument de M. de Pierris est très-compliqué, et malgré cela ne réussit pas toujours, le fil pouvant quelquefois échapper à l'aiguille ; en outre, le chirurgien n'est pas maître de la pointe de l'instrument, la mécanique faisant tous les frais de la manœuvre.

On a essayé en outre de se servir d'aiguilles à chas incomplet, mais on éprouve toujours de la difficulté à passer ces instruments à travers un tissu contractile. Les essais ont été réitérés fréquemment, et faute de résultats satisfaisants, on a dû y renoncer.

Voici la description d'un instrument qui nous paraît réunir les avantages recherchés ; passage de l'aiguille d'avant en arrière, et rapidité et sûreté d'exécution :



L'instrument se compose d'une canule courbe CD (*fig.* 3) dans laquelle peut se mouvoir une aiguille B, percée d'un chas à sa pointe. Cette aiguille se compose de deux moitiés latérales pouvant s'écarter et laisser ouvrir le chas qu'elles comprennent, ainsi que le représente la fig. 1. Leur séparation se produit lorsque par suite d'une pression sur la bascule A, l'aiguille s'avance et tend à sortir de la canule ; alors les deux branches s'écartent par leur élasticité à la manière d'une pince à dissection. Cet écartement est limité par l'étendue de l'engrenage correspondant à la bascule.

Pour opérer, le chirurgien, après avoir disposé un fil dans le chas de l'aiguille fermée, passe la tige d'avant en arrière à 6 ou 7 millimètres de la lèvre droite de la division du voile qui est tendue au moyen d'une pince. Quand l'aiguille a pénétré, une pression exercée sur la bascule la fait ouvrir, le fil s'échappe ; on retire légèrement l'aiguille ouverte, puis on cesse la pression, l'aiguille se referme d'elle-même, et on la retire d'arrière en avant. Le fil se trouve passé dans une des lèvres de la division. On introduit alors l'aiguille fermée et sans fil d'avant en arrière également à travers la lèvre gauche de la division : on ouvre l'aiguille par la pression, on saisit le fil entre ses deux branches, on la laisse refermer et on la ramène ensuite d'arrière en avant, armée du fil qui se trouve alors passé dans les deux lèvres de la division, l'aiguille ayant toujours pénétré d'avant en arrière.

On agit de même pour passer les deux autres fils, et on active l'opération, comme dans les autres procédés.

On peut faciliter au besoin la sortie du fil de l'aiguille, dans le premier temps de cette opération, avec la pince qui a servi à tendre le bord de la division, la tension de ce bord devenant inutile une fois que l'instrument a pénétré.

Cet instrument imaginé, que M. Jules Rouyer a fait exécuter à M. Mathieu, est, suivant l'auteur, simple, d'un maniement facile, et peut être employé pour d'autres opérations. Il se démonte très-facilement, ce qui permet de changer les aiguilles pour les remplacer ou les adapter à d'autres usages.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux dont les conclusions défavorables sont adoptées sans discussion. Un seul de ces rapports, relatif au traitement des plaies par le dépôt à leur surface de divers composés métalliques, dépôt opéré à l'aide de la pile, a été l'objet d'une courte discussion. Cette sorte de galvanisation des plaies, notamment des plaies cancéreuses, a été proposée par un médecin, M. Crucel, de Saint-Pétersbourg. L'auteur ne demandait que la publicité pour sa méthode, et priait le ministre de la faire publier dans le *Moniteur universel.*

M. le rapporteur, après avoir signalé les dangers que pourrait avoir le dépôt, à la surface des plaies, d'oxydes ou de particules métalliques, telles que le cuivre, par exemple, pense que la publicité donnée à la méthode en l'exposant à l'Académie, sera pour le moment suffisante.

M. Velpeau a été témoin d'une application de la méthode de M. Crucel, dans un cas d'ulcère simple ; il s'est formé une croûte à la surface de l'ulcère, après la chute de laquelle la maladie a continué à marcher ; il a fallu recourir aux moyens habituels qui ont amené la guérison. Il faudrait donc ajouter au rapport que les expériences faites dans les hôpitaux prouvent l'inefficacité du moyen proposé par M. Crucel.

M. Moreau. — Deux agrégés de la Faculté ont fait les tentatives dont M. Velpeau a été témoin, et ils ont obtenu les mêmes résultats.

M. Bérard. — Je suis parfaitement convaincu qu'on n'obtiendra jamais d'avantages sérieux des moyens locaux dans le traitement du cancer, qui est une diathèse ; aussi doit-on considérer comme une mauvaise pratique l'emploi des caustiques dans cette maladie ; mais néanmoins je ne saurais admettre que l'expérience dont viennent de nous parler MM. Moreau et Velpeau puissent passer pour des *expériences faites dans les hôpitaux*, et relatées comme telles dans un rapport officiel. Je crois qu'il faut s'abstenir d'en parler et s'en tenir aux termes généraux du rapport.

M. Londe. — Je crois que le rapport ne doit pas se maintenir dans la réserve qu'il garde ; il faut déclarer que l'auteur de la méthode n'a pas l'idée de ce que c'est que le cancer, et qu'il serait dangereux d'employer le médicament qu'il propose ; en un mot, il faut qu'il y ait un blâme d'exprimé.

M. le rapporteur. — La commission, lorsque les méthodes ou médicaments sont proposés par des médecins, croit devoir garder beaucoup de ménagements ; elle l'a pensé d'autant plus dans ce cas que l'auteur ne demande que de la publicité.

Néanmoins, le rapport sera légèrement modifié dans le sens général de la discussion.

LECTURES.

Orchite.

M. Bonnafont donne lecture d'un Mémoire sur le traitement de l'orchite par les enduits imperméables, d'après la méthode de M. Robert-Latour ; l'enduit de collodion, non-seulement calme immédiatement la douleur du testicule enflammé, mais amène très-promptement la terminaison de la maladie. L'auteur cite plusieurs observations à l'appui de cette méthode.

Vaccine.

M. Bousquet lit la première partie du Rapport aunuel sur la vaccine ; nous en publierons un extrait.

PRÉSENTATIONS.

Sclérose du cerveau.

M. le docteur Schnepf présente un cas très-curieux d'endurcissement du cerveau ; nous ferons connaître *in extenso* la relation de ce fait extrêmement intéressant, ainsi que les considérations dont il a été l'occasion pour l'auteur.

La séance est levée à 5 heures passées.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de percussion et d'auscultation,

Par le professeur J. Skoda (de Vienne).

Traduit de l'allemand sur la 4e édition, avec des notes et des remarques critiques, par le Dr F. A. Aran (1).

Il y a vingt et quelques années de cela, un élève en médecine faillit amener une petite émeute à la Clinique de Vienne : ses condisciples avaient remarqué un stéthoscope dans la poche de son habit, stéthoscope indiscret, car il trahissait les tendances et les études secrètes de son propriétaire. Or, le professeur Hildebrandt s'était déclaré péremptoirement adversaire inflexible de cette innovation toute française qui prétendait apprendre, aux successeurs des Stoll et des Frank, quelque chose de nouveau en fait de diagnostic. Les hommes ne sont-ils pas les mêmes partout? La routine, cette douce habitude de la science acquise, est un ennemi stéréotypé de tout progrès. Combien la conviction ne doit-elle pas être ferme, et grand l'amour de la vérité pour contenir le courage parfois défaillant des innovateurs ?

Ce que nous venons de dire ne s'applique pas précisément à l'étudiant dont nous venons de parler et qui n'est autre,— le lecteur l'a déjà deviné, — que l'auteur de cet article. J'avais seulement pris quelques leçons d'auscultation, j'étais le premier élève de M. Skoda, alors interne du grand hôpital de Vienne. Ne connaissant les travaux de l'immortel Laënnec par aucune démonstration pratique, obligé de s'enseigner à lui-même la science si difficile de l'auscultation et de la percussion, de réaliser pour ainsi dire les paroles écrites, de créer tout en apprenant, M. Skoda avait des difficultés immenses à surmonter : il ne pouvait les vaincre que soutenu par une volonté inébranlable. Cependant les obstacles scientifiques étaient les moindres. Il y avait encore là, comme nous l'avons déjà indiqué, le mauvais vouloir des uns, le dénigrement, les mauvaises passions des autres. Hélas ! nous ne calomnions pas, nous ne faisons que raconter ce qui se passait, ce qui se passe ailleurs encore actuellement. Du reste, dans quel but voudrions-nous dénigrer le passé et ceux qui ne sont plus? M. Skoda a vaincu, lui et son ami Roktansky ont créé la jeune Ecole de Vienne, maîtresse actuelle de toute l'Allemagne : il est maintenant professeur à cette Clinique, — et je le lui ai rappelé il y a quelques années, — où jadis j'étais obligé de cacher le stéthoscope, et l'auscultation est obligatoire là où elle était frappée de proscription.

(1) Paris, 1854.

Mais si j'ai parlé de cet épisode curieux dans l'histoire de l'École de Vienne, c'est pour expliquer en partie l'esprit de l'ouvrage dont nous voulons rendre compte. Le lecteur trouvera des passages nombreux dans le *Traité* de M. Skoda, où les opinions de Laënnec se trouvent critiquées avec une véhémence presque passionnée. Dans sa double lutte, — contre ses contemporains et contre les pages inflexibles de Laënnec qui ne pouvaient être tempérées par aucune explication pratique, — le créateur du nouveau système consignait dans ses écrits toute la vivacité de ses convictions, toute l'ardeur de son œuvre. Plus il savait le nom de Laënnec respecté et son système dominant, plus il cherchait à faire prévaloir ses propres travaux, car il les avait accomplis en suivant pas à pas le chemin aride tracé par le maître.

Que le lecteur nous pardonne ces souvenirs explicatifs : mais ils lui feront peut-être comprendre comment le *Traité* de M. Skoda ne ressemble en rien aux autres ouvrages du même genre que nous possédons.

L'auscultation et la percussion sont des méthodes de diagnostic qui reposent sur des observations de phénomènes physiques : on n'en peut rien déduire d'absolu, puisqu'il faut toujours passer par une interprétation plus ou moins arbitraire. M. Skoda a été frappé des erreurs dans lesquelles on peut tomber, et, quoique sincère admirateur des méthodes indiquées, il a cherché à prouver qu'il ne faut pas leur attribuer une trop grande importance. Les conclusions pratiques ne sont jamais absolues pour lui, mais elles se rapprochent seulement le plus possible de la vérité : encore n'y arrive-t-on que par une réunion de signes nombreux et concordants et à l'aide d'une interprétation basée sur un très-grand nombre de faits recueillis et contrôlés par beaucoup d'observateurs.

Cependant, la critique de la valeur symptomatologique des divers phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion, ne constitue pas le seul mérite de l'ouvrage de M. Skoda : l'auteur a encore démontré, par ses découvertes, que la science n'avait pas dit son dernier mot. Quelques détails justifieront notre opinion.

En fait de percussion, M. Skoda a révélé au monde médical l'existence de ce phénomène si curieux et si étrange d'une augmentation de sonorité, se produisant sous la clavicule par le fait du refoulement du tissu pulmonaire dans les cas d'épanchements pleurétiques ou toutes les fois qu'il y a une diminution de tension dans les parois de ces organes. L'auteur a encore montré, et c'est un fait bien établi aujourd'hui, que la coexistence d'un liquide et de gaz dans une cavité altère les signes fournis habituellement par la percussion, au point d'ôter à ce mode d'exploration toute sa valeur. Ainsi, par exemple, dans le pneumo-thorax, la percussion fournit un son tympanique dans presque toute la totalité de la poitrine, alors qu'il existe un épanchement liquide très-abondant.

On lira avec intérêt la théorie ingénieuse du son exposée par M. Skoda avec une grande puissance de dialectique : cependant l'auteur a eu le tort, à nos yeux, d'introduire une classification de sons très-complexes et d'avoir choisi pour leur dénomination des termes qui ne sont pas toujours très-heureux ; par exemple, les noms de *sons pleins* et *sons vides,* appliqués à désigner les qualités brutes du son et non pas le corps sonore qui les fournit. Le traducteur a relevé ce qu'il y avait d'exagéré sous ce point de vue. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que M. Skoda a attaché son nom à deux des découvertes les plus précieuses que l'on ait faites depuis long-temps en fait de percussion.

Autant l'auteur est minutieux dans ce qu'il écrit sur la percussion, autant il renchérit sur les divisions de ceux qui l'ont précédé, autant il cherche à simplifier, à restreindre le champ de l'auscultation. Le désir d'exposer d'une manière complète quelques-uns des faits qui lui sont propres, en particulier la *consonnance,* l'ont conduit à intervertir l'ordre dans lequel on expose habituellement les phénomènes de l'auscultation. M. Skoda étudie successivement l'auscultation de la voix, puis les signes fournis par les phénomènes respiratoires, par le murmure respiratoire, par les râles, par les bruits de ronflement, de sifflement et de sibilance, l'écho ou le bourdonnement amphorique et le tintement métallique, l'existence simultanée des bruits respiratoires, des râles et des bruits de ronflement, les phénomènes fournis par l'auscultation de la toux et les bruits de frottement de la plèvre.

Nous signalons, dans la première partie, l'application de la théorie de la consonnance à l'explication des phénomènes fournis par le retentissement de la voix. La consonnance est un phénomène bien connu. Une corde de guitare tendue fournit un son musical dès qu'une note semblable est produite par un autre instrument situé dans son voisinage, ou même par la voix humaine. Un diapason, tenu en l'air, résonne beaucoup plus faiblement que lorsqu'il est appliqué sur une table ; c'est que la table renforce le son, en fournissant des vibrations semblables ; elle entre en

consonnance avec le diapason. « Lorsque, ainsi que cela arrive quelquefois, dit l'auteur, la voix s'entend avec plus de force sur un point quelconque du thorax qu'au niveau du larynx, cette augmentation de résonnance ne peut tenir qu'à la consonnance qui s'établit dans le thorax.... L'air n'entre jamais en consonnance que s'il est renfermé dans un espace circonscrit.... La force de la consonnance dépend de la forme et des dimensions de l'espace clos et de la nature des parois qui le constituent; par exemple, la consonnance est d'autant plus forte que le son est plus complétement réfléchi par les parois. »

De la considération de ces données physiques, l'auteur tire les conclusions suivantes, relativement à la consonnance de la voix thoracique : « La voix, telle qu'elle sort de la bouche, est constituée par des sons primitifs formés dans le larynx, et par des sons consonnants formés dans le pharynx et dans les cavités de la bouche et du nez ; l'air renfermé dans la trachée, dans les tuyaux bronchiques, etc., entre également en consonnance avec les sons qui ont pour point de départ le larynx. Mais l'air contenu dans la trachée et les tuyaux aériens n'entre en consonnance avec la voix que lorsque les parois qui les circonscrivent se trouvent, relativement à leur puissance de réflexion du son, dans des conditions semblables ou analogues aux parois du larynx, de la bouche ou des fosses nasales. Dans la trachée, dont les parois sont formées par des cerceaux cartilagineux, la consonnance de la voix est presque aussi forte que la résonnance naturelle de la voix dans le larynx; mais elle est beaucoup plus faible dans les tuyaux bronchiques qui pénètrent dans le parenchyme pulmonaire, et elle s'affaiblit d'autant plus que les cartilages s'effacent davantage. Pour produire l'augmentation de consonnance de la voix dans les tuyaux bronchiques qui pénètrent dans le parenchyme pulmonaire, il faut ou bien que les parois de ces tuyaux deviennent très-denses, ou bien que le tissu pulmonaire qui entoure les tuyaux bronchiques soit privé d'air.» Ces considérations servent de point de départ à l'auteur pour exposer les conditions pathologiques des organes de la respiration qui, d'accord avec les explications précédentes, produisent une augmentation dans la force ou dans la clarté de la voix thoracique, et qu'il serait inutile d'énumérer ici. Cette théorie est assurément très-ingénieuse et l'auteur l'a appuyée sur des expériences vraiment scientifiques.

Nous signalerons également la critique que M. Skoda adresse aux phénomènes décrits par Laënnec sous le nom de pectoriloquie et d'égophonie : nous regrettons seulement qu'un excès de rigueur l'ait engagé à rayer l'égophonie, dont l'existence et la signification ne sont pas douteuses, si l'on ne tient compte de ce phénomène que lorsqu'il présente ses caractères parfaitement distincts.

On trouvera, dans la seconde partie de ce *Traité*, une distinction très-bien faite entre les diverses espèces de bruits respiratoires et une critique très-juste de la division des bruits respiratoires de Laënnec : nous fixons surtout l'attention du lecteur sur l'application de la théorie de consonnance à l'explication de la respiration bronchique, puis une étude très-détaillée des râles et une distinction très-judicieuse entre ces phénomènes et les bruits de ronflement. Rappelons encore la théorie du tintement métallique et l'étude parfaite des conditions anatomiques et physiologiques qui y donnent lieu : elle s'accorde entièrement avec la théorie du râle amphorique donnée par M. de Castelnau. Enfin, l'auteur distingue les phénomènes fournis par l'auscultation et qui ont une signification précise de ceux qui sont indéterminés ou indistincts.

Telles sont les principales particularités que nous ne pouvons que signaler en passant; cependant nous devons ajouter que, dans toute cette exposition, M. Skoda est loin d'attribuer aux phénomènes de l'auscultation une valeur représentative aussi déterminée et aussi mathématique que le croyaient Laënnec et la plupart des auteurs. Instruit par de nombreux échecs, il pousse peut-être un peu trop loin le scepticisme, et plusieurs des phénomènes les plus importants signalés par Laënnec trouvent à peine grâce devant lui. Cette exagération doit être assurément moins incriminée qu'une confiance trop absolue, car le danger est plus grand d'induire les élèves en erreur en faisant supposer une certitude absolue, qu'en leur signalant seulement des probabilités plus ou moins grandes.

Dans la partie qui traite du cœur, on ne trouve pas autant d'aperçus nouveaux, mais cependant quelques points intéressants. Ainsi, M. Skoda soutient l'opinion de l'existence des deux bruits se produisant dans chacune des cavités ventriculaires et dans chacune des artères, bruits auxquels il donne le nom de *tons*. Nous recommandons la lecture des parties qui traitent des règles pour le diagnostic et pour la détermination des tons et des murmures, ainsi que ce qui est relatif à la signification de ces tons et de ces murmures. L'auteur donne des détails nombreux et suffisants pour guider le diagnostic.

M. Skoda ne s'est pas contenté de l'examen isolé des phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion ; il les reprend à la fin de son ouvrage dans leur ensemble, en les étudiant successivement dans l'état normal et dans l'état pathologique, et en donnant un tableau succinct des signes physiques appartenant à chacune de ces maladies en particulier.

Un mot, avant de terminer, sur la traduction donnée par M. Aran. Elle est exacte, aussi exacte que possible, car le style parfois fort obscur de l'auteur allemand, les dénominations créées par lui, ses idées nouvelles et originales ont fréquemment offert des difficultés presque insurmontables. Mais le mérite de cette traduction française, qui doit la faire rechercher même à l'étranger, consiste dans des notes nombreuses et savantes fournies par M. Aran. Elles ont eu pour but, non-seulement de faire comprendre le texte lorsqu'il y avait quelque obscurité, mais surtout de défendre les découvertes de Laënnec et de l'Ecole française. La plupart des faits signalés par M. Skoda ont été vérifiés au lit du malade, et plus d'une fois le traducteur a saisi avec empressement l'occasion qui s'est offerte pour rendre justice et hommage à l'éminent auteur du *Traité de percussion et d'auscultation.*

Dr LOUIS MANDL.

CORRESPONDANCE.

Inhumations.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans le numéro du 22 de ce mois du *Moniteur des Hôpitaux,* à propos de l'ouvrage de M. le docteur Josat *sur la mort et ses caractères*, et d'une lettre de M. Husson qui s'y rapporte, vous avez eu l'obligeance de rappeler à vos lecteurs un article que j'ai publié précédemment dans la *Gazette médicale de Lyon*, et dans lequel, dites-vous, j'ai exposé toutes les raisons qui, selon moi, tendent à démontrer la fréquence des morts apparentes.

Veuillez me permettre de compléter cette indication, qui, telle que vous l'énoncez, n'exprime qu'en partie le but que j'ai voulu atteindre.

Il ne s'agit pas tant, à mon avis, de démontrer qu'il est plus ou moins possible d'enterrer un homme vivant. Il faudrait ne tenir aucun compte ni des statistiques des inhumations précipitées, ni des traditions municipales de presque tous les pays, ni de notre propre témoignage pour soutenir une thèse contraire. Les cas de morts apparentes ne sont pas fréquents, si l'on ne tient compte que de leur nombre relativement au nombre des inhumations journalières ; mais on ne constaterait en France qu'un seul cas par an, que ce serait déjà énorme. Lorsqu'on peut espérer de parvenir, à l'aide de la science, à éviter la probabilité d'une telle catastrophe, cela vaut la peine de s'en occuper plutôt que de rechercher, dans un optimisme que rien ne légitime, des ressources pour persuader au public et au gouvernement qu'il est inutile de rien changer, puisqu'il s'agit d'une crainte chimérique.

Ne pouvant pas partager une opinion aussi rassurante, j'ai dû, comme beaucoup d'autres, songer à la solution du problème des inhumations, ce qui implique que les moyens qu'on a proposés jusqu'à ce jour ne me paraissent pas résoudre toutes les questions que ce problème soulève. Garder les corps à la maison indéfiniment, comme font les Anglais et les Chinois, pour attendre le seul signe de la mort réelle, la putréfaction, ne me semble pas applicable sous le rapport de l'hygiène. Les dépôts mortuaires ne laissent pas que de présenter des inconvénients plus ou moins graves, et des impossibilités insurmontables, en vue des exigences sociales et religieuses. Les signes de la mort réelle sont incertains, et les expédients proposés pour diagnostiquer ce genre de mort ne sont pas infaillibles.

J'ai cru trouver la solution de ce problème dans l'emploi d'une préparation désinfectante (1) qui, permettant de conserver temporairement les corps sans avoir à craindre aucune exhalaison dangereuse, pouvait être appliquée dans le plus grand nombre des cas comme moyen d'attente. A la suite d'expériences fort concluantes instituées par deux conseils de salubrité, et d'autres, particulières à moi-même, je n'ai pas hésité à appeler l'attention de mes confrères sur la convenance d'avoir recours à ce moyen pour bien s'assurer de la réalité de la mort, sans faire courir aucun risque aux familles.

Tel est, monsieur le rédacteur, le but de mon écrit ; si j'avais pu prévoir qu'en le sortant de la sphère d'un journal, on l'eût présenté au public, je n'aurais pas manqué d'entrer dans plus de détails et plus de développements, que j'ai crus superflus en m'adressant aux médecins.

Veuillez accueillir favorablement ces explications que j'ai cru indispensables dans l'intérêt d'une question qui paraît être à l'ordre du jour, et agréer, etc. G. LUPPI, *docteur-médecin, à Lyon.*

Lyon, 30 avril 1854.

(1) La mixture imaginée par M. Falconi m'a paru remplir toutes les conditions désirables.

On nous adresss un peu tardivement la réclamation suivante que nous nous empressons néanmoins d'insérer :

Paris, le 1er mai 1854.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre estimable journal, en date du 4 avril dernier, au compte rendu des Leçons de M. le professeur Malgaigne (p. 261, 3e paragraphe), je lis ce qui suit :

« Il y a quelques années, M. le docteur Mabout m'a montré une sub- « stance pour laquelle il a pris un brevet d'invention dont il faisait des « pelotes herniaires et à laquelle il a donné le nom de caoutchouc artifi- « ciel, c'est une sorte de pâte jouissant d'une élasticité qui défie celle du « caoutchouc lui-même. Il remplit ses pelotes de cette substance et obtient « ainsi des pelotes singulièrement élastiques. La Société herniaire de « Paris exploite son brevet sous sa direction. Les pelotes que confectionne « cette Société sont excellentes, etc. »

J'ai été d'autant plus surpris, monsieur le rédacteur, de trouver mentionnée l'assertion ci-dessus, qu'il n'existe pas de docteur du nom de Mabout.

La découverte du caoutchouc artificiel m'appartient, ainsi que son application aux pelotes de bandages, et c'est moi qui ai eu l'honneur de soumettre ces nouvelles pelotes à l'appréciation de ce savant professeur.

J'avais déjà précédemment soumis cette application du caoutchouc artificiel au jugement de l'Académie de médecine, qui nomma une commission dont le Rapport favorable fut lu et approuvé en séance publique, le 21 avril 1846.

Enfin, mes pelotes ont été adoptées par Son Excellence M. le Ministre de la guerre et par M. le directeur général de l'assistance publique, sur le Rapport favorable de MM. les chirurgiens de ces divers établissements, pour la fourniture des hôpitaux et de l'hôtel impérial des Invalides; c'est enfin sous ma direction que la Société herniaire de Paris exploite ces bandages.

J'ose espérer, monsieur le rédacteur, de votre bienveillance habituelle, que vous voudrez bien admettre cette rectification dans l'un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer l'assurance des sentiments de parfaite considération avec lesquels j'ai l'honneur d'être, monsieur le rédacteur, votre très-humble et très-obéissant serviteur, BARRAT, *D. M. P.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Il est entré les nombres suivants de cholériques dans les hôpitaux pendant les cinq derniers jours : 64, 45, 48, 21, 23. Le nombre des cas développés dans l'intérieur même des hôpitaux est à peu près le tiers de ceux développés au dehors.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a jugé, dans la séance du 20 avril, le concours qu'elle avait ouvert sur les affections du col de l'utérus.

Sur le rapport de sa commission, elle a décerné une première médaille d'or à M. le docteur Nelson Batut, de Toulouse;

Une deuxième médaille d'or, à M. le docteur Mascarel (Jules), de Châtellerault (Vienne);

Une troisième médaille d'or à M. le docteur Rey (Armand), de Grenoble (Isère).

Elle a donné :

Une première mention honorable à M. le docteur Astrié (Gustave), de Carcassonne (Aude);

Une deuxième mention honorable à M. le docteur Puel (Edmond), de Metz;

Une troisième mention honorable à M. le docteur Ripoll, de Toulouse.

Elle a inscrit au nombre de ses correspondants MM. Batut, Rey et Ripoll, les autres lauréats possédant déjà ce titre.

Ces récompenses seront décernées dans la séance publique de la Société, le dimanche 14 mai prochain.

La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a déclaré vacante une place de membre résidant dans la section de médecine-chirurgie.

MM. les docteurs qui désireraient l'occuper doivent produire leurs titres et leur demande, de ce jour au 1er mai prochain. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— *Programme du prix institué par la Société de médecine de Strasbourg, pour être décerné en* 1855. — « Personne ne met en doute l'influence que des notions précises sur le mode de formation et sur la composition des tubercules pourraient exercer dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

« En conséquence, la Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante :

« *Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation modernes.*

« Les auteurs auront à rechercher comment se forment les tubercules ;

« Sont-ils toujours le produit d'une diathèse ou état général de l'économie? Ne sont-ils pas quelquefois la conséquence d'une lésion toute locale ou idiopathique?

« Le tubercule diathésique diffère-t-il par sa composition du tubercule idiopnthique?

« Les granulations (phthisie granuleuse de Bayle) et les tubercules proprement dits ont-ils la même origine et la même composition? Dérivent-ils les uns des autres?

« Rappeler et contrôler les travaux chimiques et microscopiques ayant trait à ces questions, qui ont été réalisés dans ces derniers temps.

« Si les concurrents veulent joindre à leurs réponses aux questions précédentes, quelques détails sur les modifications que les tubercules déterminent dans les tissus où ils se produisent et dans l'économie en général, il leur sera tenu compte de ces travaux accessoires.

« Un prix de 300 fr. sera décerné au Mémoire couronné.

« Ce prix sera décerné dans la séance publique de juillet 1855.

« Les Mémoires, écrits très-lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés francs de port, à M. le docteur Gabriel Tourdes, secrétaire de la Société, rue de la Nuée-Bleue, avant le 1er juin 1855.

« Les membres résidants de la Société ne peuvent point concourir, les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Ils doivent distinguer leurs Mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

« Le billet cacheté ne sera ouvert que lorsqu'une récompense aura été décernée.

« Le travail couronné sera publié dans les *Mémoires* de la Société, et l'auteur recevra le titre de membre correspondant de la Société.»

— Le docteur CLERC, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera son cours public, *sur la maladie syphilitique*, le mardi 9 mai, à une heure, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Tableau analytique de la flore parisienne, d'après la méthode adoptée dans la *Flore française* de Lamarck et De Candolle, par A. BAUTIER. — 7e édition.

L'éditeur a enrichi cette nouvelle édition d'une charmante *Carte des environs de Paris*, où sont indiqués les bois, les forêts et les routes; cette carte est un guide précieux pour les nouveaux herborisateurs.

Prix : avec carte, 4 fr.; sans carte, 3 fr. 50 c.

A Paris, chez LABÉ, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Glossologie botanique, ou Vocabulaire donnant la définition des mots techniques usités dans l'enseignement, appendice indispensable des livres élémentaires et des traités de botanique, par F. PLÉE, auteur des *Types des familles des plantes de France.* — Paris, 1854. Un vol. in-18 de 72 pages. Prix : 1 fr. 25 c. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

De la mort et de ses caractères. — Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés, par le docteur JOSAT, lauréat de l'Institut. — Paris, chez GERMER-BAILLIÈRE, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17. — 1 vol. in-8. Prix : 7 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées par M. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin, recueillies et publiées par M. le docteur Alexis FAVROT. — Cet ouvrage se composera de 3 ou 4 livraisons et formera un traité complet sur les maladies cancéreuses. La première livraison est en vente au bureau du journal. Prix de chaque livraison : 2 fr. 50 c. — La première livraison et les suivantes seront délivrées à moitié prix à tous les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an au *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 54. 2e année. Samedi 6 Mai 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Sur la texture du tubercule et sur la détermination des produits hétéromorphes en général,

Par le Dr VERNEUIL, *agrégé de la Faculté.*

L'intérêt d'actualité qu'offre l'article suivant que nous venons de recevoir de notre ami et collaborateur M. Verneuil, nous engage à lui donner la place de notre appréciation des séances de l'Académie des sciences, que nous publierons dans notre prochain numéro. H. DE C.

A propos de la polémique qu'a récemment soulevée l'anatomie pathologique du tubercule, quelques personnes qui me font l'honneur de me compter parmi ceux dont l'assertion en pareille matière a quelque poids, m'ont engagé à faire connaître les résultats que j'avais obtenus dans cette étude.

Ce n'est pas sans hésitation que j'accède à cette demande. Quoique fermement dévoué aux intérêts de la science moderne, j'aime peu descendre dans les lices brûlantes, alors que s'entre-choquent, non sans quelque passion, les assertions contradictoires. Mais il s'agit d'un point de la plus haute importance, et comme, d'ailleurs, je ne suis pas personnellement engagé, j'espère que mon intervention, tout à fait indépendante, servira de simple document, et n'aura pas plus les caractères d'une aggression contre les uns que d'une adhésion partiale en faveur des autres.

L'étiologie du tubercule a déjà suscité bien des luttes, et il paraît destiné à exciter autour de lui une irritation vive.... dans le Corps médical.... irritation à laquelle ne manque ni le stimulus ni la réaction.

Je me contenterai de poser deux questions et de les résoudre, s'il est possible :

1° Le tubercule peut-il être reconnu d'une manière certaine? possède-t-il une structure particulière et des éléments caractéristiques?

2° Les éléments caractéristiques du tubercule existent-ils parfois dans nos solides et nos liquides, hors de l'état pathologique, ou doivent-ils être considérés comme un produit nouveau, hétéromorphe, c'est-à-dire sans analogue dans l'économie?

Première question. — Le tubercule peut, dans un grand nombre de cas, être reconnu à l'œil nu par tous ceux qui seront familiarisés avec les études anatomo-pathologiques; cependant, il présente des apparences très-diverses, suivant les phases de son développement, ou, pour employer des expressions consacrées, suivant son état de granulation grise, de crudité ou de ramollissement, suivant aussi qu'il est infiltré ou en masses. La diversité des aspects a été assez bien décrite et reproduite par des comparaisons, en général assez heureuses, pour que je me croie dispensé de rappeler ici les caractères physiques de ces états différents; mais, à tous les degrés, le tubercule peut être confondu avec des produits pathologiques qui le simulent plus ou moins exactement : de là une source réelle d'embarras et d'erreur pour l'observateur qui refuserait l'assistance des moyens adjuvants parmi lesquels, pour le cas actuel, le microscope doit être placé au premier rang.

C'est ainsi que certains états du tissu médullaire des os; que certains dépôts de matière amorphe, ou de tissu fibro-plastique à l'état naissant, revêtent les caractères de la granulation grise.

C'est ainsi encore que des dépôts fibrineux, mélangés ou non à du pus; que du pus concret dans les os ou au voisinage des articulations malades; qu'enfin même l'infiltration graisseuse des cellules cancéreuses, et certaines accumulations d'épithélium altéré, peuvent être pris pour du tubercule parfait et plus ou moins consistant.

Les tumeurs du foie fournissent des exemples de ces difficultés, et aussi quelques hypertrophies glandulaires. J'ai ainsi vu tout récemment une tumeur de la lèvre, qui était constituée par une hypertrophie des glandes labiales, et qui avait été supposée cancéreuse. Or, c'est certainement à du tubercule caséeux, un peu ferme encore, que son tissu ressemblait physiquement le plus.

Quoique nos yeux soient plus exercés peut-être que ceux de beaucoup d'autres observateurs, nous sommes assez fréquemment dans le doute, et je dois même dire qu'il m'est arrivé de trouver dans une masse pathologique les caractères extérieurs très-accusés du tubercule, et de recevoir un démenti de l'inspection microscopique.

Faut-il en conclure que le tubercule n'existe pas comme tissu distinct, et qu'il existe seulement, pour les produits pathologiques, une *apparence tuberculeuse?* Faut-il, en un mot, que le substantif devienne seulement un qualificatif? Point du tout : nous retomberions dans cette phase où la matière noire du poumon était prise pour de la mélanose; où le cancer encéphaloïde empruntait son nom à sa ressemblance avec la substance cérébrale, ce qui enfantait une étrange théorie étiologique du cancer; où, pour dernier exemple, on parlait d'ossification accidentelle, de cartilaginification des tissus et des organes, lorsqu'il s'agissait seulement de dépôts terreux amorphes et d'hypertrophie fibreuse.

Cette période est passée, et, Dieu merci! les caractères physiques et extérieurs, trop fugaces, trop capricieusement variables, sans être abandonnés, ont cédé le pas à des données plus sûres. La distinction que nous cherchons à faire est aussi légitime que la réforme antique faite par les anciens anatomistes, lorsque ceux-ci séparèrent les nerfs longtemps confondus avec les tendons, à cause d'une sorte de similitude de couleur, de forme et de résistance.

Avons-nous un moyen de sortir de l'incertitude, d'éviter l'erreur? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, et j'établis qu'étant donnée une tumeur, un dépôt d'apparence tuberculeuse, on peut dire sûrement si elle renferme ou non du tubercule. N'allez pas croire, cependant, que la solution du problème soit toujours aisée et qu'elle n'exige qu'un examen léger. La détermination précise des produits pathologiques présente des difficultés que nous n'avons aucun intérêt à cacher : il faut autant d'habileté pour se servir bien du microscope que pour bien disséquer le ganglion optique ou le nerf de Jacobson. C'est encore là une vérité qu'il faut dire, non pour nous faire un piédestal, mais pour rassurer et soutenir les esprits trop prompts à se décourager et à proclamer l'impuissance d'un moyen parce qu'il ne fournit pas aux néophytes des résultats d'une constatation facile.

L'examen microscopique du tubercule est certainement un des points malaisés et pénibles de l'histologie pathologique; mais il existe un certain nombre de caractères qui mènent à la reconnaissance de ce produit.

Le tubercule renferme : 1° un grand nombre de *granulations moléculaires* très-tenues, plus ou moins isolables, et qui flottent dans le liquide qu'on ajoute à la préparation ;

2° Une *matière unissante, amorphe,* insoluble dans l'eau, très-difficile à dissocier mécaniquement, et qui donne aux fragments de tubercule une adhésion, une consistance que l'œil et les procédés manuels apprécient déjà bien ;

3° Des *corpuscules particuliers,* irréguliers, très-petits, anguleux, avec ou sans apparence de noyaux ou de granulations centrales, insolubles dans l'eau et dans l'acide acétique, etc., etc., corpuscules que presque tout le monde admet ou semble admettre, et dont les caractères sont assez bien connus pour que je renvoie aux traités spéciaux, celui de M. Lebert, par exemple ;

4° Par exception, de la graisse, des dépôts calcaires, parfois aussi des éléments fibro-plastiques, des corpuscules de pus, des cellules d'épithélium, etc., etc., mais je pense que ces additions doivent être regardées comme accidentelles.

Tels sont les éléments anatomiques que renferme le tubercule quel qu'il soit.

Les uns sont fondamentaux : granulations moléculaires, matière amorphe, corpuscules ;

Les autres, accessoires et accidentels : graisse, dépôts salins, éléments fibro-plastiques, globules de pus, etc.

Il faut ajouter un fait important. Lorsque l'on prend un fragment de tubercule dans un organe quelconque, il arrive fréquemment qu'on entraîne en même temps une certaine proportion *des éléments anatomiques sains ou altérés* qui appartiennent à l'organe dans lequel le tubercule s'est développé.

C'est ainsi, par exemple, qu'en anatomisant des ganglions lymphatiques infiltrés de tubercule, on trouve souvent mélangée à ce produit hétéromorphe une quantité plus ou moins grande des cellules particulières que renferment normalement ces organes ; j'ai constaté bien souvent ce fait avec bien d'autres auteurs, du reste.

C'est encore pour cela que je ne choisis pas les tubercules du poumon pour démontrer la structure du produit en question, parce que le champ du microscope est encombré par l'épithélium de l'organe. Il y a donc dans le choix des échantillons quelques précautions à observer, car on n'est jamais forcé, que je sache, de prendre pour la démonstration les cas les plus difficiles.

Ceci étant établi, il est encore une circonstance fondamentale à rappeler, et nous en trouvons la base dans l'anatomie normale aussi bien que dans l'anatomie pathologique.

Etant donnés les éléments anatomiques qui constituent un tissu normal ou accidentel, il faut chercher si ces éléments seront toujours, les uns par rapport aux autres, dans les mêmes proportions et au même état ; si dans le tubercule, par exemple, nous trouverons constamment la même proportion de granules moléculaires, de corpuscules tuberculeux, de matière unissante amorphe, si cette dernière aura toujours la même cohésion, si les corpuscules auront toujours le même volume.

Je touche ici à un point délicat, et qui demande de l'attention.

Examinons du sang : il se compose d'une partie liquide, de globules rouges, de globules blancs. Personne ne contestera que ces trois parties ne soient *les éléments anatomiques* du fluide nourricier. Or, les globules rouges peuvent être très-nombreux ou très-rares ; les globules blancs sont dans le même cas, et cela arrive dans l'état normal pour certaines régions, puisque le sang de la veine splénique est toujours très-bien fourni de ces globules qu'on rencontre très-rarement, au contraire, dans les veines de la langue.

Le sérum, à son tour, peut être en excès ou en défaut relatif.

Malgré ces différences très-grandes de composition anatomique, un liquide composé de ces trois éléments est toujours considéré comme du sang.

Je pourrais raisonner de même, et bien facilement pour le pus.

Eh bien! retournons au tubercule. Voici ce que l'observation démontre : la granulation grise renferme beaucoup de matière amorphe, qui y est très-consistante ; on rencontre peu de granulations moléculaires, peu de corpuscules.

Dans le tubercule cru, les granulations augmentent considérablement. Les corpuscules sont petits, pâles, assez nombreux, mais la matière amorphe, très-abondante encore, agglutine tellement ces éléments, qu'un nombre assez restreint d'entre eux s'isolent de manière à être étudiés commodément.

Dans le tubercule ramolli, c'est-à-dire ayant acquis une phase plus avancée dans son développement, il y a quantité prodigieuse de granulations moléculaires et de corpuscules tuberculeux ; ils sont d'autant plus appréciables, que la matière unissante a perdu sa cohésion et s'est peut-être dissoute, peut-être résorbée.

Des différences physiques extérieures correspondent à ces modifications dans l'arrangement et la proportion des éléments, de sorte que l'on peut déjà à l'œil nu prévoir le résultat ultime fourni par le microscope.

A-t-on cessé pour cela d'avoir affaire à du tubercule? Non, sans doute. La proportion des éléments anatomiques ne sert qu'à établir des variétés dans les espèces et les genres, variétés dont il faut tenir compte, qu'on utilise souvent, mais qui ne dérangent pas l'harmonie de la classification. Il ne faut pas croire pour cela que le tubercule soit le seul produit auquel s'appliquent les réflexions précédentes. J'ai déjà parlé du pus. Voyons le cancer.

On y rencontre communément :

1° De la matière amorphe, unissante, liquide, demi-liquide ou solide ;

2° Des granulations moléculaires libres, plus ou moins abondantes ;

3° Des cellules à noyaux spécifiques, ou au moins des noyaux très-caractéristiques ;

4° Du tissu cellulaire plus ou moins condensé ;

5° Des vaisseaux capillaires.

On y trouve par hasard de la graisse, de la mélanose, des corps granuleux, etc., etc., que l'on considère à bon droit comme accessoires. On sait combien ont été multipliées les variétés du cancer, et ceux qui ont le plus cherché à simplifier l'énumération, admettent au moins quatre espèces de cancer dont chacune affecte plusieurs formes.

C'est faire trop ou trop peu. Trop peu, dis-je, car si on veut faire des subdivisions fondées sur l'aspect physique, c'est par dizaines qu'il faut compter les variétés de cancer ; trop d'un autre côté, puisqu'il suffit d'admettre un seul cancer avec des différences dépendant de la proportion plus ou moins grande des éléments principaux ou accessoires et l'état dans lequel ils se trouvent. Le nombre des aspects divers égale la quantité de combinaisons numériques qu'on pourrait avoir en groupant cinq ou six chiffres de toutes les manières possibles.

S'il est pourtant une idée qui triomphe aujourd'hui, c'est que squirrhe encéphaloïde, cru ou ramolli, mélanique ou hématode, etc., etc., sont avant tout des cancers avec leur pronostic terrible et leur évolution à peu près irrésistible.

Chacun des trois membres de la funeste triade hétéromorphe : pus, tubercule, cancer, possède un élément anatomique qui, plus facile à reconnaître que les autres, est considéré comme caractéristique, et, à bon droit, sa présence stigmatise une tumeur comme le spermatozoïde stigmatise la sécrétion du testicule; les corpuscules nerveux, la substance grise ; le cul-de-sac glandulaire, l'organe sécréteur.

Pour le pus, c'est le globule purulent que personne ne nie; pour le cancer, c'est le noyau, grand, nettement limité et muni de nucléoles multiples; pour le tubercule, c'est un corpuscule fort petit, anguleux, irrégulier, dépourvu de noyau. Ainsi donc, *point de doute sur l'existence des éléments spécifiques.*

En admettant ces formes particulières qu'affecte la matière solide, je ne m'occupe nullement de leur mode de formation. Je ne me demande pas si le globule de pus résulte de l'agglomération de plusieurs noyaux, si le noyau est formé d'un agrégat de granulations moléculaires. Je ne m'inquiète pas davantage de savoir si la masse morbide a la propriété de se séparer spontanément ou mécaniquement en particules d'une certaine forme, ces questions pour le moment ne m'inquiètent guère. Je constate seulement, je fais comme le botaniste, qui fait des familles en examinant la forme d'un ovaire et les caractères de la graine, le nombre des cotylédons et la direction du germe, etc., etc.

Armé d'un moyen de diagnostic aussi précieux, combien de questions je puis résoudre. Une tumeur est soumise à mon examen, après l'avoir disséquée avec soin, si cela est nécessaire, après avoir noté sa consistance, sa couleur, l'arrangement des éléments qui la compose, après donc ces préliminaires (dont nous nous acquittons aussi bien que tout autre, car nous avons la prétention d'être anatomistes en même temps que *micrographes*), je procède à l'examen, je cherche un des trois éléments caractéristiques, et, si je le trouve, je puis dire : là il y a du pus, là du tubercule, là du cancer. J'indique aussi la proportion, le mélange, avec des tissus simples, cellulaire, vasculaire, etc., etc.

Si je ne trouve aucun des trois éléments, je puis savoir sinon exactement ce qu'est la tumeur, mais au moins ce qu'elle n'est pas, et alors s'il s'agit d'un cas que j'ai déjà étudié ou qui soit décrit quelque part, je puis déterminer exactement la nature du produit.

Si je ne trouve rien de caractéristique, ce qui arrive, soit parce que la tumeur est trop ancienne, ou que son tissu s'est altéré alors même qu'elle était encore sur l'homme vivant, je puis soupçonner, mais je m'abstiens de me prononcer, je note la chose pour le cas où semblable fait se présenterait de nouveau, et je vous renvoie sans solution, il est vrai, mais sans renseignement hypothétique; vous n'êtes pas plus avancé qu'avant de m'avoir consulté, mais vous l'êtes autant, et je ne vous ai pas dogmatiquement conduit à l'erreur.

Que peut-on exiger de plus d'un instrument physique, si ce n'est la constatation pure et simple d'un fait positif ou négatif? Que demande-t-on de plus au baromètre, au creuset, à la teinture de tournesol?

Il y a, touchant le microscope, un malentendu fâcheux, qui cesserait bientôt dans les bons esprits, si quelques personnes ne semblaient prendre plaisir à le perpétuer; plus royalistes que le roi, quelques-uns semblent demander aux lentilles grossissantes la solution complète des problèmes pathologiques, et ne l'obtenant pas, bien entendu, ils nient tout, jusqu'aux déductions légitimes que, *par une opération de l'esprit,* on tire justement des faits bien observés; on décore la négation d'un vernis de doute philosophique, ce qui ne laisse pas que de produire assez bon effet ; nous n'avons qu'une chose à répondre, regardez d'abord avec les yeux, puis vous interpréterez ensuite à votre guise; vous trouverez des faits que l'œil nu ne peut vous révéler, et quand vous aurez vu beaucoup de ces faits, vous chercherez les lois et les causes, non pas dans les lentilles, mais dans votre cabinet ou au lit du malade.

Voici comment nous procédons et comment nous croyons être dans la bonne voie. Sur cent tumeurs, je donnerai quatre-vingt-quinze fois au moins une solution satisfaisante. Je fais volontiers la réserve d'un vingtième des cas, parce que l'histologie n'est ni achevée ni infaillible, et qu'il faut bien admettre :

1° Que je puis me tromper parfois;

2° Qu'il existe des cas difficiles en histologie comme en tout autre constatation de faits physiques ;

3° Qu'il se rencontre des lésions qui ne sont pas encore connues.

Que les incrédules ou les gens difficiles se reportent au beau travail de A. Bérard sur le diagnostic, et ils y trouveront, sur la fragilité humaine, toute une philosophie qu'ils ignorent ou qu'ils ont oubliée.

Je m'aperçois que j'abuse de ces colonnes et que j'étends démesurément un de ces articles que plus d'un lecteur trouve assez volontiers ennuyeux, parce qu'il ne renferme pas d'histoires pratiques : or, je m'arrête et je ne discute même pas ma seconde question, que je déclare dans mon esprit tout à fait résolue. Je vais donc conclure néanmoins, mais après avoir fait remarquer que je me suis soigneusement abstenu de citer un seul nom, d'invoquer un seul témoignage, d'attaquer aucune conviction ; si quelqu'un trouvait que mon argumentation a été trop vague, trop loin du terrain des faits, et voulait discuter ou se renseigner, je me tiens à sa disposition. Je vois un si grand avenir et des enseignements si précieux dans l'anatomie pathologique des Morgagni, des Laënnec, des Bichat, des Cruveilhier, aidée par les puissants secours des procédés physiques et chimiques modernes, que je considère les labeurs de ce genre comme des devoirs, sinon comme des plaisirs.

J'admets donc les propositions suivantes :

1° Le tubercule possède une texture particulière ;

2° Il se compose d'éléments constants et d'éléments accidentels et accessoires ;

3° Parmi les premiers, il en existe un appelé *corpuscule tuberculeux,* dont la présence est *caractéristique* et dont la présence suffit pour établir qu'il y a du tubercule ;

4° Dans l'état actuel de la science, les autres éléments anatomiques ne peuvent caractériser le tubercule; leur proportion, l'état dans lequel ils se trouvent, peuvent établir des probabilités, et servent d'un autre côté à rendre compte des variétés d'aspect que le tubercule revêt aux diverses phases de son évolution ;

5° La présence, la proportion, l'état des éléments accidentels et accessoires sert aussi à établir ces variétés ;

6° L'aspect tuberculeux peut s'observer dans des produits qui sont tout à fait dépourvus de l'élément caractéristique que nous avons admis ;

7° Ce même élément peut se trouver, quoique plus rarement, dans des produits dont l'aspect extérieur n'est pas celui du tubercule ;

8° Dans l'état actuel de la science, on peut *constater* la texture du tubercule et la présence de ces éléments ; l'interprétation étiologique de cette texture est prématurée ou difficile ;

9° Les tissus sains n'offrent jamais rien qui ressemble au tubercule;

10° Ce produit est accidentel ou hétéromorphe ; il doit, sous ce rapport, être rapproché du pus et du cancer, dont au reste il se distingue aisément.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les* n°s 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40 *et* 49 *du tome* 2.)

TREIZIÈME LEÇON.

Messieurs, ce n'est pas tout que de connaître les différentes espèces de bandages, il faut encore savoir les appliquer.

Quels sont les principes qui doivent guider le chirurgien dans l'application du bandage? On n'en trouve pas un mot dans les ouvrages des chirurgiens : c'est trop au-dessous d'eux. Pour ce qui est des bandagistes, chacun vous parlera de son appareil, et jamais de celui de son voisin.

Maintenant que vous savez quelles sont les différentes espèces de pelotes, de ceintures, de ressorts, etc. ; un individu hernieux étant donné, quel bandage appliquerez-vous? Ceci est la grande question des indications à remplir ; laissez de côté tout ce que nous avons vu de la confection des bandages ; occupez-vous de reconnaître la hernie et de bien saisir quelles sont les indications.

Pour une hernie petite, ordinaire, facile à réduire, étant encore dans le canal inguinal ou faisant à peine saillie en dehors de l'anneau externe, et chez l'adulte, quelles sont les indications? Il y en a deux : 1° guérir radicalement la hernie (jusqu'à 35 ans on peut et on doit la guérir, à condition que le bandage sera porté longtemps) ; 2° il faut maintenir la hernie; si elle est bien maintenue, vous n'avez qu'à faire garder le bandage pendant dix-huit mois ou deux ans, et vous guérirez le malade. L'indication quasi-unique est donc de maintenir la hernie correctement.

Les hernies ne sont-elles donc pas toutes maintenues ? Jusqu'à quel point le sont-elles ? Nombre de fois, au Bureau central, j'insistai sur ce point auprès des membres du Conseil des hôpitaux ; je leur disais : « Sur cinq hernies, il n'y en a pas souvent une de bien maintenue. » Une fois même il m'arriva d'examiner toute une série de hernieux en présence de l'un des administrateurs de l'Assistance publique : je ne trouvai pas un seul bandage qui contînt la hernie. Comment cela se pouvait-il faire ? L'application des bandages était contrôlée, mais elle l'était mal ; le bandagiste, qui avait tout intérêt à faire passer sa marchandise, appliquait son appareil ; le malade toussait, la hernie ne sortait pas, et le chirurgien chargé de surveiller le bandagiste ne regardait pas plus loin : cela se fait tous les jours ; on peut croire que la hernie est maintenue et elle ne l'est pas. Il faut bien savoir d'abord dans quelles conditions la hernie n'est maintenue qu'en apparence ; autrement, comment pourrait-on contrôler l'application d'un bandage et être sûr de son action?

Le bandagiste applique son bandage, il fait tousser le malade debout et la hernie ne file pas ; mais le malade monte un escalier et la hernie descend : voilà déjà un premier fait. Mais en appliquant l'appareil, le bandagiste voit que la pelote ne pince pas et que la hernie n'est pas contenue ; que fait-il ? Il retire le bandage, donne un coup de pouce au ressort, l'applique de nouveau et la hernie est maintenue; cela est très-mauvais. Pour qu'un bandage soit bon, il faut que, appliqué par une main habile, il maintienne la hernie du premier coup ; sinon, il faut le changer. Quelquefois, le bandagiste change simplement le ressort, et si c'est un bandage anglais, il ajoute au premier ressort un second plus petit ; il augmente ainsi la pression et la hernie est maintenue. L'est-elle réellement ? Le bandagiste dit au malade que la hernie est maintenue ; elle peut en effet l'être momentanément, mais il faut sept ou huit jours pour que l'on soit bien sûr de l'action d'un bandage; il faut que la pelote ait eu le temps de se tasser, et que le malade ait pu se livrer aux différents mouvements que nécessite la vie ordinaire sans que l'appareil lui ait fait faute.

Si, pour faire pincer la pelote, on ajoute au bandage un ressort très-fort, le malade pourra-t-il supporter cette pression? Non, certainement ; il sera horriblement gêné, il souffrira beaucoup ; il peut même avoir des excoriations, des points de gangrène : il faut donc rejeter entièrement cette manière de faire.

Mais il y a encore autre chose : un bandagiste applique son bandage debout, il voit que la hernie n'est pas contenue ; il change le bandage pour un autre tout pareil, le malade tousse et la hernie ne file pas. A quoi cela tient-il? A une petite ruse que voici : je suppose qu'un bandage ne contienne pas la hernie sur laquelle on l'applique; saisissez le scrotum avec l'index et le pouce, au-dessous de la hernie ; pincez-le en cet endroit, et la hernie ne sortira pas. Voilà ce que font ces messieurs les bandagistes. Mais, quand le malade sort de la boutique, sa hernie tombe parce qu'il n'a plus les doigts du bandagiste pour la soutenir. Que faut-il faire alors ? Il n'y a que deux choses : prier le fabricant de tenir ainsi toujours son index et son pouce appliqués, ou bien, ce qui vaut beaucoup mieux, il faut changer le bandage.

Mais est-ce assez qu'on puisse tousser et se moucher étant debout pour dire qu'un bandage est bon ? Non, il faut encore faire l'épreuve dans laquelle on fait mettre le malade accroupi, les jambes écartées, le corps penché en avant; dans cette position, faites moucher le malade. Sur 4 bandages que vous essaierez ainsi chez le premier bandagiste venu, il y en a tout au plus 1 qui résistera à cette épreuve. Il faut encore faire attention à l'effort qui a développé la hernie ; car s'il vient à se reproduire, il aura beaucoup plus d'action que lorsque le malade n'avait pas de hernie. Si, par exemple, c'est en soulevant un fardeau que la maladie s'est produite, appliquez le bandage et faites soulever un poids au malade, afin de vous assurer que, dans cette position, la hernie est contenue. Mais cela ne suffit pas encore : il faut attendre sept ou huit jours, comme je l'ai dit, avant de se prononcer, car la hernie peut être maintenue le premier jour et ne plus l'être le second.

Lorsque j'applique un bandage à un malade, je lui fais faire d'abord toutes ces expériences ; j'en ajoute encore d'autres : je lui dis de monter à cheval et de prendre une de ces rosses qui trottent des quatre pattes ; il faut qu'un bandage soit bon pour résister aux vigoureuses secousses que chaque temps d'un pareil trot communique au cavalier. Il y avait une bien belle épreuve à faire lorsque les boulevards intérieurs étaient pavés; on n'avait qu'à faire en omnibus le trajet de la Bastille à la Madeleine, on y était suffisamment secoué pour éprouver un bandage; mais maintenant ces boulevards sont macadamisés, et les boulevards extra-muros jouissent seuls de ce privilége. Il faut aussi faire monter et descendre un escalier quatre à quatre ; de plus, quand le malade monte à cheval, je lui recommande de relever beaucoup la jambe en enfourchant sa bête, et encore de tousser en même temps : si le bandage résiste ainsi au bout de cinq ou six jours, alors on peut dire qu'il est bon.

Malgré tout cela, le meilleur bandage est encore suspect; car il y a des individus qui éternuent si fort, qu'ils cassent quelquefois un bandage anglais ; chez les asthmatiques, lorsque les accès arrivent, il n'y a plus de sécurité possible dans le bandage ; il faut avoir soin de maintenir la pelote avec la main.

Vous voyez, messieurs, que j'insiste beaucoup sur la contention apparente : en effet, c'est tout ce qu'il faut quand on n'a pas l'espoir de guérir une hernie, et que l'on fait un traitement purement palliatif; que la hernie ne puisse pas sortir, c'est tout ce que l'on peut demander du bandage; la nature seule peut guérir dans ce cas. Mais, quand on a affaire à une petite hernie, que l'on peut et que l'on doit guérir par le bandage, il ne suffit plus que la hernie ne sorte pas, il faut qu'elle soit bien correctement contenue.

Voilà ce qui distingue la vieille école des médecins qui savent appliquer un bandage.

Les bandagistes appliquent une pelote sur l'anneau externe, comme faisaient Boyer et les médecins jusqu'à il y a peu d'années encore ; la hernie ne sort pas, mais elle est encore dans le canal, et dès lors elle ne guérira pas : ils ont beau cacher la partie supérieure du canal en faisant une pelote très-large, les parois du canal ne sont pas appliquées l'une contre l'autre, et il est très-rare de voir ainsi guérir des adultes. Les enfants guérissent quelquefois, parce que chez eux le canal est très-peu étendu, alors la pelote *risque* fort d'appuyer sur son trajet ; c'est un pur hasard si l'on obtient un résultat favorable, et l'on peut dire des enfants à qui on applique un pareil bandage, qu'ils sont *exposés à guérir*. Et en effet, le plus souvent ils ne guérissent pas. Or ceci est une chose monstrueuse, car un médecin qui ne guérit pas un enfant dans l'espace d'un an, peut être accusé de négli-

gence ; et quand je dis un an, c'est pour ne pas trop charger votre responsabilité.

Cela dit, je reviens maintenant à la contention réelle : la hernie sera véritablement contenue si, lorsqu'elle occupait tout le canal, on la fait rentrer dans la cavité abdominale et on l'empêche d'en sortir. Si le bandage presse bien sur l'anneau interne, la hernie sera supérieurement maintenue ; mais, comme en appliquant la pelote sur un point aussi limité on n'est pas assez sûr de son action, et comme ce n'est pas trop de chercher à obtenir l'adhésion des parois du canal inguinal tout entier, c'est sur tout le trajet du canal que la pelote doit porter : dans ces conditions, le ressort doit appuyer sur le centre de la pelote qui appuiera ainsi sur le centre du canal.

Mathias Mayer avait eu une idée lumineuse; il disait qu'un bandage quelconque devait avoir pour but de remplacer l'action de la main. Or, que fait-on ? On applique le pouce en travers sur le canal ; remplacez le pouce par une pelote, voilà le meilleur bandage si la pelote ne bouge pas : si le malade fait un mouvement, le pouce intelligent suit ce mouvement ; faites la pelote un peu plus large afin qu'elle ne quitte jamais le canal, et qu'en appuyant sur le centre de ce canal, elle étende son action à toute l'étendue de ce trajet : voilà l'indication. Il faut en outre que la pelote soit assez dure et presse assez pour maintenir les deux parois du canal accolées. Et qu'importe comment on arrivera à ce résultat ? Employez le bandage anglais ou le bandage français, c'est à merveille, du moment qu'il remplit bien l'indication ; appliquez les deux parois l'une contre l'autre dans toute l'étendue du canal, et empêchez la hernie de sortir du ventre, voilà tout ce qu'il faut.

Je vous ai bien dit : il y a tel ou tel avantage à employer tel ou tel bandage; mais si un individu n'a jamais porté de bandage, je commence par appliquer le ressort anglais. Mais la plupart des malades viennent munis d'un bandage français ; le hasard est une grande puissance, et quelquefois il arrive qu'on tombe sur un bon bandage : j'examine la chose, et, si le ressort est bien fait, et que la pelote s'enfonce suffisamment, je dis au malade de garder son bandage, parce qu'il s'y est accoutumé. Mais vous direz : « Ce ressort a tel inconvénient que n'a pas tel autre. » Oui, mais le malade a l'habitude de celui-là. « Le ressort est un peu trop fort. » Que m'importe ? le malade peut supporter cette pression. Ainsi, que mon indication soit remplie, qu'elle le soit comme on voudra, peu m'importe.

Vous avez une hernie qui est maintenue par une courroie, va pour la courroie, pourvu que l'indication soit remplie ; elle sera en cuir, en toile, en futaine, etc. ; à merveille, du moment qu'elle remplit les conditions voulues. De même que, dans les opérations sanglantes, les procédés ne sont que des serviteurs de deuxième ordre, dominés par l'indication, il en est de même des hernies : peu importent les bandages spéciaux et les brevets, l'indication étant remplie, faire porter la pression sur toute l'étendue du canal, la hernie sera bien maintenue.

Quand, au contraire, la hernie sort tout à fait et qu'on n'a plus espoir de la guérir, faut-il ainsi presser sur le canal ? Non, certainement. Voici une nouvelle indication : si vous appliquez une pelote dure sur la hernie d'un vieillard (vous savez qu'il y a des vieillards ne 30 ans, et que l'on rencontre des individus qui sont encore jeunes à 50 ans), si le sujet est débilité, l'anneau éraillé, il n'y a plus de guérison à espérer, le même bandage ne convient plus, tandis qu'il était excellent pour un jeune homme ; la pression qu'il faut exercer avec la pelote pour maintenir les deux parois du canal inguinal appliquées l'une contre l'autre, serait beaucoup trop forte ici et risquerait d'élargir encore les anneaux et d'érailler les parois du canal.

Je vous ai déjà dit que j'avais vu des anneaux éraillés par la pelote dure de Hérisson et Carpenter, par le bandage de Fournier (de Langres) : je vous ai dit que j'avais eu moi-même des accidents : Parisot, souffrant d'une hernie, désira me consulter ; il aurait bien voulu guérir. Je lui racontai l'histoire d'un malade âgé de 60 ans, que j'avais guéri d'une hernie par l'application d'un bandage, et il se décida résolument à en porter un aussi. Je lui appliquai un bandage comme j'en aurais mis un à un jeune homme : au bout de six mois, l'anneau était éraillé et plus dilaté qu'avant ; j'avais donc nui à mon malade, et après ce mauvais résultat, je n'ai pas cru devoir recommencer. Chez les vieillards, il faut des pelotes plus molles et plus plates ; il faut seulement empêcher la hernie de sortir à l'extérieur, et ne pas s'inquiéter si elle est encore un peu dans le canal : dans ces cas, au lieu d'avoir une pelote elliptique, qui appuie entièrement sur les parties molles, on se trouve bien des pelotes un peu triangulaires, qui portent en partie sur le pubis et en partie sur le canal, de sorte que l'on est sûr qu'elles n'enfonceront pas l'abdomen.

Donc, si la hernie est petite et que le sujet soit jeune, une pelote de moyenne grandeur, saillante et elliptique ; si la hernie est petite et le sujet vieux et débilité, pelote petite, plate et triangulaire ; et si la hernie, chez un vieillard, est grosse et l'anneau éraillé, une grosse pelote triangulaire et plate, pelote à *bec-de-corbin*.

Quelles sont les autres circonstances qui pourraient empêcher d'appliquer un bandage? J'ai vu un vieillard très-maigre, chez qui l'anneau était éraillé et la hernie passait au-dessus de l'épine du pubis, qui était très-saillante, au point que la pelote était percée en trois jours, c'est dans ces cas que je me suis bien trouvé des pelotes à air.

Il y a quelques jours, M. Gariel me montra des pelotes à air en caoutchouc vulcanisé, à tous égards, d'ailleurs, semblables aux pelotes anciennes. Je fis cette seule objection : « L'air ne passera-t-il pas à travers ces pelotes comme il passait à travers les autres ? » Il m'a répondu qu'il y avait six mois que ces pelotes étaient employées, et que l'air ne s'en était pas encore échappé ; mais comme les pelotes de Cresson et de Salmon laissaient passer l'air dans l'espace d'un an, ce n'est pas assez de six mois pour savoir si celles de M. Gariel seront meilleures ; il faut donc attendre encore.

J'ai parlé de ces individus qui ont le pubis relevé en haut et le sacrum, au contraire, rejeté en bas, et chez qui on ne peut appliquer de bandages ; c'est chez ces sujets que le bandage de M. Rochard, prenant son point d'appui sur les crêtes iliaques, trouve son indication et est réellement avantageux.

Avec ces moyens, je crois que l'on pourra maintenir toutes les hernies, excepté cependant un cas que voici : Je fus un jour consulté avec Breschet par un monsieur qui portait une hernie à droite en même temps qu'un énorme varicocèle. Il était très-difficile de traiter en même temps le varicocèle et la hernie, j'essayai de le faire, mais je ne réussis pas : quand j'appliquais la pelote sur l'anneau au-dessus du varicocèle, j'appuyais sur les veines et le varicocèle doublait de volume et la pelote était soulevée ; j'y renonçai : dans un cas pareil, j'aurais voulu essayer le procédé de M. Bonnet (de Lyon), qui ne guérit pas radicalement, mais qui peut oblitérer le sac : je le proposai, mais on n'accepta pas.

Voilà pour les hernies ordinaires.

Il nous reste maintenant à considérer quelques petits cas spéciaux : voilà, par exemple, une hernie chez un nouveau-né ; vous savez que ces petits enfants pissent cinq ou six fois par jour sur leur bandage, et ont bientôt fait de le perdre. Dans un temps, je préférais le bandage français pour les petits enfants, parce que le bandage anglais serre assez bien quand on est debout, mais quand on est couché, comme le ressort est un peu éloigné de la hanche, il est plus difficile de dormir de ce côté ; mais « qu'allez-vous faire, dira-t-on, vous allez presser sur le bassin encore tendre de cet enfant. » On croit que le bandage va entrer dans cette cire molle, du tout ; on peut y appliquer des pelotes très-dures. « Mais si vous serrez le bassin de l'enfant avec des courroies, vous l'empêcherez de se développer. » C'est une monstrueuse erreur ; cela traîne encore dans quelques livres à la honte de la science ; il ne faut pas y faire attention ; mais il y a un grand inconvénient à se servir pour les enfants de bandages à ressort, ils pissent continuellement dessus et les corrodent promptement ; ou bien, en supposant que le bandage ne casse pas, on peut faire sécher la pelote, en mettant pendant ce temps un bandage de rechange ; mais la pelote se durcit et vous savez

quels sont les inconvénients des pelotes durcies comme du parchemin.

J'étais consulté journellement par de malheureuses femmes dont les enfants faisaient ainsi une ruineuse consommation de bandages. J'imaginai donc de faire porter à ces petits enfants des ceintures de futaine, que j'emploie aussi bien chez les riches que chez les pauvres : c'est une petite ceinture de futaine, qui étreint le corps de l'enfant : à cette ceinture, je fais coudre en arrière un sous-cuisse ; le tout bien matelassé. J'ai donc une ceinture munie d'une boucle, et le sous-cuisse muni également d'une boucle. Quant à la pelote, c'est tout simplement un petit sachet de futaine ; primitivement, je l'avais fait coudre à la ceinture, mais maintenant voici comment je procède : je place la ceinture, je la serre au point voulu, et alors je mets ma petite pelote que j'attache à la ceinture et à l'extrémité antérieure du sous-cuisse ; cette petite pelote, épaisse d'un travers de doigt, est excellente ; elle a de plus un autre mérite : la futaine ne coûte pas cher ; on fait plusieurs pelotes semblables, et l'on peut facilement en changer quand il en est besoin. En appliquant bien cet appareil si simple, on peut, en un ou deux mois, trois mois au plus, guérir un enfant ; je dirai plus, non-seulement on peut, mais on doit le guérir.

Les bandagistes disent quelquefois avec orgueil : « Nous guérissons la majeure partie des enfants nouveau-nés. » « Mais, malheureux ! leur dis-je, vous vous vantez d'en guérir le plus grand nombre avec vos détestables bandages ; c'est là précisément ce qui vous accuse : vous devriez les guérir tous. »

Mais maintenant voici une hernie avec un testicule à l'anneau. Qu'allez-vous faire ? Dans ce cas, la seule indication est de faire descendre le testicule ; après sa descente, vous vous occuperez de la hernie.

Quand il y a une hernie double, ce qu'il y a de mieux, c'est le bandage anglais ; qu'il soit en acier ou en cuir, cela ne fait rien, pourvu que l'indication soit remplie. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Avril 1854. — Présidence de M. Combes.

Absorption de l'azote de l'air par les plantes.

M. Ville termine la lecture, commencée dans la dernière séance, d'un Mémoire ayant pour objet de prouver que l'azote absorbé par les plantes pendant la végétation, ne peut provenir que de celui qui existe dans l'air à l'état libre.

Oxyde de carbone pur, considéré comme poison.

M. Adrien Chenot présente une Note d'où le *Compte rendu* extrait ce qui suit :

« Les faits que nous allons exposer ci-dessous conduisent, relativement à l'action toxique de l'oxyde de carbone pur, à la théorie suivante :

« Comme l'acide carbonique ne joue que le rôle d'*obturateur*, et que, gaz indécomposable à basse température, il est incapable de fournir l'oxygène nécessaire aux combustions qui entretiennent la vie, il cause la mort par asphyxie pure et simple ; il en est tout autrement de l'oxyde de carbone pur.

« Cet oxyde de carbone, en effet, en contact avec les merveilleux organes de combustion dont nous sommes doués, ne tarde pas à donner lieu aux trois effets suivants. Il passe à l'état d'*acide carbonique*, d'où résultent : 1° soustraction d'oxygène et conséquences ; 2° combustion de cet oxygène et conséquences ; 3° formation d'acide carbonique et conséquences.

« Ces trois effets sont inséparables, et le dernier occasionne l'asphyxie immédiate par interdiction de l'action des poumons et de tout acte de mouvement. Mais en même temps l'oxygène a été condensé : d'où est résultée une action de compression et de déchirement par le vide produit ; mais, de plus, la transformation de l'oxyde de carbone en acide carbonique a donné lieu à un dégagement d'environ 6,000 calories par litre d'oxygène, brûlé dans les spongiosités de notre organisation contenant cet oxygène qui allait servir à enrichir le sang.

« Ces 6,000 calories, développées dans des contacts intimes et des cellules d'atomes ou de petites sphères d'oxygène, occasionnent donc virtuellement et infailliblement une désorganisation par cautérisation, ce qui cause cette douleur atroce qui accompagne l'empoisonnement par l'*oxyde de carbone*, si différent en cela de celui que produit l'*acide carbonique*, qui cause une ivresse agréable, passant progressivement à une douce léthargie, plutôt qu'une sensation pénible.

« *Faits à l'appui de cette théorie.* — Un état de santé des plus pénibles est pour moi la conséquence de plusieurs empoisonnements par ce gaz.

« En 1846, j'étais à l'usine de Stolberg (Prusse), pour faire des études sur les minerais de zinc. Dans le cours de mes expériences, je voulus faire des études sur l'oxyde de carbone, qui est le résultat de la réaction des oxydes mêlés à un excès de charbon. Dans ce but, faute d'un instrument convenable pour recueillir ce gaz, je le puisais dans l'appareil avec une pipette, et le renvoyais sous une cloche. Pendant que j'étais occupé à cette opération, l'ingénieur des mines et de l'usine eut à me parler et me frappa sur l'épaule sans que je m'y attendisse ; je fis alors, à ce qu'il paraît, une ingération du gaz contenu dans ma bouche, et tombai immédiatement à la renverse comme foudroyé.

« Voici quels furent les effets extérieurs et intérieurs de cet anéantissement subit de toutes facultés extérieures, exposées d'après un extrait du procès-verbal que nous avons dressé, le directeur, l'ingénieur et moi, après que je fus un peu remis ; et cet extrait est d'une concordance complète avec un dernier accident dont je parlerai tout à l'heure, et qui m'est arrivé il y a deux mois.

« *Extérieurement* : 1° On tombe comme frappé par la foudre ; 2° les yeux sont renversés dans leur orbite ; 3° les membres sont crispés ; 4° la peau se décolore ; 5° les veines se gonflent et se dessinent d'une teinte noire sous la peau.

« *Intérieurement :* 1° La sensibilité est extrême ; la vie est pour ainsi dire exaltée ; toutes les idées ou tous les intérêts principaux, toutes les affections dominantes se reproduisent à l'esprit comme dans un mirage instantané ; 2° on éprouve, dans le thorax, des douleurs atroces, analogues à un arrachement intérieur ; cette douleur sourde est des plus vives ; on sent que le cerveau est vivement comprimé, soit comme action principale, soit comme action nerveuse provoquée par la douleur.

« Étant dans cette position, je fus porté à l'air sans aucunement m'apercevoir de ce transport, non plus que des lotions d'eau, de vinaigre, et des inhalations d'ammoniaque, etc. Au bout d'un quart d'heure, le sentiment extérieur revient lentement, et progressivement accompagné des douleurs intérieures dont il vient d'être question, mais alors se traduisant en un sentiment de suffocation accompagné de froid, et d'une sueur perlée sur tout le corps, mais particulièrement à la tête.

« Pendant plusieurs jours, la lassitude est générale et continuelle ; les digestions se font très-mal. Du reste, le dégoût de toutes choses est général. Le sommeil, de léger qu'il était, est devenu opiniâtre et lourd ; il est fréquemment troublé par des crampes aux jarrets et aux doigts de pieds.

« Pendant plusieurs mois, ces effets, tout en s'atténuant beaucoup, conservent une influence marquée sur la santé ; on est porté à la tristesse, à l'abattement et au dégoût ; on craint beaucoup le bruit inattendu d'un choc quelconque ; celui-ci provoque une secousse nerveuse analogue à une décharge électrique. Peu à peu cet état se modifie en passant à celui d'une espèce d'insensibilité qui, pour moi, s'est fixée plus particulièrement à l'extrémité des doigts, à des degrés d'intensité variable avec l'état de l'atmosphère. Somme toute, on le voit, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone pur est des plus terribles en lui-même et entraîne une désorganisation profonde.

« Je suis maintenant sous l'influence du second empoisonnement dont je viens de parler, et qui a eu lieu par la rupture subite d'un tube manomètre contre lequel je me suis heurté la tête dans un endroit étroit. Tous les symptômes intérieurs sont absolument les mêmes, mais je ne fus pas renversé ; je restai dans un état de demi-connaissance et capable de me soigner moi-même, suivant que je m'étais promis de le faire soit pour d'autres, soit pour moi.

« Persuadé que le mal intérieur résultait d'une lésion provoquée par l'effet que je viens de dire à propos de la théorie de l'action de l'oxyde de carbone comme poison, j'ai bu, pendant plusieurs jours et autant que je l'ai pu, de l'eau gommée et de guimauve : je crois avoir atteint mon but autant que possible. Néanmoins, le dégoût, la faiblesse et une force d'inertie insurmontable me dominent continuellement ; l'insensibilité de l'extrémité des doigts est devenue extrême ; et, par opposition singulière, non-seulement les chocs me font frémir électriquement, mais une goutte d'eau qui tombe sur ma peau, ou un attouchement quelconque, même le mien, me produisent une sensation d'irritation. Les bains semblent faire un bien extrême ; plusieurs heures après, le calme est beaucoup amélioré ; mais quelquefois, dans le bain, on éprouve une espèce d'agacement général. »

Embryogénie du cœnure cérébral.

M. de Quatrefages communique l'extrait suivant d'une lettre qu'il a reçue de M. Küchenmeister, qui continue, aux frais de son gouvernement, ses curieuses expériences sur l'embryogénie des vers cestoïdes ;

« Lorsque les têtes du cœnure ne sont pas bien développées, elles avortent; mais lorsque leur développement est complet, chacune d'elles, ou peu s'en faut, donne naissance à un ver rubanaire. Un petit nombre seulement échappe à la transformation. Celle-ci peut être ou retardée ou empêchée par certaines affections du tube intestinal accompagnées de diarrhées et d'ulcérations (*typhus abdominalis, catarrhus folliculorum acutus*, etc.). Sur cent têtes de cœnure données avec des aliments, j'en ai trouvé quatre-vingts transformées en ténia.

« Vos réserves au sujet de mes conjectures sur le polymorphisme du cœnure et des cysticerques étaient parfaitement fondées. Six moutons, nourris avec des œufs de ténia du cœnure, ont montré à la fois des cœnures dans le cerveau, et de plus, un grand nombre de jeunes vésicules enkystées (*incapsulées*) sur les parois du ventricule, de l'œsophage, du diaphragme, du cœur, du poumon, etc. Mais tous ces germes ont dépéri et aucun d'eux n'a donné naissance à un cysticerque ténuicolle. »

L'auteur de la lettre ajoute quelques réflexions sur les prétendues ovicapsules des cysticerques et sur les rapports qui existent entre la grandeur des vésicules et celle des crochets embryonnaires. Il promet d'envoyer prochainement une suite de cœnures à divers degrés de développement, et exprime une vive reconnaissance pour la manière dont l'Académie a récompensé ses travaux.

M. de Quatrefages présente à l'Académie la collection de cœnures en voie de développement, annoncée dans la lettre précédente. L'Académie décide que ces préparations seront déposées dans les collections du Jardin des Plantes.

Séance du 24 avril.

Canaux biliaires.

M. Alb. Puech adresse un Mémoire dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

« .... Ayant eu occasion d'examiner le foie d'une femme tuberculeuse, la disposition des canaux hépatique et cystique me parut notablement différente de celle que j'avais admise d'après les ouvrages des anatomistes. Ce que j'observais constituait-il une anomalie ou simplement une exagération du cas normal? C'était une question qui ne pouvait être résolue que par une suite de recherches, je commençai dès lors à m'en occuper.

« Comme il serait trop long de consigner ici tous les détails de ces diverses recherches, je n'en présenterai que les résultats avec les faits sur lesquels ils s'appuient.

« 1° Si l'on examine avec soin les canaux hépatique et cystique à leur point de réunion, on constate sur leur face antérieure et postérieure l'existence d'un petit sillon médian interposé entre les saillies convexes que présentent ces deux canaux, sillon plus ou moins prononcé, à longueur variable (4 à 16 millimètres), et que rendent de toute évidence les injections ou la réplétion de ces canaux par la bile Sur une pièce parfaitement injectée, j'ai pu y poursuivre un ramuscule de la veine-porte.

« 2° Si, d'un côté, à la partie interne de ce prétendu canal cholédoque, 10 à 12 millimètres après sa naissance, on place une pince à demeure dont les mors ne dépassent pas le sillon; si, d'un autre côté, on place une autre pince sur le canal cholédoque, avant qu'il pénètre dans les parois duodénales, on aura beau exercer des pressions d'avant en arrière sur la vésicule pleine, jamais on ne parviendra à faire refluer la bile dans le canal hépatique. Lorsqu'il s'est présenté quelques exceptions, c'est que la cloison avait une moindre étendue, ce dont je me suis assuré par la dissection; enlevait-on, au contraire, la première pince, la bile refluait en toute liberté dans le canal hépatique. Je n'ai pas pratiqué d'injections par cette voie, mais, à mon avis, elles m'eussent donné les mêmes résultats, c'est-à-dire que tant que la pince à demeure eût comprimé complétement la moitié interne de ce double canal, elle n'eût coulé que dans le canal cystique et par lui dans la vésicule.

« 3° Si l'on introduit un stylet à cette même hauteur, suivant que l'on ouvrira le canal, soit par le côté interne, soit par le côté externe, on obtiendra des résultats différents : si c'est par le côté externe, on ira toujours dans le canal cystique, et la résistance des valvules en fera foi; si c'est, au contraire, par le côté interne, on ira, sans difficulté aucune, dans le canal hépatique.

« 4° Si par l'orifice duodénal on fait pénétrer un stylet, on arrivera dans le canal hépatique, et en vain le fera-t-on jouer dans son intérieur, on ne parviendra point à toucher au niveau de l'angle formé par les canaux hépatique et cystique la paroi externe de ce canal; veut-on l'introduire dans le canal cystique, on y parviendra difficilement. Sans doute, cette expérience est moins probante que les précédentes, mais elle a sa valeur; car, en indiquant l'existence d'une cloison, elle signale un rétrécissement valvuleux à l'ouverture du canal cystique.

« Si à ces diverses expériences on ajoute la dissection, le doute n'est plus permis. J'ai constaté cette cloison et l'ai fait constater un grand nombre de fois, et dans des démonstrations faites dans les salles de dissections, je n'ai pu m'empêcher de la signaler. Cette cloison n'est pas toujours aussi développée que dans le premier cas qui a servi de point de départ à mes recherches; mais, généralement, elle existe, et il n'y a que sa longueur qui varie. Je la vois sur mes notes se balancer entre 5 et 19 millimètres; elle avait 25 millimètres dans le premier cas. Lorsqu'elle est peu développée, elle existe à l'état d'éperon, et nous avons noté cette disposition. Chez l'homme, elle est plus rare. Ajoutons que sur un fœtus à terme et un enfant de deux mois, j'ai pu constater son existence, et que, toute proportion gardée, elle est aussi développée que chez l'adulte. N'y aurait-il là qu'un simple adossement des deux canaux unis par du tissu cellulaire? N'y aurait-il là qu'un simple accolement? C'est ce qu'il fallait éclaircir. Si, à cet effet, on se livre à une dissection patiente, minutieuse, on s'aperçoit que ce n'est point sans éraillures qu'on obtient une séparation artificielle; en outre, il n'y a point là du tissu cellulaire, mais bien le tissu propre des canaux bilieux, et l'on voit, à la loupe, les fibres aller de la paroi interne à la paroi externe de ce prétendu canal cholédoque se feutrer en se fortifiant mutuellement. Il y a donc là fusion intime des deux parois opposées des canaux hépatique et cystique; il y a donc là une cloison qui vient revêtir de chaque côté la muqueuse correspondante soit hépatique, soit cystique. Sans doute, dans l'état embryonnaire, il n'y avait là qu'un simple rapprochement; mais avec les progrès de l'âge, les deux parois se sont fusionnées sans plus laisser de traces de leur existence distincte que le sillon signalé et à la face antérieure et à la face postérieure du canal cholédoque.

« J'arrive au rétrécissement valvuleux que présente le canal cystique à son ouverture dans le canal cholédoque, ce que laissait entrevoir ma dernière expérience. Le rétrécissement valvuleux a une forme elliptique, légèrement ovalaire; sa direction est oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire de droite à gauche et de haut en bas. Son ouverture, peu considérable, diminue presque de moitié le calibre du canal cystique. Sa présence est constante, et bon nombre de dissections en font foi. Il ne m'a point été donné de constater son importance physiologique. »

Vers intestinaux.

M. Ch. Bonaparte lit un Mémoire de MM. les docteurs Ercolani et Vella, sur l'embryogénie et la propagation des vers intestinaux.

Les travaux récents des naturalistes allemands sur la transmission et les métamorphoses des *vers cestoïdes*, dit-il, ont attiré l'attention de l'Académie. Nos auteurs se sont occupés de la transmission et des changements que subissent les *nématoïdes*, peut-être les plus parfaits des vers, sur lesquels on ne sait presque rien.

Après avoir combattu les arguments les plus spécieux par lesquels on a voulu soutenir l'*hétérogénie*, ils cherchent à démontrer, par des faits aussi simples que clairement exposés, que, malgré l'opinion générale, les *helminthes* jouissent d'une ténacité merveilleuse de vie. C'est au point que leurs embryons vivent pendant huit jours plongés dans l'alcool, et revivent même après trente jours de desséchement complet.

L'embryogénie de l'*ascaride mégalocéphale* du cheval, peu connue jusqu'à ce jour, nous a paru presque complète. C'est dans le poumon du chien que M. le docteur Ercolani a obtenu le développement artificiel de l'*helminthe* en question. Le récit de ces expériences est suivi d'observations nouvelles d'embryogénie comparée relatives au follicule de Graaf, à la formation du chorion et de la membrane vitelline, et surtout au développement successif des appareils organiques des vers.

Il démontre finalement comment les œufs des *nématoïdes*, rentrés dans le corps des animaux avec les aliments, s'insinuent dans les parois des intestins, de sorte que leur présence peut (comme il est advenu) ne pas même être soupçonnée. C'est dans cette situation que ces œufs subissent une espèce d'incubation, et que l'embryon se développe pour rentrer dans la cavité intestinale où il est destiné à passer sa vie.

Les auteurs, en terminant leur Mémoire, résument les faits qu'ils ont exposés, en concluant :

« 1° Que les métamorphoses progressives des helminthes, jusqu'ici étudiées par Van-Beneden, Küchenmeister et Siébold, tout en nous révélant des faits nouveaux et étonnants, n'étaient point applicables à l'entière solution des graves questions qui se rattachent à la genèse de tous les helminthes;

« 2° Que, si les métamorphoses rétrogressives des œufs de ténias en cysticerques et cœnures ne nous ont pas, comme à d'autres expérimentateurs, réussi, elles nous ont cependant conduits à reconnaître une phase inférieure dans le développement des cysticerques des lapins; phase qui rapproche ce vers des vers les plus inférieurs et les plus simples : quoiqu'ils présentent une tête invaginée, ils manquent cependant de petites ouvertures, des crochets et de la vésicule caudale; aussi l'opinion de ceux qui regardent les cysticerques comme des ténias dégénérés n'est-elle pas bien fondée;

« 3° Que les nématoïdes ne subissent aucun changement de métamor-

phose progressive ; les changements de l'embryon sont des phases de développement : ainsi, les organes génitaux, même chez eux, sont toujours les derniers à se former et ne se présentent en entier que lors du complet développement de l'animal ;

« 4° Que les appendices cornés et les crochets qui manquent au *cysticerque du lapin* aux premiers degrés de développement, manquent aussi et ne se forment que lentement et après développement complet autour de la bouche du *strongle armé ;*

« 5° Que les œufs de l'*ascaris megalocephala* propre au cheval, se développent artificiellement dans le parenchyme pulmonaire des chiens;

« 6° Que la cessation des mouvements, la fluidité du corps chez les nématoïdes ne sont pas des signes suffisants pour conclure à la mort de ces animaux, car ils reviennent de cet état aussitôt qu'on les place dans l'eau tiède; même à l'état embryonnaire, quoique entièrement desséchés, ces vers reviennent, par ce moyen, très-promptement à la vie ; les nématoïdes meurent donc très-difficilement : les œufs et les embryons sont doués d'une ténacité de vie merveilleuse, au point de donner des signes de vie après six jours d'immersion dans l'alcool à 30 degrés;

« 7° Que cette ténacité de vie jointe au développement des œufs d'un nématoïde placé dans des conditions autres que celles où il vit, outre qu'elle fonde des faits nouveaux et importants, détruit les plus forts arguments invoqués par bon nombre de savants en faveur de l'hétérogénie ;

« 8° Que les œufs des nématoïdes exigent un temps assez long pour se développer après avoir été introduits avec les aliments dans le corps des animaux; qu'ils adhèrent d'abord tout autour des villosités de la membrane muqueuse intestinale pour s'enfoncer ensuite jusqu'à la péritonéale, et que là, hors de tout danger d'être éliminés, ils achèvent leur développement pour revenir enfin dans la cavité intestinale et y jouir de la vie;

« 9° Que ce simple mécanisme, en harmonie avec les lois qui règlent l'introduction des corps étrangers dans l'organisme, peut être très-facilement observé en examinant les tâches jaunâtres que l'on trouve dans les intestins du lapin ou dans le cœcum du cheval, et qui ne sont que des œufs de l'oxyure du lapin ou du strongle armé du cheval; parmi ces œufs on rencontre souvent les embryons microscopiques de ces nématoïdes ;

« 10° Que chez les femelles adultes de l'ascaris mégalocéphale et lombricoïde, on démontre facilement que les œufs ne se forment pas dans la dernière portion de l'oviducte, mais bien dans la partie supérieure et amincie qui représente un vrai ovaire;

« 11° Que sur la partie interne de l'ovaire des ascarides que nous venons de mentionner, pend une quantité infinie de corps pyriformes allongés représentant les follicules de Graaf des animaux supérieurs;

« 12° Que le follicule de Graaf, comme chez les animaux supérieurs, ne se déchire pas pour laisser sortir l'œuf, mais se détache en entier du strôme, perd sa forme pyriforme pour devenir ronde, tandis que la membrane du follicule persiste et devient le chorion de l'œuf;

« 13° Que la membrane vitelline se forme après que le follicule s'est détaché;

« 14° Que les changements des cellules vitellines, la formation de la membrane de ce nom, la rupture de l'œuf, la segmentation du jaune, la naissance et les progrès de l'embryon de l'ascaris mégalocéphale dans le poumon des chiens, constituent autant de phases de développement que l'on ne peut pas réduire ici en peu de mots. »

Le Mémoire, ajoute M. Ch. Bonaparte, est accompagné de figures représentant le parties génitales internes de l'*ascaris megalocephala* (Cloquet); son œuf à différentes périodes, avec ses changements de forme et de juxta-position ; plusieurs détails anatomiques de différents vers, et particulièrement la première période de développement du *cysticerque pisiforme* dans le foie du lapin.

Mouvement autonomique des fibres musculaires.

M. Flourens extrait les détails suivants d'une lettre qui lui a été adressée par M. Schultz-Schultzenstein :

« J'ai l'honneur de vous annoncer la découverte que je viens de faire d'un mouvement autonomique visible des fibres musculaires, procédant de soi-même, sans aucune incitation, et qui nous révèle complétement ce qui a lieu, sans que nous le puissions voir dans le mouvement vital musculaire. Je me borne à vous exposer le phénomène tel qu'il se présente chez les insectes, et je vous prie, monsieur, de vouloir bien communiquer cette observation à l'Académie des sciences.

« Si on arrache le pied d'une mouche vivante (*musca domestica*), de manière qu'une articulation soit rompue dans son milieu, on retire avec la partie arrachée le tendon médian garni de fibres musculaires détachées du tube de l'articulation. Cette touffe de fibres, observée dans une goutte d'eau à l'aide d'un grossissement moyen, montre un mouvement vermiculaire ou péristaltique, et en même temps un raccourcissement et un allongement actifs, alternants. On voit que ce mouvement est causé, non par l'enveloppe striée en travers des fibres, mais par les fibrilles contenues dans cette enveloppe, qui se présentent sous la forme de stries longitudinales des fibres, et qui se déplacent pendant le mouvement vers l'enveloppe, comme se déplacent les entrailles vers la peau d'un ver diaphane. Je vous envoie ci-jointe une représentation de ces phénomènes en deux figures, dont l'une montre la touffe entière des fibres arrachées avec le tendon, vue à un grossissement faible ; l'autre, trois fibres isolées plus grossies, où l'on voit mieux l'état des fibrilles actives qui sont à l'intérieur des fibres. Je donnerai une description détaillée de ces phénomènes merveilleux dans un ouvrage qui paraîtra bientôt, intitulé : *Die Verzungung im Thierreich*, et qui traite des objets de la zoologie générale. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nombre de cholériques entrés dans les hôpitaux :
Le mercredi 3 mai. . . . 25 (12 du dehors, 13 de l'intérieur);
Le jeudi 4. . . . . 24 (17 du dehors, 7 de l'intérieur);
Nombre de décès par suite de choléra :
Le 3. 11
Le 4. 12
Reste en traitement. . . . 227 cholériques.

— Le concours pour trois places de médecins du bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lailler, Ch. Bernard et Guibout.

— *Suppression des cliniques libres des hôpitaux de Lyon.* — La *Gazette médicale de Lyon* donne sur cette suppression les éclaircissements suivants, qui malheureusement n'éclaircissent pas grand'chose :

« Une note de la *Gazette hebdomadaire*, insérée sans les commentaires qui en auraient modifié le sens, et reproduite ensuite par tous les organes de la presse médicale ou même politique, a donné lieu à quelques interprétations regrettables, bien qu'assez difficilement admissibles. Ainsi, on a pu croire que des *médications excentriques* avaient été réellement signalées et qu'il avait pu s'ensuivre pour l'Administration un rigoureux devoir. Il est donc vraiment fâcheux que la *Gazette médicale*, à laquelle revenait naturellement le soin de publier un fait qui a causé une certaine émotion, même dans les zônes éclairées, mais mal renseignées de notre ville, n'ait pas pu s'en acquitter en temps opportun et de manière à prévenir toute méprise.

« La mesure que certes nous déplorons, et qu'on ne saurait défendre qu'au point de vue des intentions qui l'ont dictée, loin d'impliquer une appréciation quelconque de telles ou telles pratiques médicales, procédait exclusivement d'une simple préoccupation d'ordre matériel et de police administrative. Les médecins de l'Hôtel-Dieu, forts de leur conscience et des honorables sympathies que l'Administration elle-même leur a témoignées en cette circonstance, n'ont pas voulu faire, à un bruit sans fondement, une réponse qui, venant d'eux, pouvait paraître intéressée, et dont le développement obligé risquait de ne les plus laisser seuls en cause. Ils ont préféré se taire et attendre une solution définitive plus conforme à la justice, comme à l'intérêt bien entendu des études et des malades.

« Espérons que la modération dont ils ont fait preuve leur sera comptée. Espérons que l'enseignement libre, qui est non-seulement autorisé, mais encouragé dans toutes les Écoles de médecine ; qui a toujours été en vigueur à Lyon, et qui est une source d'émulation pour l'enseignement officiel, non moins qu'un encouragement pour les médecins qui doivent un jour y prendre part, ne sera que passagèrement suspendu ; espérons surtout que l'Administration des hôpitaux, si digne à tous égards de sa haute mission, après avoir constaté son droit d'initiative dans l'institution réglementaire de l'enseignement clinique, ne voudra pas priver longtemps la médecine lyonnaise de l'une de ses manifestations qui peuvent le plus contribuer à la célébrité de nos hôpitaux, et dédommager le mieux de l'absence d'une Faculté la seconde ville de l'empire. »

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, chef de clinique de la Faculté. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'École de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 55. 2e année. Mardi 9 Mai 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

***Rédacteur en chef :* M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 8 *Mai* 1854.

Séances de l'Académie des sciences du 17 et du 24 Avril.

Avant d'exposer nos impressions sur ces deux séances, constatons d'abord que M. Élie de Beaumont n'est pas seulement un savant éminent, mais qu'il est encore un secrétaire perpétuel de progrès : ses procès-verbaux ne sont pas encore tout à fait assez courts; mais deux fois de suite, il a su donner un assez vif intérêt au dépouillement de la Correspondance; l'attention de l'auditoire l'a récompensé de ses efforts; qu'il persévère, et l'auditoire deviendra plus attentif encore, surtout si M. le président fait surveiller un peu le banc de la coulisse où quelques amateurs assez peu scientifiques semblent venir pour tuer un peu trop bruyamment leurs loisirs, et où quelques savants sérieux viennent traiter de leurs petites affaires.

Parmi les nombreuses communications qui ont été faites dans les deux séances dont nous avons rendu compte dans notre dernier numéro, celle qui a le plus occupé l'attention publique et dont l'objet spécial ne nous a pas permis de lui donner beaucoup d'étendue dans notre Compte rendu, est celle de M. Ville sur l'absorption de l'azote de l'air par les plantes. Ce chimiste soutient, contrairement à M. Boussingault, dont nous avons rapporté les admirables expériences, que les plantes absorbent pendant la végétation l'azote libre de l'air; il fonde son opinion sur des expériences également fort ingénieuses, et qui prouvent, sinon que M. Ville a raison, du moins combien il est difficile d'arriver, en physiologie, à la solution de problèmes extrêmement simples au premier abord.

Nous ne pouvons entrer ici dans de grands détails sur les expériences de M. Ville; mais ces expériences fort heureusement peuvent se résumer en peu de mots; voici à quoi elles se réduisent :

Si, comme le pense M. Boussingault, l'azote des plantes ne vient pas de celui que l'air renferme à l'état libre, il faut évidemment qu'il soit fourni par d'autres corps; or, les autres sources sont le terrain, les engrais, l'ammoniaque, les poussières végéto-animales et les nitrates de l'atmosphère. Par conséquent, on ne peut retrouver dans les plantes que l'azote contenu dans ces diverses sources; mais non-seulement l'azote contenu dans le sol, dans les engrais, dans l'ammoniaque de l'air, etc., ne représente pas tout celui qui a été assimilé par les plantes, mais il n'en constitue pas même la moitié; donc, pour plus de la moitié au moins, cet azote ne peut provenir que de celui qui se trouve à l'état libre dans l'air. Telle est la manière de raisonner de M. Ville, qui appuie d'ailleurs ses raisonnements sur les expériences les plus curieuses et en apparence le plus rigoureusement exécutées. Ce raisonnement paraît inattaquable; une objection cependant peut lui être opposée : M. Ville a supposé, peut-être à raison, mais aussi peut-être à tort, qu'il ne pouvait y avoir d'autres sources d'azote que celles qui ont été indiquées jusqu'ici; il n'a pas prouvé directement que l'air qui passait sur les plantes en expérience perdait pendant son passage une certaine quantité de son azote, et l'on comprend qu'il n'ait pas pu le prouver, l'analyse de quantités considérables d'air étant à peu près impossible; il eût pu du moins en analyser plusieurs échantillons; il est même étonnant qu'il n'ait pas songé à ajouter ce supplément de présomptions en faveur de son opinion.

Les expériences de M. Boussingault, au contraire, sont d'une rigueur absolue, car dans ces expériences, l'air dans lequel les plantes ont végété ne s'étant pas renouvelé, toute réaction imprévue, toute cause inconnue d'erreur était par cela même éloignée. On ne peut adresser à M. Boussingault qu'une seule objection, c'est que précisément ce confinement de l'air a placé les végétaux en expérience dans des conditions anormales, et que les phénomènes doivent se passer différemment dans l'air libre et dans l'air confiné. Cette objection a sa portée, quoique, dans quelques expériences, les plantes observées par M. Boussingault soient parvenues à une maturité complète, ce qui semble bien indiquer une végétation normale; mais comme en définitive, cette objection ne repose que sur une vue *à priori* et sur des expériences indirectes, elle ne saurait être concluante contre les expériences de l'habile académicien; ces expériences resteront avec toute leur valeur, jusqu'à ce que le complément dont nous avons signalé l'absence ait été fourni par M. Ville. Ajoutons que le mémoire lu par le jeune et persévérant observateur est rédigé avec un talent d'exposition qui en a fait écouter la lecture avec un vif intérêt; c'est un genre de mérite auquel l'Académie des sciences n'est pas beaucoup plus habituée que l'Académie de médecine, et qui a une suffisante importance pour que nous n'omettions pas de le mentionner.

— Nous nous sentons peu de faible pour une communication qui commence en ces termes : « J'ai l'honneur de « vous annoncer la découverte que je viens de faire, » surtout quand cette *découverte* est celle de quelques contractions *in extremis* dans une patte de mouche qu'on vient d'arracher au corps de l'insecte. Il est vrai que M. Schultz-Schultzenstein, l'auteur de la découverte et de l'annonce dont il s'agit, ajoute que ces contractions sont *autonomiques*, c'est-à-dire « *procédant de soi-même, sans aucune incitation,* » ce qui leur donne sans doute une importance qu'on n'avait point soupçonnée. Toutefois, M. Schultz-Schultzenstein ne pense-t-il pas que tous les bambins qui ont arraché un morceau de queue aux lézards gris aient quelques droits à la priorité de la découverte qu'il croit avoir faite, sans compter les observateurs qui ont expérimenté sur les cœurs de grenouille, etc.

— M. Puech a signalé une disposition des canaux biliaires qui aurait gagné à être exposée d'une façon un peu plus claire.

— La même remarque peut être appliquée à la communication faite par M. Ch. Bonaparte, au nom de MM. Ercolani et Vella. Cette communication contredit, relativement à l'origine du ténia, la transformation admise par M. Van Beneden, d'après une seule expérience dont nous avons montré récemment toute l'insuffisance. Cette expérience est contredite aussi par la courte communication de M. Küchenmeister, laquelle, comme les précédentes, aurait besoin de quelques éclaircissements.

— Si la communication de M. Ville a été la plus intéressante, celle de M. Adrien Chenot a été certainement la plus étrange. Outre l'ingénieuse théorie qu'il a imaginée et qui n'a d'autre défaut que de trahir l'ignorance des premiers éléments de chimie physiologique, cet observateur a encore vu que lorsqu'on aspire un peu d'oxyde de carbone avec une pipette : « 1° on tombe frappé comme de la fou- « dre ; 2° les yeux sont renversés dans leurs orbites ; 3° les « *membres* sont *crispés;* 4° la peau se décolore ; 5° les veines « se gonflent et se dessinent d'une teinte noire sous la « peau. » Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que c'est sur lui-même que l'auteur a vu toutes ces choses que les *Comptes rendus* ont jugé à propos d'exposer tout au long dans leurs pages avares, où les observations sérieuses et importantes ont quelquefois tant de peine à trouver un espace suffisant pour leur entier développement. Si M. Chenot, avant de faire sa communication, avait ouvert un traité de médecine légale, il se serait assuré que tout ce qu'il y a de vrai dans ses observations est depuis longtemps de la science courante. H. DE CASTELNAU.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49 *et* 54 *du tome* 2.)

SUITE DE LA TREIZIÈME LEÇON.

Jusqu'ici, je n'ai parlé que de la hernie inguinale chez l'homme; je dirai fort peu de chose sur cette espèce de hernie chez la femme.

Vous savez que, pour ce sexe, la proportion des hernies inguinales est le quart de ce qu'on en trouve chez l'homme. Elle se présente tout à fait dans les mêmes conditions que chez l'homme: il y a d'abord une pointe, puis la hernie entre dans le canal, et enfin elle sort à l'extérieur. Le plus souvent, elle s'arrête là ; cependant, j'en ai vu qui descendaient jusque dans la grande lèvre. On la fait rentrer et on la maintient comme chez l'homme; mais, plus souvent ici, on a eu à lutter contre la saillie de l'épine du pubis. Je n'en dirai pas davantage de la hernie inguinale chez la femme; je dirai seulement en passant que, dans ce sexe comme chez l'homme, la hernie inguinale est plus fréquente que la crurale, quoi qu'on en ait dit.

Mais y a-t-il des hernies congéniales chez la femme? Oui, certainement. Mais comment cela se fait-il? C'est que la femme a aussi son petit canal vaginal; le ligament rond vient se perdre sur le pubis et entraîne avec lui (je ne sais trop quel était le but du Créateur) une petite portion de péritoine, et c'est là que se fait la hernie congéniale chez la femme. Non-seulement il y en a chez les jeunes enfants, mais encore ce petit canal peut rester ouvert jusque dans l'âge adulte, et l'une des plus belles observations du XVIIe siècle est un fait de ce genre : c'était une hernie en quelque façon congéniale, étranglée, chez une jeune femme qui ne savait jusque-là avoir une hernie : elle fait un effort et sa hernie s'étrangle ; elle succombe, on l'ouvre, et on voit que le sac herniaire existait depuis longtemps, et qu'il y avait un collet au sac.

Voilà tout ce que je dirai de la hernie inguinale chez la femme.

Je voudrais bien à présent vous donner quelques notions sur la manière de faire le taxis, ce que j'aurais déjà dû faire, car, avant d'appliquer le bandage, il faut faire rentrer la hernie. Les chirurgiens disent : « Il faut repousser les intestins suivant la direction qu'ils ont acquise, et si par hasard vous avez une hernie qui suit tout le trajet du canal inguinal et tombe dans les bourses, alors vous repousserez la hernie directement en haut pour lui faire franchir l'anneau externe, puis en haut et en arrière pour lui faire traverser le canal inguinal, et enfin directement en arrière pour la faire passer à travers l'anneau interne. » C'est une honte pour la science que de pareilles choses aient été écrites, je veux bien croire que les chirurgiens qui ont formulé ces préceptes avaient vu des hernies, mais d'après ce passage, il semblerait vraiment que, au moment où ils écrivaient, ils avaient oublié ce qu'ils avaient vu ; jamais, au grand jamais, vous ne pourrez suivre ces excellents principes. Vous prenez la hernie, et si vous l'avez repoussée correctement dans l'anneau, elle rentre toute seule, elle enfile l'anneau et le canal, il n'y a rien de plus à faire. Mais la hernie est entrée dans le canal et celui-ci est un peu dilaté, vous pressez simplement sur le canal et la hernie rentre. Ce précepte n'avait pas été formulé pour la hernie inguinale, que Sabatier ne connaissait pas, mais c'est lui (Dieu le lui pardonne!) qui a donné ce principe si ridicule pour la hernie crurale, qu'il ne connaissait pas davantage.

Il s'agit donc de repousser l'intestin dans le canal, et de là il s'en va tout droit dans le ventre. Mais comment s'y prend-on? Il y a deux manières de faire pour le chirurgien : la hernie est dans le scrotum, l'opérateur fait approcher le malade, il prend la hernie à sa partie inférieure, de manière à en dégager le testicule, et avec la main gauche il la pétrit, la malaxe, l'aplatit et l'allonge dans le canal ; enfin, quand il est parvenu à lui donner cette forme désirée, il presse correctement sur le canal et la hernie rentre. Voilà le premier procédé.

Si l'on ne peut ainsi pousser suffisamment la hernie de bas en haut, au lieu de se tenir debout en face du malade, on met un genou en terre, et l'on arrive bientôt à son but.

Mais il s'en faut que l'on puisse ainsi réduire toutes les hernies : il y en a que l'on ne peut réduire que le malade étant couché, et dans la position debout on ne peut le faire : à quoi cela tient-il? A quelques adhérences de l'épiploon, au renflement du collet, etc. Il est bon que vous sachiez cela, afin de ne pas vous intimider, et de ne pas rougir quand vous ne pouvez pas faire rentrer la hernie ; interrogez alors le malade, le plus souvent il s'entend mieux que vous à faire rentrer sa hernie ; il a une expérience clinique de son affection, dites-lui de rentrer lui-même sa hernie, et vous le verrez prendre sa position particulière, celle qui lui a semblé le plus convenable pour cette pe-

tite opération : en général, le malade se plie en avant, refoule les intestins en haut et fait ainsi rentrer sa hernie; d'autres se penchent en avant en écartant les cuisses, d'autres au contraire croisent les deux cuisses; en un mot, chacun se met comme l'expérience lui a appris à se placer.

Le père Blin, qui certes avait bien vu 80,000 hernies au moins, avait l'habitude, quand il ne pouvait réduire une hernie, de dire au malade de la réduire lui-même, puis il appliquait le bandage.

Mais il faut bien encore se rappeler ceci, que les hernies si difficiles à réduire sont tout aussi difficiles à contenir.

Pour appliquer le bandage, on appuie un doigt sur l'anneau, la hernie étant rentrée, et de l'autre main on fait passer le bandage, ou bien après avoir fait rentrer l'intestin, on fait appliquer la main du malade sur la hernie, et l'on applique soi-même le bandage; il faut bien faire attention que la partie postérieure et supérieure du bandage soit bien au-dessus de la saillie du sacrum, afin que la ceinture prenne là son point d'appui; il ne faut pas non plus qu'il passe au-dessus des crêtes iliaques, mais il faut qu'il passe à égale distance du grand trochanter et de la crête iliaque.

On applique d'abord la pelote, puis on met la ceinture, et enfin on place le sous-cuisse; quand c'est un bandage français dont on fait usage, on serre alors la courroie.

Le ressort anglais mis pour une hernie droite, passe sur le côté gauche du corps, il tend donc toujours à s'échapper du côté gauche, mais là il rencontre la symphyse pubienne, qui l'arrête et qui suffit parfaitement pour l'empêcher de s'en aller.

Quand on a deux pelotes unies par une petite courroie avec un ressort anglais en demi-cercle, il faut que les pelotes soient bien appliquées et que la courroie soit lâche, sans l'être trop cependant, il faut que le doigt puisse facilement la soulever, voilà la règle; en effet, on met cette petite courroie pour être plus sûr que les pelotes resteront en place : or, si le malade tousse violemment, le ressort ne décrit plus un demi-cercle, il ne décrit qu'un quart de cercle, les pelotes l'accompagnent dans ce mouvement et tendent à s'échapper, la courroie agit précisément en sens inverse, et il suffit qu'elle soit assez tendue pour empêcher les pelotes de s'écarter en dehors, sans pour cela s'opposer entièrement à un petit déplacement de la pelote herniaire en avant. A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE COMPARÉES.

De la benzine, de ses propriétés thérapeutiques et toxiques,

Par M. Reynal, *chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort.*

Le travail suivant que M. Reynal vient de publier dans le *Recueil de médecine vétérinaire*, n'offre pas seulement un intérêt de nouveauté, il promet encore des applications avantageuses à la médecine humaine, et parmi celles qu'on peut prévoir avec certitude, se présente d'abord celle qui concerne la curation des affections pédiculaires, ou du moins de quelques-unes d'entre elles. Ce n'est donc pas sans un vif intérêt qu'on lira la relation, remarquablement claire, faite par l'habile vétérinaire, d'expériences non moins judicieusement conçues que bien exécutées.

Dans la séance du 8 juin de la Société impériale et centrale d'agriculture, M. Milne Edwards a fait connaître l'action délétère que la benzine exerce sur les insectes, tels que les charençons, l'alucite, etc., qui vivent dans des lieux fermés, et qui peuvent être atteints par des vapeurs ou des fumigations quelconques.

Cette découverte des propriétés de la benzine nous a paru devoir trouver de nombreuses applications dans la médecine des animaux. Sans doute, la thérapeutique vétérinaire ne manque pas de substances médicamenteuses susceptibles de tuer les épizoaires et de guérir les maladies pédiculaires; mais ces substances ne sont pas toutes exemptes de danger. C'est ainsi que, parmi celles qui sont d'un usage général, la pommade mercurielle agit sur les carnivores et les ruminants à la manière d'un poison; l'essence de térébenthine est un irritant par excellence, qui produit sur tous les animaux, et notamment sur le chien, une vive surexcitation locale et générale; les autres préparations, telles que le jus de tabac, sa décoction, la teinture d'iode, etc., ont l'inconvénient de salir la peau, les poils, et d'exiger, pour être employées, certaines précautions qui ne sont pas toujours prises par les personnes chargées d'exécuter les prescriptions du vétérinaire.

Sous ces divers rapports, la benzine nous semble offrir, avec des avantages réels, une ressource nouvelle à la thérapeutique vétérinaire. Non-seulement son action est plus prompte et plus efficace que celle des substances utilisées dans le même but, mais elle est encore d'un emploi moins difficile, et elle présente moins de danger pour les animaux. En outre, comme elle se vaporise très-rapidement, sans agir sur les tissus vivants, on peut impunément la répandre sur toute la surface du corps, et détruire ainsi au même instant tous les épizoaires, sans craindre d'altérer les fonctions de la peau.

C'est ce qui ressort, du reste, des expériences que nous avons faites et des observations pratiques que nous avons recueillies.

Avant de les exposer, il est important de faire connaître sommairement les caractères, les propriétés physiques et chimiques de la *benzine*.

La benzine est un produit organique, composé de carbone et d'hydrogène, qui se rapproche beaucoup des essences. Elle est fournie par des corps dont quelques-uns n'ont aucune analogie entre eux. De là résulte qu'elle présente certains caractères spéciaux et différents qui rappellent facilement sa provenance ou son origine.

Les corps qui donnent la benzine sont ou un mélange d'acide benzoïque et d'hydrate de chaux, ou les substances organiques grasses, telles que les huiles, les graisses et les houilles. C'est par la distillation qu'on la sépare et qu'on l'isole. Son extraction est basée sur l'action décomposante que la chaleur exerce sur elles.

La benzine pure se présente sous la forme d'un liquide incolore, très-mobile, limpide, d'une odeur éthérée, lorsqu'elle provient de l'acide benzoïque, mais exhalant une forte odeur de houille ou de goudron lorsqu'elle se forme pendant la fabrication du gaz propre à l'éclairage. Elle entre en ébullition à +86° centigrades; sa densité est de 0,85. Elle est insoluble dans l'eau; elle se dissout avec facilité dans l'alcool et l'éther. Au contact de l'air, elle brûle lorsqu'on l'enflamme en répandant une vive lumière et en émettant beaucoup de chaleur. Elle se comporte dans ce cas à la manière des huiles essentielles.

Traitée par l'acide azotique, la benzine donne naissance à un produit très-remarquable, qu'on désigne sous le nom de nitrobenzine; il présente cette particularité que, bien qu'il ne contienne aucune trace d'acide cyanhydrique, il répand une odeur très-prononcée et fort agréable d'amandes amères; aussi est-il aujourd'hui fréquemment employé dans la parfumerie pour aromatiser la pommade.

Jusqu'à ce jour, personne, que nous sachions, n'a encore fait usage en médecine de la benzine ou de ses préparations. Depuis six mois, nous avons tenté sur les animaux des expériences nombreuses pour étudier les propriétés thérapeutiques et toxiques de ce produit nouveau.

C'est le résultat de ces recherches expérimentales que nous publions aujourd'hui.

Voici la série des questions dont nous avons cherché la solution :

PREMIÈRE SÉRIE.

La benzine exerce-t elle sur les épizoaires une action aussi délétère que sur l'alucite et les charençons ?

A cet effet, nous avons mis en contact, avec une gouttelette de benzine, des poux pris sur le corps des animaux et placés sur une plaque de verre; leur mort a été instantanée.

Nous avons répété la même expérience en touchant avec une baguette à réactif, plongée au préalable dans le même liquide, des ixodes (*ricinus ixodes*), des ricins du chien (*ricinus canis*), des tricodectes (*trichodectus gallinœ*) et des dermanyssus de la poule (*dermanyssus gallinœ*). Comme dans la première expérience, la mort de ces épizoaires a eu lieu immédiatement.

Ce résultat obtenu, nous avons examiné comparativement l'action de la benzine et l'action des essences de térébenthine, de lavande et de la décoction de tabac. Dans ces diverses expériences, nous avons constamment remarqué que la mort était beaucoup plus rapide sous l'influence de la première substance que sous celle des dernières. La benzine détermine toujours la mort des épizoaires, lorsque dans une même période de temps l'essence de térébenthine, par exemple, ne produit que leur engourdissement.

De cette première série d'expériences, il est permis de conclure que la benzine agit sur les épizoaires d'une manière plus prompte et plus active que les autres substances connues.

DEUXIÈME SÉRIE.

Après avoir acquis par la voie expérimentale la certitude que la benzine provoquait la mort des épizoaires avec lesquels on la mettait en contact, nous l'avons appliquée en frictions sur la surface du corps d'animaux affectés de maladies pédiculaires.

A cet effet, nous avons fait les expériences suivantes :

Première expérience (cheval). — Une jument, abandonnée à la clinique, avait le corps couvert de cette variété de poux connus sous le nom d'hématopinus (*hœmatopinus equi*) ; ils étaient surtout en nombre considérable sur l'encolure. On répandit avec la main et à rebrousse-poils, sur toute la surface cutanée, un demi-litre de benzine ; la mort des hématopinus fut immédiate. Le lendemain et les jours suivants, l'élève Duffin, aux soins duquel cette jument était confiée, n'observa plus aucun épizoaire.

Deuxième expérience (cheval). — Le 22 mars, on conduisit à la clinique de l'École un cheval de huit ans, atteint depuis longtemps d'une maladie pédiculaire; il se frottait continuellement, au point de s'arrêter pendant le travail. Sur différents points du corps, principalement sur les parties latérales de l'encolure, des côtes, du garrot, on voyait de larges dépilations, des excoriations donnant, par leur étendue, la mesure de l'intensité du prurit. Cet animal était en très-mauvais état, son appétit avait presque disparu, il ne pouvait plus suffire au service auquel il était affecté.

On prescrivit de frictionner fortement avec la benzine, pendant quelques minutes, toutes les parties du corps, principalement celles qui étaient dépilées. L'effet fut instantané; les poux (*hœmatopinus equi*) qui étaient fixés sur les poils, ou plus profondément sur l'épiderme, tombaient morts sur le sol. (*Rapport de l'élève* CHARPENTIER.)

Troisième expérience (âne). — Le 22 mars, le même propriétaire conduisit à la clinique un âne cohabitant avec le cheval qui a fourni l'observation précédente. De même que le cheval, l'âne offrait, sur toute la surface du corps, des traces de prurit et de démangeaisons. A l'œil nu, et même sans écarter les poils, il était facile de voir une myriade de poux plus ou moins gros, appartenant au genre hématopinus (*hœmatopinus asini*).

On versa sur le dos 3 décilitres de benzine qu'on étendit avec la main sur tout le corps. Les épizoaires ne tardèrent pas à mourir ; ceux, en petit nombre, qui avaient échappé à l'action du liquide, périrent aussitôt qu'ils furent ramenés sur les parties supérieures du corps, et ainsi exposés à ses vapeurs.

Cet animal fut conduit de nouveau à l'École au bout de quatre jours. Les régions qui avaient été primitivement soumises à l'action de la benzine étaient privées d'hématopinus; un petit nombre se montrait sur les parties inférieures du tronc.

On prescrivit une nouvelle friction sur les membres.

Depuis cette époque, les épizoaires ont complétement disparu, et les animaux ont repris de l'état.

Quatrième expérience (chien-loup, sous poil noir, âgé de 2 ans). — Cet animal avait certaines régions du corps couvertes de tiques (*ricinus ixodes*); on les voyait principalement à la tête, aux oreilles, le long de la colonne vertébrale et au pli de l'aine.

A la tête, elles étaient petites, noires ou rouges, éparses çà et là, ainsi qu'aux oreilles et le long des commissures des lèvres. Le long de la colonne vertébrale, elles étaient moins nombreuses, grosses, blanches, groupées par cinq ou six en différents endroits. A l'aine, elles étaient très-petites et de différentes couleurs.

La benzine fut employée de deux manières sur cet animal.

Sur les régions dorsale et lombaire on fit des frictions ; en raison de la longueur et de la quantité des poils, les parasites ne furent atteints que par la vapeur de benzine; au bout de dix minutes ils étaient morts.

Sur les autres régions, on mit le liquide en contact immédiat avec les tiques. Elles moururent en moins de cinq minutes ; néanmoins elles restaient encore attachées à la peau. (*Rapport de l'élève* PÉRARD.)

Cinquième expérience (chien). — Dans cette expérience, on a employé comparativement l'essence de térébenthine et la benzine ; celle-ci en friction seulement, celle-là à l'extérieur et à l'intérieur.

Un chien-loup de petite taille éprouvait, depuis quelques jours, de grandes démangeaisons. Dans presque toutes les parties du corps, et notamment aux points où la peau a le plus de finesse, on remarquait un grand nombre de tiques (*ixodes*). Leur adhérence était telle qu'on ne pouvait que difficilement les détacher.

A l'intérieur, on administra 3 centilitres d'essence de térébenthine mélangée avec de l'eau miellée et émolliente. Ce breuvage produisit, après quelques minutes, une très-vive excitation : le chien se roulait avec violence et se frottait contre tous les obstacles; sa gueule était écumeuse, ses yeux étaient hagards ; il y avait, en un mot, tous les symptômes d'une grande surexcitation nerveuse, par suite de l'absorption de l'essence de térébenthine.

Les tiques résistèrent à l'action de cette substance donnée à l'intérieur. On l'appliqua alors en frictions à la surface du corps ; la plupart des parasites ne tardèrent pas à mourir ; mais, bien que les frictions eussent été faites avec précaution, et que la quantité d'essence employée fût minime, elles laissèrent sur la peau, surtout dans les points où elle est fine et délicate, la trace d'une irritation si vive qu'on ne pouvait toucher le chien sans provoquer des cris de douleur. Sous l'influence de ce traitement énergique, les tiques disparurent pour le plus grand nombre. La peau avait à peine récupéré son état normal que le chien en fut de nouveau attaqué à la suite d'un séjour de vingt-quatre heures dans un local infesté de ces parasites. On prescrivit l'usage de la benzine ; elle fut employée, en frictions légères, sur toute la surface cutanée ; le chien ne manifesta aucune douleur. Au bout de deux heures, on examina avec attention l'animal, et on remarqua que les tiques étaient mortes et que la moindre traction suffisait pour les détacher du corps.

(*Rapport de l'élève* BERGEON.)

Les expériences sixième et septième qui vont suivre, nous les devons à l'obligeance de M. le professeur Delafond. Nous les rapportons textuellement.

Sixième expérience (porc). — Le mardi 15 mars 1854, un porc mâle et deux porcs femelles servant aux opérations chirurgicales des élèves, présentaient à la surface de leur corps, et notamment sur le dos, le cou, à la base des oreilles et aux aisselles, un très-grand nombre d'*hœmatopinus suis*. Ces insectes étaient très-gros, et, dans quelques points, réunis par groupes de 40 à 60 ; d'autres étaient disséminés çà et là. Des œufs très-nombreux étaient attachés aux soies.

Désirant m'assurer de la vertu parasiticide de la benzine, je fis usage de la benzine rectifiée que j'avais achetée chez M. Colas, pharmacien à Paris. Cette substance fut étendue à la surface de la peau à l'aide d'un petit tampon d'étoupe fixé au bout d'un bâtonnet et formant ainsi une espèce de pinceau. La peau, les soies et les hématopinus furent mouillés très-légèrement. Aussitôt que les insectes étaient touchés avec la liqueur insecticide, ils éprouvaient une contraction convulsive des membres, parfaitement visible à la loupe, et mouraient à l'instant. Leur corps devenait noirâtre, se flétrissait, et son volume diminuait d'une manière sensible.

Les hématopinus qui se montraient à 2, 3 et même à 4 et 5 centimètres de la partie de la peau touchée par la benzine, dont la vapeur se répandait dans l'épaisseur des soies, éprouvaient également des contractions convulsives après 10 à 20 secondes, et mouraient aussitôt.

Désirant m'assurer si la liqueur n'exerçait pas une action irritante, caustique ou autre sur la peau, voulant savoir aussi si l'absorption cutanée ou les vapeurs de benzine répandue en abondance autour des yeux, des ouvertures nasales, de la gueule, des oreilles, pouvait avoir quelque effet nuisible sur les porcs, je mouillai fortement la peau de toutes les régions où les hématopinus avaient été tués, comme aussi celle des environs des

yeux, du groin, de la gueule, des oreilles, avec la benzine, qui ne tarda pas à se vaporiser. La peau ne fut point irritée ni altérée d'une manière quelconque par le contact de la liqueur, et les porcs ne furent nullement incommodés par sa vapeur.

Septième expérience (taureau). — Le 30 mars 1854, je fis choix, parmi quatre bêtes à cornes destinées aux opérations chirurgicales des élèves, d'un taureau âgé de dix-huit mois à deux ans, dont la peau présentait un grand nombre d'*hœmatopinus eurysternus* et *vituli*, et de *trichodectis scalaris* (1). Ces insectes se montraient surtout en très-grand nombre dans toute la région du cou, du garrot, des reins, de la croupe, des épaules et du thorax. Ils étaient si nombreux qu'en écartant les poils, la peau en paraissait couverte. En arrachant un bouquet de poils avec les doigts, chaque poil paraissait porter un ou deux de ces insectes. La peau et la base des poils étaient noircies par leurs excréments. Dans beaucoup de points, la peau était dépilée et altérée par des espèces d'*herpès tonsurant*, dans la circonférence desquels se montraient parfois un très-grand nombre d'hématopinus.

Désirant m'assurer si, tout en faisant périr les insectes avec la benzine, cette liqueur ne déterminerait aucun accident à l'animal, je me servis d'un tampon d'étoupes fixé à l'extrémité d'un bâtonnet, et je mouillai et frictionnai toute la surface cutanée du cou, du thorax, du garrot, du dos, des lombes, des flancs, de la croupe, des fesses et de la partie supérieure des membres, avec 3 décilitres de benzine.

L'opération fut terminée en moins de cinq à six minutes. Je m'assurai alors que dans toutes les parties mouillées par la liqueur les insectes étaient morts, noirâtres et leur corps rapetissé. Je pus m'assurer aussi que ceux des insectes qui n'avaient pas été touchés par la liqueur avaient été tués par sa vaporisation dans l'épaisseur des poils et dans un rayon de 4 à 5 centimètres de la partie mouillée.

Après l'opération, la peau, examinée avec soin dans toutes les parties imprégnées de benzine, ne présenta aucune espèce d'irritation. De très-sale qu'elle était, elle était devenue propre, mais un peu plus pâle que dans les parties qui n'avaient pas été touchées par la liqueur.

Le taureau, qui n'avait paru nullement incommodé par la friction, fut mis alors à l'étable pour être examiné ultérieurement.

Douze heures après l'opération, les hématopinus et les tricodectes, dans toutes les parties où la liqueur avait produit son action parasiticide, étaient morts; leurs cadavres étaient rapetissés, desséchés, noirâtres et comme momifiés; aucun n'avait échappé à l'action destructive de la benzine. La peau ne présentait aucune trace d'altération déterminée par la liqueur.

L'animal était très-tranquille et n'avait nullement été incommodé par l'action de la friction. Le taureau fut conservé encore pendant quatre jours en bonne santé, puis il fut sacrifié pour les travaux anatomiques.

Huitième expérience. — Observation de phthyriase du cheval. — Sous ce titre, M. H. Bouley a décrit très-exactement, chez le cheval, une maladie cutanée spéciale et déterminée par la cohabitation de cet animal avec les oiseaux de basse-cour (poules et pigeons) (2).

Le 6 mars 1854, un cheval, atteint de cette affection, fut conduit à la consultation : depuis quelques jours il était vivement tourmenté; il éprouvait un besoin tellement impérieux de se frotter qu'il ne pouvait rester un seul instant en repos : il se grattait presque continuellement soit avec ses dents, soit contre les corps environnants; son corps présentait, en divers points de sa surface, cette dépilation particulière qui offre, comme l'a fort bien dit M. Bouley, cela de remarquable, qu'il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître la phthyriase du cheval et la distinguer des autres lésions cutanées.

Les renseignements pris auprès du propriétaire confirmèrent le diagnostic, à savoir : que cette maladie cutanée était déterminée par la cohabitation du cheval avec des poules logeant dans l'écurie même.

Prescription : Frictions de benzine sur tout le corps avec la main pendant dix minutes; la quantité employée s'éleva à 100 grammes.

Après ces frictions, l'animal était bien moins tourmenté.

Le 8 avril, il fut reconduit à la clinique; sur quelques points, il y avait encore un léger prurit; nouvelle friction de benzine.

Depuis cette date, le cheval n'a pas éprouvé la moindre démangeaison.

Les rapports de cause à effet étaient si évidents, qu'on avait bien pu avec raison admettre que la phthyriase du cheval était déterminée par un épizoaire vivant habituellement sur les oiseaux de basse-cour, mais jusqu'à ce jour la démonstration manquait; car personne, que nous sachions, n'avait encore signalé la présence de l'épizoaire sur le corps des animaux.

Cette observation est d'autant plus intéressante que nous avons constaté sur ce cheval l'existence du parasite, cause déterminante de cette maladie cutanée : c'est le *dermanyssus avium*. Il y en avait un grand nombre à la base des poils; quoique très-petits, il était facile de les apercevoir à l'œil nu; nous en fîmes prendre quelques-uns pour les placer sous l'objectif d'un instrument grossissant.

En l'examinant, l'élève Farez, qui est habitué aux études entomologiques, a reconnu, ainsi, du reste, qu'il était facile de s'en assurer avec le microscope, que le dermanyssus était sous tous les rapports identique aux insectes du même genre pris sur une poule provenant du poulailler voisin de l'écurie habitée par le cheval.

Ces expériences diverses démontrent que les parasites qui vivent sur le corps des animaux meurent à l'instant même où la benzine les touche; leur mort a également lieu lorsqu'ils se trouvent dans l'atmosphère de cette substance en vapeur.

Les effets de la benzine sont très-prompts; en dix minutes, on peut débarrasser un animal des épizoaires qui le couvrent. Dans nos essais souvent répétés, nous avons pu nous assurer que très-peu d'insectes échappaient à l'action délétère de la benzine. En outre, ce composé offre cela de remarquable que, quelle que soit la quantité de benzine employée, que les poils soient longs, coupés ou non coupés, celle-ci ne laisse aucune trace sur la peau. Les animaux ne s'aperçoivent pas qu'on répand sur leur corps une substance médicamenteuse.

La quantité de benzine nécessaire pour tuer les épizoaires varie suivant l'espèce d'animal et suivant l'espèce de parasites qu'on veut détruire. 100 grammes pour un cheval et 20 grammes pour le chien suffisent ordinairement pour atteindre ce résultat. Pour tuer les hématopinus ou les tricodectes, il en faut moins que pour tuer les tiques (ixodes). Du reste, on peut dire d'une manière générale que la quantité de benzine devra être d'autant moindre que les insectes à détruire auront un appareil respiratoire plus développé. Ces faits, et quelques autres que nous nous dispenserons de reproduire, sont, pensons-nous, suffisants pour autoriser à conclure :

1° Que la benzine est un agent parasiticide très-actif;

2° Qu'elle peut être, sans inconvénient, directement appliquée sur toute la surface du corps des animaux;

3° Que son emploi met les animaux à l'abri des dangers auxquels les expose l'usage de l'essence de térébenthine et des préparations à base de mercure.

TROISIÈME SÉRIE.

Cette troisième série d'expériences a été entreprise dans le but de :

1° Rechercher si la benzine réduite en vapeur exerce sur les épizoaires une action toxique aussi prompte qu'à l'état liquide;

2° D'étudier les effets de ces vapeurs sur l'organisme des animaux soumis aux expériences.

1° *Des effets de la vapeur de benzine (évaporation spontanée).*

Première expérience. — Après avoir fait évaporer spontanément quelques gouttes de benzine dans une éprouvette de 20 centimètres de hauteur et de 3 centimètres de diamètre, on la renversa de manière à recouvrir une rondelle de papier sur laquelle on avait mis quelques poux du cheval (hématopinus). La mort de ces parasites fut prompte. Cependant, elle le fut moins que s'ils eussent été directement atteints par la benzine liquide.

Deuxième expérience. — On sait que les épizoaires peuvent vivre un temps assez long, soit dans les niches à chien, soit dans les poulaillers, soit dans les écuries. On sait encore qu'ils résistent à l'action de la flamme, de la fumée, des nettoyages à l'eau bouillante et même de la peinture. Aussi n'est-il pas rare de voir ces parasites, qu'on croyait morts à la suite des moyens de destruction employés contre eux, envahir les animaux introduits de nouveau dans ces mêmes habitations.

Pour étudier dans ces conditions l'influence des vapeurs de benzine, on fit fermer hermétiquement toutes les ouvertures d'une niche à chien. Cette niche, remplie de tiques et de ricins, avait une capacité de 1 mètre 226 décimètres cubes.

A neuf heures et demie du matin, on mit dans un vase en porcelaine 15 grammes de benzine. Le lendemain, à la même heure, on ouvrit la

(1) Denny, *Monographia anoplurorum Britanniæ*, p. 191.

(2) *Recueil*, année 1850, p. 889.

niche ; cette dernière exhalait une odeur forte et pénétrante qui rappelait celle de la benzine. Aussitôt on porta l'attention sur les parois de la niche qui, avant l'expérience, était littéralement tapissée de tiques et de ricins. Au premier abord, on put croire que ces animaux avaient été asphyxiés, en effet ils étaient immobiles et se détachaient facilement du mur sur lequel ils se trouvaient fixés; mais un examen plus attentif de ces parasites, aux rayons du soleil, démontra qu'ils étaient seulement engourdis. Dans l'espace de vingt-quatre heures, il s'évapora spontanément 9 grammes de benzine. La température du local s'éleva en moyenne à + 9° centigrades.

Deuxième et troisième expériences. — L'expérience précédente a été répétée deux fois. Elle a toujours donné le même résultat.

2° *Des effets de la vapeur de benzine* (*évaporation par la chaleur*).

L'évaporation spontanée n'ayant produit aucune action sur les parasites d'une loge à chien de la capacité de 1 mètre 226 décimètres cubes, on eut recours à l'évaporation par le feu, afin d'étudier les effets d'un air saturé d'une plus grande quantité de benzine sur les épizoaires.

Première expérience. — Le 18 mars 1854, on ferma avec soin toutes les ouvertures d'un niche à chien. On fit évaporer 20 grammes de benzine par le feu. On examina ensuite les tiques et les ricins renfermés dans cette niche et on reconnut qu'ils étaient seulement engourdis et qu'ils ne tardaient pas à se mouvoir par le contact de l'air pur et de la chaleur.

Deuxième expérience. — Le même jour, on fit évaporer 70 grammes de benzine dans une niche de même dimension que la précédente. Malgré la grande quantité de vapeur qui se trouvait dans l'atmosphère, l'action sur les parasites fut nulle comme dans le cas précédent. On examina de nouveau les ixodes et les ricins dans la journée, quatre heures après l'expérience, et on put s'assurer que le plus grand nombre de ces parasites étaient vivants.

Troisième expérience. — Pour contrôler les deux expériences que l'on vient de relater, on plaça une éprouvette de 15 centimètres de hauteur sur 1 centimètre 1/2 de diamètre dans l'atmosphère de la niche qui avait servi à la deuxième expérience. Dans cet espace étroit, les parasites ne tardèrent pas à périr.

Quatrième expérience. — Comme il importait beaucoup, sous le rapport de la pratique, de déterminer d'une manière rigoureuse si l'air d'un lieu clos, chargé en excès de vapeur de benzine, était de nature à déterminer l'asphyxie des épizoaires, j'ai fait l'expérience suivante :

Je choisis une loge à chien de la même dimension que celles affectées aux expériences précédentes; je la fis calfeutrer avec soin, afin d'intercepter toute communication avec l'air extérieur. A l'aide d'un appareil disposé à cet effet, je réduisis en vapeur 130 grammes de benzine ; je modérai la chaleur de telle sorte que l'opération dura quatre heures, afin que les parasites renfermés dans la loge fussent, pendant tout ce temps, sous l'action d'un courant de benzine vaporisée.

Cette opération terminée, j'ouvris immédiatement la loge. L'air répandait une odeur excessivement forte et pénétrante de benzine ; sur le plancher de la loge et au bas des murs je trouvai un nombre considérable de tiques ; à première vue on eût dit qu'elles étaient asphyxiées, mais en les portant à l'air libre et au soleil, je m'assurai qu'elles sortaient insensiblement de leur état d'engourdissement. Examinées de nouveau le lendemain, vingt-quatre heures après avoir été soumises à l'action de la benzine, je constatai qu'elles étaient vivantes.

Quant aux tiques qui restèrent pendant l'évaporation de la benzine fixées aux parois de la loge, elles étaient dans un état plus grand d'engourdissement que dans les expériences précédentes; il y en avait même quelques-unes d'asphyxiées.

Les ricins ont généralement offert une résistance plus grande que les tiques à l'action de la benzine ; toutes celles qu'il a été possible d'observer étaient encore pleines de vie ; au contraire, la mort a atteint les tiques dans la proportion de 1 sur 12.

De cette série d'expériences, il résulte :

1° Que les vapeurs de benzine, répandues dans un lieu limité, tuent les épizoaires ;

2° Que les vapeurs de benzine évaporée spontanée ou par la chaleur dans un local d'une certaine étendue, une niche à chien, par exemple, sont sans action sur les parasites qui l'habitent ;

3° Enfin, que la benzine employée sous forme de fumigations n'aurait pas la même efficacité que la benzine à l'état liquide.

Pour résoudre ce point d'une manière expérimentale, voici ce qui a été fait :

Dans une niche à chien qui contenait une grande quantité de tiques et de ricins, on fit, à l'aide d'un pinceau trempé au préalable dans la benzine, un badigeonnage complet des murs de cette niche. On eut la précaution de répandre le liquide dans les fentes et les gerçures des murs et du plancher ; les parasites qui avaient résisté à l'action des vapeurs succombèrent sous l'action directe et immédiate de la benzine liquide.

(*Rapport de l'élève* Kopp.)

QUATRIÈME SÉRIE.

Les expériences de la quatrième série ont eu pour objet d'étudier les effets toxiques de la benzine à l'état de vapeur et à l'état liquide.

En considérant la promptitude avec laquelle cette substance tue les insectes, il était permis *à priori* d'inférer qu'elle devait également agir sur les animaux à la manière d'un poison ; toutefois, il était encore utile de le démontrer expérimentalement.

A cette fin, j'ai fait les expériences suivantes :

Première expérience. — Le 10 mars, je fis évaporer, sous une cloche, 95 gouttes de benzine; j'introduisis ensuite dans son intérieur un moineau franc ; les premiers effets de la benzine se manifestèrent presque aussitôt par une vive excitation pendant laquelle il éprouva de violentes contractions qui imprimaient au corps un balancement continuel ; ces contractions allèrent en augmentant jusqu'à la mort, qui survint au bout de quinze minutes.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion, ni dans l'appareil digestif ni dans l'appareil respiratoire. La substance cérébrale offrait sur sa coupe quelques petits points ecchymotiques. (*Rapport de l'élève* Kopp.)

Deuxième expérience (chien). — Chien de race commune, de taille moyenne, dans un état de parfaite santé, abandonné à l'École pour cause de suspicion de rage.

Le 12 mars, à une heure vingt cinq minutes, on enferma ce chien dans une boîte fermée par un couvercle à coulisse, ayant 1 mètre de hauteur, 1 mètre 50 centimètres de longueur et 70 centimètres de largeur. A l'une des extrémités et à la partie inférieure de ses parois on adapta, à la faveur d'une ouverture, une petite cornue en verre dans laquelle on versa 400 grammes de benzine ; on la fit évaporer à l'aide de la lampe à esprit-de-vin.

Au bout de vingt-huit minutes, le chien commence à devenir inquiet ; il lève et baisse la tête, la porte à droite et à gauche; l'œil est fixe et hagard ; les muqueuses apparentes rougissent ; la respiration s'accélère ; les flancs s'agitent violemment. Le chien est pris de tremblements qui vont en augmentant d'intensité; sa gueule, presque toujours béante, laisse écouler une grande quantité de salive filante; sa physionomie indique qu'il y a une imminence d'asphyxie. Cet état dure deux minutes environ. Aux tremblements succèdent des convulsions caractérisées par des contractions spasmodiques des muscles, plus particulièrement des muscles extenseurs, et telle est parfois l'intensité de cette roideur tétanique que l'animal semble fixé sur quatre piliers immobiles. Tout le corps éprouve des secousses violentes ; la respiration devient de plus en plus difficile ; le chien ne peut plus se soutenir, il lutte vainement contre une chute imminente ; il tombe enfin sur le côté droit, toujours agité par des convulsions de plus en plus intenses. Pendant cette crise, la face offrait des particularités remarquables : la gueule était constamment béante, et à un point tellement extrême que l'on apercevait le pharynx et le voile du palais. Les paupières étaient fortement dilatées, ainsi que la pupille : l'œil était fixe et animé ; les contractions diminuent au fur et à mesure que la respiration devient difficile ; les membres, roidis, sont agités par des contractions cloniques ; la tête s'étend sur l'encolure ; la respiration, haletante, s'affaiblit de plus en plus; le chien allait mourir asphyxié, si on n'avait eu le soin de le retirer de la boîte et de le faire respirer à l'air libre.

Ces symptômes durèrent quatre minutes ; insensiblement, ils perdirent de leur gravité, la physionomie devint moins anxieuse et la respiration plus libre ; peu à peu, la gueule se ferma, les contractions diminuèrent d'intensité ; le chien marchait en chancelant, il exécutait des mouvements circulaires, le côté gauche toujours en dedans du cercle ; presque à chaque pas, il trébuchait à la manière d'un homme ivre ; au bout de huit minutes, le chien s'échappa, en fuyant exactement comme un animal en parfaite santé.

Durant cette expérience, on réduisit en vapeur 25 grammes de benzine.

(*Rapport de l'élève* Kopp.)

Troisième expérience (*administration de la benzine à l'intérieur*). — Le 1er avril 1854, on donne à un chien, de moyenne taille et très-vigoureux, 12 grammes de benzine. Elle était à peine déglutie qu'on vit apparaître, avec une intensité moindre, presque tous les symptômes indiqués dans l'expérience précédente : gueule ouverte, salivation abondante et

filante, respiration difficile, tremblements généraux, secousses tétaniques, mouvements circulaires alternés par des temps de repos pendant lesquels le chien prend la position d'un animal en arrêt.

Ces symptômes ne durèrent que 8 minutes. (*Rapport de l'élève* Kopp.)

Quatrième expérience (chien). — Chien de race commune sous poil pie noir, taille de 70 centimètres environ, âgé de 3 ans, bien portant et très-vigoureux.

Le 13 mars, on lui administre à l'intérieur 25 grammes de benzine; pendant cette administration, l'animal se défend et fait des efforts pour ne point déglutir le liquide qui lui est versé dans la gueule à l'aide d'une fiole. Le chien avait à peine avalé cette dose de benzine que la salive devint abondante et écumeuse; elle était épaisse, visqueuse, adhérente aux mains; il s'en écoulait une quantité considérable par la commissure des lèvres; l'animal secouait sa tête pour la rejeter plus facilement. Bientôt la respiration s'accélère, les muqueuses apparentes deviennent très-rouges; toutefois, la locomotion s'exécute sans difficulté. Environ dix minutes après l'administration, l'animal fléchit les membres antérieurs, contourne le cou, de manière que le côté gauche porte sur le sol et marche ainsi par reptation deux ou trois pas, en se frottant la face et le corps contre la terre. Au bout de cinq minutes, tous les symptômes disparurent. J'appris, après l'expérience, que la benzine administrée à l'intérieur n'était pas pure.

Cinquième expérience (chien). — On administre à l'animal qui a servi à l'expérience précédente 25 grammes de benzine pure. Les effets ne se firent pas longtemps attendre: elle est à peine avalée que le chien trébuche, fait quelques pas et se laisse tomber sur le côté gauche; il reste étendu presque immobile pendant un instant, puis il se débat faiblement; les mâchoires sont très-écartées l'une de l'autre, la bouche est écumeuse, la respiration accélérée, le cou tendu, les membres antérieurs et postérieurs sont dans l'extension extrême, les doigts sont écartés les uns des autres, il semble que l'action tétanique a porté principalement sur les muscles extenseurs; du reste, les membres, quoique tendus, sont peu roides, on les fléchit avec assez de facilité. Les mâchoires se rapprochent peu à peu, la membrane buccale et les conjonctives sont très-rouges; la respiration est toujours très-accélérée; on cherche à relever l'animal qui ne fait aucun mouvement; on lui verse de l'eau fraîche sur la tête, il ne bouge point; on l'excite avec la pointe d'une épingle, il ne manifeste aucune sensibilité; enfin, surviennent quelques bâillements, quelques contractions convulsives, et l'animal expire en moins de deux minutes

Autopsie faite immédiatement après la mort. — Appareil respiratoire. — La muqueuse qui tapisse le nez, le larynx, la trachée et les bronches, est rouge; le poumon droit est sain dans sa portion antérieure; les deux lobes postérieurs présentent une teinte d'un rouge vif dans toute leur étendue; le parenchyme est mou, élastique, plus léger que l'eau; on dirait qu'une petite quantité de la benzine a pénétré dans cette portion du poumon. Le poumon gauche est sain dans toute son étendue; tous les organes respiratoires répandent une forte odeur de benzine.

Appareil digestif. — La bouche et l'œsophage sont à l'état normal; ils contiennent, dans toute leur étendue, une quantité très-considérable de salive visqueuse. Le foie, la rate, les poumons et les intestins ne présentent rien de particulier.

Appareil circulatoire. — Les vaisseaux sont fortement gonflés; le sang distend les capillaires de tous les tissus; le tissu cellulaire sous-cutané est très-injecté; les cavités du cœur contiennent un sang noir et épais.

Appareils nerveux, génital et urinaire. — État normal.

(*Rapport de l'élève* Lemaire.)

Conclusions générales. — Du résumé des expériences qui précèdent, il résulte:

1° Que la benzine est un agent très-actif et très-efficace pour tuer les parasites qui vivent sur les animaux domestiques;

2° Qu'il est préférable d'employer cette substance à l'état liquide qu'à l'état de vapeur, en l'étendant à l'aide de la main sur toute l'étendue du corps;

3° Qu'à l'état liquide elle produit immédiatement l'asphyxie des épizoaires, soit qu'ils se trouvent sur la peau, libres à sa surface, soit qu'ils habitent dans des lieux fermés, sur les parois ou les fentes des murs et des planchers;

4° Qu'à l'état de vapeur, la benzine ne détruit les parasites qu'à une très-faible distance, ou lorsqu'ils sont enfermés dans un vase à petit diamètre, dans une éprouvette par exemple. Dans un local plus grand, dans une loge à chien, cubant 1 mètre 226 décimètres, elle est sans action sur les insectes tiques, ricins qui l'habitent;

5° Que la benzine est un moyen d'autant plus efficace qu'elle ne produit aucune altération de la texture de la peau; qu'elle s'évapore promptement tout en produisant une action asphyxiante, et qu'elle met les animaux à l'abri des dangers que possèdent les substances anthelmintiques, telles que l'essence de térébenthine, la pommade mercurielle;

6° Que la benzine, dégagée en vapeur dans un espace limité, est un poison très-actif pour les grands et les petits animaux;

7° Que cette substance administrée à l'intérieur à la dose de 15 grammes, produit des phénomènes curieux d'intoxication;

8° Qu'enfin, à la dose de 20 à 25 grammes, suivant la taille des animaux, elle empoisonne en quelques minutes.

Rapport annuel sur la vaccine,

Par M. Bousquet.

De l'inoculation lacto-variolique.

Le défaut d'espace nous interdisant la publication complète du Rapport de M. Bousquet, nous en détachons la partie relative à une question à l'ordre du jour, et en même temps la plus immédiatement applicable à la pratique. Nous nous bornerons à mentionner les autres parties.

Après quelques généralités intéressantes sur la découverte de la vaccine, sur les progrès de la vaccination et sur sa comparaison avec l'inoculation; après avoir rappelé le texte d'un remarquable édit du Parlement, de 1763, où l'on peut aujourd'hui encore aller puiser d'utiles enseignements pratiques, M. Bousquet aborde la question de l'affaiblissement du *cow-pox*, et grâce aux heureuses et laborieuses recherches de la Société médicale d'Eure-et-Loir, il prouve, comme il l'avait déjà fait en 1836, que le *cow-pox* récent a des propriétés plus actives, sinon plus efficaces, que celui qui s'est transmis de l'homme à l'homme par un grand nombre de générations. Puis, l'habile vaccinologue ajoute:

Malheureusement les rencontres de *cow-pox* sont rares; elles font événement dans la science. Dans l'impossibilité de trouver le *cow-pox* à propos, on a imaginé de le faire de toutes pièces et de le créer à volonté. Le procédé est des plus simples: il suffirait de mêler une goutte de lait avec une goutte de virus varioleux. L'idée de ce mélange ne peut être que le fruit de l'hypothèse. Et en effet, le premier qui s'est ouvert cette voie, M. Robert (de Marseille), s'était persuadé que le vaccin vient directement de la variole. C'est l'homme, dit-il, qui aura donné la variole à la vache, et la vache lui a rendu la vaccine. M. Machet ne vient que le second dans l'ordre chronologique, mais puisqu'il n'y a pas eu communication, il y a de fait deux inventeurs. Nous avons dit ailleurs les motifs de leurs espérances et les causes de leur illusion. Il y faut revenir.

Un médecin de Rouen, non moins distingué par ses lumières que par sa haute raison, M. des Alleurs (1), s'est emparé de la même idée et la poursuit en ce moment dans des expériences dont il a donné les prémices au Comité de vaccine de son département. A l'exemple de ses devanciers, il a donc mêlé par parties égales, le virus varioleux avec du lait, et il a inoculé ou fait inoculer ce mélange. Et lui aussi affirme que cette inoculation n'a donné que des pustules d'insertion en nombre égal à celui des piqûres et de tout point semblables à la vaccine. La ressemblance des deux éruptions n'a rien de nouveau, elle avait frappé l'esprit attentif de Jenner et de bien d'autres après lui, ce qui ne l'empêcha pas de maintenir la différence des origines.

Mais comment n'est-il venu qu'une éruption? Comment le virus varioleux s'est-il dépouillé du principal de ses attributs en se réduisant aux seuls boutons d'insertion? Ce n'est pas son habitude: ce n'est pas ainsi du moins qu'en parlent les premiers inoculateurs. Tous racontent qu'après les boutons locaux, il en venait d'autres dont le nombre était évalué en moyenne à 30 ou 40. C'est ce qui constituait l'éruption secondaire ou générale. Qu'est-ce qui a prévenu, qu'est-ce qui a supprimé cette éruption entre les mains de M. des Alleurs? Là est tout l'intérêt de l'expérience; là est tout l'intérêt de la question. On connaît la réponse de M. Robert. Dominé par cette idée, que la vaccine n'était au fond que la variole elle-même adoucie par la vache, il accorde au lait qu'elle distille la même propriété qu'à l'animal tout entier. Et pour bien faire comprendre toute sa pensée, il dit

(1) On nous a informé, il y a deux jours, que la ville de Rouen venait de perdre ce médecin distingué.

que le lait agit sur le virus varioleux à la manière de la greffe végétale sur la qualité du fruit. Nous nous plaisons à reconnaître tout ce que cette comparaison a d'ingénieux, mais à ce compte, il n'y aurait donc que le lait, et le lait de la vache seulement, qui contiendrait le secret et le pouvoir de cette merveilleuse transformation ! Nous ne sommes pas si faciles à nous rendre. Plus le miracle est grand, plus il y a besoin de preuves pour le faire admettre. Il faut donc varier, multiplier les expériences ; il le faut d'autant plus, qu'il n'était pas rare aux beaux jours de l'inoculation qu'elle ne donnât qu'une éruption locale, et alors on employait le virus varioleux sans mélange ; mais enfin ce n'était pas la règle. On s'étonne que ces faits n'aient pas ouvert les yeux à M. Robert : il les connaissait, car il s'en prévaut pour faire passer les siens et diminuer l'étonnement qu'ils pourront causer. « Les anciens, dit-il, s'étaient déjà aperçu qu'ils n'avaient *très-* « *souvent* qu'une éruption locale. »

Mais M. Robert s'abuse un peu sur le succès de ses expériences : il ne fut pas aussi heureux qu'il le croit et qu'il le dit. Il inocula en tout 14 enfants : 9 n'eurent à la visite qu'une éruption locale, mais les autres eurent de plus une succession de boutons répandus sur tout le corps. On dit qu'ils étaient petits, pointus, et si prompts à se sécher, qu'il n'y avait pas moyen d'y reconnaître de petite vérole. Nous croyons tout ce qu'on raconte de ces boutons, mais on dit aussi que, dans quelques cas, ils furent précédés de fièvre, comme dans la variole inoculée. Et on dit encore qu'ils faisaient explosion juste au moment où l'éruption générale avait continué à se montrer. Enfin, s'ils n'étaient pas de nature varioleuse, ces boutons, qu'étaient-ils donc? S'ils n'étaient pas suscités par l'inoculation de la variole, comment donc les suivaient-ils de si près?

Il paraît que les expérimentateurs de Lyon n'ont pas été moins heureux que ceux de Marseille. Cependant, M. le docteur Diday, si bien placé pour connaître toute la vérité, conserve des doutes sur la valeur de la méthode et sur ses suites. Nous n'avons pas lu ce qu'il en a écrit, mais nous voyons, par une analyse, qu'il parle de trois cas *malheureux*. Veut-on dire trois cas de mort? C'est impossible. L'inoculation ne tuait personne, ou, du moins, la chose était autrefois si rare, que les inoculateurs les plus fameux ont déclaré, à la fin de leur carrière, qu'ils n'avaient jamais vu périr un seul inoculé par le fait de l'inoculation. Pour nous, le procédé de MM. Robert et Brachet n'est autre que l'inoculation elle-même, avec tous ses avantages, avec tous ses inconvénients. Ce n'est pas le lait qui ôte à la variole sa malignité, et qui la réduit à l'impuissance de s'étendre et de se répandre à la surface de l'économie, c'est la voie qu'elle prend, c'est la manière dont elle y pénètre.

Nous allions demander à ces confrères novateurs si la modification que reçoit le virus varioleux se perpétue, ou s'il faut revenir au même mélange à chaque nouvelle inoculation ; mais nous trouvons la réponse à la question dans une thèse que le hasard vient de faire passer sous nos yeux : on y dit que la variole s'est transmise, sans éruption générale, par cinq ou six générations, ce qui semble faire entendre que l'impression du lait ne s'efface plus et se perpétue à l'infini.

Enfin, nous voudrions savoir si, en enlevant à la variole sa force expansive, le lait lui ôte aussi la faculté de se communiquer par contagion miasmatique.

Toutes ces expériences laissent donc à désirer et en appellent d'autres. Pour savoir ce que fait le lait au virus varioleux, il faut d'abord inoculer ce virus dans toute sa pureté; l'expérience a été faite par les premiers inoculateurs ; nous le savons, il faut la refaire; il faut l'inoculer mêlé avec le lait, avec de l'eau, comme nous faisons du vaccin, avec l'eau de gomme, un sirop doux, etc.; il faut enfin varier et multiplier sans fin les expériences.

Encore sera-t-il peut-être toujours douteux en principe si le lait possède la propriété de transformer la variole; mais qu'importe après tout la théorie? S'il était bien avéré que l'inoculation du virus varioleux, mêlé ou non avec le lait, équivaut désormais à celle du vaccin, on comprend toute l'importance de la découverte. Il n'arrive que trop souvent que la variole éclate à l'improviste : le médecin, surpris et dépourvu de vaccin pour conjurer le danger, prendrait le virus de la variole sur le premier malade qui lui tomberait sous la main, et celui-là fournirait le préservatif à tous les autres. Tel était l'espoir de M. Robert; ce n'est pas le nôtre. Mais aussi nous n'admettons pas que les deux virus soient identiques, nous disons seulement qu'ils sont analogues, ce qui n'est pas la même chose. Les preuves de cette analogie abondent. Écartez l'irruption générale, qui n'est pas nécessaire à la variole, puisqu'elle manque souvent, et comparez les pustules d'insertion, il n'y a pas de différence. Non, nul médecin, quelque exercé qu'on le suppose, ne pourrait dire avec certitude : ceci est la variole, ceci est la vaccine. Et l'épreuve en a été faite bien des fois, d'abord par Jenner, ensuite par MM. Robert et Honorat, dans la fameuse épidémie qui ravagea la Provence en 1828 ; par M. Guillon (de Saint-Pol-de-Léon), par M. Boucher (de Versailles) et par bien d'autres encore. Mais le plus essentiel de cette ressemblance n'est pas dans les caractères extérieurs, il est dans les attributs des deux éruptions, c'est-à-dire dans le pouvoir de se suppléer et de libérer l'économie du tribut qui pèse sur elle, de sorte qu'en un sens, il est presque indifférent d'avoir la variole ou de se faire vacciner. Considérez maintenant la nature de ces rapports ; la variole et la vaccine ne s'excluent pas en se neutralisant à la manière des acides et des alcalis, par exemple, dans un creuset, ou par antipathie d'humeurs, comme deux maladies qui ne pourraient se supporter. Au contraire, si elles naissent ensemble, elles marchent ensemble aussi librement que si elles étaient séparées. C'est entre elles une affaire de naissance; la première prend possession de la place, et pourvu qu'elle ait cinq ou six jours d'avance sur sa rivale, elle règne en souveraine et sans contestation.

Après l'inoculation lacto-variolique, M. Bousquet s'occupe de la bizarre question de la substitution de la fièvre typhoïde à la variole. Malheureusement ici, M. Bousquet fait trop ou trop peu d'honneur à l'artillerie et à la médecine, qui s'est mise à sa suite. M. Bousquet, qui a de très-fausses idées sur la statistique, enfait nécessairement de mauvaise, quand il en fait, pour répondre à ceux qui l'ont invoquée contre lui, et les raisonnements qu'il édifie en dehors de la statistique ne sont pas assez frappants pour convaincre d'erreur les artilleurs et les médecins hérétiques. Nous croyons donc devoir réserver pour une autre occasion, la discussion sur cette question de substitution que quelques médecins sérieux n'ont pas dédaigné de discuter dans ces derniers temps. H. de Castelnau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Nombre de cholériques entrés dans les hôpitaux :

Le 5 mai. . . . . 14 (11 du dehors, 3 de l'intérieur);
Le 6. . . . . 23 (19 du dehors, 4 de l'intérieur);
Le 7. . . . . 24 (10 du dehors, 14 de l'intérieur).

Nombre de décès par suite de choléra :

Le 5. 11
Le 6. 16
Le 7. 18

— *Société de botanique de France.* — De tous côtés, la science s'agite et s'efforce de progresser. Après toutes les Sociétés dont nous avons annoncé depuis quelques mois la création, en voici une à laquelle nous devons aussi toutes nos sympathies.

Dans le but de faciliter les progrès de la botanique, il vient d'être fondé à Paris, par les botanistes des diverses parties de l'Empire, une Société qui prend le nom de *Société botanique de France.* — La Societé botanique de France, qui compte déjà 130 adhérents, s'est constituée le 23 avril, et a immédiatement nommé :

Président : M. A. Brongniart ;
Vice-présidents : MM. Decaisne, Delessert, Gay et Moquin-Tandon ;
Secrétaires : MM. Duchartre et de Schanefeld ;
Vice-secrétaires : MM. Cosson et Puel ;
Trésorier : M. Caillette de l'Hervilliers ;
Archiviste : M. de Bouis.
Membres du conseil : MM. baron de Brimond, Bouchardat, Chatin, Germain de Saint-Pierre, Graves, le comte Jaubert, Maille, Montagne, vicomte de Noé, A. Passy, R. Tulasne et Weddell.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. FLEURY, médecin par quartier de l'Empereur, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. — Chez LABÉ, libraire, et au bureau du journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal et chez l'auteur, rue d'Aumale, 28.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 56. 2e année. Jeudi 11 Mai 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER: Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 10 Mai 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

L'assistance s'attendait hier à la lecture du Rapport de M. Depaul et à la discussion qui doit nécessairement la suivre, car c'est un privilége des régions que M. Depaul a dû explorer pour son Rapport de soulever au moins quelques orages, sinon une tempête. L'assistance a été un peu trompée dans son attente; sa curiosité ne sera satisfaite que mardi prochain, ce qui sera encore, de la part du rapporteur, la preuve d'une diligence peu commune. Pour se dédommager, l'Académie a entendu une courte et assez intéressante discussion sur les applications de collodion dans l'orchite, et la lecture d'un excellent travail de MM. Boudet et Boutron sur les eaux potables.

La discussion sur les applications de collodion peut se résumer en deux mots : MM. Ricord, Velpeau, Robert, Bouillaud et le savant M. Puche lui-même n'ont pu obtenir *une seule fois* les admirables résultats obtenus *plus de soixante fois, sans une seule exception,* par M. Bonnafont. Cela prouve-t-il que M. Bonnafont ait mal vu? Pas absolument; mais il faut avouer que cela constitue tout au moins une forte présomption. Quelques membres, parmi lesquels M. Bonnafont lui-même, ont proposé à l'Académie de transformer promptement cette présomption en certitude, en nommant une commission chargée d'expérimenter la méthode de l'honorable chirurgien militaire. Nous avouons que ce n'est pas sans quelque étonnement que nous avons vu deux hommes de progrès comme MM. Velpeau et Malgaigne s'opposer à la nomination de cette commission. Ce n'est pas que nous ne partagions en grande partie l'opinion si vertement exprimée par M. Velpeau sur les propriétés funéraires des commissions; mais à moins de désespérer complétement de l'espèce académique, on ne saurait vraiment admettre que l'inertie des commissions soit poussée à ce point de ne pouvoir faire un prompt rapport sur une question qui, ainsi que l'a fait remarquer judicieusement M. Bouillaud, peut être résolue en huit jours; d'ailleurs, si cette inertie existe réellement à ce point, il n'était pas inutile d'en donner une démonstration publique, pour l'édification de tous, et l'on ne pouvait certes rencontrer une meilleure occasion. Du reste, à la proposition d'une commission a surnagé le projet d'une expérimentation en commun par MM. Bonnafont et Ricord; cette expérimentation suffira sans doute pour dissiper le nuage, déjà fort transparent, qui voile encore la vérité.

A cette courte discussion a succédé la lecture d'un intéressant Mémoire de MM. Boudet et Boutron sur les eaux potables et spécialement sur les caractères chimiques propres à en faire reconnaître les qualités. Ce Mémoire, que nous publierons *in extenso*, a été l'objet de quelques remarques intéressantes de la part de MM. Moreau, Desportes et Chatin. Ce dernier a surtout reproduit, relativement aux eaux consommées dans Paris, une remarque qu'il a faite plusieurs fois déjà, et qu'on pourra s'étonner de voir être restée stérile jusqu'à ce jour. Il est fort curieux, en effet, pour ne pas dire autre chose, qu'une administration aussi éclairée que celle de la ville de Paris n'ait pas encore avisé au moyen si facile de faire boire de l'eau pure aux habitants de la capitale, qui sont obligés, dans l'état actuel des choses, de consommer une eau puisée au-dessous du pont des Invalides, c'est-à-dire dans un point où les eaux de la Seine sont inévitablement mélangées à une certaine quantité d'urine et d'autres fluides non moins répugnants. Espérons que la travail de MM. Boutron et Boudet contribuera à faire cesser un état de choses qui contraste de plus en plus tristement avec les magnifiques embellissements qui s'accomplissent depuis deux ans.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hospice de la Salpêtrière. — M. MITIVIÉ.

Sclérose ou transformation calleuse de la substance cérébrale.

On chercherait vainement, dans les ouvrages français, la description de cette lésion morbide que nous avons rencontrée dans le cerveau d'une idiote. Nos maîtres des hôpitaux et des Sociétés savantes qui l'ont examinée ont été frappés, comme nous, de voir un état pathologique à peu près inconnu encore aujourd'hui. Nous montrerons que les auteurs allemands, auxquels nous empruntons cette dénomination, ne sont pas d'accord entre eux sur la nature de cette lésion, et que l'opinion que nous devons nous en former est différente de la leur. La rareté du fait, son importance pathologique et scientifique ont été pour nous des motifs assez puissants pour que nous l'ayons étudié avec toute l'attention possible et pour que nous ayons cherché à lui donner toute l'authenticité et la publicité qu'il mérite. Voici ce fait avec les réflexions qu'il nous a suggérées :

Le 28 août 1851, a été placée à la Salpêtrière, dans le service de M. Mitivié, une enfant âgée de 7 ans, afin de recevoir les soins que réclame son état d'idiotie et d'épilepsie.

Les renseignements que les parents nous fournissent lors de notre entrée dans le service, en qualité d'interne, en 1852, nous permettent de tracer une histoire complète de notre malade.

Cette enfant ressemble physiquement à sa mère, d'une manière frappante; celle-ci jouit d'une intelligence régulière et ordinaire, mais sa mère est morte en démence à l'asile même de la Salpêtrière; les autres membres de la lignée maternelle et ceux de la lignée paternelle ne présentent rien de particulier à noter. Cependant, le père de l'enfant, tout en menant une vie assez occupée, a contracté des habitudes d'ivrognerie par suite de son état de courtier en comestibles. Des quatre enfants qu'il a eus, celle-ci est l'aînée, les deuxième et troisième sont morts peu de mois après leur naissance; le dernier seul vit, il a 3 ans, parle avec une certaine difficulté, paraît affectueux, marche bien et mange seul.

A l'époque de la première dentition déjà, notre petite malade a eu des convulsions; elle est élevée à la campagne ayant une étrangère pour nourrice; les parents ne la voient que rarement. A la fin de sa première année s'établit, à la suite d'un petit abcès scrofuleux, une fistule sur le dos de la main droite, peu au-dessus de l'extrémité inférieure du cinquième métacarpien; elle persiste jusqu'à sa mort.

A deux ans, l'enfant est forte, d'une taille en rapport avec son âge, elle marche, se sert de ses mains pour saisir, mais ne parle pas, ne témoigne d'affection pour personne; les convulsions reparaissent et prennent un caractère épileptiforme; peu après même, elles sont remplacées par de véritables attaques d'épilepsie, consistant dans des mouvements cloniques et toniques, en une gêne de la respiration; l'attaque se termine en une demie ou en une minute au plus par l'apparition d'un peu de bave mousseuse sur les lèvres, puis l'enfant tombe dans une grande prostration, dans un état calme, de sommeil d'où elle sort en conservant l'intégrité de ses mouvements. Ces attaques se renouvelant deux, trois fois en vingt quatre heures, aussi bien la nuit que le jour, on place l'enfant à la campagne, à Neuilly, où elle est soumise, pendant quelques mois, vers l'âge de quatre ans, à des affusions d'eau froide et même à des immersions, sans que les attaques se modifient quant à leur fréquence et à leur intensité, et sans que l'état intellectuel de l'enfant s'améliore. Mais à partir de l'âge de six ans, les attaques d'épilepsie s'éloignent un peu, il survient parfois de la toux, l'enfant conserve cependant assez d'embonpoint, et, après sept ans, on la place à la Salpêtrière en 1851. Depuis son entrée dans cet asile, elle n'a plus ni attaques, ni vertiges, ni convulsions. Nous la voyons pour la première fois en 1852.

Cette enfant, dont la taille est de $1^m,220$, dont les téguments sont d'une pâleur assez prononcée, dont l'embonpoint est médiocre, a des traits peu désagréables; le tronc et les membres sont grêles, mais régulièrement conformés; la tête, sans cesse animée de mouvements automatiques en avant et en arrière, est d'une conformation d'apparence régulière; le front est d'une hauteur moyenne, les bosses occipitale et pariétales sont bien marquées, la mensuration rigoureuse des différents diamètres du crâne et de la face nous donne alors des résultats que nous opposons plus bas à ceux qu'une nouvelle mensuration nous fournit au moment de l'autopsie, deux ans après la première.

Abandonnée à elle-même, cette petite fille va, vient, sans aucune espèce de but, ne discernant ni les personnes ni les choses, ne parlant pas, poussant seulement des cris aigus quand on s'approche d'elle et qu'on la touche; elle se met facilement en colère, entre dans des rages violentes qu'elle dirige contre elle-même en se frappant la tête contre le fauteuil dans lequel on la maintient, et en se donnant des coups de poing. La motilité est intacte, la sensibilité l'est également, car, en la pinçant, elle pousse des cris. Elle ne sait pas manger seule, elle porterait n'importe quel objet dans sa bouche, se laisse nourrir sans témoigner la moindre affection pour la personne qui a soin d'elle. Ses digestions se font régulièrement; elle satisfait les besoins naturels partout où elle se trouve; la circulation n'offre rien de particulier; mais cette enfant tousse par moments, la percussion du thorax ne découvre rien de particulier; par l'auscultation, on constate vers l'angle interne de l'omoplate droite une expiration rude, du retentissement de la voix; il n'y a d'ailleurs pas d'expectoration soit de mucosités, soit de sang; le sommeil est calme, et on ne remarque pas d'onanisme.

Cette enfant tousse davantage en octobre 1853; de la matité existe au sommet des deux poumons; des râles muqueux et du souffle pendant l'expiration; la voix est retentissante, surtout au niveau de l'angle interne de l'omoplate droite; la malade maigrit, pâlit et son appétit devient plus capricieux. On la soumet à l'huile de foie de morue, et on lui donne un régime tonique, mais elle se dégoûte bientôt de l'huile de morue; alors, on lui fait prendre du vin de quinquina et de l'iodure de potassium.

Au mois de février 1854, elle tombe dans un état cachectique, avec de la diarrhée; l'appétit se perd de plus en plus, l'épuisement des forces est rapide, la petite malade ne se lève plus en mars; il devient difficile de lui faire avaler des aliments, elle ne prend avec plaisir que du vin de Bagnols et parfois des potages; elle conserve l'intégrité de ses mouvements, se donnant encore des coups de poing et poussant de faibles cris quand on la touche. La toux est rare, il n'y a pas d'expectoration soit de mucosité pure ou mêlée de sang; il se montre de la fièvre hectique, quelquefois des sueurs profuses, depuis le 20 avril, elle ne veut plus que du sucre et du vin de Bagnols. La motilité et la sensibilité sont intactes; il n'y a ni contracture musculaire, ni relâchement, ni convulsions, ni vertiges, et l'état intellectuel n'est pas modifié. Cette enfant meurt dans cet état de cachexie le 2 avril 1854.

Autopsie, 24 heures après le décès, par une température humide et assez basse. — Il n'y a pas la plus légère rigidité cadavérique, l'émaciation est très-grande, les téguments sont secs, d'une pâleur mate, uniforme; cependant, la peau qui revêt la région parotidienne et la joue gauches, présente une injection rouge pâle, post-mortem; le sujet avait été placé de manière à ce que la tête portât sur ce côté. Le cuir chevelu offre une pâleur uniforme, sans trace d'infiltration ni d'épanchement.

En comparant la taille et les dimensions de la tête du sujet avec les mesures des mêmes parties obtenues en 1852, nous aurons le parallèle suivant :

	Mensuration à l'âge de 7 ans 1/2.	Mensuration, post-mortem, à l'âge de 9 ans 1/2.
1° *Taille*	$1^m,220$	$1^m,260$
2° *Crâne.*		
Circonférence fronto-occipitale	0,492	0,476
Diamètre naso-occipital	0,163	0,155
— bi-temporal	0,105	0,104
— bi-mastoïdien	»	0,110
— menton, vertex	»	0,196
— bi-orbitaire	»	0,090
3° *Face, triangle.*		
Côté naso-auriculaire	0,091	0,087
— — maxillaire	0,036	0,045
— auriculo-maxillaire	0,087	0,089

Les dimensions du crâne sont plus grandes à l'âge de 7 ans 1/2 qu'après la mort à 9 ans 1/2, tandis que le contraire a lieu pour la face : celle-ci s'est allongée non-seulement d'arrière en avant, par rapport à une ligne tirée de la région temporale au bord alvéolaire du maxillaire supérieur, mais surtout de haut en bas, suivant une ligne menée de la racine du nez au même bord alvéolaire du maxillaire supérieur; cet allongement n'est pas moins de $0^m,009$, et contribue à rendre la face plus ouverte.

Crâne. — Sa conformation extérieure ne présente rien de particulier; les os ont une consistance, une coloration et une épaisseur normales; les sutures sont complètes, sans trace d'os wormiens.

La dure-mère se détache régulièrement de la face interne du crâne ; en l'incisant d'abord le long du sinus longitudinal, nous remarquons qu'elle a une épaisseur et une consistance plus grandes qu'à l'ordinaire ; elle a, par places, jusqu'à 0m,002 d'épaisseur. En l'enlevant des hémisphères du cerveau, sur lesquels elle est étendue lâchement, et en la renversant, nous ne voyons s'écouler de la cavité arachnoïdienne qu'une faible proportion d'une sérosité à peu près limpide. La face interne de la dure-mère, ainsi étalée, est tachée par places, surtout dans les parties qui correspondent aux lobes moyens postérieurs du cerveau. Ces taches, en nappes irrégulières, d'une couleur de rouge brique et d'étendue variable, sont comprises entre le feuillet séreux arachnoïdien qui tapisse la face interne de la dure-mère et cette dernière face ; un filet d'eau versé sur ces points intacts n'enlève pas les taches ; en pressant sur celles-ci avec la pulpe du doigt, on fait cheminer le liquide rouge brique : on change ainsi la forme des taches. En incisant avec le scalpel, et en enlevant le feuillet qui limite en dedans ce liquide, on ne peut détacher que des petites lames de 3 à 5m, d'un aspect gris, comme gélatineux, de l'épaisseur d'une feuille de papier ordinaire, lisses par leur face interne, comme pultacées et gorgées de sérosité rosée sur leur face externe, paraissant renfermer, dans des mailles de tissu cellulaire, une portion du liquide rouge brique. En les plaçant sous un filet d'eau, on enlève la sérosité et on a une lamelle d'un gris bleuâtre, pâle, mollasse, se déchirant par la plus légère traction qui constitue une portion du feuillet séreux épaissi qui tapisse la face interne de la dure-mère, qu'on regarde celui-ci comme une continuité de l'arachnoïde viscérale, ou simplement comme la couche épithéliale de l'enveloppe fibreuse de l'encéphale. Peut-être que ce cas serait favorable à cette dernière opinion ?

Après avoir enlevé ce feuillet interne de la dure-mère, on trouve la couche de liquide épaissi que nous avons qualifié de rouge brique ; il ne présente point de trace de vascularisation, et un filet d'eau l'enlève, de manière à laisser voir bien distincte la face interne, nacrée, brillante, fibreuse de la dure-mère.

La masse encéphalique reposant sur sa base, ou bien sur sa convexité, conserve sa forme sans s'affaisser ; son poids total est de 1,075 grammes. Les hémisphères recouvrent le cervelet ; leurs extrémités postérieures le dépassent de 8 millimètres ; le cervelet ne pèse que 125 grammes.

Les hémisphères, placés sur leur base, présentent des circonvolutions d'aspects différents : les unes, c'est le plus grand nombre, ont une coloration, une forme et une consistance normales ; les autres sont d'une pâleur terne, jaunâtre comme de la cire blanche qui aurait jauni ; ils sont à la fois comme épaissis, gonflés et comme rétractés sur eux-mêmes ; leurs contours sont plus tranchés, moins onduleux ; les plus larges ont une périphérie à convexité affaissée au centre ; une de ces circonvolutions, placée à l'extrémité antérieure du lobe frontal droit, offre même au centre une anfractuosité très-prononcée. En touchant ces circonvolutions, on a la sensation d'un corps ferme, résistant, élastique, comme cartilagineux ou comme calleux ; la pression n'y laisse point d'empreinte. Il semble, de prime-abord, que les feuillets séreux et vasculaires ne revêtent pas ces circonvolutions.

Ces membranes s'étendent sur les circonvolutions saines, en présentant du côté de la pie-mère une forte congestion vasculaire, et entre elle et le feuillet de l'arachnoïde une faible quantité de liquide rose infiltrant en nappes le tissu cellulaire sous-arachnoïdien dans les deux régions temporales. L'hypérémie est surtout plus forte sur les lobes temporaux et occipitaux. Ces membranes s'enlèvent des circonvolutions saines avec la facilité ordinaire, ayant une épaisseur et une consistance normales, si ce n'est que cette épaisseur est plus grande sur les circonvolutions qui bordent la grande scissure interlobaire. Quand elles arrivent sur les circonvolutions calleuses, avec lesquelles elles ne sont nullement adhérentes, elles deviennent parfaitement transparentes et ne sont plus infiltrées ; leurs capillaires sont incolores : sur deux circonvolutions seulement, nous voyons passer un petit filet rose.

En incisant la circonvolution calleuse de la périphérie au centre, il semble que l'instrument traverse un tissu cartilagineux ou bien la peau calleuse qui revêt le talon. La coupe est nette, brillante, sèche, sans trace d'infiltration aucune, présentant trois couches superposées distinctes sous le rapport de la couleur, de la consistance et de la nature intime. Les faces engendrées par les coupes deviennent presque aussitôt concaves.

1° La couche externe périphérique de ces circonvolutions calleuses est la plus dure, la plus élastique ; son épaisseur est variable entre 3 et 5 millimètres ; sa teinte, d'un jaune pâle uniforme, est éclatante comme celle des corps fibreux, sans traces de vascularisation apparente à l'œil nu. Elle se continue au fond des sillons qui limitent les circonvolutions avec la substance grise normale de la couche corticale du cerveau, en perdant peu à peu sa dureté et en prenant également la coloration normale. Par sa face profonde, elle se perd avec la couche moyenne ;

2° Celle-ci est encore ferme et élastique, mais moins que la précédente ; elle est d'un blanc jaunâtre tirant sur le rose ; un grand nombre de capillaires s'y répandent, elle est plus ou moins épaisse et distincte, sous la forme d'un mamelon qui termine les fibres de la substance blanche ;

3° La troisième couche, la plus interne, n'est autre que la substance blanche, dont la précédente n'est qu'une partie modifiée ; elle est d'autant moins épaisse que la transformation calleuse est plus grande.

La consistance de cette substance blanche est ferme, élastique comme de la pâte de guimauve ; sa coloration est d'un blanc mat, la vascularisation est normale.

Les circonvolutions qui participent à cette transformation sont également nombreuses sur l'un et l'autre hémisphère ; elles se rencontrent surtout sur les lobes antérieurs et moyens ; les postérieurs sont moins altérés. Ainsi sur l'hémisphère gauche, on trouve d'avant en arrière :

	Circonvolutions calleuses.
Sur l'extrémité antérieure du lobe frontal.	2
Sur le prolongement de la scissure de Sylvius, transversalement jusqu'à la grande scissure longitudinale.	4
Sur le lobe temporal, { convexité externe. . . .	2
— { convexité supérieure.. .	2
Sur la convexité externe et supérieure de la moitié postérieure de l'hémisphère.	3
L'hémisphère droit présente, dans le lobe frontal, sur la face inférieure.	2
— interlobaire.	3
Sur le prolongement de la scissure de Sylvius, transversalement.	4
Sur la convexité externe et supérieure de la moitié postérieure de l'hémisphère.	5
En tout. . . .	27

Dans les deux ventricules latéraux, en arrière des couches optiques, en dedans de la corne d'Ammon, on trouve un petit noyau calleux, comprenant la bandelette de substance grise qu'on appelle le corps godronné ; ces noyaux ont 15 millimètres de long sur une épaisseur de 2 millimètres. La substance grise de la circonvolution de l'hippocampe participe à la même transformation calleuse. Les ventricules ne renferment qu'une faible proportion de sérosité limpide.

Les couches optiques, les corps striés, la protubérance et le bulbe, de même que les autres renflements de l'encéphale, ne présentent point d'anomalie de coloration, ni de consistance, ni de forme ; la substance blanche du corps calleux est également normale.

Le cervelet n'offre rien de particulier que sa petitesse remarquable.

La moelle rachidienne et ses enveloppes sont saines ; toutefois, la substance blanche de ce cordon a une consistance plus

ferme qu'à l'ordinaire, tandis que la substance grise centrale est complétement normale.

Les nerfs crâniens, ainsi que les rachidiens, sont dans un état d'intégrité parfaite.

Thorax. — Les deux lobes du poumon sont farcis de noyaux tuberculeux, en grande partie en voie de suppuration ; des cavernes de dimensions variables occupent les deux sommets ; les plèvres sont saines et la cavité pleurale ne renferme ni liquide ni solide.

Les cavités gauches du cœur sont exsangues ; dans celles de droite, il n'y a qu'une faible proportion de sang caillebotté ; les orifices de leurs valvules ne présentent rien de particulier ; le péricarde est sain.

Abdomen. — L'estomac et les intestins sont médiocrement distendus par des gaz ; la dernière portion du tube digestif contient seul des fèces durcies par place. La tunique musculeuse est d'une pâleur prononcée, la structure est normale. Les ganglions mésentériques sont considérablement augmentés de volume et durcis.

Le foie, le pancréas, la rate et les reins ne présentent rien de particulier, pas plus que les organes contenus dans le bassin.

Le cinquième os métacarpien qui a si longtemps entretenu la fistule que nous avons signalée sur le dos de la main droite, est réduit, par la suppuration, à une coque osseuse largement ouverte par sa face dorsale et excavée en forme de nacelle, la substance médullaire ayant disparu dans les 7/8 inférieurs de l'os.

En nous résumant nous voyons qu'une enfant, née d'une famille dans laquelle un membre est mort en démence, est prise de convulsions dès l'âge de la première dentition, et d'attaques d'épilepsie à l'âge de 2 ans. Vers la septième année, ces attaques diminuent d'intensité et de fréquence. L'enfant a marché à 2 ans, mais jamais elle n'a parlé ; elle ne témoigne d'affection à personne, est sujette à des colères, pousse des cris inarticulés, se frappe ; il faut la nourrir ; la nutrition est bonne ; elle tousse quelquefois. A l'âge de 7 ans, elle entre à la Salpêtrière ; depuis lors, les attaques d'épilepsie ne reparaissent plus ; la motilité reste normale, de même la sensibilité physique, mais il ne se montre point de phénomènes intellectuels. Aux rhumes succède une toux sèche, depuis un an ; l'existence de tubercules dans les poumons est confirmée il y a huit mois. L'usage de l'huile de foie de morue, des préparations iodées et du quinquina n'empêchent pas l'enfant de tomber dans la cachexie tuberculeuse il y a trois mois ; elle meurt le 25 avril 1854.

A l'autopsie, nous trouvons le crâne bien conformé, un épanchement séro-sanguinolent entre la face interne de la dure-mère et la lame séreuse ramollie et épaissie qui la recouvre ; une congestion prononcée des veines cérébrales moyennes et postérieures surtout, de même que des capillaires de la pie-mère ; un peu d'infiltration séro-sanguinolente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; ces membranes ont une consistance normale, leur épaisseur est un peu augmentée vers le bord de la scissure interlobaire ; elles sont parfaitement décollées et décolorées sur des circonvolutions altérées elles-mêmes. La masse encéphalique est d'une consistance beaucoup plus ferme qu'à l'état normal. 13 circonvolutions sur l'hémisphère gauche et 15 sur le droit, en y comprenant la circonvolution de l'hippocampe, participent à la même lésion, qui consiste dans une transformation calleuse, élastique de la couche corticale de ces circonvolutions ; la substance blanche immédiatement sous-jacente est également durcie, élastique, mais non pas jusqu'à l'état de callosité, elle est d'ailleurs parcourue par des capillaires visibles à l'œil nu ; en avançant vers la partie centrale du cerveau, la substance blanche diminue de dureté, sa consistance est alors comme celle d'une pâte de guimauve. Dans le corps calleux, les couches optiques, les corps striés et les autres renflements encéphaliques, la substance cérébrale a la consistance et la coloration normales. Le cervelet est très-petit, la moelle, assez volumineuse, est d'une consistance plus ferme qu'à l'ordinaire.

Des tubercules ramollis et des cavernes remplissent les deux poumons ; les ganglions mésentériques sont volumineux, les autres organes ne présentent rien de particulier.

Examen microscopique. — Pour compléter le plus possible la description de cet état pathologique du cerveau, il nous restait à en faire l'examen microscopique : celui-ci fut un peu différent de celui des auteurs allemands ; mais l'importance, ou du moins la rareté de cette lésion, commandait de donner à cette recherche toutes les garanties d'exactitude ; aussi avons-nous accepté avec empressement l'offre bienveillante de M. le docteur Robin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, d'examiner, de son côté, la nature de cette lésion. Les résultats concordants auxquels nous sommes arrivés sont les suivants :

Substance grise. — 1° *tubes nerveux.* — Les tubes nerveux sont dans ce cas aussi nombreux qu'à l'état normal, présentant le même mode de distribution ; leur caractère, pris individuellement, n'offre aucune modification extérieure notable. On peut constater dans ces tubes, comme à l'état normal, l'existence du *cylinder axis* et de la substance qui l'entoure. Nous n'insisterons donc pas davantage sur eux.

2° *Matière amorphe* (masse moléculaire des auteurs allemands). — C'est à propos de cet élément de la substance grise que nous avons à noter les modifications les plus considérables. Le premier fait qui frappe, c'est la consistance beaucoup plus grande qu'à l'état normal offerte par cet élément ; il est, en second lieu, facile de voir qu'elle renferme plus de granulations moléculaires qu'à l'état sain ; en général, aussi, ces granulations moléculaires sont plus volumineuses ; aussi cette matière est-elle moins transparente que dans le cerveau sain. Il faut noter en outre que, dans quelques endroits, dans ceux en particulier qui sont les plus durs, la substance amorphe présente un aspect très légèrement fibroïde ; sur les bords de ces parties se voient quelquefois de fines fibres, lisses, non ondulées ; on parvient à les isoler dans une longueur peu considérable ; elles sont facilement détruites par l'acide acétique. Du reste, la petite quantité de ces fibres montre qu'elles jouent un rôle très-secondaire dans cette altération morbide. Un fait à noter, et qui semble avoir échappé aux autres observateurs, c'est que les petits noyaux sphériques découverts par Valentin dans la substance grise, et appelés *myéloplastes* par M. Robin, ont ici diminué notablement de quantité ; quelques-uns même sont un peu déformés. Le fait est facile à constater, lorsqu'on prend de la substance saine et qn'on la compare à celle qui est indurée.

3° *Vaisseaux capillaires.* — Il existe des vaisseaux capillaires dans toute l'étendue du produit morbide, mais ils sont évidemment moins nombreux que dans le tissu normal ; en outre, l'épaisseur de leurs parois est parsemée de granulations moléculaires nombreuses, dont quelques-unes sont des granulations graisseuses. L'examen comparatif des capillaires des parties malades et des parties saines montre que ces granulations manquent dans ces dernières.

Substance blanche. — 1° *tubes nerveux.* — Les tubes nerveux de la substance blanche offrent un diamètre moindre qu'à l'état normal ; pourtant leur structure semble être restée la même, et ils ont conservé la propriété de devenir variqueux. Il serait difficile de dire si leur nombre a diminué.

2° Le fait important à signaler ici, c'est qu'il s'est déposé entre ces tubes une certaine quantité de matière amorphe qui manque complétement à l'état normal. Cette matière offre les mêmes caractères que celle que nous avons décrite dans la substance grise ; elle a la même consistance et le même aspect granuleux. Les granulations y sont seulement plus volumineuses que dans la substance grise. Il faut noter, cependant, que cette matière amorphe est ici bien moins abondante que dans la substance grise.

3° *Vaisseaux capillaires.* — Ils offrent ici la particularité signalée dans la substance grise ; nous n'avons donc pas à répéter ce que nous avons déjà dit. Il importe néanmoins de rappeler l'existence des granulations graisseuses que renferment anormalement leurs parois.

Cette observation n'est pas seulement intéressante par la lésion morbide rare que nous avons décrite avec tant de soin, mais aussi par sa valeur pour l'étiologie de l'idiotisme. Est-il possible, au moyen des données fournies par l'anatomie pathologique, de remonter aux causes qui ont amené, dans ce cas, une idiotie congénitale? Est-ce bien là un état tératologique, et non pas une maladie? Nous n'avons pas la prétention de résoudre toutes ces questions, nous ne cherchons qu'à extraire du fait précédent les éléments qu'il peut fournir à la solution du problème.

Il est évident, d'après nos mesures comparatives, que les dimensions du crâne sont moindres à 9 ans 1/2 qu'à 7 ans 1/2 ; cependant le corps s'est allongé de $0^m,040$ dans cet intervalle de deux ans.

Il est permis de se demander, avec M. Valleix, président par intérim de la Société médicale d'observation, à laquelle nous avons fait part de ce fait, si cette diminution très-notable du crâne ne peut pas être rapportée à l'émaciation que les sinus ont éprouvée pendant les derniers mois de l'existence de l'enfant. Nous ne le pensons pas, car sans cela elle aurait dû avoir lieu aussi pour la face.

La capacité intérieure de la boîte crânienne a dû, par conséquent, diminuer proportionnellement, car les os ne sont pas altérés. Et le cervelet, dont la coloration, la consistance et la structure ne sont pas altérées non plus, est d'une petitesse remarquable comme volume et comme poids, tandis que l'ensemble de la masse encéphalique pèse plus qu'un cerveau sain ayant appartenu à un enfant du même âge. Cette augmentation de poids dépend évidemment de l'accumulation de la masse moléculaire entre les tubes nerveux de la substance grise et de la blanche; c'est elle aussi qui donne aux circonvolutions calleuses leur aspect à la fois gonflé et rétracté, qui a fait dire au président de l'Académie de médecine, à M. le professeur Rostan, en voyant ce cerveau, qu'on pourrait presque croire à une hypertrophie, suivant le résultat de l'examen microscopique que M. Robin et moi avons fait de ces tumeurs calleuses.

Il y aurait prédominance d'un des éléments de la substance cérébrale avec altération de forme, et non pas addition d'un élément nouveau, comme l'admettent les auteurs allemands. Pour le professeur Bock (*Lehrbuch der pathologischen anatomie,* Leipzig, 1852), cet élément nouveau serait une exsudation de matière fibroïde qui, se condensant entre les tubes nerveux ou dans la gaîne même, remplacerait la matière nerveuse; ce serait donc une cause d'atrophie, et une des plus grandes. Wedl (*Pathologische histologie,* Wien, 1853) se demande si les fibres fines qui forment, selon lui également, la trame dans la transformation calleuse de la substance cérébrale, peuvent être considérées comme produites par la coagulation de la masse moléculaire, ou bien si elles représentent des tubes nerveux altérés. Nous les avons vues disparaître rapidement dans l'acide acétique; nous pensons, par conséquent, que ni l'une ni l'autre de ces suppositions n'est admissible. De nouvelles recherches nous paraissent nécessaires avant de pouvoir résoudre cette importante question d'histologie pathologique.

Nous pensons, d'ailleurs, avec M. Robin, que les auteurs allemands comprennent sous la dénomination générique de ***sclérose*** toute espèce d'endurcissement, d'induration pathologiques des tissus, et qu'il convient de ranger dans une classe toute particulière la lésion que nous venons de décrire. En effet, par suite des recherches auxquelles nous venons de nous livrer, il n'est pas permis de confondre la transformation calleuse de la substance cérébrale avec l'induration atrophique décrite par Morgagni (8e lettre), et qui est assez commune dans les maladies psychiques, ni avec les endurcissements consécutifs aux foyers hémorrhagiques, aux abcès, aux épanchements, et signalés par Esquirol, Pinel fils (***Recherches d'anatomie pathologique sur l'endurcissement du système nerveux,*** 1822), par Calmeil (***Dict. des sciences méd.***), et par nous-même (***Obs. d'idiotie,*** in ***Annales medico-psychologiques,*** 1853). Il n'est pas d'observateur qui n'ait vu des guérisons à la suite d'hémorrhagies et d'épanchements cérébraux, tandis que la transformation calleuse de la substance cérébrale qui, pour le professeur Bock, est une des terminaisons de l'encéphalitis, paraît avoir toujours entraîné la perte de l'intelligence; on ne l'aurait rencontré que chez des idiots et chez des maniaques incurables.

B. Schnepf, *interne des hôpitaux, lauréat* (médaille d'or) *de la Faculté de médecine,* etc.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Hydro-pneumo-thorax.

François Rivière, dentiste, âgé de 43 ans, entré à l'hôpital le 24 avril 1854, est couché au n° 13 de la salle des hommes. Il présente une grande débilité, de l'amaigrissement, une altération profonde des traits et un teint cachectique des plus marqués. Il dit tousser et cracher depuis longtemps; sa parole manque de timbre, il est aphone. Nous passons rapidement sur ses antécédents, pour venir droit au but et nous occuper de son état actuel, qui nous importe surtout.

Il est clair que les symptômes que nous venons d'énumérer doivent attirer l'attention du côté de la poitrine. A l'examen, la percussion du poumon droit ne décèle rien de remarquable; mais le côté gauche offre sur les parties latérale et antérieure, dans une assez grande étendue, une sonorité exagérée, tout à fait tympanique; quant à l'auscultation, elle ne donne qu'un seul résultat négatif important, il est vrai, c'est l'absence, à l'endroit de la sonorité, de tout bruit vésiculaire naturel. Avec ces deux seules données d'auscultation et de percussion, M. Beau prononce le mot de pneumo-thorax, et malgré tout le soin qu'il met à ausculter de nouveau, il ne peut surprendre ni tintement métallique ni souffle amphorique, signes d'ailleurs très-fugaces.

En leur absence, on dut en chercher d'autres. En agitant la poitrine, en pratiquant ce que l'on appelle la *succussion hippocratique,* on perçoit très-nettement le bruit de flot; il suffit d'approcher l'oreille assez près de la poitrine du malade, mais sans qu'il soit nécessaire de l'y appliquer immédiatement. Un autre fait, sur lequel M. Beau attire notre attention et qui, à sa connaissance, n'a jamais été signalé, c'est la *sensation de flot perçue par la main* appliquée sur le thorax au moment de la succussion : c'est une vraie fluctuation thoracique, une impression de choc recueillie par le sens du toucher, tandis que, jusqu'ici, la fluctuation thoracique avait été appréciée seulement par l'oreille.

Notons encore comme symptôme nous faisant défaut, une forte dyspnée; les malades atteints de pneumo-thorax éprouvent, pour l'ordinaire, une oppression telle, qu'ils sont forcés de rester sur leur séant; celui-ci, au contraire, est toujours couché et ne se plaint nullement de gêne respiratoire. Cependant, il n'y a pas toujours eu absence de dyspnée; car, sur l'observation faite au malade par M. Beau, qu'à une certaine époque il a dû étouffer davantage, il nous apprend qu'il fut pris, il y a deux mois, en travaillant, d'une oppression excessive et subite, avec douleur vive dans le côté. C'est donc à cette époque qu'il faut faire remonter son affection.

M. Beau prie son interne d'ausculter attentivement la poitrine à sa visite du soir, car il est possible quelquefois de saisir, à un moment donné, un signe qui avait échappé dans tout autre instant. Le lendemain, l'interne dit avoir entendu une fois du souffle amphorique, mais il ne fut pas retrouvé depuis, ce qui confirma encore sa fugacité.

Quant au traitement, on sait trop combien sont nulles, ici, toutes les ressources de la thérapeutique; il y a chez notre sujet anorexie complète, et il ne mange pas; on comprend dès lors l'imminence d'une fin prochaine : effectivement, il va s'affaiblissant de plus en plus jusqu'au 29 avril, jour de sa mort. Nous reviendrons, dans un instant, sur ses derniers jours.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, on voit le poumon gauche rapetissé, refoulé en haut et appliqué contre la colonne vertébrale; il ne présente pas la moitié de son volume normal; à la coupe se montre une texture dense, serrée; au sommet, une caverne du volume d'un œuf, commençant à se tapisser d'une fausse membrane blanchâtre, indice d'une cicatrisation qui n'a pu s'achever; à la base de cette caverne, une perforation qui la fait communiquer avec la cavité pleurale; puis çà et là, plusieurs autres petites cavernes isolées. Le sommet du poumon droit est aussi infiltré de tubercules.

Ce fait nous semble intéressant. Nous venons de mentionner le signe nouveau de la *fluctuation perçue par la main;* les autres manquent souvent; nous le voyons, il pourra donc trouver sa valeur diagnostique : il nous reste maintenant à rappeler quelques considérations qui nous sont présentées par M. Beau à cette occasion. En voici le résumé :

On doit s'attendre fréquemment, en clinique, à voir manquer bon nombre de symptômes, même des plus significatifs ; le clinicien n'a pas pour objet l'étude d'une *maladie*, mais d'un *malade ;* à chaque lit, nouveau problème, nouvelle difficulté qui justifient bien ces paroles de Récamier : « *La nature parle à demi-mots.* »

Ainsi, pour en revenir à notre cas, nous voyons manquer deux signes stéthoscopiques importants : bruit métallique et respiration amphorique, puis la dyspnée. Bien plus, la sonorité peut faire défaut ; et cela n'est même pas très-rare. M. Beau avait déjà observé des faits de ce genre, lorsque M. le docteur Skoda (de Vienne) vint publier des cas de pneumo-thorax où la sonorité habituelle était remplacée par un son mat ; la condition physique de la production de cette matité, c'est que le gaz soit comprimé. Ce médecin fit des expériences avec des vessies où l'on avait condensé une certaine quantité d'air, et la percussion donna de la matité au lieu du son tympanique généralement propre aux cavités remplies de gaz (1).

Ainsi, le médecin ne devrait pas rejeter l'idée de l'existence du pneumo-thorax, parce qu'il rencontrerait un son mat, si d'ailleurs d'autres raisons le portaient à croire à ce diagnostic.

Il est bon de se rappeler encore, dit M. Beau, que ce malade ne s'est plaint de rien d'extraordinaire avant sa mort ; qu'il n'accusait pas d'augmentation dans la dyspnée, et qu'il se trouvait même mieux sous ce rapport. Le praticien ne peut trop se mettre en garde contre ce faux-semblant d'amélioration ; on doit l'expliquer par une faiblesse excessive qui va jusqu'à l'abolition de toute sensation morbide. Il faut tenir grand compte de cette circonstance, pour formuler son pronostic auprès des personnes qui entourent le malade. La même chose s'observe dans un grand nombre d'affections, notamment dans la péritonite ; c'est, comme chacun sait, une des maladies les plus douloureuses ; eh bien ! le jour ou la veille de la mort, on voit souvent une rémission complète dans les symptômes, surtout dans la douleur.

Il serait superflu de signaler combien un médecin se nuirait à lui-même s'il s'en laissait imposer par ce mieux-être décevant.

Ch.-T. Guyot.

Nouvel appareil pour l'application locale des agents anesthésiques,

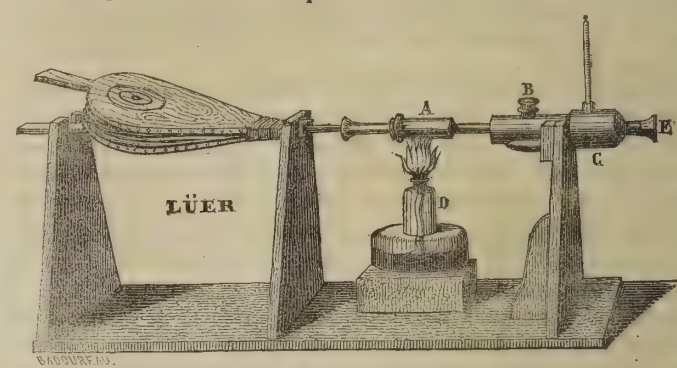
Par M. Figuier.

M. Figuier nous transmet les détails suivants sur l'appareil dont nous avons dit quelques mots dans notre numéro du 16 mars dernier :

Nous fondant sur ce fait que, dans l'état physiologique, une certaine élévation de température favorise l'absorption, et que le défaut d'absorption, c'est-à-dire la non-pénétration à travers la peau des vapeurs anesthésiques, est probablement la cause des insuccès qu'a rencontrés jusqu'ici l'anesthésie locale, nous avons essayé de soumettre les parties destinées à devenir le siége d'une opération douloureuse à l'action des vapeurs de chloroforme élevées à une température d'environ 50°. L'appareil que nous avons fait construire à cet effet, par l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Luër, se composait d'une petite capacité cylindrique, contenant dans son intérieur plusieurs toiles métalliques, et que l'on chauffait extérieurement à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin. L'air, dirigé par un soufflet dans l'intérieur de cet espace, s'y échauffe ; traversant ensuite le réservoir de chloroforme, il emporte à l'état de vapeur une quantité notable du composé anesthésique. Un thermomètre, placé à l'extrémité de l'appareil, indique la température que présentent les vapeurs au moment de leur sortie.

Quelques essais ont été exécutés avec cet appareil à l'hôpital Saint-Louis, à l'hôpital Lariboissière et à l'Ourcine. Les résultats se sont montrés insuffisants, en ce sens que, si l'on a pu constater une atténuation manifeste de la sensibilité, l'effet anesthésique était incomplet et demeurait limité à la surface de la peau ; les parties sous-jacentes avaient conservé leur sensibilité, car le bistouri, en pénétrant dans les parties profondes, laissait ressentir au malade l'impression de la douleur. Ces expériences doivent donc être continuées. Il n'est pas impossible qu'en refermant la partie malade dans une sorte de sac ou d'enveloppe imperméable de caoutchouc, et prolongeant assez longtemps le contact des vapeurs de chloroforme modérément chauffées, on ne parvienne à réaliser complétement l'effet anesthésique. La question de l'anesthésie locale est d'une telle importance pour la chirurgie pratique ; les effets que l'on parviendrait ainsi à produire offriraient un si haut degré de valeur, que rien, il nous semble, ne doit être négligé paur atteindre définitivement ce but.

La description et la figure qui suivent donneront une idée nette de l'appareil fort simple qui permet de diriger sur les parties les vapeurs chloroformiques chaudes :



A, *fourneau.* — C'est un tube de cuivre, contenant dans son intérieur quinze toiles métalliques, disposées verticalement les unes près des autres, et qui ont pour effet, en accumulant le calorique dans cette partie de l'appareil, de maintenir la température des vapeurs de chloroforme à peu près au même point pendant toute la durée de leur administration.

B, *réservoir de chloroforme.* — Ce réservoir, qui ferme par une vis à sa partie supérieure, porte à la partie inférieure un renflement garni d'un morceau d'éponge ou d'étoupes, sur lesquelles on verse le liquide anesthésique.

C, *espace occupé par le thermomètre.* — Ce thermomètre, gradué sur verre, est assujetti au tube à l'aide d'un bouchon de liége percé.

E, *godet d'ivoire qui termine l'appareil.* — Sur le contour extérieur de ce godet, on fixe un fragment de parchemin mouillé ou de vessie, destiné à circonscrire la partie malade sur laquelle on dirige les vapeurs.

D, *lampe à esprit-de-vin.*

Voici maintenant la manière de faire usage de cet appareil :

On commence par chauffer le fourneau A, à l'aide de la lampe à esprit-de-vin, jusqu'à ce que le thermomètre indique la température de 80 à 85° centigr. *Alors seulement,* on introduit le chloroforme dans le réservoir à l'aide de l'ouverture B, qui ferme par une vis. On fait ensuite agir le soufflet. Ce soufflet, qui a les dimensions du soufflet ordinaire de nos foyers, pourrait être remplacé par le *ventilateur mécanique* de M. Luzz, dont on a déjà fait usage dans les hôpitaux pour les essais d'anesthésie par réfrigération. Cet appareil a l'avantage de fournir un courant d'air non interrompu. Cependant la pratique n'a point montré d'avantages en faveur de cette substitution. Quoi qu'il en soit, le courant d'air envoyé par le soufflet s'échauffe en traversant le fourneau ; arrivant à une température élevée à la surface du liquide anesthésique, il en emporte une quantité considérable à l'état de vapeurs et parvient, saturé de ces vapeurs, à l'extrémité de l'appareil. Le thermomètre accuse alors une température de 50 à 60°, qui est la plus convenable pour l'absorption des vapeurs. Toutefois, la sensibilité du malade est l'indice qu'il faut surtout consulter : le malade doit ressentir l'impression un peu chaude des vapeurs, sans néanmoins en être affecté péniblement.

(1) Le professeur Grisolle est donc bien loin du vrai lorsque, dans sa *Pathologie élémentaire*, il écrit la phrase suivante (article *pneumo-thorax*, t. 2, p. 318, édit. *revue et augmentée*, Paris, 1850) : « *L'exagération de la sonorité, avec faiblesse ou absence du murmure vésiculaire, se rencontre à divers degrés, et dans une étendue variable, chez tous les malades sans aucune exception, et quelle que soit la lésion organique qui a produit le pneumo-thorax.* » — M. Grisolle sait cependant qu'il n'y a pas de principe absolu en médecine, surtout en symptomatologie.

(*Note du doct. H. Huguet.*)

La durée de l'administration des vapeurs anesthésiques doit être d'environ 15 minutes. Quand le thermomètre indique que la température des vapeurs s'est abaissée, il suffit d'approcher de temps en temps la lampe à esprit-de-vin du fourneau, pour le maintenir au degré nécessaire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Mai 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie variolique qui a régné à l'asile d'aliénés de Fains, par le médecin en chef de l'établissement, M. de Smyttère;

2° Rapport sur les causes du goître endémique, par M. le docteur Ménestrel, médecin à Sérécourt (Vosges);

3° M. le Ministre de l'agriculture et du commerce exprime de nouveau le vif désir d'avoir le Rapport de l'Académie sur le choléra;

4° États de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccin.

M. le docteur Rapin, de Grandson, canton de Vaud (Suisse), adresse un nouveau modèle de tubes à vaccin.

Eaux thermales.

M. Dufresse adresse un Mémoire sur l'action des eaux thermales de Chaudes-Aigues.

Pastilles de mannite.

M. Biron-Devèze, pharmacien à Paris, communique la formule suivante de pastilles purgatives qui ont, entre autres avantages, celui de se dissoudre avec facilité, d'être agréable à prendre et par conséquent d'une administration très-facile chez les enfants :

Mannite	5	centigrammes.
Calomel	1	—
Sucre	75	—

Suette.

M. Brouillet, médecin cantonnier à Geispolsheim, adresse un Rapport sur une épidémie de suette qui a régné à Duttlenheim (Bas-Rhin).

Nouveau procédé pour extraire les calculs ou fragments arrêtés dans la région prostatique.

M. Auguste Mercier adresse la Note suivante :

Une circonstance assez embarrassante de la lithotritie, c'est l'extraction des petites pierres ou des fragments logés dans la région prostatique, surtout quand il existe une valvule soit musculaire soit prostatique du col de la vessie. Parfois, le corps étranger, niché au-dessous de la barrière, ne peut être délogé de sa position, ni en arrière, parce qu'il est arrêté par cette barrière, ni en avant, parce que la saillie morbide s'interpose entre lui et les instruments avec lesquels on tâche de l'accrocher par derrière.

Il y a un an environ que je rencontrai une difficulté de ce genre chez un malade que je soignais avec le docteur Destrem, et que j'avais guéri, près de deux ans auparavant, d'une rétention d'urine complète datant de sept années. Une valvule du col de la vessie avait été excitée, mais pas tout à fait jusqu'à sa base. Cependant, comme ce malade urinait facilement, nous n'en fîmes pas davantage, et tout allait bien, lorsque survinrent des troubles que je reconnus être dus à la présence d'une petite pierre dans la région prostatique. Cinq ou six tentatives furent faites pour l'extraire ou la repousser avec des sondes et des brise-pierre de toute espèce, avec la curette articulée, courbe, etc., sans le moindre résultat. Cette pierre était nichée au-dessous du reste de bride, et les instruments, glissant toujours par-dessus, ne purent la déloger. J'eus alors l'idée d'employer dans ce but la sonde évacuatoire simplifiée que j'ai présentée à l'Académie le 15 avril 1851, et un succès immédiat couronna cette tentative. Il me suffira, pour l'intelligence de ce que je vais dire, de rappeler que cet instrument a la forme de ma sonde exploratrice coudée, c'est-à-dire qu'il se compose d'une tige tout à fait droite, terminée par un bec ayant de 12 à 15 millimètres de longueur, et faisant, avec cette tige, un angle presque droit. La tige doit être aussi volumineuse que l'urètre le permet, et elle est creusée, dans toute sa longueur, par un large canal qui s'ouvre directement sur son talon. Un mandrin sert à la fois à obturer le canal et à donner au talon une surface lisse et arrondie. Cette sonde étant ainsi garnie de son mandrin, je l'introduisis jusqu'à ce que je sentisse son talon buter contre la pierre. Je retirai alors le mandrin; j'appuyai le talon béant sur cette pierre, pour que celle-ci s'y engageât; puis je la soulevai comme avec une curette, en même temps que je poussais l'instrument dans la vessie, par-dessus l'obstacle. Aussitôt celui-ci franchi, l'urine jaillit, et, avec le premier jet, la pierre, qui avait au moins 6 millimètres de diamètre.

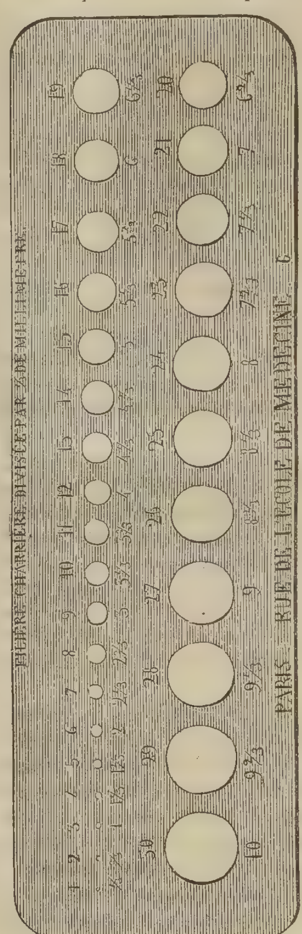
Ainsi fut faite presque instantanément cette extraction, que des tentatives antérieures nombreuses, et bien plus fatigantes, n'avaient pu effectuer.

Je suppose actuellement que, pour une raison quelconque, le corps étranger ne fût pas sorti par la sonde, il était du moins refoulé dans la vessie, et ce résultat, quoique moins heureux, était encore très-satisfaisant, car il ne s'agissait plus que d'une opération extrêmement simple.

Sonde rompue dans la vessie.

M. Leroy-d'Étiolles présente les fragments d'une sonde de gomme, rompue dans la vessie, dont il vient de faire l'extraction par l'urètre, sans incision. Le malade se sondait lui-même pour une rétention d'urine; cependant l'accident ne peut être attribué à son incurie : la mauvaise qualité du tissu et le vice de la fabrication en sont les causes, car la sonde est neuve, elle a tout son poli. Ce n'est pas la première fois que la fabrique dont elle est sortie fournit à M. Leroy-d'Étiolles l'occasion de mettre en usage ses instruments extracteurs.

La fréquence de la rupture des sondes, dit ce chirurgien, doit fixer l'attention de l'Académie et des commissions des Écoles de médecine et de pharmacie, chargées de veiller sur la qualité des médicaments et des substances employées en médecine.



Filières.

M. Charrière père adresse une Note sur la filière qu'il a exécutée sous l'inspiration de M. Ricord, et qui a été adoptée, depuis 1838, par tous les chirurgiens sérieux. Contrairement aux assertions de M. Leroy, cette filière est rigoureusement graduée par tiers de millimètre, de même que celle de M. Beniqué l'est par douzièmes de millimètre; et quant à l'uniformité des diverses filières livrées par lui au commerce, cette uniformité est d'autant plus rigoureuse, qu'elles sont toutes frappées sur une même matrice à l'aide d'un balancier.

Il est donc impossible qu'il y ait la moindre différence entre elles, pas plus qu'il ne peut y en avoir entre deux pièces de monnaie frappées avec le même coin. Ce mode de fabrication permet en outre d'atteindre les limites extrêmes du bon marché dans le prix de revient et par conséquent de la vente. Du reste, M. Leroy a lui-même reconnu la supériorité des filières sur le compas, en adoptant d'avance une filière à encoche angulaire, qui n'est en définitive qu'une demi-filière à trous ronds, c'est-à-dire que ma filière est moins parfaite.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'ORCHITE.

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal. La manière dont les faits relatifs à l'orchite ont été exposés dans la dernière séance lui a paru si extraordinaire, que si cette communication n'avait pas été faite par un confrère des plus honorables, il l'aurait laissé passer sans aucune réflexion. Les résultats que lui-même a obtenus sont tellement différents de ceux de M. Bonnafont, qu'il est fort embarrassé pour trouver l'explication de cette différence, car il ne peut douter que M. Bonnafont ait observé réellement ce qu'il a annoncé. Chez les malades sur lesquels M. Ricord a appliqué le collodion, quelques-uns n'ont pas pu le supporter, tant les douleurs sont devenues intolérables, et tous ont guéri vers le vingtième jour, ce qui est la règle. Aucun n'a guéri en quarante-huit heures, comme paraissent avoir guéri tous ceux de M. Bonnafont.

Quant au nom d'orchite donné par M. Bonnafont à l'affection blennorrhagique des bourses, c'est une dénomination qu'il n'est plus permis d'employer aujourd'hui; nous savons maintenant que c'est l'épididyme qui est spécialement affecté de cette maladie, et que son véritable nom est celui d'épididymite.

M. Velpeau. — Je commencerai d'abord par dire que ce que j'ai ob-

servé ressemble beaucoup à ce qu'a observé M. Ricord, et à ce sujet, je me suis fait la réflexion que j'étais bien malheureux. En effet, il m'arrive quelquefois de faire des découvertes en thérapeutique, auxquelles je suis bientôt obligé de renoncer à cause des insuccès que je constate, et je vois ces mêmes découvertes, refaites quelques années plus tard, produire des merveilles entre les mains de leurs nouveaux auteurs. C'est ce qui arrive aujourd'hui pour l'orchite, et à propos de ce mot, je dois dire en passant que M. Ricord a manifesté une préférence pour laquelle j'ai peu de sympathie. Quant à l'exactitude, le mot qu'il préfère ne l'emporte pas sur celui qui est généralement adopté ; suivant les tissus affectés, il faudrait désigner l'orchite sous les noms de vaginalite avec Rochoux, de déférentite avec d'autres, de testiculite avec d'autres encore, et d'épididymite avec M. Ricord. Je continue à croire que ce mot d'orchite, qui ne désigne pas le siége précis, mais bien la maladie en général, est préférable à toutes ces dénominations.

Pour en revenir au collodion, ce topique ne peut agir que des façons suivantes :

En soustrayant les tissus enflammés au contact de l'air ; c'est le principal mode d'action auquel M. Robert-Latour attribue l'efficacité des enduits imperméables. Je ne suis pas bien sûr de l'utilité de soustraire les tissus enflammés au contact de l'air.

L'enduit de collodion peut agir en comprimant les tissus, parce qu'il se rétracte en se desséchant, et la compression explique une partie des phénomènes observés par M. Bonnafont ; on sait que la compression a été employée depuis longtemps, qu'elle a eu une grande vogue il y a quelques années, et qu'on a été obligé d'y renoncer à cause des accidents qui en étaient quelquefois la suite, et qu'on pouvait attribuer principalement le résultat des difficultés de l'appliquer d'une manière parfaitement uniforme. Le collodion pouvait sembler, *à priori*, devoir faire disparaître une partie de ses difficultés ; mais les résultats n'ont pas répondu à cette attente, et j'ai constaté qu'il avait à peu près les mêmes inconvénients que les autres modes de compression. Cependant, lorsque la compression est faite de façon à ne laisser qu'une petite ouverture à la partie supérieure de l'enveloppe de collodion, j'ai vu la douleur disparaître promptement, et j'ai pu d abord croire les malades guéris, mais au-dessous, l'inflammation persistait, et elle a eu ensuite sa durée normale, c'est-à-dire une durée de douze à quinze jours, qui est, il ne faut pas l'oublier, celle d'une orchite abandonnée à elle-même.

M. Bonnafont. — Il y a en effet quelque chose d'inexplicable dans les résultats que viennent de signaler MM. Velpeau et Ricord ; mais j'affirme que, sur 60 à 70 cas, je n'en ai pas vu un seul dans lequel la douleur ait persisté au delà de quelques minutes. Plus le testicule est gros et enflé, plus le résultat est immédiat. Peut-être les différences constatées tiennent-elles au collodion employé ; pour mon compte, je n'ai mis en usage que celui préparé par M.... (l'orateur prononce un nom que nous ne saisissons pas). Du reste, je propose à MM. Ricord et Velpeau de répéter les expériences sous leurs yeux, à moins que l'Académie n'aime mieux nommer une commission.

M. Robert. — J'ai aussi entendu avec quelque étonnement la lecture de M. Bonnafont, et je dois dire que le petit nombre d'essais que j'ai faits et ceux beaucoup plus nombreux qu'a faits M. Puche, sont entièrement conformes à ceux de MM. Velpeau et Ricord. La qualité du collodion ne peut en aucune façon expliquer la différence des résultats observés, car il n'y a que deux espèces de collodion applicables en couches sur les surfaces, et ceux qui ont expérimenté ont employé l'une et l'autre de ces espèces. Je crois que le meilleur moyen de sortir de l'incertitude où nous sommes, c'est de nommer une commission, et j'appuie à cet égard la proposition de M. Bonnafont.

M. Velpeau. — Je m'oppose à la nomination d'une commission, parce que les commissions, je regrette de le dire, ne servent qu'à enterrer les questions. Comme nous avons tous des malades sur lesquels nous pouvons expérimenter, et que M. Bonnafont propose d'ailleurs de répéter ses expériences dans les services des récalcitrants, je crois que ce moyen vaut mieux que la nomination d'une commission, qui ne se transportera jamais en masse dans un service.

M. Bouillaud. — Si une commission n'est pas nommée, je fais mes réserves pour développer l'opinion que le collodion ne possède en aucune façon les propriétés qu'on lui a accordées, et M. Bonnafont en particulier. Mais j'appuie la proposition de MM. Bonnafont et Ricord, car il me semble impossible que, dans une question aussi simple, une commission, pour si peu dévouée qu'elle soit, n'arrive promptement à une solution positive du problème qu'on discute en ce moment.

M. Larrey. — Je crois en effet qu'il est impossible qu'on n'arrive pas à une solution prompte ; seulement comme il s'agit d'une question soulevée par un membre correspondant, on pourrait désigner quelques membres de l'Académie qui seraient chargés d'expérimenter, sans qu'on donnât à leur réunion le titre de commission.

M. M. Lévy pense aussi qu'on ne fera cesser les contradictions qu'en nommant une commission.

M. Malgaigne croit qu'il suffira que M. Bonnafont expérimente dans le service de M. Ricord, et que ces deux observateurs fassent connaître les résultats de leurs expériences.

La nomination d'une commission est mise aux voix et repoussée à une faible majorité.

Sur la proposition de M. Malgaigne, l'Académie se livre à un rire bruyant qui est interprété pour un vote.

LECTURES.

Analyse des eaux potables.

M. F. Boudet lit, en son nom et au nom de M. Boutron, un Mémoire sur les moyens de reconnaître les eaux potables. Nous publierons cet intéressant travail.

A la suite de cette lecture, MM. Moreau, Desportes et Chatin prennent successivement la parole.

M. Moreau désirerait savoir dans quelles conditions les eaux de drainage, que les auteurs regardent comme étant généralement peu calcaires, pourraient être le plus avantageusement substituées aux autres eaux pour les besoins de l'homme.

M. Boudet répond que le drainage, ou la filtration des eaux à travers le sol, ne donnera des eaux peu chargées de sels calcaires que dans les terrains privés de gypse.

M. Desportes. Les compagnies qui ont amené à Londres des eaux lointaines ont utilisé, pour le filtrage de quelques-unes de ces eaux, les terres sablonneuses placées sur leur parcours ; c'est une heureuse pratique qui pourrait être imitée.

M. Chatin. Je présenterai deux observations, l'une sur les eaux de drainage, dont vient de parler l'honorable M. Moreau, l'autre sur les eaux bues à Paris.

Je pense que, dans certaines contrées, la substitution des eaux de drainage aux eaux actuellement bues par les habitants sera très-avantageuse. A cet égard, je citerai Mormant et tous les plateaux de la Brie, qui n'ont que des eaux de puits très-crues, et où les eaux de drainage sont au contraire légères, d'une saveur agréable, et j'ajouterai, bien iodurées, qualités qui m'ont porté à en conseiller l'emploi. On pourrait croire que les principes organiques des engrais déposés sur le sol traversent celui-ci avec les pluies et se retrouvent dans les eaux de drainage, mais il n'en est rien, surtout *si la terre est forte* ou argileuse. J'ai, en effet, constaté que les eaux sont d'autant plus complétement privées de matières organiques qu'elles ont filtré au travers d'un sol plus argileux.

Relativement aux eaux de Paris, je ne puis m'empêcher de dire que je suis heureux de voir que les faits intéressants signalés par MM. Boutron et Boudet les conduisent implicitement à cette conclusion de mes *Etudes sur les eaux de Paris, de Londres et de Turin*, savoir :

Que *c'est en amont de la Marne* que devrait être établie la prise d'eau destinée à alimenter notre capitale.

N'est-il pas incroyable que dans une ville qui a la prétention d'être la plus éclairée du monde, et à la tête de laquelle est une municipalité formée d'hommes éminents, on nous force à boire de l'eau puisée dans la Seine, à Chaillot, au-dessous de la Marne et de l'Ourq, qui l'ont troublée et chargée de sels calcaires ; en aval, surtout, des bateaux de blanchisseuses et des égouts qui lui portent chaque jour, entre autres produits dégoûtants, *un million d'hectolitres d'urine,* dont l'analyse retrouve les éléments en compagnie de composés sulfureux, de sels ammoniacaux et de matières organiques de toutes sortes. Il est peu appétissant de penser que chaque verre de l'eau que nous buvons renferme une certaine quantité de ce liquide que je ne veux pas nommer une seconde fois.

M. Boutron. Le travail que nous avons entrepris a justement pour objet d'éclairer l'administration. — La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La mort de l'honorable M. Des Alleurs, dont nous n'avions été que trop exactement informé, laisse vacante, à l'École secondaire de médecine de Rouen, la place de professeur de clinique médicale et celle de médecin en chef de l'Hôtel-Dieu.

— L'Académie de médecine a reçu la nouvelle de la mort de M. le docteur Blachier, son correspondant à Saint-Servan (Ile-et-Vilaine).

— Le docteur TAVIGNOT a commencé son Cours théorique et pratique des maladies des yeux le lundi 8 mai, à onze heures, *à son dispensaire*, 8, *rue Grégoire-de-Tours*, près la rue de Buci.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 57. 2e année. Samedi 13 Mai 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : e mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir le n° 52.)

DEUXIÈME LEÇON.

Propriétés générales des êtres vivants. — Nutrition. — Excitabilité.— Irritabilité ou spontanéité.

Messieurs, nous avons dit, dans notre première leçon, que les manifestations de la vie pouvaient être divisées en trois groupes :

1° Les phénomènes élémentaires de la vie, dont l'explication doit être recherchée dans les propriétés des tissus élémentaires vivants, liquides, semi-liquides ou solides ;

2° Les fonctions, c'est-à-dire le jeu des organes constitués par les éléments anatomiques réunis en appareils dans un but commun ;

3° L'individualité....

Les propriétés des tissus vivants sont la *contractilite* et l'*irritabilité*. Les fonctions sont, par exemple, la *digestion*, la *respiration*.

..... Après avoir étudié les phénomènes élémentaires et les fonctions, on doit étudier l'individu. Les fonctions réunies forment une unité, c'est-à-dire qu'elles marchent toutes vers un but unique ; je parle du but prochain, *physiologique*.

Nous étudierons d'abord les phenomènes élémentaires. S'il est une vérité démontrée en physiologie, c'est qu'il est impossible de rechercher l'explication des phenomènes de la vie dans un principe unique.

Les tentatives qui ont été faites dans ce sens n'ont abouti à rien, et n'ont de valeur que comme fait historique. Dès qu'on suppose une force unique, on suppose une chose qu'il est impossible de vérifier. La vie est encore plus difficile à expliquer ainsi, que ne le sont les phénomènes des êtres inorganiques ; la science de la vie s'accommode encore moins que la physique et la chimie, de cette théorie.

Lorsque Haller, il y a cent ans, découvrit l'*irritabilité*, on crut qu'il avait trouvé sinon la *force universelle*, du moins le principe essentiel, la *clef* des phénomènes vitaux. On voit, en lisant les écrits de cette époque, quelle immense sensation produisit la découverte de l'*irritabilité ;* dans le premier moment d'enthousiasme, on ne craignit pas de comparer Haller à Newton. Haller avait généralisé cette propriété de la fibre contractile, et expliqué ainsi toute la vie. Plus tard, on s'aperçut que cette explication ne pouvait pas suffire. C'est qu'en effet on avait négligé tous les phénomènes chimiques et physiques qui se passent dans l'individu. Aujourd'hui, il est bien reconnu qu'il faut admettre un grand nombre de principes pour expliquer la vie. Nous admettrons donc trois grands ordres de phénomènes :

Les phénomènes vitaux,
— chimiques,
— physiques.

Ces trois dénominations indiquent qu'il faut s'attendre à trouver dans l'organisme tous les phénomènes physiques et chimiques qu'on trouve en dehors de nous ; il serait superflu d'expliquer la dénomination de *phénomènes vitaux.* Nous indiquons par là qu'il y a, outre les phénomènes physiques et chimiques, des *facultés*, des forces, des propriétés, *qui ne se rencontrent nulle part ailleurs que dans l'organisme vivant.* C'est là ce que nous appelons phénomènes vitaux. Nous ne prétendons pas expliquer ces phénomènes, plus que nous n'expliquons les phénomènes physiques et chimiques. Les causes premières sont toujours au-dessus de nous ; nous devons nous résigner à les négliger, c'est ainsi seulement que nous pourrons faire progresser les sciences. Les phénomènes vitaux ne sont point non plus contraires aux phénomènes chimiques et physiques. Bichat avait cru à cette opposition, et c'est de cette idée qu'est sortie cette phrase : « Il « y a dans la nature deux ordres de phénomènes ou de pro- « priétés : 1° les *propriétés vitales ;* 2° les propriétés physico- « chimiques ; dans l'organisme, les propriétés vitales tendent à « maintenir l'organisme, les propriétés physiques tendent à le « détruire... » La définition de la vie, qu'a donnée Bichat, n'est que l'expression de cette idée : (« La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. ») Pour nous, cet antagonisme n'existe pas ; toutes ces propriétés concourent au maintien de la vie. *Les phénomènes physiques, chimiques et vitaux concourent à l'entretien des manifestations de la vie.* Un certain nombre de propriétés qui étaient appelées vitales avant nous, ont été reconnues de nos jours pour des propriétés physiques ou chimiques.

Si nous étudions les phénomènes élémentaires de la vie dans leur cause prochaine, nous trouvons que, parmi ces propriétés élémentaires, la plus générale est la faculté de *nutrition.* Ce mot est souvent employé d'une manière générale pour exprimer la faculté qu'ont les êtres vivants de se nourrir... Mais il peut servir aussi à désigner la faculté qu'a la molécule organique elle-même de s'accroître.

La *nutrition* est donc une propriété fondamentale appartenant à tous les êtres vivants, animaux et végétaux ; c'est une sorte *d'attraction élective qu'exerce une molécule vivante sur le milieu ambiant pour attirer à elle les éléments qui doivent la constituer.*

Cette propriété appartient à tous les tissus élémentaires, qu'ils soient cellule, fibre ou corpuscule nerveux ; quelque forme qu'ait la molécule, elle se nourrit en attirant à elle les principes qui lui conviennent.

Pour donner une idée de cette nutrition de tous les éléments

organiques, qui s'effectue aux dépens du milieu ambiant avec discernement, nous pouvons prendre une comparaison dans la nature inorganique ; nous aurons alors une idée très-exacte de ce qui se passe dans la nature organique. Supposez que l'on prenne des cristaux de différents sels, soit un cristal de sulfate de soude et un cristal de nitrate de potasse, ce sont deux substances différentes chimiquement, lesquelles peuvent s'accroître par adjonction de molécules identiques. Eh bien ! si l'on met ces deux cristaux dans une dissolution de sulfate de soude et de nitrate de potasse, on verra le sulfate de soude s'accroître, et il en sera de même du nitrate de potasse ; il n'y aura point confusion ni mélange : le sulfate de soude ira vers le sulfate de soude, et le nitrate de potasse vers le nitrate de potasse. Il en est de même des molécules animées, pour lesquelles le milieu ambiant est le sang ou la sève ; chacune prend les principes nécessaires à sa constitution, et rien que ceux-là. La fibre musculaire attire la fibrine ; la fibre nerveuse attire l'albumine et la graisse ; les cellules, suivant leurs fonctions, attirent tels ou tels éléments ; un os attire les phosphates et la chaux.... Ainsi donc, cette propriété de se nourrir est, pour les tissus, la propriété capitale.

Je n'ai voulu, par ce qui précède, que faire une simple comparaison, attendu que dans le règne organique et dans le règne inorganique, les phénomènes sont de nature différente. Il y a dans la nutrition un mouvement incessant et rapide qu'on ne retrouve pas à l'état continu dans les êtres inorganiques. Tandis qu'un tissu se nourrit incessamment aux dépens des substances qu'il puise dans son milieu, en même temps il se *dénourrit,* il perd de sa substance dans son fonctionnement incessant. Nutrition entraîne dénutrition : ces deux choses sont en rapport direct l'une avec l'autre. Plus une fibre *perd* par suite de son fonctionnement, plus elle doit *prendre* pour rétablir l'équilibre. Cet échange est d'autant plus rapide que les manifestations de la vie sont plus actives. Les expériences qui ont été faites avec précision sur des animaux d'un ordre élevé ont montré que, chez un individu, dans l'espace de vingt-quatre heures, il entre approximativement le dixième (1/10) de son poids de substance nouvelle, et que l'individu en expulse un poids à peu près égal.

Non-seulement ce mouvement existe, mais il y a encore un autre intermédiaire qui a lieu par les fluides versés dans les cavités intestinales et qui baignent les substances afin d'en faciliter l'absorption. Ainsi, dans chaque individu, chaque molécule se renouvelle du dixième de son poids. Les tissus ou molécules organiques ne possèdent leurs propriétés qu'autant qu'il y a rapport entre le produit et la perte. La fibre musculaire a la propriété de se contracter; entourée par le sang, à chaque contraction elle perd de sa substance, et aussitôt elle reprend une nouvelle substance dans le sang qui l'environne. Si la fibre musculaire était isolée de l'organisme, on verrait que ce renouvellement n'est plus possible ; si l'on examine quel est le temps nécessaire pour qu'une fibre séparée du corps puisse encore agir, on voit que ce temps est différent suivant les degrés de l'échelle des animaux. Chez les animaux inférieurs, les mollusques, et même chez les reptiles, on voit que les propriétés de la fibre musculaire se conservent longtemps après la mort, parce que les phénomènes de nutrition y sont plus lents à se produire.

Il faut donc, pour l'entretien de l'organisme, un mouvement incessant qui suppose un renouvellement rapide. Le milieu ambiant dans lequel les molécules puisent les principes qui doivent les reconstituer, est, chez les animaux supérieurs, le sang ; donc le sang est destiné surtout à reproduire les solides, fibres musculaires, nerfs, etc. En un mot, si l'on suppose une molécule organique vivante, isolée, accessible aux matières alimentaires qui doivent être prises par elle pour l'entretien de ses fonctions, on comprend que cette molécule puisse vivre dans ce milieu ; mais si l'on arrive à l'individu, où existent un grand nombre de molécules, il est impossible qu'elles soient toutes en rapport avec l'extérieur ; il faut donc, pour qu'elles soient en rapport avec le milieu, un artifice.... Cet artifice, c'est la circulation ; le sang est ce milieu.

Dans un organisme compliqué, on trouve toujours que les molécules vivantes sont en contact avec le sang ; or, qu'est-ce que le sang? C'est un liquide qui contient toutes les substances qui entourent l'individu et qui doivent le nourrir. Il contient l'oxygène.... il contient des substances dissoutes par la digestion et qui vont se mettre en contact avec toutes les molécules. Donc le sang doit être considéré comme un milieu contenant toutes les substances nécessaires à l'entretien de la vie et les mettant en contact avec tous les éléments vivants. Ainsi, voilà une propriété qui est la première, la plus importante de toutes, et que l'on doit tout d'abord constater : *la nutrition.* C'est une propriété ou affinité qui est organique au lieu d'être chimique. De même que certaines substances chimiques attirent et s'incorporent des molécules identiques à elles, par affinité, ainsi font les molécules organiques.

La nutrition est une force première qu'il faut admettre et qu'il ne faut pas chercher à expliquer par des causes qui sont en dehors de nos moyens d'investigation.

De même que dans les mouvements d'affinité chimique entre les molécules inorganiques il se produit de la chaleur et de l'électricité, ainsi des molécules organiques agissant par affinité résultent des phénomènes vitaux, tels que la force nerveuse. Ce sont là ces facultés fondamentales qu'il faut toujours avoir en vue avant d'étudier les fonctions.

La première propriété générale est, avons-nous dit, la *nutrition ;* la seconde est l'*excitabilité* ou *irritabilité.* Cette propriété est, comme la première, générale et commune à tous les êtres vivants, soit végétaux, soit animaux.

Ainsi, tous les êtres vivants jouissent de la propriété d'être excités par les agents extérieurs ; mais cette irritabilité n'entraîne qu'une vie confuse. C'est ce qu'on observe dans certaines molécules vivantes. Il y a des espèces de masses gélatiniformes qui constituent des espèces animales inférieures ; là on trouve simplement l'*excitabilité.* Sous l'influence d'agents extérieurs, les animaux se contractent, ils produisent des mouvements obscurs. Là on voit confondues l'absorption, la nutrition, la respiration. Pour ces êtres, leur substance, le milieu et la faculté d'absorption constituent les trois conditions de la vie ; ils n'ont point de spontanéité ; ils reçoivent, mais ne prennent pas.

L'*excitabilité* est la faculté qu'ont les êtres vivants de réagir sous l'influence du milieu extérieur, mais cette propriété n'entraîne la nécessité d'aucun tissu spécial. Il n'est besoin, pour qu'elle se développe, ni du tissu nerveux, ni du tissu musculaire ; elle est commune aux végétaux et aux animaux.

A côté de cette propriété, il en existe une autre qui y est liée, mais qui n'appartient qu'aux êtres animés, c'est la *contractilité.* Cette propriété en entraîne une autre qui est la spontanéité ; grâce à cette propriété, les animaux peuvent se mouvoir d'eux-mêmes, sans avoir besoin d'une cause extérieure qui amène de leur part une réaction.

Ainsi donc, la réaction procède des agents extérieurs, la spontanéité des agents intérieurs. Il y a des plantes qui réagissent sous l'influence d'agents extérieurs (telles sont les mimosées) ; il y a donc des végétaux excitables susceptibles de mouvements, mais jamais ils ne se meuvent spontanément. On a dit que certaines spores se mouvaient, mais ces mouvements sont vagues et déterminés par une autre force que la spontanéité. Les animaux seuls jouissent à la fois de la spontanéité et de l'excitabilité ; cette spontanéité nécessite toujours l'existence d'un tissu spécial, le tissu *nerveux ;* toutes les fois qu'un animal jouit de l'excitabilité seulement, il n'a pas pour cela besoin d'un tissu spécial ; dès l'instant qu'un animal exécute des mouvements spontanés, c'est qu'il est pourvu de fibres contractiles musculaires et de fibres nerveuses. L'*excitabilité* et la *spontanéité* sont deux propriétés distinctes ; ainsi que nous l'avons montré par l'exemple d'animaux jouissant de la seule excitabilité ; bien mieux, sur un même individu, on peut démontrer l'indépendance de ces deux facultés ; sur un animal qui possède à la fois ces deux facultés, on peut détruire l'une et conserver l'autre ; ainsi, sur un animal, l'excitabilité sera déterminée par un tissu, le

tissu musculaire, et la spontanéité par un autre tissu, le tissu nerveux ; en d'autres termes, nous trouvons localisées :

L'*excitabilité*.... dans le système musculaire ;
La *spontanéité*.... dans le système nerveux.

C'est ce qu'on peut démontrer. L'une de ces facultés peut survivre à l'autre, ainsi qu'on le voit, lorsqu'on empoisonne un animal ; pour cette expérience, il vaut mieux prendre un animal à sang froid, sur lequel ces facultés persistent plus longtemps ; si donc on empoisonne une sangsue, par exemple, avec une substance qui détruit l'activité du système nerveux sans altérer celle du système musculaire, on verra facilement la séparation de ces deux facultés. Or, il y a une substance toxique qui produit cet effet, c'est le curare, substance dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, et dont la composition cependant est fort peu connue ; préparé par des sauvages qui tiennent secrets leurs procédés, le curare a donné lieu aux suppositions les plus contradictoires ; néanmoins, il paraît certain que cette substance contient certains venins de serpents. Quoi qu'il en soit, il nous suffit de constater les propriétés de ce poison ; si on le dépose sur une plaie ou dans le sang, il cause la mort ; si on l'ingère dans le tube digestif, il est inoffensif.

Cela vient de ce que cette substance rencontre dans le tube digestif certaines particularités qui s'opposent à ce qu'elle soit absorbée, tandis que si elle est introduite dans le milieu qui est le sang, et qu'elle entre en contact avec les molécules organiques, elle peut produire la mort. Chez les animaux à sang froid, sur lesquels portent nos expériences, le curare agit seulement sur le système nerveux qu'il frappe de mort dans tout l'organisme, tandis qu'il laisse intacts tous les autres éléments, musculaire, sécréteur, etc.... Si l'on blesse ces animaux et qu'on introduise le poison dans leur circulation, on détruit en eux l'action du système nerveux ; on *les prive de leur spontanéité*.... C'est ce que montre l'expérience que je vais faire devant vous. (Ici le professeur met sous les yeux de l'auditoire plusieurs sangsues sur lesquelles on a fait agir le poison. Ces animaux sont immobiles et paraissent inanimés, mais si l'on vient à les toucher avec une pince, on les voit exécuter des mouvements sur eux-mêmes sans qu'ils puissent se déplacer, leurs muscles se contractent irrégulièrement et pour ainsi dire sans but...., les mouvements durent seulement pendant quelques secondes.)

Cette expérience, messieurs, montre que l'excitabilité et la spontanéité sont deux facultés distinctes, et que la spontanéité n'existe que par le système nerveux.

Il y a une autre substance qui, au contraire de celle dont nous venons de voir les effets, tue la contractilité musculaire et laisse intact le système nerveux, ce qui est l'effet inverse de celui que nous venons de constater ; cette substance, c'est la *nicotine*, employée à haute dose. Mais ici se présente une difficulté dans l'expérimentation : les nerfs ne font connaître au dehors leur action que par les mouvements ; or, les mouvements ne sont possibles que par l'intermédiaire des muscles ; si donc on détruit la propriété contractile des muscles, on se prive du moyen de connaître si les nerfs agissent. Pour arriver à la constatation du fait que nous cherchons, il nous a fallu recourir à un artifice : on prend une grenouille, on l'enferme dans une boîte en ayant soin de laisser passer par une ouverture une de ses jambes que l'on retient fixée au dehors et dont on lie les vaisseaux ; tout rapport de circulation ayant cessé entre ce membre et le reste du corps, on empoisonne la grenouille en lui faisant avaler de la nicotine ; l'empoisonnement, grâce à la circulation du sang, se produit partout, excepté dans la jambe dont les vaisseaux ont été liés. On écorche l'animal et l'on excite les nerfs des membres ; tous les membres restent immobiles, sauf un seul, celui où n'a pas pénétré le poison et où l'action musculaire est restée intacte. Voilà donc un exemple qui prouve encore la division de ces deux forces : excitabilité et irritabilité ou spontanéité.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Recherches sur les altérations anatomiques de l'amygdale hypertrophiée,

Par M. Chassaignac, *chirurgien de l'hôpital de Lariboissière.*

Il paraît que les occasions d'étudier sur le cadavre les altérations anatomiques des amygdales hypertrophiées sont bien rares, ou ont été bien peu recherchées, puisqu'on ne trouve dans les auteurs presqu'aucun renseignement sur cette partie importante de leur histoire. Une étude attentive et persévérante de ces lésions nous a conduit à des résultats qui nous paraissent devoir intéresser le lecteur, par les considérations pratiques auxquelles ils donneront lieu. Nous passerons successivement en revue les altérations de forme, de position, de volume, de poids, de texture ; les changements que ces diverses circonstances peuvent apporter dans les rapports des amygdales avec les organes circonvoisins. Nous étudierons ensuite les divers produits morbides que peuvent présenter, dans leur intérieur, les amygdales hypertrophiées : pus, mucosités, concrétions, foyers hémorrhagiques, etc., et enfin les cavités et canalicules que font découvrir, avant l'opération, l'exploration avec le stylet, après l'opération, les coupes pratiqués en divers sens sur la glande.

1° Altérations de forme.—L'amygdale hypertrophiée ne présente, le plus ordinairement, que l'exagération de la forme naturelle ; mais, dans un certain nombre de cas, il n'en est point ainsi.

Amygdales bilobées. — Quelquefois, par exemple, soit par le fait d'une disposition normale, soit par l'influence du travail pathologique, la glande est divisée manifestement en deux ou plusieurs lobes, d'où la dénomination d'amygdales bilobées ou multilobées que nous lui avons donnée en pareil cas.

Amygdales en grappes. — Une autre forme beaucoup plus importante par les considérations pratiques auxquelles elle donne lieu, c'est la forme que nous avons appelée *en grappes*. Au lieu de constituer un globe plus ou moins volumineux, les tonsilles forment dans ce cas une simple couche glanduleuse qui double latéralement les parois du pharynx. Ce genre d'amygdales se refuse, d'une manière absolue, à l'emploi de l'instrument de Fahnestock. Elles offrent, en apparence, un assez beau volume, lorsque le malade ouvre simplement la bouche. Mais cherche-t-on à les saisir, elles s'effacent complétement, et, malgré tous les efforts auxquels on se livre, il est, dans certains cas, totalement impossible de les engager dans les anneaux du tonsillotome.

Dans une ablation d'amygdales que nous avons eu occasion de faire à l'hôpital Saint-Antoine, en février 1853, nous avons remarqué sur l'une des amygdales enlevées une sorte de prolongement en manière de corne, constituée par un tissu comme cartilagineux.

2° Altérations de poids. — Ayant eu occasion de peser un certain nombre d'amygdales hypertrophiées qui avaient été complétement énucléées par le tonsillotome, voici les résultats numériques qui nous ont été fournis par la balance :

Les limites extrêmes dans lesquelles a oscillé le poids des amygdales énucléées ont été, d'une part, 3 grammes 20 centigrammes, et de l'autre, 7 grammes 50 centigrammes. Le poids moyen était donc de 5 grammes environ.

3° Altérations de couleur. — Les amygdales simplement hypertrophiées présentaient la même coloration qu'à l'état normal. Lorsque l'hypertrophie se compliquait de l'inflammation du tissu amygdalien, la glande prenait une teinte d'un rouge d'autant plus vif que sa tension et son volume étaient plus considérables. Dans un certain nombre de cas, l'enduit pultacé dont elle était couverte lui donnait une apparence blanchâtre. D'autres fois, les tractus membraneux que présentait la surface libre de l'amygdale produisaient un aspect bigarré ; ou bien encore le fond rouge de la glande était parsemé de taches blanches, crétacées ou jaunâtres, correspondant à des concrétions de diverse nature contenues dans les lacunes amygdaliennes, et sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Enfin les amygdales enlevées nous ont présenté quelquefois une coloration gris-jaunâtre. Dans ce cas, leur tissu présentait à la coupe une couleur jaunâtre identique à celle qu'on remarquait à leur surface.

4° Altérations de volume. — Le volume des amygdales hypertrophiées peut varier depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Dans tous ces cas, elles font une saillie plus ou moins notable à l'intérieur du pharynx, débordent les piliers du voile du palais et obstruent plus ou moins complétement l'isthme du gosier. Cette augmentation de volume amène dans les rapports de la glande des modifications importantes qui vont être pour nous l'objet d'une étude spéciale.

5° Altérations de position et de rapports.—Relativement à la position, nous ferons remarquer, et c'est le cas le plus rare, que l'amygdale hypertrophiée occupe quelquefois un point tellement élevé, qu'elle surplombe en quelque sorte de chaque côté l'isthme du gosier au lieu d'en former les parties latérales. Cette remarque a son importance, parce que c'est surtout dans cette position que les piliers font obstacle à l'opération et défendent en quelque sorte le corps glanduleux. En effet, quand à des amygdales ainsi disposées on présente l'instrument de Fahnestock, si l'anneau est placé tout à fait de champ, c'est-à-dire dans une direction franchement verticale, l'amygdale ne peut pas s'y engager, et les tentatives d'introduction échouent d'une manière certaine. On ne parvient alors à saisir l'amygdale qu'en imprimant à l'anneau une direction un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

Une autre variété de position importante à signaler est celle dans laquelle l'amygdale tombe au-dessous du niveau de l'isthme du gosier. Cette variété donne lieu à des illusions singulières. Si, à un moment donné, on examine le malade, l'amygdale apparaît parce que les mouvements du pharynx la repoussent en haut. Si on renouvelle l'examen dans un autre moment, il peut arriver que l'amygdale, n'étant plus soulevée par ces mouvements, on ne l'aperçoive plus. Autre remarque : si, au moment de saisir ces amygdales déclives, on ne plonge pas en quelque sorte l'anneau vers la partie inférieure du pharynx, la glande ne peut s'engager dans l'instrument.

Rapports. — L'amygdale ne peut s'accroître jusqu'à atteindre le triple ou le quadruple de son volume normal, sans qu'il s'opère une modification notable dans ses rapports avec l'emplacement très-circonscrit qui lui est réservé. Soutenue en dehors et du côté de la peau par des parties molles et flexibles, quoique comprenant dans leur épaisseur une aponévrose, le refoulement de ces parties contribue à l'ampliation de l'espace devenu nécessaire, et il est heureux qu'il en soit ainsi, car la tuméfaction rapide de corps semblables dans un conduit aérien à parois inflexibles, amènerait infailliblement l'asphyxie. Voici donc quels sont les rapports nouveaux de l'amygdale grossie avec les parties qui l'entourent.

Le pilier antérieur du voile du palais prête sensiblement et forme une bosse plus ou moins saillante en avant. Le pilier postérieur est refoulé en arrière.

Du côté interne, l'amygdale vient comprimer la luette. Quelquefois même elle arrive jusqu'au contact avec l'amygdale du côté opposé. Dans ce cas, la luette occupe la rainure qui résulte de la rencontre des deux glandes et est refoulée en avant, en décrivant un arc de cercle à concavité antérieure. Il n'est jamais arrivé que la luette fût rejetée à la partie postérieure et le voile soulevé. Nous avons vu une seule amygdale anormalement développée dépasser dans certains cas la ligne médiane, repousser latéralement la luette et réduire à des dimensions excessivement étroites l'intervalle qui la sépare de l'amygdale du côté opposé.

On a admis depuis longtemps qu'une amygdale hypertrophiée peut obturer l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustachi ; c'est un point que nous aurons à examiner ultérieurement. On a noté aussi depuis longtemps les phénomènes par lesquels se traduit cette influence exercée par la glande développée outre mesure sur l'appareil auditif ; mais on ne s'est peut-être pas suffisamment rendu compte du mécanisme de leur production. Pour ce qui nous concerne, nous avons constaté sur plusieurs malades qu'on produisait un soulagement marqué des douleurs amygdaliennes, en exerçant avec le doigt une compression dans le conduit auditif externe. La conséquence pratique de ce fait, c'est que, dans le traitement de l'angine et à la suite des opérations d'amygdalotomie, nous avons trouvé avantage à placer dans ce même conduit une petite touffe de coton imprégnée d'huile d'amandes douces préalablement chauffée.

Nous ne terminerons pas ce que nous avions à dire des rapports des amygdales anormalement développées, sans parler des adhérences qu'elles peuvent contracter. (*La suite au prochain numéro.*)

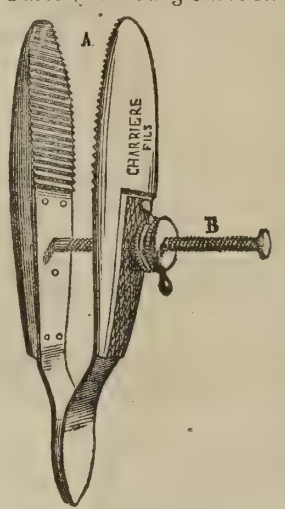
CLINIQUE CIVILE.

Sur les hernies étranglées.

Après avoir été partisan enthousiaste de l'éther et du chloroforme, le public maintenant n'en veut plus à tout prix. Les journaux ont tant parlé de morts causées par l'emploi du chloroforme, qu'on ne se soucie guère d'être chloroformé, et comme il est impossible d'appliquer cette médication sans l'assentiment des personnes, il résulte que l'on est obligé de n'en plus faire usage dans le traitement des hernies étranglées.

Depuis que j'ai publié quelques observations sur le traitement des hernies étranglées, dans un article du 1er avril 1854, où je vantais l'utilité du chloroforme et du taxis, agissant simultanément pour la réduction des hernies étranglées, j'ai été appelé dans plusieurs cas, chez des malades qui se refusaient à l'administration du chloroforme. J'ai dû pratiquer le taxis sans l'emploi des agents anesthésiques, et comme c'est une opération très-facile sans doute quand l'intestin est mobile et que la hernie n'est pas étranglée, mais fort peu aisée et quelquefois même impossible, quand il y a étranglement et ténacité dans l'étranglement, j'ai eu recours au procédé suivant pour simplifier cette opération et en faciliter le succès.

Dans les tentatives de taxis que j'ai eu souvent l'occasion de faire, j'ai remarqué qu'en changeant la forme de l'ouverture ou du canal par lesquels l'intestin ou l'épiploon étant sortis, en augmentant le diamètre longitudinal et en prolongeant l'étendue de la partie herniée, on rendait aisée la réduction de la hernie. Pour arriver plus simplement à ce résultat, j'ai imaginé une pince dont l'effet a été parfaitement heureux dans deux cas de hernie étranglée que j'ai eu l'occasion de traiter avec deux confrères, MM. Cogeol et Pierrot-Deschaumes, médecins, l'un à Paris (faubourg Saint-Antoine), l'autre à Puteaux.



Cette pince présente deux mors en buis, soutenus par deux branches d'acier tendant à écarter les mors : ces branches d'acier sont semblables à celles des pinces à dissection, mais d'un volume deux ou trois fois plus considérable. Les mors de la pince offrent deux surfaces, l'une externe, concave, l'autre interne, plane, mais cannelée de façon à pouvoir saisir les parties et les retenir. La pince est traversée par une vis en crémaillère, autour de laquelle glisse un écrou volant destiné à resserrer à volonté les mors. La vis, terminée en haut par un bouton qui empêche l'écrou de s'échapper, est fixée par son extrémité inférieure dans le mors inférieur.

Voici comment je me sers de la pince :

Je saisis avec la main le collet de la hernie ; puis avec la pince le pli contenant les parties rétrécies qui sont entre mon indicateur et mon pouce ; si la hernie a assez de volume, tout en laissant la pince à demeure sur le collet, je saisis de nouveau et je tends à étendre le corps de la hernie, qu'elle soit inguinale ou crurale. De cette double traction qu'on doit faire avec assez de réserve, il résulte que le diamètre du collet de la hernie se trouve modifié d'avant en arrière et latéralement, c'est-à dire qu'au lieu d'être arrondi, il devient plus ou moins ovale, et que les bords du collet, du sac ou de l'anneau tendent à se rapprocher. En un mot, l'axe du collet d'une part est changé, d'autre part les parties herniées (intestin ou épiploon) sont allongées : tous les rapports de la masse herniée sont modifiés. Or, qu'est-ce qui s'oppose à ce que, dans le taxis, les hernies étranglées se réduisent ? C'est justement la manière dont on fait le taxis ; c'est la pression d'avant en arrière appliquant les parties herniées sur l'obstacle et augmentant la difficulté de la réduction.

Deux cas de hernies étranglées que j'ai réduites à l'aide de cette pince et par ce procédé, viennent à l'appui de mon opinion. Il y a quelques jours, je fus appelé par M. Pierrot-Deschaumes à réduire une hernie crurale dont l'étranglement datait de trente-deux heures. La malade vomissait des matières porracées ; son ventre était tendu ; elle était dans une position très-inquiétante, mais fort décidée cependant à subir les tentatives de taxis avant de se soumettre à une opération. La famille repoussait le chloroforme. J'employai la pince et le procédé dont j'ai parlé, et tout réussit à souhait. La malade depuis longtemps

n'allait plus à la selle ; le cours des matières se rétablit aussitôt après la réduction ; les vomissements cessèrent, et dès le lendemain, la malade ayant un bandage herniaire, put vaquer à ses travaux. C'est la femme d'un vigneron de Suresne : elle travaille dans les champs.

Peu de temps après, je fus appelé par M. Cogeol pour une femme de 40 ans, dans le faubourg Saint-Antoine, rue Moreau, n° 60. L'étranglement de la hernie datait de soixante heures. Le même procédé me donna le même résultat satisfaisant.

Quel que soit le succès que j'ai obtenu dans ces deux premiers essais, je ne me dissimule pas les objections qu'on peut me faire. On peut dire, des tentatives de taxis prolongées, qu'elles déterminent quelquefois la gangrène des intestins. A cela, je répondrai que généralement tout symptôme et accident fâcheux cesse tout de suite après la réduction ; et qu'une fois l'étranglement disparu, tout le malaise, quelque grand qu'il soit, qu'on a éprouvé avant la réduction et pendant les tentatives de taxis, tout le malaise cesse immédiatement, et qu'on n'a guère vu d'accidents fâcheux survenir après la réduction.

Toutefois, je dois dire qu'il ne s'agit pas ici de faire le taxis à propos de hernies enflammées, ne rentrant pas habituellement et ayant perdu, comme on dit, leur droit de domicile. Une tentative dans ce cas là serait dangereuse. Mais dans les cas ordinaires, le taxis doit être fait et de grandes autorités le conseillent. Jean-Louis Petit recommande fortement le taxis : « Une « pression générale étant exercée sur toute la surface de la « hernie et les deux mains agissant ensemble pour la réduire. » Lawrence, dans son *Traité* (édition Béclard et Cloquet), donne les règles suivantes du taxis, qu'il recommande aussi aux praticiens : « Que le chirurgien embrasse le col de la tumeur près du « tendon avec le pouce et un doigt d'une main, qu'il le tire en « bas en pressant modérément de manière à éloigner les ma- « tières contenues dans la partie voisine de l'anneau et à réduire « le volume de cette partie qu'il essaiera alors de faire passer « dans l'anneau avec l'autre main. En effet, puisque l'obstacle « existe à l'ouverture du sac, la réduction sera en général faite « avec beaucoup plus de facilité en pressant les parties supé- « rieures de la hernie avec la main qu'en exerçant une pression « générale sur toute la tumeur. »

Je sais bien que Richter, Desault, Hey pensent qu'on est toujours obligé d'avoir recours à l'opération toutes les fois que des symptômes inflammatoires marqués se sont développés dans les hernies. Bichat même a dit que les malades sur lesquels on avait essayé à faire le taxis, succombaient presque tous dans l'opération, et qu'il n'en était pas de même de ceux qui n'avaient pas subi de tentatives de taxis. Cependant, malgré ces opinions éminentes, toujours est-il que le taxis est resté et restera dans la pratique de l'art et qu'on l'emploiera toujours avant de tenter une opération sanglante et dangereuse. Qu'a de redoutable, en effet, la pratique du taxis? Absolument rien ; et que de malades affectés de hernies ne voit-on pas tous les jours pratiquer sur eux-mêmes le taxis et réduire leurs hernies avant d'appliquer leur bandage, s'ils l'ont laissé pendant la nuit?

Sans doute, l'emploi du chloroforme facilitait l'application simultanée du taxis et rendait la réduction bien plus aisée ; mais on peut y remédier au moyen de la pince dont l'action continue permet de pratiquer le taxis avec plus de sûreté et plus de permanence, si je puis m'exprimer ainsi, pour mieux faire comprendre ma pensée. Maintenant il est évident que toutes les fois que la peau sera malade, qu'un commencement de désorganisation aura lieu, qu'on sentira quelque fluctuation crépitante dans la tumeur herniée, ce serait une absurdité d'avoir recours à la moindre tentative de taxis : mais dans les cas ordinaires, avant d'avoir recours à l'opération, je pense que le procédé que nous indiquons pour le taxis peut être d'une grande utilité en simplifiant la réduction et la rendant plus sûre. Espérons toutefois que le chloroforme, dont j'ai signalé dans un précédent article tous les avantages pour le traitement des hernies étranglées, reprendra un jour, dans le domaine de la thérapeutique, la place importante qu'il doit y occuper. Comme toutes les découvertes scientifiques, comme toutes les choses en ce monde, il a eu son époque d'enthousiasme universel et d'influence suprême ; aujourd'hui il est repoussé de partout et dédaigné outre mesure ; bientôt, sans doute, il reprendra, dans l'opinion publique et parmi les autres découvertes scientifiques, la place que lui assurent ses nombreuses vertus thérapeutiques. Sans être, comme à l'origine, une panacée universelle, il sera apprécié à sa juste valeur, et rendra entre autres services à la science, ceux que j'avais signalés pour la guérison des hernies étranglées.

Dr A. Thierry.

De l'occlusion palpébrale.

M. Furnari a publié, dans les *Annales d'oculistique*, une lettre à M. le professeur Hairion, de Louvain, dans laquelle l'auteur expose, sur une méthode thérapeutique encore peu employée, des faits qui méritent d'être connus. Voici un long extrait de cette lettre :

Mon cher confrère,

Lorsqu'il y a douze ans je fis connaître aux médecins européens la pratique médico-chirurgicale des thébibs arabes, et surtout l'occlusion palpébrale employée par les indigènes contre les ophthalmies, je ne doutais nullement que ce moyen ne constituât plus tard, chez nous, une véritable méthode de thérapeutique ophthalmologique.

C'est vous, mon cher confrère, qui, pour ce qui concerne l'occlusion palpébrale, avez contribué à réaliser mes prévisions ; aussi c'est à vous que je prends la liberté d'adresser ces lignes, qui résument le résultat de ma pratique personnelle sur cette matière.

Dans le moyen arabe employé avec discernement, nous avons vu deux indications importantes, la compression de l'organe et la préservation du contact de l'air ; dans la combinaison de l'occlusion coïncidant avec les topiques, nous en avons constaté une troisième, plus importante encore, l'action des agents modificateurs de la muqueuse oculaire et les granulations palpébrales, action qui n'est entravée ni par l'écoulement des larmes, ni par l'air, ni par la lumière : c'est sous ce triple point de vue que doit être envisagée la méthode qui nous occupe.

La compression est presque instinctive chez les malades, car elle calme souvent la douleur en empêchant le mouvement du globe et des paupières ; employée par le médecin d'une manière rationnelle, graduelle et permanente, la compression donne d'excellents résultats dans certaines conditions de chronicité des varicosités des vaisseaux de la conjonctive, de productions staphylômateuses de la cornée, de turgescence et de boursouflement des annexes de l'œil. Les Égyptiens s'en servent au début même de l'ophthalmie purulente, et M. le professeur Piorry l'a appliquée avec avantage dans la seconde période de l'ophthalmie qui a régné épidémiquement dans la maison de refuge des orphelins du choléra de 1832.

La simple occlusion par un moyen agglutinatif ne constitue qu'une très-faible compression, mais elle suffit pour empêcher le mouvement des paupières et brider légèrement l'œil, qui se trouve en même temps préservé du contact de l'air et de la lumière ; enfin, si l'on fait précéder l'occlusion de l'application des topiques, on remplit les trois conditions dont je viens de parler.

Quel est le meilleur moyen pour pratiquer l'occlusion ? J'ai fait usage alternativement du collodium, du coton cardé et trempé dans une solution de gomme, et des bandelettes de taffetas anglais ; après un grand nombre d'essais, je me suis décidé à donner la préférence aux bandelettes de taffetas. Dès l'année 1848, j'avais employé le collodium pour pratiquer l'occlusion chez une dame de Versailles, affectée de névralgie circum-orbitaire ; un confrère de Paris, le docteur Montallegri, médecin de la famille, assistait à mon essai ; à peine avais-je appliqué la première couche de collodium à l'aide d'un pinceau, que des douleurs très-vives se manifestèrent dans l'œil et dans la tête ;

ces douleurs durèrent pendant cinq ou six heures et me firent renoncer au collodium. Plus tard, lorsque j'ai lu dans votre Mémoire (janvier 1849) que vous aviez adopté définitivement le collodium pour l'occlusion, j'ai voulu revenir à ce moyen, mais aucun de mes malades n'a voulu s'y soumettre après la première application et après les fortes et vives douleurs qu'elle avait provoquées : je sais que ces douleurs ne sont pas de longue durée, qu'elles n'ont jamais de suites graves et qu'elles n'ont aucune influence fâcheuse sur le but définitif qu'on veut obtenir par l'occlusion ; mais, je le répète, les malades s'y soumettent difficilement. Dans un service d'hôpital, surtout dans un service militaire, la chose est très-facile, car le patient n'a pas de volonté et il est forcé de se soumettre aux prescriptions d'un chef de service ; mais, dans la pratique de la ville, il n'en est pas de même : le malade est ordinairement *douillet*, raisonneur, et il impose sa volonté au lieu de subir celle du médecin ; et puis, d'ailleurs, lorsqu'un malade souffre déjà d'une affection qui réclame l'usage de l'occlusion, n'est-il pas plus convenable de lui épargner un désagrément, une douleur de plus, en arrivant au même résultat par d'autres moyens aussi simples et aussi efficaces que le collodium ?

Voulant appliquer la méthode d'occlusion complète pour le pansement des yeux après l'opération de la cataracte, je me suis servi pendant quelque temps, à l'époque de mon retour d'Afrique, de plusieurs rondelles très-minces de coton cardé et trempé dans une solution de gomme ; une dernière couche de gomme passée à l'aide d'un pinceau, sur toute la surface de l'appareil, complétait le pansement ; j'en faisais autant à l'œil non opéré et j'évitais ainsi les compresses et les bandages ; pour les deux ou trois premiers jours, le résultat était très-satisfaisant ; mais, les jours suivants, l'appareil commençait à se détacher sur quelques parties de la circonférence des paupières et formait une plaque durcie, adhérent d'une manière inégale et gênant les malades ; j'ai constaté que l'ancien système des bandelettes agglutinatives était préférable, non-seulement après l'opération de la cataracte par extraction, mais dans tous les cas qui indiquent l'occlusion simple ou combinée avec les collyres et les pommades ; seulement, au lieu de me borner, comme après l'opération de la cataracte, à l'application de deux ou trois bandelettes, je couvre les bords palpébraux d'un angle à l'autre de l'œil, de manière à former un véritable tissu ; une ou deux petites fissures qui se forment, quelques heures après l'application, du côté de l'angle interne, servent à donner issue aux larmes et aux sécrétions de l'œil. L'occlusion ainsi faite peut rester deux à trois jours sans se déranger et sans provoquer d'échauffement et de congestion dans l'œil ; le médecin peut à volonté détacher les bandelettes, si quarante-huit heures après il doit faire une nouvelle application de poudre, de pommade ou de collyre.

Dans cet état de choses à quoi bon se servir du collodium dont l'écaillement a lieu quelquefois très-promptement, ce qui exige une nouvelle application et une nouvelle douleur ? On doit proscrire le diachylon, et quant au taffetas, il faut préférer le noir au blanc, car j'ai remarqué que le premier restait adhérent plus longtemps ; j'en ignore la raison, les deux espèces étant composées de la même substance, sauf la matière colorante. Pour l'occlusion palpébrale après l'opération de la cataracte, le taffetas noir remplit une indication de plus en s'opposant mieux à l'introduction de la lumière dans l'œil.

En appréciant de plus en plus les avantages de l'occlusion palpébrale dans une foule de maladies, en prévoyant surtout que la pratique arabe peut se généraliser parmi nous, j'ai fait une série de recherches pour trouver un moyen d'occlusion encore plus simple et plus économique que le taffetas.

Voici le moyen aussi simple qu'économique que j'ai définitivement adopté : après avoir introduit dans l'œil la substance médicamenteuse indiquée par la nature et la période de l'affection, on engage le malade à fermer les paupières et l'on étale sur ces voiles mobiles une légère couche de solution de colle de poisson, ou de blanc d'œuf, ou tout simplement de gomme arabique ; immédiatement après on applique horizontalement une ou deux bandelettes superposées de tulle de la forme d'un ovale allongé ayant de 4 à cinq centimètres de long, c'est-à-dire dans le sens horizontal, et 2 centimètres de haut. Ces petites bandes s'adaptent parfaitement, sans exercer aucune pression, à la forme et au bombement des paupières, et constituent une adhérence multiple et filiforme tellement forte, que quelquefois, après deux ou trois jours d'occlusion, il est nécessaire, pour les détacher, de faire usage d'eau tiède ; quant au produit des sécrétions ordinaires de l'œil, s'il est abondant, il se fait jour à travers les espaces interstitiels de la trame du tulle ; s'il s'agit au contraire d'un simple suintement, il se solidifie au contact de l'air, forme une légère couche plastique et contribue à l'occlusion ; lorsqu'il est nécessaire de couvrir l'œil après les opérations, on peut placer jusqu'à trois bandelettes superposées et en se servant de préférence de tulle noir. Il serait difficile, je crois, de réduire un pansement et une occlusion à une plus grande simplicité, aussi je crois inutile d'insister sur ses avantages mis en rapport avec le collodium, l'ouate collante et même les bandelettes multiples de taffetas.

Quelle doit être la durée moyenne de l'occlusion appliquée aux cas ordinaires ? — Vous avez fixé, mon cher confrère, une limite de quarante-huit heures ; moi je pense qu'on peut, au bout de vingt-quatre heures, découvrir l'œil, continuer l'usage des collyres et des pommades et fermer de nouveau les paupières ; ce n'est que dans les cas de névralgies que je laisse l'occlusion en permanence, dans la crainte de voir reparaître les douleurs en exposant l'œil à l'air et à la lumière. La durée de l'occlusion après les opérations ne peut pas être déterminée d'avance ; on peut laisser le petit appareil tant qu'aucune indication n'oblige le chirurgien à examiner l'état de l'œil ; cependant au bout de quatre à cinq jours, il est plus convenable de *rafraîchir* l'œil, et, après un examen très-rapide, de pratiquer de nouveau l'occlusion.

Quelles sont les indications et les contre-indications de l'occlusion ? — Les cas dans lesquels on peut en faire usage sont nombreux et variés : je pourrais énumérer ici une série détaillée de faits qui prouvent les résultats heureux de cette méthode ; permettez-moi seulement, mon cher confrère, de ne vous donner que les indications sommaires de ma pratique sur l'occlusion :

Ulcérations simples et primitives de la cornée. . . .	16
Ulcérations entretenues par les varicosités des vaisseaux de la conjonctive.	10
Ulcérations chroniques entretenues par des granulations	5
Photophobies opiniâtres.	6
Staphylômes commençants de la cornée et de l'iris. .	2
Staphylômes de l'iris consécutifs à l'opération de la cataracte par extraction.	2
Blépharites granuleuses sans ulcérations cornéennes. .	12
Ectropions commençants.	4
Névralgies sus-orbitaires.	4

Total 61 résultats heureux ; j'entends par résultats heureux, dans presque tous les cas disparition complète de la douleur et de la rougeur, rétablissement plus ou moins complet de la vision lorsque les lames de la partie centrale de la cornée n'étaient pas profondément lésées.

C'est dans les cas d'ulcération de la cornée que l'occlusion combinée avec les topiques, constitue un remède véritablement héroïque. Elle ne guérit pas la maladie comme par enchantement, elle n'exclut pas la cautérisation et les autres prescriptions, mais, associée à ces moyens, elle calme immédiatement la névralgie intense, la photophobie et le larmoiement qui résistent quelquefois aux émissions sanguines, aux cautérisations, aux révulsifs et aux calmants ; j'ai remarqué plusieurs fois, que dans les ulcérations cornéennes simples, primitives et superficielles, l'occlusion et l'application d'une pommade astringente dispensaient de la cautérisation ; j'ajoute même que dans deux cas de

kératite simple sans ulcération, la seule occlusion a suffi pour les guérir dès le début.

Pour ce qui concerne les névralgies circum et sus-orbitaires, j'en fais deux classes : celles qui se manifestent sans cause connue et qui affectent d'ordinaire les femmes et les sujets nerveux, et celles qui sont consécutives à l'opération de la cataracte par abaissement. Dans les névralgies de la première classe, l'occlusion palpébrale permanente, pendant plusieurs jours, réussit parfaitement à calmer les douleurs intenses et permet au médecin de saisir les causes de la maladie et de faire usage, tout en tenant l'œil des malades bouché, de moyens internes et externes et d'employer le sulfate de quinine s'il y a périodicité; les trois cas que j'ai cités plus haut appartiennent à cette catégorie. Quant aux névralgies consécutives à l'opération de la cataracte par abaissement, l'occlusion palpébrale n'a qu'une efficacité passagère, car dès qu'on découvre l'œil, l'accès névralgique reparaît, et il arrive même quelquefois qu'en tenant l'œil hermétiquement bouché pendant plusieurs jours, les douleurs se manifestent avec autant d'intensité qu'avant l'occlusion. Toutefois ce moyen est le seul qui m'ait réussi comme palliatif; j'entends ici par réussite un soulagement plus ou moins durable des atroces douleurs qui font le désespoir des opérés. Quant à la guérison complète, je n'en connais pas une seule; j'ajoute même que cette guérison n'est pas possible tant qu'un atôme de lumière est perçu par l'œil opéré et tant que l'organe conserve son diamètre et son volume ordinaires. La *guérison* de cette espèce de névralgie arrive *naturellement* lorsque l'amblyopie amaurotique qui se manifeste dès le début des accidents nerveux, devient une amaurose complète, et lorsque le globe est complétement atrophié! Cette assertion pourra paraître trop absolue, trop triste à dire, mais elle est pour moi d'une exacte vérité.

Dans trois cas d'ectropions commençants, l'occlusion a parfaitement réussi; dans un quatrième cas, la lésion étant ancienne, l'occlusion a entièrement échoué. Dans une des trois premières observations, il s'agissait d'un renversement palpébral provoqué par un grand boursouflement muqueux et par des granulations; j'ai remarqué que l'occlusion pratiquée immédiatement après la cautérisation avait produit un engorgement très-fort des tissus et entravé la marche consécutive de la cautérisation, tandis que l'occlusion faite vingt-quatre heures après la cautérisation, donnait de meilleurs résultats; aussi, à dater de cette époque, toutes les fois qu'il s'agit d'une simple et légère cautérisation sur un point limité d'une ulcération cornéenne, je fais immédiatement après l'occlusion; mais lorsque je suis forcé de cautériser une surface plus étendue, soit de la cornée, soit de la conjonctive, soit des paupières, je ne fais l'occlusion que vingt-quatre heures après la cautérisation; en agissant ainsi, on donne à l'œil le temps de se *dépouiller* de ces mucosités épaisses, de ces fragments d'escarres qui résultent toujours de la cautérisation des muqueuses; après vingt-quatre heures l'œil étant plus libre, l'occlusion ne devient que plus efficace. Et d'ailleurs, quel est le but principal de l'occlusion? Calmer ou enrayer la douleur: or, la cautérisation elle-même, faite à propos, tout en exaspérant les douleurs pendant une heure ou deux, les calme entièrement quelque temps après, mais comme ces douleurs vont sans doute reparaître, et qu'il faut souvent attendre quelques jours pour employer de nouveau le caustique, l'occlusion dans l'intervalle des deux cautérisations donne d'excellents résultats et hâte la guérison.

Cette manière d'agir détruit en outre l'objection qu'on a faite à l'emploi de l'occlusion : c'est-à-dire qu'on ne pouvait pas, sans danger pour un œil, le tenir hermétiquement fermé, et que la rétention des matières âcres et puriformes et les sécrétions ordinaires des mucosités et des larmes, ne pouvant pas se faire jour à travers les paupières, deviendraient à leur tour une nouvelle cause d'irritation. Pour ce qui concerne les matières puriformes, l'objection paraît fondée, mais elle n'a plus de valeur pour l'*âcreté* des larmes; car les mucosités et les larmes se résorbent très-facilement, ou bien, comme je l'ai dit plus haut, forment une couche solidifiée qui consolide l'occlusion; et d'ailleurs, par cela même qu'on préserve l'œil du contact de l'air et de la lumière, la douleur et le larmoiement cessent ou diminuent considérablement dès que l'occlusion a lieu.

Quel est le meilleur agent thérapeutique qui, combiné avec l'occlusion, donne les résultats les plus satisfaisants? — Il n'y a pas de règle à établir à cet égard; on peut dire cependant, d'une manière générale, que toutes les fois qu'un topique quelconque est indiqué, l'occlusion ne fait que faciliter l'action du médicament et hâter la guérison. Quant au mode de préparation, les collyres secs et les *pommades* sont préférables aux collyres liquides.

Somme toute, l'occlusion palpébrale appliquée avec discernement et dans les conditions que je viens d'indiquer, constitue une ressource thérapeutique de premier ordre dans une foule de complications ophthalmiques qui font souvent le désespoir des malades; j'ai la certitude que son usage sera adopté par nos confrères et généralisé dans leur pratique. S. FURNARI, *D. M.*

Paris, le 5 février 1844. (*Ann. d'oculistique.*)

M. Hairion fait à la lettre précédente une réponse dont nous extrayons ce qui suit :

Mon cher confrère,

Le temps et l'expérience ont dû nécessairement apporter des modifications dans le moyen de pratiquer l'occlusion palpébrale. C'est ainsi que les douleurs passagères, mais quelquefois très-vives, qui accompagnent l'occlusion obtenue par le collodion, d'après le procédé décrit dans mon travail, m'engagèrent bientôt à y apporter des modifications. C'est également en cherchant de votre côté le moyen d'éviter cet inconvénient, que vous avez été conduit à un procédé qui me paraît à la fois, ainsi que vous le dites, simple et économique. Toutefois, je ne sais jusqu'à quel point votre procédé est susceptible de remplir toutes les conditions de celui que j'emploie actuellement, et qui n'est autre que mon ancien procédé, dépouillé de l'inconvénient qu'il présentait, d'exposer la conjonctive au contact du collodion, cause des douleurs incessantes auxquelles donnait lieu parfois cette petite opération. Au lieu de passer le pinceau imprégné de collodion directement sur la fente palpébrale, ainsi que je le pratiquais primitivement, j'abaisse, avec le pouce de la main gauche, la paupière supérieure, de manière à ce que les cils recouvrent la surface cutanée de la paupière inférieure, à laquelle je les fixe par leurs extrémités, au moyen d'une ou de plusieurs couches de collodion. Ce procédé, très-simple et remarquable surtout par l'extrême rapidité avec laquelle on l'exécute, est applicable à tous les cas qui réclament l'occlusion palpébrale; il n'a pas l'inconvénient de l'ancien procédé et présente, sur ce dernier, l'avantage précieux de permettre d'exercer sur l'œil une pression plus ou moins forte et uniforme.

L'occlusion palpébrale a de nombreux avantages : non-seulement elle soustrait l'œil à l'action de l'air et de la lumière, immobilise les paupières, bride les mouvements du globe oculaire, favorise l'action des collyres en permettant un contact plus prolongé des principes médicamenteux avec les surfaces malades, ainsi que je l'ai démontré, mais elle possède encore, d'après vous, celui d'exercer une compression à la surface de l'œil, favorable dans certaines circonstances. Il faut avouer, cependant, que ce dernier effet, obtenu par le simple rapprochement des paupières, ainsi que cela a lieu dans l'occlusion palpébrale pratiquée d'après votre procédé et d'après celui que j'employais d'abord, est trop faible pour être bien efficace. D'un autre côté, la compression, à l'aide de compresses et de coussinets fixés sur les paupières, comme dans les procédés des Arabes, de Pétrequin, de Larrey, de De Lafoud, etc., ne saurait être que nuisible, par l'impossibilité de l'obtenir uniforme, par la difficulté de la graduer à volonté, par l'accumulation des matières de sécrétion à la surface de l'œil, et surtout par la concentration de la chaleur autour de l'organe malade et l'augmentation de la congestion qui en est la conséquence.

Les modifications que j'ai apportées au mode d'application du

collodion, dans l'occlusion palpébrale, m'ont permis d'établir à la surface de l'œil, à l'aide de la paupière supérieure plus ou moins fortement portée en bas et fixée à la paupière inférieure, une compression uniforme, soutenue, susceptible d'être graduée à volonté, et dont j'ai retiré des avantages très-marqués dans plusieurs affections, entre autres dans le pannus charnu, les varicosités de la surface du globe, les hernies de l'iris, le kératocèle, les staphylômes de la cornée ou de l'iris encore mous, etc., etc.

Vous dites que c'est surtout dans les affections de la cornée que l'efficacité de l'occlusion palpébrale est remarquable. J'ai vu comme vous, par ce moyen, des ulcères de la cornée qui s'étaient montrés longtemps opiniâtres, guérir avec une rapidité étonnante. Et cependant, vous le dirai-je, depuis que j'ai introduit dans la thérapeutique ophthalmologique l'usage du mucilage tannique, j'ai restreint de plus en plus l'application de l'occlusion palpébrale au traitement des ulcères de la cornée. C'est qu'en effet, les principaux avantages de l'occlusion palpébrale, dans ce genre d'altération, étant surtout de soustraire la surface malade à l'action irritante de l'air, et de permettre un contact plus prolongé de la substance médicamenteuse, ce double effet est obtenu par l'emploi du collyre tannique, qui réunit, en outre, certains autres avantages sur lesquels nous reviendrons, à l'occasion de la deuxième lettre que vous vous proposez de m'adresser, au sujet de mon Mémoire sur l'emploi des préparations tanniques en ophthalmologie.

J'ai été plus heureux que vous, mon cher confrère, dans le traitement de l'ectropion par l'occlusion palpébrale. Plus de quinze cas de cette maladie, depuis quatre ans, ont été traités par cette méthode, tant dans mon service à l'hôpital que dans ma clientèle civile, et toujours avec un succès qui ne s'est pas démenti. J'ajouterai toutefois, pour l'appréciation d'un résultat qui pourrait paraître trop heureux, que tous ces cas de renversement de la paupière étaient récents et dataient de quelques semaines à quatre mois au plus; qu'ils étaient dus à l'engorgement granuleux de la conjonctive palpébrale avec ou sans relâchement du ligament interpalpébral, et que, concurremment avec l'occlusion, j'ai eu recours aux collyres astringents, à la cautérisation de la conjonctive dans la plupart des cas, et deux fois à l'excision d'une partie de cette membrane. Quoi qu'il en soit, j'ai la conviction que, dans quelques cas, l'occlusion a fait les principaux frais de la guérison, et que, dans tous les autres, elle a puissamment concouru à abréger la durée du traitement. Une seule fois, j'ai eu recours à l'occlusion dans un cas d'ectropion dû à la rétraction de la peau. Le fait me paraît avoir assez d'intérêt pour vous le rapporter brièvement.

Comme moi, sans doute, vous avez lu avec intérêt une observation, récemment publiée par la *Gazette des Hôpitaux* (1), d'ectropion qui a été opéré par ankylo-blépharon. Il s'agit, comme vous le savez, d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, entré dans le service de M. Nélaton, pour un ectropion très-étendu et très-considérable de la paupière supérieure, datant de l'enfance, et contre lequel aucune des méthodes ordinaires de traitement ne paraissait pouvoir être applicable. En conséquence, M. Nélaton se décida à recourir à la méthode imaginée et exécutée par M. Maisonneuve en pareille circonstance : après avoir sectionné et disséqué la face cutanée de la paupière rétractée, de manière à pouvoir l'abaisser jusqu'au niveau de la paupière inférieure, il fit adhérer ensemble les deux paupières au moyen d'une sorte d'ankylo-blépharon artificiel, qu'il se proposa de détruire, après que la cicatrisation aurait comblé le vide fait par la dissection et reconstitué une paupière nouvelle. C'est dans un cas analogue, mais moins grave, que j'ai appliqué avec succès l'occlusion palpébrale.

Le sujet de cette observation est un jeune homme d'une trentaine d'années environ, qui, depuis son enfance, présente un ectropion de la paupière inférieure gauche, survenu à la suite d'une brûlure de la joue. Après avoir détruit par la cautérisation avec l'acide sulfurique les fongosités de la partie renversée de la conjonctive, et avoir obtenu, par le retrait du tissu inodulaire qui succéda à la destruction de la conjonctive, le degré de redressement que l'on pouvait espérer de ce chef, j'imaginai, pour compléter la guérison, de faire à la base de la paupière et dans toute sa longueur, à 6 lignes de son bord libre, une incision courbe à concavité supérieure; je disséquai ensuite le lambeau supérieur de manière à obtenir le redressement complet et facile de la paupière inférieure, que je fixai en place par l'occlusion palpébrale et que je maintins dans cette position pendant quatre semaines, c'est-à-dire jusqu'après la cicatrisation complète de la plaie. A dater de ce moment, l'occlusion fut pratiquée tous les soirs seulement, et un peu plus tard tous les deux ou trois jours. Après deux mois et demi, la paupière fut abandonnée à elle-même; depuis lors, six mois se sont écoulés et la paupière se maintient dans sa direction normale. F. Hairion, *D. M.*

(*Annales d'oculistique.*)

(1) Pour être vrai, l'auteur aurait dû dire que cette observation, *inexactement* publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'avait été *exactement* dans le *Moniteur des Hôpitaux*. Que cette remarque lui serve pour l'avenir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— *Choléra.* — Nombre des cholériques entrés dans les hôpitaux :

Le 8 mai.	15	(12 du dehors,	3 de l'intérieur).
Le 9.	22	(14 du dehors,	8 de l'intérieur).
Le 10.	16	(9 du dehors,	7 de l'intérieur).
Le 11.	13	(10 du dehors,	3 de l'intérieur).

Nombre de décès par suite de choléra :

Le 8.	9
Le 9.	9
Le 10.	6
Le 11.	15

— MM. les inspecteurs du service de santé de l'armée viennent de recevoir leurs commissions; M. Lévy a reçu une mission spéciale pour inspecter le service de l'armée d'Orient. Cette mission est de la plus grande importance, car on comprend que sous le rapport hygiénique, tout est solidaire dans des armées qui doivent opérer côte à côte et souvent ensemble; or, dans l'armée turque, nos informations particulières nous apprennent que presque tout est à organiser. Il est donc probable que l'action de notre confrère devra s'étendre à l'armée ottomane pour produire tout le bien qu'on en doit attendre. M. Lévy arrivera sur le théâtre de la guerre vers la mi-juin, c'est-à-dire à l'époque où les endémo-épidémies doivent commencer à sévir sur les grandes agglomérations d'hommes.

— *A un poëte anonyme.* — Cher poëte, nous aimons beaucoup l'esprit dans ce journal, probablement par suite de cette loi physique qui veut que les contraires s'attirent; nous ne redoutons pas de nous en rendre les éditeurs, même quand il peut égratigner fût-ce un secrétaire perpétuel ou un doyen de Faculté; mais nous n'aimons pas que la satire se traduise par de trop gros mots, à moins qu'elle ne tombe sur des pédants absolument niais comme la race des coquillards, ou sur une ignoble flibusterie comme la syphilisation. En outre, nous aimons assez qu'on ait le courage de ses opinions, au moins vis-à-vis de son éditeur. Pour toutes ces raisons, vous nous permettrez, cher poëte, de vous remercier de vos charmants vers, mais de ne pas les insérer.

— Nous engageons ceux de nos confrères qui ne sont pas en mesure de prendre eux-mêmes des informations sur les faits qui peuvent intéresser leurs lecteurs, à vouloir bien citer les sources où ils prennent des rédactions toutes faites. On comprend qu'une telle recommandation ne peut s'adresser qu'au *journal des culottières* qui, entre autres bonnes habitudes, a celle d'*emprunter* sans citer.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale des eaux de Plombières. — **Des paralysies et de leur traitement**, par M. le Dr Lhéritier, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, etc. — 1 vol. in-8 (Paris 1854). — Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 58. 2e année. Mardi 16 Mai 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : e mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du timbre des journaux scientifiques.

Le 28 mars 1852, S. A. I. le prince-président de la République revêtait de sa haute sanction, le décret suivant, qui créait, en faveur des écrits scientifiques et littéraires, une exception à la loi du 17 février 1852 sur les journaux et écrits périodiques :

Louis-Napoléon, président de la République française,

Vu le décret du 17 février 1852 sur la presse ; considérant que, si des conditions restrictives ont dû être imposées à la presse politique, il convient au contraire de favoriser le développement des publications consacrées aux sciences et aux arts ;

Sur le rapport du ministre des finances, décrète :

Art. 1er. Sont exempts du droit de timbre les journaux et écrits périodiques et non périodiques, exclusivement relatifs aux lettres, aux sciences, aux arts et à l'agriculture.

Art. 2. Ceux de ces journaux et écrits qui, même accidentellement, s'occuperaient de matières politiques ou d'économie sociale, seront considérés comme étant en contravention aux dispositions du décret du 17 février 1852, et seront passibles des peines établies par les articles 5 et 11 de ce décret.

Art. 3. Le ministre des finances est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait aux Tuileries, le 28 mars 1852.

D'après une circulaire ministérielle qui a été officieusement communiquée aux directeurs de journaux non politiques, le bénéfice de cette exception, qui témoigne d'une sollicitude si éclairée pour les sciences, les lettres et les arts, nous serait à peu près complétement retiré. En effet, d'après l'interprétation qu'on donne à cette circulaire, toute espèce de nouvelle, même *l'annonce d'un cours et celle de la mort d'un savant illustre*, serait interdite à tout journal non timbré ; une telle interdiction rendrait évidemment le journalisme scientifique impossible et équivaudrait à l'obligation de timbrer. Nous avons une trop entière confiance dans la haute protection dont S. M. l'Empereur entoure toutes les œuvres de l'intelligence pour n'être pas certain qu'il y a, touchant la circulaire dont il s'agit, quelque malentendu. Nous espérons qu'une démarche collective parviendra facilement à dissiper ce malentendu, et cette démarche sera un premier acte utile que devra faire le Comité de la presse médicale que des circonstances n'ont pas permis de se constituer encore, mais qui ne tardera pas sans doute à se constituer en présence des nouvelles cir-

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52 et 53.)

L'étude des lésions vitales avait joué un grand rôle dans les bulletins des années précédentes ; et vous avez entendu M. Denucé vous rappeler les recherches de notre collègue, M. Broca, sur les lésions de nutrition du tissu osseux, auxquelles il rattache les diverses sortes de ramollissements. Cette année, quelques pièces confirmatives des idées de notre collègue sont venues s'ajouter aux nombreux faits qu'il avait accumulés déjà ; je n'ai pas à y insister.

Mais il est une affection du système osseux, de date très-ancienne, sans nul doute, et d'étude assez récente, qui a, cette année et les précédentes, occupé quelques-uns d'entre vous ; je veux parler de l'inflammation du tissu médullaire, envisagée dans ses diverses périodes et dans ses diverses formes. Votre secrétaire a pensé que l'ostéomyélite pouvait s'offrir à trois degrés, dont les conséquences ne sont pas les mêmes. C'est ainsi que, dans un premier degré, le tissu médullaire, d'un rouge-vif, contient plus de sang et beaucoup moins de tissu adipeux ; sa vascularité ayant augmenté, la vie y devient plus active. L'absorption des couches osseuses internes se fait plus vite au sein de ce tissu enflammé, et il en résulte que le canal médullaire s'agrandit. Si le tissu médullaire d'un os spongieux est pris de phlegmasie, c'est sur les lamelles osseuses que portera son énergie d'absorption, d'où la raréfaction de ce tissu ; vous avez pu vous convaincre de ces effets sur un fémur que vous a montré M. Bauchet (1). Dans un deuxième degré, il s'épanche au sein du tissu médullaire un blastème dans lequel se dépose du tissu osseux ; et alors, au lieu de voir le canal s'agrandir, vous le trouvez oblitéré ; vous n'avez peut-être pas oublié la remarquable pièce que M. Perdrigeon vous fit voir il y a quelques années, et où cette oblitération du canal dans un de ses points était très-évidente ; le tibia que vous a montré M. Arrachard (2) offrait les mêmes résultats. Mais l'inflammation continue dans ce tissu osseux de nouvelle formation, elle devient suppurative, et alors vous allez voir se nécroser ces parties osseuses nouvelles ; vous aurez des séquestres sans que l'os ancien ait rien perdu. Cette période d'ostéomyélite plastique manque souvent ; l'inflammation est suppurative, et alors vous rencontrez au sein du tissu médullaire des cavités plus ou moins larges, limitées par une membrane, et contenant un pus jaunâtre quelquefois fluide, le plus souvent assez concret ; c'est l'abcès du tissu médullaire que l'on a quelquefois, lorsqu'il est peu volumineux, confondu avec le tubercule sur la pièce de M. Vautier (3), vous rencontriez un bon nombre de ces abcès petits et circonscrits. J'ai pu moi-même vous faire voir un tibia qui en contenait cinq ou six (4) ; et sur le fémur que vous a montré M. Arrachard, le canal médullaire était creusé d'une vaste ca-

(1) P. 220. — (2) P. 119.
(3) P. 224. — (4) P. 336.

constances qui surgissent. En attendant, nous croyons devoir nous conformer rigoureusement à la communication officieuse qui nous a été faite. H. DE CASTELNAU.

Séances de l'Académie des sciences du 1er et du 8 mai.

La séance de l'Académie des sciences du 1er mai n'a présenté aucune communication qui pût nous intéresser. Dans celle du 8 mai, l'Académie a reçu une nouvelle Note de M. Chenot, sur les propriétés toxiques de l'oxyde de carbone, laquelle contient des détails aussi peu nouveaux mais non plus précis que la précédente, et la description faite par un de nos confrères, M. Charreyre, d'un nouvel instrument de guerre des plus meurtriers, destiné à rendre la guerre impossible, par suite même des immenses ravages qu'il produirait; c'est-à-dire, probablement, qu'il n'y aurait plus de combats faute de combattants. Cet instrument est une sorte de lance-bouclier impénétrable à la balle, permettant par conséquent, à celui qui en est revêtu, de s'approcher de l'ennemi et de lancer à celui-ci une gerbe de flamme qui s'étend horizontalement sur une surface de 10 à 12 mètres, et qui brûle tout ce qui se trouve sur son passage. M. le maréchal Vaillant, qui, malgré les grandes et nombreuses occupations que lui imposent ses hautes et multiples fonctions, continue à assister avec une rigoureuse assiduité aux séances de l'Académie, est chargé de nous faire connaître jusqu'à quel point l'invention de notre confrère peut contribuer à éteindre la guerre en Orient ou à y assurer le succès de nos armes.

Nécessité d'une Société contre les falsifications.

La *Presse* rapporte les détails suivants, d'après le *Courrier de la Gironde* :

« Nous avons déjà parlé des ordres sévères donnés par l'autorité pour qu'une surveillance active et incessante ait lieu dans tous les marchés de Bordeaux. L'initiative prise par le procureur impérial ne tardera pas à porter ses fruits et contribuera à étendre le cercle de la surveillance sur tout ce qui touche de près ou de loin à nos matières alimentaires.

« Mardi, dès six heures du matin, les commissaires de police de Bordeaux ont fait des visites chez un grand nombre d'épiciers de la ville, et ont saisi une quantité considérable de café falsifié contenant jusqu'à 45 pour cent de matières nuisibles. Procès-verbal a été dressé contre les chefs de maisons qui fabriquent ces produits. »

On ne saurait trop applaudir au zèle que l'administration déploie depuis quelque temps dans la guerre morale qu'elle fait aux falsificateurs; mais il n'y a peut-être pas lieu d'applaudir autant aux dispositions de la loi qui, dans le cas spécial dont il vient d'être question, prononcera peut-être la peine de vingt-quatre heures de prison et de vingt-cinq francs d'amende. C'est donc avec quelque raison qu'Alphonse Karr a pu dire plaisamment : « Si j'empoisonne mon épicier, je serai condamné à mort, mais mon épicier peut m'empoisonner moyennant cinquante francs d'amende. » Aussi, en présence d'une législation aussi modérée, la vigilance de l'administration ne peut-elle suffire à constater qu'une faible partie des délits; elle aurait besoin qu'une association d'hommes dévoués l'aidât dans ses investigations. Une Société contre les falsificateurs existe à Londres et a produit d'excellents résultats; il serait fort à désirer qu'il pût s'en former une semblable à Paris. H. de Castelnau.

Un de nos éminents confrères de la presse annonce qu'il a trouvé dans une lettre du docteur Duchassaing, qui exerce la médecine à l'île Saint-Thomas, les détails intéressants qui suivent :

« Nous avons eu ici une terrible épidémie de choléra asiatique. Sur une population de 14,000 âmes, 2,000 ont succombé. Cette épidémie *m'a montré* que, dans les pays chauds, le choléra était bien plus grave que dans les contrées tempérées, et que la race nègre était bien plus apte à le contracter que la race blanche, car nous n'avons pour ainsi dire *personne* à regretter parmi ceux qui appartiennent à cette dernière. »

Ces détails sont en effet très intéressants, beaucoup trop intéressants même pour qu'ils puissent inspirer une grande confiance. Outre que le docteur Duchassaing paraît avoir oublié que l'île Saint-Thomas ne constitue pas à elle seule tous les *pays chauds*, ses chiffres touchant la mortalité en général et proportionnellement sur les deux races, sont jetés avec un laisser-aller qu'on pardonnerait volontiers à un commis-voyageur, mais qu'un médecin ne doit pas se permettre.

De l'application du chloroforme dans les accouchements.

Le peu d'extension qu'a reçue en France l'application du chloroforme dans les accouchements donne presque tout l'intéret de la nouveauté à deux communications faites à la Société pathologique de Dublin, par M. le docteur Atthill, médecin de *Rotundo-Hospital*. Nous avons cru devoir les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

1° Application du chloroforme dans les convulsions puerpérales.

Voici la première communication faite par M. le docteur Atthill, dans la séance du 31 janvier 1854, telle qu'elle est rapportée par le rédacteur du *Dublin quaterly journal* :

Ce médecin n'ignore pas que le chloroforme a été employé par beaucoup de praticiens dans des cas de cette nature, et souvent avec un succès complet : cependant il craint qu'on n'en ait exagéré la valeur. Il pense que cet agent peut être utile, mais ses expérimentations à *Rotundo Hospital* lui font un devoir de ne pas l'employer indistinctement dans tous les cas : ce serait une faute d'y avoir une trop grande confiance dans le traitement de l'éclampsie.

Le docteur Atthill donne à l'appui les observations suivantes :

« Mᵉ. B...., âgée de 18 ans, enceinte pour la première fois, fut saisie de convulsions à la seconde période du travail, sans

---

vité anfractueuse contenant du pus; tout le canal médullaire en était rempli chez le malade de M. Marcé (1).

Enfin, messieurs, vous avez vu que l'ostéomyélite un peu étendue coïncidait avec l'ostéite et la périostite, mais qu'elle pouvait exister seule, pourvu qu'elle fût circonscrite.

Vous devez à M. Rouget (2) la description d'une altération insolite du tissu osseux. Notre collègue vous a montré un crâne à sutures ossifiées, et dont les os avaient une dureté et une épaisseur remarquables. Le pariétal gauche offrait une petite dépression, siége d'un abcès ancien; mais, au centre de l'os frontal, on voyait une vaste excavation dont le fond était formé par la dure-mère. Cette large perte de substance s'était faite pendant la vie du malade, et sous le premier séquestre on trouvait une matière épaisse, grise, caséeuse, très-fétide, analogue à un mastic, et que M. Rouget désigne du nom de *phymatoïde*.

Cette même matière remplissait les sinus frontaux sans que la muqueuse en fût altérée. La production de cet amas phymatoïde a préoccupé M. Rouget, qui nous a appris que son observation n'était pas unique, puisque MM. Gosselin et Robin en avaient rencontré chacun un exemple, et que trois autres appartiennent à M. Follin. La malade de M. Rouget avait eu autrefois des chancres, puis, dix-sept ans plus tard, sans accidents secondaires, quelques abcès circonscrits du cuir chevelu, ce qui ne permet guère de rattacher la production de la matière phymatoïde à la syphilis, d'autant plus que chez les malades de MM. Robin et Follin, on ne pouvait invoquer cette cause. L'examen microscopique n'a fait reconnaître aucun des éléments du tubercule dans cette matière qui, tout entière, se trouve formée de gouttelettes et de granulations graisseuses, de granulations grises amorphes et d'un grand nombre d'aiguilles cristallisées d'acide stéarique libres et isolées.

En raison de la fétidité de ce produit, M. Rouget est porté à le considérer comme un résultat de la gangrène des parties molles du tissu osseux. Cette opinion appartient toute entière à notre collègue; c'est aux recherches ultérieures à l'infirmer ou à la démontrer.

Lésions des articulations.

Les lésions des jointures ont été moins nombreuses que les années précédentes; cela s'explique par ce fait que, dans ces derniers temps, l'étude de plusieurs maladies articulaires était à l'ordre du jour dans la Société, de sorte que ce chapitre s'en est trouvé plus rempli. Cependant, si les présentations relatives aux affections des articulations ont été assez rares, quelques-unes, en revanche, furent des plus instructives.

Nous devons à M. Bidard deux cas de luxations de l'épaule, qui, toutes deux, offrent un grand intérêt.

Les luxations anciennes non réduites entraînent, dans la disposition des surfaces articulaires, des déformations qui bientôt s'opposent à la réduction et aux mouvements du membre. Mais, messieurs, ces déformations peuvent se montrer dès le principe, et la même violence qui a séparé les surfaces articulaires peut, en produisant cette disjonction, altérer la forme

(1) P. 60. — (2) P. 333.

avoir éprouvé les plus légers symptômes prémonitoires. Après la première attaque, le chloroforme fut administré par inhalation. La malade n'en eut pas moins deux nouvelles attaques, qui furent cependant moins graves ; ce fut là le seul effet appréciable du chloroforme : le forceps fut appliqué, et l'enfant vint au monde mort. On suspendit l'emploi de l'anesthésique ; la malade reprit connaissance, mais bientôt après l'expulsion du placenta, une nouvelle attaque survint, qui nécessita de nouveau l'administration du chloroforme ; cette fois, les convulsions ne reparurent plus. La femme guérit sans accident. »

« E. M...., âgée de 21 ans, enceinte pour la première fois : des convulsions surviennent au moment où la tête comprime avec le plus de force le périnée ; après la seconde attaque, le chloroforme fut administré, et quoique dans ce cas les attaques aient semblé abrégées par l'emploi de ce médicament, cependant leur retour ne put être empêché ; les douleurs continuèrent violentes, et le travail fut bientôt terminé naturellement. La malade avait eu huit attaques, qui cessèrent aussitôt après la délivrance. »

Dans ce cas, comme dans le cas précédent, le seul effet appréciable du chloroforme a été de rendre les attaques moins violentes ; dans les deux cas, ces attaques ont continué pour ne cesser qu'après la délivrance ; dans les deux cas aussi, on n'eut recours à aucun autre médicament. La femme qui fait le sujet de la deuxième observation est devenue plus tard maniaque.

Le cas suivant, selon le docteur Atthill, est encore moins satisfaisant :

« Ms. W...., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital pour un second accouchement : s'il faut s'en rapporter à ce que l'on nous dit, le premier accouchement a été naturel. Au moment de son admission, cette malade n'attira notre attention par aucun symptôme particulier ; mais bientôt elle commence à se plaindre de violentes douleurs dans la région épigastrique, qu'elle attribue à ce qu'une de ses amies lui a fait prendre du punch au whisky avant de quitter sa maison : le col est à moitié dilaté ; le travail marche lentement jusqu'au moment où la tête vient presser sur le périnée ; alors se manifestent des convulsions. Le chloroforme fut administré et l'accouchement fut terminé avec le forceps ; nous nous assurâmes qu'il y avait un second enfant qui fut retiré mort. On cessa l'usage du chloroforme, mais après un intervalle de vingt minutes environ, une nouvelle attaque nécessita de nouveau son emploi, sans qu'il en résultât d'avantage pour la malade, qui devint agitée et difficile à maintenir ; on donna un bol de calomel et de jalap, et malgré l'influence encore existante du chloroforme, une troisième attaque survint environ une heure après. Cette attaque fut la plus forte de toutes. Le chloroforme fut de nouveau discontinué. La malade reprit connaissance plus complétement qu'elle ne l'avait fait jusqu'alors, et put répondre à nos questions ; cependant de nouvelles attaques survinrent toutes les heures, et malgré tous les moyens auxquels nous eûmes recours, tels que : la saignée, les mercuriaux, les lavements, etc., la malade succomba vingt-quatre heures après son accouchement.

« Nous apprîmes alors que la malade avait eu deux ou trois légères attaques avant son entrée, et il est digne de remarque qu'en pratiquant le cathétérisme la veille de sa mort, on avait donné issue à une demi-pinte environ d'urine mélangée de sang, ce sang venait-il de la vessie ou des reins? C'est ce qu'il est impossible de dire ; l'autopsie cadavérique ne put être faite. »

Le docteur Atthill ne regarde pas le cas suivant comme beaucoup plus encourageant :

« A. G...., âgée de 19 ans, fut amenée à l'hôpital à dix heures du matin, dans un état de perte complète de connaissance ; elle avait eu trois attaques de convulsions avant son entrée (présentation de la tête) ; les extrémités supérieures et inférieures sont œdématiées ; l'urine est albumineuse et le rectum rempli de fèces. — Saignée de 20 onces ; 5 grains de calomel ; lavement térébenthiné. — Les douleurs reviennent régulièrement, et à deux heures de l'après-midi, la malade donne naissance à un enfant vivant. Immédiatement après la délivrance survient une attaque d'une telle violence, que nous pensions à chaque instant voir expirer la malade. Lorsqu'elle revint à elle, nous commençâmes l'inhalation du chloroforme, qui ne produisit pas le moindre résultat ; les attaques revinrent aussi fréquentes et aussi fortes. Nous eûmes alors recours à un autre traitement. — Vésicatoires sur la tête ; ventouses à la nuque ; opium. — Les attaques n'en continuèrent pas moins à de courts intervalles et la malade mourut quarante-quatre heures après sa délivrance, ayant eu, pendant cet intervalle, cinquante et une attaques. A l'autopsie cadavérique, nous ne découvrîmes rien de particulier. »

Le cas suivant est celui de « Ms. A. D...., âgée de 30 ans, enceinte pour la première fois, arrivée à huit mois et demi de grossesse. Lorsqu'elle se présenta pour être admise, il fut noté qu'elle présentait un œdème des extrémités supérieures, que les extrémités inférieures étaient énormément enflées, et que les parois abdominales étaient également infiltrées de sérosité ; la tumeur formée par l'utérus était considérable : la malade était si faible, qu'elle ne pouvait faire un pas sans s'appuyer sur quelqu'un. Des purgatifs furent administrés ; néanmoins, le lendemain elle fut prise de convulsions, saignée largement et soumise à un traitement approprié ; après avoir eu quatorze attaques, elle fut soumise à l'influence du chloroforme, en même temps

---

de ces surfaces ; c'est ce que nous a offert la première observation de M. Bidard (1) :

Un vieillard se luxe l'épaule droite dans une chute sur la partie postérieure de cette région ; la réduction est faite cinq jours après l'accident ; le malade meurt vingt-sept jours plus tard des suites d'une fracture du col du fémur, produite en même temps que la luxation. Or, l'autopsie fait voir que le bord antérieur de la cavité glénoïde a disparu ; la partie correspondante du bourrelet glénoïdien se trouve refoulée en bas sous forme d'une bandelette recouverte, d'un côté par le cartilage articulaire, et de l'autre par le tissu osseux détaché. La tête humérale, de ce côté, a subi une perte de substance au niveau de son bord postérieur, et présente dans ce point une surface plane régulière, comparable à une section faite par une scie, conduite perpendiculairement de la surface cartilagineuse à la base du grand trochanter. Sur cette face, on trouve quelques plaques cartilagineuses et osseuses, qui paraissent comme incrustées dans le tissu spongieux de la tête humérale.

Ces déformations des surfaces articulaires ont été produites en même temps que la luxation, ainsi que l'établit parfaitement M. Bidard dans son observation, et la tête humérale paraît avoir subi une sorte de tassement de son tissu. Vous comprenez de suite l'importance d'une pareille disposition.

Un autre obstacle à la guérison radicale des déplacements articulaires, c'est l'obligation où se trouve le chirurgien de maintenir le membre dans

(1) Page 163.

une immobilité nuisible au jeu ultérieur des surfaces articulaires ; c'est en vue d'éviter cet accident que l'on a hâte, en général, de rétablir la mobilité du membre. Rien ne serait donc plus utile, en pratique, que de savoir à quelle époque précise ces mouvements sont permis. Or, l'observation de M. Bidard peut fournir un élément pour la solution de cette question, puisque la déchirure de la capsule articulaire était complétement cicatrisée au bout de vingt-sept jours.

La seconde luxation de l'humérus qui vous a été présentée par M. Bidard (1), avait été produite par le passage d'une roue de charrette sur la partie antérieure de la région, et s'accompagnait de dégâts considérables. Outre la fracture multiple de six côtes, de l'omoplate, presque tous les muscles péri-articulaires étaient largement déchirés, en même temps que la capsule à sa partie postérieure, de telle sorte que la tête humérale ballotait dans le creux axillaire comme dans une vaste poche. A l'autopsie, on a pu s'assurer que la tête humérale se logeait en entier dans la fosse sous-épineuse ; c'est donc là une luxation en arrière complète, mais qui n'autorise pas à rejeter les idées régnantes, à cause de l'étendue des lésions concomitantes. Et, parmi ces lésions, la plus curieuse sans contredit, était l'arrachement, à leur insertion claviculaire, des deux ligaments épais qui unissent cet os à l'apophyse coracoïde, sans que l'extrémité externe de la clavicule et l'acromion eussent changé de rapport. C'est là une variété de luxation incomplète de la clavicule, que les auteurs n'ont pas encore mentionnée, et dont on aurait difficilement soupçonné la possibi-

(1) Page 265.

qu'on lui plaçait sur la langue 1 grain d'opium ; ce traitement produisit les effets les plus satisfaisants, car il détermina un sommeil calme et la cessation complète des attaques : mais il serait bien difficile de dire si ce succès était dû au chloroforme, puisqu'on avait employé simultanément d'autres moyens de traitement. Pendant tout ce temps, rien ne faisait prévoir un prochain accouchement, dont les premiers symptômes ne commencèrent que quarante heures après les premières convulsions; le travail fut naturel et dura neuf heures. Après sa délivrance, aucune attaque ne se produisit, mais la malade donna par intervalles de légers signes de manie. Le lendemain, elle se plaignit d'une douleur aiguë dans le côté droit de la poitrine, vomit constamment et mourut le jour suivant, sans avoir éprouvé de soulagement des traitements employés. L'autopsie cadavérique découvrit une maladie de Bright, un foie énormément développé, mou, friable, présentant à sa surface plusieurs dépressions larges et irrégulières, d'une couleur jaune brillante. »

Quoique ce cas eût une terminaison funeste, le docteur Atthill le regarde comme satisfaisant sous certains rapports, dans ce sens que la malade ne mourut pas par *une cause puerpérale*, et que le chloroforme eut évidemment un effet avantageux ; cependant la circonstance d'avoir donné l'opium en même temps que l'on administrait le chloroforme empêche de conclure positivement en faveur de cet agent thérapeutique.

Dans le cas suivant, il pense que les effets les plus heureux furent dus au chloroforme lui-même :

« E. C..., âgée de 28 ans, forte et pléthorique : au moment de l'entrée, les extrémités supérieures et inférieures étaient œdémateuses, les premières surtout ; le travail était avancé aux deux tiers ; les parties non tendues et humides ; tout se passa bien jusqu'au moment où la tête s'engagea dans le bassin ; la malade fut alors saisie des plus violentes convulsions ; on lui tira 20 onces de sang, après quoi elle reprit en partie connaissance, mais fut bientôt reprise d'une nouvelle attaque plus grave que la première. La tête étant placée très-bas dans le bassin, le forceps fut appliqué et amena sans difficulté un enfant mort : un bol de calomel et de jalap fut donné préventivement, un lavement purgatif administré, mais les intestins restèrent insensibles : une heure après, la malade eut une troisième attaque aussi forte que les précédentes, et suivie d'autres attaques qui revinrent toutes les heures ; le pouls étant encore plein et fort, la malade fut de nouveau saignée de 20 onces ; deux attaques survinrent après cette seconde saignée, faisant un total de dix-huit heures, et à l'exception de quelques minutes après la première attaque, la perte de connaissance fut complète pendant tout ce temps. Il fut résolu alors d'essayer le chloroforme, à l'influence duquel on soumet la malade pendant quatre heures ; pendant tout ce temps, il n'y eut pas retour des attaques ; un opiat fut administré et l'usage du chloroforme suspendu. La malade dormit tranquillement ; le lendemain, elle avait repris en partie sa raison, mais quatre jours après sa délivrance, elle fut prise de légers symptômes de manie, qui cependant cédèrent aisément à l'emploi de divers opiats. »

Le docteur Atthill remarque que, dans ce cas, les convulsions ne cédèrent pas à la saignée, mais qu'elles cessèrent entièrement au moment où le chloroforme fut administré. Il ajoute que si l'on considérait ce cas en lui-même, on pourrait être amené à regarder le chloroforme comme un remède certain contre ces complications si graves du travail ; mais que, dans deux des cas qui avaient précédé celui-ci, le chloroforme n'avait fait que rendre les attaques moins formidables, sans en prévenir le retour, et que dans deux autres cas il n'avait fait ni bien ni mal. Il pense que, sous l'influence de cet agent, la malade qui fait le sujet de la dernière observation est devenue plus turbulente, sans que cette circonstance ait paru produire d'effet fâcheux. En conséquence, il estime que le chloroforme est un remède douteux qu'il ne faut pas employer aveuglément, mais qui certainement convient à une certaine classe de convulsions. Il se pose les questions suivantes :

« Comment distinguer les cas qui réclament l'emploi du chloroforme ? quelles sont les indications de son administration dans l'éclampsie ? »

Il avoue qu'il ne peut résoudre cette question ; cependant, il est important de se rappeler que, dans les deux cas heureux mentionnés plus haut, chaque malade a été largement saignée avant d'être soumise à l'inhalation du chloroforme. Le docteur Atthill dit qu'il ne faut employer le chloroforme, dans les véritables convulsions puerpérales, que lorsqu'on a eu recours à la saignée, à moins de contre-indication formelle. Il fait également observer, comme digne de remarque, que dans le premier des deux cas sus-mentionnés (celui dans lequel l'opium a été administré en même temps que le chloroforme), la malade était atteinte d'une affection profonde du foie et des reins qui contre-indiquait formellement l'emploi de la saignée.

Le docteur Atthill n'est pas en mesure de donner aucune explication sur le mode d'action du chloroforme dans les cas de convulsions puerpérales, mais il lui semble possible que son action soit semblable à celle de l'opium ; au moins a-t-il vu, dans de semblables cas, l'opium produire des effets conformes ; il cite l'exemple suivant :

« M. H...., à son entrée à l'hôpital, était complétemeet insensible ; elle avait déjà eu trois attaques de convulsions ; ses jambes étaient œdématiées ; le rectum rempli de fèces ; le pouls à 85, fort et plein. — Saignée de 24 onces ; bol de calomel et de jalap. — Ceci se passait à deux heures de l'après-midi, le 14 avril 1853. Malgré ce traitement, les attaques se reproduisirent

---

lité, la fracture de l'os paraissant devoir plutôt se produire sous l'action d'une cause directe aussi puissante.

Je ne veux pas quitter les luxations de l'épaule sans vous rappeler ce cas de luxation sous-scapulaire simple que vous a montré M. Rombeau (1), et dont la réduction fut suivie d'arthrite suppurative. Ces exemples de suppuration articulaire, sans être aussi rares après la réduction qu'avant, sont exceptionnels quand la luxation ne s'accompagne pas de fracture ou de larges déchirures. Néanmoins, les recueils en contiennent des exemples : A. Cooper en cite deux cas pour la luxation du fémur ; M. Flaubert en a rapporté un semblable ; vous avez entendu que M. Axenfeld vous en a cité un, et M. Gaujot vous rappelle celui qu'il a pu observer cette année même dans le service de M. Gosselin. Vous remarquerez, messieurs, que ces cas de suppuration articulaire après la réduction se rapportent à la luxation de la hanche, et je n'ai trouvé mentionné que celui de M. Rombeau, pour les luxations de l'épaule, car dans le cas publié dans le *Journal Dublin medical press* (1843), il s'agissait d'une luxation datant de quarante-huit jours, sur laquelle on conçoit que la réduction ait pu produire des désordres graves.

L'histoire rigoureuse des luxations du rachis date en quelque sorte d'hier, et est bien loin d'être faite ; un grand intérêt s'attache donc aux deux observations que nous devons à M. Landry. S'il a fallu le célèbre mémoire de Louis, lu le 18 avril 1774, à l'Académie de chirurgie, pour appeler l'attention sur ce point, on peut dire qu'en ce qui concerne la région cervicale les matériaux se sont accumulés en assez grand nombre pour ébaucher la description des luxations dans cette région, et vous avez tous présentes à l'esprit les mémorables discussions auxquelles se sont livrées les sociétés savantes pour l'interprétation de ces faits. Ici, la Société anatomique aurait bien sa part à revendiquer. Mais lorsqu'on arrive aux déplacements traumatiques des vertèbres dorso-lombaires que les anciens, confondant les fractures avec les luxations, regardaient comme les plus fréquents, réellement nous manquions de matériaux. On rencontre bien une dizaine d'observations de déplacements de ces vertèbres, mais s'accompagnant de fractures. Et si l'on cherche les luxations dorso-lombaires sans fracture, la science est si pauvre que M. Richet a pu dire, en 1851, que cette lésion traumatique devait être rangée parmi les fractures plutôt que parmi les luxations. Aujourd'hui, messieurs, cette opinion ne serait plus admissible, et la Société anatomique possède deux faits qui, joints à ceux de Melchiori, peuvent servir de point de départ à l'étude des luxations sans fracture des vertèbres dorso-lombaires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) P. ; décembre.

toutes les demi-heures. — A huit heures du soir, nouvelle saignée de 12 onces, et comme il n'y avait pas le plus léger effet de dilatation du col, la malade fut soumise à une douche chaude qui produisit le résultat désiré, car le travail commença bientôt après, à onze heures. La malade avait eu seize attaques jusqu'au moment où le col commença à se dilater. — Un grain d'opium fut placé sur sa langue; un peu de sommeil survint, et quoique les douleurs revinssent régulièrement, les convulsions ne se reproduisirent pas jusqu'à quatre heures du matin; le forceps fut appliqué, et l'enfant était mort. De quatre à sept heures du matin, heure de la délivrance, six nouvelles attaques; mais ce furent les dernières : la malade reprit graduellement ses sens. Le 17, nous la regardions comme sauvée; mais le 18, elle fut prise de symptômes de péritonite. Elle mourut le 21. »

Le docteur Atthill dit que, dans ce cas, après la saignée, 1 grain d'opium suspendit les convulsions pendant cinq heures, et que, s'il avait été possible de hâter l'accouchement, la malade aurait probablement guéri.

2° De l'administration du chloroforme dans les accouchements.

Le rédacteur du *Dublin quaterly journal* rapporte ainsi la seconde communication de M. Atthill, faite dans la séance du 4 mars 1854 :

Le docteur Atthill désire mettre sous les yeux de la Société la statistique des cas dans lesquels le chloroforme a été administré à *Rotondo-Hospital* depuis octobre 1851 jusqu'à aujourd'hui; mais auparavant, il veut expliquer en quelques mots dans quelles catégories de cas cette administration a eu lieu : les résultats n'en pourront être que mieux appréciés.

« Le chef de l'hôpital, dit le docteur Atthill, ne regarde pas comme nécessaire ou convenable de donner le chloroforme dans les accouchements naturels. Son emploi doit être borné : 1° à tous les cas dans lesquels on doit faire usage d'instruments; 2° à tous les cas dans lesquels il faut opérer la version; 3° au petit nombre de cas de présentation de fesses ou de pieds; 4° à quelques cas déterminés de travail traînant en longueur, lorsque la malade est épuisée par de longues souffrances; 5° aux quelques cas dans lesquels la femme semble souffrir plus qu'à l'ordinaire, et est nerveuse, irritable. Le chloroforme a aussi été employé dans quelques cas de convulsions, dans les circonstances qui ont déjà été soumises à l'examen de la Société (1).

« 1° Dans la première catégorie de cas, celle où il faut faire usage d'instruments, la valeur du chloroforme ne peut être prisée trop haut; la malade, épuisée par un travail qui n'aboutit à rien, est agitée, impatiente; l'idée de l'emploi d'instruments chirurgicaux peut la terrifier et ajouter quelques chances défavorables à la position; le forceps, par cela seul que la malade ne sait pas garder de repos, ne peut être appliqué avec facilité. L'influence anesthésique du chloroforme obvie à tous ces inconvénients : la malade peut être placée dans la position la plus favorable, et la liberté d'action de l'opérateur est aussi complète que l'absence des douleurs du côté de la malade, qui, lorsqu'elle reprend connaissance, a la satisfaction de se voir au bout de ses souffrances. Toujours, dans ces cas, il faut recourir à l'administration du chloroforme.

Dans la seconde catégorie de cas, les heureux effets de l'agent anesthésique ne sont pas moins remarquables. La malade est rendue passive, et la version est opérée plus facilement lorsque les contractions utérines sont suspendues (ce qui est la règle générale) pendant les quelques minutes qui suivent le plein effet du chloroforme.

Dans la troisième catégorie (présentation des fesses et des pieds), la difficulté des manœuvres peut venir de l'impossibilité de procurer du calme à la malade, surtout lorsqu'elle est primipare; dans ces cas, il a été trouvé utile d'administrer le chloroforme lorsque les fesses commencent à distendre le périnée : cette pratique a été suivie des résultats les plus heureux.

(1) Et dont on a vu plus haut le résultat.

Quant à ce qui regarde la quatrième catégorie, il a été constaté dans plusieurs occasions que, lorsque la malade était épuisée par les souffrances non interrompues d'un travail languissant, le chloroforme agissait de la manière la plus satisfaisante; car la malade, après avoir été soumise à son influence pendant une ou deux heures, se réveillait, rafraîchie par le repos; les contractions utérines reprenaient avec vigueur, et l'accouchement se terminait heureusement et naturellement.

Un cas remarquable de cette sorte vient d'être observé depuis quelques jours chez une primipare : les membranes s'étaient rompues dès le commencement du travail, qui traîna en longueur, et lorsque le col fut complétement dilaté, ces douleurs, quoique incessantes et des plus fortes, furent incapables de faire progresser la tête : la femme, qui comptait déjà vingt-six heures de travail, et était arrivée au dernier degré d'épuisement, fut soumise au chloroforme pendant une heure au moins. Après avoir reposé quelque temps, elle se réveilla reposée; les douleurs reprirent avec vigueur, et l'accouchement fut promptement terminé avec le forceps. Je suis persuadé que, dans ce cas, la tête n'aurait pu s'engager, si la malade n'avait été reposée par les moments d'absence de douleurs que lui procura le chloroforme.

Quant aux effets produits par le chloroforme, lorsqu'on l'emploie jusqu'à complète anesthésie, les expérimentations faites à l'hôpital confirment les observations du docteur Denham, publiées dans un précédent numéro du *Dublin quaterly journal* : « Les contractions utérines sont d'abord suspendues, mais reprennent habituellement après un intervalle d'un quart d'heure, les douleurs sont régulières et énergiques, et le pouvoir expulsif de l'utérus n'est pas beaucoup diminué, s'il l'est. » Je pense cependant que, sans aucun doute, les hémorrhagies qui suivent l'accouchement ont plus de tendance à se manifester dans ces cas que dans ceux où le chloroforme n'a pas été administré; je pense aussi que l'utérus ne se contracte pas aussi rapidement et aussi énergiquement que d'habitude, et qu'il y a également une tendance marquée au relâchement de l'organe; mais cette tendance n'a jamais eu de résultats fâcheux dans la pratique de l'hôpital, tant les précautions avaient été bien prises. Quelquefois, il a été nécessaire d'appliquer le froid pendant un certain temps, et, comme règle générale, le bandage n'a été appliqué autour de la malade que lorsqu'elle n'était plus sous l'influence du médicament.

Le pouls n'a éprouvé de modifications dans aucun des cas que nous avons observés. Dans un seul cas, la malade fut prise d'accidents hystériques après une légère inspiration de chloroforme qui fut immédiatement suspendue. Dans un autre cas, la malade eut deux accès hystériques au moment où elle sortait du sommeil anesthésique; mais ces deux accès furent si courts et si peu forts que ce n'est pas la peine d'en parler. A ces deux exceptions près (si ce sont des exceptions), tous les cas dans lesquels le chloroforme fut administré, ne furent suivis d'aucun accident qu'on puisse attribuer à l'agent anesthésique.

Voici le relevé des cas, divisés par catégories, dans lesquels le chloroforme a été administré à *Rotundo-Hospital*, depuis le mois d'octobre 1851 jusqu'au mois de mars 1854 :

1re CATÉGORIE. — *Cas où l'on a appliqué le forceps.*

Nombre de cas : 82.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	69	78
Ont succombé.	15	4
Morts putréfiés.	2	
	86 (1)	82

Les causes de la mort des mères ont été : 1 fois, la péritonite; 1 fois, la rupture de l'utérus; 1 fois, les convulsions; 1 fois, la phlébite. — Mortalité : 1 sur 20 1/2.

(1) Si les chiffres 69, 15 et 2 ne renferment pas une erreur typographique, il faudrait en conclure que quatre femmes ont eu des grossesses gémellaires. L'auteur ne s'explique pas à cet égard. (*N. du traducteur.*)

2e CATÉGORIE. — *Cas de perforation du crâne.*

Nombre de cas : 38.

	Mères.	Enfants.
Ont survécu.	30	»
Ont succombé.	8	»

Causes de la mort : 2 fois, péritonite; 1 fois, convulsions; 3 fois, rupture de l'utérus; 2 fois, gangrène. — Mortalité : 1 sur 4 6/8.

Dans les trente-huit cas, l'auteur comprend un cas d'opération césarienne ; il ne dit pas si elle s'est terminée par la guérison ou par la mort. L'un des deux cas de gangrène a eu lieu chez une femme affectée d'une ancienne fistule vésico-vaginale.

3e CATÉGORIE.— *Cas où l'on a pratiqué la version.*

Nombre de cas : 13.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	9	12
Ont succombé.	4	1

La cause de la mort de la mère a été une rupture de l'utérus.

4e CATÉGORIE.— *Présentation des fesses et des pieds.*

Nombre de cas : 3.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	3	3

5e CATÉGORIE. — *Accouchement naturel.*

Nombre de cas : 4.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	3	3
Ont succombé.	1	1

La mort de la mère a été causée par une péritonite.

6e CATÉGORIE. — *Cas de convulsions terminées par l'accouchement naturel.*

Nombre de cas : 2.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	1	»
Ont succombé.	»	2

Les deux mères ont succombé aux convulsions. Le second enfant était en putréfaction quand il a été expulsé.

7e CATÉGORIE. — *Issue du cordon, suivie de l'accouchement naturel.*

Nombre de cas : 1.

	Enfants.	Mères.
A survécu.	»	1
A succombé.	1	»

Résumé de tous les cas dans lesquels le chloroforme a été administré.

Nombre de cas : 143 pour les mères et 110 (1) pour les enfants.

	Enfants.	Mères.
Ont survécu.	85	127
Ont succombé.	21 (2)	16

Ainsi, on voit que sur 143 cas d'accouchements dans lesquels on a administré le chloroforme, il n'y a eu que 16 morts, ce qui semblera sans doute une proportion peu élevée, si l'on réfléchit que, à l'exception de 7, tous ces cas étaient des exemples de travail laborieux et difficile. En déduisant de ces 16 cas, 4 cas de convulsions dans lesquels le chloroforme avait été administré comme ressource extrême, et dans lesquels les malades auraient inévitablement succombé en tout état de cause, il reste 12 cas de mort, qu'on doit répartir ainsi :

4 cas de péritonite, dont deux chez des femmes qui avaient des vices de conformation tels, que l'accouchement était extrêmement difficile ;

5 cas de rupture de l'utérus ;

2 cas de gangrène des parties molles, dont l'un chez une malade affectée d'une ancienne fistule vésico-vaginale, et chez laquelle l'écoulement continuel après l'accouchement excita une vaste inflammation gangréneuse ;

Enfin, 1 cas de phlébite.

Je conclus donc, que dans tous les cas où le chloroforme a été administré et où la mort est survenue, aucun blâme ne peut être jeté sur au chloroforme. Dans la Note du docteur Denham, dont il a déjà été question, on cite deux cas dans lesquels l'anesthésie n'a pu être produite ; nous n'avons jamais observé ce fait, excepté dans un cas, où l'on suspendit l'action de l'agent anesthésique : du reste, toutes les conclusions auxquelles est arrivé cet auteur sont pleinement corroborées par nos expérimentations ; nous ne différons que dans un point, déjà signalé : pour nous, l'emploi du chloroforme prédispose à la métrorrhagie.

(1) L'auteur fait abstraction des 38 cas de perforation du crâne, ce qui porte le nombre des enfants à 148, c'est-à-dire à un nombre supérieur de 5 à celui des mères. Il n'explique pas la cause de cette différence. (*N. du traducteur.*)

(2) Plus trois cas de putréfaction au moment de l'expulsion, ce qui ne fait d'ailleurs que 109 cas au lieu de 110. Toujours aucune explication pour cette différence, plus difficile à concevoir que la précédente. (*N. du traducteur.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Recherches sur les altérations anatomiques de l'amygdale hypertrophiée,

Par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital de Lariboissière.*

(*Suite et fin. Voir le n° 57.*)

Amygdales adhérentes. — Dans certains cas, et à la suite de lésions graves de l'isthme du gosier, l'amygdale ulcérée à sa surface, et en contact avec une ulcération de même origine, siégeant sur les piliers du voile, contracte des adhérences avec les parois de l'excavation dans laquelle elle est contenue. Ces adhérences apportent de grands obstacles à l'espèce d'énucléation que l'on doit faire subir à cet organe quand on veut l'extirper. Il est encore absolument impossible, dans les cas de ce genre, de recourir à l'emploi de l'instrument de Fahnestock. L'usage même du bistouri, aussi bien dirigé qu'on le suppose, ne peut pas mettre à l'abri de la blessure des piliers. J'avoue franchement que je n'ai, pour mon compte, jamais rencontré d'adhérences semblables bien positivement constatées. J'en conçois la possibilité à la suite d'angines de mauvais caractère, après des fièvres typhoïdes graves, à la suite d'affections syphilitiques ulcéreuses de la gorge ; et c'est pour cela que j'en parle. Mais il ne m'est point arrivé jusqu'ici de me trouver aux prises avec ce genre de difficultés.

Etranglement des amygdales. — Il est un autre point de vue sous lequel doit être envisagée l'adhérence des amygdales, c'est relativement à l'espèce d'étranglement que subit quelquefois la glande, quand son volume s'accroît anormalement.

Deux modes d'étranglement peuvent se présenter ; tous deux ont pour agents principaux les piliers du voile du palais : dans l'un de ces modes, l'amygdale, comme expulsée de sa loge naturelle, et faisant relief dans le pharynx, est en quelque sorte pincée à son pédicule par les deux bandes verticales que forment les piliers ; dans la seconde variété, l'amygdale, adhérente aux piliers, n'est plus serrée seulement à son pédicule, mais comprimée dans toute sa masse par deux bandes aplaties qui la retiennent dans sa position et qui tendent à la comprimer entre elles.

6° ALTÉRATIONS DE TEXTURE. — Le tissu des amygdales hypertrophiées peut présenter des consistances très-diverses. Dans un certain nombre de cas, on constate une friabilité très-grande, qui peut aller jusqu'à la presque réduction de l'organe en bouillie. Le plus souvent, c'est une densité qui peut varier depuis la consistance ferme jusqu'à la dureté fibro-cartilagineuse et presque calcaire.

Lorsqu'on divise une amygdale qui offre cette dureté considérable au moyen de l'instrument de Fahnestock, on est quelquefois surpris de la résistance extraordinaire qu'on éprouve. On croirait volontiers qu'on est arrêté par quelque dérangement survenu dans l'instrument, par quelque obstacle inexplicable. Il arrive en effet souvent que cette résistance n'est pas due seulement à la dureté du tissu de l'amygdale, mais quelquefois aussi à des concrétions de diverse nature que nous étudierons bientôt et dont la glande est en certains cas comme farcie. D'autres fois la résistance opposée au tonsillitome tient à la présence de lames fibreuses qui parcourent le tissu de l'amygdale en divers sens. Lorsqu'on examine en effet la surface de section de ces corps fibro-glandulaires, on voit qu'elle est parcourue par des lames de nature évidemment fibreuse et sillonnée par des tractus blanchâtres qui se ramifient quelquefois de manière à offrir une certaine ressemblance avec l'arbre de vie du cervelet. Nous avons dit ailleurs que l'amyg-

dale avait offert un prolongement dur et comme cartilagineux qui représentait assez bien une fleur de lis.

Outre ces variétés de consistance, on peut, sur les amygdales hypertrophiées, constater encore des altérations de tissu assez remarquables. Ainsi, la surface libre de l'amygdale offre quelquefois de nombreuses inégalités ; elle paraît comme déchiquetée ; on y voit de petites colonnes adhérentes par leurs extrémités et libres par les parties moyennes, et qui rappellent certaines colonnes charnues qu'on observe à la face interne du cœur.

L'examen attentif de ces diverses altérations nous a conduit à étudier les canaux excréteurs des amygdales. Ces canaux viennent s'ouvrir à la surface libre de l'amygdale par un nombre d'orifices qui s'élève habituellement au chiffre de huit, dix, douze. Ces orifices étaient parfois assez larges pour que l'amygdale ait paru, dans certains cas, comme trouée à son centre. Lorsqu'on introduisait un stylet par les pertuis dont nous venons de parler, l'instrument était bientôt arrêté par une membrane résistante qui n'était autre chose que la demi-capsule fibreuse que nous avons décrite. Il résulte de là que les canaux excréteurs, ou si l'on veut, les lacunes normales de la tonsille, traversent tout ce corps glanduleux sans s'arrêter au centre ou dans un point quelconque de son épaisseur, de telle manière qu'ils représentent assez bien une gerbe dont les épis arriveraient à la surface libre de l'amygdale. Ces conduits nous ont paru toujours être dirigés transversalement, jamais directement de haut en bas. De plus nous avons pu nous assurer qu'ils communiquaient tous entre eux par de nombreux orifices.

Une injection de suif fondu ayant été poussée par l'un des pertuis de la surface libre, on a pu remplir toutes les cavités de la glande, qui a acquis ainsi un volume énorme. Cette circonstance nous a conduit à penser que, si sur le vivant, toutes ces cavités se distendaient à la fois par la sécrétion d'une matière consistante et qui ne pourrait se déverser au dehors, le déploiement rapide d'une masse aussi volumineuse dans le fond de la gorge déterminerait la strangulation.

Dans quelques cas, les canaux amygdaliens présentent des bourgeons charnus qui y sont comme implantés, les remplissent habituellement jusqu'au fond et apparaissent à la surface libre de la glande comme des mamelons dans les calices.

Il nous est arrivé de rencontrer une ou plusieurs des cavités amygdaliennes remplies de pus. Leurs parois étaient anfractueuses et tapissées par une membrane d'apparence tomenteuse.

D'autres fois les parois de ces cavités présentaient une teinte sanguine d'un rouge plus ou moins foncé. On serait tenté de croire qu'elles contenaient dans le principe un caillot sanguin. Quoi qu'il en soit, ces cavités communiquaient manifestement dans plusieurs cas avec la cavité bucco-pharyngée. Cette disposition fait comprendre comment du pus se formant d'une manière incessante et étant déversé dans le pharynx, peut graduellement altérer la constitution, comme dans ce que j'appelle la *cachexie buccale purulente*.

L'observation suivante présente un exemple remarquable de la disposition relative aux lacunes que renferment quelquefois les glandes hypertrophiées et de l'ampliation possible de ces dernières, par l'injection d'une matière liquide solidifiable, comme le suif fondu.

1[re] *Observation*. — *Ablation simultanée (état aigu)*. — Marby (Alphonse), âgé de 23 ans, ébéniste, rue Saint-Nicolas, 17, faubourg Saint-Antoine, se présente à la consultation le 8 novembre 1852. Les deux amygdales sont hypertrophiées, et depuis huit jours excessivement douloureuses, sans toutefois que le malade ait été obligé de prendre le lit. Ce matin, déglutition difficile, amygdales rouges, tuméfiées ; la droite est comme trouée à son centre, l'autre est entière. Je pratique l'ablation simultanée : écoulement sanguin qui s'arrête très-promptement.

L'amygdale gauche, qui est comme trouée, ne peut être l'objet d'un examen anatomique complet.

L'amygdale droite, qui est très-volumineuse, a été énucléée complétement. Elle est entourée d'une espèce de collerette muqueuse très-apparente, surtout en arrière, et présentant vers la partie inférieure et postérieure un lambeau de muqueuse pouvant avoir de 1 à 2 centimètres et demi de longueur. La surface muqueuse de cette amygdale est percée de dix à douze orifices conduisant chacun dans une cavité en cul-de-sac, se rendant tous jusqu'à la surface celluleuse, qui est comme aponévrotique et résistante : aucune de ces cavités ne s'arrête dans le corps de la glande.

Des produits morbides de diverse nature peuvent se rencontrer dans les amygdales hypertrophiées. Nous avons déjà parlé du pus qui remplissait parfois les cavités de ces glandes. Au lieu d'être renfermé dans ces cavités, le liquide purulent peut imprégner le tissu de l'amygdale, comme il imbiberait une éponge.

Nous avons vu, dans un cas, les amygdales criblées de points blancs dépendant de la présence, à chacun des orifices de la glande, d'une goutte de mucosité purulente.

Maintes fois, on trouve dans les lacunes amygdaliennes, soit des mucosités épaissies et comme granulées, soit de la substance caséeuse, soit des concrétions blanchâtres, crétacées, et dans quelques cas, de consistance pierreuse. Lorsque l'anneau tranchant de l'amygdalotome rencontre ces dernières concrétions, l'opérateur éprouve le sentiment d'une grande résistance, et nous avons vu, rarement il est vrai, l'anneau sécateur se briser sous cet effort.

C'est à la présence de ces divers produits, mucosités, pus, concrétions caséiformes, etc., qu'est due probablement la fétidité de l'haleine que l'on observe chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne. Cette fétidité est, d'une manière générale, quelque chose de toujours pénible, mais elle le devient plus encore dans certaines conditions de la vie sociale, dont il est facile de se faire l'idée.

Foyers sanguins de l'amygdale. — Dans certains cas, la surface des amygdales présente de petites ecchymoses superficiellement situées et qu'on retrouve au moyen de coupes sous la muqueuse qui tapisse la cavité des follicules dont la réunion compose l'amygdale. Le tissu glanduleux peut offrir tous les intermédiaires depuis la simple injection jusqu'à l'hémorrhagie proprement dite. On ne constate quelquefois, par exemple, qu'une coloration lie de vin de la muqueuse amygdalienne. A un degré plus prononcé, il y a dans le tissu de la glande des points tellement colorés, que le sang paraît s'être échappé de ses vaisseaux. Enfin, le liquide sanguin est, dans d'autres cas, très-réellement et très-manifestement extravasé. Ces extravasations ont l'apparence, tantôt de petites traînées sanguines semblables à celles qu'aurait pu déterminer une déchirure de tissu, tantôt de véritables foyers hémorrhagiques. Lorsqu'on incise sur ces derniers, on trouve des caillots plus ou moins profondément situés et plus ou moins volumineux, et la muqueuse elle-même, ainsi que le tissu sous-muqueux, noirâtres et infiltrés de globules sanguins.

Nous avons dû nous demander quelle était l'origine de ces hémorrhagies, de ces états apoplectiformes. Faut-il les attribuer à des ruptures de vaisseaux et à des déchirures de tissu déterminées par les branches du trident? Dans un certain nombre de cas, les traces plus ou moins marquées d'hémorrhagie que nous avons observées, dépendaient du traumatisme produit par l'instrument ; mais, dans mainte circonstance, la situation des foyers et leur aspect, prouvaient évidemment qu'ils étaient antérieurs à l'opération.

Dans des cas exceptionnels, l'amygdale était œdématiée et rappelait tout à fait la disposition pathologique qu'on observe dans l'œdème de la partie supérieure du larynx, improprement appelé œdème de la glotte.

Nous citerons l'observation suivante, comme présentant un exemple remarquable des foyers hémorrhagiques apoplectiformes qu'on observe quelquefois à la dissection des amygdales hypertrophiées.

2[e] *Observation*. — *Amygdalotomie*. — Fert (Henri), sculpteur, âgé de 19 ans, rue Traversière, 51 ; entré le 10 juillet 1852, salle Saint-François, 17.

12 *juillet*. — Depuis dix ans, le malade a de fréquents maux de gorge qui se renouvellent à l'occasion du moindre excès. Ces derniers jours, nouvelle récidive, avec tintement d'oreilles, difficulté extrême de la déglutition, altération considérable de la voix qui est devenue nasillarde, pâleur de la face, analogue à celle des gens qui ont subi l'empoisonnement purulent. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire évident.

Ablation simultanée : dans chacune des amygdales enlevées, il y avait de petits foyers hémorrhagiques et une petite cavité purulente ; gargarisme.

Ce jeune homme a été traité à plusieurs reprises par la cautérisation au nitrate d'argent ; mais il en était arrivé à ce point qu'il ne passait pas un mois sans avoir de nouvelles attaques. C'est à l'occasion de la dernière qu'il reconnaît, ainsi que sa famille, que cet état est intolérable, et qu'il entre à l'hôpital avec l'intention de mettre un terme, par l'opération, à cette série incessante d'accidents. J'ai essayé l'emploi du chloroforme pour l'opération : l'abondance des mucosités dans le fond de la gorge, et la friabilité des amygdales, ont fait obstacle.

Dès le lendemain de l'opération, le malade est parfaitement bien. Des deux amygdales, l'une a à peu près le volume d'un œuf de pigeon : elle pèse 6 gr. ; l'autre, un peu moins grosse, pèse 4 gr. et demi. La surface tapissée par la muqueuse présente l'orifice de conduits qui traversent de part en part toute l'épaisseur de la masse morbide ; ces conduits ne sont autre chose que les lacunes normales de la glande qui ont été divisées dans leur continuité par l'instrument tranchant. La muqueuse n'offre rien d'anormal dans une assez grande partie de

sa surface; mais, dans d'autres points, elle présente une vascularisation bien évidemment exagérée, en même temps que des îlots apoplectiformes. En incisant sur ces derniers, on trouve tantôt la muqueuse et une partie du tissu sous-muqueux noirâtre et uniformément infiltré par les globules sanguins; tantôt de véritables caillots plus ou moins profondément situés et plus ou moins volumineux.

Ces faits sembleraient révéler une certaine tendance hémorrhagique dans le tissu de l'amygdale. Quant au parenchyme tonsillaire, bien que très-vasculeux, il n'était pas altéré dans la plus grande partie de son étendue; mais, vers les bords de chacune des amygdales, on trouvait une petite cavité anfractueuse plus grande sur l'une des amygdales que sur l'autre, pouvant loger un gros pois, tapissée par une membrane tomenteuse, et que l'on a reconnu être remplie de pus au moment de l'opération. Les parois de ces cavités présentent une teinte sanguine d'un rouge-brun, un aspect tomenteux. On serait tenté de croire qu'elles ont contenu, dans le principe, un caillot sanguin qui aura été plus tard remplacé par du pus. Quoi qu'il en soit, l'une de ces cavités communiquait manifestement, par deux ouvertures, avec la cavité bucco-pharyngée.

Sur une affection pulmonaire des aiguiseurs d'armes,

Par M. Desayvres, *médecin de la manufacture d'armes de Châtellerault.*

La Société de médecine de Poitiers, qui continue la série de ses travaux avec un zèle que nous avons déjà eu l'occasion de louer, a publié dans son dernier *Bulletin* un intéressant Rapport de M. Orillard sur le concours des prix (1). Le Mémoire qui a obtenu la première mention contient la description d'une affection assez curieuse et assez importante au point de vue pratique, pour que nous croyions utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'exposé sommaire qu'en donne M. le rapporteur :

Les nombreux ouvriers attachés à la manufacture d'armes de Châtelleraullt sont divisés en plusieurs catégories, et appelés à se livrer à des occupations diverses sous des influences également variées; chacune de ces grandes divisions a été l'objet de recherches particulières, et chacun des individus a été examiné avec le plus grand soin. L'organe de la vue, fatigué par une application trop soutenue et par l'action trop vive de la lumière et du calorique, présente de nombreuses lésions qui modifient la transparence ou la couleur de ses milieux, et apportent une perturbation plus ou moins grande dans l'exercice de la vision. D'autres fois, des lésions traumatiques sont déterminées vers cet organe par des particules de fer ou d'autre nature, souvent incandescentes. Protéger l'œil par des verres convenablement ajustés, varier le travail et ne pas le prolonger trop longtemps : tels sont les moyens proposés pour prévenir ou combattre les lésions oculaires.

La fréquence des courants d'air, l'humidité inévitable dans certaines parties de l'établissement, expliquent le développement des rhumatismes et de quelques affections aiguës des voies respiratoires; certaines modifications dans les ateliers, et quelques précautions prises par les ouvriers, pourraient incontestablement diminuer la fréquence et la gravité de ces maladies.

Une classe particulière d'ouvriers, *celle des aiguiseurs,* se recommandait d'une manière toute spéciale, et c'est à elle que l'auteur a cru devoir consacrer ses plus longues investigations.

Les deux usines consacrées à l'aiguisement des armes sont habituellement froides et humides, constamment traversées par des courants d'air; leur séjour est éminemment dangereux pour tous les ouvriers qui ne savent pas se vêtir convenablement, et qui gardent une fâcheuse immobilité quand le corps est couvert de sueur. L'aiguisement se fait par la voie humide et à l'aide de meules naturelles faites avec le grès dit bigarré, et composées de silex uni par un ciment calcaire; elles sont d'une grande dureté, et elles n'éclatent presque jamais; par l'opération du riflage, elles répandent beaucoup de poussière. En 1844, on proposa au gouvernement des meules artificielles qui offraient l'avantage de répandre un peu moins de poussière, mais elles éclataient souvent, et leur infériorité ayant été bientôt reconnue, on les abandonna par ordre supérieur pendant le mois de septembre 1849.

La *maladie des aiguiseurs* est caractérisée anatomiquement par une altération spéciale du tissu pulmonaire et la coexistence constante de corps étrangers dans cet organe.

Les corps étrangers produits par l'inspiration des poussières de grès se présentent sous la forme de granulations dont le volume ne dépasse pas celui du plomb de chasse ordinaire.

Les unes sont noires ou brunes et les autres blanchâtres; d'après l'analyse qui en a été faite par le professeur *Malapert,* de Poitiers, les premières contiennent une grande quantité de silice, un peu de fer et de phosphate de chaux mélangés avec une matière noire qui offre tous les caractères de la mélanose.

Les grains blancs sont exclusivement composés de silice.

Le tissu pulmonaire peut renfermer des myriades de ces granulations pierreuses, sans présenter de traces d'inflammation. C'est là le premier degré de la maladie.

A cette époque, le malade présente les symptômes suivants : toux sèche ou suivie d'une expectoration blanchâtre, filante, peu abondante, excepté le matin; point d'hémoptysie; le malade vomit souvent le matin des matières bilieuses ou glaireuses; respiration moins moelleuse qu'à l'état normal, léger bruit de craquement.

La cessation pure et simple des travaux à cette première période permettrait au malade de prolonger longtemps son existence.

Deuxième degré. — Bientôt l'agglomération des corps étrangers, jointe à l'action de l'humidité, des vicissitudes brusques de température, et des excès de tout genre auxquels se livrent trop souvent les ouvriers, déterminent l'inflammation du tissu pulmonaire, qui se congestionne, passe à l'état d'hépatisation rouge et plus tard d'induration.

Aux symptômes de la première période viennent se joindre alors des crachats rougeâtres d'abord, puis de véritables hémoptysies; la dyspnée, ce cachet des aiguiseurs, est provoquée par le moindre exercice; matité à la percussion dans toute l'étendue de la poitrine; respiration sourde, incomplète, dure, craquante.

Du reste, pas de fièvre; l'appétit et les forces sont encore en bon état.

A cette époque, la maladie est encore curable, mais à la condition d'un repos absolu, et d'un traitement rationnel qui consiste principalement en saignées générales et locales, et frictions stibiées sur toute l'étendue du thorax.

Troisième degré.—A l'induration succèdent l'ulcération et la suppuration du tissu pulmonaire, puis des cavernes se creusent. L'expectoration est très-abondante. Il survient des hémoptysies effrayantes par la quantité de sang rejeté. Des râles sibilants, ronflants, caverneux, se font entendre; presque partout on trouve de la matité.

La fièvre est continue, avec des exacerbations le soir; la sueur, l'insomnie et l'expectoration épuisent le malade, qui finit par succomber.

A cette période, qui diffère à peine de celle correspondante de la phthisie tuberculeuse, la maladie est incurable.

Tel est le danger de cette atmosphère pulvérulente au milieu de laquelle vivent les aiguiseurs, danger trop réel aujourd'hui même que l'heureuse application du ventilateur a cependant réalisé une importante amélioration, en portant hors de l'atelier la plus grande partie de la poussière des meules. Les caractères anatomiques de la maladie des aiguiseurs ont été mis en évidence par quatre nécropsies faites avec la plus grande attention. L'infiltration des grains de silex, l'altération des tissus environnants et, plus tard, l'état caverneux, sont étudiés avec le plus grand soin; l'auteur s'attache ensuite à faire connaître la marche de la maladie; il expose les moyens les plus rationnels de traitement préventif et curatif, et il cherche à préciser à quelle époque il est nécessaire d'éloigner l'ouvrier d'un travail qui, désormais, lui serait fatal s'il lui était permis de le poursuivre plus longtemps.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

(1) Dans ce concours, M. le docteur Rigodin de Buzançais a obtenu la première médaille; M. Desayvres, de Châtellerault, une première mention; M. Millet, de Tours, une seconde mention; M. Amand Beaupoil, d'Ingrandes (Indre-et-Loire), une troisième mention; enfin, M. Vergier, de Saint-Savin, une quatrième mention.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 59. 2e année. Jeudi 18 Mai 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 17 Mai 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Il n'y a guère de lieu où l'on se conforme plus qu'à l'Académie de médecine au précepte d'Horace, qui prescrit de passer du grave au doux, du plaisant au sévère; mais pour être juste, nous devons dire que ce sont surtout les correspondants qui représentent le plaisant, depuis que les Coquillards du lieu semblent avoir renoncé à la parole. L'autre jour, c'était un honorable D. M. P., inspecteur d'eaux minérales, qui se plaignait de n'avoir pas encore touché *une centime* de son traitement; hier, c'était un non moins honorable D. M. P., qui, après avoir « lu *son* journal de médecine et de chirurgie *pratique,* » éprouve le « *désire* d'être utile à l'humanité et à sa patrie, » veut se rendre « *d'igne* » de l'Académie, et, dans ce but, lui communique ce qui suit : « En 1832, j'ai vu et combattu ce redoutable fléau. *J'y perdit* peu de malades. » Il est probable que l'honorable D. M. P. n'y perdit pas non plus son latin; mais il n'en dit rien.

On dit que M. le professeur Rostan fait une collection d'autographes latins écrits par les candidats au cinquième examen, qui pourrait rivaliser avec les dissertations du *Malade imaginaire.* S'il en est ainsi, nous engageons l'aimable professeur à profiter de son passage au fauteuil de la présidence pour faire un pendant à sa collection latine; la collection française ne sera certes ni moins curieuse ni moins édifiante que son aînée.

Après la jovialette correspondance dont on vient de voir un échantillon, l'Académie est passée au sévère pour écouter le Rapport de M. Depaul, dont la lecture était si impatiemment attendue.

L'attention soutenue avec laquelle l'auditoire a écouté pendant une heure et demie une lecture qui n'a pu être achevée, nous dispense de dire que l'habile rapporteur a complétement répondu à ce qu'on devait attendre de lui.

C'est le seul éloge que nous ferons aujourd'hui du consciencieux et excellent travail que nous mettons entièrement sous les yeux de nos lecteurs. Quant au devoir de critique, nous l'exercerons, s'il y a lieu, lorsque nous aurons de ce Rapport une connaissance plus approfondie que celle qu'on peut acquérir à une simple audition.

H. de Castelnau.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins,

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca,

Par le Dr Depaul, *membre de l'Académie,* etc.

Messieurs, cinq années ne se sont pas encore écoulées depuis la mémorable discussion que souleva, dans cette enceinte, le Rapport de notre collègue, *M. Hervez de Chégoin,* sur un travail que M. le docteur *Baud* avait soumis au jugement de l'Académie, et déjà vous êtes appelés à vous prononcer encore sur un mode de traitement qu'on donne comme nouveau et qu'on s'efforce, depuis quelque temps, de substituer à la thérapeutique habituelle de certaines affections utérines.

Quoique la Note qui vous a été lue, il y a quelque temps, par M. le docteur *Broca,* soit relative *à un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin* employé comme redresseur, la commission que vous nommâtes alors, et qui est composée de *MM. Robert, Huguier* et moi, n'a pas cru qu'elle dût s'en tenir à cette partie restreinte de la question : elle a pensé, dès l'origine, que le traitement des déviations par les *divers redresseurs intra-utérins* devait être, de sa part, l'objet d'un examen complet. La nature et l'importance des communications qui vous ont été faites depuis, sur ce grave sujet, ne pouvaient que la confirmer dans cette résolution ; mais elle n'a voulu rien précipiter : elle a dû laisser à tous, aux partisans comme aux adversaires, le temps de faire connaître les faits favorables ou contraires qu'une pratique qui compte déjà plusieurs années a permis de recueillir ; et vous savez que son attente n'a pas été vaine. Cependant, le moment lui paraît venu de répondre aux vœux qui lui sont exprimés de toutes parts, et de vous dire, en faisant passer sous vos yeux les nombreuses pièces de cet important procès, le jugement qu'elle porte sur cette nouvelle méthode thérapeutique.

Votre rapporteur, messieurs, ne s'est dissimulé aucune des difficultés du travail que vous lui avez confié, et, s'il n'a pas décliné l'honneur que vous lui avez fait, c'est qu'il a compté encore une fois sur votre bienveillance et qu'il a été soutenu par le témoignage que lui rend sa conscience, de n'avoir été dirigé que par le désir de connaître la vérité.

Toutefois, et j'éprouve le besoin de le dire dès le début, il me sera pénible de me trouver en désaccord avec certains hommes dont personne, plus que moi, n'apprécie le talent et la droiture de caractère. Je les crois, dans cette circonstance, dans une erreur complète : mon devoir est de le prouver, et je vais m'efforcer de le faire. J'espère connaître assez leurs principes, en matière de discussions scientifiques, pour être certain qu'ils ne se méprendront pas sur mes intentions. Ce qui me rassure, surtout à l'endroit de *M. Valleix,* qui a été mis plus particulièrement en cause devant vous, c'est la déclaration formelle par laquelle il a débuté dans le travail remarquable qu'il nous a lu récemment, et qui doit être considéré comme l'expression de

son opinion définitive sur le traitement mécanique dont il s'est constitué le propagateur et le défenseur en France.

Pour moi, nous a-t-il dit, je mets toute préoccupation personnelle de côté, bien persuadé que nous ne voulons tous qu'une chose : connaître, d'une manière définitive, les avantages et les dangers du procédé, convenablement et prudemment employé ; être sûrs qu'il s'adresse à une affection qui demande un traitement particulier, et décider s'il y a d'autres moyens aussi efficaces. Puis il a ajouté qu'il était disposé à adopter un autre traitement, ou même à ne rien faire, si on lui démontre, par des faits convenablement observés et suffisamment nombreux, qu'on peut agir mieux en faisant autre chose, ou même en ne faisant rien du tout.

J'accepte la déclaration de notre très-honorable confrère, et je vais essayer de démontrer :

1° Qu'on s'est trompé en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une toute autre origine ;

2° Qu'on n'a pas tenu un compte suffisant, dans la plupart des cas, d'un autre état pathologique beaucoup plus fréquent, qui peut exister seul, produire les mêmes phénomènes, qui peut aussi, et cela arrive souvent, entraîner l'utérus dans une direction vicieuse ;

3° Que la science possède déjà une thérapeutique simple et rationnelle qui donne tous les jours, entre les mains des praticiens expérimentés, les résultats les plus satisfaisants, qui n'ont rien à craindre de la comparaison qu'on peut en faire avec ceux qu'à tort, selon moi, on persiste à attribuer aux redresseurs intra-utérins ; qu'elle n'est pas désarmée non plus, soit pour les rares déplacements qui, existant seuls, entraînent cependant des incommodités auxquelles il faut remédier, soit pour ceux beaucoup plus communs qui, d'abord simple conséquence d'un autre état morbide, peuvent l'aggraver ou en retarder la guérison ;

4° Que les faits qui ont été produits, soumis à une critique sévère, mais impartiale, sont loin d'avoir la signification qu'on leur a donnée ; que presque tous, au contraire, témoignent de l'insuffisance de la nouvelle méthode ;

5° Que, malgré tout ce qu'on a pu dire, il faut enfin cesser de se faire illusion et de se demander si, en présence d'avantages aussi contestables, il n'est pas temps de prendre en sérieuse considération les faits déjà trop nombreux (quoique certainement tous ne soient pas connus) qui prouvent que les accidents les plus formidables et la mort même sont souvent la conséquence de manœuvres qui, de prime abord, répugnent d'ailleurs à la raison.

Afin d'être bien compris dans les développements que je vais donner à ces différentes propositions, il est indispensable que je vous fasse connaître les instruments sur lesquels est fondé le nouveau traitement des déviations utérines, et que je vous rappelle aussi, après avoir cherché à établir quelle est la direction normale de la matrice, quels sont les divers déplacements qu'elle peut subir. Je serai sur ces points aussi bref que possible.

Instruments. — Les uns (les *sondes*) sont destinés surtout à l'exploration, et ont une importance incontestable pour le diagnostic de certaines affections de l'utérus. *Kiwisch* et *M. Simpson* ont eu tort de s'en disputer l'idée. Avant eux, *Récamier* avait introduit des instruments d'une forme spéciale jusqu'au fond de la cavité utérine, et s'en servait comme d'un moyen d'exploration, bien qu'il les utilisât aussi pour autre chose. Comme on le verra bientôt, *M. Amussat* pratiquait, dès 1827, le cathétérisme utérin, dans le but de préparer la face interne de l'organe au contact d'un autre instrument qui devait rester en permanence ; mais il faut bien le dire, personne n'a mieux compris que notre collègue, *M. Huguier*, tous les avantages qu'on pourrait retirer de la sonde pour le diagnostic des affections utérines, et en lui imprimant des modifications importantes au point d'en faire un instrument presque nouveau, il lui a donné le nom d'hystéromètre, sous lequel il est généralement connu en France.

La sonde de *Simpson*, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui est aussi celle de *Kiwisch*, est une tige métallique très-fortement courbée, se terminant par une petite extrémité arrondie et présentant une série de saillies et de dépressions que le doigt peut facilement sentir et dont il se sert comme de point de repère pour déterminer à quelle profondeur l'instrument a pénétré. Celle de *M. Huguier* se distingue par une courbure infiniment plus petite. Une échelle graduée est établie sur sa concavité, et elle est munie d'un curseur qu'on pousse à volonté, et qui sert à indiquer le degré de pénétration. Depuis, diverses modifications destinées à rendre l'instrument plus portatif ont été apportées par les fabricants, et tout récemment un élève de la Pitié, M. Bitterlin, vous en a soumis un de son invention ; mais au fond il est resté le même, et c'est, à peu de chose près, celui dont se sert *M. Valleix*. Seulement, il en a changé, ou du moins étendu la destination, puisque, ainsi que nous le verrons par la suite, c'est avec lui qu'il opère aujourd'hui (presque exclusivement) le redressement de l'utérus. Aussi, je le dis par avance, les reproches que j'adresserai dans le cours de ce travail aux pessaires et aux redresseurs intrà-utérins s'appliqueront-ils (en grande partie du moins), à la sonde utérine employée dans le but de replacer la matrice dans sa direction normale.

J'aurai occasion de revenir plus tard sur l'***hystéromètre ;*** je ferai voir alors les avantages incontestables qu'il présente comme moyen de diagnostic. Mais je ne dissimulerai pas non plus que, tout en établissant entre lui et les redresseurs une grande différence, il n'est pas à l'abri de tout inconvénient et qu'il demande à être manié avec une grande réserve.

Je me contente de mentionner la ***sonde à branches divergentes et élastiques,*** de *Kiwisch,* qui peut être à la fois un instrument d'exploration et servir de redresseur par une de ses portions qu'on laisse à demeure dans la cavité utérine. Quoique très-vantée par son auteur, cette sonde a été vivement critiquée par le docteur *Mayer* (de Berlin), qui en a fait ressortir les inconvénients, et qui a proposé d'y remédier par des modifications qui n'en ont pas fait un instrument plus utile et surtout moins dangereux.

Au reste, il me paraît très-probable que l'origine de la sonde utérine est beaucoup plus ancienne qu'on ne semble l'avoir cru jusqu'à ce jour, et je pense qu'il faut la rapporter à *Oziander,* qui se servait d'une espèce de stylet, soit pour dilater l'orifice utérin, soit même pour ramener l'utérus dans sa direction normale (***Vide Kilian, operionslche fur Geburtshelfer,*** 2e partie, p. 211.)

C'est un instrument semblable qu'employa plus tard le docteur *Mackintoch* (d'Édimbourg), et ce n'est que postérieurement qu'il a été modifié et mis en grande vogue par *M. Simpson.*

Des pessaires et redresseurs intrà-utérins. — On n'a pas encore fait remonter jusqu'à leur véritable auteur l'idée première de ces instruments, et lorsque, dans la discussion de 1849, *M. Velpeau* réclama la priorité pour son compte, je fus surpris qu'une autre voix ne s'élevât pas dans cette enceinte pour la revendiquer. Serait-ce que notre collègue, *M. Amussat,* comme le savant professeur de la Faculté, n'ait pas eu beaucoup à se louer de son innovation ? J'espère, en rétablissant cette partie historique de la question, l'engager à nous faire connaître les résultats de ses premières tentatives, et à nous dire les motifs pour lesquels il a cru devoir les abandonner depuis longues années déjà.

Voici comment elles ont été exposées, en 1828, dans la thèse de *M. Quetier*, qui a pour titre : *Quelques considérations sur la rétroversion de l'utérus* (Thèses de Paris, année 1828, n° 229) :

« *M. Amussat* a fait usage plusieurs fois d'un moyen qui lui a parfaitement réussi (dit l'auteur) : il consiste à introduire une petite tige droite en ivoire dans la cavité de l'utérus ; mais elle ne peut, dit-il, être portée qu'avec une très-grande prudence, et ne doit être mise en usage qu'après avoir émoussé la sensibilité utérine en introduisant préalablement une sonde en gomme élastique. Ce procédé a l'avantage d'empêcher que l'utérus ne puisse se recourber sur lui-même, comme cela a lieu dans l'emploi des pessaires ordinaires, qui retiennent élevé le col de la matrice, tandis que la masse intestinale appuyant sur son fond, tend à faire recourber cet organe. Avant d'accorder une con-

fiance entière à cette méthode, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience; car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine. »

Puis il rapporte une première observation recueillie dans des Leçons orales de *M. Amussat*, faites en 1827. — En voici le résumé :

Une dame, âgée de 40 ans, éprouva, à la suite d'une chute de cheval, des accidents variés qui parurent se rattacher à un déplacement de l'utérus. Une exploration permit de constater l'existence d'une rétroversion complète, et de s'assurer en même temps que l'utérus était mobile et qu'on pouvait facilement le ramener à sa direction normale.

Notre collègue, après avoir employé inutilement plusieurs instruments pour rétablir les parties dans leur état naturel, pensa que le meilleur moyen de redresser l'utérus et de le maintenir, serait d'introduire une tige droite dans la cavité de l'organe, pour pouvoir agir sur toute la longueur, de manière que le bas-fond fut porté en haut et en avant, et le col en bas et en arrière.

Il habitua d'abord l'utérus, pendant une quinzaine de jours, au contact des corps étrangers, en y introduisant des sondes de plus en plus grosses. Lorsque la sensibilité de l'organe eut été un peu émoussée, il introduisit une tige droite en ivoire, longue de 5 pouces, du diamètre de 2 lignes environ, et qui, par son extrémité, se vissait sur un pessaire en bilboquet. Cette tige étant placée dans l'utérus, il ramena en bas et en arrière le manche du pessaire qui fut fixé dans cette position au moyen de rubans. Pendant tout le temps que cette dame porta cet instrument, elle n'éprouva aucune douleur, même en marchant; mais aussitôt qu'il fut retiré, l'utérus revenant à sa position vicieuse, les symptômes ordinaires reparurent.

La malade ayant quitté Paris, ce moyen ne put être continué.

Ainsi, il ne peut rester aucun doute : c'est à *M. Amussat* qu'il faut faire remonter le traitement mécanique des déviations utérines, et, comme on va le voir, tout ce qu'on a fait depuis n'a consisté que dans le développement de son idée et dans le perfectionnement de son instrument.

Le pessaire imaginé et appliqué un petit nombre de fois par *M. Velpeau*, il y a quinze ou vingt ans, était destiné à soutenir l'utérus, en introduisant dans sa cavité une tige droite qui était supportée par un demi-disque en caoutchouc qu'on dirigeait soit en avant soit en arrière, selon qu'on voulait remédier à une antéversion ou à une rétroversion.

Ce ne fut que beaucoup plus tard que parurent les redresseurs de *Kiwisch* et de *M. Simpson*. Ce dernier a donné une longue description de ses instruments dans un Mémoire publié dans *Dublin quaterly Journal for* 1848.

On y voit figurer :

1° Le *pessaire pubien,* qui se compose d'une branche interne et d'une branche externe : la première porte la tige intra-utérine, qui part de la partie supérieure d'un disque ovalaire ; la seconde est flexible et est destinée, après sa jonction avec l'autre, à prendre un point d'appui solide sur la partie antérieure et supérieure du bassin. C'est celui dont l'auteur se sert généralement dans les cas d'hyperthrophie ou de procidence légère, compliquant la rétro ou l'antéversion.

2° Le *pessaire à ressort avec tige articulée sur un disque ovale.* Il est principalement employé pour remédier aux déplacements qui coïncident avec un relâchement du vagin, et il a, comme on peut le voir, la plus grande analogie avec celui de *M. Velpeau,* avec cette différence, cependant, qu'il est muni d'un disque complet.

3° Le *pessaire à bulbe simple, surmonté d'une tige.* C'est celui qui sert pour les cas ordinaires non compliqués. La face du bulbe opposée à celle d'où se détache la tige utérine est percée d'un trou destiné à recevoir l'extrémité d'une espèce de mandrin qui fait office de manche, quand on veut faire pénétrer l'instrument, et qu'on retire dès qu'on y est parvenu.

4° Le *pessaire galvanique,* destiné à combattre l'aménorrhée. Il est, quant à la forme, semblable au précédent; mais il en diffère en ce que la moitié supérieure de la tige, qui doit entrer dans la matrice, est en zinc, tandis que le reste est en cuivre. *M. Simpson* accorde à la réunion de ces deux métaux la propriété de rendre à l'utérus l'exercice de ses fonctions. Je sais même qu'il s'en est assez souvent servi dans des cas de développement incomplet de cet organe, et aussi pour remédier à l'hystérie; mais je crois pouvoir ajouter qu'il lui serait impossible de publier des faits concluants qui en prouvassent l'efficacité.

5° Les *pessaires dilatateurs, contre la dysménorrhée par obstruction, la stérilité,* etc. Ils sont, pour la forme et la composition, les mêmes que le pessaire ordinaire à bulbe et à tige; seulement, le volume des tiges varie depuis celui d'un stylet assez fin jusqu'à celui qui appartient aux sondes d'homme d'un calibre ordinaire. On se sert d'abord des tiges les plus petites, et on en augmente ensuite progressivement le volume. On laisse généralement un de ces instruments dans la cavité utérine pendant trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, l'orifice est tellement relâché qu'une tige d'un calibre beaucoup plus fort est facilement introduite. C'est surtout dans les cas où le tissu du col est induré, qu'au dire de *M. Simpson,* on se trouve bien de cette pratique (*Vide Monthley Journal of medical science for* 1844, p. 734).

Ces divers instruments sont métalliques dans toutes leurs parties. La tige intra-utérine a la même longueur dans tous (*six* centimètres). Le diamètre du disque qui la supporte varie depuis 6 centimètres jusqu'à 2 centimètres et demi seulement, de telle sorte que pour ces derniers, qui précisément ne sont pas assujettis par une branche externe, on comprendra difficilement comment ils pourraient être maintenus en place.

Au reste, toutes ces variétés ne paraissent pas avoir été accueillies avec la même faveur, et il en est quelques-unes dont *M. Valleix* lui-même n'a pas dit un mot dans ses nombreuses publications ; il ne s'est emparé que d'un seul, *le pessaire pubien.* C'est avec lui qu'il a débuté, et bien qu'il lui ait dû ses premiers succès, comme il le dit, il ne tarda pas à voir qu'il était d'un emploi difficile et qu'il avait besoin d'être modifié.

Rigby avait déjà substitué l'ivoire au métal dont se trouvait formée la tige intra-utérine. Il accepta ce changement. Puis après de nombreuses tentatives, il s'arrêta au redresseur articulé avec disque en caoutchouc vulcanisé, qu'on insuffle après l'introduction de l'instrument, qu'il fixe avec une ceinture de ruban de fil.

Je n'en ferai pas la description, il me suffira de le montrer pour que le mécanisme en soit facilement compris. Ce qui le distingue du redresseur de M. Simpson, c'est la composition et le volume beaucoup moins considérable du disque, c'est surtout la mobilité de la tige utérine, qui rend son introduction plus facile, principalement dans les déplacements en avant. Malgré ces avantages, notre confrère pensa qu'on pouvait le modifier plus avantageusement encore, et c'est alors qu'il fit confectionner ce qu'il appelle le *redresseur à flexion graduelle.* Après lui, M. Bonnafond et quelques autres s'occupèrent d'obvier à quelques inconvénients qui se présentaient dans son application et à la difficulté qu'on avait assez souvent à la maintenir en place.

Mais il faut bien en convenir : en y réfléchissant un peu, il est facile de reconnaître que jusqu'alors l'instrument n'avait subi aucune modification radicale, et en le réduisant à sa plus simple expression, on le trouve avant comme après, essentiellement constitué par une tige longue de 6 centimètres qui, mesurant la cavité de l'utérus dans toute sa longueur, sert comme de tuteur à cet organe et le maintient, après l'y avoir ramené, dans une position déterminée.

La modification fondamentale, à mon sens, est celle qui est venue plus tard et qu'on doit, ceci mérite d'être noté, à M. Valleix lui-même : je veux parler du raccourcissement successif de cette tige intra-utérine qui, ayant d'abord eu au moins 6 centimètres de long, n'en a plus maintenant que 3 environ, de telle sorte qu'elle ne peut plus exercer son action que sur une portion très-limitée de la matrice. Je me contente, pour le moment, de

constater le fait, on verra plus tard que c'est un des arguments sérieux qui prouvent l'*inutilité* de la méthode.

Il serait superflu que j'indiquasse la manière d'introduire le redresseur : la connaissance des organes dans lesquels on le place, la forme de l'instrument laissent facilement deviner en quoi doit consister la manœuvre ; mais je dois dire que M. Valleix a beaucoup insisté pour qu'on prît certaines précautions.

Ainsi, il veut que l'utérus soit habitué au contact de l'instrument par un certain nombre de cathétérismes ; il veut que quatre ou cinq jours se soient écoulés depuis la cessation des règles, et qu'on ait au moins devant soi sept ou huit jours avant leur prochaine apparition.

Considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité. — Comme plusieurs des organes renfermés dans la cavité abdominale, l'utérus possède une grande mobilité qui lui était indispensable pour l'accomplissement de l'une des fonctions qui lui sont dévolues. Placé d'ailleurs entre la vessie et le rectum, dont le volume est sujet à des variations incessantes, il devait pouvoir céder sans effort et se porter à chaque instant soit en en avant, soit en arrière. Surmonté et entouré par de nombreuses circonvolutions intestinales, dont la pression augmente ou diminue sous l'influence de causes diverses, solidement attaché par sa partie inférieure à des organes qui ont eux-mêmes des rapports intimes avec le plancher du bassin, dont la résistance est si variable, souvent soulevé dans l'acte de la copulation, on comprend combien sont nombreuses les causes qui peuvent en changer la direction dans les conditions si variées de la vie. Aussi, ai-je eu de la peine à m'expliquer l'étonnement qu'ont soulevé les paroles de *M. Cruveilhier,* quand il a dit que l'*utérus n'avait pas d'axe;* cela m'a prouvé qu'on n'en avait pas compris la véritable signification ; il n'a certainement pas voulu prétendre que l'utérus n'avait pas un axe à lui propre, ce qui n'aurait pas de sens ; c'était dans sa pensée une manière de faire comprendre combien de causes passagères et accidentelles pouvaient en changer la direction *relativement au bassin,* et sans doute aussi de faire voir, qu'avant de considérer comme état pathologique telle ou telle direction, il fallait s'être bien assuré qu'il n'existait pas une autre disposition morbide.

Ainsi interprétée, l'opinion de notre savant collègue me paraît parfaitement fondée. Il n'en est pas moins vrai que les différentes forces qui peuvent agir sur l'utérus sont combinées en général de façon à le maintenir dans l'excavation, dans la direction de l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire un peu obliquement de haut en bas, et d'avant en arrière (en supposant la femme assise ou debout).

A cette proposition, qui avait été acceptée sans contestation jusque dans ces derniers temps, on a voulu récemment en substituer une autre qui consiste à admettre que l'utérus a deux axes, l'un pour le corps, qui serait à peu près horizontal, et l'autre pour le col, qui serait oblique dans la direction déjà indiquée. De telle sorte que l'antéflexion devrait être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eut fait disparaître.

J'ai déjà eu occasion de m'occuper ailleurs de cette question, et je crois avoir démontré que *MM. Boullart* et *Verneuil avaient pris une disposition accidentelle et purement cadavérique pour une loi d'anatomie normale.* Les nombreuses recherches que j'ai faites sur le cadavre et dont j'ai déjà publié une partie, m'ont prouvé que l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force lorsque, après la cessation de la vie, les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir que les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin, que l'abaissement presque constant de cet organe, que son refoulement soit en avant, soit en arrière, aussi bien que ses diverses flexions, étaient ordinairement un effet purement cadavérique. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ayant examiné l'utérus *de trois femmes* qui étaient vouées à une mort prochaine, et qu'ayant très-positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, j'ai pu, au moment de l'autopsie, faite vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antéfléchie, quoique la femme eût eu des enfants, et dans les deux autres, il y avait une rétroversion complète.

J'ai naturellement conclu des investigations auxquelles je me suis livré, que, pour avoir des notions positives sur la direction de l'utérus, il fallait l'étudier sur la femme vivante, que la position qu'affectait cet organe au moment de l'autopsie pouvait, dans beaucoup de cas, être toute différente de celle qui avait existé pendant la vie.

J'ai fait connaître aussi le résultat de l'examen attentif que j'ai fait sur 50 femmes qui n'avaient jamais été mères, et dont l'âge variait entre 17 et 30 ans. J'ai trouvé dans 32 cas, que l'axe de l'utérus était droit, qu'il avait à peu près la direction de celui du détroit abdominal. 7 fois il était simplement incliné en avant, et par conséquent dans un degré variable d'antéversion ; dans 4 cas, il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion. Dans 3 cas, il était manifestement antéfléchi, et dans 4, en rétroflexion.

Des résultats aussi manifestement contraires à ceux annoncés par *MM. Boullart* et *Verneuil* devaient faire naître de nouvelles expériences. Huit jours après la publication de mon travail, mon excellent ami, *M. Gosselin,* lisait une Note à la Société de chirurgie, dans laquelle il est dit que sur 48 femmes qui n'avaient jamais eu de grossesse, et qu'il a examinées dans le but d'éclairer la même question que moi, il en a trouvé 18 dont l'axe utérin était droit et normalement dirigé. Sur 16, il a constaté une antéflexion assez marquée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Sur 11, il a noté que la flexion était si peu prononcée, que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps. Dans 3 cas, il est resté dans l'incertitude.

De ces faits, il a naturellement conclu que l'antéflexion était plus commune qu'on ne le pensait généralement, mais qu'ils ne confirmaient pas la loi presque générale que M. Boulard avait voulu établir dans ces derniers temps. Je note en passant un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard, c'est qu'aucune des femmes qui ont servi aux recherches de notre confrère ne souffrait de l'utérus, malgré que plusieurs eussent des déviations assez marquées. Enfin, quoique ce point d'anatomie normale me paraisse définitivement jugé, on pourra consulter avec fruit le résumé statistique suivant, qui a été communiqué récemment à la Société anatomique, par *M. Gallard,* ancien interne de *M. Valleix :*

« Dans les Leçons cliniques faites en 1852 par M. Valleix :
- 11 cas d'antéflexion sont signalés ;
  - 7 appartiennent à des femmes ayant été enceintes une ou plusieurs fois ;
  - 4 seulement n'avaient pas eu de grossesse.

Sur 17 nouveaux cas observés postérieurement par M. Gallard :
- 6 ont eu un ou plusieurs enfants ;
- 4 n'ont pas eu de grossesse ;
- 7 n'ont pas été interrogées à ce sujet.

Sur 9 cas d'antéflexion observés en 1852 et 1853 dans le service de M. Huguier :
- 8 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants ;
- 1 seule n'avait jamais été grosse.

Sur 2 cas d'antéflexion observés en 1854 dans le service de M. Huguier :
- 1 femme avait eu deux enfants ;
- 1 en avait eu un.

En résumé :

Sur 39 cas d'antéflexion :
- 23 appartiennent à des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants ;
- 9 seulement à des femmes qui n'en avaient pas eu ;
- 7 fois on a omis de prendre des renseignements à cet égard. »

Ainsi réduite à sa juste valeur, l'assertion de nos confrères n'en conservera pas moins le mérite d'avoir de nouveau appelé l'attention, d'une manière toute spéciale, sur cette particularité de la description de la matrice. L'opinion déjà ancienne de *M. Velpeau*, sur la fréquence assez grande des flexions utérines, trouvera aussi, dans ce qui précède, une éclatante confirmation ; mais, indépendamment des causes déjà signalées et qui, existant chez toutes les femmes, peuvent pousser l'utérus dans des directions si diverses, il ne faut pas oublier que lui-même peut se trouver dans des conditions de structure qui en favorisent singulièrement l'action. Ainsi, par exemple, l'épaisseur des parois n'est pas toujours la même ; chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elle est habituellement moins considérable que chez les autres ; des différences notables existent, sous ce rapport, dans ces différents points ; la consistance du tissu présente aussi des variétés qui ne sont pas sans importance ; le poids lui-même, qui peut tenir à une augmentation de volume portant sur la totalité ou sur une portion de l'organe, doit être pris en considération, quoiqu'on ait dit le contraire. Ajoutons à tout cela l'influence exercée par les tumeurs développées dans ses parois ou à l'entour d'elles, l'action de certaines adhérences, et nous comprendrons sans peine que peu d'organes soient aussi favorablement placés pour subir à chaque instant des modifications dans leur situation ; mais, parmi ces modifications, les unes sont passagères, les autres deviennent permanentes. Un mot, maintenant, pour rappeler les différentes variétés qui peuvent se présenter.

J'ai déjà dit que l'axe normal de l'utérus était représenté par une ligne droite qui passerait au centre du bassin, et qui aurait à peu près la direction de l'axe du détroit supérieur.

Mais il peut arriver que cet axe normal continuant à rester droit, s'incline soit en avant, soit en arrière, soit à gauche, soit à droite, chaque extrémité se portant en sens inverse l'une de l'autre ; c'est ce qui constitue l'*inclinaison* ou la *version utérine* des auteurs ; de là, quatre variétés désignées sous les noms d'*anté*, de *rétro* ou de *latéro-versions*.

Dans d'autres cas, au contraire, au lieu de s'incliner et de basculer comme je viens de l'indiquer, il peut avoir été repoussé en masse, conservant, ou à peu près, sa direction normale ; c'est ce que je désignerai sous les noms de refoulement en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans toutes ces variétés, l'une ou l'autre des inclinaisons peut se combiner à des degrés divers avec chacun des déplacements en masse, d'où résultent des nuances nombreuses qu'une habitude suffisante et un examen attentif permettent de constater.

Un autre ordre de déplacements qui a été méconnu pendant longtemps, mais dont on s'est beaucoup occupé pendant ces dernières années, consiste dans une *véritable flexion* de l'utérus sur lui-même, et alors, tantôt et le plus souvent, c'est la partie supérieure de l'axe qui s'*infléchit* sur la partie inférieure, et la *coudure* peut avoir lieu soit en avant soit en arrière, et même, mais ces cas sont beaucoup plus rares, sur les régions latérales. Ce sont ces dispositions spéciales qui ont été désignées plus particulièrement sous les noms d'*antéflexion*, de *rétroflexion* et de *latéro-flexion*.

Dans d'autres circonstances plus exceptionnelles, c'est la partie inférieure de l'axe, au contraire, qui se présente infléchie sur la partie supérieure : de là d'autres variétés qui constituent de *véritables flexions du col sur le corps,* et qui peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

D'autres dispositions peuvent encore être observées ; c'est ainsi que l'axe peut être courbé sur une partie de son étendue, de manière à ce que ses deux extrémités, dirigées soit en avant, soit en arrière, tendent à se rapprocher (l'utérus offrant alors une convexité plus ou moins saillante dirigée dans un sens et une concavité correspondante tournée en sens contraire). La forme de l'utérus peut être modifiée d'une façon plus singulière encore : elle peut ressembler à *une S italique,* c'est-à-dire que tandis que l'une des extrémités de son axe est *infléchie* en avant, par exemple, l'autre est *infléchie* en arrière.

Une autre disposition qui s'observe souvent seule et qu'on peut trouver aussi combinée avec celles précédemment indiquées consiste dans un *abaissement* plus ou moins marqué de l'organe dans l'excavation pelvienne. Habituellement c'est l'extrémité inférieure de l'axe utérin qui se rapproche de l'orifice vulvaire, et qui peut même le franchir. Beaucoup plus rarement, c'est sa partie moyenne, comme dans les cas où il est *transversalement* placé, et dans des cas plus exceptionnels encore, il n'est pas impossible que ce soit son extrémité supérieure, le fond de la matrice représentant alors le point le plus déclive.

En France, les partisans du traitement mécanique ont complétement mis de côté cet élément de la question, et il est vraiment singulier que, dans les écrits de *M. Valleix*, il soit à peine fait mention de l'abaissement de l'utérus, et qu'il n'en soit tenu aucun compte, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. Dans sa préoccupation constante, il n'a vu que les déviations, auxquelles il a tout rapporté et contre lesquelles il a dirigé tous ses efforts.

Je viens de dire quelle était la direction de l'utérus qu'il fallait prendre pour type, et considérer comme l'état normal ; mais si les divers déplacements dont j'ai parlé, devaient, avec toutes leurs nuances, être pris pour de véritables états pathologiques, je ne crains pas de le dire, beaucoup plus de la moitié des femmes devraient être regardées comme malades et traitées en conséquence. Heureusement, il n'en est rien, et je me hâte de le dire, personne ne l'a prétendu. Mais, si on n'a pas été aussi exclusif, on a, depuis qu'on s'occupe des redresseurs surtout, singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes, et, si je ne m'abuse, on leur a attribué ***beaucoup trop souvent*** des accidents qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique. C'est ce que je vais essayer de prouver maintenant.

La solution de cette importante question ne me paraît pas aussi difficile que l'ont prétendu quelques médecins. Pour la donner juste, il faut, dans les investigations auxquelles on se livre, être d'une rigueur extrême et apporter dans l'interprétation des symptômes cet esprit philosophique qui sera, je n'en doute pas, une des gloires de notre époque. Pourquoi donc procéder, quand il s'agit de l'utérus, autrement qu'on le fait pour les autres organes? Pourquoi persister à le placer sans cesse en dehors des lois générales qui régissent la pathologie et qui doivent présider à une saine thérapeutique? Que dirait-on d'un pathologiste qui, voulant tracer la symptomatologie d'une affection, de la pneumonie par exemple, choisirait un cas compliqué de pleurésie ou de toute autre maladie, et qui, ne tenant aucun compte de la complication, rapporterait tout à l'inflammation du tissu pulmonaire? C'est cependant de la sorte ou à peu près qu'on procède tous les jours à l'égard de l'utérus, et, à mon grand étonnement, c'est à *M. Valleix* lui-même que je puis adresser un semblable reproche. J'ai analysé avec le plus grand soin les vingt observations qu'il a rapportées dans ses leçons cliniques (et il est probable qu'il n'y a pas placé celles qui lui ont paru les moins concluantes). Eh bien, voici ce qu'on y trouve au point de vue des symptômes :

Six sont relatives à l'antéversion. Dans la première, quoique le déplacement fût complet, il y est dit que la marche était facile et les courses, même longues, possibles ; qu'il n'y avait pas de pesanteur ni de dérangement dans l'émission des urines ou des garde-robes ; que l'*utérus* était lourd.

Dans la seconde, la malade éprouvait de la faiblesse dans les membres ; de la pesanteur, des tiraillements au bassin, aux lombes et aux aines ; les digestions étaient difficiles, la marche douloureuse ; mais la miction et la défécation se faisaient facilement.

La troisième manque de détails sur l'état du col ; mais il y avait *de la leucorrhée, des douleurs* et de la constipation. Dans un moment, on signale que l'utérus a été redressé, ***mais que, cependant, les accidents durent encore quelque temps.***

Dans les quatrième, cinquième et sixième, l'antéversion était loin d'être exempte de complications, puisque dans la première

le col était volumineux, granuleux, et l'utérus tout entier hypertrophié, car la sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2; que, dans la deuxième, *l'utérus était également volumineux; qu'il existait, sur la lèvre antérieure rouge et tuméfiée, un point blanc* qu'on traita par des cautérisations, et que, dans la dernière, où des flueurs blanches existaient avec douleurs aux aines et aux reins, des tiraillements, des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, *l'utérus y est noté lourd, augmenté de volume (la sonde pénétrant à 7 centimètres 1/2); le col, volumineux aussi, avec une large ulcération qui se prolongeait jusque dans la cavité de l'organe.*

Il y a *cinq* observations concernant *l'antéflexion*, avec des variétés diverses :

Dans le premier fait, où l'on indique que la marche était pénible, le coït douloureux ; qu'il y avait des douleurs aux lombes et au périnée, et des métrorrhagies fréquentes, on a noté que le *col était pointu et volumineux.*

La deuxième est un exemple d'*antéflexion considérable constatée seulement à l'autopsie, et alors que rien, pendant la vie, ne paraît en avoir fait soupçonner l'existence.* Dans la troisième, l'utérus *était lourd et peu mobile: la sonde pénétrait à 7 centimètres;* comme symptômes : douleurs de ventre, constipation rebelle. Il en était de même dans la quatrième, puisque la sonde pénétrait aussi à 7 centimètres. Ici, c'étaient les phénomènes nerveux qui prédominaient.

La cinquième appartient à une femme atteinte de lypémanie qu'on attribue à la déviation. Les autres symptômes manquaient probablement, car on n'en indique aucun.

Les trois exemples de *rétroversion* (12e, 13e et 14e *obs.*) parlent dans le même sens que les précédents. Pour la première, il est indiqué qu'il y avait une leucorrhée *très-abondante, des pertes, des douleurs vives et lancinantes au sacrum, à l'hypogastre, aux aines; de la constipation, des besoins fréquents d'uriner. Le coït était douloureux.* On dit bien qu'il n'y avait pas d'ulcération, mais on ne parle pas du volume de l'organe ni de sa mesure par la sonde. Dans la seconde, on a noté un *engorgement de l'utérus ; le col était volumineux ; une ulcération rouge, granuleuse, existait sur la lèvre antérieure.* Les accidents notés sont : constipation, douleurs aux aines et aux lombes ; sensation de poids, leucorrhée habituelle. Il y avait aussi une fissure à l'anus.

La troisième était compliquée d'un *engorgement notable de la matrice.* La malade éprouvait de la fatigue en marchant ; elle avait de la douleur au sacrum, à l'abdomen, aux membres inférieurs, de la constipation, de la pâleur.

Le n° 14 *bis* est un exemple de rétroflexion du corps et du col ; mais il n'est pas dit que la *malade éprouvât quelque accident tenant à ce déplacement.* Il n'est pas indiqué, d'ailleurs, quel était le volume de l'utérus et si son tissu était sain.

Dans le n° 15, qui est aussi un cas de rétroflexion, on a noté des hémorrhagies, une leucorrhée très-abondante, des douleurs aux reins, la marche était presque impossible.

Dans le n° 16, il s'agit d'une tumeur *inflammatoire de la partie postérieure du corps de l'utérus avec très-légère déviation du col.* Les symptômes sont les mêmes : marche pénible, constipation, douleurs aux lombes, aux cuisses.

Enfin, dans les trois derniers faits, où les symptômes indiqués sont toujours à peu près identiques, deux fois on ne donne aucun détail sur l'état du col. Dans l'un d'eux, il est dit que la cavité de l'organe *avait 7 centimètres de long; dans l'autre, c'était une nourrice épuisée par l'allaitement;* dans le troisième, outre la *rétroflexion, il y avait un col volumineux, ouvert, une matrice volumineuse aussi, puisque la sonde pénétrait à 7 centimètres et demi.*

De tous ces faits, je suis rigoureusement autorisé à conclure, qu'exclusivement dominé par l'idée de la déviation, leur auteur a fait jouer au déplacement un rôle beaucoup trop exclusif dans l'explication des symptômes ; car en effet, on y voit, ou bien des cas de déviation qui ne produisent aucun des accidents ou incommodités que *M. Valleix* regarde comme l'expression presque constante de ce genre de lésion, ou bien la preuve que le développement partiel de l'utérus existant seul ou à peu près, et dû à un état simplement inflammatoire, a suffi pour les produire. Ou bien encore, et cela est presque constant, des observations démontrant sans cesse, qu'avec le déplacement utérin quelquefois insignifiant, existaient d'autres lésions beaucoup plus sérieuses, à côté desquelles on passe avec une facilité vraiment surprenante, sans même se demander quelle part elles pouvaient prendre dans la production des phénomènes symptomatiques. Il me semble cependant qu'un utérus qui est lourd et volumineux, dont le col, qui est également hypertrophié, présente des granulations et de larges ulcérations se prolongeant quelquefois dans la cavité, qu'un utérus qui est douloureux à la pression et de la cavité duquel partent des écoulements abondants, doit être considéré comme atteint d'une affection qui mérite d'être prise en grande considération.

C'est avec le même esprit d'exclusion et par conséquent avec la même idée préconçue, qu'ont été recueillies les cinq observations de *M. Gaussail*, souvent citées par *M. Valleix*, et dans lesquelles il a cru avoir trouvé une confirmation éclatante des siennes. L'Académie m'ayant chargé de les examiner, je ne puis m'empêcher de les lui faire connaître. Voici sur le point que j'examine en ce moment les détails vraiment curieux qu'on y trouve :

Dans la première, avec une *rétroflexion, existait un abaissement considérable de l'utérus, dont le col était volumineux, dur, un peu douloureux au toucher, et présentait quelques saillies au pourtour de l'orifice. Le corps de l'organe lui-même était volumineux, dur et un peu douloureux.*

Dans la seconde, avec une *antéversion incomplète.* Il y avait *un engorgement du col et du corps de la matrice. Le premier est volumineux, abaissé, très-sensible à la pression, rouge, inégal.*

Dans la troisième, on signale avec une *inflexion du col en arrière*, de la *tuméfaction* et de la *sensibilité*, et de plus *trois ulcérations irrégulièrement arrondies, profondes et reposant sur un fond rouge et grenu.*

Dans la quatrième, *c'est une antéversion complète avec un grand relâchement des parois du vagin.* On ne dit pas que l'utérus ait été examiné avec le spéculum.

Enfin dans la cinquième, que M. Gaussail donne comme un exemple d'*antéversion avec flexion du col en arrière*, ce confrère ne dit pas non plus que l'utérus ait été examiné au spéculum ; mais quelque temps avant lui, un autre médecin l'avait fait et avait trouvé un *engorgement utérin et une ulcération du col.*

Quant aux accidents éprouvés par les femmes, ce sont toujours à peu près les mêmes, marche plus ou moins pénible, douleurs aux reins, aux aines, pertes blanches et sanguines, constipation, miction difficile, trouble des fonctions digestives, etc.

En présence de faits aussi complexes, il semblait tout naturel de se demander quelle part, dans les accidents produits, revenait aux déplacements, quelle était celle qu'il fallait attribuer aux autres altérations. Nos deux confrères ne paraissent pas beaucoup se préoccuper de ce point, qui, pour eux, semble jugé dans le sens que voici : aux déviations doivent être rapportés tous ou presque tous les symptômes. Les autres altérations, ils les placent sur un plan tout à fait secondaire, si même ils ne les oublient complétement.

J'en puis dire autant des observations de *M. Piachaud,* qui, ancien élève de *M. Valleix*, a tout naturellement suivi la voie tracée, et qui, après avoir fait une thèse où il préconise le traitement mécanique, a adressé trois nouvelles observations à la Société de chirurgie, qui ne sont pas plus concluantes que les précédentes. Il déclare, au reste, qu'il a été témoin d'hémorrhagies graves, et il sait que, dans deux cas, il y a eu perforation de l'utérus.

Pour avoir quelque chose de positif sur cette question fondamentale, il faut rechercher : 1° si, parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations et qui

n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée ; 2° si, chez celles qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on était tenté de lui imputer ; 3° si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués, sans compter aussi la part large, je ne crains pas de le dire, qu'il faut faire aux erreurs de diagnostic.

Sur le premier point, messieurs, vous connaissez déjà l'opinion d'un des hommes les plus compétents en pareille matière. M. le professeur *P. Dubois* vous disait, dans la discussion de 1849, qu'en mettant de côté les troubles que les *flexions en particulier* produisent souvent dans la menstruation, il considérait ces dernières comme des anomalies *toujours inoffensives.* Quant aux autres déviations, *abaissement, antéflexion* et *rétroversion,* il leur prêtait une innocuité complète toutes les fois qu'elles n'étaient pas exagérées. Enfin, il vous a dit que, contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos collègues, il pensait, avec *Lisfranc,* que ces déviations n'avaient d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques et en particulier d'un état inflammatoire chronique. Cette opinion est encore partagée par d'autres médecins très-expérimentés en pareille matière, et je sais qu'elle a, parmi vous, de nombreux partisans. Cependant, une manière de voir un peu différente s'est produite à différentes époques, même dans cette enceinte, et comme elle sera sans doute défendue par quelques-uns de nos collègues, il est de mon devoir d'apporter de nouvelles preuves pour vous expliquer pourquoi je ne saurais la partager, et à cet égard, je le déclare, ma conviction est complète.

Sur les 27 cas d'*antéflexion* à des degrés divers, mentionnés par *M. Gosselin,* dans la Note récemment lue par lui à la Société de chirurgie (22 mars 1854), et dont je vous ai déjà parlé, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus. Puis il a ajouté que, sur ce point, ses études (on sait qu'elles ont été nombreuses et consciencieuses comme tout ce que fait ce savant confrère) lui permettent d'avancer que l'on a exagéré à notre époque l'importance des déviations utérines. *Il a vu, à l'hôpital de Lourcine, un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.*

Il en a observé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, il était autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

Enfin, chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, il a vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât.

Dans des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois et que j'ai pu beaucoup multiplier soit dans ma pratique, soit dans les hôpitaux, soit dans le service du Bureau central, j'ai déjà rencontré 27 cas de déviations diverses de l'utérus, *sans aucune autre lésion appréciable de l'organe.* Sur 10 de ces femmes qui avaient une rétroversion, une seule se plaignait de quelques besoins plus fréquents d'uriner que d'habitude, et d'un petit sentiment de pesanteur dans la région pubienne, quand elle avait fait des courses un peu longues ou qu'elle s'était beaucoup fatiguée ; les autres n'éprouvaient aucun phénomène qui pût être rapporté à une affection quelconque de la matrice. Il en était de même de 5 qui avaient une *antéflexion,* de 4 qui avaient une *rétroflexion,* et de 5 qui avaient une *rétroversion.* Sur 3 qui présentaient un *abaissement,* une chez laquelle le col était assez descendu pour appuyer contre le périnée, accusait quelques douleurs à la face interne et supérieure des cuisses et un sentiment de pesanteur dans le bassin, quand elle faisait un travail fatigant.

Sur le second point, je fais encore appel à l'expérience de tous. Chacun de vous, en fouillant un peu dans ses souvenirs, ne pourrait-il pas apporter ici de nombreuses observations dans lesquelles on verrait que dans les cas de phlegmasies variées de l'utérus, que dans des cas de névralgies, compliquées de déviations, il suffisait de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique, pour voir souvent disparaître le déplacement sans qu'on eût dirigé contre lui aucun traitement spécial, ou pour constater que ce déplacement, quand il persistait, n'exerçait habituellement aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes ? Vous n'avez pas oublié ce que je viens de vous dire du résultat des recherches cliniques de *M. Gosselin,* résultat qui est entièrement favorable à cette opinion.

Quant à moi, je vis depuis plusieurs années dans une conviction profonde à cet égard, et chaque jour, à mesure que l'âge grandit mon expérience, je la sens s'affermir de plus en plus. Comment en serait-il autrement, lorsque, consultant les notes que j'ai prises depuis quelques années sur ce sujet, j'y trouve que sur plus de 60 maladies variées de l'utérus (phlegmasies partielles ou générales du tissu propre, catarrhes, granulations, ulcérations diverses du col, névralgies, etc.), compliquées de l'une ou l'autre des déviations dont j'ai parlé, c'est à peine si je puis compter trois cas où des accidents de quelque importance aient persisté, lorsqu'après un traitement qui a rarement dépassé deux ou trois mois, j'ai fait disparaître les lésions qui me paraissaient fondamentales. Bon nombre de fois aussi après leur guérison, j'ai pu m'assurer que les déviations notées au début avaient disparu, et lorsque dans des cas assez nombreux j'ai eu à constater qu'elles persistaient, je me suis bien gardé de tourmenter l'utérus, sous le futile prétexte de le ramener dans sa position normale. Et qu'importe, en effet, que cet organe soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes ?

Je crois inutile de m'étendre longuement sur le *troisième point.* La démonstration se trouve dans les faits que chacun de nous est appelé à constater chaque jour. De quoi se plaignent, en effet, les femmes qui ont une phlegmasie chronique d'une portion ou de la totalité de l'utérus (ulcérations, granulations, catarrhe, etc.) ; de douleurs dans le bassin, aux aines, à la face interne des cuisses, dans la région du sacrum ; d'irrégularités dans la menstruation ; d'écoulements blanchâtres, puriformes, glaireux ; de fatigues insolites dans la marche ; de ballonnements du ventre ; de troubles divers dans les fonctions digestives ; d'amaigrissement ; de dépérissement général ; de phénomènes nerveux plus ou moins extraordinaires ; de constipation ; de besoins plus fréquents d'uriner ; de douleurs dans l'accomplissement de cette fonction, etc. ? Qui ne voit, dans ce tableau, la répétition de celui qui se trouve tracé dans les observations de *M. Valleix,* avec cette différence qu'il fait remonter la cause presque exclusive des phénomènes morbides aux déviations, tandis que moi, j'en trouve le point de départ presque constant dans une autre lésion ? Qui de nous est dans le vrai ? Après tout ce qui précède, et confiant dans l'expérience de chacun de vous, je suis tranquille sur la décision du plus grand nombre.

Relativement à l'influence des déviations sur la stérilité des femmes, je pourrais, après avoir entendu notre confrère nous dire que *jamais, sur cette considération seule,* il ne s'était déterminé à tenter le redressement, laisser cette question de côté, car je trouve sa réserve, à cet égard, parfaitement raisonnable ; mais, dans le monde médical, et surtout dans une autre sphère, on lui prête d'autres convictions et une pratique moins réservée. D'ailleurs, *M. Simpson* professe une opinion contraire. Vous savez même qu'il a, pour combattre la stérilité, des instruments spéciaux. Je vous ai fait connaître, au commencement de ce travail, *ses pessaires dilatateurs.* Il importe donc que je m'explique, au moins rapidement, sur ce sujet.

D'un autre côté, quoiqu'il ait rejeté l'usage du pessaire intra-utérin dans ce but unique, M. Valleix ne nous a pas dissimulé que, s'il n'agissait pas, il avait au moins des croyances favorables. Il a fait ressortir que, sur 117 cas qu'il avait rassemblés,

la stérilité avait existé 19 fois, et que, parmi les autres femmes, 12 n'avaient eu qu'un seul enfant, bien que plusieurs eussent le plus vif désir d'être mères encore. Mais, pour donner quelque valeur à ce résultat statistique, s'est-il demandé si les autres affections utérines, qui peuvent exister seules ou être compliquées de quelque déplacement, ne jouent pas le rôle le plus important dans la production de la stérilité? Est-il donc difficile de comprendre que les inflammations du col, et surtout celles qui se propagent à la cavité utérine, et même dans les trompes, puissent mettre un obstacle insurmontable soit au passage de la partie fécondante du sperme, soit à la marche en sens inverse de l'œuf qui s'est détaché de l'ovaire, de manière à s'opposer au contact de ces deux éléments? N'est-il pas même probable que les liquides, sécrétés par une muqueuse malade, doivent acquérir des propriétés nuisibles capables d'annihiler celles de la matière fécondante? Ne voit-on pas fréquemment dans la pratique, des femmes qui ayant des affections utérines anciennes, n'avaient pu être fécondées depuis longtemps, et qui le sont presque aussitôt après qu'on les a guéries, sans qu'on se soit le moins du monde occupé de la déviation, en admettant qu'il en existât une concurremment? Ce n'est pas, cependant, que je veuille refuser toute influence à certains déplacements, et aux flexions en particulier, mais il faut pour cela qu'elles soient considérables, c'est-à-dire très-anciennes, et peut-être même congénitales. Or, dans ces cas, il y a presque toujours atrophie partielle ou générale de l'organe, et cette disposition, à laquelle on ne peut remédier, a certainement la plus grande part dans l'impossibilité de la reproduction. La question de la stérilité a toujours été, et sera longtemps encore, une des questions les plus obscures; car, indépendamment des causes qui peuvent être rapportées à l'utérus, qui ne sait combien sont variées les altérations des ovaires et des trompes qui peuvent la produire, sans parler des causes complétement indépendantes de la femme, et qu'il faut rechercher dans l'autre sexe? *(La suite au prochain numéro.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Vergne, médecin des épidémies de l'arrondissemeut d'Aubusson;

2° Rapport sur une épidémie de suette miliaire, par M. Brouillet, médecin cantonnal à Grispolsheim (Bas-Rhin);

3° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles;

4° Recette d'un remède contre le charbon, par le juge de paix de Saint-Tropez (Var);

5° Formule d'un fébrifuge;

6° Recette contre les affections goutteuses et rhumatismales, par Madame Lesault, de Passy.

Choléra.

M. Delasalle, D. M. P., médecin à Matignon (Côtes-du-Nord), communique ce qui suit:

« Je vois aujourd'hui, dans *mon* journal de médecine et de chirurgie « *pratique,* qu'il y a une recrudescence du redoutable choléra asiatique.

« Le *désire* d'être utile à l'humanité et à ma patrie me fait un devoir « de vous adresser le fruit de mes observations. Puissé-je être assez heu« reux pour mériter vos honorables suffrages en servant l'humanité!

« En 1832, j'ai vu et combattu ce redoutable fléau. *J'y perdit* peu de « malades.... etc. »

Voici le traitement que préconise M. Delasalle, D. M. P.:

« Acide acétique . . . . 3 parties.
« Alcali volatil . . . . 1 —

« Mêlez.

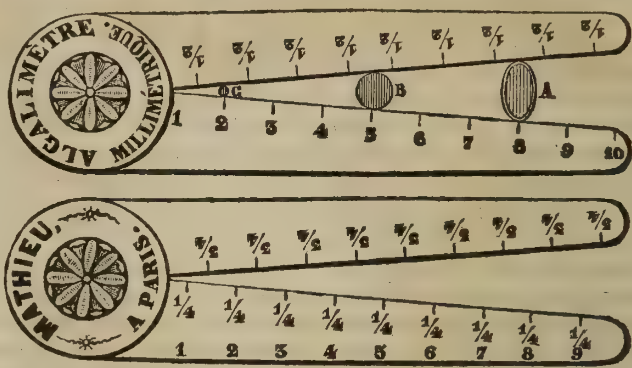
« On prend un verre d'eau de menthe sucrée et chaude. On y ajoute « une cuillerée du mélange ci-dessus qu'on fait boire au malade. »

Après avoir fait l'éloge de ce traitement, l'auteur ajoute:

« Si donc, je suis jugé *d'igne* d'encouragement, je vous adresserai mes observations.... etc. »

Algalimètre.

M. Mathieu présente un modèle d'instrument destiné à mesurer le diamètre des sondes et autres corps, qui donne les diamètres par 1/4 de millimètre, dont l'idée lui a été suggérée par M. Blatin, et dont les figures



ci-jointes indiqueront suffisamment le mécanisme. L'auteur donne le nom d'*algalimètre angulaire* à cet appareil, évidemment inférieur aux simples filières à trous.

Mort de M. Duval

M. le président annonce la mort de l'honorable M. Duval, membre de l'Académie, ancien membre de l'Académie royale de chirurgie, décédé à l'âge de 97 ans.

Nomination d'un commissaire.

L'Académie procède à la nomination d'un membre de la commission du prix Nadau, en remplacement d'un membre absent.

RAPPORTS.

Déviations utérines.

M. Depaul donne lecture de la première partie d'un Rapport sur le traitement des déviations utérines par le redresseur de Simpson (*voir* ci-dessus).

PRÉSENTATIONS.

Anévrisme artérioso-veineux.

M. Jobert présente un malade traité avec succès par deux injections de perchlorure de fer, pour un anévrisme artérioso-veineux. Nous publierons la relation de ce fait dans notre prochain numéro.

La séance est levée à 5 heures passées.

THÉRAPEUTIQUE.

Médicaments préparés avec le guano.

Les éminents services que les préparations de guano purifié ont rendus, après la prescription et le mode de faire convenus entre M. le docteur V. Baud et moi, m'engagent à en publier les formules:

Pr.: Guano, 500 grammes; pulvérisez, tamisez. Traitez par deux déplacements avec 1,500 d'alcool dilué (alcool, 1/3; eau distillée, 2/3); filtrez. Faites évaporer lentement jusqu'à ce que le résidu se prenne en masse. Faites dessécher à l'étuve. Cette quantité donne 300 grammes d'extrait sec.

Pommade de guano contre l'herpès, de quelque forme que ce soit.

Guano purifié. . . . . 8 grammes.
Axonge.. . . . . 24 —

Cette pommade irrite dès ses deux ou trois premières applications, mais le malade évitera cet inconvénient en passant, quelque temps avant, un peu d'huile d'amande douce sur la dartre.

Sirop de guano, dépuratif très-puissant et antistrumeux.

Guano purifié. . . . . 8 grammes.
Eau. . . . . 250 —
Sucre. . . . . 500 —

F. S. A. un sirop qu'on aromatise avec:

Teinture de vanille. . . . . 8 grammes.

Ce sirop est très-agréable, malgré la répugnance qu'inspire sa provenance. C. Girardin, *pharmacien.*

(Journ. de chim. méd.)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 60. 2e année. Samedi 20 Mai 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52 et 57.)

TROISIÈME LEÇON.

De l'irritabilité et de la sensibilité.

Messieurs, il existe, ainsi que nous l'avons établi, dans tout être vivant, un mouvement incessant de composition et de décomposition. Le mouvement de décomposition consiste dans le déplacement de la molécule qui rentre dans le milieu commun ; le mouvement de composition est, au contraire, le déplacement de la molécule qui s'échappe de ce milieu, pour venir s'adjoindre à un groupe de molécules vivantes. C'est ce double mouvement qui constitue la *nutrition,* propriété fondamentale de tout être organisé.

Nous avons signalé en outre, dans les êtres organisés, des propriétés *physico-chimiques,* et enfin des propriétés *vitales,* qui sont l'excitabilité et l'irritabilité. L'excitabilité est la propriété qu'a toute substance vivante, de réagir sous l'influence des agents extérieurs ; cette propriété ne suppose pas l'existence d'un tissu spécial ; elle réside dans diverses variétés de tissus, elle appartient aussi bien aux végétaux qu'aux animaux, elle n'entraîne pas la spontanéité. Il n'en est pas de même des propriétés d'*irritabilité* et de *sensibilité,* lesquelles n'appartiennent qu'à un certain nombre d'êtres vivants et sont d'un ordre plus élevé que la précédente ; les animaux seuls en sont doués. L'irritabilité et la sensibilité ne peuvent pas s'accomplir dans des tissus différents et variables ; c'est dans des tissus déterminés et suivant une loi constante qu'elles se produisent.

Ces propriétés n'ont été bien définies que depuis Haller, et si elles ont été définies, c'est grâce à l'étude de l'animal vivant, c'est parce que Haller s'est placé sur le terrain de la vie, seule condition de progrès pour le physiologiste. Haller, le premier, a étudié l'irritabilité et la sensibilité, et distingué l'une de l'autre ces deux propriétés ; et sur cette seule découverte, il a établi les caractères vitaux des principaux tissus de l'économie : c'était en 1746 ; à cette époque, des idées fausses avaient cours dans la science : il les réfuta, et ses expériences décisives renversèrent des théories fondées sur des observations mal faites. Haller définit l'irritabilité « la propriété que possède une fibre vivante de se raccourcir si on l'excite. » C'est ainsi que tous les tissus qui, sous l'influence d'une excitation produite par des agents physiques ou chimiques, se raccourcissent, furent considérés comme ayant pour élément essentiel la fibre irritable. Tous les tissus ayant été examinés à cet effet, il ne s'en trouva qu'un seul, le tissu musculaire, dans lequel cette propriété se manifestât ; il fut dès lors établi que l'irritabilité devait être localisée dans la fibre musculaire.

La sensibilité, qui est une propriété distincte de l'irritabilité, fut de même recherchée et étudiée dans les différents tissus. Voici comment elle était définie par Haller : « La fibre sensible, « dit-il, est cette fibre des corps vivants qui, touchée par un « excitant extérieur, produit une sensation douloureuse que « l'animal manifeste par les signes ordinaires de la douleur. » Parmi tous les tissus de l'économie, la fibre nerveuse seule fut trouvée sensible, et il fut démontré que la sensibilité devait être localisée dans le système nerveux.

Depuis Haller, c'est-à-dire depuis un siècle, on a ajouté de nouveaux travaux à ces expériences fondamentales ; on a développé et complété le système de Haller, mais on ne l'a pas changé, parce que ses expériences avaient été bien faites. Nous ne disons pas aujourd'hui autre chose que ce qu'il disait relativement au système musculaire, à savoir : que c'est « le tissu qui « a la propriété de se raccourcir sous l'influence de certains « agents extérieurs ; » mais nous distinguons aujourd'hui deux ordres de muscles : les muscles de la vie animale, qui entrent en activité sous l'influence de la volonté, et les muscles de la vie organique, qui président à des actes moteurs indépendants de la volonté ; nous n'en reconnaissons pas moins que la propriété de se contracter existe également dans les deux systèmes de muscles. Ainsi, toutes les fois qu'on trouvera un organe irritable, on pourra dire qu'il contient du tissu musculaire.

La sensibilité, avait dit Haller, est localisée dans le système nerveux, et il pensait qu'il n'y avait qu'une seule espèce de nerfs et qu'ils étaient tous sensibles ; eh bien ! il n'avait pas connu toute la vérité ; en effet, cette propriété d'éveiller une sensation de douleur n'appartient qu'à une certaine partie du système nerveux, et les recherches modernes ont montré qu'il fallait admettre non pas une seule espèce, mais quatre espèces de nerfs :

1° Les nerfs de sensibilité dans lesquels réside la propriété d'éveiller la douleur, ainsi que l'a dit Haller ;

2° Les nerfs de mouvement que Haller a presque distingués des précédents, lorsque, traitant de l'irritabilité musculaire, il disait : « Il est étonnant que le nerf ait la propriété, non pas de « se raccourcir, mais de faire raccourcir le muscle. »

3° Les nerfs des sens spéciaux ;

4° Les nerfs chimiques, trophiques, qui président aux phénomènes chimiques de la vie, aux sécrétions, etc.

Tel est le complément que les recherches modernes ont apporté aux travaux de Haller.

Je suppose, messieurs, que l'anatomie vous est connue, et je vous rappellerai seulement que le système nerveux prend son

origine dans une partie centrale qui se compose du cerveau, du cervelet et de la moelle; les nerfs du mouvement naissent des faisceaux antérieurs de la moelle, ou sur le prolongement de ces faisceaux dans le cerveau, chez tous les animaux vertébrés. Ces nerfs ne sont pas sensibles par eux-mêmes; ils se rendent aux muscles, et, si l'on vient à les pincer, on voit les muscles auxquels ils se distribuent entrer en mouvement.

Tous les nerfs de sensibilité naissent des faisceaux postérieurs de la moelle ou du cerveau, sur le prolongement de ces mêmes faisceaux; ces racines portent sur leur trajet des ganglions; toutes sont excessivement sensibles, et, si on les touche, l'animal donne les signes de la douleur la plus aiguë.

D'autres nerfs naissent du cerveau seul, ce sont ceux qui président aux sens spéciaux, tels sont le nerf optique, l'acoustique, l'olfactif...., lesquels n'existent que chez les animaux d'un ordre élevé; ils ne sont pas sensibles, en ce sens que, si on les excite, ils ne donnent pas lieu à de la douleur; mais ils répondent par des sensations spéciales lorsqu'on les sollicite à l'aide des agents extérieurs; c'est ainsi que si l'on excite le nerf optique, l'animal ferme l'œil, sa pupille se contracte, comme s'il était ébloui par une vive lumière. Cette même sensation a été décrite par les malades qui ont dû subir, pour des affections graves de l'œil, la section du nerf optique. *Tout* nerf, lorsqu'on le sollicite, réagit suivant sa fonction.

Les nerfs trophiques, autrement appelés nerfs de la vie organique ou grand sympathique, se rendent aux organes splanchniques, accompagnent les rameaux artériels, ont pour centre des ganglions nerveux, et ne sont pas sensibles : ils président aux phénomènes chimiques de la vie.

Ainsi, les physiologistes modernes ont reconnu quatre espèces de nerfs et deux espèces de muscles.

L'irritabilité qui réside dans le tissu musculaire, la sensibilité qui n'existe que par le système nerveux, sont les deux propriétés les plus importantes des êtres vivants; elles sont intimement unies l'une à l'autre et ne sauraient être isolées dans la fonction. Ce n'est que par l'analyse et artificiellement que nous parvenons à les diviser. Or, comme ce ne sont pas les fonctions, mais les phénomènes élémentaires de la vie que nous étudions en ce moment, nous devons chercher si ces deux propriétés sont réellement distinctes, ainsi que l'a annoncé Haller, ou bien si ce n'est qu'une même propriété se montrant sous deux formes différentes. L'une et l'autre de ces opinions a été soutenue. En effet, a-t-on dit, dès l'instant qu'on ne peut constater isolément la propriété d'irritabilité d'une part, et de l'autre la propriété de sensibilité, on est en droit de conclure que l'irritabilité du muscle n'est autre chose que le résultat de l'action du nerf; ne voit-on pas d'ailleurs que lorsqu'un nerf est coupé, les muscles auxquels il se distribue cessent d'agir.... L'objection est spécieuse. Haller, convaincu que ces deux propriétés étaient très-distinctes et n'avaient rien de commun, répondait à cette objection que « le cœur, qui est l'organe le plus irritable, est cependant celui de tous qui reçoit le moins de nerfs. » En effet, la propriété que possède un muscle de se contracter, n'est pas en rapport avec le nombre des nerfs qu'il reçoit. Mais un semblable raisonnement ne suffisait pas, il fallait une démonstration; aussi l'objection n'a pas été détruite, et elle a survécu à Haller. Depuis, on a montré que si l'on coupe un nerf de mouvement, ce nerf perd, au bout de quelques jours, ses propriétés, tandis que le muscle correspondant conserve indéfiniment la propriété de se contracter, si on l'excite à l'aide de certains agents. Cette démonstration, excellente du reste, offrait quelques difficultés dans l'exécution. Aujourd'hui on peut démontrer, d'une façon bien plus évidente encore, l'isolement des deux propriétés. On a trouvé des substances sur lesquelles certains tissus de l'économie exercent une action élective; ces substances étant introduites dans le courant circulatoire, il en résulte une modification profonde des propriétés d'une seule espèce de tissus; ainsi l'animal perd une de ses propriétés et conserve les autres; on peut, de cette manière, obtenir la séparation de deux propriétés qui ne se montrent jamais à nous, dans l'état normal, que combinées ensemble. C'est par de semblables expériences que l'on reconnaît que l'irritabilité et la sensibilité sont deux propriétés indépendantes, et c'est ce que nous démontrerons dans notre prochaine séance.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54 *et* 55 *du tome* 2.)

QUATORZIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière Leçon, nous avons fini l'histoire des hernies inguinales réductibles et des appareils destinés à les contenir; mais il y a des individus qui, à force d'avoir négligé leur hernie, ne peuvent plus la réduire et sont obligés de la porter au dehors, soit que, suivant l'expression pittoresque de J.-L. Petit, les viscères aient perdu leur droit de domicile (et j'en ai vu de plus grosses que mon chapeau), soit que l'épiploon soit, en même temps que l'intestin, sorti à l'extérieur et ait contracté des adhérences. La tumeur est alors dure, bosselée, en forme d'olive ou de noix; en grappe, s'il s'est déposé de la graisse dans son tissu.

Quoi qu'il en soit, les sujets portent des hernies très-grosses, très-incommodes et irréductibles. Que faire? Lorsque la hernie est tout à fait irréductible, à cause de son volume ou à cause de contre-indications, on se borne à soutenir la hernie avec un suspensoir. Le bon Sabatier recommande même le suspensoir dans tous les cas.

Voyons un peu ce que l'on a fait jusqu'ici pour ces hernies irréductibles :

Arnaud, chirurgien assez célèbre de la première moitié du XVIIIe siècle, essaya de les réduire. Lorsqu'elles étaient peu considérables, il les contenait avec une pelote concave dont il diminuait petit à petit la concavité, s'il parvenait à faire rentrer graduellement la tumeur; si, au contraire, il avait affaire à une hernie très-volumineuse, il faisait coucher le malade, le traitait par les saignées, la diète, les embrocations huileuses et les fondants, qui ne fondaient rien du tout. Quand le malade était maigre, et la hernie aussi, il faisait lever le patient et lui appliquait une pelote creuse. Il raconte avoir ainsi réduit, en trente-six jours, une hernie qui avait 32 pouces de circonférence, ou 1 pied de diamètre.

J.-L. Petit simplifia beaucoup le traitement: il couchait son malade sur le dos, la tête basse, pour que, par leur propre poids, les viscères tendissent à rentrer; puis, il appliquait une pelote concave qu'il appelait *pelote à cuiller*. En faisant maigrir le malade et en serrant cette pelote, on parvenait à diminuer un peu le volume de la hernie, en raison de quoi il diminuait petit à petit la concavité de la cuiller.

Percival Pott conseillait le repos au lit, la diète et les évacuants; il dit avoir réussi.

Astley Cooper rapporte deux cas de succès obtenus par le séjour au lit, puis par l'application d'un suspensoir lacé; mais les deux hernies étaient petites et récentes.

Voilà divers traitements à opposer aux hernies inguinales irréductibles. On peut en discuter l'efficacité, surtout quand on en a essayé; mais ils avaient l'assentiment de chirurgiens très-renommés, et quand vint Sabatier, qui ne s'était jamais occupé de ce sujet, il rêva creux, et de cette méditation creuse sortirent les deux aphorismes que voici : 1° il est impossible de réduire ces hernies, parce qu'elles ont contracté des adhérences; 2° rentrant dans le ventre, elles sont bien plus incommodes et causent des accidents beaucoup plus graves qu'auparavant.

Chose remarquable! la médecine opératoire de Sabatier a été soumise à une grande révision par Dupuytren, Samson et Bégin, et cette doctrine de Sabatier, aussi déplorable que dénuée de fondements, est arrivée intacte jusqu'à nous: c'est là une ignorance incroyable des faits qui se sont passés.

En 1841, je fus consulté par un lithographe qui portait depuis vingt ans une hernie irréductible : il avait longtemps porté des bandages français, mais, fatigué de voir que sa hernie n'était pas contenue, il avait fini par jeter les bandages au diable, et par garder sa hernie sortie : vers l'âge de 40 ans, il se décida pourtant à aller trouver des bandagistes ; ceux-ci ne surent trop que faire ; il alla voir Marjolin, qui, comme Dupuytren, fut très-embarrassé. Enfin il vint à moi : sa hernie contenait une grande quantité d'épiploon. Voici comment on le reconnaît : l'épiploon, une fois entré dans les bourses, se gonfle, et, comme la souris de Lafontaine, il ne peut plus sortir ; les petites laciniures qu'il présente ont aussi augmenté de volume, et l'on sent alors des grappes et des grains durs comme la pierre. Je n'avais pas à cette époque l'expérience que j'ai maintenant sur ce sujet, je recherchai donc ce qui avait été fait, et je songeai à ce qu'il y avait de meilleur là-dedans. Je mis donc mon malade au lit, et je le soumis à la diète et aux évacuants : quant aux embrocations, je n'en voyais pas trop l'utilité, et, pour ce qui est des fondants, je n'y songeai même pas. Je purgeai mon malade tous les trois jours ; pour tout potage, je lui donnai du bouillon aux herbes, et je fis une légère compression, aidée d'une petite solution astringente (si cela ne fait pas de bien cela amuse le malade.) Après vingt jours de traitement, la hernie avait bien un peu maigri, mais elle ne put rentrer. Vers le vingt-huitième jour, le malade, ennuyé, me demanda la permission de se lever ; je lui fis faire alors une pelote très-creuse, creuse comme un nid de serin, et un beau jour le malade se réveilla avec sa hernie rentrée ; il en fut très-satisfait et moi aussi je fus enchanté d'avoir si bien réussi : ce qui, suivant moi, avait le plus aidé à la guérison, c'était la pression que j'avais exercée.

Un succès enhardit beaucoup, mais voyez comme les cas qui semblent être les mêmes sont différents : il se présenta à moi, peu de temps après, un second malade, qui portait également sa hernie depuis vingt ans : la première hernie avait résisté plus de vingt-huit jours, la deuxième fut réduite en neuf jours. Depuis ce temps-là, messieurs, je ne compte plus mes succès ; cependant le dernier cas était celui du docteur X...., de Dunkerque, dont la hernie fut complétement réduite en dix jours. J'ai publié quelque chose là-dessus, mais à l'heure qu'il est, je ne connais, ni sur le continent, ni en Angleterre, ni en Amérique, personne qui soit revenu dans cette voie : je me trouve donc seul sur ce terrain.

Ce qui m'a paru avoir le plus grand effet, c'est le décubitus dorsal, aidé de la diète et de la compression : les purgatifs peuvent bien désemplir un peu le ventre, mais je n'y ai pas grande confiance.

Lorsque des malades viennent avec une hernie qui n'est pas rentrée depuis quinze, vingt, trente ans, il arrive souvent que la hernie forme une masse mollasse dans laquelle on ne reconnaît rien : on trouve de la fluctuation dans certains points, il y a de l'œdème ; tout cela disparaît au bout de deux ou trois jours de séjour au lit, et l'on a alors tous les caractères de la hernie épiploïque : si la première fois que j'ai vu une hernie irréductible ancienne, j'avais eu affaire à un cas de ce genre, j'aurais probablement reculé, maintenant je n'y fais même plus attention.

Voilà ce que je fais : je place sur la tumeur des compresses, mais elles ne sont pas sèches ; l'irrigation froide exerce, dit-on, une action astringente ; pour moi, je ne crois pas à son action astringente, mais les bandages secs se défont très-facilement, de plus, il faut faire quelque chose pour les malades, qui croiraient qu'on ne s'occupe pas assez d'eux si le pharmacien n'entrait pour rien dans leur traitement ; je fais donc arroser les compresses d'eau contenant une petite solution quelconque. Ainsi, la hernie est couverte de compresses humides par-dessus lesquelles je place un bandage qui entoure le bassin. Voilà, avec la diète, ce que je fais le premier et le second jour : le troisième jour, tout cela est relâché, j'enlève alors le bandage et j'examine la hernie : si je vois qu'elle a déjà maigri, j'essaie de la faire rentrer, et si je ne puis y réussir, je réapplique le même appareil, soutenu par une cravate qui va s'attacher à une ceinture placée autour du bassin. Tous les jours ou tous les deux jours, je presse la hernie et j'essaie de la faire rentrer. Jusqu'où faut-il pousser ces essais ? C'est là ce qu'il y a de délicat : quand on sent que quelque chose cède sous les doigts, si vous avez la conviction qu'en poussant un peu vous pourriez tout faire rentrer, si vous n'êtes qu'au deuxième ou au troisième jour, ne le faites pas, car il est dangereux de faire rentrer trop tôt une hernie qui depuis longtemps n'était plus dans le ventre.

Il y a dans J.-L. Petit l'histoire d'un épiplocèle qui n'était sorti que depuis six semaines et qui était rentré tout d'un coup : J.-L. Petit proposa une opération pour le faire sortir, on s'y refusa et le malade mourut le jour même, avec tous les symptômes de la péritonite, comme dans la hernie étranglée.

Il y a quelques années, je fus consulté pour un malade dont la hernie avait été rentrée d'un seul coup par un bandagiste ; il y avait un commencement de péritonite lorsque j'arrivai ; je fis tousser le malade, j'essayai tous les moyens possibles, enfin, je réussis à faire sortir la hernie et les accidents cessèrent.

Si, lorsque la hernie est au quart rentrée, le taxis devient douloureux, arrêtez-vous, faites ressortir la tumeur, car d'après ces exemples, vous voyez qu'en allant plus loin vous vous exposez à des accidents très-sérieux, sinon mortels.

Faut-il soustraire le malade à ces douleurs du taxis par le chloroforme ? Non certes, on ne le doit pas, parce que quand le malade ne souffre pas, le chirurgien est toujours tenté d'aller plus loin, de même qu'il ne faut pas employer le chloroforme dans le traitement des fausses articulations et des ankyloses par l'extension.

Lors donc que le malade crie et se plaint, je laisse ressortir la hernie, je l'aide même au besoin, et alors il n'y a aucun danger. Si vous n'avez pas pressé de manière à enflammer la hernie, dès le lendemain vous en faites rentrer plus de la moitié : si, au contraire, vous forcez, vous faites rentrer une grande portion de hernie, le lendemain il y a de l'inflammation avec gonflement, et vous êtes retardé de plusieurs jours ; avec des cataplasmes, on peut faire céder cette inflammation, et l'on peut alors réduire au bout d'un certain temps : un mouvement se fait d'une manière inattendue, la hernie vous échappe et rentre brusquement dans le ventre, vous pourrez alors mettre le bandage. Mais il y a des cas où les choses ne se passent pas ainsi ; quelquefois on a beau presser sur la hernie, elle ne rentre pas, prenez patience : quand j'ai affaire à une hernie très-grosse (30 ou 36 pouces de circonférence), je demande trente jours pour être à peu près sûr de la réduire, tout en disant qu'elle peut rentrer en huit ou dix jours. Je demandai ainsi à un vieux général de l'Empire trente jours pour faire rentrer sa hernie ; il trouva que c'était trop long et je faillis me fâcher avec lui pour cela : le cinquième jour, elle était rentrée.

Jusqu'ici je n'ai encore trouvé qu'un seul cas qui m'ait résisté, mais j'avais affaire à un malade qui criait à la moindre pression ; ce cas ne peut pas compter comme les cas ordinaires, tant le malade était sensible au taxis : c'était là le cas le plus mauvais possible ; je ne pouvais renouveler les tentatives de taxis que tous les cinq ou six jours ; au bout de quarante-six jours, la hernie avait un peu diminué, mais il était impossible de la faire rentrer : je renonçai donc au taxis, et je fis porter au malade une pelote creuse.

Au bout d'un an, je vis entrer chez moi un colosse : c'était cet homme du Havre, que j'avais inutilement traité ; il avait porté sa pelote creuse pendant deux mois et demi, et un beau jour, sa hernie était rentrée : il était parfaitement guéri et la digestion se faisant bien, il avait repris de l'embonpoint.

Ainsi que vous le voyez, il ne faut donc pas se désespérer ; si, au bout d'un certain temps, vous n'avez pu faire rentrer la hernie, faites faire une pelote creuse qui renferme bien la tumeur, et l'on peut encore avoir l'espérance de la faire rentrer.

Il est donc bien certain que l'on peut faire rentrer ces hernies ; mais y avait-il des adhérences ? Quand une hernie épiploïque est restée hors du ventre un an et plus, il y a très-certainement des adhérences : on fait donc tout rentrer à la fois. Comme je vous l'ai déjà dit, si l'on fait rentrer la hernie trop vite, on s'expose ;

mais quand on prend toutes les précautions nécessaires, il ne survient pas d'accidents; mon premier malade était si bien guéri que, cinq ou six mois après qu'il eut porté son bandage, la hernie ne revint plus. Ce jeune homme du Havre était complétement guéri lorsqu'il vint me voir, il y avait un an environ que sa hernie était rentrée : son canal inguinal était entièrement oblitéré, la bonne santé et l'embonpoint étaient revenus : je le revis encore deux ans après, il n'avait pas éprouvé de nouveaux accidents.

J'ai guéri aussi un bon prêtre de Paris, qui a un embonpoint démesuré. Sa hernie était très-volumineuse, je la fis rentrer entièrement. Il est venu cette année, comme toujours, me rendre sa visite du jour de l'an : il va parfaitement bien, il maintient sa hernie avec un bandage et il n'en souffre pas du tout.

Il est donc bien démontré que la réduction de ces hernies n'amène pas d'incommodités, comme disait le songe creux de Sabatier, bien au contraire.

Voici comment se fait la guérison. Le cas de mort que raconte J.-L. Petit a jeté beaucoup de lumière sur ce point. Vous avez une hernie volumineuse qui a traversé un anneau éraillé : derrière l'anneau vous avez une masse graisseuse qui, lorsqu'elle a été maintenue là pendant un certain temps, s'est gonflée et durcie, le tissu cellulaire du sac a contracté des adhérences avec le tissu cellulaire ambiant; il y a donc là un bouchon énorme qui sortirait bien encore dans les premiers jours, bien qu'il faudrait déjà de très-grands efforts pour le faire ressortir à cette époque, mais qui est parfaitement solide au bout de quelque temps.

Toutes les hernies inguinales, à moins qu'il n'y ait contre-indication dans le volume, le temps ou la santé, sont réductibles, et je n'ai jamais vu d'accident résulter de leur rentrée quand on prend toutes les précautions nécessaires. Quant au traitement, c'est le décubitus dorsal, sans qu'il y ait besoin de mettre la tête plus bas que le bassin, la diète et la compression; un seul purgatif au début me paraît suffisant : quant au liquide astringent, je vous ai livré mon secret, il est simplement pour le moral du malade, et il n'astreint rien du tout en fait de hernie.

Voilà ce que j'avais à vous dire des hernies inguinales non étranglées; j'aurais pu parler ici de leur étranglement, mais, comme tout ce que j'en aurais pu dire s'applique aussi aux autres espèces de hernies, nous y reviendrons plus tard et je passe de suite à la hernie crurale.

Hernie crurale.

Il s'est passé bien des siècles avant que dans l'aine on reconnût autre chose que des hernies inguinales. Je croyais même qu'on n'en trouvait pas de traces, dans les auteurs, avant la seconde moitié du XVIIe siècle; mais il paraît, d'après M. Segond, qu'il y a quelque chose sur ce sujet dans Franco.

Vers 1670, Nicolas Lequin note qu'il y a, surtout chez les femmes, des hernies de l'aine qui ne sont pas descendues dans les grandes lèvres, et qui descendent entre les muscles de la partie supérieure et interne de la cuisse; mais il se contente de les signaler : il ne leur donne pas de nom.

A peu près à la même époque, Barbette, petit chirurgien hollandais, dont toute la chirurgie n'a de prix que parce qu'il signale la direction de ces hernies, les distingue des hernies inguinales, mais il ne les nomme pas non plus.

Un peu plus tard, Verheyen publie la description d'une hernie crurale qu'il a disséquée : il dit que l'anse intestinale passait au côté interne des vaisseaux cruraux. Il a donc contribué à apprendre aux chirurgiens le siége anatomique de la hernie crurale; mais il ne lui donne pas de nom : tout est donc perdu.

Vers 1720, Garengeot fait l'histoire d'une hernie célèbre que les chirurgiens de Paris ont appelée *hernie crurale.* On attribue donc à Garengeot l'honneur de cette découverte, mais à tort, car Freind dit, en parlant de ce passage de Garengeot : « Il y a déjà quatorze ans que l'on a agité cette question. » Enfin, en 1714, dans ce même amphithéâtre, J.-L. Petit ouvre des cours publics qui furent très-suivis et dans lesquels il exposa l'histoire des hernies. Il fallait donc rechercher dans les ouvrages de J.-L. Petit : or, son *Traité des hernies* s'arrête précisément là.

Que ce soit à Garengeot ou à J.-L. Petit que revienne la gloire d'avoir introduit les hernies crurales dans la pathologie chirurgicale, il n'en est pas moins vrai que c'est en France qu'elle a été reconnue la première fois, et depuis cette époque, cette distinction des hernies de l'aine en *hernies crurales* et *hernies inguinales* est restée dans la science.

Je vais entrer dans des détails bien lamentables sur la chirurgie cartésienne, pour vous apprendre quelle est la valeur de ce qu'affirment les chirurgiens de cette école :

Voici d'abord ce que disait le bon Garengeot, qui ne connaissait guère l'anatomie de la région inguino-crurale. Vous savez qu'en avant, de chaque côté, les os iliaques laissent une grande échancrure, fermée par le ligament de Fallope ou de Poupart, que l'on nomme aussi l'arcade crurale; c'est là que se fait la hernie. « Sous ce ligament de Fallope, dit Garengeot, il y a un passage qui a environ *deux travers de doigt* de large, et qui ressemble à une ouverture ovale, qui n'est occupée que par les tendons des muscles psoas et iliaque, et par les vaisseaux cruraux; en dedans, elle n'est fermée que par le péritoine seulement, et en dehors elle n'est recouverte que par quelques fibres du *fascia lata* et par les téguments communs, qui sont la peau et la graisse. » Et il ajoute que la hernie crurale trouvant un passage très-large en cet endroit, est beaucoup plus fréquente que la hernie inguinale; or, vous savez que c'est une erreur profonde, et que la hernie crurale n'existe guère que 2 ou 3 fois contre 100 fois la hernie inguinale.

Percival Pott nous raconte que tout cet espace vide, entre l'arcade crurale et l'os iliaque, est rempli par du tissu cellulaire et de la graisse; vous savez qu'il y a là le tendon du psoas iliaque et les vaisseaux cruraux; il donne à cette ouverture des dimensions plus considérables que celles que lui avaient accordées ses prédécesseurs; il faisait de l'anatomie comme Sabatier faisait des hernies; aussi disait-il, autre monstruosité, que dans cet espace si grand la hernie crurale s'étrangle très-rarement; c'est une profonde erreur, l'étranglement de cette hernie est, au contraire, très-fréquent.

Richter avait pourtant bien vu qu'il y avait des vaisseaux sous l'arcade crurale; en général, la hernie passe au côté interne des vaisseaux, mais il dit qu'elle peut aussi se faire au côté externe, de manière que l'on sent les battements de l'artère fémorale en dedans de la tumeur. Je ne sache pas qu'on en ait jamais vu d'exemple.

Enfin, Sabatier, qui était si savant sur les hernies irréductibles, avait bien aussi sa petite science au sujet du siége de la hernie crurale; pour lui, la hernie crurale sort au devant du tendon du psoas iliaque et des vaisseaux cruraux.

Ce grand vide est rempli, vous le savez très-bien, par le tendon du muscle psoas et iliaque : mais la hernie n'aurait-elle pas pu filer au-dessus de ces muscles? Non, certes, car il y a là une aponévrose très-forte qui empêchera toujours la hernie de passer au devant des muscles : enfin, il y a le *fascia iliaca* qui s'oppose au passage de la hernie. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Anévrisme artérioso-veineux. — Double injection avec une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration. — Durcissement de la tumeur, douleurs vives et chaleur dans le membre après l'injection. — Perchlorure enkysté dans l'artère et la veine.

Par M. Jobert (de Lamballe).

(*Communiqué à l'Académie de médecine.*)

Le nommé Léopold Loëb, âgé de 18 ans, entra, le 16 janvier 1854, à l'hôpital Israélite, pour y être traité d'une bronchite aiguë :

Le 17 janvier, une saignée du bras fut faite, au pli du coude droit, sur le trajet de l'artère brachiale. S'il faut en croire le

malade et les personnes qui l'entouraient, il ne se manifesta rien de particulier pendant que le sang coulait, et, le 22 janvier, le malade sortit guéri.

Ce ne fut que le 16 février que ce jeune homme se présenta à M. le docteur Brossard pour lui montrer une tumeur située au pli du coude droit, survenue, suivant lui, subitement, sous l'influence d'un effort qu'il fit pour porter un fardeau. Toujours est-il qu'au niveau du pli du coude, sur le trajet de l'artère brachiale, on reconnaît une tumeur éloignée de l'épithrochlée de 0,04 centimètres et de 6 de l'épicondyle ; elle a 4 centimètres dans son diamètre transversal, et 3 pour son diamètre vertical. On peut estimer son volume à celui d'une petite noix. Elle est d'ailleurs fluctuante et offre des battements isochrones à ceux du cœur ; l'application de l'oreille seule, ou armée du stéthoscope, fait percevoir des tintements ou bruits de souffle coïncidant avec les battements de l'artère. La compression de l'artère brachiale fait cesser le sussurrus, mais ne fait pas disparaître complétement la tumeur contenant encore du sang veineux. La compression directe fait disparaître complétement la tumeur fluctuante, et il en est de même de la flexion forte de l'avant-bras sur le bras.

Deux cicatrices se rencontrent à la surface de l'anévrisme : l'une occupe le côté externe, l'autre le côté interne.

Notre malade éprouve de la gêne dans le membre et désire se débarrasser de son mal.

L'étendue de la tumeur et le désir du malade me décident à entreprendre l'opération.

En présence de M. le docteur Brossard et de MM. Hébert, Konoff, Rogé, Brun, etc., je pratiquai la ponction de la tumeur le 20 février, avec un mince trois-quarts qui fut plongé, à son côté interne, jusque dans son intérieur, ce qui fut annoncé par le défaut de résistance, l'artère brachiale continuant toujours à être comprimée. Après avoir retiré la tige du trois-quarts, il s'échappa quelques gouttes d'un sang noir par la canule. La petite seringue fut vissée, et 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans l'intérieur du sac. La piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylon. Cette injection a été suivie de très-peu de douleurs, mais les battements n'avaient pas cessé.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération, la force des battements diminua, et le bruit de souffle sembla disparaître. Cette amélioration fut de courte durée, et, le 24, notre malade était dans le même état qu'avant l'opération : les battements avaient, en effet, la même étendue, et le sussurrus était aussi sensible qu'autrefois.

Le 24 février, à quatre heures du soir, je tentai une nouvelle injection ; elle fut pratiquée de la même manière que la première ; mais, au moment où la tige du trois-quarts fut retirée, la compression de l'artère brachiale étant moins forte, il sortit, par la canule, un jet de sang rouge et rutilant, mêlé à une matière grumeleuse, noire, ressemblant assez bien à du charbon animal.

L'artère fut de nouveau comprimée fortement, et tout écoulement de sang cessa : c'est alors que 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans la poche. Cette fois, le malade éprouva de vives douleurs, accompagnées d'une sensation de cuisson douloureuse, qui se propageaient, jusqu'à une certaine distance, au-dessus et au-dessous de la tumeur, et suivaient le trajet des artères radiale et cubitale.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération (le 25 et le 26), le malade éprouva de vives douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre et des contractions dans les muscles de l'avant-bras. Ce ne fut que quelques jours après que le calme revint.

Le 27 février 1854, à quatre heures de l'après-midi, j'ai examiné Léopold Loëb :

1° Il y avait absence de battements dans la tumeur ;

2° Elle n'était pas douloureuse à la pression ;

3° Il existe des tiraillements dans la partie antérieure de l'avant-bras ;

4° L'oreille ne découvre aucun susurrus, et, par la pression avec les doigts, on reconnaît, dans tous les sens, une masse solide, résistante, et nulle part de la fluctuation ;

5° On sent un cordon, au-dessus de la tumeur, qui suit le trajet de l'artère brachiale dans l'étendue de 1 pouce 1/2 ;

6° Les petites plaies faites par le trois-quarts sont entièrement cicatrisées ;

7° Le stéthoscope ne découvre aucun bruit anormal.

Le 13 mars, le malade est de nouveau examiné, et voici ce que l'examen de l'avant-bras et des artères fournit :

1° Il existe encore quelques tiraillements dans l'avant-bras ;

2° La tumeur du pli du coude n'offre aucune fluctuation, elle est dure et résistante dans toute sa circonférence, et se continue sous forme de cordon le long de l'artère brachiale, qui est évidemment oblitérée dans l'étendue de 3 centimètres à peu près, et c'est dans ce point seulement que l'on perçoit les battements de l'artère, qui sont plus forts que du côté opposé.

La main du côté opéré est plus froide que celle du côté gauche.

L'artère radiale est sensible à la main qui l'explore, et les battements qu'elle offre sont iso hrones à ceux de l'artère radiale gauche, mais les pulsations sont faibles si on les compare à celles du côté sain, qui sont étendues et résistantes.

Les battements de l'artère cubitale sont très-sensibles à gauche, et on ne peut les reconnaître à droite.

Le 12 mars, on reconnaît que les battements artériels de la radiale ont acquis plus d'ampleur et plus de force.

L'artère cubitale est devenue facile à sentir, mais les battements sont excessivement faibles.

Il n'existe plus de tiraillements dans le bras ni l'avant-bras.

L'avant-bras ne s'étend pas encore complétement sur le bras.

La tumeur ne présente aucun battement, elle est remarquablement dure et a perdu de son volume.

Le 6 avril, l'artère radiale présente des battements isochrones à ceux du cœur, mais ils n'ont ni l'impulsion ni la force de l'artère radiale gauche. On efface facilement l'artère radiale droite, et difficilement la gauche.

L'artère cubitale droite présente des battements sensibles au toucher, mais ils ne sont ni aussi forts que ceux du côté gauche, ni aussi remarquables que ceux de l'artère radiale droite.

La tumeur du pli du coude est limitée, dure, résistante, comme cartilagineuse et bilobée.

Le malade plie et allonge le bras, mais les forces musculaires sont moins puissantes à droite qu'à gauche.

Réflexions. — Les réflexions doivent porter sur l'action du perchlorure de fer, sur le rétablissement de la circulation, ainsi que sur les mouvements musculaires.

Cette observation remarquable atteste certainement l'action coagulante du perchlorure de fer, quoiqu'il n'ait agi qu'incomplétement la première fois. L'insuccès de la première injection me paraît dû à ce que la quantité d'albumine coagulée n'a pas été suffisante pour apporter un obstacle au cours du sang.

Jamais, en effet, la circulation n'a été complétement interrompue, et on comprend alors que l'albumine coagulée ait été emportée en grande partie par le torrent sanguin et dissoute. Il est arrivé ici ce qui est survenu à propos d'autres expériences, où l'albumine solidifiée par le perchlorure de fer, s'est dissoute ensuite dans un excès d'albumine. C'est ainsi que plusieurs fois, sur la même femme, j'ai injecté une dissolution de perchlorure de fer dans un kyste de l'ovaire. D'abord, l'albumine liquide est devenue solide et dure, mais elle a fini par reprendre la forme liquide, dissoute qu'elle était par un excès d'albumine exhalée continuellement par le kyste. Lors donc que le coagulum d'albumine n'est pas assez considérable pour fermer la lumière du vaisseau, la portion albumineuse solidifiée devra reprendre la forme liquide. C'est ce qui est arrivé dans notre premier essai. Cet insuccès prouvait cependant que l'on pouvait réussir, et c'est pour cette raison que, huit jours après la première tentative, j'en fis une seconde. Au moment où la ponction fut faite et la tige retirée, il s'échappa, ainsi que je l'ai dit dans l'observation, une substance comme charbonnée, qui se composait d'un mélange de perchlorure de fer, d'albumine et de quelques parcelles de fibrine. Un jeune chimiste de mérite, M. Hébert, a fait l'analyse de ce mélange, dont je vais rapporter le résultat.

Traitée par l'eau, la matière à analyser s'est dissoute en partie, et a laissé un résidu floconneux de fibrine très-léger.

Le liquide, traité par la potasse, a fourni un précipité jaune brun, caractéristique de peroxyde de fer hydraté.

La solution, rendue limpide et incolore, a laissé précipiter par l'acide acétique de l'albumine.

Après filtration, le liquide, précipité par l'azotate d'argent, a donné un dépôt abondant de chlorure d'argent.

La matière analysée était donc formée d'une forte proportion de perchlorure de fer, combiné à de l'albumine, retenant à l'état de mélange un peu de fibrine et de matière colorante du sang.

Si la première injection n'a procuré qu'un demi-succès, il n'en a pas été de même de la seconde, qui a été suivie d'une guérison complète. Pourquoi cette différence dans les résultats? Je crois pouvoir l'attribuer à ce que le liquide coagulant n'a pas été mis en contact dans les deux expériences avec la même quantité de sang. Lors de la première injection, la quantité de sang contenu dans la poche était très-peu considérable, et au contraire, lorsque la dissolution perchlorurée de fer a été poussée dans le sac anévrismal, celui-ci était plein de sang veineux et artériel. Cela me paraît rendre suffisamment raison de la différence qui existait dans les deux coagulum albumineux. Si l'on veut réussir, il faut que le coagulum bouche tout à fait le vaisseau, afin que la fibrine du sang forme des caillots au-dessus et au-dessous de lui, comme cela est arrivé après la ligature de l'artère.

Le coagulum représente donc la ligature du vaisseau, et lorsqu'il n'est pas assez fort pour le boucher, le sang continue à passer, et il y a insuccès comme lorsqu'une grosse artère collatérale, située immédiatement au-dessus de la ligature, empêche le sang de se coaguler.

Tout en constatant les avantages du perchlorure de fer, nous ne devons pas passer sous silence ses inconvénients. Quoique nous nous soyons servi d'une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration, il n'en est pas moins vrai que des accidents sérieux se sont déclarés après l'injection; ainsi, des douleurs vives, des chaleurs et des brûlures se sont déclarées dans le trajet des artères brachiale, radiale et cubitale. Il y a eu en outre de l'agitation, de la fièvre, de l'insomnie. Pendant tout l'après-midi, la nuit et le lendemain du jour de l'opération, ces accidents ont persisté. Nous avons noté que le calme avait fini par se rétablir, et que tout l'organisme était rentré dans l'ordre.

Il ressort de ce qui précède, que le perchlorure n'est pas aussi innocent dans son action qu'on a bien voulu le prétendre, car tous les symptômes éprouvés par notre jeune malade doivent être regardés comme des accidents. Il est incontestable pour moi que ce médicament est appelé à rendre des services, mais dans de certaines limites, et non dans toutes les circonstances. L'abus discrédite les meilleures choses, et c'est parce qu'on veut dépouiller un procédé des inconvénients dont il est entaché, qu'on finit par ne plus accorder à son auteur la justice qu'il mérite.

Pourquoi ne pas admettre, qu'outre les accidents qui lui sont communs avec la ligature, dans l'interruption de la circulation, il a par lui-même des inconvénients dus à son action irritante sur les parois du vaisseau? c'est ce que me semblent prouver les douleurs, les chaleurs, et le mouvement fébrile qui ont duré pendant une nuit et deux jours, malgré l'emploi des calmants et des opiacés.

Il y a eu, suivant moi, des symptômes d'artérite chez notre malade, car on ne peut raisonnablement attribuer ces accidents à aucune autre cause, puisqu'on ne peut pas supposer que le médicament a pu produire des effets semblables en cheminant dans le torrent circulatoire.

Il est d'autant moins permis de s'arrêter à cette pensée, que la première fois où le vaisseau est demeuré libre, il n'y a eu aucun de ces phénomènes, et cependant il aurait pu agir sur l'économie par la voie de la circulation qui n'était pas interrompue.

Sur notre malade, le perchlorure n'a produit, la première fois, aucun accident, et ce n'est que la seconde fois qu'il en a déterminé de sérieux : c'est, si je ne me trompe, ce que des observateurs habiles, MM. Velpeau, Malgaigne et Lenoir, ont remarqué.

Le perchlorure de fer me paraît donc principalement devoir être employé dans les anévrismes traumatiques, dans les sacs exempts d'inflammation et récents, et je le regarde comme dangereux, lorsque les poches anévrismatiques sont enflammées ou le siége d'un travail ancien qui ne permet pas de penser que les parois de l'anévrisme sont saines.

Le 8 mai, notre jeune malade s'est présenté à nous pour être de nouveau examiné, c'est-à-dire deux mois et demi après la seconde opération :

1° Il n'existe plus, au pli du coude, que deux petites tumeurs rapprochées l'une de l'autre, évidemment formées par le perchlorure ankysté dans la veine et l'artère; une pression modérée, exercée sur le métal, ne détermine aucune douleur;

2° Les mouvemenrs d'extension de l'avant-bras sur le bras sont encore incomplets;

3° Dans l'avant-bras, il existe encore des tiraillements;

4° Il y a une certaine faiblesse dans les mouvements de l'avant-bras, que le malade accuse comme gênant l'exercice de la fonction des membres dans les travaux qu'il est appelé à exécuter.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins,

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca,

Par le Dr DEPAUL, *membre de l'Académie,* etc.

(Suite. Voir le n° 59.)

Cependant, messieurs, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que, *dans un très-petit nombre de cas,* la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très-volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène tout à fait secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison des autres lésions qui existent concurremment, et en aggraver notablement les symptômes; mais, ainsi que je l'ai déjà donné à entendre, nous possédons, pour remplir les différentes indications qui découlent de ces conditions, de nombreux moyens, dont quelques-uns surtout ont une efficacité incontestable et qui, dans tous les cas, ne compromettraient jamais ou presque jamais, la santé et surtout la vie des femmes.

Ce qui importe surtout, c'est d'immobiliser l'utérus, ainsi que le faisaient justement remarquer *MM. Chassaignac* et *Gosselin,* dans une circonstance récente, c'est de le mettre à l'abri de ces mouvements continuels qui, le poussant sans cesse dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et des pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas rares, de le faire naître.

Si de nos jours, et avec juste raison, on ne condamne plus les femmes à un repos absolu, comme le faisait *Lisfranc,* pendant le traitement des affections du col de la matrice, ne sait-on pas qu'il est nécessaire d'exiger au moins qu'elles évitent tout ce qui est de nature à exagérer les mouvements de l'organe affecté? Et chacun de nous ne voit-il pas à chaque instant des malades qui, ne prenant pas suffisamment au sérieux les sages conseils qu'on leur donne à cet égard, retardent ainsi leur guérison et font reparaître des lésions que, dans un examen précédent, on avait trouvé presque entièrement terminées?

Je ne crains pas d'avancer que, si un certain nombre d'affections utérines résistent aux moyens qu'on leur oppose, cela doit être bien moins imputé à l'impuissance de la thérapeutique qu'aux obstacles de toute sorte que rencontre sa rigoureuse application. C'est le petit nombre, il faut bien en convenir, qui consent à mettre de côté, les exigences de la position, de la famille, de la société, et on peut dire que beaucoup de femmes

sont guéries malgré elles. Celles qui, mieux inspirées, ou qui, placées dans des conditions plus favorables, se soumettent rigoureusement, obtiennent presque constamment une guérison définitive.

Pour mon compte, lorsque je suis consulté par des femmes qui éprouvent des symptômes dont il faut faire remonter nécessairement la cause dans un état anormal de l'utérus, la première question que je cherche à résoudre est celle-ci : Le tissu de l'organe est-il sain? N'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue? Lorsque, par un examen suffisant, je suis édifié sur ce point *fondamental,* il sert de base aux moyens thérapeutiques que je fais intervenir. Si j'ai constaté une lésion quelconque, c'est elle d'abord que je cherche à faire disparaître. Si au contraire j'ai trouvé le tissu utérin dans un état d'intégrité complète, et reconnu une simple déviation, c'est à elle que je m'adresse, après m'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

Dans les abaissements, par exemple, tout ce qui est de nature à diminuer la pression intestinale, la suppression ou la modification des corsets, l'emploi des ceintures hypogastriques, convenablement faites et convenablement appliquées, sont des moyens qui donnent d'excellents résultats; quand ils sont insuffisants, ils trouvent un auxiliaire puissant dans l'usage des différents pessaires, et en particulier de celui que l'on doit à notre confrère, *M. Garriel,* et qui est constitué, comme on le sait, par une vessie en caoutchouc distendue par de l'air. Il offre sur tous les autres d'incontestables avantages, que je n'ai pas à faire ressortir ici.

Dans les déplacements, soit en avant, soit en arrière, qui sont à peu près constamment compliqués d'un certain degré d'abaissement et qui, outre les accidents ordinaires, apportent quelquefois des troubles dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, les mêmes moyens réussissent souvent à calmer la plupart des symptômes. C'est surtout dans les antéversions compliquées ou non d'abaissement en masse, que les ceintures hypogastriques sont utiles. Dans les rétroversions, les pessaires, en remontant et en fixant l'utérus, font obtenir un résultat également favorable.

Je n'ai pas besoin de dire que, toutes les fois qu'on peut agir par les parois abdominales, cela est infiniment préférable, et ce n'est que comme ressource dernière qu'il faut se décider à condamner les femmes à porter dans le vagin un corps étranger quelconque.

Dans les cas de rétroversions exagérées et rebelles aux moyens simples que je viens de rappeler, peut-être, en supposant toujours que le tissu de l'utérus est sain et que les troubles apportés dans l'excrétion des matières fécales sont considérables, pourrait-on essayer d'un moyen qui, entre les mains de M. Huguier, paraît avoir donné de bons résultats ; je veux parler de l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum, procédé déjà ancien, conseillé par *Aetius,* et employé depuis par quelques autres. On trouvera dans la thèse de M. Dufraigne, ancien élève de *M. Huguier,* tous les détails relatifs au manuel opératoire.

Plus récemment, M. le docteur *Favrot* dit s'être servi avec avantage d'un moyen qui a la plus grande analogie avec le précédent, et qui n'en diffère que parce que le tampon appliqué dans le rectum est constitué par une vessie en caoutchouc vulcanisé, au centre de laquelle est ménagé un canal destiné à permettre le passage des gaz. On pourra consulter le Mémoire que notre confrère a lu devant l'Académie en octobre 1851, et qui a été publié la même année dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris.

Indépendamment des nombreux pessaires qui ont été imaginés depuis quelques années, et qui, d'après des idées souvent théoriques de leurs auteurs, ont varié quant à la forme, quant au volume et quant à la substance qui les composent, je vous signalerai celui en baleine du docteur *Mayer,* et celui en caoutchouc de *M. Joret.* Avec ces deux instruments, on prend un point d'appui sur le col, et on les fait agir ensuite comme des leviers destinés à pousser l'utérus dans telle ou telle direction. Outre les difficultés souvent insurmontables dans l'application, les faits n'ont pas montré jusqu'ici leur efficacité. Mais du moins, si ces redresseurs externes n'ont pas une utilité démontrée, ils ont été conçus et construits de manière à ne pouvoir léser en rien les organes sur lesquels on voulait les faire agir. Je n'en pourrai dire autant d'un autre plus récent, qui est fondé sur le même principe, mais qui, entièrement métallique, même dans la partie qui embrasse et étreint le col pour y prendre son point d'appui, a déjà produit des accidents graves, et en particulier la gangrène du col.

Quant à la cautérisation de l'un des points de la circonférence du col et de la partie correspondante de la muqueuse vaginale, dans le but de provoquer des adhérences et d'entraîner ainsi l'utérus en sens inverse de la déviation, j'avoue que je doute fort que l'expérience sanctionne l'utilité d'une semblable méthode, et je suis loin d'être rassuré sur son innocuité. La destruction d'une partie ou de la totalité de la portion vaginale du col, et surtout son amputation complète, m'inspirent une sécurité moins grande encore.

Ce qui a fait la plus vive impression sur mon esprit dans la Note de *M. Valleix,* ce qui, de prime abord, paraît un argument irrésistible, ce sont les résultats statistiques qu'il nous a donnés touchant les guérisons qu'il croit avoir obtenues. Certes, je suis comme lui très-disposé à accorder la plus grande confiance aux conséquences qui découlent *rigoureusement* de faits nombreux et convenablement observés. Mais le cachet d'une bonne observation, c'est de porter la conviction non-seulement dans l'esprit de celui qui l'a recueillie, mais encore de tous ceux qui seront appelés à la méditer. Eh bien ! je n'hésite pas à le déclarer, les observations de notre confrère laissent beaucoup à désirer. Il y a plus, elles contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée à la sienne.

En réunissant aux faits qui lui sont propres ceux qui ont été publiés, ou qui lui ont été communiquées par divers médecins, il s'est cru autorisé à vous dire que sur 180 cas, 129 guérisons définitives avaient été obtenues ; qu'un bon nombre de malades qui n'ont pas été guéries ont éprouvé une amélioration notable ; que plusieurs étaient encore en traitement, et que d'autres n'avaient subi qu'un traitement incomplet et insuffisant, ce qui semblerait prouver que la méthode est efficace dans la *presque totalité des cas,* et que c'est à peine si quelques déviations rebelles parviennent à lui résister. Résultat vraiment extraordinaire et qui, à lui seul, est de nature à faire naître quelques doutes au sujet de l'interprétation donnée.

Mon examen critique va nécessairement porter sur les 20 observations qui ont été publiées par *M. Valleix,* et qui, ainsi que j'ai déjà eu occasion de vous le dire, doivent être pour lui des plus concluantes, ce qui m'autorise à croire que l'interprétation que je vais leur donner est tout à fait applicable à celles dont nous ne connaissons pas les détails. J'examinerai aussi celles, au nombre de 5, qui vous ont été envoyées par notre correspondant, *M. Gaussail,* pour venir en aide à la défense du traitement mécanique. Enfin, je dirai un mot des trois faits communiqués par *M. Piachaud* à la Société de chirurgie. J'ai vivement regretté, quand j'ai voulu connaître les résultats obtenus par *M. Simpson,* de ne trouver que des assertions sans preuves ; je me suis adressé directement à lui, mais au lieu d'observations que je réclamais, je n'ai reçu que des instruments, et c'est ce qui m'a permis de faire passer sous vos yeux ceux dont il se sert à Édimbourg. Cependant je ne me suis pas tenu pour satisfait, et je pourrai, grâce à de bienveillantes communications que j'ai dû solliciter ailleurs, vous parler de la pratique du médecin d'Édimbourg.

Commençons par *M. Valleix :*

1re *Observation.* — Des attaques hystériques avec d'autres phénomènes nerveux, attribués sans preuves suffisantes à une *antéversion (car il est dit aussi que l'utérus était lourd),* sont d'abord traitées avantageusement par de nombreux moyens. Puis on fait intervenir le traitement mécanique et on lui rapporte

l'honneur de la *guérison,* quoique les troubles nerveux *n'aient pas entièrement disparu.*

2e *Observation.* — Le diagnostic est une antéversion, mais on ne donne aucun détail soit sur l'état du corps, soit sur celui du col de l'utérus. Les symptômes sont cependant de nature à faire supposer qu'il y avait quelque maladie, et la guérison qu'on dit n'avoir été obtenue qu'après un temps assez long, peut être très-raisonnablement attribuée au repos.

3e *Observation.* — *Antéversion* (sans autre mention sur l'état de l'utérus). — On le redresse, et cependant les symptômes durent encore. Quelque temps après, on le trouve plus incliné que la première fois, ce qu'on attribue à une chute faite la veille ; et cette fois, il suffit de quelques pilules purgatives pour produire une guérison complète. Il est vrai de dire que c'est un élève qui a donné ce dernier renseignement.

4e *Observation.* — *Antéversion avec légère déviation latérale gauche;* mais, de plus, *col volumineux et granuleux, hypertrophie du corps.* — Après un long traitement et de nombreuses applications du pessaire, l'utérus se maintient dans sa situation normale. La malade est revue environ trois mois après la dernière application ; on dit bien que la santé générale est parfaite et que le déplacement ne s'est pas reproduit, *mais on a oublié de nous faire savoir si les autres lésions du corps et du col ont disparu.*

5e *Observation.* — *Guérison attribuée à la sonde et qui doit être rapportée à de nombreuses cautérisations.* — C...., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, accoucha heureusement à 20 ans ; quelques années après, elle eut des attaques d'hystérie, de la leucorrhée, de la fatigue dans la marche, avec pesanteur dans le bassin. Traitée il y a vingt-huit mois environ par des saignées répétées, elle devint anémique, et lorsque le 15 juin 1851 *M. Valleix* l'examina, elle était pâle, décolorée, très-faible, l'*utérus était volumineux, non douloureux, couché transversalement en avant. Sur la lèvre antérieure qui était rouge et volumineuse, existait une saillie plus foncée, présentant au milieu un petit point blanc.* Le col est cautérisé avec le nitrate acide de mercure à trois reprises successives ; puis on pratiqua le cathétérisme six fois, en laissant trois ou quatre jours d'intervalle. Au bout d'un mois environ, l'utérus était replacé dans sa situation normale. *La cautérisation fut alors reprise et répétée treize fois pendant deux mois environ.* Il n'y eut pas d'accident et le col fut guéri.

6e *Observation.* — C'est un exemple remarquable de métrite chronique, avec large ulcération du col, se prolongeant dans la cavité qui a été surtout guérie par le repos et par des cautérisations répétées deux fois par semaine pendant près de deux mois.

7e *Observation.* — La déviation insolite qui paraît avoir existé n'a pas été guérie, puisque l'auteur dit lui-même qu'après le traitement, l'*utérus fut retrouvé bien redressé, bien qu'il présentât encore, à sa face antérieure, une légère concavité.* Il y a, dans cette assertion, une contradiction que je ne sais comment expliquer.

8e *Observation.* — Il s'agit d'une antéflexion qui n'a pas été traitée et qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

9e *Observation.*— *Antéversion avec hypertrophie,* puisque l'utérus était lourd, peu mobile, et que la sonde pénétrait à 7 centimètres. — Le redresseur ayant produit des accidents graves, un traitement antiphlogistique énergique fut employé à la suite duquel la malade fut guérie.

10e *Observation.* — *Antéversion compliquée de versions; utérus volumineux, puisque la sonde pénètre à 7 centimètres.* — Le traitement mécanique est très-longtemps continué. On fait intervenir en même temps les préparations de fer, les vésicatoires morphinés, et lorsque, plus de six mois après, on déclare la malade guérie, et, après avoir dit que la flexion n'existait plus, on ajoute cependant *que la dépression antérieure existait toujours, et que l'axe de l'utérus était un peu plus incliné en avant que dans l'état normal.*

11e *Observation.* — Dans ce cas, la malade avait un dérangement des facultés intellectuelles, avec idées de suicide. On redresse la matrice ; les règles supprimées reparaissent ; la raison revient. On n'hésite pas à rapporter ce résultat au rétablissement de la direction normale de l'organe, mais rien ne donne le droit de tirer une semblable conclusion.

12e *Observation.* — Il y a, dans les détails consignés, la preuve évidente pour moi que la femme avait une métrite chronique. Le repos qu'elle a longtemps gardé suffit bien pour expliquer la guérison qu'on a obtenue.

13e *Observation.* — *Rétroversion avec légère flexion à gauche;* mais en même temps, *métrite chronique avec ulcération et de nombreuses granulations rouges* (la sonde pénétrait à 7 centimètres 1/2). — Le redresseur est appliqué une seule fois et laissé pendant quatorze jours ; mais longtemps encore on fit intervenir des traitements variés contre un état anémique et des névralgies, contre une fissure à l'anus qui n'avait pas été d'abord reconnue. Le col fut cautérisé pendant des mois entiers ; mais, je le demande, à qui revient la plus grande part de la guérison obtenue dans ce cas? Évidemment, pour tout esprit non prévenu, ce n'est pas au traitement mécanique.

14e *Observation.* — Ici encore, le traitement a été complexe, car, outre le redressement de l'organe, on a eu recours aux bains froids l'été, aux douches froides l'hiver, à des sangsues, à des calmants et à des astringents, et il est bien probable que le volume exagéré de l'utérus ayant disparu sous l'influence de ces moyens, cet organe a pu conserver plus facilement sa direction normale.

14e *Observation* (*bis*). — Dans ce cas, où le redresseur a été employé pour corriger une simple difformité qui ne produisait pas d'accidents, il est dit qu'on a réussi à redresser l'utérus, et cependant on ajoute qu'*il y avait de l'affaissement de l'organe sur lui-même et des plis là où précédemment existaient des flexions.* Comment peut-on se mettre en si flagrante contradiction avec soi-même?

15e *Observation.* — La malade chez laquelle des accidents graves ont été produits n'a pas été guérie ; cela résulte des détails consignés dans l'observation.

16e *Observation.* — J'ai parlé de ce fait intéressant à un autre point de vue, mais je n'ai pas à m'en occuper ici, puisque le traitement mécanique n'a pas été employé.

17e *Observation.* — Même en se plaçant au point de vue de *M. Valleix,* c'est un fait qui témoigne hautement de l'impuissance de la méthode. En effet, l'auteur termine l'observation en disant que *les accidents reparaissent encore quelquefois, et que, de temps en temps, la malade est obligée de se faire appliquer, par son médecin ordinaire, un redresseur qu'elle garde deux ou trois jours.*

18e *Observation.* — La guérison n'a pas été obtenue d'une manière définitive, et, d'ailleurs, la matrice n'était pas simplement déviée.

19e *Observation.* — C'est une femme épuisée par l'allaitement. Ce fut surtout à partir du sevrage, et sous l'influence du repos et d'une alimentation convenable, que la santé se rétablit.

De pareils faits, messieurs, n'ont pas besoin de commentaires. A quiconque voudra se donner la peine de les étudier et de les méditer comme je l'ai fait, ils fourniront la preuve la plus frappante de l'illusion dans laquelle on s'entretient et dans laquelle on engage quelques-uns de nos confrères. Je n'ai pu les faire passer sous vos yeux dans tous leurs détails, mais j'ai la conviction profonde d'en avoir fait sortir l'expression de la vérité.

(La suite à un prochain numéro.)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 61. 2e année. Mardi 23 Mai 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. - *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 22 Mai 1854.

Du timbre des journaux scientifiques. — Résultats de la démarche faite auprès de M. le Ministre des finances.

La confiance que nous avons témoignée dans la sollicitude du gouvernement de S. M. l'Empereur pour toutes les œuvres de l'intelligence n'a point été trompée, et le malentendu que nous avons signalé (*Moniteur des Hôpitaux* du 16 mai) n'était bien réellement qu'un malentendu. Les détails suivants lèveront toute incertitude à cet égard.

Conformément à l'initiative que nous avions prise, plusieurs rédacteurs en chef de journaux de médecine, sur l'invitation de M. A. Latour, se sont réunis mercredi dernier chez M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*.

Après quelques explications, il a été arrêté qu'une demande d'audience serait adressée à M. le Ministre des finances, et qu'une délégation, composée de MM. A. Latour, Malgaigne (remplacé, en cas d'absence, par M. Brierre de Boismont) et de Castelnau, serait chargée d'exposer à Son Excellence la fâcheuse situation dans laquelle la nouvelle résolution prise par l'administration du timbre placerait la presse médicale.

La demande d'audience a été accueillie avec un tel empressement, que M. Debout, désigné pour recevoir la réponse ministérielle, n'a pu prévenir en temps opportun les rédacteurs que M. le Ministre les recevrait tous vendredi, à 5 heures du soir. En conséquence, MM. Caffe, Debout, Mayer et de Castelnau se sont seuls rendus dans le cabinet de M. le Ministre.

Nous voudrions, dans l'intérêt de la science, et, en général, des œuvres de l'esprit, pouvoir reproduire les termes extrêmement bienveillants dans lesquels M. le Ministre a parlé de la presse scientifique ; mais n'osant compter assez sur la fidélité de nos souvenirs pour hasarder une reproduction textuelle, nous préférons nous borner à rendre l'esprit qui a constamment inspiré les réponses de M. le Ministre à nos réclamations.

Cet esprit, du reste, se manifeste complétement dans les paroles suivantes, que nous sommes certain de citer à peu près littéralement :

« Mon intention, a-t-il dit, en rédigeant le décret du 28 mars 1852, a été non-seulement de maintenir toutes les franchises de la presse scientifique consacrées par la législation antérieure, mais encore de les augmenter. Mais mon intention a été aussi que l'administration surveillât plus rigoureusement qu'elle ne le faisait les nombreux abus qu'on a commis en associant aux œuvres de l'esprit ou en couvrant du manteau de la science, des opérations industrielles qui, loyalement pratiquées, n'auraient pas dû échapper à l'action fiscale. » Pour faire éclaircir par un exemple ce principe général, un des rédacteurs en chef des journaux agricoles (admis en même temps que nous auprès de M. le Ministre) a demandé si l'on pourrait, par exemple, annoncer au public la découverte d'une machine à fabriquer des sabots. M. le Ministre a répondu très-judicieusement : « Annoncer la découverte d'une machine, en faire la description, en montrer les avantages sous le rapport des produits ou de la santé des ouvriers ou des consommateurs, c'est faire de la science ; mais faire savoir au public qu'avec cette machine tel individu fabrique des sabots qu'il vend à tel ou tel prix, c'est faire de l'industrie. »

Comme on le pense bien, en partant d'un tel principe, les nouvelles qui forment la chronique des journaux de médecine ne pouvaient manquer d'échapper à l'action fiscale. Aussi, quand nous avons demandé à M. le Ministre si l'annonce des concours, des cours officiels, du bulletin sanitaire, des missions scientifiques, des promotions de savants et de médecins à diverses fonctions, pouvait être faite comme par le passé, une réponse affirmative nous a été immédiatement faite sans hésitation. Nous n'avons eu à regretter, dans la large libéralité de M. le Ministre, que deux restrictions : la première, relative à l'annonce des cours particuliers ; la seconde, à l'annonce des décès des médecins ou des autres savants.

M. le Ministre a fondé la première restriction sur cette opinion, malheureusement en partie fondée, que les cours particuliers ne sont pas toujours faits dans un but purement scientifique, et que l'administration des hôpitaux elle-même est obligée de faire timbrer les affiches dans lesquelles elle annonce les cours qu'elle autorise dans ses établissements. Nous avons eu l'honneur de faire observer à M. le Ministre que certains cours, ceux, par exemple, consacrés à l'enseignement des maladies mentales, cutanées et syphilitiques, étaient de véritables auxiliaires des

cours officiels ; mais la difficulté de livrer ces distinctions à l'appréciation d'employés subalternes a fait sans doute que M. le Ministre n'a pas cru pouvoir se rendre à nos observations.

Quant à la seconde restriction, M. le Ministre ne l'a imposée qu'autant qu'on se contenterait d'annoncer purement et simplement un décès, ajoutant que si l'on accompagnait cette nouvelle d'une appréciation de la vie et des travaux du savant décédé, c'est-à-dire quelque chose qui pût être utile à la science, l'interdiction cessait, et que la nouvelle rentrait dans la catégorie des faits scientifiques ; et par *faits scientifiques,* M. le ministre a entendu « tous ceux qui individuellement ou collectivement peuvent servir à l'histoire de la science. »

Cette seconde interdiction n'étant, comme on le voit, que conditionnelle, la situation de la presse médicale ne sera changée que relativement à la seule annonce des cours particuliers. Toutes les autres franchises créées par le décret du 28 mars 1852 nous sont conservées, mais cependant à une condition encore, c'est que les journaux scientifiques se garderont des abus et qu'ils se contenteront de faire loyalement de la science. — M. le Ministre nous a paru être parfaitement informé des procédés à l'aide desquels certains journaux, sous prétexte de science, font des réclames pour les fabricants de chocolat, de caleçons périodiques, etc., et il nous a parfaitement laissé entrevoir que le renouvellement de ces abus serait l'occasion de mesures répressives des plus rigoureuses. Ces mesures seraient tellement justes, que nous ne trouvons contre elles absolument aucune objection. Mais ce qui nous semblerait injuste, ce serait de faire supporter à la presse scientifique tout entière une faute personnelle à un ou deux de ses organes; aussi avons-nous la ferme confiance que M. le Ministre, malgré les difficultés d'application qui en pourront résulter pour son administration, s'abstiendra, le cas échéant, de toute mesure générale, et qu'il trouvera équitable de ne rendre chacun responsable que de ses propres œuvres. Une telle résolution, par cela même qu'elle ne laisse pas que d'offrir quelques difficultés dans l'exécution, ne fera qu'augmenter la gratitude de la presse scientifique et littéraire envers M. le Ministre, gratitude dont nous sommes heureux, en ce qui nous concerne, de lui témoigner la vive et sincère expression.

H. DE CASTELNAU.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins,

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca,

Par le Dr DEPAUL, *membre de l'Académie*, etc.

(Suite. Voir les nos 59 et 60.)

Voyons maintenant si ceux que nous devons à notre honorable correspondant, *M. Gaussail*, sont plus concluants. Je puis le dire par avance, ils parlent encore plus haut, si c'est possible, contre la nouvelle méthode.

Dans le premier, une dame, qui, à la suite d'une fausse couche, avait été affectée d'une métrite chronique, et chez laquelle de nombreux moyens avaient été employés sans produire une guérison défi itive, fut soumise au traitement mécanique en juin 1851 (*l'engorgement* de l'utérus étant considérable) : on se servit plusieurs fois du redresseur, pendant vingt-deux mois : mais, dans les intervalles, la malade gardait le repos et on lui faisait prendre des bains et des injections. Au bout de ce temps, on constate une grande amélioration dans l'état général ; mais la matrice est *seulement moins saillante (ce qui veut dire qu'elle l'était encore).* La marche et la station sont toujours fatigantes. On recommence le traitement pendant sept mois, auquel on ajoute, dans les intervalles, le *pessaire à air de M. Garriel.*

Enfin, en septembre 1853, *M. Valleix,* qui se trouvait à Toulouse, déclare qu'il n'y a plus de déviation ; cependant, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent sont reconnues nécessaires, et elles suffisent pour ramener le col à son état normal. Aujourd'hui, la guérison date de cinq mois, et Mme G.... a pu marcher trois heures sans autre fatigue que celle des jambes. Mais, auquel des nombreux moyens employés pendant plus de *deux ans* faut-il attribuer ce résultat ? N'est-il pas permis de se demander si l'usage du redresseur, au lieu de concourir à la guérison, n'a fait au contraire que la retarder pendant longtemps ?

Dans le second, une femme souffrait, depuis dix ans, du côté de l'utérus. En 1851, elle avait un engorgement du corps et du col de la matrice, qui était rouge, inégal et abaissé : un traitement antiphlogistique et le repos ne produisent que peu de soulagement. En 1844, deux ulcérations de la surface interne du col sont difficilement guéries; mais l'*engorgement utérin persiste.* En 1847, à la suite d'une secousse éprouvée en voiture, les symptômes s'aggravent : un repos absolu pendant trois mois, puis l'introduction d'une éponge dans le vagin, améliorent l'état de la malade, qui peut rester *debout et marcher.* Plus tard encore, une névralgie abdominale, qui s'était déjà montrée, fait des progrès et résiste à divers moyens.

En 1851, *M. Valleix,* consulté, reconnaît une *antéversion incomplète* et propose le traitement mécanique, qui est mis en usage pendant *vingt-six mois,* en laissant des intervalles pendant les diverses applications, de telle sorte qu'on évalue à huit mois le temps pendant lequel le redresseur est resté dans la matrice. Durant ces interruptions, la thérapeutique ne restait pas inactive : c'est ainsi que, pendant une saison, Mme B.... a été envoyée aux bains d'*Ussat,* et que, pendant une autre, on lui a fait prendre les bains de rivière.

Le traitement n'a pas exercé une influence manifeste sur l'état névralgique, mais la marche est facile.

Il y a *un mois,* on a encore introduit le redresseur, mais il n'a pu être maintenu dans la cavité utérine.

Le col, examiné, est trouvé *plus gros* que dans l'état normal.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison, et, dans tous les cas, peut-on oublier que d'autres moyens très-énergiques ont été employés ?

Dans la troisième, une simple inflexion du col en arrière, compliquant une phlegmasie chronique de l'utérus (car il y avait sur cette partie de l'organe trois ulcérations profondes reposant sur un fond grenu et rouge, avec tuméfaction et sensibilité), est traitée par le redresseur; mais, au préalable, on a recours aux injections et à dix cautérisations.

Les ulcérations étant cicatrisées, l'instrument est appliqué trois fois, et reste en tout environ un mois et demi.

Quoique le col soit trouvé redressé, on note *qu'il est survenu de la constipation qui n'existait pas avant, des granulations existant encore, on fait de nouvelles cautérisations.*

On donne ce cas comme un exemple de guérison, et cependant, on ajoute que la malade, revue plusieurs fois depuis deux ans, *se plaint de temps en temps de douleurs vagues dans les reins, que les règles sont irrégulières, puisqu'elles se montrent quelquefois deux fois par mois.*

Un dernier examen, fait au moment où cette observation était écrite, montra *le col dans sa direction normale, mais il est sensible, volumineux, granuleux, et on se dispose à traiter cet état morbide.* Je laisse à ceux qui m'écoutent le soin de conclure.

Dans le quatrième, une dame T...., qui éprouvait les phénomènes ordinaires dans les affections utérines, et surtout dans la métrite chronique est examinée, et on diagnostique une antéversion complète avec grand relâchement des parois du vagin.

Pendant deux mois, *M. Gaussail* a recours aux bains et aux injections toniques, au repos absolu. L'état restant le même, il se sert du redresseur, qui paraît produire quelque amélioration. Le repos et les injections sont continués. L'utérus, examiné, est moins incliné, mais il n'est pas dans sa situation normale.

Dès ce moment, on fait des injections toniques, et à la fin d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, on dit que la malade ressent *encore de la faiblesse,* des douleurs *sourdes dans les reins.* On la soumet alors à un traitement tonique, *bains à basse température,* injections froides *avec l'eau saline de Salies.* Son état devient satisfaisant, elle peut aller en voiture sans éprouver trop de fatigue. La position horizontale n'est plus une nécessité.

En janvier 1853, *on lui applique le pessaire du docteur Garriel, et elle s'en trouve très-bien.*

Au mois de mars, à la suite de grandes fatigues, quelques-uns des accidents primitifs reparaissent. (*Cependant l'utérus est droit.*) *Le repos et le pessaire à air la soulagent.*

En ce moment, elle est au début d'une nouvelle grossesse.

Les détails qui précèdent parlent assez d'eux-mêmes. Mais le travail de notre confrère renferme *une cinquième et dernière observation,* beaucoup plus instructive encore que celles qui précèdent pour quiconque voudra se donner la peine de l'examiner sans idée préconçue. Je ne comprends pas pourquoi *M. Valleix* n'a pas cru devoir en parler, sous le vain prétexte qu'elle n'était pas complète. Rien n'est plus complet et plus concluant que l'enseignement qui découle d'un pareil fait, et, pour vous en donner une idée, je me contente de citer presque textuellement les paroles de l'auteur, qui a résumé lui-même son observation de la manière suivante. Après avoir employé pendant plusieurs mois la sonde et divers redresseurs, il est obligé de convenir que *ce traitement n'a produit aucune amélioration. Il semble même à la malade qu'elle est plus fatiguée par la marche, la station et les simples mouvements des bras. Les modifications dans la position de l'utérus sont peu saisissables. La malade et notre confrère lui-même demeurent convaincus que ce traitement ne pourrait plus être supporté.*

Je dois donc à *M. Gaube,* interne distingué de la Pitié, deux observations recueillies dans le service de *M. Aran,* et qui prouvent que deux femmes qui avaient l'une une *antéflexion* et l'autre une *antéversion,* furent guéries de tous les accidents qu'elles éprouvaient, bien que, malgré l'*emploi du redresseur, l'utérus ne se fût pas redressé.* Il est vrai de dire que ces deux malades avaient en même temps *une inflammation chronique de la matrice avec hypertrophie,* et que ces états pathologiques furent naturellement guéris, ainsi que leurs conséquences, par le repos et les autres moyens qui furent employés.

Le fait suivant, que je dois à notre honorable confrère *M. Perrin,* prouve encore combien il est facile de se faire illusion sur les résultats *définitifs* du traitement mécanique :

« Mme P...., âgée de 37 ans environ, demeurant rue Châteaubriand, n° 6, ayant eu deux enfants, d'une bonne santé habituellement, éprouvait, depuis le commencement de l'année, des douleurs inaccoutumées dans les aines, le bas-ventre, dans les reins et dans les cuisses. Jamais elle n'avait accusé d'accidents semblables. Elle n'avait aucune trace de flueurs blanches et elle était régulièrement réglée. La marche et la station debout augmentaient notablement ses souffrances. Plus tard vinrent s'ajouter des besoins fréquents d'uriner, surtout le jour, des garde-robes rares et difficiles. La malade attribuait ses souffrances à de grandes fatigues et à l'obligation où elle était de monter et de descendre à chaque instant un escalier.

Elle avait en outre remarqué que toutes ses douleurs étaient singulièrement amendées, et cela presque instantanément, par le repos au lit.

Ce ne fut que quatre mois après que son médecin reconnut une *antéversion* de l'utérus. C'est alors qu'il conseilla à la malade d'entrer dans le service de *M. Valleix,* pour se faire traiter de ce déplacement. Elle fut reçue quelques jours après à la Pitié et couchée au lit n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. C'était dans le courant du mois de mai 1853.

L'habile médecin de la Pitié reconnut facilement l'antéversion. Pendant les premières semaines, et à cause d'une certaine sensibilité de l'organe, il laissa reposer la malade et combattit, à l'aide de moyens appropriés, le degré d'irritation et peut-être de métrite légère qui existait. Ce ne fut qu'après trois semaines environ qu'il essaya d'introduire la sonde dans le but de préparer la cavité de la matrice à recevoir l'extrémité du redresseur. Trois applications préparatoires plus ou moins douloureuses eurent lieu ; la dernière ayant été facilement supportée, *M. Valleix* considéra comme suffisamment éteinte et calmée la sensibilité accusée de ce côté, et quelques jours après, il introduisit son redresseur utérin. L'application fut facile et n'occasionna pas des douleurs bien vives. Pendant quatre jours et quatre nuits, l'appareil fut bien supporté. En opposition à ce qui arrive très-fréquemment dans les salles de *M. Valleix* (au dire de la malade), l'instrument en place ne détermina chez elle aucun écoulement. Ajoutons que le redresssement forcé eut même pour effet de faire disparaître la plupart des symptômes morbides accusés depuis longtemps. Le cinquième jour, on retira le redresseur, le déplacement avait disparu. Pendant quinze jours encore, la malade resta à l'hôpital, se considérant comme guérie.

M. Valleix lui-même, se félicitant chaque jour du merveilleux résultat qu'il avait obtenu, et donnait, aux médecins qui suivaient en grand nombre sa visite, l'histoire de notre malade comme un exemple probant de l'efficacité de son instrument.

Au moment de sa sortie, la malade fut examinée, touchée et renvoyée comme radicalement guérie. *M. Valleix* lui recommanda, toutefois, de s'abstenir de tout coït, de ne prendre qu'un exercice modéré, et de pratiquer autour du bassin des lotions d'eau froide. Elle était restée en tout sept semaines à l'hôpital.

Notre malade, *guérie, n'était pas à deux cents pas de la Pitié,* donnant le bras à la personne qui était venue la chercher, que déjà elle ne pouvait plus marcher. Arrivée au pont Marie, on fut obligé d'aller la quérir en voiture. Le lendemain, elle se trouvait aussi souffrante que la veille du jour de son entrée à l'hôpital. Les douleurs du bas-ventre étaient entièrement revenues. Quelques jours après, la malade se rendit à la consultation de la Pitié, et là, à son grand étonnement, *M. Valleix* reconnut le retour de l'antéversion : il accusa vertement cette femme d'avoir commis des imprudences, et particulièrement d'avoir cohabité avec son mari ; et cependant, cette accusation n'était pas fondée, car la malade et le mari nous ont formellement affirmé qu'ils *s'étaient abstenus complétement.*

Madame P.... revint chez elle, chagrine de l'accueil qui lui avait été fait, et ce fut alors que je fus appelé. *Aujourd'hui, l'antéversion persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives.* »

Scanzoni, en rendant compte d'un travail de *Mayer,* sur les applications de l'instrument de *Kiwisch* dans les cas de déviation utérine, dit : « Sur 20 cas de déviation, j'ai essayé de ce moyen sans obtenir une seule fois de guérison permanente. — L'instrument de *Kiwisch* fut employé dans 12 de ces cas (*Comptes rendus de Canstatt* pour 1851, vol. 4, p. 296, publiés en 1852). »

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital maritime de Rochefort.

Sur un cas de guérison de tétanos traumatique, traité par le tartre stibié,

Par M. Arlaud, *chirurgien, professeur d'anatomie et physiologie à l'Ecole navale de médecine de Rochefort.*

Un de nos amis nous a communiqué une lettre qui lui a été adressée par M. Arlaud, professeur à l'École de Rochefort, et dans laquelle était relatée l'observation extrême-

ment intéressante que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs. Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Arlaud fait allusion à des faits non moins curieux de myélite épidémique observés par M. Lauvergne. Nous espérons que cet honorable confrère jugera à propos de les livrer à la publicité.

Voici, en attendant, un extrait de la lettre de M. Arlaud :

Je vous envoie un cas de guérison de tétanos. Cette affection est et sera longtemps effrayante. En 1849, j'ai été chargé, sous les ordres de mon ami Duval, des blessés de Rome, à Saint-Mandrier. Les boulets et la mitraille avaient fort maltraité nos soldats ; les blessés, amputés à Civitta-Vecchia, ou à amputer en France, ballotés furieusement par le vent sans pareil qu'on nomme mistral, avaient beaucoup souffert pendant la traversée de Civitta-Vecchia à Toulon. Nous avons passé des nuits et des jours entiers auprès de plusieurs tétaniques, éthérisant nous-mêmes nos pauvres malades. Les alcooliques, les antispasmodiques de toute espèce et sous toutes les formes ; les antiphlogistiques, les révulsifs, le fer, le feu, l'hydrothérapie, tout y a passé ; et tous nos malheureux tétaniques ont succombé.

Depuis ce jour, un sentiment de tristesse profonde s'était emparé de moi. J'ai vu le tétanos à Cherbourg, à Toulon, à Rochefort, aux colonies, combattu par des médecins praticiens haut placés, recommandables, habiles (je parle du tétanos traumatique) : la mort en a toujours été la conséquence. A Palerme, j'ai été appelé à bord du vaisseau anglais *le Bellérophon,* pour assister le chirurgien-major docteur Graham, dans une grande opération habilement pratiquée, la désarticulation du bras droit. Une tempête qui jeta bon nombre de navires marchands à la côte, força le vaisseau *le Bellérophon* à ouvrir les sabords de son hôpital pour certaines manœuvres. Le tétanos se déclara et emporta le blessé en quarante-huit heures, malgré les soins éclairés du médecin anglais.

Depuis que je suis chargé de la direction du service de l'hôpital Saint-Charles, trois cas de tétanos traumatique se sont présentés. Les deux premiers ont été suivis de la mort ; ils ont été publiés par notre très-regrettable et honoré chef, M. Laurencin. Les sujets étaient jeunes, vigoureux, pleins d'énergie.

Le troisième cas, que je vous prie de présenter à M. de Castelnau pour être publié, si vous jugez qu'il en vaille la peine, a été suivi de guérison. La médication a été, pour ainsi dire, pure, sans mélange, mais poussée loin et avec énergie. Crions le fait très-haut, parce qu'il me paraît entraînant, concluant, et qu'il a des précédents ; il a enfin relevé mon courage à l'endroit de l'ennemi terrible que nous sommes très-souvent appelés à combattre. Je le signale plus particulièrement à mes confrères des escadres (1). Le voici :

Jules Lonet, âgé de 23 ans, ouvrier fumiste, du département d'Ille-et-Vilaine, d'une belle constitution, est conduit à l'hospice Saint-Charles le 24 novembre 1853. Deux hommes le soutenaient par-dessous les aisselles, un troisième, placé derrière lui, le soutenait appuyé contre sa poitrine. Le membre inférieur gauche était le siége d'un tremblement convulsif. La tête, le cou, le torse étaient renversés en arrière (opistothonos) ; l'inspiration était sifflante ; les lèvres étaient cyanosées, les yeux injectés, la dyspnée considérable, le trismus complet ; le décubitus dorsal est impossible. Une plaie par piqûre, de 2 centimètres de profondeur, existe à la région plantaire du pied gauche, au niveau des têtes des quatrième et cinquième métatarsiens. Une tumeur fluctuante, du volume d'une aveline, existe à la face dorsale, un peu en arrière de l'origine de l'espace interdigital.

Commémoratifs. — Lonet avait appuyé son pied sur une planche présentant un clou à pointe aiguë. Une douleur vive, suivie d'hémorrhagie assez abondante, résulte de l'action de ce corps vulnérant. Le blessé ne quitta jamais ses travaux. Le lendemain, le gonflement et la douleur ayant rendu la progression très-difficile, il se rendit à Cognac, et parcourut à peu près 4 kilomètres à pied. L'hôpital de cette ville lui fut refusé, la lésion ayant été trouvée trop légère ! Incapable de continuer à travailler, dépourvu de ressources, Lonet se transporta à pied jusqu'à Saintes, où il arriva horriblement souffrant. Quelques spasmes se faisaient ressentir le long du trajet des émanations du nerf crural. A Saintes, il lui fut objecté qu'il était étranger au département, et que du reste, la plaie qu'il présentait était peu grave (1) ! ! Des douleurs avaient apparu dans la région spinale. La municipalité de Saintes, où s'était présenté Lonet, le dirigea alors sur Rochefort, par le bateau à vapeur de la Charente. Après toutes les péripéties que je viens de vous signaler, notre blessé arriva donc à l'hôpital Saint-Charles, où il fut immédiatement admis.

Médication. — L'exploration de la piqûre permet de penser qu'elle n'est pas compliquée de corps étrangers. Une incision pratiquée sur la petite tumeur du dos du pied, laisse écouler une cuillerée à café environ de pus sanieux. — Administration d'un pédiluve tiède ; pansement avec plumasseau arrosé de laudanum, et cataplasme émollient ; première potion stibiée à 0,40 ; eau pure froide pour boisson.

25 *novembre.* La nuit a été sans sommeil ; un malaise extrême, sans vomissements ni selles, a suivi l'administration des quatre premières cuillerées de potion stibiée ; le pouls bat régulièrement 95 fois par minute ; les contractions spasmodiques du membre abdominal sont un peu moins intenses ; la dysphagie et le trismus ont aussi un peu diminué.

3 *heures du soir.* Pouls à 80 ; une selle ; la dysphagie est toujours la même, et à chaque effort de déglutition, le malade est menacé d'asphyxie. — Une potion stibiée à 0,60.

Le 26, douleur épigastrique ; vives douleurs des régions dorso-lombaires ; la rigidité des muscles du thorax et de l'abdomen est telle, que le tronc ressemble à celui d'une statue de marbre ; mais la déglutition est un peu plus facile. — Renouveler le pansement *ut suprà ;* eau pure à la volonté du malade.

3 *heures du soir.* Douleurs lombaires moins vives ; déglutition plus facile encore ; l'écartement des maxillaires, qui avait été impossible, permet de mesurer 1 centimètre ; pas de selles, pas de vomissements ; le malaise, si connu et si heureux qui suit l'action du tartre stibié, a amené un état de détente générale ; le pouls est à 88. — 3ᵉ potion stibiée à 0,80.

Le 27, le malade a goûté quelques heures de sommeil ; pas d'évacuations alvines ; pas de vomissements ; pouls à 90. — Huile de ricin, 60 grammes, mêlée à un bouillon gras.

3 *heures du soir.* Une selle abondante de matières ovillées ; la déglutition est toujours pénible et suivie de spasmes pharyngo-laryngiens et de contractions énergiques des muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes.

Le 28, dans la crainte de déterminer des désordres sur la muqueuse gastro-intestinale, je suspends l'émétique et je prescris un bain sudatoire à l'aide du dégagement de calorique que procurent quatre grands fragments de chaux vive entourés de linges humides.

3 *heures du soir.* Les douleurs dorso-lombaires sont les mêmes ; le trismus est un peu plus considérable que la veille.

Un phénomène important à signaler, c'est l'absence de toute douleur dans la plaie, depuis le débridement et les pansements avec le laudanum pur. — 4ᵉ potion stibiée à 0,40.

Le 29, pas de douleur épigastrique ; tolérance complète ; le pouls est à 120 pulsations, irrégulier, intermittent. — Continuer la potion stibiée.

3 *heures du soir.* Deux selles liquides.

Le 30, la nuit a été mauvaise, mais les maxillaires s'écartent

(1) Nous croyons que l'observation de notre habile correspondant peut être recommandée avec non moins de raison aux médecins de l'armée de terre, qui auront probablement à traiter un plus grand nombre de tétaniques que les chirurgiens de la marine ; on ne doit même pas négliger de recommander ce fait aux chirurgiens des hôpitaux civils, où le tétanos traumatique est loin d'être inconnu. (*N. du R. en ch.*)

(1) M. Arlaud aurait bien dû nous informer si ce sont des médecins qui ont fait ces réponses au malheureux blessé. Ce renseignement ne serait pas inutile à ceux qui voudront écrire l'histoire de la profession. (*N. du R. en ch.*)

à 1 centimètre et demi, la déglutition est plus facile; le pouls est descendu à 95 ; le facies est grippé. — Eau vineuse, bouillon.

1er *décembre*. Amélioration considérable; les muscles du thorax sont moins rigides. — 5e potion stibiée à 0,40 ; tolérance complète.

Le 5, tous les muscles sont à l'état de résolution ; la déglutition se fait aisément; le malade demande à fumer, ce que l'on s'empresse de lui accorder. Je comptais sur l'ivresse *nicotinique;* mais mon malade, fumeur de profession, a supporté très-bien l'action de la combustion d'environ 4 grammes de tabac, dit de caporal. — 6e potion stibiée à 0,30; bouillon; quart de vin sucré; eau pure froide.

3 heures du soir. Ni vomissements, ni selles; le mieux se soutient. — Administration d'un lavement sulfaté.

Le 6, pas de secousses convulsives pendant la nuit; évacuation abondante par le lavement; écartement des maxillaires à 2 centimètres et demi; déglutition facile. Les muscles postérieurs de la cuisse et de la jambe sont encore contractés et maintiennent la jambe légèrement fléchie et le pied légèrement tendu. Les efforts tentés pour ramener la jambe à l'extension et le pied dans la flexion, sont vains. Le malade demande des aliments et fume deux pipes par jour. — Deux potages; vin sucré; eau.

Le 7, sommeil paisible pendant toute la nuit; décubitus sur le dos; le malade essaie de faire quelques pas avec des béquilles.

Du 9 au 15 décembre, la convalescence marche rapidement vers la guérison. La progression devient de jour en jour plus facile; il reste encore un peu de roideur dans les mouvements d'extension de la jambe et de flexion du pied gauche. — Extrait de belladone, 10 centigr. divisés en 8 pilules pour les vingt-quatre heures; embrocations avec huile camphrée opiacée sur le trajet des nerfs sciatique et crural.

Le 20, la déambulation est facile; les digestions se font bien et les forces reviennent.

J'ai gardé pendant un mois encore le malade à l'hôpital, voulant saisir les désordres qu'avait pu laisser le tartre stibié. Je n'ai rien constaté. Du 26 novembre au 5 décembre, mon tétanique avait pris 2gr,60 de tartre stibié, c'est-à-dire une moyenne de 26 centigrammes par jour.

Concluons que cet agent de la matière médicale est le plus puissant contre-stimulant. Dans une épidémie de myélite qui a régné à Toulon, et pendant laquelle, au début, tout homme frappé était un homme mort, M. Lauvergne seul guérit deux de ses malades en appelant, comme il le disait, *une tempête* sur le système nerveux de la vie organique, sur le grand sympathique. Ces deux faits sont déjà loin de nous, mais ils m'avaient vivement frappé. C'est aussi parce que j'ai été frappé des beaux résultats obtenus par plusieurs praticiens dans des cas semblables au mien, par la méthode contre-stimulante à haute dose, que je vous donne connaissance de l'observation un peu indigeste que vous venez de lire.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55 *et* 60 *du tome* 2.)

SUITE DE LA QUATORZIÈME LEÇON.

Les chirurgiens les plus savants du XVIIIe siècle disent tous que la hernie sort au côté interne, il a fallu qu'un médecin espagnol, Gimbernat, leur apprît qu'il y avait un ligament (qui porte aujourd'hui son nom), lequel empêche les hernies de sortir tout à fait à la partie interne : l'anneau est destiné au passage de l'artère, de la veine et des lymphatiques ; l'artère et la veine sont en dehors, les hernies ne peuvent donc pas passer en dehors de l'artère; le plus souvent elles passent en dedans, là où il n'y a que des lymphatiques; quelquefois, enfin, elles passent au-dessus des vaisseaux.

J'ai voulu seulement vous rappeler ces faits, afin que vous compreniez bien quelle était l'ignorance anatomique des chirurgiens du XVIIIe siècle, et leur outrecuidance à affirmer des choses qu'ils n'avaient jamais vues. Enfin, en 1810, Scarpa ne savait rien encore, il ne connaissait même pas l'anneau crural; il reproduisait simplement ce qu'avait dit Garengeot.

En présence de pareilles connaissances anatomiques, vous pouvez comprendre que le diagnostic de la hernie crurale était fort peu avancé, et que la question du chiffre réel de la proportion de ces hernies laisse considérablement à désirer.

Pour le diagnostic, Garengeot n'en dit rien; Arnaud dit que la hernie crurale a à peu près les mêmes signes que la hernie inguinale incomplète : aussi, comme il ne savait pas les distinguer, disait-il que sur 20 hernies dans le pli de l'aîne, chez la femme, il y avait 19 hernies crurales.

Heister a commencé un peu ce diagnostic; la hernie crurale, dit-il, plus ronde et plus petite que la hernie inguinale incomplète, est située dans le pli même de l'aîne, la hernie inguinale est un peu au-dessus; et il ajoute qu'il a traité un grand nombre de hernies et qu'il en a vu à peine une ou deux crurales. Il y a donc entre cette opinion et celle d'Arnaud un abîme tout entier : du reste, elles sont fausses toutes les deux. Ces prétendues données résultaient d'un préjugé que j'ai eu bien de la peine à renverser : on disait que, chez la femme, les hernies crurales étaient beaucoup plus fréquentes que les hernies inguinales, ce qui est parfaitement faux.

Arnaud établissait donc la proportion suivante :

Chez les femmes. . . . 1 hernie inguinale, 19 crurales.
Chez les filles. . . . 1 hernie crurale sur 100 comme chez l'homme.

Vers 1775, Mathey d'Anvers :				
Hommes. . . .	309 h. ing.	7 h. crurales, ou		2 °/o
Femmes. . . .	5 —	43	—	90 °/o
Bandagistes de Londres :				
Hommes. . . .	6218 —	121	—	2 °/o
Femmes. . . .	44 —	649	—	93 °/o
Nouvelle société :				
Hommes. . . .	3346 —	34	—	1 °/o
Femmes. . . .	34 —	271	—	90 °/o
Monnikoff :				
Hommes. . . .	1424 —	33	(+12 ing. et cr.)	3 °/o
Femmes. . . .	346 —	104	(+17 ing. et cr.)	25 °/o
J. Cloquet :				
Hommes. . . .	203 —	55 h. crurales, ou		20 °/o
Femmes. . . .	42 —	79	—	66 °/o
En 1835, j'ai trouvé :				
Hommes. . . .	330 —	14	—	4 °/o
Femmes. . . .	53 —	8	—	14 °/o
Bicêtre, en 1840 :				
Hommes. . . .	953 —	28	(+22 cr. et ing.)	5 °/o
Femmes. . . .	32 —	22	(+3 cr. et ing.)	40 °/o
M. Nivet, à la Salpêtrière :				
Femmes. . . .	40 —	67	(9 douteuses)	68 °/o

Mais M. Nivet ne savait pas très-bien distinguer les hernies crurales des hernies inguinales, et faisant les recherches moi-même à la Salpêtrière, je trouvai 54 hernies inguinales et 35 crurales.

Il y a environ dix-neuf ans, les chirurgiens étaient encore tous convaincus que les hernies crurales étaient beaucoup plus communes chez la femme que les hernies inguinales; lorsque je suis venu annoncer le contraire, c'est à peine si l'on voulait m'entendre : mes collègues du Bureau central disaient bien qu'à la vérité la proportion des hernies crurales n'était pas aussi forte qu'on le pensait autrefois, mais ils ne croyaient guère ce que je disais; je les adjurai donc de compter les hernies cru-

rales qui leur passaient sous les yeux : seul, M. Maisonneuve le fit ; quant aux autres, je fus obligé de les mettre au défi de trouver autant de hernies crurales que d'inguinales ; il est vrai qu'au Bureau central on range les petits enfants pêle-mêle avec les femmes, cela pouvait sembler important à considérer, et on m'en fit l'objection : je proposai de reparier, en ne prenant que les femmes qui avaient des enfants : personne n'accepta le pari. Avant l'âge de 20 ans, il y a très-peu de hernies crurales, elles deviennent au contraire très-fréquentes après 20 ans, et, malgré cela, il y a encore beaucoup plus de hernies inguinales que de crurales chez la femme.

Comment étais-je arrivé à cette conclusion? D'abord j'y avais regardé de près, ce que n'avaient pas fait nombre de mes devanciers, j'avais pris aussi des séries considérables de hernies tant inguinales que crurales, je ne pouvais donc pas me tromper. Mais il y a autre chose qu'il faut inscrire en première ligne, il faut savoir distinguer les différentes espèces de hernies; ainsi M. Manec voulut, à la Salpêtrière, faire le recensement des hernies; il trouva beaucoup de hernies inguinales, mais encore plus de crurales; je fis le recensement moi-même avec M. Guyton, interne du service; après avoir bien examiné les choses, nous trouvâmes qu'il y avait plus de hernies crurales que d'inguinales, et M. Guyton retourna vers son maître, converti ou perverti, si vous voulez : cela tenait à la manière de faire le diagnostic. Il fallait donc d'abord établir un diagnostic différentiel capable de bien éclairer les chirurgiens ; ce but, je crois l'avoir atteint, et je vous l'exposerai dans la prochaine séance.

A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

De la contracture pelvienne.

M. Demilly, vétérinaire à Reims, a adressé à la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, un Mémoire ayant pour but de jeter quelque lumière sur une maladie encore obscure, et, suivant cet auteur, longtemps confondue avec la paraplégie : c'est la *contracture pelvienne aiguë*. Nous croyons qu'on ne lira pas sans intérêt l analyse d'un travail dont les résultats ne laisseront peut-être pas que de jeter quelque jour sur la contracture observée, dans ces derniers temps surtout, dans l'espèce humaine.

M. Goubaux, professeur d'anatomie à l'École d'Alfort, a été chargé de présenter à la Société l'appréciation de ce travail.

La contracture, suivant M. Demilly, est l'opposé de la paralysie; il la définit, avec Savary, une flexion produite par la contraction permanente et involontaire des muscles préposés à ce mouvement ; il établit un contraste entre ces deux maladies.

La paralysie frappe tous les individus sans moments déterminés ; c'est exclusivement pendant un travail léger, modéré, qu'on voit apparaître la contracture.

La paralysie a sa cause dans le système nerveux ; les muscles restent dans un état d'intégrité; s'il y a contracture, la masse musculaire est altérée, mais l'organe encéphalique est sain.

Enfin, dit M. Demilly, pour la paralysie, c'est la faiblesse qui est en évidence ; pour la contracture, c'est la force dans son impuissance.

Telle est l'idée fondamentale du travail de M. Demilly.

M. le rapporteur ne pense pas qu'il doive exister une différence entre la paralysie et la contracture pelvienne ; si, dit M. Goubaux, l'action nerveuse cesse d'être transmise à un muscle, il devient flasque, ne peut plus se contracter, il est paralysé; néanmoins, la propriété caractéristique de la fibre, la myotilité persiste encore quelque temps; un courant galvanique, les vivisections, les faits pathologiques en donnent la démonstration irrécusable; ici c'est *la faiblesse qui est en évidence.* Le même effet peut reconnaître pour cause tout obstacle à la circulation dans une région déterminée, la ligature de l'aorte, ou son oblitération par le perchlorure de fer. M. le rapporteur pense que l'auteur a rattaché, à la contracture, des phénomènes qui appartiennent à la paralysie; ainsi, n'est-ce pas cette dernière qu'il définit quand il appelle la contracture *la force dans son impuissance.* Que l'on se représente une paralysie complète d'un côté; de l'autre, la contracture pelvienne aiguë, on aura le même résultat dans les effets; il varierait, ce résultat, si l'on opposait la paralysie au tétanos.

Après avoir exposé ces idées générales, M. le rapporteur choisit, parmi les nombreuses observations, celles qui offrent le plus d'intérêt :

I. 3e *Observation.* — Un cheval est atteint tout à coup d'une boiterie du membre postérieur droit; légère d'abord, elle progresse rapidement ; bientôt la pince pose seule sur le sol et l'appui ne peut plus se faire que par un abaissement considérable de la hanche ; la brutalité du propriétaire force l'animal à continuer son chemin ; mais le poser n'est plus possible que par la face antérieure du pied et sur le boulet; enfin, le malade, exténué, tombe à terre ; la saignée, les calmants, les lavements émollients sont sans succès ; la croupe présente alors une scissure profonde que bordent des masses musculaires hypertrophiées. La mort arrive bientôt.

Comme lésions nécropsiques, M. Demilly a signalé un épanchement sanguinolent dans l'abdomen; sur l'intestin, des surfaces rouge-foncé de 15 à 20 centimètres d'étendue; il n'a découvert rien de morbide dans le canal rachidien.

II. 4e *Observation.* — Une claudication atteint subitement un cheval de selle exercé au pas; non-seulement elle entrave tous les mouvements, mais encore elle ne permet plus la position debout ; le décubitus a lieu sur le côté gauche. La ligne médiane, normalement saillante chez cet animal, est noyée au milieu des muscles ischiaux, on dirait un gros cheval de trait à croupe double; les extrémités des membres postérieurs sont fléchies en arrière, la douleur se traduit par la plus vive fièvre de réaction; en vain, on veut la calmer par une saignée aux coccygiennes, à peine s'en écoule-t-il quelques gouttes de sang ; enfin, trois heures après, l'animal avait succombé.

M. Demilly a mentionné de nouveau l'épanchement sanguin dans la cavité péritonéale et les taches brunâtres sur les viscères intestinaux ; les artères rénales et mésentériques étaient gorgées d'un sang noir, poisseux, qui gonflait aussi le tissu des reins ; quelques caillots se présentaient dans l'aorte postérieure; comme lésion dernière et remarquable, les muscles croupiens avaient une teinte blafarde, jaune saumoné. Enfin, la moelle épinière a sa substance et ses enveloppes dans l'état le plus parfaitement sain.

III. 6e *Observation.* — La boiterie, chez le sujet de cette observation, parcourt toutes les phases déjà décrites ; la flexion des articulations supérieures est telle, que le membre est réduit d'un quart ; la hanche s'abaisse de 40 centimètres ; les ischio-tibiaux se dessinent de plus en plus, et la contracture détermine promptement la chute sur le sol ; le spasme est à ce point porté que les deux masses musculaires, limitant le sillon de la croupe, se touchent par leurs bords. Si, à l'aide de la suspension, la croupe est mise sur le même niveau que le garrot, la rétraction maintient l'extrémité des membres à une distance de 60 centimètres du sol.

Ce qui ne permet pas de rattacher ce cas à la paraplégie, dit M. Demilly, c'est que les muscles, encore soumis à l'influx nerveux, agissaient volontairement, c'était leur contraction excessive qui fixait si énergiquement les os dans la flexion.

Traitement.— Les saignées, les frictions calmantes, les demi-lavements laxatifs, rien ne put conjurer la mort.

Si les vétérinaires ont si rarement mentionné la contracture pelvienne, la raison s'en trouve, suivant M. Demilly, dans le retard que l'on met à appeler le praticien qui dès lors ne peut suivre le mal dans toutes ses phases successives.

Outre les lésions exposées dans les autres observations, M. Demilly cite un caillot noir occupant l'aorte depuis son passage dans le diaphragme jusqu'à ses divisions ramusculaires;

les artères mésentériques et rénales présentaient le même phénomène.

Pour la première fois, l'appareil nerveux est le siége d'une lésion qui consiste en une légère injection du renflement lombaire.

IV. 19e *Observation.* — La contracture existait depuis huit jours, quand M. Demilly fut consulté; rien de prime abord n'indiquait la moindre entrave à la locomotion; un exercice prolongé put seul faire dérouler tous les phénomènes déjà cités, mais avec ce degré extrême de rétraction que l'animal posant sur le pied droit, le sabot du membre opposé ne descendait pas plus bas que le jarret du sain; toute l'extrémité s'était déjà refroidie jusqu'à la partie supérieure du canon; le membre droit étant bientôt attaqué à son tour, la chute eut lieu et l'animal éprouva une violente fièvre de réaction dont la durée ne dépassa pas 20 minutes, époque où le sujet se releva guéri. Cette contracture, qui apparaissait par accès, nécessita le sacrifice de l'animal.

M. Demilly fait encore remarquer l'analogie des lésions que portait le cadavre; les parois des artères tibiales, obturatrices et fémorales, étaient bleuâtres, ecchymosées; à leur face interne existaient ici quelques concrétions lamelleuses grisâtres et brunâtres en couches superposées; ailleurs, des caillots par couches circulaires.

Le physiologiste, ajoute M. Demilly, ne trouvera-t-il pas l'explication des phénomènes qu'offre cette dernière observation dans la présence des concrétions fibrineuses dans le système circulatoire; en effet, au repos, en raison de l'activité moins grande de la circulation, le sang pouvait encore assez facilement suivre son cours et s'échapper même dans les divisions anastomotiques; au contraire, pendant l'exercice, l'ondée sanguine, rapidement poussée, s'accumulait dans les ramuscules artériels et surabondait dans le tissu musculaire qui se distendait d'une manière incessante et progressive; or, la fibre, transversalement tendue et dilatée, ne pouvant réagir, rend compte, suivant M. Demilly, de l'agitation du cœur, du trouble de la circulation, des difficultés de la locomotion, des souffrances et de la mort qui en étaient la suite. L'engouement des capillaires supérieurs, celui de toutes les fibres musculaires se rattachent donc aux embarras de la circulation et aux oblitérations des voies inférieures; les lésions de la 19e observation sont trop évidentes pour permettre le moindre doute sur l'étiologie; si les autres cadavres ne les ont pas offertes aussi manifestes, on ne doit en accuser que la récence de la maladie; néanmoins, la présence des caillots sanguins prouve la plus complète similitude.

Telles sont, dit M. le rapporteur, les quatre observations qui présentent le plus d'intérêt; mais M. Goubaux ne peut pas adopter les idées de M. Demilly; il ne voit, dans la contracture, que le symptôme d'une maladie et non la maladie elle-même.

La lecture de ce Rapport a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part un très-grand nombre des membres de la Société.

M. H. Bouley, partageant l'opinion de M. Goubaux, croit que M. Demilly prend un effet pour une cause. La physiologie et l'anatomie pathologique ne permettent plus de confondre des maladies qui ont souvent beaucoup de symptômes communs, mais dont l'essence est différente. On sait aujourd'hui que les paralysies peuvent avoir pour cause soit une maladie de la moelle et de ses enveloppes, soit une lésion locale des nerfs et des principales artères des membres; on ne peut plus envelopper, sous la dénomination de contracture, des maladies aussi dissemblables quant au siége de la lésion. Que le nerf fémoral antérieur ou le petit sciatique, pour une cause quelconque, ne remplissent plus leurs fonctions de cordons conducteurs, il y a paralysie des muscles extenseurs de la jambe et fléchisseurs du métatarse; le membre postérieur faiblit en tant que colonne de soutien; pour suppléer à cette faiblesse, les muscles supérieurs redoublent d'activité, font un effort suprême de contraction, de là le phénomène secondaire que M. Demilly regarde à tort comme essentiel.

M. Bouley jeune ne saurait non plus adopter les conclusions de M. Demilly; comme M. H. Bouley, il est d'avis, avec le rapporteur, que M. Demilly a pris un effet pour une cause, et que ce qu'il appelle contracture n'est autre chose que la paralysie; que cette dernière est la conséquence, comme il l'a établi le premier, d'une congestion sur la moelle, ou bien qu'elle dépend d'une lésion des nerfs ou d'une oblitération des vaisseaux, ainsi que l'a démontré M. Goubaux.

Sans vouloir aborder la question de savoir si le mot contracture convient ou non pour désigner la maladie décrite par M. Demilly, M. Renault dit qu'un fait considérable ressort des observations recueillies par ce laborieux vétérinaire, à savoir : que les chevaux qui sont atteints de cette affection guérissent par les moyens qu'il indique, et qui sont tous dominés par un seul : le repos absolu.

Pour notre compte, nous avons trouvé que M. Demilly ne donne pas une idée suffisante du sens qu'il attache au mot contracture; mais nous regardons comme pleines d'intérêt les lésions musculaires que l'auteur a signalées dans son Mémoire; notre expérience personnelle nous a démontré, en plusieurs circonstances, que la lésion des muscles était primitive et que l'altération du nerf n'apparaissait que consécutivement.

Par une communication écrite, lue dans une séance ultérieure, M. Demilly a cherché à appuyer sur de nouvelles preuves les assertions qu'il avait émises précédemment. La circonstance occasionnelle de la contracture se trouve dans l'exercice, les causes prédisposantes se rencontrent dans une nourriture trop alibile et la grande plasticité du sang. Il maintient ce qu'il a écrit sur les concrétions et le rôle qu'il leur fait jouer dans la production des phénomènes morbides qui caractérisent la contracture.

La contracture, suivant M. Demilly, offre trois types : 1° elle est aiguë et facilement curable; ou 2° suraiguë et rebelle à toute guérison; 3° enfin, intermittente; dans ce cas, l'auteur la considère comme une variété du premier type.

D'accord avec M. le rapporteur relativement aux paralysies, il se trouve en dissidence d'opinion quand il avance que, dans la paralysie comme dans la contracture, les ***muscles sont dans leur impuissance*** et donnent un identique résultat.

Il est loin d'admettre, ainsi que M. Goubaux l'a supposé, qu'une région étant frappée de paralysie, les muscles antagonistes subissaient la contracture; M. Demilly dit qu'il a mentionné spécialement la décoloration, les déchirures non pas des muscles paralysés, mais bien de ceux de la région en contracture; il a également cité l'absence de toute lésion sur la moelle et ses dépendances, et l'invincibilité de la rétraction musculaire. Toute confusion lui paraît impossible : dans la contracture pelvienne, les muscles antagonistes conservent toujours à l'excès même leur puissance d'action; dans la paralysie, il y a, au contraire, nullité d'action musculaire, il ne peut donc approuver la proposition de M. Goubaux, qui dit que la paralysie existant à droite et la contracture à gauche, de part et d'autre le résultat sera identique. Aussi M. Demilly se croit-il autorisé à conserver le mot contracture pour caractériser le groupe de symptômes que produisent les obstacles apportés à la circulation par la présence de concrétions fibrineuses dans l'intérieur des vaisseaux.

M. Demilly oppose ensuite, dans un résumé général, la paralysie à la contracture, en disant :

1° La paralysie a des causes nombreuses; une seule et invariable produit la contracture, c'est la plasticité du sang;

2° Le pronostic et le traitement de l'une varient suivant les causes; ils sont constamment les mêmes pour l'autre;

3° La durée de la première est indéterminée; la seconde se termine régulièrement par la mort en cinq à six jours, ou demande un ou deux mois pour la guérison.

M. Demilly termine par les conclusions suivantes :

1° Que la contracture pelvienne aiguë est une maladie des appareils sanguin et musculaire, et que, pour le motif et la fréquence excessive avec laquelle elle sévit sur le cheval, elle doit avoir une place à part dans les nosographies vétérinaires;

2° Que la condition indispensable pour qu'elle existe, est un

état de plasticité exagérée du sang chez le sujet sur lequel elle doit se développer;

3° Qu'elle ne se manifeste, ne croît et n'empire que sous l'influence de l'action musculaire;

4° Que cette maladie est une, qu'elle a son cachet spécial et des caractères qui n'appartiennent qu'à elle seule, et qui sont la flexion des membres postérieurs, leur raccourcissement, la rétraction et le gonflement des muscles de la croupe; et, sous l'influence de la marche, l'augmentation et l'accroissement successif de ces phénomènes jusqu'à la perclusion complète;

5° Enfin, qu'à l'autopsie, il y a absence totale de lésions sur l'appareil nerveux, et que l'on constate inévitablement des caillots dans les grosses artères, des concrétions plus anciennes dans des ramifications plus inférieures des membres postérieurs, et ensuite des désordres et une décoloration de tous les muscles pelviens. REYNAL.

THÉRAPEUTIQUE.

Des propriétés du salicilite de potasse,

Par le Dr TÉLÈPHE-P. DESMARTIS, *de Bordeaux*.

Déjà, à plusieurs reprises, nous avons parlé de ce médicament et des heureux effets que nous en avons obtenus; nous sommes loin de prétendre en faire une panacée universelle, mais nous croyons qu'il a en thérapeutique et dans certaines circonstances une place bien marquée. Ainsi, nous avons dit que dans des cas de variole avec fièvre intense, et où l'état de congestion était extrême, nous avons eu par l'emploi du salicilite des effets hyposthénisants très-remarquables. Depuis, chez de tout jeunes enfants non vaccinés, atteints aussi de variole confluente, et qui semblaient voués à une mort certaine, nous avons vu l'intensité des phénomènes généraux diminuer rapidement par l'emploi de potions contenant quelques gouttes de teinture d'acide salicileux. Dans ces circonstances et dans bien d'autres, nous croyons que les préparations salicileuses agissent plutôt en fluidifiant le sang ou en modifiant les organes de la circulation, qu'en produisant un effet hyposthénisant; car, en même temps que le calme de toute l'économie se manifeste, la circulation tend toujours a revenir à l'état normal. Quoi qu'il en soit, il en résulte un bien-être très-évident. D'un autre côté, nous avons arrêté par le salicilite de potasse en potion des vomissements que rien n'avait pu calmer. Tout récemment, chez des malades atteints de fièvre typhoïde, où le sulfate de quinine avait produit des surexcitations de l'estomac et des vomissements presque continus, et où l'opium ni la glace n'avaient rien opéré, nous avons arrêté ces mouvements excrétoires prr l'emploi du salicilite. Nous avons même procuré un soulagement notable dans des cas de vomissements dits incoercibles, chez des femmes enceintes, au moyen de la prescription suivante :

℞ Glace au citron (telle qu'on la sert dans les cafés)	200 gram.
Extrait de jusquiame.	20 centig.
Salicilite de potasse pur.	30 —

M. S. A.

à prendre par cuillerée à café d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, d'après l'état de la malade.

Lorsque dans les affections organiques du cœur, ainsi que l'a très-bien fait observer M. le docteur Hannon, la digitale ne peut plus être prescrite, parce que les parois de cet organe sont devenues flasques et amincies, et que la circulation capillaire se fait difficilement, comme le prouve l'œdématie, le froid des membres, c'est là que les salicilites doivent être prescrits, et alors ces préparations raniment le torrent circulatoire. Pour nous, toutes les fois que nous avons trouvé le pouls faible par suite de maladie organique, nous avons prescrit avec avantage le salicilite, car le cœur et les artères ont semblé revivre. Nous avons constaté aussi dans les maladies du cœur que, toutes les fois qu'il y a intermittence, le salicilite rétablissait parfaitement la régularité des pulsations. Chez des vieillards asthmatiques, où toute médication avait échoué sans produire même le moindre soulagement, le salicilite, que nous avons prescrit parce que nous avions trouvé un défaut de rhythme normal du cœur, a donné des améliorations sensibles, et les *narcotiques* (la belladone, le stramonium, la jusquiame ou l'opium), employés concurremment avec le salicilite, ont amené la guérison complète, quoique seuls ils n'eussent jusqu'alors rien produit. Après l'emploi du salicilite, nous sommes dans l'habitude, dans ce cas, de prescrire la tisane de fleurs de *reine des prés* (*spiræa ulmaria*), qui contient de l'acide silicileux et continue à exercer sur les malades une action efficace.

Nous reconnaissons donc parfaitement l'opportunité du salicilite dans les maladies du cœur, lorsque la puissance musculaire de cet organe est considérablement affaiblie; et alors, non-seulement *il ranime la force circulatoire*, mais encore *il ramène en même temps le rhythme normal*, s'il y a intermittence ou hésitation dans les battements.

Si, d'une part, le salicilite semble dissiper les congestions et calmer l'irritation trop prononcée, d'une autre il paraît propre également à ranimer la circulation chez les sujets très-affaiblis. Est-ce en liquéfiant davantage le sang et en lui donnant la facilité de circuler plus librement dans les artères, ou bien est-ce en imprimant au cœur un mouvement plus prononcé, qui le porte à pousser le sang plus vivement? C'est ce que, jusqu'ici, nous ne saurions déterminer : nous ne pouvons que constater les faits et les signaler à l'attention des praticiens.

Nous avons encore remarqué que, chez les vieillards dont les artères étaient devenues cartilagineuses ou s'étaient presque ossifiées, les pulsations, qui n'étaient guère plus susceptibles, se sont rétablies, pendant un certain temps, par l'emploi du médicament que nous préconisons.

Il y a quelques mois, un de mes confrères de la campagne m'écrivit pour me demander des conseils au sujet d'un vieillard atteint aux deux pieds de gangène sénile. Cé malheureux malade, me dit mon collègue, éprouve depuis quinze jours des douleurs atroces; ce ne sont pas des cris qu'il fait entendre, ce sont des hurlements. Les orteils et le métatarse sont froids, tuméfiés et d'une couleur lie de vin; les deux gros orteils sont entièrement noirs. — Je conseillai à mon collègue d'essayer le salicilite de potasse en potion, et d'administrer aussi l'infusion vineuse de *fleurs d'ulmaire* pour boisson. Ce traitement produisit un effet si salutaire qu'en ce moment ce malade est complétement guéri. Espérons qu'il sera assez heureux pour ne pas éprouver de récidive. Nous ne supposons pas qu'il y ait eu dans ce cas-ci guérison spontanée, comme cela arrive parfois dans la gangrène sénile; nous admettons, au contraire, le rétablissement de la circulation par l'effet du médicament. On sait que, quelquefois, des individus perdent plus tard, à quelques mois ou à quelques années de distance, un ou plusieurs orteils, et qu'il arrive enfin que cette horrible maladie envahit le pied et même tout le membre, et cause alors inévitablement la mort.

L'observation de guérison dont nous venons de parler n'est donc pas essentiellement concluante en faveur du salicilite; nous admettons néanmoins que ce médicament a pu rétablir et activer la circulation de manière à détruire le mal.

D'autres observations viendront, nous l'espérons, confirmer les propriétés salutaires des préparations salicileuses dans une maladie qui jusqu'ici n'a pas eu de curatifs; ce qui doit être une raison puissante pour ne pas abandonner le malade et le laisser sans secours, quand on a quelque chose qui offre des chances de succès même très-incertaines. (*Rev. thér. des méd.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le Ministre de l'instruction publique vient d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui adresser, conformément aux dispositions du décret du 9 mars 1852, une double liste de candidats parmi lesquels sera choisi celui qui devra occuper la chaire de clinique vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

Cette liste devant être dressée dans un très-bref délai, MM. les docteurs qui voudraient y être portés sont invités à déposer leur demande et leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le 1er juin. (*Communiqué.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 62. 2e année. Jeudi 25 Mai 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : e mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins,

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca,

Par le Dr Depaul, *membre de l'Académie,* etc.

(Suite. Voir les nos 59, 60 et 61.)

Messieurs, l'attention soutenue avec laquelle vous avez bien voulu écouter la lecture de la première partie de mon Rapport, m'a prouvé que je ne m'étais pas trompé en accordant la plus grande importance à la question qui s'agite devant vous; mais j'ai besoin de compter encore sur votre indulgence pour terminer la mission difficile et pénible que vous m'avez donnée. Je crois avoir déjà démontré, par tout ce qui précède, l'inutilité du traitement mécanique; cependant, il est encore un argument que je ne puis passer sous silence, car il fera, j'en ai la conviction, une vive impression sur vos esprits : je le puise dans la pratique de *M. Valleix* lui-même. Il est curieux, en effet, de suivre toutes les transformations par lesquelles il a fait passer la *méthode primitive*. Dans l'origine, la tige intra utérine avait 6 centimètres de long : les succès étaient presque constants ; cependant, quelques accidents qu'on dit légers, et surtout la crainte d'en voir survenir de plus graves, firent réduire cette tige à 5 centimètres et même à 4, et on ne nous a pas dit que les résultats eussent été moins satisfaisants. Ces perfectionnements ne paraissent pas suffisants encore. Un peu plus tard, notre confrère pose cette règle générale (un peu vague, il faut en convenir,) que la tige utérine doit avoir *le moins de longueur possible*. Mais ce n'est pas tout : quoique les succès aient été toujours les mêmes, quoiqu'il déclare que les rares accidents qu'il a eu à constater aient toujours été sans importance, il cherche encore à simplifier; et la dernière modification à laquelle il s'arrête est tellement radicale qu'elle constitue un véritable abandon de la méthode première. Il ne s'agit plus, en effet, que d'introduire l'hystéromètre dans la cavité utérine, de redresser l'organe par un mouvement convenable de l'instrument, qui est retiré aussitôt et qu'on remplace par un ballon en caoutchouc dilaté avec de l'air, après l'avoir placé entre la face antérieure du col et la paroi correspondante du vagin. Le procédé n'est appliqué, jusqu'ici, que pour les déplacements en arrière (rétroversion et rétroflexion), et la seule raison qui ait empêché l'auteur de l'étendre aux déplacements en avant, c'est l'obstacle que la sonde rencontre dans le pubis, et qui ne permet pas d'obtenir un redressement préalable et complet; mais il espère qu'on parviendra à vaincre cette difficulté par une heureuse modification de l'hystéromètre. Sur 9 cas traités de cette manière, 7 guérisons radicales auraient été obtenues, et, dans le 8e, une grande amélioration existait déjà lorsque, pour des causes particulières, le traitement fut interrompu. — *M. Valleix* déclare lui-même « que ces faits n'ont pas besoin de commentaires : ils prouvent que, par ce procédé, l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. »

Quant à moi, je ne suis pas plus édifié sur le redressement définitif par la nouvelle méthode que par l'ancienne, mais je trouve, dans ce que je viens de rappeler, la condamnation la plus complète des redresseurs intra-utérins.

Une des raisons sur lesquelles *M. Valleix* a souvent appuyé ses convictions, c'est que la nouvelle méthode compterait maintenant de nombreux partisans soit en France, soit dans divers pays voisins du nôtre. Je crois que, sous ce rapport encore, il s'abuse singulièrement; pour ce qui est de la France, quelques voix se sont élevées çà et là pour vanter l'utilité du nouveau traitement, mais elles sont encore infiniment peu nombreuses, si on les compare à la répulsion presque générale qu'il a inspiré aux hommes les plus compétents et les plus considérables ; et qu'on ne dise pas que les opposants sont exclusivement ceux qui n'ont pas essayé : beaucoup se sont laissé tenter d'abord, et ce n'est qu'après avoir pu juger par eux-mêmes qu'ils ont repoussé un moyen qui ne leur a laissé que des regrets.

Il importe que vous sachiez aussi que la pratique de la Grande-Bretagne est loin d'être favorable. Je me suis livré à de nombreuses recherches pour pouvoir vous en faire connaître les résultats, et il ne sera pas sans intérêt de vous dire ce qu'on pense dans un pays où le traitement mécanique compte son plus fervent apôtre. J'ai déjà regretté que *M. Simpson*, au lieu *de faits* dont nous aurions pu apprécier la valeur, se soit contenté d'émettre des opinions. Mais je puis vous dire que ces opinions sont loin d'être partagées par tous nos confrères d'outre-Manche. Je dois à l'obligeance de l'un d'eux, qui, pendant deux ans, a été témoin des nombreuses tentatives du professeur d'Édimbourg, les renseignements suivants, auxquels son savoir et son honorabilité donnent un grand poids :

« La tolérance de l'utérus pour une telle intervention mécanique, m'écrit-il, diffère beaucoup selon les individus : chez quelques malades, ces instruments ne produisent que peu de malaise pendant les premières minutes ou les premières heures qui suivent l'introduction ; chez d'autres, au contraire, ils sont aussi prompts à exciter une inflammation qui peut avoir des conséquences sérieuses. Il en résulte que, dans quelques cas, ils ont pu être portés pendant des jours, des semaines, des mois, et même des années, sans qu'il surgît aucun inconvénient; mais, dans d'autres cas, la sensibilité de l'utérus a, dès le premier moment, posé un *veto* qu'on aurait dû respecter. Malheureusement, il ne l'a pas été suffisamment par ceux qui se sont en quelque sorte identifiés avec le traitement mécanique, et c'est pour avoir méconnu ces avertissements de l'organisme qu'un certain nombre de femmes ont été victimes des redresseurs.

« Si l'exquise sensibilité de la matrice, réveillée par la présence du corps étranger, est parfois vaincue, il semble que cet organe peut le supporter longtemps avec une impunité apparente. J'ai vu quelques cas de ce genre, mais je les crois très-rares. Chez *la grande majorité des femmes*, il est survenu quelque état morbide de l'utérus ou de ses annexes, et un prompt retrait de l'instrument, ainsi qu'un traitement actif, sont devenus nécessaires.

« L'effet immédiat de ces pessaires est, pour un temps court, singulièrement trompeur. Une malade, épuisée par la continuité de la douleur et par les autres symptômes, consulte un médecin *mécanique:* un pessaire est introduit ; l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent avoir disparu : la marche est possible. On vante le médecin, on exalte son génie ; le cœur plein de joie, on raconte aux amis étonnés la cure merveilleuse, et l'avenir apparaît plein d'espérances ; mais, à peine la merveille a-t-elle duré quelques heures, qu'on voit la scène changer : une irritation commence, une inflammation aiguë la suit bientôt ; on met en usage le calomel et l'opium, avec tous les moyens antiphlogistiques, et la malade, si elle échappe à quelques-unes des plus graves maladies, a souvent à supporter les affreux résultats d'une salivation portée très-loin. Telle est l'histoire d'un certain nombre de femmes qui ont été soumises au redressement mécanique.

« Il ne peut y avoir aucun doute, car l'expérience est là pour en témoigner, l'usage de ces instruments peut être suivi des plus graves accidents : *des hémorrhagies, des fissures rectales, des ulcérations du rectum, des métrites, des métro-péritonites, des abcès pelviens en sont des conséquences assez fréquentes;* plus d'une fois, même, *la mort* en a été le résultat final. »

M. Simpson, lui-même, a reconnu la possibilité de quelques accidents, puisqu'il dit : « J'ai parfois rencontré des cas dans lesquels le pessaire utérin a produit une irritation telle qu'elle a nécessité son retrait peu de temps après son introduction ; » mais il est vrai qu'il ajoute que « ces cas sont des exceptions à la règle générale.....; quelquefois aussi, une légère ménorrhagie suit leur usage, particulièrement à la première ou à la deuxième période menstruelle (*Vide Dublin quaterly Journal for* 1848, p. 395). »

Le docteur *Churchill*, de Dublin, décrit cette méthode de traiter les affections utérines comme « *une tentative dangereuse d'intervention mécanique* (*Vide Diseases of Women*, p. 110). » Plus loin, page 288, il ajoute : « Dans les cas de rétroversion ancienne, quoiqu'on remette l'utérus en place, il reprend bientôt sa position première, et on paraît, en définitive, n'avoir rien gagné..... A la première vue, l'instrument semble exactement répondre au but qu'on se propose ; mais l'expérience a montré qu'on ne pouvait pas toujours s'en servir sans danger.... Deux cas m'ont été racontés, dans lesquels, l'instrument introduit occasionna une telle douleur, que chaque fois on dut le retirer dans les vingt-quatre heures..... Somme toute, j'hésiterais à recommander un tel instrument. » En parlant de la dysménorrhée, le même auteur ajoute encore : « Non contents, cependant, de dilater graduellement les rétrécissements, *M. Simpson* et d'autres en ont conseillé la section au moyen d'un instrument ressemblant au lithotome caché, et la dilatation ultérieure au moyen de l'éponge préparée ou d'un dilatateur métallique. — J'avoue, dit *Churchill*, préférer le traitement le plus lent, mais le moins dangereux. Je ne puis admettre que l'utérus tolère, aussi bien qu'on le pense, la présence d'un corps étranger, et je pourrais citer plusieurs cas qui démontrent les résultats fâcheux de cette pratique intempestive. »

On peut voir, dans le *Dublin medical Press for* 1852, page 1, que le même auteur a vu des abcès pelviens résulter de l'usage des pessaires intra-utérins.

Le docteur Ashwell, de Londres, a vu également des accidents considérables résulter de l'usage de ces pessaires.

Dans un article qui a pour titre : « *Quelques causes de stérilité auxquelles on peut remédier au moyen d'un traitement mécanique,* » le docteur *Gream* remarque en passant que la pratique qui consiste à introduire des instruments dans l'utérus et à les y faire séjourner n'exigerait aucun commentaire, s'il n'était de toute nécessité de prévenir ceux qui seraient tentés de faire des expériences de tout le danger qui peut résulter d'une semblable introduction. Il dit que les cas ne sont pas rares dans lesquels beaucoup de mal a été fait par ces instruments, et les femmes qui ont pu les garder pendant un voyage de douze heures, pour venir à Londres, ont été le plus souvent très-enchantées de les faire retirer aussitôt leur arrivée : heureuses celles qui n'ont pas été obligées, comme cela est arrivé à d'autres, de subir un traitement destiné à remédier aux conséquences fâcheuses déjà produites. (*Vide Lancet for* 1849, vol. 1, p. 205.)

Dans une discussion qui eut lieu en 1852, dans la Société médico-chirurgicale de Londres, le docteur *Robert Lée* dit qu'il donnait des soins à une malade qui avait été d'abord soumise à un traitement pour une ulcération du col, et qu'ensuite une rétroversion ayant été alléguée comme la cause de ses souffrances, un *horrible instrument avec une longue tige avait été introduit dans l'utérus...*. Il ajouta que lorsque la malade fut presque tuée par *cette machine à empaler,* on la retira, mais la santé était dans un état deplorable. (*Vide Lancet for* 1852; vol. 1, p. 160.)

Le même accoucheur distingué a rapporté un cas à peu près semblable. « Une jeune femme commença, peu de temps après son mariage, à éprouver de fortes douleurs dans le dos et la partie inférieure de l'abdomen, aveé leucorrhée ; elle consulta un praticien qui ordonna des injections, qu'elle employa pendant cinq mois sans éprouver aucun soulagement. Elle consulta alors un autre médecin qui la traita pour une ulcération, mais avec aussi peu de succès. Un troisième praticien consulté lui dit qu'elle n'avait jamais eu d'ulcération, que son véritable état avait été méconnu et mal traité, et que sa maladie consistait dans une rétroversion. Elle fut placée dans la position horizontale ; un instrument fut introduit dans l'utérus, en produisant des douleurs atroces. Les souffrances étant devenues intolérables, il fut retiré au bout d'une semaine. Un mois après, il fut réintroduit, mais quoique la douleur produite fût très-intense, la femme resta couchée sur le dos et porta l'instrument pendant six semaines. A cette époque, il le retira, et elle fut trop heureuse d'échapper la vie sauve des mains de son cruel exécuteur. » (*Vide Lancet for* 1851, vol. 1, p. 290.)

Voici maintenant l'opinion du docteur *Oldham :* « Pour ce qui regarde le redresseur utérin du docteur *Simpson,* je dois avouer que je n'ose plus m'en servir. Dès le principe, je fus frappé de son idée et je pensai qu'elle pourrait être d'un grand secours, non-seulement pour la rétroversion, mais aussi pour les chutes utérines anciennes. Quand je le mis à l'essai, je trouvai qu'il y avait beaucoup de difficultés pour l'introduction et qu'il développait une grande irritation de l'utérus, qui forçait à le retirer. Je ne doute pas que la matrice de certaines femmes ne puisse tolérer cet irritant local, mais la possibilité de développer des accidents semblables à ceux que j'ai déjà vus me fait conclure d'une manière générale contre son adoption, surtout quand je songe que nous avons à notre disposition d'autres moyens auxquels on ne peut rien objecter. Je n'attache pas la même importance que le docteur *Simpson* au replacement de l'utérus comme moyen propre à diminuer son volume, et je suis persuadé que, dût-il en résulter un pareil avantage, il serait plus que contre-balancé par ce qu'il y a de fâcheux à porter une tige d'ivoire à demeure dans la cavité utérine. » (*Vide Guy's hospital reports for* 1849, p. 195.)

Peu de temps après avoir exprimé son opinion, le docteur *Oldham* recueillit deux observations suivies de mort, qui vinrent lui démontrer qu'il était dans le vrai. En parlant du traitement mécanique de la stérilité, il s'exprime de la manière suivante : « Les accoucheurs doivent se faire un grand scrupule

d'encourager un mode de traitement d'une efficacité douteuse et qui peut mettre la vie en danger.... » Dans ces opérations, on court des chances hors de proportion avec le bien qu'on peut obtenir, et je vais raconter deux cas mortels qui sont venus à ma connaissance : je ne puis m'empêcher d'en conclure que d'autres cas analogues se sont présentés, mais n'ont pas été publiés à côté de ceux qui ont eu une issue plus heureuse.

1re *Observation.* — Le 7 avril 1849, je reçus du docteur *Golding-Bird* l'utérus et les annexes d'une dame qui était morte de péritonite causée par des tentatives qui avaient pour but de guérir la stérilité au moyen de la dilatation mécanique. Ces pièces anatomiques étaient accompagnées de la Note suivante :

« Une dame brune, âgée de 36 ans, mariée depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu d'enfants, habitait la Jamaïque. Dès sa jeunesse, elle souffrait d'une dysménorrhée intense. Elle éprouvait toujours des douleurs pendant les rapprochements sexuels; elle était nerveuse, hystérique et excitable au dernier degré.

« Au mois de juin dernier, d'après l'avis de son médecin, elle vint à Londres tout exprès pour se faire dilater l'orifice utérin, chose que l'on avait déjà tentée avec des dilatateurs en cire. Le médecin accoucheur qui fut consulté à Londres fut du même avis, et crut que la stérilité et la dysménorrhée dépendaient d'un rétrécissement de l'orifice utérin. Il agrandit l'orifice au moyen de l'instrument tranchant et introduisit des dilatateurs d'argent. Ce procédé produisit d'horribles souffrances, et bien qu'au premier abord la malade s'imaginât que les douleurs de la menstruation étaient diminuées, celles-ci ne tardèrent pas à devenir aussi intenses qu'auparavant, et en définitive, elle n'en éprouva aucun soulagement. Elle abandonna le traitement pour quelque temps ; mais elle ne tarda pas à le reprendre de nouveau, et des canules d'argent furent passées dans l'utérus et laissées à demeure : de nouveau, elle souffrit horriblement. Le samedi 31 mars, on introduisit un autre tube, et la souffrance fut intolérable. Des nausées et des frissons étant survenus, la patiente pria instamment sa sœur de retirer l'instrument, ce qu'elle réussit à faire. Comme son état empirait, un chirurgien du voisinage fut appelé et la trouva atteinte de péritonite, avec des phénomènes hystériques. Il survint presque aussitôt un état de collapsus, et elle continua à baisser jusqu'au mardi, époque à laquelle je la vis. Le pouls, filiforme, battait 200 fois par minute ; l'abdomen était distendu. Vomissements d'un liquide noirâtre ; irritabilité extrême. Tout traitement fut inutile, elle ne tarda pas à succomber.

« *Autopsie.* — Tout est sain dans la cavité abdominale, au-dessus d'une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre ; au-dessous, il y avait une péritonite intense. Les circonvolutions de l'intestin y étaient recouvertes d'une lymphe comme butyreuse, et le bassin était rempli de pus liquide. L'ovaire et le ligament large droits étaient recouverts d'une même couche butyriforme, mais si faiblement adhérente, qu'elle s'enlevait au simple contact de l'eau.

« La cavité de l'utérus était remplie de mucus sanguinolent.

« L'utérus était plus gros qu'il ne l'est ordinairement chez la vierge. Il était arrondi à sa face antérieure ; il y avait à sa face postérieure une convexité saillante, qui, par la mollesse générale du tissu, montrait qu'il avait été le siége d'un engorgement récent. Les vaisseaux sanguins, sur toute la surface de l'utérus et des annexes, étaient injectés de sang, et cela se voyait surtout à l'extrémité frangée des trompes, aux ovaires, aux ligaments larges et ronds.

« A la surface antérieure du corps de l'utérus il y avait deux petites tumeurs fibreuses saillantes, du volume d'un gros et d'un petit pois. Le revêtement séreux était très-vasculaire; les vaisseaux sanguins, sur ces petites tumeurs, étaient très-prononcés. Il y avait une petite tumeur dans la paroi postérieure. Lorsqu'on divisa la paroi antérieure, on la trouva fort hypertrophiée ; elle avait huit lignes d'épaisseur. La couche musculaire était ramollie, les veines développées; un stylet les traversait avec facilité. La longueur des cavités du col et du corps réunies était de 2 pouces 10 lignes. La muqueuse du corps était molle, légèrement boursouflée, et d'une teinte vermeille ; il suffisait de l'agiter dans l'eau pour l'enlever. A l'orifice interne de l'utérus, il existait une zone de vaisseaux sanguins très-injectés, interrompue dans un seul point; la circonférence de cette ouverture était de 8 lignes. L'orifice externe offrait un bord net et lisse, sans aucune éraillure et aucune trace de division ; sa circonférence mesurait 1 pouce 1 ligne. Le col présentait ses caractères propres et ses follicules étaient vides de mucus. Sur la paroi antérieure qui avait subi la division, la muqueuse était irrégulière et ses plis lacérés transversalement. L'extrémité de la trompe droite était presque complétement fermée comme si cela eût été une disposition congénitale (l'ouverture en était très-petite). En l'ouvrant, l'extrémité frangée montrait ses riches plis de la muqueuse, qui la caractérisent et qui étaient très-injectés, et recouverts de sang et de mucus. Les deux tiers restants du tube étaient sains en apparence, non vascularisés et perméables dans toute leur étendue.

« L'ovaire droit était ramolli et gros. Il y avait, à l'extrémité utérine de l'ovaire, un kyste assez volumineux pour contenir une petite noisette. Le stroma était gorgé de sang. Il n'y avait qu'un seul follicule de Graeff ratatiné. La surface de l'ovaire était épaisse et plissée.

« L'ovaire gauche était irrégulier dans sa forme ; une portion mamillaire saillante sortait de son extrémité externe. Lorsqu'on coupa cette portion saillante, on la trouva dure et vasculaire comme le début d'une maladie maligne : l'enveloppe ovarienne épaisse et ridée, le stroma vasculaire, quelques restes de vésicules de Graeff à parois ridées, et quelques caillots de différentees couleurs, noirs et brunâtres. La trompe gauche était vasculaire du côté du pavillon, saine quant à sa muqueuse ; son canal, perméable partout. Cette trompe communiquait avec l'utérus d'une manière plus directe que celle du côté opposé qui était plus flexueuse. Les veines et artères saines.

« Le ligament rond du côté droit, sain et vasculaire; le vagin sain. »

Le docteur *Oldham* ajoute : « Il n'est pas nécessaire de faire un long commentaire sur cette observation; elle offre un exemple des plus instructifs des effets dangereux de la dilatation, même entre des mains expérimentées, et de la grande prudence qui doit présider à l'entreprise de cette opération. Cette observation est également importante, en ce qu'elle prouve la difficulté de découvrir la cause de la stérilité. Je suis sûr qu'*il n'y avait aucune espèce de rétrécissement morbide dans ce cas, et que l'orifice et le col de l'utérus, qui seuls furent traités, n'avaient rien à faire avec la dysménorrhée et la stérilité*, qui dépendaient sans doute de l'atrophie de l'ovaire ; et l'oblitération congéniale de l'extrémité de la trompe droite eût suffi pour exclure l'ovaire correspondant de toute participation à la fonction de reproduction.

2e *Observation.* — *M. Oldham* doit à *M. Bransby-Cooper* les détails de ce cas, qui se termina aussi fatalement que le précédent :

« Un grande dame, qui était mariée, recevait les soins de *M. Cooper* pour une fissure à l'anus très-douloureuse: il l'incisa et la guérit très-rapidement. Elle lui parla alors de ce qui était pour elle la cause d'un grand chagrin, c'est-à-dire de sa stérilité, qu'elle rattachait à son indifférence complète dans les rapprochements sexuels. *M. Cooper* examina les organes de la génération ; mais, comme il n'y découvrit rien qui réclamât les soins de la chirurgie, il adressa cette dame à un médecin-accoucheur. Celui-ci trouva l'utérus en rétroversion, et regarda cette déviation comme la cause probable de la stérilité; il introduisit un pessaire utérin à tige, qui fit se développer une péritonite à laquelle la malade succomba en trois jours.»

Le docteur *Oldham* ajoute qu'il regrette qu'un cas aussi instructif n'ait pas été publié par l'accoucheur même dans la pratique duquel il a été observé. Son opinion d'ailleurs est que de simples déplacements en avant ou en arrière ne causent pas la stérilité si l'utérus n'est pas malade, et il ne peut s'empêcher de stigmatiser le redressement utérin en le qualifiant de méthode brutale et dangereuse.... Il pense aussi que l'antéversion ou la rétroversion d'un utérus peu volumineux, sans autre complication, n'occasionnent pas une grande gêne et qu'il vaut infiniment mieux ne pas y toucher et améliorer son tissu en même temps que toute l'économie, plutôt que de le suspendre en l'air sous le vain prétexte de le guérir. (*Vide Guy's Hospital reports for* 1849, p. 372.)

Dans un entretien récent que j'ai eu avec *M. Mongommery*, de Dublin, dont les travaux spéciaux et justement estimés sont certainement connus de vous, ce savant confrère, interrogé par moi sur l'opinion qu'il s'était faite de la valeur du traitement mécanique dans les déviations utérines, m'a répondu que tout ce qu'il en savait, tout ce qu'il en avait vu l'avait intimement convaincu et de son impuissance et des graves dangers qu'il faisait courir aux femmes.

Dans un Mémoire que vient de publier (*in the Edimburgh, medical and surgical journal for april* 1854) *M. M. Duncan*, qui pratique à côté de *M. Simpson*, exprime une opinion à peu près semblable.

Il m'aurait été facile de multiplier encore le nombre des citations, mais je crois en avoir dit assez pour prouver qu'en Angleterre, comme en France, l'opinion générale s'était déjà hautement prononcée.

En parlant de l'hystéromètre, je me suis réservé de revenir sur l'emploi de cet instrument comme moyen de diagnostic ; car,

quand on le fait agir dans le but d'opérer le redressement de la matrice, j'ai déjà signalé qu'il devait être considéré comme un véritable pessaire intra-utérin, avec cette différence seulement que le séjour du corps étranger étant de très-courte durée, il devait produire une irritation moins vive, et par conséquent, des accidents moins fréquents.

Il est d'autant plus important que je vous parle du cathétérisme de la matrice, que ce mode d'exploration n'a pas inspiré les mêmes défiances que les pessaires intra-utérins, qu'il a été accepté comme méthode générale par un certain nombre de praticiens distingués, et que même, chose que je ne puis comprendre, il a été conseillé par *Kiwisch,* comme moyen de diagnostic dans les cas de grossesse. Permettez-moi donc d'examiner rapidement, s'il est nécessaire dans la généralité des cas; si dans quelques circonstances, au contraire, loin d'éclairer le diagnostic, il ne peut pas induire en erreur; enfin, si les dangers qu'il fait courir aux femmes ne doivent pas le faire réserver, dans la pratique, uniquement pour les cas exceptionnels où le diagnostic de la déviation est incertain.

J'avoue qu'en réfléchissant à la facilité avec laquelle on résout, en général, le diagnostic d'une déviation de l'utérus, je suis loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme. La seule chose qui manque trop souvent, c'est qu'on n'est pas convenablement familiarisé avec les divers modes d'exploration que nous possédons, et qui suffisent presque toujours pour donner au diagnostic le degré de précision nécessaire. Je suppose l'utérus incliné en avant : le doigt, en suivant la paroi supérieure du vagin, après avoir constaté la direction du col en arrière, sera-t-il embarrassé pour reconnaître que la direction du corps est la même que celle du col, et que l'utérus tout entier est plus ou moins horizontalement placé? Le vide qui existe au dessus du col, vers la courbure du sacrum, et qu'on peut apprécier soit par le vagin, soit par le rectum, ne confirmera-t-il pas un diagnostic qui était déjà suffisamment fondé? Mais, dira-t-on, comment distinguer l'antéversion de l'antéflexion? C'est habituellement la chose du monde la plus simple. Dans cette dernière déviation, un peu au-dessus de l'insertion antérieure du vagin, existe une dépression transversale plus ou moins profonde, surmontée par une saillie formée par la paroi antérieure et souvent même par le fond de la matrice. La dépression s'étend à toute la largeur de l'organe, dont on peut suivre les bords recourbés en arc de cercle. Le col, d'ailleurs, occupe sa place habituelle, ou bien, dans certains cas, il est lui-même dirigé en avant.

Pour les déplacements en arrière, même facilité dans presque toutes les circonstances, soit pour les distinguer de ceux qui ont lieu en avant, soit pour éviter de confondre la rétroversion avec la rétroflexion. Ici, surtout, le toucher rectal sera avantageusement associé à l'examen vaginal, sans compter que, dans toutes les explorations, on devra, après avoir placé la femme dans une position convenable, chercher, avec la main qui déprime préalablement les parois abdominales, la direction de la partie supérieure de l'utérus.

Veut-on savoir si cet organe a augmenté de volume partiellement ou d'une manière générale? Avec le doigt dans le vagin, on se rend facilement compte de la manière d'être de la portion vaginale du col, et au-dessus, de ce qu'on désigne généralement sous le nom de segment inférieur. L'augmentation de volume porte-t-elle uniquement sur la paroi antérieure, la saillie qui existe en avant ne sera prise ni pour une antéflexion, ni pour une antéversion, si on se donne la peine d'explorer en arrière, soit par le vagin, soit surtout par le rectum.

Si elle existe sur la paroi postérieure seulement, un examen correspondant et des résultats inverses suffiront presque toujours à quiconque a de l'habitude.

Pour constater l'augmentation qui est générale, une première investigation, faite avec le doigt placé dans le vagin et promené circulairement en repoussant la partie supérieure de ce canal aussi haut que possible, donnera d'abord la sensation d'un corps plus volumineux, plus lourd et moins mobile; puis, si on place ce doigt sur le col et qu'avec l'autre main on cherche dans le bassin à travers les parois abdominales déprimées, on parviendra, dans la plupart des cas, à fixer de la sorte l'utérus entre ses deux mains et à se faire une idée suffisamment exacte de l'étendue de son diamètre vertical. Est-il donc besoin de savoir, à quelques millimètres près, quelle est la profondeur de la cavité utérine? Quant à l'abaissement, je n'ai pas besoin de dire que l'hystéromètre est complétement inutile pour apprendre à le reconnaître.

Mais il y a plus, non-seulement l'hystéromètre n'est d'aucune nécessité dans la plupart des cas qui s'offrent aux praticiens, mais il peut, dans certaines circonstances, faire commettre des erreurs. Je suppose, par exemple, une tumeur fibreuse d'un petit volume, développée dans la paroi antérieure de la matrice et ayant plus de tendance à faire saillie vers la cavité utérine qu'à l'extérieur, qu'arrivera-t-il si on introduit une sonde? Celle-ci, après avoir franchi le col, montrera un obstacle en avant, et pour la faire pénétrer sans difficulté, il faudra diriger sa courbure en arrière. Or, admettez qu'une autre tumeur existe simultanément sur la paroi postérieure, et il deviendra facile de comprendre qu'on puisse s'en laisser imposer et croire à une rétroflexion ou à une rétroversion. D'autres conditions se présentent encore, dans lesquelles il serait aussi facile de se laisser tromper; mais il me suffit d'avoir appelé votre attention sur l'une d'elles.

Dira-t-on que l'hystéromètre permet d'apprécier le degré de mobilité de l'utérus? La chose est possible, mais on n'a pas besoin de lui pour obtenir ce même résultat. Un doigt suffisamment exercé donne en général, sous ce rapport, toutes les notions désirables.

Cependant, je suis loin de nier que le cathétérisme ne puisse être utilement employé dans quelques cas; c'est ainsi que le diagnostic des polypes intra-utérins ou des autres tumeurs existant dans la cavité, pourra être rendu plus facile et plus précis; c'est encore avec l'hystéromètre qu'on se tirera d'embarras quand on devra décider si une tumeur qui existe en arrière est formée par la paroi postérieure de l'utérus, ou bien si elle en est indépendante. Mais ces cas et quelques autres que je pourrais citer encore ne se rencontrent qu'exceptionnellement et s'annoncent d'ailleurs avec d'autres caractères généraux qui concourent aussi à mettre sur la voie.

En réfléchissant à tout ce qu'on a entrepris depuis quelques années contre l'utérus, qu'autrefois on osait à peine regarder, on ne peut s'empêcher de se demander si nos devanciers étaient trop timides, ou si nous ne sommes pas devenus trop téméraires. Il y a du vrai dans ces deux propositions, mais surtout dans la dernière, et pour vous convaincre sur ce point, il me suffirait, si j'en avais le temps, de vous rappeler tout ce qu'on a fait depuis vingt-cinq ans sous le prétexte de perfectionner le traitement des affections utérines.

Il faut bien se garder de faire du cathétérisme une méthode générale. C'est un mode d'exploration qu'il faut réserver pour les cas où il est indispensable, car on va voir que l'introduction d'une sonde n'est pas chose aussi simple qu'on l'a prétendu.

Si vous consultez, en effet, les observations qui ont été publiées, vous y verrez que, presque toujours, cette opération, qu'on dit simple, a produit des douleurs plus ou moins vives; qu'elle a fait apparaître à peu près constamment une certaine quantité de sang et même des pertes; que quelques femmes ont eu du frisson et de la fièvre; d'autres, de véritables métrites ou des péritonites; et, s'il est vrai qu'on soit habituellement parvenu à maîtriser ces accidents et à calmer même, dans certains cas, l'irritabilité utérine, il faut savoir que beaucoup de femmes, moins heureuses, ont payé de leur vie une investigation dont on aurait pu se passer.

La question que nous avons eu à examiner est trop neuve et trop importante pour que je ne fasse pas passer sous vos yeux un certain nombre des faits malheureux que j'ai pu réunir. J'espère qu'ils porteront avec eux un enseignement qui ne sera pas perdu pour l'avenir.

Voici une première *observation de péritonite mortelle,*

survenue à la suite d'un simple cathétérisme utérin; elle m'a été communiquée par mon excellent ami le docteur *Noël G. de Mussy :*

« Une femme de chambre était affectée de douleurs lombo-inguinales telles, qu'elle fut obligée de suspendre son service et de réclamer mes soins. Elle ne pouvait marcher longtemps, et surtout se tenir debout, sans éprouver des exacerbations et des souffrances qui lui arrachaient des cris. Je l'examinai, et je constatai un *abaissement de l'utérus avec rétroflexion et érosion granulée du col.* Je la fis entrer dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. — L'érosion fut d'abord traitée par la cautérisation ; puis, voyant que les douleurs persistaient, j'essayai, sans obtenir de soulagement, des injections, des bains minéraux, etc ; alors je me décidai à recourir au pessaire *Simpson;* mais auparavant je voulus, suivant le précepte, pratiquer le cathétérisme utérin ; je me servis de l'hystéromètre de *M. Huguier,* et, quand il fut introduit, il me fut facile de redresser l'utérus : l'opération fut peu douloureuse, et il ne s'écoula qu'une toute petite goutte de sang. Peu d'instants après, la visite de la salle étant finie, je revins auprès de la malade, et elle me dit qu'elle éprouvait de la fatigue et de la douleur au ventre : je prescrivis un bain. Le soir, la douleur était plus vive.

« Le lendemain matin, les douleurs continuent et s'accompagnent d'un peu d'accélération du pouls. Des lavements laudanisés furent prescrits; mais les douleurs persistaient et prirent bientôt le caractère de celles qui appartiennent à une péritonite. Celle-ci fut énergiquement combattue par les évacuations sanguines et les mercuriaux ; mais la malade succomba au bout de trois ou quatre jours.

« L'autopsie ayant été interdite par la famille, je me bornai à extraire l'utérus par le vagin, suivant la méthode de *Récamier :* un flot de pus et de sang s'écoula du ventre, quand on pénétra dans le péritoine. L'utérus était parfaitement sain ; la muqueuse en était pâle, ferme, et complétement intacte. Dans chacune des trompes, il y avait un petit épanchement sanguin. »

Dans le fait qui va suivre, et qui est emprunté à la pratique de *M. Huguier,* dont on ne contestera pas l'habileté, *un avortement suivi de mort fut provoqué à deux mois et demi environ, par l'introduction de l'hystéromètre.*

Voici le résumé de l'observation qui a été recueillie par *M. Perrel,* interne du service :

« La nommée A.-P. P..., âgée de 33 ans, entra à l'hôpital Beaujon le 5 octobre 1853. Mariée à 17 ans, elle a eu trois enfants. Chaque accouchement eut lieu à terme et se termina heureusement : le dernier remonte à cinq ans. Depuis quinze mois environ, elle se plaint d'une grande pesanteur à l'hypogastre, de fréquentes envies d'uriner et de ténesme rectal, de quelques troubles dans les fonctions digestives. Cependant, elle a pu continuer toutes ses occupations jusqu'à son entrée à l'hôpital.

« Le lendemain de son entrée, *M. Huguier* examine la malade et trouve le col fortement porté en arrière ; à droite et en avant, existe une tumeur formée par la paroi antérieure de l'utérus. L'hystéromètre est introduit et pénètre à 10 centimètres. On note *antéflexion avec latéro-flexion légère à droite.*

« Le 9, des douleurs abdominales très-vives existent ; il y a de la tympanite, des vomissements bilieux, de la fièvre, une hémorrhagie utérine légère, etc. Dans la journée, de gros caillots sont rendus, et une fausse couche est faite.

« Malgré un traitement assez énergique, les accidents font des progrès. Le 12, la fièvre a augmenté, et le soir, l'état de la malade était fort grave : peau chaude et sèche ; pouls à 110, petit, filiforme ; face anxieuse ; langue chargée ; haleine fétide ; tympanite considérable ; douleurs très-vives dans l'abdomen ; écoulement d'un liquide sanguinolent par la vulve.

« Pour combattre la métro-péritonite, on a recours au calomel à doses fractionnées et aux frictions mercurielles sur le ventre, etc. Tout ce qu'on fit fut inutile, l'état devint de plus en plus grave, et la mort survint le 16 du même mois.

« A l'autopsie, faite 24 heures après, on trouve dans le péritoine un épanchement séro-purulent considérable, avec de nombreux flocons albumineux. Dans les points déclives, c'est du pus presque pur qui existe.

« L'utérus est volumineux et remonte au-dessus du détroit supérieur ; son tissu est rougeâtre et ramolli. Le col est ouvert. La cavité est couverte d'un enduit rougeâtre et crémeux. A droite et en avant, il y a des inégalités dans l'espace de 2 à 3 centimètres carrés ; une petite portion du placenta adhère encore à l'organe. Il existait aussi au niveau de l'orifice interne et sur la paroi postérieure, une petite perte de substance à fond grisâtre et pulpeux. »

Qu'on ne s'imagine pas que ce résultat malheureux ne se soit que très-rarement présenté jusqu'à ce jour. A tous les accidents déjà connus et qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, il faut ajouter la possibilité de la provocation de l'avortement. Ce nouveau danger mérite d'être pris en très-sérieuse considération, car l'homme le plus expérimenté n'est pas toujours sûr de l'éviter. Il n'est pas constamment facile de constater l'existence d'une grossesse qui ne remonte qu'à quelques semaines, et je vous laisse à penser ce qui arriverait dans la pratique, si on prenait l'habitude de sonder la matrice à tout propos.

Quand des hommes comme MM. Huguier, Nonat, Valleix et plusieurs autres n'ont pu éviter un pareil écueil, quand on songe combien les renseignements fournis par les femmes sont souvent incomplets, sans compter les cas où elles ont intérêt à nous induire en erreur, on est forcément conduit à observer la plus grande réserve et à n'employer une chose bonne mais dangereuse, que quand elle est indispensable.

Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, qu'une semblable méthode, si elle se généralisait, servirait à multiplier encore les tentatives criminelles en leur servant d'excuse, ou tout au moins de prétexte.

Je dois à la vérité de faire savoir à mes confrères, m'écrit M. Nonat, que dans deux cas j'ai eu le malheur de déterminer l'avortement par le cathétérisme utérin.

Dans un premier fait, il s'agit d'une femme qui souffrait depuis deux ans dans le bas-ventre. Elle prétendait qu'elle avait des pertes rouges depuis trois ou quatre mois. L'utérus était plus développé que dans l'état normal, il dépassait le pubis de un ou deux doigts. Le col était augmenté de volume et se trouvait à une grande distance de la vulve. J'explorai avec soin le corps de la matrice, et je ne pus découvrir la présence d'un corps étranger dans sa cavité.

En raison des pertes qui duraient depuis longtemps, je crus à un engorgement de l'utérus, et j'éloignai l'idée d'une grossesse.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, je pratiquai le cathétérisme de l'utérus. Au bout de quelques jours, la malade fut prise d'une perte de sang et de douleurs utérines, à la suite desquelles elle fit une fausse couche de six semaines ou deux mois.

Le rétablissement a d'ailleurs été complet.

Dans le deuxième fait, qui est tout récent, il s'agit d'une femme, qui avait depuis six ans une inflammation du ligament large droit, et qui déjà, à plusieurs reprises, avait réclamé mes soins pour cette affection.

Elle entra une quatrième fois dans mon service, à la Pitié, souffrant beaucoup dans le bas du ventre, à droite principalement. Elle avait une suppression de règles depuis huit mois. Après un traitement antiphlogistique, comme les douleurs persistaient, je crus devoir explorer la cavité de l'utérus. L'hystéromètre introduit pénétra à 7 centimètres et demi. Au bout de quelques jours, la malade vit un peu en rouge, et vers le douzième, elle fit une fausse couche de deux mois environ.

Ces faits nous montrent, ajoute *M. Nonat,* combien on doit apporter de prudence dans l'emploi du cathétérisme utérin. Il ne faut pas le considérer comme exempt de danger.

En voici d'ailleurs un autre, qui prouve que, malgré toute son habileté, *M. Valleix* lui-même n'a pas toujours su éviter le malheur dont il n'existe déjà que trop d'exemples :

Observation de fausse couche provoquée par l'emploi de la sonde utérine, chez une femme du service de M. Valleix. — Dans le courant de l'année 1852, une femme entra dans les salles de l'hôpital de la Pitié, et par le toucher, on reconnut qu'elle était atteinte d'une déviation utérine. M. Valleix procéda alors à l'examen avec l'hystéromètre, et fut étonné de voir l'instrument pénétrer à plus de 8 centimètres. La malade avoua alors qu'elle avait un retard dans ses règles. Quelques jours après, elle fut prise de douleurs et avorta ; c'était au reste tout ce qu'elle désirait, car elle ne cacha pas son contentement de l'événement qui était arrivé.

Si, pour proscrire une méthode thérapeutique, il suffisait de pouvoir lui imputer quelques insuccès et même quelques revers graves, je suis de l'avis de M. Valleix, il faudrait renoncer à toute intervention dans le traitement des maladies, car les moyens les plus simples et le plus habituellement inoffensifs peuvent quelquefois devenir mortels. Mais le traitement mécanique des déviations utérines est-il un moyen simple, est-il un moyen habituellement inoffensif? L'expérience, trop longue à mon avis, qui en a déjà été faite, ne permet pas qu'on reste plus longtemps dans le doute.

Quand même je me serais trompé dans tout ce qui précède ; quand il serait vrai que les déviations entraînassent toutes les incommodités et produisissent tous les accidents dont on a tracé le tableau ; quand même la thérapeutique serait entièrement désarmée, ne serait-il pas plus raisonnable et plus sage d'avouer son impuissance, ou du moins de chercher des moyens de soulagement et de guérison dans une voie moins périlleuse ?

Pour que vous puissiez en juger d'une manière complète, il ne me reste plus qu'à dérouler sous vos yeux une nouvelle série d'accidents graves et variés dont plusieurs ont été mortels, et qui ont été le résultat du traitement mécanique.

(*La suite au prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Corps étranger dans la cornée. — Kératite plastique. — Difficultés dans le diagnostic. — Extraction,

Par M. le Dr Tavignot.

Autant il est simple, facile, élémentaire, en quelque sorte, de pratiquer l'extraction de corps étrangers fixés à la surface ou implantés plus ou moins profondément dans le tissu de la cornée, lorsque ces corps étrangers ont une configuration donnée et offrent une résistance suffisante à l'action des instruments, autant, dans d'autres circonstances, on peut éprouver de difficultés dans les manœuvres de l'extraction.

Ces difficultés, bien entendu, ne sont que relatives : elles tiennent au tissu même sur lequel on opère et qu'il importe de ménager si précieusement eu égard aux fonctions ultérieures de l'œil.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un corps étranger introduit depuis peu de temps dans l'épaisseur de la cornée, le chirurgien peut toujours, grâce à la transparence normale de cette membrane, voir ce corps étranger, apprécier sa forme et ses dimensions, juger à quel degré de profondeur il a pénétré, s'il fait ou non saillie dans la chambre antérieure de l'œil, etc., et régler, à l'avance, son opération d'après ces précieuses données.

Mais quand on a affaire à un corps étranger qui a séjourné dans l'œil pendant sept à huit jours, comme dans le cas particulier que nous allons rapporter, la kératite plastique qui est survenue autour de la lésion traumatique a pour effet de masquer, d'une manière plus ou moins complète, le corps en question. Or, si l'on méconnaît, dans le cas particulier, l'origine véritable de la kératite plastique que l'on observe, on expose ainsi l'œil aux accidents les plus graves et à sa perte définitive au milieu des souffrances les plus vives et les plus prolongées.

Ici, en effet, il n'y a plus, comme dans les affections ordinaires de la cornée, qu'à regarder pour voir à quelle variété d'état morbide on a affaire, car la kératite plastique devient secondaire ; c'est l'existence du corps étranger qui reste la maladie principale.

Pour arriver à un diagnostic exact en pareille occurrence, il faudra toujours, dans les cas douteux, se faire exposer avec précision, par le malade, l'origine de sa maladie, son début brusque ou lent, la nature de ses occupations habituelles ou accidentelles, etc. ; puis, avec ces premiers renseignements, contrôler, en quelque sorte, l'espèce de kératite que l'on a sous les yeux.

On sait qu'une contusion violente de la cornée produira plutôt une kératite générale ou diffuse qu'une kératite ponctuée ou partielle, tandis que, s'il s'agit d'un corps étranger fixé dans la cornée, c'est la dernière espèce de kératite qui surviendra plutôt que la première.

On sait encore que la kératite ponctuée est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, chez les sujets lymphatiques que chez les personnes bien constituées.

On sait, enfin, que la kératite ponctuée est rarement limitée à un point unique de la cornée, et que souvent même elle existe simultanément des deux côtés.

Ce sont là autant d'éléments bien précieux pour le diagnostic, et, par suite, pour l'avenir de l'œil du malade qui se confie à nos soins.

On peut aller plus loin encore, et, une fois admise, l'idée que la kératite plastique que l'on vient de consiater peut reconnaître pour cause la présence d'un corps étranger, il faut examiner, avec une extrême attention, la tache blanchâtre et ordinairement arrondie qui caractérise la kératite ponctuée. Le plus souvent, soit à l'œil nu, soit à la loupe, on aperçoit alors, mais très-faiblement accentué, *un faible point noirâtre*, ayant à peine la dimension d'une pointe d'épingle.

Ce point noir n'est pas toujours superficiellement placé, il faut souvent le voir et le deviner, en quelque sorte, au milieu du tissu d'un blanc mat qui constitue la kératite plastique ; de plus, on se gardera bien de préjuger les dimensions du corps étranger d'après l'exiguïté même de la tache noire dont nous venons de parler.

Quoi qu'il en soit, tel qu'il est, le point noir existant au milieu d'un épanchement plastique de la cornée est pour nous pathognomonique de la présence d'un corps étranger.

Il n'y a qu'une seule lésion avec laquelle on puisse, à la rigueur, confondre l'état morbide qui nous occupe ; c'est celle résultant d'une perforation de la cornée et d'une hernie, en quelque sorte, microscopique de l'iris ; dans ce cas, une tache noire, due au pigmentum irien, peut persister au centre de la tache leucomateuse qui ne tarde guère à se développer. Mais, il n'est pas difficile de lever tous les doutes à cet égard, en explorant l'œil de côté ou obliquement, exploration qu'il faut toujours faire, d'ailleurs, dans l'hypothèse que l'on a affaire à un corps étranger, pour s'assurer s'il fait ou ne fait pas saillie dans la chambre antérieure de l'œil. En effet, s'il s'agit d'une hernie de l'iris, il y a destruction partielle de la chambre antérieure de l'œil, qu'il est facile de constater à première vue, tandis qu'aucune lésion pareille ne se rencontre dans le cas de corps étranger.

Voici, maintenant, le fait particulier à propos duquel nous avons présenté les réflexions précédentes :

1re *Observation.* — M. Rousset, meunier à Chelles (Seine-et-Marne), âgé de 50 ans environ, en visitant l'un des barrages de son moulin, traversait un plant d'acacias, lorsque l'une des branches de ces arbustes vint frapper brusquement et violemment son œil gauche.

La douleur immédiate fut naturellement assez vive ; puis elle finit par se calmer un peu, sans cesser, néanmoins, d'une manière complète. M. R.... croyait en être quitte pour une simple contusion de l'œil, et les accidents nouveaux qui survinrent les jours suivants, tels que larmoiement, photophobie, douleurs circum-orbitaires qui existaient le jour et la nuit, furent attribués par lui à une inflammation ordinaire, *suite du coup reçu sur l'œil.*

C'est dans ces conditions que le malade se confia à mes soins au commencement de mai, *huit jours après l'accident.*

Je constatai l'existence d'une kératite plastique à la partie externe et inférieure de la cornée du côté gauche, laquelle était caractérisée par une tache d'un blanc mat, assez régulièrement arrondie, et de la largeur d'une lentille. Au centre de cette tache, on apercevait, avec un peu d'attention, le faible point noirâtre dont j'ai parlé plus haut ; j'examinai l'œil de côté pour voir l'état de la chambre antérieure : il était normal ; mais il me fut impossible de distinguer autre chose, vu la position de l'opacité, son étendue, et surtout l'extrême sensibilité de l'œil à la lumière.

Désormais, le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'un corps étranger existant dans la cornée depuis huit jours, qui avait déterminé une kératite plastique, corps étranger qui, par ses dimensions et le point de l'œil qu'il avait traversé, devait avoir cheminé à travers la chambre antérieure dans le tissu de l'iris, sur lequel il reposait, sans doute, par l'une de ses extrémités, pendant que l'autre était restée engagée dans le tissu cornéal lui-même.

Eu égard au commémoratif, la nature du corps étranger devait être et était, en effet, une épine d'acacia.

Je procédai à l'opération de la manière suivante : au lieu d'avoir recours à un simple grattage, qui eût été tout à fait insuffisant dans l'espèce, eu égard au peu de consistance du corps étranger, comparée à ses dimensions prévues, je me mis de suite en mesure de pratiquer, avec le fer de lance d'une aiguille à cataracte, de chaque côté du point noirâtre que j'apercevais, un sillon transversal que je me proposais de creuser, pour ainsi dire, indéfiniment, et jusqu'à perforation complète de la cornée, si cela était jugé indispensable ; car il fallait à tout prix enlever ce corps étranger, si l'on voulait s'opposer aux progrès de la kératite, et surtout de l'iritis, dont il existait déjà des symptômes initiaux.

Les deux sillons ouverts, la base de l'épine apparut plus distincte ; elle était rendue saillante eu égard au fond de chaque sillon ; dès lors, il me fut possible avec le fer de lance, promené dans l'un et l'autre sillon, en dirigeant sa pointe vers le corps étranger, de l'ébranler, de le dégager un peu, et finalement de l'extraire en entier. Cette épine d'acacia avait 1 centimètre environ de longueur.

Des compresses, imbibées d'eau fraîche, et plus tard un collyre au sel marin, pour combattre l'ulcération traumatique de la cornée, furent les seuls moyens mis en usage.

Huit jours après, la guérison était complète; l'œil est intact et fonctionne aussi bien que l'autre. Une légère tache placée à la partie inférieure et externe de la cornée, par conséquent tout à fait en dehors du champ visuel, est tout ce qui reste de la kératite plastique concomittante et des sillons pratiqués sur la cornée et qui ont intéressé cette membrane dans les trois-quarts au moins de son épaisseur. Mais aussi, il faut reconnaître que les scarifications de la cornée dans les cas de kératite ponctuée constituent un excellent mode de traitement de cette maladie, ainsi que nous le professons depuis longtemps.

2e *Obs. — Kératite vasculaire superficielle. — Scarification des vaisseaux de la cornée sur la cornée. — Guérison rapide.*

J'ai imaginé une méthode de traitement plus efficace et beaucoup plus simple que les anciennes : *l'excision de la conjonctive et les cautérisations*, pour guérir la kératite vasculaire superficielle (1). Cette méthode n'est autre que la scarification des vaisseaux anormaux de la cornée, pratiquée sur la cornée elle-même à l'aide d'une simple aiguille à cataracte. Ce n'était d'ailleurs, comme on le voit, qu'une application nouvelle de la même méthode que j'avais déjà préconisée pour le traitement de la kératite vasculaire interstitielle, avec cette seule différence que, dans la kératite vasculaire superficielle, l'opération est beaucoup plus simple et d'une exécution qui demande moins de dextérité et moins d'habitude.

Le fait nouveau que je publie plus bas a une signification particulière qui n'échappera à personne : le malade avait été d'abord traité sans succès, et même, selon lui, sans amélioration, par l'excision de la conjonctive et huit cautérisations au nitrate d'argent, lorsqu'il me fut adressé par notre excellent confrère, le docteur Tavernier (de la Nièvre). Quatre scarifications des vaisseaux de la cornée sur la cornée, lesquelles ont été peu douloureuses et sans réaction phlegmasique, ont suffi pour amener la guérison définitive de la maladie.

Arnet, menuisier, âgé de 42 ans, rue Basse-du-Rempart, n° 14, se présente à nous, le 10 avril, dans l'état suivant : il souffre des deux yeux depuis un an. Le 15 décembre, il est entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roux, et il en est sorti le 7 avril suivant. Pendant un séjour à l'hôpital de près de quatre mois, le malade a subi l'excision d'un repli assez étendu de la conjonctive péri-cornéale, si l'on en juge par l'espèce de cicatrice que l'on aperçoit d'une manière très-distincte vers la circonférence antérieure de la sclérotique. Huit cautérisations, pratiquées à différents intervalles, avec le crayon de nitrate d'argent, ont causé, chaque fois, une réaction assez vive et des plus douloureuses ; on a joint, en outre, à ces différents moyens, l'usage d'un collyre au nitrate d'argent, que le malade a continué jusqu'au jour où il s'est présenté à nous.

Voici l'état de ce malade :

A droite, il existe, vers la partie centrale de la cornée, un dépôt plastique du volume d'une grosse tête d'épingle, et qui paraît être assez superficiellement placé. Quatre à cinq troncs vasculaires, situés dans la muqueuse cornéale, partent de la circonférence de la cornée, pour converger vers ce dépôt plastique auquel ils se terminent, après avoir envoyé, dans différents sens, de nombreuses branches anastomotiques. L'ensemble de la cornée offre, en outre, une teinte terne, louche, et comme légèrement cendrée.

A gauche, l'état morbide est exactement le même qu'à droite, par rapport au dépôt plastique; les vaisseaux sont seulement moins nombreux.

La vision de l'une et de l'autre côte est très-confuse ; c'est à peine si le malade voit assez pour se conduire.

Quatre scarifications des vaisseaux de la cornée, faites à quelques jours d'intervalle, et pratiquées parallèlement à leur longueur, et sur la cornée elle-même, à l'aide d'une simple aiguille à cataracte, ont fini par oblitérer les troncs principaux.

Je ne sais trop pourquoi, mais il est ordinairement nécessaire de revenir, à plusieurs reprises, à l'ouverture du même vaisseau; et, vu l'abondance du sang qui s'écoule, il est bon qu'un aide, pendant l'opération, soit toujours prêt à diriger le filet d'eau d'une seringue sur la surface oculaire ; c'est ce qu'on a fait dans ce cas particulier. En outre, les deux épanchements plastiques de la cornée ont été ouverts, et transformés ainsi en véritables ulcérations.

Des compresses imbibées d'eau froide, et un collyre au sel marin, ont été les seuls moyens mis en usage après chaque opération.

Aujourd'hui, 21 mai, le malade est dans les meilleures conditions possibles : les cornées ont recouvré presque entièrement leur transparence normale ; il n'y a plus que des vaisseaux très-déliés vers la circonférence de la cornée, et qui, eux-mêmes, s'atrophient de jour en jour; les gros troncs ont disparu ; les épanchements plastiques centraux de la cornée diminuent de jour en jour.

Il n'y a plus de sensibilité des yeux à la lumière, et la vision gagne de plus en plus. — Dans le but d'activer encore la résolution des albugos, nous prescrivons le collyre suivant :

Essence de térébenthine . . .	30 grammes.
Naphte	2 —

THÉRAPEUTIQUE.

Pommade contre l'eczéma du mamelon.

L'eczéma du sein peut exister, sans qu'il y en ait la moindre apparence sur aucune autre partie du corps. Comme il peut, à la longue, dénaturer le mamelon ou l'auréole en ulcérant les tissus, il est prudent de l'attaquer de bonne heure, de ne pas en négliger le traitement. Parmi les topiques usités en pareil cas, M. le professeur Velpeau se sert de préférence des deux formules suivantes :

1° Axonge lavée à l'eau de rose..	30 grammes.
Bicarbonate de soude ou sulfure de chaux	50 centig. (Mêlez.)
2° Cérat blanc à l'eau.	30 grammes.
Précipité blanc du calomel. .	4 —
Camphre	20 centig. (Mêlez.)

Après avoir fait tomber les croûtes au moyen de beurre frais, ou d'un cataplasme de farine de lin, on enduit soigneusement la surface rouge avec l'une de ces pommades, ou bien encore avec la pommade soufrée, faite avec le beurre frais et le soufre en poudre, plutôt qu'avec le soufre sublimé. Si l'eczéma résiste à ces moyens, on en triomphe en promenant sur toute la région dénudée, un crayon de nitrate d'argent, trois ou quatre fois dans l'espace de quinze à vingt jours.

L'action de ces topiques doit, en outre, être le plus souvent

(1) Voyez la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale : De la scarification des vaisseaux dans la kératite vasculaire superficielle*, 1854, p. 147.

secondée par les bains généraux, soit mucilagineux, soit sulfureux, soit alcalins. On donne en même temps, à l'intérieur, la tisane de bardane et de patience, ou de saponnaire, ou de douce-amère, ou bien quelques eaux minérales alcalines.

(*Bullet. gén. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Mai 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Remède infaillible contre les dartres, les panaris, etc.;

5° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Penchinat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Céret;

3° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre;

4° État de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Ulcérations de l'utérus.

M. le docteur Bitterlin, médecin à Saint-Maur-lès-Fossés, adresse un Mémoire sur les ulcérations du col de l'utérus.

Épidémies.

M. Vidal, correspondant de l'Académie à Bayonne, adresse des renseignements sur les épidémies de cet arrondissement, en réponse à une circulaire envoyée à ses correspondants par l'Académie de médecine.

Goutte et rhumatisme.

M. Larue, médecin de l'hospice des Vieillards à Bergerac, adresse une observation qui lui semble démontrer l'efficacité de la décoction de feuilles de frêne à haute dose, et formulée de la manière suivante, contre la tumeur blanche de nature goutteuse ou rhumatismale :

Eau commune........... 200 grammes.
Feuilles de frêne......... 20 —
Sucre, q. s.

Quatre tasses à thé par jour, convenablement distancées des repas.

Décès.

M. le président annonce la mort de M. Mougeat, correspondant de l'Académie à Lorient.

Funérailles de M. Duval.

M. Londe lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Duval. Ce discours est suivi d'applaudissements mérités.

RAPPORTS.

Déviations utérines.

M. Depaul lit la fin du Rapport sur le traitement des déviations utérines par le redresseur utérin (*voir* ci-dessus).

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La séance de l'Académie de médecine d'hier a été entièrement remplie par la lecture d'un discours de M. Londe, bien pensé et bien écrit, et que l'honorable académicien a prononcé sur la tombe de M. Duval; et par la lecture de la fin du remarquable Rapport de M. Depaul. Les nombreux détails contenus dans ce consciencieux travail ne nous permettent pas d'en donner aujourd'hui l'appréciation.

L'Académie des sciences n'a reçu que la communication de M. Régnault, qui pût nous intéresser ; malheureusement, l'extrait qui en a été publié par les comptes rendus n'est pas suffisant pour la rendre parfaitement intelligible aux médecins.

— *Etat sanitaire des orphelinats en Algérie.— Médecins de colonisation.* — Dans un long et important Rapport à S. M. l'Empereur, M. le maréchal Vaillant donne des détails intéressants sur une institution dont nous avons eu l'occasion de louer tout récemment la création, les médecins de colonisation. M. le Ministre donne en même temps quelques renseignements qui seront consultés avec intérêt par les hygiénistes, sur la mortalité de 300 enfants appartenant à l'hospice dépositaire ou à des familles indigentes du département de la Seine, et confiés à deux colonies créées en Algérie par deux respectables ecclésiastiques, M. l'abbé Brumault et le P. Abram. Cette mortalité est tout à fait favorable aux idées d'acclimatation ; il est seulement à regretter que S. E. M. le Ministre n'ait pas jugé à propos de corroborer les conséquences qui découlent de résultats fournis par ce chiffre un peu restreint, par celles qu'on aurait pu tirer de la mortalité de toute la population européenne en général, et en particulier de la partie de cette population qui se livre aux travaux de l'agriculture. H. de Castelnau.

Voici les deux passages de l'important Rapport de M. le Ministre :

« Orphelinats. — Près de 300 enfants appartenant à l'hospice dépositaire et aux familles indigentes du département de la Seine ont été confiés à l'abbé Brumault et au P. Abram. Cette jeune et intéressante colonie a été installée dans les premiers mois de 1853, et, jusqu'à présent, elle n'a donné lieu qu'aux rapports les plus favorables.

« Malheureusement, Sire, malgré tous les efforts de mon département et de celui de l'intérieur, cette innovation si utile, dont les résultats moralisateurs pouvaient avoir une influence si considérable pour la France elle-même, ne me paraît pas destinée à sortir des proportions d'un essai. Les tentatives qui ont été faites, à plusieurs reprises, auprès des conseils généraux des départements pour les déterminer à suivre l'exemple de la ville de Paris ont été sans résultats ; les administrations départementales se sont arrêtées devant une question de dépense.

« L'introduction en Algérie de 300 enfants abandonnés confiés par le département de la Seine aux orphelinats de l'Algérie m'offre l'occasion de réfuter par un mot et par un fait l'opinion plusieurs fois émise que le climat de l'Afrique serait incompatible avec le maintien de la race européenne. On s'est appuyé à cet égard, il est vrai, sur des chiffres puisés dans des documents officiels mal interprétés, et sans tenir aucun compte d'un fléau, le choléra, qui, à plusieurs reprises, est venu décimer la population sur certains points de l'Algérie. Votre Majesté apprendra sans doute avec satisfaction que, sur les 300 orphelins dont il vient d'être question, deux seulement sont morts en 1853, c'est-à-dire dans la première année de leur acclimatation.

« Ce fait est d'autant plus remarquable, que cette moyenne est bien inférieure à celle des établissements du même genre en France; il est d'autant plus significatif que, jusqu'à ce jour, on a prétendu que le climat de l'Algérie était surtout funeste aux enfants.

« Médecins de colonisation. — Une dernière mesure est venue compléter le système d'ensemble adopté par le Gouvernement de Votre Majesté pour améliorer la position des classes malheureuses en Algérie, dans la limite du possible.

« Depuis plusieurs années, sur plusieurs points des territoires livrés spécialement à la colonisation, il existait, sous le titre de médecins de colonisation, une institution dont l'objet était d'assurer aux colons l'assistance d'un homme de l'art. La population des campagnes n'étant point partout assez compacte pour que des médecins pussent y trouver dans une clientèle la rémunération légitime de leurs soins, le Gouvernement avait été conduit, pour déterminer quelques-uns d'entre eux à se porter au dehors, à leur parfaire, au moyen d'une subvention, une position à peu près égale à celle qu'ils auraient eue dans les villes.

« Mais cette institution n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions et obligations bien définies, elle ne fonctionnait pas avec la régularité désirable.

« Aujourd'hui, grâce aux mesures prises par mon département, ce service vient d'être organisé de manière à satisfaire à tous les besoins.

« Tous les territoires livrés à la colonisation sont divisés en circonscriptions médicales ; chacune d'elles est desservie par un homme de l'art, pourvu du diplôme de docteur, auquel mon département alloue un traitement fixe, et, si l'étendue de la circonscription qui lui est assignée exige qu'il soit monté, une indemnité pour frais de cheval.

« Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins à toute personne indigente de sa circonscription, européenne ou indigène. Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, il délivre les médicaments à ses malades ; cette délivrance est gratuite pour les indigents.

« Les médecins de colonisation sont, en outre, tenus :

« De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

« De tenir, au lieu de leur résidence, à jour et heure fixes, des consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

« De propager la vaccine ;

« De constater les décès ;

« De fournir à l'administration tous les renseignements de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique.

« Il résulte, de cette organisation, qu'il n'y a pas en Algérie une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui, par conséquent, ne doive recevoir, au moins deux fois par semaine, la visite du médecin, et, s'il s'agit d'un indigent, l'assistance et les soins gratuits de l'homme de l'art. »

(*Pour toutes les variétés scientifiques :* H. de Castelnau.)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 63. 2e année. Samedi 27 Mai 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins,

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, à l'occasion d'une observation communiquée par M. le docteur Broca,

Par le Dr Depaul, *membre de l'Académie*, etc.

(Suite et fin. Voir les nos 59, 60, 61 et 62.)

Prenons d'abord les faits qui ont été publiés, et soumettons-les à une troisième et dernière analyse, pour apprendre d'eux les accidents qui ont été produits par l'application d'une méthode qu'on dit à peu près inoffensive.

Mais, en ce qui concerne M. Valleix, j'ai une remarque préliminaire à faire. Il donne le nom de règles à presque toutes les pertes sanguines qui sont survenues pendant le cours du traitement. Toutefois, en suivant rigoureusement les faits et les dates, il m'a été facile de voir qu'il s'était souvent trompé, et que ces prétendues règles n'étaient autre chose que de véritables hémorrhagies souvent considérables. Ce ne sont pas, d'ailleurs, comme on va s'en convaincre, les seuls accidents qui se trouvent indiqués dans ses observations.

Observations de M. Valleix.

1er *fait.* — Le redresseur a dû être retiré, parce qu'il avait déterminé de la douleur abdominale et du gonflement.

2e *fait.* — Le cathétérisme est suivi d'un petit écoulement de sang.

Le redresseur, appliqué trois jours après, fatigua la malade et on le retira au bout de deux heures, *à cause de l'apparition des règles, dix ou douze jours avant leur époque; elles sont plus abondantes que de coutume.*

Après une assez longue interruption, l'instrument est remis et provoque encore, après quelques jours, des *règles abondantes* qui durent jusqu'à douze jours.

3e *fait.* — *Il y avait un retard dans les règles de quinze jours.* Le redresseur est cependant appliqué; on ne le laisse que quatre jours, *à cause des règles abondantes.* Deux nouvelles applications de courte durée *donnèrent lieu à des coliques utérines et à des règles abondantes.*

4e *fait.* — Un simple cathétérisme, prolongé près de vingt minutes, suffit pour produire *de la courbature, de légers frissons et des règles abondantes et très-douloureuses en avance de trois jours.*

Deux nouveaux cathétérismes produisirent encore un écoulement de sang, mais peu abondant.

Un redresseur est appliqué et laissé pendant sept jours. On l'enlève, parce qu'il survient une *hémorrhagie* assez abondante.

Une nouvelle application est suivie du *même accident.* Il en fut de même une quatrième fois, quoiqu'on donne toujours le nom de *règles* à de véritables pertes.

6e *fait.* — Ici encore, le redresseur doit être retiré, à cause de l'apparition *de règles abondantes, qui durent neuf jours au lieu de cinq ou six, et qui sont douloureuses.*

7e *fait.* — On ne dit pas que la sonde ait produit d'accident. Mais le redresseur provoqua *des règles abondantes et qui durèrent huit jours.*

9e *fait.* — Exemple de cathétérisme difficile.

Le redresseur provoqua l'apparition des règles.

On dit que la malade sort bien portante, mais huit jours après, elle rentre à l'hôpital, ayant eu *des frissons, de la fièvre avec sueurs abondantes, de la céphalalgie, des vomissements, de la tension du ventre et des douleurs vives dans l'hypogastre. On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, dure, non fluctuante, communiquant avec le vagin, dont la paroi correspondante était chaude et douloureuse.*

Un traitement énergique procura la guérison.

Pour M. Valleix, le redresseur n'a été pour rien dans tout cela, et pour expliquer les accidents, il se contente de dire que la malade s'était fatiguée après sa sortie de l'hôpital.

10e *fait.* — Après six cathétérismes, on applique le redresseur. *L'opération fut suivie de quelques coliques qui reparurent le soir, pour disparaître ensuite.* Le lendemain, il s'écoula un peu de sang; trois jours après, les *règles,* qui n'étaient attendues qu'une semaine plus tard, apparurent : *elles furent plus abondantes que de coutume.*

Une seconde fois, l'instrument est porté pendant seize jours; mais on est forcé de le *retirer, à cause du retour des règles, encore avancées de plusieurs jours.* Je cite toujours les paroles de *M. Valleix.*

Un peu plus loin, il est dit que la malade, étant un peu anémique, il fallut lui donner du fer.

C'est, sans aucun doute, le résultat des pertes successives.

12e *fait.* — La malade a été cathétérisée quatre fois ; puis on met un redresseur, et, au bout de neuf jours, on l'enlève, parce qu'il survient des *règles assez abondantes et assez persistantes* pour qu'il faille recourir au tannin et au seigle ergoté.

13e *fait.* — Ici, le redresseur, introduit le 9 août, fut retiré le 14, parce que les *règles* apparurent. Il est permis de supposer que ces règles étaient une simple hémorrhagie, sans cela il faudrait admettre que *M. Valleix* s'est mis en opposition avec le conseil qu'il donne ailleurs, à savoir que l'instrument ne doit jamais être appliqué si près d'une période menstruelle.

14e *fait.* — Observation où, comme dans presque toutes les autres, chaque application du redresseur a produit de véritables pertes auxquelles on persiste à donner le nom de *règles,* quoique, indépendamment des autres raisons, la simple comparaison

des dates suffise pour prouver que ce sont des hémorrhagies qui n'ont rien de commun avec les *règles*.

14e *fait* (*bis*). — L'introduction de la sonde et du redresseur fut très-difficile et très-douloureuse.

15e *fait*. — Une première fois, le redresseur ne put rester que deux jours, à cause de *l'apparition des règles*, qui furent *beaucoup plus abondantes que de coutume*.

Plus tard, le traitement, suspendu à cause d'une variole, est repris. Les premières fois, *l'introduction fut tellement douloureuse que la malade eut des lypothymies, et presque des syncopes* : elle restait *deux heures couchée, sans pouvoir faire un mouvement*.

Un peu plus tard encore, il survint une *légère inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, avec apparition de points névralgiques nombreux*. — La malade a guéri.

18e *fait*. — Le redresseur à tige articulaire est appliqué. L'opération fut très-douloureuse, *suivie d'une espèce de syncope* et de coliques utérines pendant deux heures et demie.

Cependant l'utérus s'y habitua et la supporta pendant 49 jours.

19e *fait*. — Le même instrument produit pendant trois jours de la *courbature et des coliques utérines*; puis il est supporté pendant 48 jours.

Un seconde application provoque des *règles* douloureuses.

Faits de M. Gaussail.

1er *fait*. — Il résulte des détails consignés dans cette première observation, que l'introduction de la sonde ou du redresseur a toujours été suivie de douleurs vives.

Une perte sanguine a été le résultat constant de l'emploi du redresseur. Abondante et prolongée d'abord, elle a été en diminuant à mesure que la santé de la femme s'améliorait.

2e *fait*. — Ici encore les nombreuses applications du redresseur qui ont été faites pendant vingt-six mois, ont constamment provoqué des *douleurs vives* et des *pertes sanguines* qui, cependant, se calmaient assez vite.

3e *fait*. — L'introduction des instruments est *très-douloureuse*.

Ils occasionnent aussi de vives douleurs dans les parties génitales externes.

4e *fait*. — Les diverses manœuvres ont produit de *vives douleurs*.

5e *fait*. — D'abord bien supporté, l'instrument ne tarda pas à provoquer une *vive irritation*, des règles exhubérantes et douloureuses.

Après deux tentatives nouvelles, on dit que la malade *s'en trouve mal, elle est énervée, elle souffre*.

On essaie de nouveau, les douleurs deviennent plus vives et plus persistantes. *Des règles* douloureuses et avec caillots surviennent.

Enfin, dernière tentative ; mais trois heures après il faut retirer l'instrument. Les douleurs sont encore beaucoup plus intenses. Un écoulement sanguin léger a lieu.

Faits de M. Piachaud.

1er *fait*. — L'application de l'instrument a produit des douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, et toujours un écoulement sanguin, qui, dans un moment, est devenu une *véritable perte avec caillots*, qu'il a fallu combattre avec des compresses d'eau froide sur le ventre, le seigle ergoté, etc.

2e *fait*. — Le redresseur a été mieux supporté, mais il a cependant produit un écoulement sanguin.

3e *fait*. — La sonde occasionne de vives douleurs dans le bas-ventre.

Le redresseur ne procure pas de douleur, mais un peu d'angoisse et un suintement sanguinolent, qui devient parfois plus considérable, et qui s'accompagne de douleurs dans les reins.

Avec le temps, cependant, l'utérus semble s'habituer au contact du corps étranger.

Ainsi, avec des hémorrhagies presque constantes et quelquefois graves, nous trouvons des douleurs utérines et abdominales, des frissons, de la fièvre, des syncopes, des phlegmons péri-utérins et de la fosse iliaque.

Mais ce n'est pas seulement dans la pratique des médecins que je viens de citer, que de pareils accidents ont été observés. Tous ceux qui les ont imités en ont constaté de semblables. Je dois à *M. Huguier* la communication des trois faits suivants.

Disons d'abord que, dès 1847, ce médecin avait employé, dans des cas de rétroflexions, des sondes en gomme élastique, munies d'un léger mandrin et laissées à demeure.

Il dut bientôt y renoncer, car, dans un de ses essais, il survint une hémorrhagie et une métro-péritonite très-intense, et, dans un second, une métro-péritonite très-grave.

« La nommée L. M...., âgée de 41 ans, entra à l'hôpital Beaujon, le 16 février 1852. Une *rétroflexion* ayant été constatée, on appliqua le pessaire *Simpson*. Quatre jours après, la malade fut prise de tous les symptômes d'une métrite aiguë des mieux caractérisées. L'instrument fut immédiatement retiré. On eut recours à un traitement antiphlogistique ; et ce ne fut que près d'un mois après qu'elle put quitter l'hôpital. *La rétroflexion de l'utérus était la même.*

« La nommée F. L.... fut reçue, le 21 septembre 1852, dans le service de *M. Huguier*, qui constate, ainsi que son collègue, *M. Valleix*, une *rétroflexion*. C'est ce dernier qui se charge de l'application du redresseur, et il l'introduit le 9 juin. Le 10, élancements très-vifs dans la matrice; douleurs aiguës dans les reins, les aines et le membre inférieur gauche. Plus tard, hémorrhagies pour lesquelles on est obligé de recourir au seigle ergoté, besoins de pousser, etc. Enfin, le 29, les accidents continuant, *M. Huguier* retire le redresseur : le calme renaît alors ; la malade se trouve dans un autre monde (selon son expression). Le 4 février, la *rétroflexion* est tout aussi prononcée qu'avant le traitement. Le 6 mars, *M. Huguier* fait une nouvelle tentative avec le pessaire *Simpson*. Le 8, des pertes sanguines surviennent, durent plusieurs jours, affaiblissent beaucoup la femme, et l'obligent à retirer le redresseur. La rétroflexion persistant toujours, il la traite par les mèches dans le rectum.

« Le 7 avril 1852, entra, dans le service de *M. Huguier*, la nommée H.... (A.), âgée de 29 ans. Le 12, on reconnut une *rétroflexion*. Le 27, on appliqua le pessaire *Simpson* modifié. Le lendemain, fièvre violente qui augmente le soir ; douleurs dans le bas-ventre et les cuisses ; diarrhée abondante. Le 29, perte sanguine. Le 30, tous les accidents ont augmenté; les douleurs sont intolérables. Le 2 mai, *M. Huguier* est forcé de retirer l'instrument : dès ce moment, les accidents se calment, et, sur sa demande, la malade quitte l'hôpital quelques jours après. »

Ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels *M. Huguier* ait vu des accidents graves résulter de l'emploi du redresseur interne. — De son côté, notre collègue, *M. Cazeaux*, m'a transmis l'observation que voici :

« Madame G...., âgée de 30 ans, et déjà mère de deux enfants, vint à Paris en 1848, réclamer les soins de M. Rayer, qui voulut bien me l'adresser. Depuis son dernier accouchement, qui datait alors de cinq ans, madame G.... avait ressenti une notable altération dans sa santé. Elle était presque constamment souffrante dans l'intervalle des règles, et pouvait à peine faire une courte promenade sans ressentir aussitôt une pesanteur très-vive dans les reins, des douleurs aiguës avec tiraillement dans les aines et les membres. Chaque époque menstruelle était accompagnée pendant les trois premiers jours de douleurs atroces et très-souvent suivie d'une véritable hémorrhagie le troisième et le quatrième jour de l'écoulement. Puis les douleurs et la perte cessaient pour se reproduire le mois suivant. Un examen, fait en présence de M. Rayer, permit de constater : 1° un engorgement assez considérable du col de l'utérus, dont chacune des lèvres offrait une ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs. Cette ulcération se prolongeait évidemment dans la cavité du col ; 2° un abaissement léger avec rétroversion légère aussi de la totalité de l'organe.

« Il est inutile d'insister sur divers moyens mis en usage pour combattre cette maladie ; la cautérisation au fer rouge fit assez rapidement disparaître l'affection du col. Plus tard, la cautérisation de la cavité même du corps utérin par le nitrate d'argent, les bains sulfureux ; puis plus tard encore, l'hydrothérapie et l'usage du pessaire Garriel produisirent dans l'état de madame G.... une amélioration tellement notable, que pendant l'été de 1852, la malade pouvait faire d'assez longues courses à pied et en voiture ; les règles encore parfois douloureuses, n'étaient que très-rarement hémorrhagiques, l'embonpoint était revenu, etc.

« Malheureusement, madame G.... s'impatientait de l'emploi du pessaire. Les règles s'accompagnaient encore de douleurs quelquefois ; elle

craignait toujours de voir reparaître les anciens accidents, et fortement engagée à consulter *M. Valleix,* elle se décida à faire appeler cet honorable confrère.

« Celui-ci n'hésita pas à déclarer que toutes les incommodités dont se plaignait madame G.... devaient infailliblement disparaître devant l'emploi du redresseur, et que jamais il n'avait rencontré un cas plus favorable à l'emploi de son instrument. En un mot, il était sûr du succès (ce sont au moins les paroles qui m'ont été rapportées par le mari et la malade elle-même).

« Devant une pareille affirmation, on n'hésite plus, et au mois de décembre 1852, *M. Valleix* commence le traitement. Le cathétérisme utérin fut d'abord pratiqué un certain nombre de fois, puis enfin le redresseur fut laissé à demeure ; mais dès la seconde ou troisième application de l'instrument, des accidents graves se manifestèrent. Des sangsues sont appliquées en assez grand nombre ; les douleurs abdominales sont très-vives, plusieurs nuits se passent sans sommeil.

« Je ne puis savoir au juste la succession des phénomènes et quels furent les moyens (certainement très-rationnels) qui furent employés, ce que je puis dire seulement, c'est qu'ayant été rappelé auprès de madame G.... le 4 février 1853, je fus bien affligé de retrouver aussi gravement malade une jeune femme que, quelques mois auparavant, j'avais laissée à peu près bien portante : facies profondément altéré ; 120 pulsations ; sensibilité assez vive de toute la région sous-ombilicale. Mais ce qui m'effraya le plus, ce fut de trouver toute cette région occupée par une tumeur dure, inégale et aussi grosse au moins que la tête d'un adulte. A l'aide du toucher et du palper, je pus reconnaître un énorme phlegmon péri-utérin.

« J'insistai vivement pour avoir une consultation avec *M. Valleix,* la malade s'y refusa obstinément. *M. Rayer* fut appelé et constata comme moi ce que je viens de décrire. Je ne ferai pas l'histoire de tous les accidents consécutifs qui, à deux reprises, ont compromis gravement l'existence de la malade ; il me suffira de dire qu'après quinze mois de séjour au lit, madame G... conserve encore aujourd'hui, malgré les soins éclairés de MM. Rayer, Chomel et Nélaton, une tumeur du volume du poing et qui devient fréquemment le siége d'une suppuration dont le pus s'écoule par le rectum. Il est impossible de dire combien de temps encore madame G.... aura à souffrir de cette malheureuse tentative. »

Observation de métro-péritonite survenue à la suite de l'application du redresseur utérin, recueillie par *M. Gaube,* interne à la Pitié, dans le service de *M. Aran.* En voici le résumé :

« Une femme de 31 ans, d'une assez bonne constitution, quoique lymphatique, entra à l'hôpital le 9 novembre 1852. Régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans, elle avait eu trois enfants, et le dernier il y avait vingt mois.

« A la suite de son dernier accouchement, elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, qui furent bientôt remplacées par un sentiment de pesanteur. Quinze jours avant son entrée, elle consulta un médecin qui reconnut un abaissement et qui lui appliqua un pessaire. Elle le portait encore lorsque M. Aran l'examina. Un abaissement sans déviation fut constaté.

« Après avoir calmé une vive irritation du vagin produite par le corps étranger, le redresseur modifié par *M. Valleix* fut introduit le 11 décembre. Comme il s'était déplacé dans la nuit du 13, on le réappliqua le 14. Il fut parfaitement supporté, cependant on le retira le 18.

Réappliqué le 24, il détermina, deux heures après, un écoulement de sang qui dura jusqu'au 26 au matin, époque où il fut enlevé définitivement à cause d'une douleur assez vive qui se fit sentir. Dans la soirée, le ventre devint très-sensible. Dans la nuit, une fièvre intense s'alluma, le pouls monta à 120 ou 124 pulsations. On constata de la matité dans la partie inférieure de l'abdomen ; des vomissements bilieux survinrent. Il était impossible de ne pas reconnaître une *métro-péritonite* intense, qui fut heureusement enrayée par un traitement des plus énergiques. Au bout de six semaines, cette femme put quitter l'hôpital, et, chose assez singulière, qui prouve une fois de plus combien l'influence fâcheuse des déviations a été exagérée, la matrice fut trouvée abaissée en masse et fortement antéfléchie, et cependant cette femme n'éprouvait plus de douleurs et put reprendre ses travaux. Elle a été revue depuis à la consultation de l'hôpital, les 28 mars et 11 avril. Le 3 juin, la disposition de l'utérus était la même et la santé excellente. La menstruation s'était rétablie régulièrement.

M. Nonat n'a jamais osé se servir du pessaire intra-utérin, mais il a eu occasion d'observer six malades chez lesquelles on l'avait employé, et il déclare que pas une ne s'est bien trouvée de ce mode de traitement. Des accidents sont survenus et le déplacement n'a subi aucune modification.

Dans un cas, une antéversion fut traitée, dans le service de *M. Valleix,* par le redresseur qui, dans l'espace de huit mois, fut porté soixante-douze jours. La femme, après avoir éprouvé des symptômes de métrite aiguë, vint réclamer les soins de *M. Nonat,* qui constata une antéversion très-caractérisée, avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et une métrite interne. Un traitement ordinaire, sans s'inquiéter de la déviation, a suffi pour guérir la malade.

Le deuxième cas est relatif à une femme qui avait une rétroversion et un engorgement péri-utérin qui rendait l'utérus immobile. Après avoir passé six semaines dans la division de *M. Nonat,* elle s'adressa à *M. Valleix,* qui lui appliqua le redresseur. L'instrument occasionna de vives douleurs et ne put être supporté que trois jours. Quinze jours après, on fit une nouvelle application qui fut suivie des mêmes accidents et de phénomènes hystériques qui ont persisté pendant longtemps. De plus, elle présenta tous les symptômes qui caractérisent un abcès pelvien : celui-ci, en effet, s'ouvrit dans le rectum. Cette malade, qui eut le bonheur d'échapper au danger qu'elle venait de courir, entra dans le service de *M. Gendrin,* et revint plus tard dans celui de *M. Nonat,* où il fut constaté que la rétroversion persistait toujours.

Le troisième cas est relatif à une malade qui, ayant une antéversion et un engorgement péri-utérin, fut soumise à l'emploi du redresseur par *M. Valleix,* sans qu'en définitive la déviation ait été modifiée, ainsi qu'a pu s'en assurer *M. Nonat,* qui, quelque temps après, a eu cette femme dans son service.

Dans le quatrième cas, une *antéversion,* compliquée d'engorgement péri-utérin, est traitée par le redresseur dans le service de *M. Valleix.* Elle y reste sept mois ; à chaque introduction les douleurs ont été si vives, que la malade ne veut plus continuer et qu'elle passe dans la division de *M. Nonat.* On constate une antéversion des plus marquées, et, de plus, une inflammation péri-utérine. Sans s'occuper du déplacement, on traita cette dernière, et, après sept mois, la malade guérie a pu quitter l'hôpital.

Cinquième cas. — Une femme, qui avait une rétroversion, fut traitée avec le redresseur par notre confrère *M. Barthez.* Après plusieurs mois, les souffrances étant plus grandes, elle renonça à ce mode de traitement et se fit admettre chez *M. Nonat,* qui la guérit en combattant exclusivement l'état inflammatoire.

Sixième cas. — Les choses se sont à peu près passées comme dans le précédent.

Chez les six malades qui ont été soumises à mon observation, ajoute *M. Nonat,* le redresseur a toujours exaspéré les douleurs du bas-ventre et n'a pu être supporté longtemps ; dans deux cas, il produit des accidents graves : métrite aiguë, abcès pelviens ; quant à la déviation, elle n'a été modifiée dans aucun des six cas.

Parmi les faits qu'il me reste encore à vous faire connaître et qui se rapportent tous à de malheureuses femmes qui ont été victimes du traitement mécanique, il en est un que vous avez renvoyé à l'examen de votre commission, c'est celui de M. le docteur *Broca.* Comme l'interprétation qui en a été donnée par l'auteur a été contestée par *M. Valleix,* il importe que vous soyez mis en mesure de décider par vous-mêmes lequel de ces deux honorables confrères a raison.

Voici le résumé de cette observation, qui vous a été lue dans la séance du 31 janvier 1854 :

« Une femme de 39 ans, qui avait eu trois enfants, et qui était accouchée, pour la dernière fois, il y avait dix ans, fut admise à l'hôpital de Lourcine, le 4 octobre 1853. Quoique maigre et flétrie, sa santé générale était assez bonne, et elle affirmait n'avoir jamais eu de maladie grave.

« Elle fait remonter à une année les premières atteintes du mal qui l'ont conduite à l'hôpital. Les règles se supprimèrent à cette époque et n'ont jamais reparu depuis. En même temps apparurent des douleurs vives s'irradiant dans la région supérieure des cuisses ; des troubles de la digestion, de la constipation habituelle, que les purgatifs eux-mêmes avaient de la peine à vaincre, et des besoins d'uriner beaucoup plus fréquents que d'habitude. Elle affirme avoir beaucoup maigri depuis cette époque, et se dit très-souffrante.

« Examiné par le vagin, l'utérus fut trouvé en antéversion très-prononcée. Le spéculum embrassa difficilement le col qui était gros, granuleux ; son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matière glaireuse et purulente.

« Le 7 octobre, la *sonde utérine* fut introduite pour la première fois, et elle pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres 1/4. La matrice fut ensuite facilement ramenée à sa direction normale, et maintenue telle pendant cinq minutes : la malade n'accusa aucune douleur.

« Le lendemain 8, on répéta la même manœuvre. Il en fut de même le 10, et la malade assura qu'elle se sentait notablement améliorée.

« Le 11, l'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Pendant le mouvement destiné à produire le redressement, la malade se plaint de souffrir dans le ventre, et surtout à l'hypogastre : on ne laisse séjourner la sonde que pendant deux à trois minutes.

« Le 12, les douleurs ont persisté, surtout à l'hypogastre ; il n'y a pas de fièvre. Le soir, les douleurs ont pris une grande intensité ; il y a de la fièvre et quelques nausées. On applique 30 sangsues sur le bas-ventre.

« Le 13, l'état s'est encore aggravé ; la nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses, constipation ; pouls à 100 pulsations. — 30 sangsues, 1 bain, cataplasmes ; diète absolue.

« Dans la journée, un léger suintement sanguin a lieu par la vulve et ne dure que quelques heures.

« Le 15, amélioration notable ; plus de fièvre. La pression provoque encore, cependant, un peu de douleur au niveau de l'ovaire droit ; aucune tumeur appréciable. Vomissement, chaque fois qu'une gorgée de tisane est avalée. — Cataplasme ; boisson glacée, etc.

« Le 17, les symptômes inflammatoires ont disparu ; la pression même assez forte ne provoque aucune douleur. Cependant, des douleurs intermittentes, revenant plusieurs fois par heure, semblent partir de l'utérus et s'irradient dans tout le ventre ; des vomissements fréquents persistent. Le toucher permet de constater que l'utérus est toujours en antéversion et supporte la pression du doigt sans douleur. Ces crises deviennent plus fréquentes les jours suivants : les vomissements deviennent incessants, le pouls devient petit, le ventre se ballonne, et la malade succombe le 23, après une longue et douloureuse agonie.

« *Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.* — Le crâne n'est pas ouvert ; les organes thoraciques ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

« L'extrémité droite du colon transverse est unie à la paroi abdominale antérieure par des adhérences larges, épaisses, résistantes, indices évidents d'une péritonite ancienne ; quelques autres adhérences, moins épaisses, mais aussi anciennes, existent au niveau de la partie adjacente du grand épiploon.

« L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont très-distendus, jusqu'à environ 60 centimètres de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, l'intestin adhère à l'utérus et se rétrécit rapidement ; au-dessus, il a 16 centimètres de circonférence ; au-dessous, il est réduit au volume du doigt indicateur. Tout le gros intestin, jusqu'au colon descendant, est fortement revenu sur lui-même et vide ; à partir de ce point, le calibre, quoique diminué, ne l'est pas au même degré.

« Les parois de la portion de l'intestin situé au-dessous de l'adhérence sont décolorées, mais saines d'ailleurs ; au-dessus, au contraire, et jusqu'au duodénum qui est sain, il y a les traces évidentes de la congestion et même de l'inflammation. L'épaisseur est double à la partie inférieure ; là aussi, à partir de l'adhérence, dans l'étendue de 30 centimètres, existe une couleur violacée, uniforme, qui diminue à mesure qu'on s'élève, et qui disparaît après avoir passé par des degrés divers.

« La cavité du péritoine ne renferme aucun liquide ; il n'y a aucune fausse membrane récente, et, à part les adhérences anciennes dont il a été question, on peut dire que le péritoine est sain.

« La vessie est saine ; il en est de même du vagin. L'utérus est en antéversion à peu près complète ; à l'entour de son orifice existent de nombreux follicules gros comme des têtes d'épingles. La cavité du col est parfaitement saine ; il en est de même de celle du corps, excepté vers le fond et à droite, où on aperçoit une coloration violacée ; à ce niveau, la muqueuse est lisse et ne présente ni déchirure ni ramollissement.

« A gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe, sont sains ; mais, à droite, l'ovaire et la trompe sont profondément altérés.

« La trompe droite est tellement développée, qu'au premier abord on pourrait la prendre pour une anse intestinale de petit volume ; elle suit une direction particulière et décrit une courbe en fer à cheval ; par sa face concave, et par sa face inférieure, elle adhère au péritoine utérin, et, au niveau de sa terminaison, elle adhère à la fois au rectum et à l'utérus. Toutes ces adhérences sont courtes, résistantes, et paraissent remonter à une époque déjà éloignée ; quant à l'ovaire droit, il est impossible d'en retrouver les traces.

« La cavité de cette trompe renferme une quantité assez considérable de pus couleur chocolat. Elle est close de toute part et ne communique ni avec l'utérus ni avec le péritoine. Ses parois sont épaisses et résistantes, 1 millimètre et 1/2.

« Au niveau de l'angle de l'utérus, et près de l'insertion de la trompe droite, existe une petite collection purulente très-rapprochée de la surface péritonéale. Le pus est blanchâtre, épais.

« Indépendamment des adhérences anciennes, dont nous avons déjà parlé, on en trouve d'autres formées par un suc gélatineux grisâtre, demi-transparent, non encore organisé. En d'autres termes, il y a les preuves évidentes de deux péritonites, l'une déjà ancienne et l'autre d'origine toute récente. »

D'après *M. Broca,* le rôle de ces deux lésions aurait été parfaitement tranché et serait bien expliqué par les détails de l'autopsie. Par suite des adhérences anciennes, le calibre de l'intestin avait été rétréci en deux points ; de là, des coliques fréquentes et une constipation ancienne, cependant les matières fécales les traversaient encore.

La nouvelle péritonite, en fixant l'anse intestinale qui se trouvait comprise entre les deux adhérences anciennes et qui était restée libre jusqu'à l'apparition des phénomènes nouveaux, a rendu le passage des matières fécales de plus en plus difficile et a fini par le rendre complétement impossible, et c'est ainsi que se serait produit l'étranglement interne.

Notre confrère n'hésite pas à déclarer que le contact de la sonde utérine, plusieurs fois introduite, a d'abord produit une métrite et que l'inflammation, occupant au début les parties voisines de l'angle droit de l'utérus, s'est étendue de là au péritoine et y a produit de nouvelles adhérences qui, aidées par les anciennes, ont fini par produire l'oblitération complète du calibre de l'intestin.

A cela, qu'a répondu *M. Valleix ?* Que le cathétérisme n'avait été pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il admet sans preuves qu'un étranglement interne existait déjà quand on a introduit l'hystéromètre, et, partant de cette donnée erronée, il déclare sans hésitation que la mort de la femme serait tout aussi bien survenue quand même on n'aurait pas eu la fatale pensée de lui redresser l'utérus. J'ai d'abord eu beaucoup de peine à comprendre comment il avait pu s'arrêter à une semblable supposition ; mais je n'ai pas tardé à me l'expliquer. Elle n'a pu lui venir à l'esprit que parce qu'il a puisé, dans une relation inexacte et incomplète du fait de *M. Broca,* les renseignements dont il s'est servi. Il me suffira, je n'en doute pas, d'avoir rétabli les faits dans toute leur vérité, pour modifier sa première impression ; s'il en était autrement, je suis sûr qu'il resterait seul de son opinion.

N'oublions pas, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouva pas *seulement,* comme il l'a cru, les traces évidentes d'une péritonite récente et partielle, mais qu'il y avait en même temps, au niveau de l'angle droit de l'utérus, sur la muqueuse, une *coloration violacée ;* qu'au-dessous, dans l'épaisseur même du *tissu utérin,* on constata *une petite collection purulente très-rapprochée de la surface péritonéale,* et que, de plus, *la trompe du même côté renfermait une quantité assez considérable de pus.* Votre rapporteur a pu constater lui-même, sur la pièce anatomique, l'exactitude de ces détails importants, et il lui est impossible de ne pas se rattacher à l'opinion, réservée d'ailleurs, de *M. Broca.*

Quant à l'observation de *M. Cruveilhier,* lue en séance le 7 février 1854, et que vous avez également renvoyée à votre commission comme document à consulter, elle est trop instructive pour que je ne vous en rappelle pas les points principaux.

Nous verrons après si la fin de non-recevoir opposée par *M. Valleix,* est plus fondée que pour le cas qui précède.

« Une jeune femme de 24 ans, mariée depuis cinq ans et stérile, ce dont elle éprouvait un chagrin profond, se fit examiner par le médecin de sa famille, qui reconnut seulement une antéversion légère de l'utérus et qui lui conseilla de ne rien faire. Cependant, ne s'en tenant pas à ce premier avis, elle consulta un jeune confrère, qui reconnut aussi le déplacement, mais qui lui attribua la stérilité et qui conseilla, pour la faire cesser, l'usage de la sonde utérine. Les premières introductions faites par lui ayant occasionné des douleurs extrêmement vives qui retentissaient dans tout l'abdomen, il fut décidé qu'on viendrait à Paris se mettre entre les mains d'un praticien plus habitué à ce genre d'opération.

« Elle y vint en effet, et réclama les soins de *M. Valleix,* qui constata la déviation qu'il considéra comme la cause de la stérilité, et proposa le redressement.

« L'introduction de l'instrument fut beaucoup moins douloureuse que les premières fois ; cependant, la sonde utérine ne put être conservée au delà de plusieurs heures ; il survint presque immédiatement du malaise épigastrique, des nausées, du ballonnement du ventre et des angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès ce moment, la santé générale, qui jusqu'alors avait été bonne, s'altéra, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général, se manifesta. Le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours et repris après.

L'introduction de l'instrument était par elle-même peu douloureuse, mais après quelques instants de séjour, tous les accidents précédemment notés reparaissaient, et il devenait indispensable de le retirer après quelques heures. Enfin, après cinq introductions, toujours suivies des mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à abandonner le traitement et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

« Le médecin de la famille appelé constata les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite. Ballonnement du ventre, douleur hypogastrique très-vive, utérus très-douloureux au toucher, augmenté de volume, du reste, en antéversion comme avant les tentatives de redressement. Le moindre mouvement pour le soulever arrachait des cris à la malade. Altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées et vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très-grande et petitesse du pouls.

« Plusieurs applications de sangsues, des cataplasmes, etc., parurent améliorer l'état de l'abdomen. Mais l'état général ne fit que s'aggraver et lorsque *M. Cruveilhier* fut appelé, c'est-à-dire cinq semaines après le retour de la malade dans sa famille, il constata que le marasme était porté à son dernier degré. Le pouls, filiforme, battait 120 fois par minute. La sensibilité du ventre avait presque entièrement disparu. L'antéversion persistait toujours. L'utérus, sensible au plus léger contact, ne paraissait pas augmenté de volume. Le toucher rectal ne fut pas pratiqué. La poitrine fut explorée, mais on ne trouva que quelques râles muqueux au sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucune signe de tubercules.

« Sept jours après, notre collègue fut demandé une seconde fois, mais la malade était à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'autopsie n'a pas été faite. »

Quels sont les arguments invoqués par *M. Valleix* pour prouver que la mort ne peut être rapportée au traitement qu'il avait institué? Il a tout expliqué par l'inexactitude des renseignements qui auraient été fournis à notre collègue. C'est ainsi que, d'après lui, la santé de cette jeune femme était déplorable avant le début du traitement, et après nous avoir dit que la moindre promenade était impossible, il reconnaît cependant qu'elle est allée au bal la veille de son départ pour Paris. Quant à la question de la stérilité qui lui aurait été posée, il déclare en effet avoir annoncé que la déviation était un obstacle puissant, mais il se défend d'avoir entrepris le traitement dans le but de remédier seulement à cet état. Il reconnaît aussi que le redresseur a produit souvent des douleurs, et que l'instrument a dû être enlevé plusieurs fois pour ce motif. Quant au dépérissement et aux autres symptômes mentionnés par *M. Cruveilhier*, il les reconnaît, seulement, au lieu de les rapporter à l'usage de la sonde et du pessaire, il dit qu'ils n'étaient autres que ceux que la maladie utérine avait occasionnés depuis longtemps. Il s'appuie surtout sur ce que la malade, depuis la cessation du traitement, aurait pu rester encore à Paris quatorze ou quinze jours, sortant tous les jours, parcourant les magasins et même les Champs-Elysées. Enfin, s'emparant de la phrase de l'observation de *M. Cruveilhier*, où il est dit que la poitrine fut explorée, et qu'on ne trouva que quelques bulles de râle muqueux dans le sommet du poumon droit, ***mais d'ailleurs aucun signe de tubercule***, il en conclut qu'il ne serait pas impossible que cette femme portât depuis longtemps des tubercules et qu'elle eût tout naturellement succombé à une péritonite de même nature.

En présence de deux interprétations si différentes, que restait-il à faire à votre commission? Chercher à savoir qui s'était trompé, car il est évident qu'avec deux hommes aussi honorables, il ne peut être question que d'une erreur. Il résulte, pour nous, de nombreux documents que nous avons entre les mains, que c'est *M. Valleix* qui a été mal renseigné sur la plupart des points véritablement importants. Mais l'Académie comprendra que je me contente de cette simple affirmation; il ne serait digne ni d'elle, ni de nos deux savants confrères, que j'entrasse dans des détails qui pourraient être mal interprétés et perdre le caractère uniquement scientifique que j'ai voulu donner à ce travail.

Je considère donc le fait de *M. Cruveilhier* comme un nouvel exemple d'accidents mortels provoqués par le traitement mécanique, avec cette particularité, qu'au lieu de prendre, dès le début, une forme aiguë et rapidement fatale, ils ont suivi une marche lente et chronique qui n'a pas eu pour cela une issue moins funeste.

Mais, malheureusement, les observations de *MM. Cruveilhier* et *Broca* ne sont pas les seules que nous possédions, et je vais maintenant en rapporter quelques autres qui, jointes à celles consignées déjà dans ce rapport, doivent ouvrir les yeux des plus incrédules.

Je vais commencer par deux, qui sont prises dans la pratique de *M. Valleix* lui-même. Comme le dénoûment fatal ne s'est pas accompli sous ses yeux, on comprendra qu'elles aient pu ne pas arriver jusqu'à lui, et il est bien entendu pour la dernière fois que personne n'est plus convaincu que moi de sa bonne foi.

Observation de métro-péritonite mortelle chez une femme traitée par M. VALLEIX, *au moyen du redresseur intra-utérin.* — Voici les détails qui m'ont été communiqués par M. le docteur *Dicharry*, qui avait fait connaître ce fait à la Société médicale du 3e arrondissement, en avril 1852 :

« La femme D. P...., demeurant quai Jemmapes, 136, âgée de 35 ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que je voyais toutes les semaines, était tourmentée par une foule de ces petits accidents qui tiennent à l'hystérie ; elle n'avait cependant pas d'attaques proprement dites. Depuis longtemps, j'avais constaté une déviation utérine (*une rétroversion*) qui me paraissait la source de tous ces phénomènes nerveux.

« Mécontente de ce que je ne lui prescrivais pas un traitement pour cette maladie, elle s'adressa à un de nos confrères, qui pratiqua plusieurs cautérisations sur le col de la matrice, et qui prescrivit de nombreux médicaments. Au bout du compte, il la laissa beaucoup plus malade qu'avant. Cette pauvre femme se figurait qu'une grossesse la sauverait, et pour avoir un enfant, elle se serait soumise à toutes sortes de supplices. Elle entendit dire que *M. Valleix* redressait les matrices et mettait les femmes à même de concevoir. Dans cet espoir, elle entra à la Pitié : le 19 ou 20 mars, on lui appliqua le redresseur, et malgré les douleurs horribles qu'elle éprouvait, elle le garda trente-six heures ; mais le 21, n'y pouvant plus tenir, elle voulut sortir d'autorité, disant qu'elle mourrait à l'hôpital si elle y restait plus longtemps.

« Elle se fit donc transporter chez elle, et me fit demander. Je la trouvai agonisante, mais ayant pourtant assez de forces pour me raconter les manœuvres qu'on avait pratiquées sur elle. Elle *offrait tous les symptômes d'une métro-péritonite des mieux caractérisées*. Je ne me rappelle pas au juste quelle fut ma prescription, je sais seulement qu'elle me dit que tout était inutile, qu'elle ne passerait pas la journée. Le 21, de bonne heure, je me rendis chez elle, mais elle avait succombé. »

Observation de péritonite mortelle, recueillie chez une femme traitée par le redresseur interne, dans le service de M. VALLEIX.— La nommée J. T...., âgée de 23 ans, couturière, entre à la Pitié le 6 février 1852, dans le service de M. Valleix. On la trouve atteinte de rétroversion, et on la traite par le redresseur intra-utérin, qui est introduit à différentes reprises. Au commencement de mars, des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on s'empresse de retirer l'instrument, mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite intense éclatent et marchent rapidement, malgré un traitement énergique. La malade, ne voulant pas mourir à l'hôpital, se fit transporter par ses parents, le 8 de ce mois, dans un hôtel de la rue Copeau, n° 8, où elle succomba le lendemain matin. »

Je tiens de *M. Maisonneuve*, qui m'a autorisé à le dire, que dans les essais qu'il a faits avec le pessaire intra-utérin, dont il croit, d'ailleurs, avoir obtenu quelques bons résultats, il lui est arrivé une fois de voir des accidents de métro-péritonite se déclarer et se terminer par la mort.

Fait de M. NÉLATON, *extrait du rapport de* M. DEBOUT *à la Société de chirurgie* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1854). — « Dame de 28 ans environ, affectée de rétroversion de l'utérus : de nombreux moyens avaient été inutilement employés. M. Nélaton se décida à recourir au redresseur utérin. L'introduction de l'instrument fut des plus facile ; sa tige, ainsi que *M. Valleix* la conseille, était plus courte de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine : cette application eut lieu à 3 heures 1/2. *M. Nélaton* revit la malade dans la soirée : elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien. Le lendemain, à onze heures, il trouva la malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue et autant à son aise : elle avait marché toute la matinée dans son appartement.

« Le savant professeur avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il était rappelé en toute hâte : des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, il constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Observation de M. Aban, *extraite du rapport de* M. Debout *à la Société de chirurgie* (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1854). — « La femme Mondet, domestique, âgée de 27 ans, entre, le 6 décembre 1852, salle du Rosaire, n° 23. Elle était affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu très-probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès, par divers moyens, on croit reconnaître une antéflexion avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale.

« La sonde fut introduite plusieurs fois sans accident ; elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que vingt-quatre heures : cette fois, sa présence est tolérée huit jours; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29 : une douleur assez vive se manifeste ; néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, des symptômes très-tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement très-énergique, les symptômes augentent, et la femme succombe le 6 janvier, dans la soirée.

« L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en *rétroflexion*, tandis que le col est dirigé en haut et en avant. On constate les caractères anatomiques de la péritonite ; du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes qui en sont pleines ; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et, au niveau de son extrémité, on la voyait s'engager dans une ulcération oblique qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans suppuration. »

A mon avis, de pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

Messieurs, je touche enfin au terme du long travail dont vous avez bien voulu entendre la lecture, et il ne me reste plus qu'à vous soumettre les conclusions qui en découlent naturellement, et qui sont d'ailleurs l'expression de l'opinion de la commission tout entière :

1° On a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes ;

2° Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à elles sont produits par un autre état pathologique de l'utérus ;

3° Dans l'état normal, l'utérus, quoique doué d'une mobilité très-grande, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ;

4° Chez un très-grand nombre de femmes, il peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée en aucune façon, la déviation ne constituant alors qu'une simple difformité sans importance ;

5° Lorsqu'il existe simultanément une déviation et une phlegmasie chronique, ou un état névralgique de l'utérus, il suffit, dans l'immense majorité des cas, de traiter et de guérir ces dernières affections pour voir la première disparaître, ou, si elle persiste, pour constater qu'elle n'exerce sur la santé aucune influence fâcheuse ;

6° Il existe cependant quelques déviations, mais elles sont très-peu fréquentes, qui paraissent entraîner avec elles des incommodités assez nombreuses et des accidents assez sérieux pour qu'il faille leur opposer un traitement direct ;

7° La science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels, et elle peut agir souvent avec efficacité et à peu près constamment sans danger, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit par le rectum ;

8° Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins, ont été mal interprétés ;

9° En affirmant que l'utérus, momentanément redressé, avait, dans l'immense majorité des cas, conservé définitivement la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation ;

10° En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus ;

11° Les observations communiquées à l'Académie, par *MM. Broca* et *Cruveilhier*, ne sont que des exemples trop évidents de l'influence funeste que la nouvelle méthode peut exercer ;

12° Ces faits d'ailleurs sont loin d'être les seuls. En France, comme en Angleterre, les cas de mort qu'on doit rapporter à l'emploi des pessaires intra-utérins, sont déjà beaucoup trop nombreux pour ne pas éclairer les plus confiants ;

13° Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé quand on songe aux accidents sans nombre qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé au danger (douleurs plus ou moins vives, quelquefois atroces ; hémorrhagies légères ou graves ; anémie ; troubles nerveux variés ; frissons ; fièvre ; syncopes ; péritonites ; abcès pelviens ; métro-péritonites, etc.), sans compter que, chez plusieurs, il a fallu renoncer au traitement ;

14° Tout en reconnaissant à l'hystéromètre de grands avantages pour le diagnostic de certaines affections, il ne faut pas oublier qu'il est inutile dans un grand nombre de circonstances, et comme son usage peut avoir des conséquences fâcheuses, il faut le réserver pour les cas exceptionnels qui le réclament ;

15° Quant aux divers pessaires ou redresseurs intra-utérins, nous pensons qu'il faut les proscrire, parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend, et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60 *et* 61 *du tome* 2.)

QUINZIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière Leçon, après avoir vu les hernies inguinales non étranglées, nous avons commencé l'histoire des hernies crurales : vous avez vu comme on a été longtemps avant de les connaître, et combien le XVIIIe siècle avait laissé de doutes sur le diagnostic différentiel : je me suis arrêté au commencement du XIXe siècle, afin que, avec les grands noms que je vais signaler, vous puissiez bien suivre la série des opinions qui ont été émises et leur valeur pour le diagnostic.

Voyons d'abord les variétés principales et les principaux degrés de la hernie crurale.

Dans son ouvrage qui parut en 1793, à Madrid, Gimbernat constitue véritablement l'anneau crural, en montrant que presque toute la moitié externe est occupée par les muscles psoas et iliaque et par l'aponévrose iliaque, et la moitié interne par le ligament qui porte aujourd'hui son nom. L'anneau crural est donc trouvé, c'est là que se faisaient les hernies : Gimbernat partageait l'anneau en deux portions, la portion externe avec l'artère en dedans et la veine en dehors, et la partie interne par laquelle se faisait la hernie : c'était déjà très-beau pour l'époque. Mais au XIXe siècle, il s'agit de savoir s'il y a simplement un anneau crural ou bien un canal.

Les anatomistes ont très-longtemps varié d'opinion sur ce sujet, et, dans ce moment même, il y en a encore qui sont indécis pour savoir s'il y a un simple anneau ou un véritable canal. Scarpa décrit les choses de telle façon que l'on peut à volonté y voir un simple anneau ou un très-petit canal : il serait formé en avant par le ligament de Fallope ; à partir de là, il décrit un repli ou ligament falciforme, qui se prolonge en dehors sur la cuisse, et descend à quelques lignes du ligament de Fallope en dedans, de sorte qu'il y aurait un anneau ou, si l'on veut, un petit canal de quelques lignes. P. Bérard nie l'existence d'un canal crural, il ne reconnaît là qu'un anneau. Au contraire, M. J. Clo-

quet, dont on ne saurait trop citer le nom dans l'histoire des hernies, avait parfaitement reconnu ce canal. Dès 1806, il avait bien été aperçu par Astley Cooper, qui en fit une description incomplète; plus tard, il avait été revu et décrit par Hesselbach; mais il faut venir à M. J. Cloquet pour en trouver une description complète et parfaite : c'est donc à la France que revient la plus grande part de l'honneur de cette découverte.

Comment se fait-il donc que ce canal ait été ainsi aperçu, puis perdu, puis retrouvé, et enfin définitivement décrit? C'est qu'il faut une très-grande habileté de dissection pour le mettre à nu, formé qu'il est par un feuillet aponévrotique extrêmement mince et criblé d'ouvertures de grandeur variable, circonstance qui lui a valu son nom de *fascia cribriforme :* quand on n'a pas une très-grande habitude du scalpel, on enlève l'aponévrose, et il a fallu, pour la trouver et la bien décrire, que l'on voie des hernies soulevant cette aponévrose. Le repli falciforme de Scarpa est un produit du scalpel, c'est un prolongement du fascia cribriforme : pour bien mettre ce fascia à découvert, il faut arracher le tissu cellulaire sous-cutané, de manière à laisser l'aponévrose en place. Pour ceux qui ne l'ont pas vu, je vais vous indiquer, en quelques mots, quelles sont les parties qui forment ce canal, sans quoi il est impossible de rien comprendre aux hernies. A la partie supérieure et interne de la cuisse, à partir du ligament de Fallope, se montre le repli falciforme de Scarpa, continu avec le fascia lata, c'est une production du scalpel, et si nous prenons les choses telles qu'elles sont, nous voyons que, du ligament de Fallope, part le *fascia cribriforme,* qui va rejoindre le fascia lata, et qui, parmi ses nombreux orifices, en présente un plus considérable qui donne passage à la veine saphène interne au moment où elle se jette dans la veine crurale.

On a dit : « Mais, ce fascia cribriforme, c'est la gaîne qui entoure les vaisseaux cruraux, et il n'y a pas de canal; » c'est absolument faux : si nous examinons l'intérieur du canal, nous trouvons d'une part l'artère, la veine et une enveloppe, voilà la gaîne qui se répand sur les vaisseaux, elle n'est pas trouée : mais il y a une autre portion, qui est remplie par du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques, c'est une dépendance de l'aponévrose, elle est percée d'un grand nombre de trous et en offre un plus considérable, qui donne passage à la veine saphène.

D'une part, il y a donc un véritable canal crural, dont l'orifice est derrière le ligament de Fallope; ceux qui disent que le canal va plus haut se trompent, ils prennent la gaîne des vaisseaux pour le canal lui-même : le canal crural enveloppe les vaisseaux et leur gaîne, et, à sa partie interne, il recouvre, de plus, du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques.

Il y a donc un anneau et un canal crural, lequel peut avoir 2 ou 3 centimètres de longueur; ce canal se termine à sa partie inférieure par un trou, c'est celui de la veine saphène : il est formé par une aponévrose criblée de trous, de sorte que quelquefois la hernie sort par un trou accidentel et ne suit pas le canal dans toute son étendue.

Il y a un autre point très-important, c'est la manière dont se développe la hernie : en interrogeant un grand nombre de malades, vous serez étonnés de trouver que beaucoup vous diront que leur hernie inguinale est venue à la suite d'un effort; je vous l'ai déjà dit, c'est une profonde erreur; excepté pour les hernies de la tunique vaginale, aucune ne se produit d'un seul coup. Il en est de même pour la hernie crurale : les malades disent qu'ils ont fait un effort et que la hernie en est résultée; c'est encore une erreur, elle ne peut pas se produire ainsi brusquement, car l'anneau crural dans le ventre est soutenu bien plus fortement que l'orifice inguinal interne; pour la portion de l'anneau par où se fait la hernie, il y a une sorte de toile, dépendance du fascia transversalis, le *septum crural,* qui est placé en travers et qui résiste beaucoup plus que l'anneau inguinal interne. Or, les hernies crurales ne sont pas le 1/15 des hernies inguinales, et, chez la femme, qui y est plus sujette que l'homme, elles sont moins fréquentes encore que les hernies inguinales; comment se pourrait-il faire qu'avec un semblable moyen de protection, la hernie crurale se formât plus souvent que l'inguinale sous l'influence d'un effort? C'est donc faux.

Astley Cooper avait bien vu ce fait, que la hernie crurale se produit lentement, en sorte que, faisant allusion au nom sous lequel on désignait les hernies, « c'est à ces hernies (crurales) bien moins qu'à toute autre, que l'on peut appliquer le nom de *rupture.* » Je suis entièrement de l'avis d'A. Cooper, la hernie crurale se fait par degrés; nous allons donc trouver une *pointe de hernie crurale.* Voulez-vous voir ce que devient l'anneau crural? Chez un sujet sain, il n'y a pas d'enfoncement du péritoine en ce point; placez votre doigt sur l'anneau, et tâchez de sentir le péritoine, vous n'y arriverez pas : sur vous-mêmes, portez le doigt sur l'anneau crural, et toussez, vous ne sentirez pas le choc des viscères, c'est que vous n'aurez pas de hernie crurale. Il est fort douteux que, dans cet amphithéâtre qui, Dieu merci, est assez bien garni, il y ait deux hernies crurales, et je parierais bien qu'il y a une ou deux douzaines de hernies inguinales; on ne sent donc rien sur un individu sain; mais quand les parois abdominales ont été vaincues, que le septum crural s'est un peu abaissé, il y a alors une pointe de hernie crurale, et, de même que nous avons reconnu la pointe de hernie inguinale en faisant tousser les malades et en les regardant de profil, de même, pour la hernie crurale, on les fait tousser, et l'on porte en même temps le doigt sur l'anneau crural, on sentira le choc des viscères. On n'avait pas, avant moi, fait attention à cette pointe de hernie crurale, elle est cependant commune, et vous verrez souvent que chez des individus qui se plaignent de douleurs dans les aines, on cherche en vain une hernie crurale; portez votre doigt sur l'anneau crural, et faites tousser le malade, vous sentirez le choc des viscères : il y a donc une pointe de hernie crurale.

Cette pointe met très-longtemps avant de passer à l'état de hernie interstitielle, c'est-à-dire d'entrer dans le canal. Nous avons donc déjà : 1° la pointe, et 2° la hernie crurale interstitielle, démontrée par A. Cooper : c'est en 1806 qu'il trouva cette hernie dans le canal crural, et cependant, en 1840, les anatomistes ne reconnaissaient pas encore ce canal; c'est donc la chirurgie qui en a démontré l'existence : j'appelle la hernie dans le canal, hernie *interstitielle.* Je l'ai vue allongée en travers parallèlement à l'arcade, allongée de haut en bas, suivant la direction du canal, tantôt arrondie, ou conoïde à base supérieure, ou enfin piriforme.

Au troisième degré, la hernie est complète; elle est sortie. Ici, il y a des variétés qu'il faut connaître : 1° la hernie sort quelquefois par un petit trou du ligament de Gimbernat, situé tout près de son bord externe; cette variété est extrêmement rare, car elle n'a été vue que deux fois; on ne peut la reconnaître sur le vivant, c'est sur le cadavre que M. Laugier, le premier, et ensuite M. Cruveilhier les ont rencontrées; 2° la hernie de beaucoup la plus commune, et que j'appellerai *hernie de Gimbernat,* signalée dès 1793, se fait en dehors du ligament de Gimbernat, par un des trous que présente le fascia cribriformis, qui est situé à sa partie interne; il y a de nombreux orifices sur ce fascia, mais c'est presque sous le ligament de Fallope que sort le plus souvent la hernie crurale. C'est là ce qui a fait commettre récemment une erreur de diagnostic dans une Société très-renommée : on a dit que dans ce cas, c'était l'anneau crural qui avait étranglé la hernie; c'est une erreur profonde, jamais l'anneau crural n'a étranglé personne.

Ces hernies descendent très-peu dans le canal; il semble qu'au premier effort, elles vont sortir par un trou quelconque, et le plus souvent, c'est par le premier : mais, puisqu'il y en a plusieurs, pourquoi la hernie ne sort-elle pas par plusieurs trous? C'est que, une fois engagés dans un trou, les viscères peuvent très-bien passer par ce seul et même l'orifice. Du reste, l'anatomie pathologique a montré des hernies qui sortaient par deux trous à la fois, M. J. Cloquet en a montré un exemple : l'une de ces hernies sort en dehors de la veine crurale, et l'autre en dedans et en haut; on a vu ainsi trois, quatre et cinq hernies sorties à la fois, et cela n'est pas né de l'imagination, car j'ai vu moi-même une hernie quintuple sortant par cinq trous à la fois.

Quelquefois, la hernie ne sort par aucun de ces trous, elle poursuit le cours du canal, le traverse dans toute son étendue, et arrivée au bout de ce canal, elle sort par le trou de la veine saphène. Allez donc nier, maintenant, l'existence du canal crural !

Mais, a-t-on dit, la hernie crurale doit toujours enfiler le canal crural et sortir par le trou de la veine saphène. Non, cela ne doit pas être toujours ; au contraire, cette hernie suivant le canal dans toute son étendue et sortant par le trou de la saphène, est très-rare, et cela se comprend parfaitement, puisque sur son trajet elle rencontre un grand nombre d'orifices par lesquels elle peut facilement passer : c'est à Béclard que revient l'honneur de la découverte de cette variété de la hernie crurale, fort rare, je le répète, car je ne l'ai jamais vue que trois fois pour ma part.

Résumons tout ceci : 1° pointe de hernie crurale, invisible à l'œil, mais sensible au doigt ; 2° hernie interstitielle remplissant le canal ; 3° hernie complète, ou hernie de Gimbernat (hernie de Laugier) ; 4° hernie de Béclard, sortant par le trou de la veine saphène.

Si l'on avait bien regardé, on aurait vu que la face postérieure du canal est quelquefois trouée comme l'antérieure et peut, par ces orifices, donner passage à une hernie : M. J. Cloquet en a vu un exemple où la hernie était passée dans la loge aponévrotique du muscle pectiné. Il faut savoir que cela peut exister, bien qu'on ne puisse pas le reconnaître sur le vivant.

A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Un mot sur l'écorce d'inga, nouvel agent astringent,

Par M. Grimault.

La substance que nous désignons sous ce nom assez vague, qui lui a servi de passe-port à la douane, bien que signalée déjà dans quelques rares traités de matière médicale, est encore inconnue en France. Ses propriétés toniques et astringentes, que l'on utilise dans quelques contrées de l'Europe, et qui lui valent en Amérique une réputation des mieux établie ; son bon marché, du reste, m'engagent à la signaler à l'attention des thérapeutistes.

Me réservant, dans un travail étendu, de faire plus tard l'histoire chimique et pharmaceutique de cette substance, lorsque de nouveaux faits seront venus confirmer les expériences que déjà quelques médecins veulent bien tenter en ce moment, je n'entrerai que dans peu de détails à son sujet.

L'inga, tel qu'il m'a été livré, est en écorces très-compactes, pesantes, épaisses de 1 à 2 centimètres ; variables en longueur, de 20 à 60 centimètres, en largeur, de 5 à 12. Leur cassure nette présente, lorsqu'elle est récente, des couches alternativement blanches et rougeâtres ; les cassures anciennes, qui ont subi l'action des agents atmosphériques, présentent une teinte plus foncée, uniformément rougeâtre ; c'est aussi la couleur de la face interne du derme, qui présente, de distance en distance, des aspérités nombreuses, et se trouve parsemée, sur quelques échantillons, de petits globules de gomme peu colorés.

Le périderme est rugueux, généralement brun noirâtre, comme chagriné, présentant des cicatrices nombreuses, plus ou moins profondes, et dont le fond offre des teintes, variables du blanc au rouge brun.

Cette écorce mâchée offre une astringence bien franche et sans âcreté, amenant une salivation prompte, et colorant la salive en rouge. Introduite dans l'estomac, elle paraît en activer les fonctions.

Sa richesse en principes extractifs est considérable ; elle cède aux différents dissolvants jusqu'à trente pour cent de son poids.

L'extrait aqueux ou alcoolique obtenu par déplacement est comparable pour l'astringence, la couleur et ses propriétés générales, à l'extrait de ratanhia ; seulement, il précipite en bleu foncé les persels de fer. Il contient un peu de gomme, de mucilage, et quatre-vingts pour cent environ d'une matière tannante rouge particulière.

L'écorce, après ce traitement, retient encore, outre le ligneux, un produit gras (cire), associé à une matière colorante jaune, de l'extractif, une forte proportion d'amidon, et beaucoup de sels. Rien n'y décèle la présence d'un alcaloïde, ni un principe âcre de nature quelconque. C'est à la matière tannante rouge qu'elle paraît devoir ses propriétés.

En Amérique, l'inga est préconisé comme astringent tonique dans la diarrhée, la gonorrhée, l'hémoptisie, l'incontinence d'urine et le relâchement des tissus ; comme antiseptique, sa poudre est employée, à l'extérieur, à la façon du quinquina.

Les quelques expériences déjà faites à Paris semblent justifier sa réputation étrangère, et nous font espérer de lui voir prendre un rang distingué dans notre matière médicale.

(*Bulletin gen. de thérap.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques et physiologiques relatives aux fonctions des organes digestifs, doivent exercer sur la phatologie et la thérapeutique des maladies de ces organes.

Le prix est une médaille d'or de 300 francs.

2° Rédiger, pour les ouvriers de Lyon, un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires.

Cet écrit, adressé directement aux ouvriers, sous une forme substantielle et dans un style qui sache les attacher, doit avoir pour principal but de les éclairer sur leurs préjugés, et de les mettre en garde contre les suggestions du charlatanisme.

Le prix est, exceptionnellement pour cette question, une médaille de 500 francs.

Les prix seront décernés dans la séance publique de janvier 1856.

Les Mémoires, écrits en français, devront être adressés, dans la forme ordinaire, et *francs de port,* à M. le docteur Diday, secrétaire général, rue des Célestins, 5, avant le 1er août 1855.

— *Physiologie comparée.* — M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée le mardi 30 mai, à 11 heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle.

— La poésie semble devenir de mode dans le monde médical ; nous ne pouvons que nous en féliciter ; mais ce dont nous nous félicitons moins, c'est que l'anonyme semble devenir de mode aussi. Nous prévenons donc nos honorables correspondants en vers, comme ceux qui pourraient nous écrire en prose, que l'anonyme diminue singulièrement le charme que nous ferait éprouver leur correspondance, et que surtout, il nous empêchera toujours de faire jouir le public du plaisir que nous causent leurs inspirations.

— L'Association de prévoyance et de secours des médecins du département du Rhône a tenu, ces jours derniers, au Palais Saint-Pierre, son assemblée générale publique. Cette association ne se borne pas à distribuer des secours ; elle se réserve encore de signaler à l'autorité les délits et abus relatifs à l'art de guérir. Elle compte déjà 112 sociétaires, et il lui reste en caisse une somme de 1,900 francs, qui sera capitalisée dans la prévision des besoins futurs. — On a entendu dans cette séance un discours de M. Polinière, président ; le compte rendu du secrétaire général pour 1853, et l'éloge de Pravaz, par M. Munaret.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 64. 2e année. Mardi 30 Mai 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57 et 60.)

QUATRIÈME LEÇON.

Propriétés des nerfs et des muscles.

Messieurs, on peut aujourd'hui démontrer rigoureusement que les propriétés des nerfs et celles des muscles sont essentiellement distinctes ; car la propriété essentielle de l'un de ces deux systèmes peut être détruite, tandis que celle de l'autre système est conservée, intacte ou même exaltée. C'est à séparer artificiellement ces deux propriétés, habituellement combinées pour l'exercice des fonctions, que tendront nos expériences. Le poison connu sous le nom de *curare* frappe de mort le système nerveux, tout en respectant le système musculaire. Les muscles perdent, il est vrai, dès lors, leur spontanéité, mais ils ne perdent pas leur contractilité ; c'est ce que l'on démontre en les soumettant à l'action de certains agents extérieurs. Si l'on prend une grenouille, et qu'on lui introduise sous la peau une parcelle de la substance toxique en question, l'animal meurt. Nous ne faisons pas pénétrer cette substance dans l'estomac de l'animal, parce qu'elle n'y est pas absorbée ; mais, si on l'introduit dans une plaie, elle passe, en partie, de l'état solide à l'état liquide ; elle est absorbée par les vaisseaux, circule avec le sang, se met en contact avec tous les éléments organiques du corps, parmi lesquels le système nerveux seul est frappé de mort par cette substance. (Le professeur fait l'expérience indiquée : il pratique une incision sur le dos d'une grenouille, et introduit dans la plaie un morceau de *curare;* l'effet du poison, qui est instantané chez les animaux supérieurs, ne se produit ici qu'au bout de quelques minutes.) La rapidité de l'action de ce poison est en rapport avec la rapidité des phénomènes de nutrition chez les différents animaux ; aussi n'agit-il qu'au bout de cinq à six minutes chez une grenouille, tandis qu'il tue un oiseau en une demi-minute.

Nous verrons tout à l'heure que, chez l'animal sur lequel nous faisons l'expérience, le système nerveux sera frappé de mort, tandis que le système musculaire continuera à vivre. (L'animal ne donnant plus aucun signe de vie, on sépare les membres inférieurs d'avec le tronc, et on les suspend à un fil noué autour des deux nerfs sciatiques. Si l'on touche, avec la pince électrique, l'un ou l'autre nerf, il ne se produit aucun mouvement dans les muscles ; mais si l'on touche directement ceux-ci avec la pince, immédiatement des secousses violentes se produisent, et les membres, qui étaient étendus et immobiles, exécutent des mouvements de flexion rapides et répétés. Cette expérience, renouvelée plusieurs fois, donne constamment les mêmes résultats.)

Vous voyez, messieurs, que la propriété des nerfs a été détruite par le poison jusqu'à la dernière trace, tandis que la propriété des muscles est demeurée intacte. Ces effets persisteront pendant vingt-quatre heures sur cet animal.

Il est donc parfaitement établi, par cette expérience, que les deux propriétés nerveuse et musculaire doivent être considérées comme essentiellement distinctes.

Étudions maintenant ces deux phénomènes en eux-mêmes ; cherchons-en la nature intime : sont-ils produits par des courants, par des fluides, par des forces particulières ? Pour cette étude, il nous faut appeler à notre aide tous les moyens dont nous pouvons disposer, et, en première ligne, l'anatomie, qui nous enseigne quelle est la matière et quel est l'arrangement des éléments anatomiques qui constituent l'un et l'autre de ces tissus.

Je vous rappellerai, en quelques mots, que les nerfs représentent un système de tubes excessivement fins. Chaque tube offre trois parties distinctes :

1° Une enveloppe assez épaisse, transparente, sans structure déterminée, avec laquelle la lumière se comporte de façon à figurer deux contours ;

2° A l'intérieur de cette enveloppe se trouve la moelle du nerf, substance qui est composée, ainsi que nous l'apprennent les analyses chimiques, principalement d'albumine et de graisse ; cette matière est amorphe et transparente ;

3° Au centre est un tube filiforme, nommé cylindre ou axis. Cette structure est la même pour tous les nerfs, quelle que soit leur destination spéciale. Il n'est pas possible, anatomiquement, de les différencier ; cette différence n'est reconnue que par la physiologie.

Outre les tubes nerveux, il existe des corpuscules ou organes centraux auxquels viennent aboutir plusieurs nerfs ; au moment où ces nerfs vont pénétrer dans les corpuscules, l'enveloppe s'arrête, et le nerf est réduit à son cylindre central ou axis. Toute fibre nerveuse prend naissance dans un de ces corpuscules, soit dans la moelle épinière, soit dans le cerveau, soit dans les ganglions intervertébraux ou dans ceux du grand sympathique ; les corpuscules des ganglions diffèrent seulement de ceux qui se rencontrent dans le système nerveux central, en ce qu'ils sont recouverts par les enveloppes des nerfs qui ne sont pas interrompus à leur niveau.

Comment se terminent les nerfs dans les différents tissus ? Les nerfs de mouvement, arrivés dans les muscles, semblent finir brusquement, en se divisant en deux parties. On avait cru qu'ils se terminaient en anses, mais on admet aujourd'hui qu'ils ont une terminaison brusque dans l'enveloppe de la fibre musculaire ;

à leur extrémité, ils perdent leur enveloppe propre et ne sont continués que par leur centre ou *axis*. A la peau, les nerfs terminaux forment généralement des anses et des circuits qui constituent les corpuscules du tact.

Je n'insisterai pas, messieurs, sur ces détails anatomiques, car je n'ai voulu que vous donner un aperçu rapide de la structure des nerfs.

Nous passerons immédiatement à l'étude des muscles.

La propriété de la fibre musculaire, c'est la contraction. Dans les expériences qui ont pour but de déterminer cette contraction, on met en usage des agents nombreux. Dans l'animal vivant, elle se produit sous l'influence de la volonté; mais la volonté venant à manquer, il faut avoir recours à des agents extérieurs, pour réveiller la propriété du muscle. Ces agents, avons-nous dit, sont variés. Haller employait de préférence, pour cet objet, les acides sulfurique et azotique; les alcalis, les caustiques, les irritations mécaniques, le feu, etc.

Aujourd'hui, on a renoncé à ces moyens violents, dont l'inconvénient principal est de désorganiser et de détruire la fibre musculaire, et ainsi de s'opposer à des expériences ultérieures; nous employons des agents plus doux, qui ne détruisent rien, tels que les dissolutions salines, le chlorure de sodium, la bile qui jouit, à un très-haut degré, de la propriété de déterminer des contractions musculaires; enfin le galvanisme, qui est, pour ces expériences, l'agent le plus convenable. Nous aurons souvent l'occasion de revenir sur l'action de cet agent sur les nerfs, les muscles et les glandes. Nous allons donc étudier, à l'aide du galvanisme, les propriétés de la fibre musculaire, et le mécanisme du raccourcissement, qui est sa propriété essentielle : lorsqu'une fibre musculaire se contracte, on voit se produire, sur cette fibre, des zigzags, des ondulations; ces flexions de la fibre musculaire, observées par tous les expérimentateurs, ont été considérées par quelques-uns, comme la cause du raccourcissement; mais il est évident que ce n'est pas cette disposition seule qui produit le raccourcissement, car cette disposition n'est pas constante. Il faut étudier le phénomène sur un animal vivant; si l'on examine la langue d'une grenouille au moment où ses fibres musculaires se contractent, on voit les fibres se raccourcir sans produire de zigzag; elles se raccourcissent à la manière du caoutchouc : minces et longues quand elles sont étendues, ces fibres deviennent larges et courtes par l'effet de la contraction; on ne voit pas autre chose. Il est certain que le raccourcissement se produit également, chez les animaux vivants, dans les fibres musculaires striées et non striées. On a cherché à expliquer aussi la contraction par le raccourcissement de l'enveloppe de la fibre musculaire, mais cette explication tombe d'elle-même devant ce fait, que les fibres sans enveloppe se raccourcissent aussi; il devient dès lors évident que c'est dans le tissu musculaire lui-même que réside la propriété de contraction. On a voulu savoir si, par suite de la contraction, il se faisait une concentration de la matière musculaire; or, il y a une expérience qui prouve que la masse musculaire ne change pas de volume en changeant de forme; cette expérience est vulgaire; je ne la cite qu'en passant : un tronçon de grenouille ou d'anguille est introduit dans un vase que l'on remplit d'eau; un tube plonge dans le liquide et sort par l'orifice supérieur du vase; la moindre augmentation dans le volume du contenu de ce vase sera indiquée par l'élévation de l'eau qui montera dans le tube; un courant électrique est dirigé sur les muscles de grenouille contenus dans le vase, et les met en contraction; or, le liquide ne s'élève ni ne s'abaisse dans le tube; il n'y a donc ni augmentation ni diminution du volume du muscle par suite de sa contraction.

Les muscles ne sont pas seulement contractiles; ils sont élastiques, et, après s'être contractés, ils reviennent à leur état primitif, c'est-à-dire qu'ils s'allongent de nouveau. Ils possèdent donc deux propriétés distinctes, l'*irritabilité*, en vertu de laquelle ils se raccourcissent, et l'*élasticité* (propriété de tissu), par laquelle ils reviennent à leur état primitif.

Quelles sont les conditions qui entretiennent la propriété que possède le muscle de se contracter? En premier lieu, nous devons noter la température. Les limites de température entre lesquelles les muscles conservent chez une grenouille la propriété de se contracter, sont comprises entre — 3° et + 38°; au-dessus comme au-dessous de ces degrés, le muscle perd sa propriété à l'instant même; mais il y a une transition par suite de laquelle le muscle s'affaiblit progressivement à mesure que l'on approche de l'une de ces limites extrêmes. C'est dans une température moyenne dont le chiffre varie suivant les animaux, que la propriété du muscle se montre avec le plus d'énergie; cette moyenne est, chez les animaux mammifères, + 36° ou + 38°; chez les oiseaux, elle est à + 40°. Il y a donc une influence très-grande, exercée par la température, sur la contractilité musculaire. On verra combien cette considération est importante, si l'on se rend compte des conditions où se trouve la fibre musculaire pendant la vie; cette fibre, en effet, est en contact avec le sang, et par conséquent, sa température est celle du milieu commun. Si la température du sang vient à changer, les muscles subissent l'influence de ce changement, et cette influence est funeste; les animaux à sang froid s'échauffent facilement, les animaux à sang chaud, au contraire, s'échauffent difficilement; mais quelles que soient ces différences, l'élévation de la température portée à un certain degré détermine la mort chez tous les animaux, et la limite de cette température extrême où la vie cesse est justement celle où s'arrête la propriété du muscle.

Pour la grenouille, cette température = + 38°; à ce degré, ses muscles perdent leur propriété contractile. Il n'en est pas de même des nerfs qui continuent à être excitables, ainsi qu'on le démontre par l'action de l'électricité; car, si, après avoir plongé l'animal presque tout entier dans de l'eau à + 38°, et l'avoir ainsi tué, l'on excite les nerfs qui se rendent à quelques muscles qu'on a maintenus à une température inférieure, on voit ces muscles se contracter, tandis que l'irritation galvanique est impuissante sur tous les muscles qui ont subi l'action d'une température élevée. Chez les mammifères, c'est à + 45° environ que les muscles perdent leur propriété; de sorte que, si l'on soumet un animal mammifère à une température élevée, 80° par exemple, il vit pendant un certain temps, mais il finit toujours par mourir, et le moment de sa mort est celui où son sang a acquis la température de + 45°. Si, au moment même où il expire, on plonge un thermomètre dans son cœur, on trouve constamment + 45°; c'est à ce degré que la fibre musculaire perd sa propriété. Chez les oiseaux, dont la température normale est plus élevée, la température qui tue est justement mesurée par la différence qui sépare ces animaux des mammifères. Ainsi, leur température normale est de 44° au lieu de 37; la différence est de 5°. Il faudra aussi 5° de plus pour les tuer; ils mourront à 49°. Il est donc très-important de constater que la fibre musculaire ne peut vivre et agir que dans une certaine température.

Il y a une autre condition pour l'exercice libre et facile de la fibre musculaire, c'est une certaine pression atmosphérique. Cette pression peut être mesurée par 150 millimètres de mercure; si l'on fait diminuer la pression, les muscles perdent de leur énergie. L'expérience se fait de la façon suivante; si l'on met un cœur de grenouille sous le réservoir d'une machine pneumatique, on voit qu'il diminue d'énergie à mesure que l'on enlève l'air, et qu'il cesse de se contracter dans le vide; si l'on fait rentrer l'air, il se contracte de nouveau avec vigueur.

Ce n'est pas tout, la fibre musculaire doit être en rapport avec certains gaz; et ici l'on peut dire que le tissu est comme l'animal, qu'il a besoin, pour vivre, de certaines conditions. M. de Humboldt avait déjà observé que les jambes de grenouilles cessaient de remuer lorsqu'on les plongeait dans certains gaz; il fit successivement des expériences avec l'oxygène, l'azote, l'hydrogène, l'acide carbonique et l'air pur, et il vit que l'intensité des mouvements variait singulièrement suivant qu'il employait tel ou tel gaz, mais que, constamment les muscles perdaient leur propriété contractile beaucoup plus vite dans les gaz irrespirables, tandis que, dans l'air atmosphérique, ils la conservaient plus longtemps; il constata que, dans l'oxygène pur, les mouvements étaient plus rapides et plus énergiques encore. Cette propriété

que possède l'oxygène tient à ce qu'il se fait une véritable respiration par le muscle.

Enfin l'on a cru que les muscles avaient besoin, non pas seulement pour entrer en action, mais pour vivre, de l'intervention des nerfs. En effet, l'on avait vu que, lorsque les nerfs manquent ou cessent d'agir, comme dans les paralysies, les muscles pâlissaient, s'atrophiaient, devenaient graisseux, et l'on pensait que cela ne serait pas arrivé, si les nerfs n'exerçaient pas une influence notable sur les muscles. Eh bien, c'est le repos forcé dans lequel est maintenu le muscle, qui cause son atrophie; car le muscle est comme l'individu, il se fatigue et il a besoin de repos, mais un repos trop prolongé lui est funeste. Le galvanisme réveille ce muscle et le fait agir, mais il ne faut pas croire que cette action puisse être continue, le muscle est bientôt épuisé. Le repos, non-seulement rend l'irritabilité à un muscle qui l'avait perdue, mais il augmente cette propriété chez un muscle qui n'a jamais cessé d'être irritable. La paralysie n'est donc que le repos forcé des muscles, et si ce repos se prolonge trop, les muscles s'atrophient. La rapidité et l'énergie de la contraction ont été aussi mesurées, et l'on a reconnu que cette rapidité était loin d'être telle qu'on se la figurait, elle n'approche pas de celle de l'électricité. Un exemple vulgaire montre combien cette vitesse est relativement peu considérable; lorsque, croyant soulever un poids très-lourd, on fait un violent effort, si ce poids se trouve être très-léger ou nul, on se trouve involontairement rejeté du côté opposé à celui où l'on s'attendait à rencontrer un obstacle à vaincre; ainsi nous avons conscience de notre erreur, mais nous sommes impuissants à la réparer à temps. Il y a un appareil pour mesurer la rapidité avec laquelle les muscles se contractent. Si l'on fait agir simultanément deux courants électriques, l'un sur un muscle, l'autre sur une aiguille aimantée qui se meut autour d'un cadran, on voit se produire instantanément une déviation de l'aiguille, tandis qu'il s'écoule un certain temps appréciable entre le moment où la pile agit sur le muscle et celui où il se contracte. On a calculé, relativement à l'intensité de la contraction (Weber), qu'un muscle peut élever à la hauteur de 15 millimètres un poids qui est 93 fois celui du muscle lui-même. Les expériences de Réaumur et de Spallanzani avaient déjà montré la puissance singulière des contractions musculaires; leurs expériences avaient porté principalement sur les gésiers des oiseaux où sont brisés et aplatis, par la contraction musculaire, des tubes de plomb et de fer; le cœur a souvent aussi servi d'exemple pour montrer l'énergie de l'action musculaire.

Il y a une dernière question à résoudre, c'est la suivante : Que se passe-t-il, que se produit-il, quand un muscle entre en contraction? en quoi le milieu est-il modifié par cette contraction? Il se produit là plusieurs phénomènes :

1° Il y a consommation d'oxygène et production d'acide carbonique;

2° Il y a dégagement de chaleur;

3° Il s'opère un changement chimique dans le muscle;

4° La contraction produit un courant capable de faire dévier l'aiguille aimantée.

Le muscle respire comme l'individu lui-même; si on le met sous une cloche remplie d'oxygène, il produit de l'acide carbonique, ce qui constitue une véritable respiration, et cette respiration est en raison de l'activité développée par le muscle; elle augmente, par conséquent, d'intensité, dans un muscle qui est sollicité par un courant galvanique.

Quant à la production de chaleur, elle est facilement appréciée par un appareil thermométrique; elle peut aller jusqu'à + 2°, pendant la contraction musculaire; aussi, le sang qui sort d'un muscle est-il plus chaud que celui qui y entre. Nous verrons plus tard quelle est l'influence qu'exerce le cœur sur la température du sang. Pour prouver qu'il s'opère dans les muscles, par suite de la contraction, des changements chimiques, on galvanise deux muscles inégalement; celui des deux qui a été le plus souvent excité est aussi celui qui perd le plus de sa substance.

Telles sont, en résumé, les différentes questions que soulève l'étude de la propriété essentielle de la fibre musculaire : l'irritabilité. — Nous aurons à agiter des questions de même ordre, lorsque nous étudierons les propriétés du système nerveux; ce sera là l'objet de notre prochaine séance.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61 *et* 63 *du tome* 2.)

SUITE DE LA QUINZIÈME LEÇON.

Maintenant que nous connaissons les diverses espèces de la hernie crurale, revenons au diagnostic différentiel, et vous verrez quelle est la pauvreté du diagnostic porté par les chirurgiens du XIXe siècle : toutefois, j'en excepterai un, c'est le premier, Astley Cooper, et cependant il ne pouvait pas examiner beaucoup de hernies crurales réductibles, car les chirurgiens ne voient guère les hernies que quand elles sont étranglées. Quoi qu'il en soit, A. Cooper cherche à différencier la hernie soit étranglée, quand on l'opère; soit avant de pratiquer l'opération. Il y a deux moyens :

1° On peut suivre, avec le doigt, l'arcade crurale : si le col de la hernie est au-dessus, c'est une hernie inguinale; s'il est au-dessous, c'est une hernie crurale. Cela est vrai; mais, si par hasard vous ne pouvez pas trouver le ligament de Fallope; si vous avez affaire, par exemple, à une femme qui a eu des enfants et dont ce ligament est éraillé, le ligament fuit sous le doigt; alors, que deviennent ces signes? Quelquefois une hernie, arrivant à la peau, est refoulée au-dessus du ligament de Fallope: comment diagnostiquer alors?

2° La hernie est en dedans ou en dehors de l'épine pubienne: si elle est en dedans, c'est une hernie inguinale; si elle est en dehors, c'est une hernie crurale. Mais voici l'anneau inguinal; le plus souvent, la partie externe de cet anneau est située en dehors de l'épine : le diagnostic de A. Cooper est donc faux; et lorsqu'il y a une hernie interstitielle dans ce canal, le signe de A. Cooper ne vaut plus rien.

Quand, après avoir disséqué la peau, on arrive sur le sac, A. Cooper donne encore les mêmes signes diagnostiques, mais c'est trop tard.

Quatre ans après A. Cooper, en 1810, Pelletan disait dans sa clinique : « Il n'est vraiment pas toujours facile de distinguer une hernie inguinale et une hernie crurale; on peut y arriver cependant par un examen scrupuleux, et si l'on se trompe, peu importe, il est toujours temps de le voir après l'opération ! »

Boyer dit que la hernie crurale occupe le pli de la cuisse; elle est ovalaire transversalement, suivant le pli de l'aine (cela est faux dans quelques cas); enfin, on ne peut pas toucher l'orifice par lequel elle sort (c'est encore une erreur). — La hernie crurale est donc dans le pli de la cuisse, et la hernie inguinale est à un pouce au-dessus. Chez une femme dont le canal inguinal est éraillé, la hernie inguinale peut descendre dans le pli de la cuisse, et, de plus, quand la hernie crurale remonte au-dessus de l'arcade, on la prendrait pour une hernie inguinale. La hernie crurale est ovalaire transversalement; l'inguinale, pyramidale de haut en bas : ce n'est pas toujours vrai.

Boyer ajoute que, pour distinguer la hernie crurale de l'inguinale, un excellent signe est de suivre le cordon des vaisseaux spermatiques; mais c'est le plus souvent chez la femme que ce diagnostic est difficile. Allez donc suivre le cordon spermatique chez elle!

Dupuytren disait : « Vous reconnaîtrez la hernie crurale à ce qu'elle est globuleuse et arrondie. » Il avait raison : il y a des hernies crurales qui sont globuleuses; mais toutes les hernies inguinales ou crurales qui commencent à faire saillie à l'extérieur sont ainsi globuleuses : la hernie sort par un petit trou, elle ne peut donc faire autrement que d'avoir cette forme; elle a d'abord la forme et le volume d'une noisette, puis d'une noix.

Jusqu'ici, Dupuytren a donc raison. Mais la hernie augmente de volume, une quantité plus considérable d'intestin est poussée au-dehors : la hernie ne peut pas se porter en dedans, où elle rencontre l'aponévrose du muscle pectiné ; mais, en dehors, elle a toute liberté de s'étendre : alors elle devient ovalaire. Boyer avait donc raison aussi de dire que la hernie crurale est ovalaire. Mais tous deux avaient à la fois raison et tort, car ils n'avaient étudié chacun qu'une seule période de la hernie crurale, et ils appliquaient les caractères de cette période à la hernie crurale en général ; ils ne parlent, ni l'un ni l'autre, des hernies qui, en se développant, remontent au-dessus de l'arcade crurale et se trouvent ainsi moitié au-dessus, moitié au-dessous du ligament de Fallope : ils n'en avaient pas vu. — Dupuytren ajoute que la hernie crurale est plus petite que la hernie inguinale ; je n'en sais trop rien. En général, cela est vrai ; mais il est évident que, quand la tumeur remplit les bourses, il n'y a plus de diagnostic différentiel à faire ; autant vaudrait diagnostiquer le soleil en plein midi.

Dupuytren dit aussi : « La hernie crurale est située dans le pli de la cuisse. » Il a encore raison : elle est dans le pli de l'aine quand elle est petite et globuleuse ; elle y est encore quand elle est ovalaire transversalement ; mais on ne l'y trouve plus, quand elle a pris un plus grand développement.

Il y a quinze ans environ, M. Amussat voyant qu'il est impossible de suivre le ligament de Fallope chez les femmes qui ont eu des enfants, indiqua le moyen suivant : on trace une ligne de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine pubienne du même côté ; toutes les hernies situées au-dessus de cette ligne sont des hernies inguinales, toutes les autres sont des hernies crurales. C'est une profonde erreur, la hernie pouvant, ainsi que nous l'avons vu, remonter au-dessus du ligament de Fallope par le fait de son développement, et se trouvant ainsi au-dessus et au-dessous de cette ligne.

M. Nivet, dans ses recherches à la Salpêtrière, ne trouvant aucun de ces signes suffisant pour diagnostiquer, d'une manière certaine, la hernie crurale de l'inguinale, cherchait à sentir avec le doigt l'épine pubienne, et, partant de là, il suivait le ligament de Poupart. Si la hernie est au-dessous et en dehors de l'arcade crurale, elle est crurale ; si elle est au-dessus et en dedans, elle est inguinale. Mais ces moyens diagnostiques tombent d'eux-mêmes, quand on ne peut sentir l'arcade crurale ; aussi, comme je vous l'ai déjà montré, M. Nivet a-t-il commis nombre d'erreurs de diagnostic.

Ce diagnostic est très-important pour les hernies réductibles, surtout en présence de cette question : « Y a-t-il plus de hernies crurales que d'inguinales, chez la femme, par exemple ? » car nombre de bandagistes, et même de médecins, appliquent des bandages inguinaux sur une hernie crurale, et réciproquement.

Voici la question : 1° étant donné une hernie non étranglée et réductible ou irréductible, reconnaître si elle est inguinale ou crurale ; 2° étant donné une hernie étranglée, reconnaître, avant l'opération, quelle est la nature de cette hernie. Vous me direz peut-être que Pelletan ne s'en inquiétait pas, mais ce n'est pas ainsi qu'il faut agir.

Nous avons donc à chercher le diagnostic des diverses espèces de la hernie crurale. Et d'abord, je dirai que, pour distinguer une hernie quelconque, il n'y a que deux moyens : reconnaître le trajet qu'elle parcourt, et ensuite l'orifice par lequel elle sort.

Rayons d'abord les hernies scrotales : quand une hernie descend de l'épine du pubis dans le scrotum, il est évident que c'est une hernie inguinale, son trajet l'indique suffisamment ; il est donc inutile d'en parler davantage. Cependant il y a deux exemples de hernies crurales qui, au lieu de se développer dans le pli de l'aine, sont descendues dans les bourses : cela aurait pu embarrasser, mais le trajet transversal que la hernie suit dans ce cas, son point de départ, etc., sont des indices suffisants, et l'on ne peut s'y tromper.

Toute hernie qui, s'allongeant dans le canal, viendra sortir par l'orifice de la veine saphène, sera une hernie crurale ; en effet, il y a un kilomètre de distance entre cet orifice et l'anneau inguinal.

Mais la hernie remplit tout le canal, elle n'est pas arrondie, elle n'est pas transversale, elle est allongée verticalement suivant toute la longueur du canal, avec une base large ; elle représente un cône tronqué, elle est même quelquefois piriforme : est-ce une hernie crurale ou inguinale ? Il peut y avoir doute ; examinons son point de départ, d'où naît-elle ? Du moment qu'elle a son col au-dessous du ligament de Fallope, il n'y a pas moyen de s'y tromper, c'est une hernie crurale.

Voulez-vous maintenant connaître la nature d'une hernie qui sort par deux ou trois trous ? soyez-en bien sûrs, c'est une hernie crurale, car jamais hernie inguinale ne s'est montrée sous cette forme multiple, et vous en comprenez bien la raison.

Quelles sont donc les hernies que nous avons à diagnostiquer ? 1° La pointe de hernie crurale chez la femme : ici l'œil ne suffit plus comme dans la pointe de hernie inguinale, du moins c'est le cas le plus fréquent ; comment faut-il faire ? Le voici : j'ai rappelé tout à l'heure que l'anneau crural, tel que l'entendent les modernes, renferme, à son côté externe, l'artère et la veine crurales ; on y sent facilement les battements de cette artère. C'est toujours au côté interne de l'artère que sort la hernie ; je ne dis pas qu'il soit impossible de trouver l'artère au côté externe, cependant on ne l'a pas encore vue. Ceci connu, où faut-il aller chercher la pointe de hernie crurale ? Il faut mettre le doigt au haut du pli de la cuisse, et trouver le ligament de Fallope ; au-dessous de ce ligament, au côté externe du doigt vous sentez battre l'artère, à la partie postérieure le doigt appuie sur le pubis : c'est là qu'il faut aller chercher la pointe de hernie crurale. Quand vous portez le doigt dans cet endroit, en faisant tousser le malade, vous sentez l'intestin qui vient heurter le doigt. Mais vous pouvez encore avoir un doute, c'est quand il y a une pointe de hernie dans le canal crural, cela est très-difficile à reconnaître. Pour s'assurer de ce qui existe, on porte un doigt sur le canal inguinal et on le relève, de sorte que le doigt appuie sur le canal crural, et l'on n'a plus à craindre d'être trompé par le choc d'une hernie inguinale interstitielle ; si dans ces circonstances vous sentez un choc, ce sera une pointe de hernie crurale. Il est important de bien reconnaître cette pointe, en voici une preuve. Il y a peu de temps encore, une dame vint me consulter au sujet d'une douleur qu'elle ne savait trop définir, dont le siége était dans le côté du bas-ventre ; elle avait essayé de tout ; après un examen minutieux, je reconnus une pointe crurale ; je lui fis porter un bandage, et tous les accidents disparurent promptement.

Mais la hernie est un peu au-dessous du ligament de Fallope, comment reconnaîtrez-vous si vous avez affaire à une hernie inguinale ou crurale ? Ceci est plus facile ; vous portez le doigt sur le canal crural, en appuyant sur le pubis, et sentant battre l'artère au côté externe du doigt, vous bouchez ainsi le canal crural : faites tousser le malade, s'il se fait une saillie, ce ne peut être qu'une hernie inguinale, puisque le canal crural est fermé par votre doigt. Si, au contraire, lorsque vous maintenez ainsi votre doigt sur le canal crural, il n'y a pas de saillie, et qu'en retirant votre doigt, vous en voyez une se former, il est évident que c'est une hernie crurale.

Mais, quelquefois, lorsque le ligament est éraillé, on ne sent pas la saillie qu'il fait, le doigt peut sentir le pubis en arrière et l'artère en dehors, en un mot, on peut prendre l'anneau inguinal très-dilaté pour l'anneau crural, et, par conséquent, une hernie inguinale pour une crurale ; ici c'est le diagnostic des anneaux qu'il faut faire ; je vous l'ai déjà exposé, je n'ai plus à y revenir : l'artère en dehors, le ligament de Fallope en haut, le pubis en bas, voilà pour l'anneau crural ; situé en dedans du précédent, formé par deux piliers qui s'attachent au corps du pubis et pas d'artère au côté externe, tels sont les caractères de l'anneau inguinal. Chez l'homme, le cordon des vaisseaux spermatiques conduit à l'anneau et au canal inguinal ; chez la femme, l'épine du pubis sert de guide dans cette recherche, l'anneau étant situé en dedans et en haut de l'épine.

Voilà le diagnostic des hernies crurales réductibles les plus

difficiles. Mais la hernie ne peut pas rentrer, elle masque les anneaux, on ne peut plus aller à la rencontre de ces orifices, les difficultés du diagnostic deviennent plus considérables. Nous aborderons cette question dans la prochaine Leçon.

A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Frédéric de Copenhague. — M. Fenger.

Nouveau cas de gastrostomie.

(Publié dans les *Archives d'anatomie pathologique* de Virchow, 1854, 6e vol., 3e livr.)

Nos lecteurs n'ont pas oublié les deux observations de gastrostomie pratiquée par M. Sédillot, et que nous avons dans le temps placées sous leurs yeux. L'exemple de notre habile confrère a été suivi par le professeur Fenger, et quoique le résultat définitif de cette troisième tentative ne soit pas beaucoup plus satisfaisant que les deux précédents, nous ne pensons pas cependant qu'il suffise pour faire rejeter d'une manière absolue la méthode, et, dans tous les cas, nous pensons que le fait de M. Fenger sera lu avec intérêt par tous les lecteurs qui aiment à se former eux-mêmes une opinion d'après l'ensemble de tous les faits.

Voici l'observation de M. Fenger, telle que la rapporte la *Gazette médicale* de Strasbourg :

M. Fenger s'étant trouvé en présence d'un rétrécissement œsophagien, se décida à établir une fistule stomacale; à l'époque où l'opération fut pratiquée (23 mars 1853), il n'avait connaissance ni des travaux de M. Sédillot, ni de ses deux opérations, dont la dernière avait été faite le 20 janvier de la même année. Cette nouvelle observation n'en devient que plus intéressante par cela même que l'auteur a dû rechercher de son côté le procédé opératoire convenable. Nous donnerons un résumé succinct de l'opération, de l'autopsie et des motifs qui ont dicté la conduite de l'opérateur.

Observation.— Un maître tailleur, âgé de 55 ans, bien constitué, entre à l'hôpital le 10 janvier 1853. Il avait eu la petite-vérole dans son enfance, et assure avoir joui d'une santé parfaite depuis.

Il y a quelques années, il eut des vomissements répétés, surtout après avoir mangé vite et avoir travaillé dans une attitude courbée. Les matières vomies contenaient un peu de sang. Le dernier vomissement sanguinolent avait eu lieu il y a deux ou trois ans. Plus tard, il se rétablit assez bien, sauf une douleur épigastrique survenant pendant le travail, et de rares vomissements.

Il était affecté de tremblement alcoolique et avait subi, il y a trois mois, une légère atteinte de *delirium tremens.*

Les accidents qui amenèrent la nécessité d'opérer marchèrent avec rapidité : quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le patient commença à ressentir de la douleur après l'ingestion des aliments solides; le point douloureux siégeait un peu au-dessus de l'épigastre.

Dix jours après, les aliments solides ne passaient plus; les boissons descendaient encore dans l'estomac, quand elles étaient prises à petites gorgées, mais leur passage provoquait une sensation de chaleur; pesanteur constante à l'épigastre, qui ne supporte point la pression des vêtements; éructations acides; douleurs dans le dos; frissons erratiques suivis de chaleur et de transpiration; appétit encore conservé; point de soif; sommeil naturel; chaleur de la peau naturelle; langue chargée; pouls tranquille. Le volume du ventre n'a pas encore diminué; la région sus-ombilicale est ballonnée; le ventre est souple, sonore à la percussion, à l'exception du sommet de la région épigastrique. En pressant cette région dans un point très-limité, situé à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, et un peu à gauche, on réveille une douleur analogue à celle que produit le passage des aliments. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur ni dureté dans la région.

La sonde œsophagienne s'arrête à 36 centimètres de profondeur à partir des dents incisives, et provoque de la douleur; son emploi est suivi d'horripilations.

Dans l'espace de quinze jours, sous l'influence d'émissions sanguines locales et d'une alimentation bien choisie, la douleur devient moindre. Mais le malade commence à maigrir, par moments le liquide ne passe plus (le premier accident de ce genre était déjà arrivé le 31 janvier), le liquide avalé est rendu après quelques minutes, suivi de l'éjection d'un liquide spumeux et visqueux en assez grande abondance.

Nous passons ici les considérations exposées par l'opérateur, et qui le firent arriver à l'idée d'établir une fistule stomacale; il soumet son idée à ses collègues, qui l'engagèrent à revenir aux tentatives du cathétérisme. Ces essais n'eurent pas de résultat. Le passage des boissons étant redevenu un peu plus facile, le patient pouvait prendre quelques aliments liquides, et cependant il maigrissait à vue d'œil, le ventre s'affaissait; l'opération lui fut proposée vers le milieu du mois de mars, les liquides alors passaient de nouveau très-difficilement.

Prévenu des dangers de la tentative à laquelle il devait se soumettre, le patient hésita pendant huit jours encore. Enfin, poussé par les tortures de la faim, il se décida le 23 mai. L'amaigrissement et la faiblesse étaient alors considérables; le pouls petit à 60; le ventre affaissé; les intestins vides de gaz; l'estomac seul donnait un son tympanitique, qui permettait de déterminer les limites du lobe gauche du foie.

Opération. — Le patient, placé sur une table à opérations, le haut du corps *élevé,* fut soumis aux inhalations du chloroforme; l'incision fut commencée à l'extrémité de l'appendice xyphoïde, et dirigée obliquement en bas et à gauche, parallèlement au rebord des cartilages costaux, jusqu'au bord externe du muscle droit de l'abdomen; on divisa successivement la peau, la gaîne du muscle, le muscle lui-même et la lame postérieure de la gaîne; l'artère épigastrique supérieure dut être liée.

Le péritoine mis à nu et l'hémorrhagie arrêtée, on put apercevoir le lobe du foie, sur le bord duquel la séreuse fut incisée. L'ouverture fut faite assez grande pour permettre l'introduction de l'index et du médius; ces doigts, conduits le long du diaphragme, arrêtés d'abord par des plis de l'épiploon, rencontrèrent la rate, et de celle-ci glissèrent sur la face antérieure de l'estomac, qui fut saisie et attirée dans la plaie.

Voici comment l'estomac fut fixé : l'angle interne de la plaie abdominale fut fermé au moyen d'une épingle et d'une suture entortillée; le pli de l'estomac avait été traversé préalablement par deux fils à suture parallèles entre eux, pour le retenir dans la plaie. Les deux extrémités de chaque fil, armées d'aiguilles, furent ensuite passées dans les bords de la plaie abdominale. Puis l'estomac fut ouvert, le plein des fils qui le traversaient fut ramené au dehors et coupé; on put de cette manière faire quatre ligatures en nouant les fils dont chacun traversait l'estomac et les bords de la plaie abdominale, ensuite la muqueuse stomacale fut cousue au bord de la plaie cutanée au moyen de huit points de suture. Quelques autres points de suture et quelques bandelettes achevèrent de fermer la plaie cutanée.

Pendant l'opération, l'estomac expulsa une petite quantité de gaz. Revenu à lui, l'opéré eut quelques vomituritions, mais ne rendit rien par la plaie de l'estomac. — Introduction d'une petite tasse de potage léger, au moyen d'un entonnoir de verre; pansement simple, recouvert d'une lame de gutta-percha.

Dans la journée, coliques passagères; les bords de la plaie sont douloureux, gonflés; point de tension de l'abdomen, ni de fièvre.

Le soir, pouls relevé, mais tranquille; soif. — Introduction par la plaie, à trois reprises, de quelques cuillerées de potage léger; sommeil interrompu fréquemment la nuit.

Le matin, sentiment de malaise; pouls légèrement excité; écoulement de sérosité sanguinolente par la plaie, dont les bords sont tuméfiés; le potage passe moins facilement de l'entonnoir dans l'estomac, une partie en est rejetée au dehors.

Dans la journée, on introduit des quantités notables de lait et de potage; peu de douleur; ni frisson, ni chaleur; soif.

Le soir, pouls à 96.

Le liquide qui s'écoule quand on introduit l'entonnoir, fait coaguler le lait, dissout le fromage; on y constate la présence de l'acide chlorhydrique et l'absence de phosphates.

Dans la nuit suivante, douleur pongitive à l'épigastre, revenant par accès à chaque heure; peu de sommeil.

Le matin, sensation de faim; pouls petit 104; abdomen mou, affaissé, indolent, un peu de sensibilité à la pression tout autour de la plaie. Les plumaceaux sont trempés d'un suc acide. La plaie de l'estomac, mise à découvert, laisse écouler un peu de chyme grisâtre. Après l'introduction de l'entonnoir, il s'écoule quelques cuillerées d'un liquide aqueux, verdâtre, auquel sont mêlés des flocons caséeux. Après l'introduction d'une tasse de lait, le patient se sent un peu rassasié; efforts douloureux d'éructation.

Vers midi, les traits se décomposent; le pouls est à peine sensible; la voix éteinte; abdomen un peu moins affaissé, douloureux tout autour de la plaie; écoulement abondant d'un suc acide par la plaie. Mort le soir à sept heures et demie, cinquante-huit heures après l'opération.

Autopsie trente-huit heures après la mort. — La plaie de l'estomac occupe un endroit très-rapproché de la grande courbure, un peu à droite de l'orifice cardiaque et à une distance de 7 centimètres de cet orifice; dans tout son pourtour, elle est appliquée contre la paroi abdominale, mais il existe à peine des traces de matière plastique exsudée entre les surfaces séreuses accolées.

L'estomac est médiocrement distendu par des gaz, et contient un liquide de couleur vert sale, mêlé de grumeaux caséeux. Les parois sont à l'état normal, la muqueuse présente çà et là des arborisations vasculaires.

Point de liquide dans le péritoine, qui conserve son aspect normal partout, excepté dans sa partie diaphragmatique, surtout à gauche, où il est injecté.

La rate, petite, ridée, de couleur grise, est recouverte d'un liquide visqueux épais, couleur jus de pruneaux; le grand épiploon descend jusqu'au petit bassin, et recouvre en entier les intestins; ceux-ci et surtout le gros intestin ont un diamètre très-exigu, mais sont parfaitement sains.

L'extrémité cardiaque de l'œsophage est le siége d'une tumeur annulaire, haute en avant de 3 centimètres, en arrière de 6 centimètres; elle consiste en une masse pulpeuse, d'un blanc nacré, semblable à la laite de poisson, déposée entre les tuniques de l'œsophage; un stylet boutonné passe à peine dans le rétrécissement. La muqueuse y est plissée, sans ulcération; l'œsophage n'est point dilaté au-dessus du rétrécissement, sa musculeuse est un peu hypertrophiée au voisinage de la tumeur, qui ne présente aucune adhérence anormale avec les parties voisines; la muqueuse œsophagienne jusqu'au pharynx est parsemée de plaques grisâtres un peu épaissies; aucun ganglion lymphatique du voisinage n'est engorgé.

La tumeur, examinée au microscope, paraît formée de cellules cancéreuses; aucun autre organe n'est le siége de dégénérescence cancéreuse. Le sommet des poumons contient quelques tubercules en partie ramollis; du reste, les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier, si ce n'est le foie, qui est pâle et gras. Le cerveau est pâle, exsangue; ses ventricules sont dilatés par de la sérosité claire.

Telle est l'histoire de la troisième gastrostomie pratiquée sur l'homme; si cette opération est appelée à compter des succès, c'est certainement par l'étude minutieuse des cas malheureux que l'art y arrivera. L'expérience répétée peut seule faire découvrir les nombreuses circonstances de détail dont dépend le succès; voyons ce que celle-ci nous permet d'ajouter aux résultats connus.

1° Le procédé opératoire imaginé par M. Fenger a permis à cet opérateur d'établir la fistule stomacale dans un point assez favorable Mais l'incision a été trop longue; M. Fenger lui a donné ces dimensions, afin de pouvoir plonger deux doigts dans la cavité péritonéale. Les expériences instituées sur le cadavre lui avaient, dit-il, démontré la nécessité de cette manœuvre. Il pense qu'en agissant autrement, il serait difficile d'éviter le colon; la longueur de son incision cutanée et musculaire a été de 9 centimètres, intéressant toute la largeur du muscle droit abdominal. L'ouverture du péritoine a mesuré 4 1/2 centimètres; on a vu que l'opérateur s'est empressé de fermer la moitié interne de la plaie, de suite après avoir saisi l'estomac, et avant de procéder à l'ouverture de celui-ci. Dans la description du procédé, l'auteur dit avoir fait l'incision cutanée oblique; dans un autre passage, il propose d'inciser le muscle droit en travers de ses fibres. Nous relevons cette petite contradiction pour rappeler que, dans le procédé de M. Sédillot, le muscle est coupé en travers et probablement un peu plus bas; son procédé diffère encore par la petitesse de l'incision, et peut-être en ce que M. Sédillot ne se rapproche pas autant du rebord des fausses côtes. (D'après M. Fenger, plus on se rapproche de celui-ci, et moins il y aurait de distance à parcourir pour arriver à l'estomac, et moins aussi on s'exposerait à la procidence d'un autre viscère. Quand on plonge dans l'abdomen en dehors du bord externe du muscle droit, dans un point correspondant environ à l'extrémité du cartilage de la neuvième côte, on tombe chez quelques individus sur le cul-de-sac de l'estomac. Mais, quand celui-ci est rétracté et les intestins distendus, on s'expose à rencontrer le colon et même l'intestin grêle. En incisant sur la ligne blanche, on est trop gêné par le lobe gauche du foie.)

Les deux doigts introduits rencontreront à droite le bord du foie, en bas le colon qui sera abaissé; ils peuvent dans quelques cas être arrêtés par un pli relevé du grand épiploon, en suivant la surface du diaphragme, et se dirigeant un peu à gauche, les doigts tomberont soit sur l'estomac, soit sur la rate, et, dans ce dernier cas, un petit mouvement vers la gauche les ramènera sur l'organe qu'ils recherchent. Celui-ci sera saisi par les deux doigts, ou, s'il est nécessaire, au moyen d'une pince à mors plats fenêtrés. Une fois le pli ramené, on s'assure, avant de le fixer, s'il n'est pas trop rapproché de la grande courbure, et s'il n'est pas parcouru par une artère volumineuse. Nous avons déjà décrit le mode employé par M. Fenger pour fixer l'estomac. Dans les premiers temps après l'opération, il faudra, dit-il, empêcher l'accès de l'air sur la muqueuse, les expériences sur les animaux ayant démontré qu'il en peut résulter de la fièvre et une péritonite. On préviendra le contact de l'air au moyen de plumaceaux recouverts d'une lame de gutta-percha. M. Fenger reconnaît que le mode opératoire suivi par la plupart des physiologistes expérimentateurs, et qui consiste à embrocher le pli de l'estomac au moyen d'un fil métallique, sans l'ouvrir largement, présente de grands avantages sur le sien. Il objecte à ce procédé et au procédé analogue adopté en dernier lieu par M. Sédillot (une broche en ivoire traversant le pli et reposant sur un coussinet circulaire), la nécessité absolue où l'on peut se trouver de nourrir immédiatement les opérés.

Il sera certainement difficile de soutenir un individu émacié au moyen de lavements pendant dix ou douze jours; et la conséquence la plus naturelle serait de procéder à l'opération avant que l'amaigrissement soit arrivé à ce degré, le difficile sera d'obtenir le consentement des malheureux à une époque favorable encore au succès!

Deux circonstances nous ont frappé dans la relation de l'autopsie. C'est l'absence de péritonite d'abord, et le défaut d'exsudation sur les faces péritonéales de la plaie. La première semble démontrer que les individus affaiblis à un haut degré peuvent s'éteindre, pour ainsi dire, sans qu'il y ait de complication inflammatoire; l'autre, deux fois déjà observée par M. Sédillot, doit être attribuée, ce nous semble, à la pauvreté du sang, et les deux réunies seront de nouveaux motifs pour avancer l'époque de l'opération.

Notre intention n'est point de suivre l'auteur dans la discussion très-intéressante des diverses questions physiologiques (pose de la canule, mode d'alimentation, influence de l'insalivation, etc.), dont la solution, déjà obtenue au moyen des vivisections sur les animaux, ne pourra l'être pour l'homme que par des tâtonnements, après la réussite de l'opération; mais nous voulons relever quelques points relatifs à l'anatomie pathologique des rétrécissements œsophagiens qui nous paraissent importants.

L'auteur les distribue en quatre classes: cicatrices, tumeurs comprimant l'œsophage, ulcères de l'œsophage et cancers de l'organe. On rencontre, dit-il, dans l'œsophage des ulcérations à fond et à bords engorgés, épaissis, qui ne paraissent dériver d'aucune dyscrasie connue et décrite; ils ont de la tendance à s'étendre en surface et en profondeur, et peuvent, en occasionnant des perforations, amener des complications graves. Le cancer de l'œsophage apparaît le plus souvent sous forme d'un épaississement annulaire ou demi-circulaire, avec ou sans ulcération de la muqueuse. La fréquence de ce genre de rétrécissement, jointe à la malignité de l'affection, constitue l'objection la plus sérieuse contre la gastrostomie. Mais l'auteur fait remarquer que, d'après son expérience, la dégénérescence cancéreuse, ou réputée telle, de l'œsophage est, dans la plupart des cas, une affection *primitive* et *solitaire;* que, dans ces cas, sa nature cancéreuse est difficile à établir, puisque le caractère le plus essentiel et le plus dangereux en même temps, son extension simultanée ou successive à plusieurs organes, fait d'ordinaire défaut, et qu'on peut espérer de voir la tumeur arrêtée dans ses progrès à partir du moment où elle cesse d'être irritée par les continuels efforts de déglutition. Cette remarque s'applique aussi aux ulcères calleux mentionnés plus haut, et qui sont probablement à ranger dans la classe des cancers épithéliaux. WIEGER.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Inoculation du cowpox.

Le *cowpox,* en France, où il se trouve rarement, nous arrive d'Angleterre, desséché à l'extrémité de petites lancettes en ivoire. Très-souvent l'inoculation de ce virus, envoyé avec le plus grand soin et reçu avec tant de plaisir, n'est pas couronnée de succès, et l'on accuse la qualité du *cowpox*, la longueur du voyage et la dessiccation, quelquefois même on en vient à douter que l'on ait reçu du vrai *cowpox*.

L'insuccès tient souvent au mode d'inoculation. On a coutume de délayer le *cowpox* dans un peu d'eau ou par la vapeur aqueuse, puis on charge avec ce *cowpox* mitigé la lancette qui doit faire les piqûres. Cette manière de faire est loin d'être bonne, il est préférable d'agir ainsi : Pratiquer à chaque bras 3 piqures, avec une lancette ordinaire neuve, puis sans addition d'eau, enfoncer et tourner à plusieurs reprises, dans chaque piqûre, la lancette en ivoire chargée de *cowpox* sec, le sang dissolvera le virus, on évitera d'étancher ce sang qui, baignant les petites plaies, opère l'inoculation.

Du *cowpox* envoyé d'Angleterre à Rouen, l'année dernière, a été essayé dès l'arrivée sans aucun résultat, par le procédé que j'ai décrit et que je repousse. Il y a quelques jours, c'est-à-dire un an après, alors que l'on avait depuis longtemps renoncé à ces expériences, j'ai pleinement réussi en employant le moyen que je préconise : une lancette en ivoire, chargée de cowpox datant d'un an et réputé mauvais, m'a fourni de superbes pustules, avec lesquelles j'ai fait de nombreuses inoculations vaccinales.

J. Bouteiller, *D. M. à Rouen.*

Nouvelle Note sur les déviations utérines,

à propos du Rapport de M. Depaul à l'Académie de médecine,

Par M. Valleix, *médecin de l'hôpital de la Pitié.*

Ne pouvant prendre la parole dans la discussion qui va s'ouvrir, je me vois forcé de donner quelques explications, par la voie de la presse, afin qu'on ne raisonne pas sur des faits dont un grand nombre, du moins, ont été, selon moi, imparfaitement interprétés.

Je dirai d'abord que je regrette de n'avoir pas mieux connu les accidents qui sont survenus chez deux de mes malades, dont l'observation est succinctement rapportée dans la dernière partie du Rapport. Chez l'une d'elles, il était survenu une pneumonie de la base à droite, et ensuite des douleurs vives dans le ventre. L'autopsie seule aurait pu m'éclaircir complétement. La malade, malgré mes instances, voulut quitter l'hôpital; je m'y refusai même, et c'est après la visite qu'elle exigea sa sortie. Ce fait est resté pour moi incomplet. Il en est de même du second, dans lequel les accidents ne me paraissaient pas aussi menaçants qu'ils le sont devenus, et ce n'est que par le Rapport de M. Depaul que la terminaison m'a été révélée. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans aucun des cas observés complétement dans mon service, il n'y a eu d'autres accidents que ceux que j'ai signalés, et ces cas, on le sait, sont bien nombreux.

Il est donc fâcheux que la preuve matérielle ait manqué ici, quelle que soit la conclusion à laquelle elle nous eût conduit. Sans chercher à atténuer les faits cités par M. Depaul, j'explique comment ils n'ont pas pu être aussi convaincants pour moi que pour lui.

Quant aux observations de MM. Cruveilhier et Broca, un seul mot : j'ignorais, en effet, que, dans l'utérus examiné par M. Broca, il y eût du pus au voisinage du péritoine et dans la trompe; mais je me demande si ces collections purulentes trouvées dans des organes voisins du principal foyer, ont l'importance que leur accorde M. Depaul. N'en existe-t-il pas de semblables lorsque la péritonite s'est produite en dehors de l'utérus? Les symptômes observés ne pouvaient provenir que d'une perforation ou de toute autre lésion mécanique de l'utérus. Or, c'est ce qui n'a pas été trouvé. L'interprétation du fait, telle que je l'ai donnée, est donc la seule admissible, et les milliers de cathétérismes faits depuis quelques années le prouvent suffisamment.

Je veux bien mettre de côté, au sujet de l'observation de M. Cruveilhier, toutes les raisons puisées dans des renseignements contradictoires; mais j'ai donné des raisons tirées de considérations pathologiques qui me paraissent importantes. Quand on me démontrera qu'on peut mourir, dans le marasme, d'une pneumonie, de pleurésie, d'une méningite, dont il ne reste plus de traces, j'admettrai qu'on peut mourir d'une péritonite qui a disparu. Jusque-là, je dirai que cela n'est pas, par la raison toute simple que cela ne peut pas être.

Les autres faits ne me concernant pas, je ne peux pas les discuter; je dirai seulement que je n'en ai pas nié la possibilité, puisque j'ai signalé une péritonite partielle qui aurait bien pu devenir générale. Je rappellerai aussi que j'ai cité le fait signalé par M. Cazeaux (*Union médicale,* mardi 6 septembre 1853, t. 7, p. 419), et j'en ai rapporté d'autres semblables. J'ai dit (*ibid.*, p. 417) : « Cette inflammation (l'inflammation péri-utérine) se termine, dans l'immense majorité des cas, par résolution; mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmons péri-utérins, qui se produisent dans des circonstances très-diverses, et qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément. » J'ai dit aussi que « cet accident est un des plus fâcheux, parce qu'il produit des symptômes alarmants; » mais l'expérience m'a prouvé qu'il ne compromet pas l'existence.

Ne pourrais-je pas, maintenant, opposer à ces faits malheureux des cas nombreux où le traitement est d'une parfaite innocuité? Un des premiers que j'aie observés est relatif à une dame qui faisait, avec le redresseur, le voyage de Paris à Versailles et de Versailles à Paris; dans un autre, c'est à Saint-Germain qu'allait la malade; la plupart faisaient dans Paris de longues courses à pied; il en est une qui, à mon insu, partit pour Lille, etc. Ces faits ne prouvent-ils pas que, dès que nous saurons définitivement distinguer les divers cas, but dont nous nous approchons tous les jours, nous pourrons agir avec une sécurité réelle?

Quoi qu'il en soit, M. Depaul, puisant à des sources dont un bon nombre m'étaient malheureusement inconnues, nous a appris que le traitement avait causé plus d'accidents qu'on ne le pensait. Mais, il le dit lui-même, c'est l'utilité du traitement qui est le point principal de la question; car, s'il est inutile, ou seulement utile dans des cas exceptionnels, il en faudrait beaucoup moins pour le faire rejeter.

Voici donc, selon moi, les questions que l'on doit se poser : 1° Les symptômes observés sont-ils réellement, comme le pense M. Depaul, dus à toute autre chose qu'à la déviation? 2° Les moyens ordinaires en triomphent-ils? 3° Quels sont ces moyens? 4° Dans les cas où la déviation doit être comptée pour quelque chose, d'autres moyens réussissent-ils aussi bien, aussi souvent, dans toutes les espèces de déviations, et sans accidents?

M. Depaul examine d'abord mes observations. J'avoue, qu'en les relisant, je vois autre chose que ce qu'il y trouve; il serait trop long de les examiner toutes. C'est un sujet sur lequel j'aurai, sans doute, à revenir.

Pour en citer quelques-unes : dans la 2e *observation*, M. Depaul attribue la guérison au repos; il oublie, qu'avant le traitement, la malade ne quittait plus la chambre, et que la maladie allait toujours en augmentant.

Dans la 3e *observation,* il pense qu'après la chute de la malade, l'utérus était plus incliné qu'à l'état normal, mais beaucoup moins qu'avant le traitement.

Dans la 6e *observation,* M. Depaul trouve que les cautérisations ont amené la guérison. Avant le redressement, on les avait pratiquées pendant deux mois inutilement. Après, il a suffi de quelques cautérisations seulement pour faire disparaître l'ulcération, qui n'occasionnait plus aucun symptôme important.

Dans le 13e *cas,* M. Depaul attribue la guérison aux bains froids, etc.; il ne remarque pas que la malade, qui ne pouvait pas faire un seul pas ni même se tenir debout, a pu, sept jours après l'application du redresseur, faire de longues courses à pied.

Je pourrais ainsi passer en revue toutes les observations, et démontrer que M. Depaul a attaché une importance beaucoup trop grande à des moyens évidemment accessoires ; mais c'est encore un point sur lequel il faudra revenir plus tard. Quant aux faits qui m'ont été transmis par des confrères, et qui ont été interprétés par M. Depaul de la même manière, je suis sûr que les observateurs ainsi critiqués auraient également bien des réponses à faire, et peut-être les feront-ils.

Il est une autre réflexion qui a dû venir nécessairement à l'esprit du lecteur. Si les moyens ordinaires guérissent si bien les déviations, comment se fait-il qu'elles se soient montrées si rebelles dans les cas que j'ai cités? On ne pense pas, sans doute, que les médecins soient restés oisifs. Repos, calmants, saignées, cautérisations, etc., tout a été employé pendant des mois, pendant des années, et la maladie a toujours fait des progrès. C'est alors que, pour la plupart, les malades m'ont été adressées. J'en ai vu qui avaient suivi les conseils des hommes les plus habiles : rien n'y avait fait. Par le redresseur, en quelques semaines elles ont été guéries. Comment expliquer ce résultat? Et surtout comment a-t-il pu se faire que ce résultat ait été obtenu par un moyen qui aurait dû aggraver toujours le mal, s'il n'eût consisté qu'en une inflammation?

Il y a eu des rechutes, je le sais, et je l'ai dit ; mais le plus souvent, ces rechutes ont prouvé l'efficacité du moyen. Ainsi, dans la 17e observation, où M. Depaul ne voit que l'impuissance de la méthode, je vois, au contraire, une preuve éclatante de l'importance de la déviation, et de la nécessité de remettre l'utérus en place. Après de longues années de souffrances variées, après des traitements persévérants, l'état de la malade est tel, qu'elle ne peut plus vaquer à ses occupations. Après un premier traitement, elle peut s'y livrer pendant plusieurs mois. Puis l'utérus retombe, et il suffit de quelques jours de l'emploi du redresseur (qui, je le répète, devrait aggraver le mal dans la manière de voir de M. Depaul,) pour lui rendre momentanément la force et la santé.

Et le fait rapporté par M. Depaul lui-même, qui le tient de M. Perrin, n'est-il pas des plus concluants? Ce n'est sans doute pas une inflammation que le redressement avait fait disparaître si promptement. Est-ce une inflammation qui s'est produite brusquement après deux cents pas faits par la malade? Ne faut-il pas plutôt reconnaître que la déviation causait tous les accidents? que tant qu'elle a cessé, il y a eu guérison apparente, et que dès qu'elle s'est reproduite, les accidents ont reparu? Ce fait ne prouve-t-il pas la nécessité de redresser l'utérus par un moyen quelconque? Aujourd'hui, ajoute M. Perrin, la déviation persiste, bien que les douleurs soient notablement moins vives. Peut-on comparer ce résultat incomplet, après un si long temps, à celui qui avait été obtenu après quelques jours?

Il m'est donc impossible de penser que je me sois trompé au point d'attribuer à la déviation ce qui est dû à un autre état pathologique. Que cela me soit arrivé quelquefois, surtout au commencement de nos recherches, je l'admettrai volontiers; mais toujours ou presque toujours, c'est ce que je ne peux admettre.

D'ailleurs, comment expliquer tant d'essais faits constamment pour redresser l'utérus dévié, par des hommes dont M. Depaul est à même plus que personne d'apprécier le mérite et la compétence? Mais je n'insiste pas sur ce point, bien convaincu que c'est un de ceux qui lui attireront le plus de contradicteurs. Je termine cette note, pour moi déjà trop longue, par une remarque qui me paraît importante. M. Depaul avait annoncé qu'il démontrerait que la médecine n'était pas désarmée contre ces affections. Il me semble que cette partie de son programme a été bien incomplétement remplie. Je voudrais : 1° qu'il formulât, d'une manière précise, le traitement qu'il emploie contre les divers cas compliqués de déviation (pour lui, en effet, c'est une simple complication, ou plutôt une disposition presque toujours insignifiante) et qui peuvent guérir sans redressement ; qu'il en fît connaître les diverses espèces et qu'il nous indiquât les résultats définitifs; 2° que, dans le petit nombre de cas où il accorde à la déviation une certaine importance, il nous apprît comment il agit à travers les parois de l'abdomen, par le vagin et par le rectum. Pour moi, je suis tout disposé à suivre ses indications et à faire connaître ensuite ce que j'aurai obtenu; mais, avant d'avoir un travail complet sur ces divers points, je ne comprends pas comment on pourrait se prononcer.

Je ne sais ce qui sortira de la discussion ; mais, si on ne l'aborde pas autrement, je crains qu'elle ne soit un conflit stérile d'opinions très-diverses. Je regrette que M. Depaul, dont les travaux sont si avantageusement connus et dont j'apprécie mieux que personne les consciencieuses recherches sur tout ce qui se rapporte à l'utérus, n'ait pas plutôt eu la pensée de suivre le traitement par le redresseur, de nous éclairer de ses conseils, de nous avertir quand nous allions trop loin, ce qui arrive toujours au début d'un traitement nouveau, de nous aider enfin à distinguer les cas où il faut agir de ceux où il faut s'abstenir. Je suis certain que nous serions parvenu bien plus promptement à éviter les dangers et à rendre les succès plus assurés. Peut-être, et je le désire vivement, est-ce de cette manière que se termineront ces débats. Des accidents, et des accidents mortels, sont produits parfois par des moyens habituellement inoffensifs. Les abandonne-t-on pour cela? Non; on apprend, avec le temps, à agir avec plus de prudence et dans des cas mieux déterminés, et il reste un moyen thérapeutique utile, au lieu d'une pénible négation, en présence de souffrances qui durent souvent des années. Si l'on voulait relever les accidents de ce genre survenus à la suite des opérations les plus inoffensives dans l'immense majorité des cas, on n'oserait rien faire. Il y a quelques années, on eut l'heureuse idée de traiter le rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine; les doses furent d'abord portées trop haut, il y eut des accidents mortels. Renonça-t-on pour cela à ce précieux médicament, qui, quand il n'enlève pas la maladie, la rend du moins infiniment plus supportable? Non; on diminua les doses, on les fractionna, on apprit, en un mot, à manier le remède, et les accidents cessèrent, en laissant la thérapeutique plus riche.

Je n'ajoute plus rien aujourd'hui, et, avant de reprendre la plume, j'attendrai que la discussion soit terminée. J'aurai sans doute alors à compléter ces explications dans un résumé qui me sera imposé par la position que m'ont faite ces débats, où mon nom a été déjà si souvent prononcé.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Voici un embarras auquel ne doivent être habitués ni les corps savants ni les individus quelconques qui ont des places à donner. La section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences devait aujourd'hui déclarer la vacance d'une place dans son sein, et présenter pour lundi prochain un rapport sur les titres des candidats. Mais pour cela, il fallait d'abord, non pas précisément ce qu'il faut pour faire un civet, mais bien ce qu'il faut pour faire un académicien, c'est-à-dire des candidats. Or, de candidats, point, ou tout au plus un seul, et encore qui n'a pas envoyé la liste de ses titres. Il serait curieux que la modestie de nos chirurgiens fût portée à ce point qu'ils ne se crussent pas composés du bois dont on fait des académiciens. C'est ce que nous verrons d'ici à quelques semaines.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 65. 2e année. Jeudi 1er Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 31 Mai 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Une nombreuse assistance s'était aujourd'hui donné rendez-vous à l'Académie; mais M. Velpeau avait compté sur l'empressement de M. Huguier, celui-ci sur l'empressement de M. Malgaigne, et M. Malgaigne probablement sur l'empressement de plusieurs autres; finalement, personne n'était suffisamment préparé, et l'auditoire s'est trouvé un peu désappointé, malgré le dédommagement que lui ont offert MM. les professeurs Piorry et Bouchardat, et un jeune médecin turc, M. Beyram. Commençons par le premier de ces orateurs dont la lecture se rapportait à l'objet des préoccupations du public.

Et d'abord, comme M. Piorry n'est pas seulement un poëte romantique, mais encore un poëte philosophe, il nous permettra de lui soumettre une réflexion plus ou moins philosophique :

Il y a dans le langage scientifique une foule de locutions insignifiantes, qui semblent avoir été imaginées pour arrondir les périphrases et combler le vide des idées, c'est-à-dire inventées pour ceux qui, n'ayant rien à dire, sentent néanmoins la démangeaison d'écrire ou de parler. Il ne faut pas que les esprits aussi originaux que M. Piorry tombent dans ces lieux communs, comme il l'a fait en disant que les déplacements sont un des états pathologiques qui ont été *les moins* étudiés et qui *méritent* cependant de l'être *le plus*. Sans parler des petites incorrections de ce langage, en quoi les déplacements méritent-ils d'être plus étudiés que les inflammations, les diathèses, les intoxications, les fractures, etc., et, en outre, est-il bien certain qu'ils aient été moins étudiés? On conviendra que cela est pour le moins douteux.

Une seconde réflexion un peu moins philosophique, et par cela même peut-être un peu plus utile, nous est suggérée par la profession de foi que M. Piorry a cru devoir faire touchant la statistique. Le savant professeur a déclaré que la statistique appliquée à l'étude des états organo-pathologiques simples et primitifs peut être féconde en conséquences utiles ; mais que, établie sur des faits complexes et incomplétement analysés, elle conduit à des erreurs déplorables. Cette déclaration était-elle bien nécessaire, et M. Piorry connaît-il quelqu'un qui, en principe, ait proposé d'appliquer la statistique à des cas incomplétement analysés ? C'est ce qu'il eût fallu dire. Jusqu'à ce que cela nous ait été démontré, notre savant professeur nous permettra de croire que toute la question est de savoir si certains cas peuvent ou non être complétement analysés, et, par conséquent comparés, et de lui demander quelle est son opinion touchant cette question. Or, son opinion, la voici : « *Un cas de déviation,* dit-il, *ne sera pas semblable à un autre cas réputé semblable, et ne sera pas susceptible d'être comparé.* » Et ailleurs : « *Le traitement ne pourra être identique ;* » et ailleurs encore : « *On ne devra opposer les mêmes moyens que dans des cas analogues, cas fort rares.* »

Ces assertions, comme on le voit, ne sont pas entre elles d'une concordance parfaite; celle qui tend à faire croire que les cas ne sont jamais semblables et ne peuvent même être *comparés*, est une de ces inconséquences vulgaires, qui ne peut avoir échappé à M. Piorry que dans la rapidité de la composition ; elle ne serait rien autre chose que la négation absolue de la science, car, si aucun cas ne ressemblait à aucun autre, si les neuf cent mille décès qui ont lieu annuellement en France étaient dus à neuf cent mille états organo-pathologiques différents, il serait parfaitement inutile d'observer avec un si grand soin ces états, et le premier maréchal-ferrant traiterait un nouvel état en toute aussi complète connaissance de cause que le médecin le plus expérimenté, car l'expérience serait un vain mot.

Mais, nous le répétons, une opinion aussi absurde n'a pu venir à l'esprit de M. Piorry, et la preuve, c'est que ce professeur a trouvé un assez grand nombre de cas qu'il a jugés assez semblables pour appliquer chez beaucoup de femmes le traitement qui consiste à redresser l'utérus en distendant le rectum, ou en laissant distendre naturellement la vessie par le fluide qu'elle excrète. A la vérité, nous n'oserions affirmer que ces deux moyens, le dernier surtout, soient les meilleurs ; mais cela ne peut attaquer la méthode d'appréciation, et cela exige, au contraire, une rigoureuse application de cette méthode. Au reste, le savant professeur nous paraît, dans l'ensemble de sa communication, avoir été trop conséquent avec ses principes ; il a émis sur la pathogénie et la thérapeutique des déviations utérines des idées en grande partie justes et généralement acceptées, en partie, au contraire, fort contestables ; mais à l'appui des unes et des autres, il n'a apporté que des appréciations *à priori*, et non des collections de faits rigoureusement observés. Il a émis en particulier sur l'application des pessaires dans les déviations une opinion qui nous semble difficile à admettre et même à expliquer, lorsqu'il

a affirmé, d'une part, que les pessaires *augmentent le mal*, et, d'autre part, que si l'on vient à les *cesser, il se manifeste des douleurs intolérables*. Cette dernière assertion, si elle était vraie, prouverait tout au plus que l'usage des pessaires une fois commencé ne peut plus être suspendu, ce qui n'aurait pas un immense inconvénient, puisqu'ils empêchent les malades de souffrir. Mais, même dans ces limites, cette assertion est loin d'être vraie ; le monde est plein de femmes qui ont été définitivement soulagées par les pessaires, surtout par ceux en caoutchouc vulcanisé, et qui ont pu en suspendre l'emploi sans le moindre inconvénient.

La séance a été complétée par un consciencieux rapport de M. Bouchardat, dont les conclusions ont été avec raison adoptées par l'Académie, malgré l'opposition de MM. Boullay et H. Gaulthier de Claubry, et par une intéressante lecture d'un jeune médecin turc sur la climatologie de l'Orient. H. DE CASTELNAU.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

Hôpital Saint-Louis. — M. CAZENAVE.

Des complications du sycosis.

Par M. le Dr CHAUSIT, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Un phénomène très-curieux à étudier en pathologie cutanée, surtout au point de vue du diagnostic et du traitement, c'est la coïncidence de deux éruptions. Cette coïncidence, qui n'est souvent qu'une complication, résulte évidemment d'influences différentes en vertu desquelles se développe, dans telle ou telle circonstance, l'éruption accidentelle. Toutefois, à quelques exceptions près, on peut dire que la coïncidence a lieu dans une des deux circonstances suivantes :

Ou bien la maladie secondaire apparaît comme complication d'une autre éruption cutanée où le prurit est l'élément dominant; c'est ce qu'on voit pour le prurigo, l'urticaire, et surtout pour la gale, qui sont fréquemment compliqués de diverses éruptions vésiculeuses ou pustuleuses : eczéma, impétigo, ecthyma, par exemple.

Ou bien le prurit, s'il en existe, ne joue plus qu'un rôle secondaire dans la production de la maladie accidentelle. L'intervention d'une éruption franchement aiguë paraît être une condition essentielle ; l'inflammation primitive gagnant de proche en proche, envahit de nouveaux organes contigus et détermine ainsi de nouvelles productions pathologiques.

Dans le premier cas, l'éruption secondaire est, en général, irrégulièrement répandue ; elle est située à certains siéges de prédilection qu'elle occupe rarement, quand elle se développe en dehors de l'influence prurigineuse, circonstance qui, pour le dire en passant, devient souvent à elle seule un précieux moyen de diagnostic.

Dans le second cas, la coïncidence des deux éruptions est locale, c'est-à-dire qu'elle a lieu sur le même point limité de la surface tégumentaire. Ce phénomène est, du reste, moins rare qu'on ne serait tenté de le croire. C'est ce qui se passe dans certains cas de lichen agrius, où l'on voit tantôt un eczéma, tantôt un impétigo se développer secondairement sur la surface envahie par l'éruption papuleuse. La maladie nouvelle paraît alors s'être tellement substituée à l'éruption première, ou, du moins, elle en marque si bien la physionomie, qu'un examen attentif est toujours nécessaire pour comprendre et saisir nettement le développement successif de ces diverses altérations pathologiques ; aussi, lorsque le praticien n'est pas en garde contre la possibilité d'une telle complication, une erreur de diagnostic est presque inévitable. C'est ce qui se passe encore dans certaines formes de sycosis, sur lesquelles nous désirons appeler l'attention des praticiens, précisément au point de vue des embarras que ces complications créent pour le diagnostic, et de la valeur qu'elles peuvent offrir pour le pronostic et le traitement.

Les complications du sycosis consistent, ou dans une éruption impétigineuse, ou dans des nodosités tuberculeuses intéressant non-seulement le conduit pilifère lui-même, mais encore le tissu cellulaire sous-cutané, à une profondeur plus ou moins considérable. Ces deux complications, qu'il est plus ordinaire de rencontrer séparées, existent quelquefois simultanément chez le même individu. Cette dernière circonstance donne plus d'intérêt aux observations suivantes, que nous avons récemment encore recueillies dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, et qui en offrent des exemples remarquables :

1re *Observation*. — Le nommé V.... (Pierre), né à Guy-la-Mothe (Oise), âgé de 37 ans, cantonnier, a été admis à l'hôpital Saint-Louis le 23 mars 1854, salle Napoléon, n° 14. Cet homme jouit d'une bonne santé ; c'est pour la première fois qu'il est atteint d'une maladie de la peau, sur le développement de laquelle il nous donne les renseignements suivants : Vers la fin d'octobre dernier, apparut sur la joue droite une exfoliation lamelleuse, sèche, sans suintement (probablement une plaque de pityriasis), ne dépassant pas en étendue les dimensions d'une pièce d'un franc. D'après les conseils d'un pharmacien, il fit usage pendant près de trois mois et sans succès, d'une pommade au précipité blanc. Pendant tout ce temps, l'éruption cutanée n'avait pas fait beaucoup de progrès ; elle conservait toujours le même aspect sec et farineux.

Dans les premiers jours du mois de février, se montra tout à coup la maladie pour laquelle il a réclamé son admission à l'hôpital, et dont il attribue le développement au froid très-vif qu'il ressentit quelques jours auparavant. Il éprouva dans tout le visage une grande chaleur, suivie bientôt du développement de nombreux boutons blancs, semés au milieu de la barbe, qui fut complétement envahie dans l'espace de quelques jours. La sécrétion fournie par les boutons se concréta au milieu des poils, et il en résulta cette masse croûteuse que nous voyons aujourd'hui. Il appliqua des cataplasmes, fit des onctions avec un onguent dont il ignore la composition, mais le mal augmentait toujours.

Le 23 mars, jour de son admission à l'hôpital, nous le trouvons dans l'état suivant : des croûtes verdâtres, sèches ou à demi desséchées, recouvrent toute la partie du visage occupée par la barbe, les lèvres, le menton, les joues, les régions sous-maxillaires, ce qui augmente dans une proportion considérable les traits de la face. Ces croûtes, également répandues et desséchées au milieu des poils, offrent bien la couleur, la superficialité des croûtes de l'impétigo, auquel elles appartiennent réellement, cependant, elles ne constituent pas toute la maladie ; en effet, comme elles sont soulevées et détachées de la surface de la peau par la pousse de la barbe, on distingue, à la circonférence, une foule de nodosités tuberculeuses, saillantes, rouges, enflammées, sur lesquelles elles paraissent reposer. Ces nodosités, dont quelques-unes atteignent le volume d'un pois, intéressent non-seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire à une profondeur plus ou moins considérable. A la base de chaque poil qui les surmonte, on distingue facilement une petite pustule ; c'est donc un sycosis. La masse croûteuse qui recouvre la barbe, en formant une espèce de calotte extérieure, n'est pas le produit de cette inflammation du bulbe pilifère, mais bien le résultat d'une inflammation impétigineuse qui a compliqué le sycosis.

Rougeur, tension considérable des téguments, qui sont douloureux à la pression ; difficulté pour les mouvements de la mâchoire.

Traitement : Cataplasmes matin et soir; bain simple; deux portions d'aliments.

Le 30, les croûtes extérieures sont tombées. Toute la surface occupée par la barbe est rouge, tendue encore, mais moins douloureuse, hérissée d'une foule de ces nodosités dont nous avons parlé, ce qui donne à la peau l'aspect d'une surface recouverte de grosses végétations. Les plus petites de ces nodosités sont seulement surmontées par un follicule pileux, dont elles représentent l'hypertrophie ; les plus volumineuses en soulèvent plusieurs, mais à la base de chaque poil, on voit une petite pustule enchâssée dans la peau. On ne peut donc pas méconnaître la nature de l'éruption ; c'est un sycosis. — Même traitement.

8 *avril*. Les nodosités tuberculeuses sont toutes surmontées de petites croûtes adhérentes, résultant de la dessiccation des pustules qui existaient quelques jours auparavant à la base des poils. Il ne reste plus de traces de la complication impétigineuse ; on ne voit qu'une inflammation intense du follicule pileux et du tissu cellulaire sous-cutané. En effet, en explorant ces indurations avec les doigts, on constate aisément qu'elles se prolongent au-dessous de la peau, où il n'est pas possible de les circonscrire.

Traitement : Bain alcalin avec douches en arrosoir sur la partie malade pendant les dix dernières minutes du bain, lotions alcalines matin et soir, cinq portions.

Le 15, les indurations tuberculeuses sont généralement affaissées. Sur quelques points, elles ont complétement disparu, ainsi aux lèvres, sur les parties latérales du menton, à tous ces endroits, la peau est encore rouge,

mais elle n'est ni tendue ni douloureuse. C'est à peine si l'on rencontre çà et là, même au sommet des nodosités les plus volumineuses, quelques petites nouvelles pustules, toujours situées à la base des poils, qui les traversent à leur partie centrale.

L'éruption est complétement et franchement arrivée à sa période de résolution. — Même traitement.

Le 26, disparition complète des nodosités. La peau est encore rouge, mais non douloureuse ; elle est presque aussi souple qu'à l'état normal ; pas de traces de pustules.

4 mai. Le malade quitte l'hôpital ; sa guérison est complète.

2e *Observation.* — Le 17 avril 1854, le nommé L.... (François), né au Pin (Seine-et-Marne, âgé de 37 ans, cultivateur, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 26, service de M. Casenave.

Cet homme, qui jouit d'une bonne santé, nous raconte que l'affection dont il est atteint s'est déclarée, il y a trois mois environ, sans cause connue. A cette époque, le malade vit se développer çà et là, dans la barbe, des boutons blancs dont la suppuration donna bientôt lieu à la formation de croûtes épaisses et adhérentes, accompagnées de peu de douleur. Pour tout traitement, il appliqua des cataplasmes pendant les premiers jours ; il continua à se servir du rasoir pour couper sa barbe, ce qui, dit-il, augmentait et sa douleur et l'éruption.

17 avril. L'affection que présente le nommé L.... occupe la barbe ; elle consiste dans des nodosités tuberculeuses, assez saillantes, disséminées principalement sur les parties latérales des joues, aux angles de la mâchoire, sous le menton. Ces nodosités, qui égalent le volume d'un fort pois, font une saillie très-prononcée au-dessus du niveau de la peau ; elles se perdent, sans limites circonscrites, à une profondeur plus ou moins considérable au-dessous des téguments ; elles sont surmontées d'une croûte épaisse, verdâtre et superficielle qui semble emboîter la nodosité sur laquelle elle repose. Sur les points où les croûtes sont déjà tombées, on voit la saillie tuberculeuse rouge, assez résistante, couronnée par un certain nombre de follicules pileux, dont quelques-uns sont le siége de petites pustules enchâssées dans leur intérieur, et dont la suppuration n'a certainement pas donné lieu à la croûte épaisse qui le recouvrait quelques jours auparavant.

Traitement : Tisane de chicorée, cataplasmes, bains simples, cinq portions d'aliments.

Le 26, les croûtes impétigineuses sont tombées, laissant à nu les nodosités tuberculeuses, rouges encore, mais affaissées et souples. Pas de traces de nouvelles pustules. Celles qui existaient ont formé de petites croûtes adhérentes à la peau. — Même traitement.

Le 29, les nodosités du côté droit sont complétement affaissées ; une tache rouge, non douloureuse, indique la place qu'elles occupaient. Sur la partie gauche de la barbe, quelques nouvelles pustules se sont développées, petites, situées dans le conduit pilifère. La peau est un peu tendue, douloureuse, mais les nodosités n'ont pas acquis un plus grand volume. — Même traitement.

5 mai. Les pustules se sont promptement transformées en petites croûtes qui sont aujourd'hui tombées. L'amélioration a continué sur tous les autres points. On remplace les bains simples par des douches de vapeur. Sous l'influence de ce traitement, la résolution des nodosités s'est achevée, et le malade, parfaitement guéri, a pu quitter l'hôpital le 23 mai.

Assurément, lorsque ces deux malades se sont offerts à notre observation, ce qui frappait tout d'abord, c'était une masse croûteuse, d'un jaune verdâtre ou jaunâtre, superficielle, recouvrant toute la barbe et présentant tous les caractères de l'impétigo parvenu à la période de dessiccation. C'était bien là, en effet, la physionomie de cette éruption pustuleuse, confluente, qu'Alibert a si pittoresquement décrite sous le nom de *dartre crustacée florescente.* On aurait donc pu, après un examen superficiel, croire seulement à l'existence d'un impétigo. Mais la déformation énorme des traits du visage, la tension des téguments, la gêne des mouvements des mâchoires, les nodosités que l'on distinguait à la circonférence de la surface malade, tous ces caractères indiquaient, pour un œil exercé, que l'éruption impétigineuse masquait une autre éruption ; que c'était là un exemple fort curieux, quoique assez fréquent d'ailleurs, de sycosis connu sous le nom de sycosis tuberculeux compliqué d'impétigo. En effet, lorsque, à l'aide de cataplasmes, on eut provoqué la chute de l'enveloppe croûteuse superficielle, on trouva audessous le sycosis avec tous ses caractères, c'est-à-dire avec ses pustules petites, enchâssées dans le conduit pilifère, traversées au centre par un poil, et dont la suppuration, en se desséchant, ne donna lieu qu'à la formation de croûtes petites, très-adhérentes.

Quant aux nodosités tuberculeuses parvenues au degré d'intensité qu'elles offrent chez ces deux malades, nous les considérons aussi comme des complications de sycosis, car cet état tuberculeux n'est qu'un phénomène secondaire, toujours précédé de la période pustuleuse. C'est là un fait aujourd'hui indéniable, seulement il est curieux de voir avec quelle rapidité exceptionnelle le sycosis peut, sous l'influence de conditions individuelles, passer à cette transformation tuberculeuse.

Au point de vue du pronostic, il pourrait sembler d'abord que le sycosis compliqué de ses nodosités énormes, rapidement développées, dût constituer une forme particulièrement grave et tenace. L'expérience clinique a cependant démontré que l'affection cède souvent avec plus de facilité que lorsqu'elle est compliquée d'indurations peu marquées et limitées seulement aux parois du conduit pilifère.

Ainsi, dans les observations que nous venons de citer, une éruption aiguë, l'impétigo, complique une autre éruption aiguë, le sycosis. Il y a, par suite de conditions individuelles, juxtaposition de deux inflammations franches qui, dans la plupart des cas, se développent séparément et dans des organes distincts du tissu cutané. Mais ce n'est pas un *impétigo sycosiforme,* comme on veut bien le dire aujourd'hui, pour éluder sans doute les difficultés du diagnostic et surtout pour n'avoir pas à approfondir l'étude de ces complications pathologiques entre elles. Veut-on faire entendre, par cette dénomination hybride, que c'est un impétigo revêtant les caractères du sycosis, ou que cette affection est une forme mixte participant à la fois et de l'impétigo et du sycosis ? Double erreur sur laquelle il nous a semblé utile d'appeler, à l'aide d'observations, la sérieuse attention des praticiens.

Il peut être fort commode, nous en convenons, pour certains esprits de décrire ces complications pathologiques comme des formes mixtes inconnues et de s'adjuger ainsi le facile honneur de trouver des maladies nouvelles ; mais l'examen clinique démontre que, sous une dénomination nouvelle, on a simplement décrit des états pathologiques parfaitement connus.

En pathologie cutanée, on ne trouve réellement qu'une affection réunissant les caractères mixtes de deux autres affections, c'est l'*eczéma impétigineux,* dans lequel on voit la vésicule se transformer en vésico-pustule et donner ainsi naissance à un produit sécrété qui ressemble en partie à celui de l'eczéma, en partie à celui de l'impétigo. Aussi, la dénomination d'eczéma impétigineux est-elle exacte, puisqu'elle exprime heureusement la physionomie particulière de l'éruption qui, sous la même lésion élémentaire, la vésico-pustule, semble réunir les caractères de deux éruptions différentes ; ce n'est pas une complication, c'est une transformation, une véritable conversion, phénomène très-rare, comme on voit.

Mais, que l'eczéma ou l'impétigo coïncident avec une autre maladie de la peau, le lichen, par exemple (et cela arrive souvent), on commet une étrange erreur en désignant cet ensemble pathologique sous le nom d'*eczéma lichénoïde* ou d'*impétigo lichénoïde,* parce que la papule du lichen ne se transforme ni en vésicule ni en pustule. Ici, l'eczéma et l'impétigo compliquent simplement le lichen. L'éruption primitive et l'éruption secondaire se retrouvent toujours avec leurs caractères propres réunis, il est vrai, mais non confondus, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque chacune de ces éruptions a pour siége anatomique des organes distincts, mais qui, par contiguité de tissu, ont été successivement envahis. De même, quand l'impétigo complique le sycosis, comme on peut en juger par les observations précédentes, on ne doit pas voir, dans ce phénomène pathologique, une forme mixte participant à la fois de l'impétigo et du sycosis, ou indépendante de l'un ou de l'autre, mais bien le développement d'un impétigo sur une surface affectée de sycosis. En un mot, il ne peut pas exister un *impétigo sycosiforme* au même titre qu'il existe un *eczéma impétigineux,* parce que la pustule de l'impétigo ne saurait se transformer en pustule de sycosis, comme on voit la vésicule de l'eczéma se transformer en vésico-pustule.

Cet abus de langage, contre lequel proteste la simple observation clinique, aurait pour déplorable conséquence de ramener l'obscurité et le désordre dans l'étude de la pathologie cutanée, où l'école de Biett, quoi qu'on en dise, a si heureusement introduit l'ordre et la clarté.

Cataracte congéniale opérée avec succès sur un sujet âgé de 55 ans,

Par le Dr Game, *ancien interne des hôpitaux civils de Lyon*, etc.

Jusqu'à quel âge doit-on opérer la cataracte congéniale?

En parcourant les divers traités de pathologie chirurgicale les plus estimés, divers manuels de médecine opératoire, des traités spéciaux d'ophthalmologie, je vois que presque tous les auteurs qui ont écrit sur la cataracte congéniale sont d'un commun avis au sujet de l'époque où cette espèce de cataracte doit être opérée. Tous s'accordent à dire qu'une opération de cataracte congéniale offrira d'autant plus de chances de succès qu'elle sera pratiquée à une époque plus rapprochée de la naissance, et qu'on ne doit plus opérer, passé l'âge de 20 à 25 ans.

M. Malgaigne, dans son *Manuel de Médecine opératoire*, s'exprime ainsi (1) :

« La cataracte congéniale commence d'ordinaire par être molle « et bornée au cristallin. Après quelques années, l'absorption « commence à s'emparer du cristallin ; les deux lames de la cap- « sule deviennent opaques. Plus tard, enfin, le cristallin dispa- « raît tout entier; les deux parois de la capsule se confondent « en une seule ; l'œil, privé d'action, n'acquiert pas son volume « accoutumé, et la faculté visuelle finit aussi par diminuer et se « perdre. De douze à quinze ans, l'opération ne restitue guère « au malade que la sensation confuse de la lumière (*Saunders*) ; « de là, l'urgence d'opérer les enfants en bas âge du 1er au « 2e mois après la naissance (*Lawrence*), du 6e au 18e mois « (*Middlemore*). »

Ces quelques mots, qui résument à peu près l'état actuel de la science sur ce point d'ophthalmologie, m'engagent à faire part à notre savante Académie de chirurgie d'un cas assez curieux que j'ai rencontré dans ma pratique, et qui diffère sur plusieurs points des idées généralement reçues aujourd'hui.

Il s'agit d'une opération de cataracte congéniale que j'ai pratiquée sur un sujet âgé de 55 ans, opération qui a été couronnée de succès.

Voici le fait :

Je fus consulté, il y a quelques mois, par le nommé Demigneux (Jean), de Fissy, commune de Lugny (Saône-et-Loire). Cet homme, âgé de 55 ans, est aveugle de naissance, père de quatre enfants en bas âge. Il est atteint, depuis trente-cinq ans, d'un tremblement général, qui offre tous les caractères d'un tremblement sénil. Obligé de se servir d'un bâton, autant pour se soutenir que pour se conduire, Démigneux est assez intelligent pour me donner tous les renseignements que je juge à propos de lui demander.

L'examen de l'appareil oculaire nous offre un œil gauche plus volumineux qu'à l'état normal. Il présente plusieurs staphylômes de la cornée et de la conjonctive qui l'ont tellement désorganisé, qu'il est impossible d'en distinguer les différentes parties.

L'œil droit a conservé son volume normal. Il est affecté de mouvements convulsifs particuliers; il exécute des espèces de balancements sautillants, en même temps que les paupières clignotent incessamment.

On y remarque, outre un strabisme divergent, une cataracte qui offre tous les symptômes d'une cataracte capsulaire antérieure. Elle est d'une belle couleur nacrée, parsemée de plusieurs stries transversales plus foncées, quoique brillantes; on observe à sa périphérie le cercle noir indiqué par les auteurs dans cette espèce de cataracte; la pupille est libre de toutes adhérences, elle se contracte assez bien; le malade distingue avec peine le jour des ténèbres; la perception lumineuse, en un mot, est celle d'un cataracté ordinaire qui ne voit plus à se conduire.

Depuis sa naissance, Demigneux a toujours été dans cet état; jamais il n'a pu distinguer un seul objet; il n'a aucune notion des couleurs; il ne reconnaît au toucher que les objets dont il se sert journellement; en un mot, il est né avec sa cataracte.

Il ne se rappelle pas avoir souffert des yeux dans son enfance.

(1) Article cataracte, p. 363, 5e édition.

A l'âge de 16 ans, il a été opéré une première fois à l'hôpital de Mâcon, en présence des chirurgiens de cet hospice, par un oculiste italien, voyageur. Il était, à cette époque, fort, robuste, bien portant. De vives douleurs se sont fait sentir à la suite de l'opération ; une inflammation intense s'est emparée de son œil. Il est resté deux mois à l'hôpital, et a souffert encore plusieurs mois après sa sortie.

C'est à la suite de cette première opération, pratiquée sans succès, qu'est survenu le tremblement qu'il a conservé depuis cette époque (1).

Cédant aux instances de notre malade, je l'opérai le 7 juillet 1853, assisté de mon frère, docteur-médecin à Azé, qui a bien voulu le recevoir chez lui et lui prodiguer ses soins pendant deux mois. Placé derrière le malade, suivant les conseils de M. Malgaigne, muni d'une aiguille de Scarpa, je pratiquai la scléroticonixys.

L'opération a présenté ceci de particulier, que, chaque fois que l'aiguille était portée sur le cristallin, que je cherchais à abaisser en masse, j'en détachais un fragment et sentais craquer l'instrument, comme si j'avais eu affaire à un corps composé de grains de sable faiblement unis entre eux par une substance agglutinative.

J'ai réduit le cristallin en huit ou dix fragments, qui ont successivement été abaissés. Deux de ces fragments (probablement composés de phosphate calcaire) existent encore aujourd'hui dans la chambre antérieure où je les ai fait passer. La capsule m'a présenté des adhérences telles, à sa partie supérieure, que j'ai été obligé, après avoir, pour ainsi dire énucléé le cristallin, de la déchirer à plusieurs reprises. Il est resté quelques languettes qu'on n'aperçoit plus aujourd'hui, soit que, baignant dans l'humeur aqueuse, elles aient été absorbées, soit que, par suite de leur racornissement, elles n'empêchent plus aux rayons lumineux d'arriver sur la rétine.

Les diverses circonstances qui ont accompagné cette opération m'ont prouvé que je n'avais point affaire à une cataracte capsulaire simple, mais bien à une cataracte capsulo-lenticulaire; que le cristallin, en un mot, n'avait pas été absorbé.

Pendant l'opération, Démigneux me dit qu'il voyait travailler mon aiguille.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses : le malade n'a pas éprouvé de douleur ; il n'a senti qu'un peu de chaleur, déterminée par une légère conjonctivite qui s'est dissipée d'elle-même. Des linges trempés dans de l'eau froide, et renouvelés toutes les cinq minutes, ont été appliqués sur l'œil, pendant 48 heures, après l'opération (2).

Immédiatement après l'opération, le malade dit apercevoir le jour à travers sa compresse ; on lui en place une seconde ; puis Démigneux est tenu à la diète pendant 36 heures seulement. Comme il ne souffre pas du tout, on cesse les lotions d'eau froide ; une simple compresse est appliquée sur l'œil. Le cinquième jour, on lui permet de se lever et de se promener dans une chambre obscure. Notre opéré ne peut pas supporter le grand jour ; la moindre lumière le fatigue ; la sensibilité de la rétine, au lieu d'être diminuée, est considérablement augmentée.

Pendant les vingt premiers jours qui ont suivi l'opération, il a été impossible à Démigneux de descendre dans la cour, à cause de l'impression désagréable que lui faisait éprouver la lumière. Le vingt-cinquième jour, on le conduit au jardin, à huit heures du soir, et on lui enlève son bandeau. Il aperçoit très-bien les personnes qui l'entourent ; il dit voir les étoiles, la lune. Pressé de questions pour s'assurer si réellement il distingue la lune, s'il en apprécie la distance, il porte subitement la main dans sa direction, comme s'il voulait la prendre, en disant : *Tiens, la voilà*. Il distingue, avec des verres à cataracte, le clocher de l'église, qui est à une distance de plus de cent mètres ; il le dépeint.

Il n'ose pas marcher ; on met une lanterne de voiture dans un coin de la cour, de manière à n'en éclairer qu'une partie, et on le fait aller en avant ; arrivé au point éclairé par la bougie, ébloui, il s'arrête, recule, comme s'il allait tomber dans un précipice. S'il veut saisir un objet, n'étant point habitué aux distances, il porte toujours la main un peu plus loin que l'objet, quelquefois il la porte en deçà.

Lorsqu'on lui montre un corps quelconque, son regard étant presque constamment dirigé en dehors, à cause de son strabisme, on est obligé d'appeler son attention sur le corps pour le lui faire décrire.

(1) J'ai rencontré, dans ma pratique, un autre sujet qui, à la suite d'une opération de cataracte, pratiquée il y a dix ans, a été pris d'un tremblement général, qu'il a conservé jusqu'à ce jour.

(2) J'ai pour habitude d'employer la glace, qu'on n'a point assez préconisée, vu les services qu'elle rend dans ces sortes d'opérations. Lorsque les opérés ne peuvent la supporter (j'en ai rencontré plusieurs), j'ai recours aux applications d'eau froide. Je pourrais citer bon nombre d'opérations de cataracte faites par abaissement et couronnées de succès, dans lesquelles je n'ai pas eu d'inflammation à combattre, celle-ci ayant été prévenue par des applications de glace faites suivant la méthode de M. Baudens.

Pour l'habituer à regarder, à fixer les objets, tous les soirs, on le fait promener dans le jardin ; on le force à compter les arbres, les fleurs, ce qu'il fait très-bien. Le jour, on jette des fleurs dans la cour et on les lui fait chercher.

Tous les corps, pour lui, sont blancs, rouges ou bleus ; il confond les autres couleurs. Les verres à cataracte n'augmentent pas de beaucoup la puissance de l'organe. Il voit bien à se conduire avec de simples conserves.

Le 10 septembre, jour où il est entré dans sa famille, j'ai constaté, en présence de plusieurs témoins, qu'il pouvait distinguer les aiguilles d'une pendule et même celles de ma montre à secondes. Pour qu'il distingue bien un objet, il faut que cet objet soit placé à 60 centimètres environ de son œil. Il aperçoit des arbres placés à plus de 100 mètres de distance, sans pouvoir les compter.

Depuis le départ de Démigneux, je l'ai examiné à différentes époques, et notamment dans les mois d'octobre, janvier et mars. Son œil est fort joli ; les mouvements convulsifs dont il était affecté avant l'opération ont considérablement diminué ; sa vue s'améliore tous les jours. Avant son opération, Démigneux, quoiqu'il se fît conduire par sa femme ou un de ses enfants, faisait des chutes journalières ; ses genoux présentent encore aujourd'hui des traces bien sensibles de ces chutes. Depuis son opération, il n'est pas tombé une seule fois. On ne peut arriver à son habitation, située au sommet d'une petite montagne, que par un chemin tortueux et très-escarpé, tellement difficile, qu'il m'a été impossible de comprendre comment il pouvait, seul, avec son tremblement, monter et descendre ce chemin, plusieurs fois par jour, dans un temps de verglas et de neige. Lors de ma dernière visite, dans le mois de mars, il me dit que la neige le fatiguait considérablement, qu'il lui était impossible de se servir de ses verres à cataracte. Il porte presque exclusivement de simples conserves, ce qui ne l'empêche pas d'aller seul à 30 et 40 kilomètres de chez lui.

Marchand colpolteur, il va de maison en maison, et trouve parfaitement les portes auxquelles il frappe pour mendier.

Conclusions. — Du fait que je viens de citer on peut conclure :

1° Que, dans la cataracte congéniale, le cristallin ne s'absorbe pas toujours après quelques années ; qu'il peut même ne pas s'absorber du tout.

2° Que la cataracte congéniale peut présenter les mêmes caractères anatomiques et physiologiques que nous observons dans les autres espèces de cataractes.

3° Que l'œil, privé d'action, peut conserver son volume normal, avec sa faculté visuelle pendant un grand nombre d'années, pourvu que le malade distingue le jour des ténèbres.

4° Enfin, qu'une cataracte congéniale peut encore être opérée à un âge très-avancé, si elle est dans de bonnes conditions.

J'ai cru devoir porter ce fait à la connaissance du monde médical, comme un cas extraordinaire, n'ayant peut-être pas d'analogue dans les annales de la science.

J'aurais pu donner plus d'extension à ce mémoire, en entrant dans des considérations physiologiques relativement aux phénomènes de vision des plus bizarres que nous a présentés notre opéré. J'espère plus tard revenir sur ce sujet.

Nécessité d'adopter un nom de convention pour l'acide arsénieux et ses composés, et de quelques signes particuliers pour les prescriptions médicales, ainsi que de l'urgence de rédiger toutes les formules en latin,

Par M. Hoffmann, *pharmacien à Paris.*

Dans la pratique il arrive souvent que le médecin, se voyant forcé de prescrire soit l'arsenic ou ses composés, ou bien le mercure et ses composés, prescrive purement et simplement : arsenic blanc, oxyde blanc d'arsenic, acide arsénieux, ou bien arséniate de potasse ou de soude. Quant au mercure, la généralité des médecins ont adopté le mot latin *hydrargyrum.* Hydrargyrum est un mot généralement inconnu au public, et remplit parfaitement le but du médecin, sans inspirer la moindre défiance au malade. Mais alors pourquoi un seul mot latin, tandis que tout le reste de la formule est en français ?

C'est une anomalie qui ne devrait pas être et qui doit disparaître. Une prescription faite en latin est exécutable dans toutes les pharmacies, non-seulement en France, mais aussi dans tous les pays civilisés. La même formule faite en français ne peut être exécutée partout. Une formule en latin inspire plus de confiance, le malade ignorant la plupart du temps le médicament qu'il prend, la dignité du médecin se trouve aussi plus relevée. La formule, quelque simple qu'elle soit, passe entre les mains du pharmacien, et ni l'herboriste, ni le confiseur ou l'épicier n'en enlèvent quelque chose.

Qui de nous (les pharmaciens) n'a eu l'occasion de voir mainte et mainte fois une formule quelquefois très-simple être sujette à l'interprétation du malade, ou quelquefois même d'une garde-malade, celle-ci critiquant même souvent le savoir du médecin ? Que de fois n'a-t-on pas déjà vu des malades quitter leur médecin pour avoir vu sur une prescription le mot arsenic ou celui de mercure ? Il est vrai, le mot *arsenicum* aurait été connu également par le client ; mais dans ces cas, nous avons un mot de convention qui, quoique paraissant nouveau, ne l'est pourtant pas, attendu que depuis longtemps on l'emploie. Dans toute l'Allemagne septentrionale les médecins, quand ils veulent prescrire l'acide arsénieux, le désignent dans les formules sous le nom de *metallum album.* Ce mot, tout à fait inconnu au public, ne lui inspire pas de crainte, et le médecin, lorsqu'il se voit dans la nécessité de prescrire ce métalloïde, ne sera plus obligé d'employer le mot usuel. Quant aux composés d'arsenic, comme les arséniates par exemple, voici comment on ferait les formules :

Arséniate de soude (*metallum album sodicum* ou *metallum album nutricum*).
— de potasse (*metallum album potassicum* ou *metallum album kalicum*).
— d'ammoniaque (*metallum album ammonicum*).
— de fer (*metallum album ferricum*).

Pour le mercure, sans toujours employer le mot *hydrargyrum,* que le public commence à connaître déjà, il existe depuis longtemps un signe de convention, c'est un $\underset{+}{8}$ ou $\overset{+}{8}$.

Voici du reste comme exemple plusieurs formules.

N° 1.

Rec. $\overset{+}{8}$ ou $\underset{+}{8}$ corrosiv, ou bi-chlor. . . . 50 centigr.
ou
Deuto-chl. $\underset{+}{8}$, ... 50 —
Alcool . . . . 2,00 gramm.
Aq. distil. . , ... 250 —
M.

N° 2.

Rec. Prot.-iod. $\overset{+}{8}$. . . . . 3 gram.
Extracti lactuc. . . . . 2 —
Pulv. liquir. . . . . q. s.
M. Fiant pilulæ n° 48.

N° 3.

Rec. Metalli albi (acide arsénieux). . 10 centigr.
Aq. distil. . . . . 500 gram.
Faites bouillir pendant un quart d'heure et filtrez. Employé comme fébrifuge.
Une cuillerée le matin dans un peu de lait.

N° 4.

Rec. Metalli albi sodici (arséniate de soude). . . . . 5 centigr.
Aq. Distillat. 30,00
M.

N° 5.

Rec. Metalli albi ammonici (arséniate d'ammoniaque). . . . . 5 centigr.
Aq. distillat. . . . . : . . . 60 gram.
M. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Mai 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Caloy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Toulon ;

2° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. de la Montagne, médecin de l'arrondissement de Neufchâteau ;

3° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Grüizard, médecin de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier ;

4° Recette contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine.

Notice sur la vaccination dans les provinces de la moyenne et de la haute Égypte, par M. Cuny, médecin français dans ces contrées.

Fractures de la cuisse.

M. Delfrayssé adresse une Note sur un nouvel appareil pour les fractures de la cuisse.

Quinologie.

M. Bouchardat fait hommage en son nom et au nom de M. Delondre, d'un *Traité des quinquinas* sur lequel nous aurons à revenir.

Calculs urétraux. — Sonde évacuative.

M. Aug. Mercier adresse la Note suivante :

« C'est surtout dans le traitement des maladies des organes urinaires que les petits détails de pratique ont souvent une très-grande importance. Je ne croyais pas moi-même que la communication que j'ai faite le 8 de ce mois à l'Académie de médecine dût sitôt recevoir une aussi évidente confirmation.

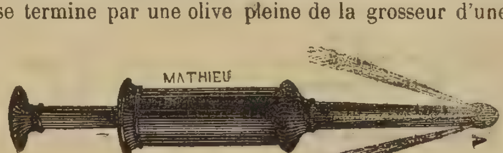
« Au moment même où il lisait le compte rendu de cette séance, M. Cazenave, de Bordeaux, avait un malade chez lequel des fragments de calcul logés dans la région prostatique n'avaient pu être extraits par deux habiles confrères et par lui : tous les moyens avaient été employés, et *déjà se manifestaient des accidents assez sérieux*. Il me pria, en conséquence, par une lettre datée du 14, de lui envoyer ma sonde évacuatoire simplifiée, et, le 25, il m'écrivait : « J'ai réussi et repoussé le fragment de calcul dans la vessie, où je l'ai broyé avec la plus grande facilité. Merci donc de votre obligeance et grâces vous soient rendues de mon succès. »

« Recevez, etc., AUG. MERCIER. »

Blennorrhagie. — Nouvelle seringue à injections urétrales.

M. le docteur Edmond Langlebert adresse la Note suivante sur un nouveau modèle de seringue à injections urétrales, qu'il a imaginé dans le but de perfectionner le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie, par la solution caustique d'azotate d'argent.

La canule de cette seringue, en corne et en ivoire, a 5 centimètres de longueur, et se termine par une olive pleine de la grosseur d'une sonde



ordinaire. Au bas de l'olive sont percés de très-petits trous latéraux obliquement dirigés vers la base de la canule. La seringue étant chargée de la solution caustique, on introduit la canule dans l'urètre, à une profondeur de 4 centimètres environ, puis on pousse très-lentement l'injection. Le liquide ne peut dépasser l'olive qui bouche exactement le canal en arrière. Il revient donc en avant, et retombe goutte à goutte, par le méat, en glissant entre la canule et la muqueuse qu'il cautérise légèrement; de sorte que l'injection se fait d'arrière en avant, dans une étendue rigoureusement déterminée.

Cette cautérisation superficielle, ainsi bornée à la fosse naviculaire seulement, produit, comme on le sait, dans le traitement de la blennorrhagie, des effets thérapeutiques plus certains, et n'expose à aucun des accidents que peut entraîner la cautérisation du canal dans toute sa longueur. Combinée avec d'autres injections légèrement astringentes, elle constitue une méthode de traitement plus prompte, plus efficace que les méthodes ordinaires basées sur les antiblennorrhagiques : copahu et cubèbe.

Voici les règles à suivre dans l'application de cette méthode :

1° La force de l'injection doit être en raison inverse du degré d'inflammation de l'urétrite. J'emploie, pour cela, trois solutions différentes ainsi graduées : 30, 25 et 20 grammes d'eau distillée pour 1 gramme d'azotate d'argent.

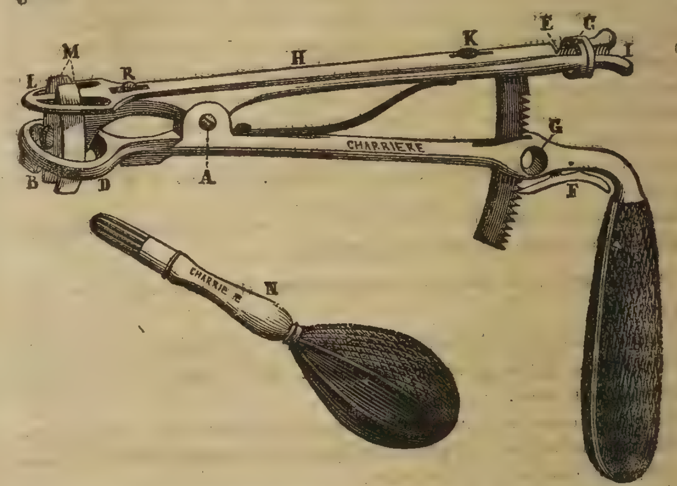
2° L'injection doit être répétée tous les deux jours, jusqu'à la cessation de l'écoulement.

3° Dans l'intervalle d'une injection à l'autre, le malade doit faire dix à douze injections par jour avec la seringue ordinaire et un liquide très-légèrement astringent. Celui auquel je donne la préférence est une solution de sulfate de zinc à la dose de 25 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée.

J'ai traité de cette manière un grand nombre de malades atteints de blennorrhagies à toutes les périodes, à tous les degrés d'inflammation : les unes au début, d'autres datant de quinze, vingt, trente jours, et même deux et trois mois. Tous ces malades, sans exception, ont été guéris après une, deux, trois, quatre, rarement cinq injections, c'est-à-dire dans une moyenne de quatre à dix jours.

Élévateur odontalgique.

M. Rogues, médecin aide-major au 47e de ligne, à Lyon, adresse à l'Académie un instrument qu'il a imaginé dans le but d'éviter l'extraction, si douloureuse des dents, par un léger degré de luxation qui n'empêche pas les personnes atteintes d'odontalgies de conserver ces précieux organes.



Cet instrument, auquel il donne le nom d'élévateur odontalgique, opère la luxation des dents malades sans prendre point d'appui sur les alvéoles, mais sur les dents voisines, ou sur un fragment de liége, en cas d'absence de l'une d'elles.

RAPPORTS.

Opium d'Algérie.

M. Bouchardat donne lecture d'un Rapport officiel sur l'opium d'Algérie. Après quelques savants détails sur la culture du pavot dans nos possessions d'Afrique, M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° Les échantillons d'opium transmis par M. le Ministre de la guerre à l'Académie, et fournis par le sieur Germain, colon du village de Montpensier, et par le sieur Malvel, à Fouka, et celui récolté en 1851 à la pépinière centrale, sont d'excellente qualité ;

2° Il est à désirer que la culture du pavot somnifère, pour extraire l'opium, s'étende en Algérie ; non-seulement sous le point de vue d'affranchir notre pays d'un tribut payé à l'étranger, mais encore sous celui plus important d'obtenir un produit se rapprochant de l'identité.

M. Boullay. — Avant d'adopter aussi catégoriquement le nouvel opium, il aurait fallu analyser non pas seulement la morphine, mais les quatre alcalis actifs qu'il peut contenir. Cette remarque que j'avais déjà présentée à propos de l'opium de M. Aubergier, et qui avait été appuyée par M. Orfila, me paraît retrouver ici son application.

M. Bouchardat. — Nul doute qu'il n'eût mieux valu analyser complétement l'opium qui nous a été soumis ; nous ne l'avons pas fait pour trois raisons :

1° Le temps nous a manqué ;

2° L'usage légalement adopté de redoser la morphine a donné des résultats suffisamment satisfaisants pour la pratique ;

3° L'opium que nous avons essayé non-seulement contient la même quantité de morphine que l'opium d'Orient, mais encore il a produit les mêmes effets physiologiques et thérapeutiques.

M. H. Gaulthier de Claubry. — Si M. le rapporteur ne voulait pas doser les autres alcalis que la morphine, il était au moins indispensable d'en constater la présence dans le nouvel opium.

M. Guibourt. — Il est certain que le principal principe actif de l'opium est la morphine; les autres n'y sont qu'en très-petite quantité. Il faudrait employer des kilogrammes d'opium pour les doser. Et d'ailleurs, ces principes sont en relation si exacte, qu'il est infiniment probable que lorsqu'un opium contient 10 pour cent de morphine, les autres principes y existent en proportion.

M. Robiquet. — Il est singulier qu'on n'élève pas les objections que vient de présenter M. Boullay pour tous les opiums d'Orient, dont beaucoup viennent de localités fort inconnues et sont très-mauvais. L'on n'a pas élevé ces objections, c'est qu'on sait que, pour analyser complétement tous les opiums, il en faudrait des quantités considérables et qu'il n'en resterait plus pour les malades (rires).

M. Chevallier. — Les trois quarts des opiums, quelles qu'en soient les provenances, nous arrivent aujourd'hui falsifiés : nous avons constaté autrefois qu'ils contenaient 16 pour cent de morphine, et cette quantité a successivement baissé, de sorte que, dans des échantillons provenant de trois caisses différentes et que j'ai remis à M. Bouchardat, je n'en ai trouvé que 8 pour cent. Il n'y a qu'un moyen d'échapper à cette fraude, c'est de titrer tous les opiums sans exception, d'après la quantité de morphine qu'ils contiennent. Pour titrer les autres alcalis, il faudrait user trop de produits.

Les conclusions du Rapport sont adoptées.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. Piorry lit une note dont nous extrayons ce qui suit :

Le déplacement des organes, ou plutôt le changement de position dont ils sont susceptibles, est un des états pathologiques les moins étudiés, et qui méritent cependant le plus l'attention des observateurs et des médecins. Très-rarement primitifs, ils sont presque toujours les conséquences de l'état dans lequel se trouvent les parties qui les avoisinent ou qui les touchent; enfin ils peuvent être la suite de lésions variées, dont la partie déplacée est le siége.

1° Un cœur hypertrophié, dilaté, devient plus lourd et s'abaisse; un foie hypérémié descend plus bas dans l'abdomen qu'à l'ordinaire; une rate augmente de volume et descend dans le bassin, etc. S'il arrive même que, sur un point de sa circonférence, l'organe affecté est plus pesant que sur les autres, il est entraîné dans ce sens et se contusionne pour ainsi dire; c'est ce qui arrive quelquefois pour la rate et pour le foie. L'utérus n'échappe pas à cette loi générale; il s'abaisse quand, par suite d'une hypérémie, d'une inflammation, d'une tumeur développée dans son tissu, il augmente de volume. Il se dévie à droite ou à gauche, en arrière ou en avant, suivant que l'augmentation partielle et circonscrite de son poids l'entraîne d'un côté ou de l'autre. Les excoriations plus ou moins profondes du col utérin, recouvertes, comme les autres plaies, de bourgeons charnus auxquels on a donné ici le nom de granulations, donnent lieu à une souffrance habituelle de l'utérus, à un trouble circulatoire, et y causent un travail de nutrition d'où résulte l'hypertrophie, ou du moins une augmentation de volume et de poids. De là des abaissements, des déviations du corps et du col, qui se dissipent ou ne donnent plus lieu à des douleurs ou à des symptômes morbides, alors que les excoriations sont guéries;

2° Une seconde catégorie de causes anatomiques détermine des déplacements d'organe : ce sont, par exemple, les modifications qui peuvent survenir dans les dimensions et la texture des liens naturels qui fixent les parties dans les lieux qu'ils occupent. Évidemment, si le mésentère est cerné, les intestins grêles seront élevés, tandis qu'ils s'abaisseront facilement si ce repli péritonéal est très-large et très-flexible. De la même façon, le foie céderait à son poids et se porterait davantage vers l'abdomen, si le diaphragme et le ligament coronaire étaient relâchés, ou si le grand repli péritonéal et vasculaire qui s'étend de l'organe hépatique à l'ombilic venait à être raccourci et induré.

L'utérus est dans le même cas, et si les ligaments ronds et larges, si les replis membraneux qui le fixent dans le bassin venaient à être modifiés dans leur dimension et leur tension ou leur laxité, il en résulterait nécessairement des inflexions correspondantes du corps et col de la matrice;

3° Enfin la position vicieuse des organes est très-ordinairement la conséquence des états pathologiques que présentent les parties voisines.

L'orateur cite ici plusieurs exemples, et continue :

L'utérus est un des organes les moins bien fixés dans le lieu qu'il occupe. Si la cavité pelvienne est resserrée, si le vagin est étroit et si son tissu est résistant, la matrice est en général élevée; s'il est large et flasque, si le bassin est spacieux, la matrice s'affaisse et tombe vers la vulve; si les ovaires sont plus pesants d'un côté que de l'autre, ils font dévier l'utérus de ce même côté. La vessie est-elle habituellement distendue par l'urine, le corps de la matrice se dirige en arrière, et le col est porté en avant. Le contraire a précisément lieu chez les femmes dont l'S du colon et le rectum contiennent ordinairement beaucoup de matières fécales et de gaz. Des intestins grêles distendus outre mesure, de la graisse déposée en masse dans l'épiploon et le mésentère, une hydro-péritonite abondante, pousse la matrice par en bas, tandis que des tumeurs du bassin, des ovaires, peuvent donner lieu à des inflexions utérines en sens opposé à leur siége.

Bien plus, l'état des parois abdominales et des fibres musculaires qui entrent dans leur structure d'une part, et la manière dont se contractent ou sont résistants le diaphragme et les muscles de la région péritonéale, influent infiniment sur la position de l'utérus. Les vêtements, les corsets, les ceintures déterminent enfin certains états organiques des os du bassin et des parties molles qui peuvent modifier la situation de la matrice.

Il résulte de ce qui précède qu'un cas de déviation de l'utérus déterminé, ne *sera pas semblable* à un autre fait de déviation utérine *réputé semblable;* que ces cas ne constituent pas des états pathologiques unitaires, similaires et *susceptibles d'être comparés entre eux;* que chacun d'eux n'est pas un état organique simple dit : rétroverson ou antéversion, etc., mais que son étiologie, sa pathogénie ne sera pas semblable à celle de tout autre cas ainsi dénommé; et qu'en conséquence, le *traitement* de semblables états pathologiques *ne pourra et ne devra presque jamais être identique* CHEZ DEUX MALADES. Cette antéversion, cette rétroversion, résultat tantôt de lésions utérines, tantôt de modifications dans les ligaments ou dans les annexes et ailleurs encore, tantôt d'altérations variées dans les parties voisines, ne peut être traitée rationnellement et avec quelque chance de succès, que par les moyens propres à faire cesser les circonstances organiques qui donnent lieu à ces déplacements. Avant d'aborder la question de savoir quelle est la meilleure méthode curative à opposer à l'antéversion, par exemple, il faudrait donner la raison anatomique de celle-ci, et ne fixer le traitement qu'après avoir établi cette dernière.

C'est toujours là le vice de ces statistiques à base décevante que l'on a voulu instituer pour la pathologie entière. On a supposé des maladies semblables, on les a classées, comptées, puis on a voulu les soumettre à des traitements unitaires; on a additionné les résultats, et on est arrivé à ces déplorables conclusions (qui, du reste, étaient la conséquence forcée de la mauvaise méthode que l'on suivait), de prétendre que la plupart des moyens thérapeutiques donnent à peu près les mêmes chiffres pour les succès et pour les revers. La statistique appliquée à l'étude des états organopathiques simples et primitifs peut être féconde en conséquences utiles, mais la statistique établie sur des faits complexes et incomplétement analysés conduit aux erreurs pathogéniques et thérapeutiques les plus déplorables.

On ne peut donc combattre, par un même traitement, les états pathologiques que présentent divers individus atteints d'une déviation utérine donnée; on ne devra opposer les mêmes moyens que dans des cas analogues, c'est-à-dire dans ceux chez lesquels la déviation elle-même, les circonstances organiques qui les causent, seront identiques. Or, il est fort rare de trouver des faits dans lesquels ces choses soient semblables; donc le traitement devra très-ordinairement différer sur un individu donné, de ce qu'il devrait être chez une autre femme réputée atteinte du même mal.

Longtemps placé dans le même hôpital où M. Valleix a recueilli les faits qu'il cite, j'ai observé comme lui un assez grand nombre de cas en rapport avec les déviations utérines, et je dois avant tout me joindre à l'honorable M. Depaul, pour déclarer, que les déviations de la matrice, quand elles ne sont pas compliquées d'un état organique plus grave, causent à peine des accidents; que les douleurs dont elles sont accompagnées, tiennent presque toujours à quelque autre circonstance anatomique coexistante et qu'elles se distinguent fort souvent avec facilité, alors que ces circonstances viennent à cesser. Ainsi, des femmes qui, à 40 ans, ont un utérus volumineux et dévié, et qui se plaignent de douleurs dans l'hypogastre et dans la région lombaire, qui ressentent des besoins fréquents d'uriner ou de rendre les fèces, n'en éprouvent plus la moindre atteinte lorsqu'à 50 ans la matrice ayant continué à être déviée, l'organe est revenu à ses dimensions naturelles. Telle autre femme dont l'utérus incliné est affecté d'une légère ulcération au col et qui est tourmentée par les mêmes douleurs cesse de rien ressentir de pareil, aussitôt que l'on a remédié à cette dernière lésion. Les abaissements de la matrice eux-mêmes causent infiniment moins de douleur que les états organopathiques qui en sont le plus souvent la cause productrice, de la même façon que les excoriations du col, suite si fréquente de l'accouchement, de l'avortement, de toutes les lésions mécaniques ou virulentes et ayant leur siége au pourtour de l'orifice utérin, provoquent un accroissement dans le volume de l'utérus. Ainsi cet accroissement est en général la circonstance organique qui, chez les femmes dont le vagin est large, donnent lieu à l'abaissement du corps et du col utérin. En remédiant à l'ulcération on voit assez promptement la matrice devenir moins volumineuse et bientôt les douleurs ou si l'on veut les névralgies disparaissent. On abuse infiniment des pessaires qui, introduits dans le vagin, dilatent encore celui-ci, et tendent à augmenter le mal au lieu de le diminuer, de telle sorte, que si l'on vient à en faire suspendre plus tard l'emploi, les souffrances utérines deviennent intolérables. Je préfère de beaucoup aux pessaires, au moins dans la majorité des cas, le bandage que j'ai proposé dans le *Traité de médecine pratique* (n° 10,010), et que j'ai trouvé plus tard avoir été antérieurement indiqué par

MM. Amnan et Clément Olivier. Il consiste dans une pelote maintenue extérieurement sur le périnée au moyen d'un ressort ; celui-ci est fixé à une ceinture et tend à diriger la pelote en haut et en arrière, et soutient ainsi, avec la médiation du périnée, l'utérus abaissé ; aucun corps étranger introduit dans le vagin ne dilate alors cette cavité et n'augmente ainsi le mal. Mais, quel que soit le moyen contentif que l'on employe, jamais il ne remédie absolument aux déplacements, parce qu'il n'atteint, en aucune façon, les circonstances anatomiques qui ont produit et qui entretiennent l'abaissement de la matrice. Tout aussitôt que le moyen de prothèse est ôté, les accidents reparaissent tels qu'ils étaient auparavant.

Il doit en arriver ainsi dans la méthode proposée par les médecins que je viens de citer, et qui n'est, à vrai dire, qu'un pessaire à tige. Enlevez l'instrument qui soutient et redresse la matrice, et l'abaissement, la déviation, reparaîtront. C'est, encore une fois, le traitement des états organopathiques qui ont causé ces déplacements, qui, seul, pourra quelquefois remédier à ceux-ci. Je conçois cependant que, dans les cas où les ligaments utérins seraient trop longs, trop courts, soit d'un côté, soit des deux côtés, dans ceux où des adhérences utéro-péritonéales viendraient à faire incliner la matrice dans le sens d'un de ses diamètres, il serait possible que le redresseur utérin eût de l'avantage, et cela expliquerait quelques succès dont on a parlé. Mais, d'abord, on pourrait se demander s'il faut rapporter les honneurs de la curation dont il s'agit à la tige redressante ou au repos, ainsi qu'aux autres moyens thérapeutiques simultanément employés, et qui auraient pu remédier aux états pathologiques primitivement cause de la déviation utérine, et il est à croire que la réponse serait en faveur des dernières parties du traitement.

Mais contre ces rares succès, qui ne s'obtiennent qu'après des mois de traitement, combien d'inconvénients ne pourrait-on pas reprocher à la sonde utérine à demeure? Les chirurgiens ont presque renoncé à l'emploi continu des algalis dans l'urètre ; ils l'ont vu être suivi d'accidents très-fâcheux, et l'on ne redouterait pas de maintenir pendant longtemps une tige métallique dans l'utérus, alors que, pour agir, il faudrait qu'elle exerçât une forte pression sur l'un des côtés antérieur, postérieur, droit ou gauche de la cavité du col.

Quant à moi, je ne voudrais pas plus imiter Récamier dans l'abrasion des bourgeons charnus de la face interne de la cavité du col utérin, que dans la dilatation forcée du vagin par son spéculum à bascule, ou du rectum par ses vigoureuses mains, et surtout que dans l'extirpation de l'utérus. Ce sont là de ces opérations que quelques personnes osent faire, mais que certes les praticiens regardent à cent fois avant de les renouveler. Le redresseur métallique de la matrice déviée agit d'une façon telle, et sur un organe important disposé de telle manière, qu'en vérité, il ne faudrait avoir recours à ce moyen que s'il était indispensable.

On a reproché aux injections intra-utérines, de donner parfois lieu à la péritonite, en faisant pénétrer des liquides par les trompes, penserait-on que celle-ci ne pourrait pas communiquer à l'enveloppe commune aux viscères abdominaux, les phlegmasies utérines de diverses sortes qui pourraient être provoquées par le redresseur utérin? Aussi voyez ce qui est arrivé dans quelques cas signalés par MM. Cruveilhier, Broca, etc., des péritonites et des accidents mortels sont survenus. Deux membres de la Faculté se trouvaient avec moi, il y a quelques mois, à un des examens, l'un et l'autre praticien de premier ordre citaient chacun un fait où la mort avait suivi de pareilles manœuvres. Vous avez écouté le travail consciencieux et si remarquable de M. Depaul, et vous avez vu avec quelle juste sévérité il a blâmé cette pratique.

En vain dira-t-on que les accidents sont l'exception et que l'innocuité est la règle. Je dirai que si une fois sur cent, le redresseur utérin a pu faire périr, c'est une mort qui n'aurait pas dû avoir lieu, car les déviations simples de l'utérus ne sont pas graves, on les soulage facilement; ainsi que je l'ai dit, elles se guérissent d'elles-mêmes chez les vieilles femmes, alors que l'utérus s'atrophie, car, par l'emploi du redresseur, on ne fait pas cesser le mal d'une manière absolue, attendu qu'il ne s'oppose en rien aux états organopathiques qui décident l'abaissement de l'utérus.

Depuis longtemps, j'emploie un procédé fort simple pour remédier à l'antéversion, c'est-à-dire à cet état de la matrice dans lequel le corps de celle-ci vient à peser sur la vessie. Les femmes qui portent cette lésion éprouvent des besoins fréquents d'uriner et s'y livrent d'une manière fréquente ; elles augmentent ainsi le mal et le rendent intolérable. Plusieurs d'entre elles conservent aussi des matières dans le rectum, ce qui ajoute une circonstance de plus aux causes du déplacement dont il s'agit. Eh bien! j'engage ces malades à surmonter les besoins d'urination qu'elles éprouvent, à prendre l'habitude de retenir l'urine, à prendre des purgatifs journaliers et très-doux (à l'effet de tenir le rectum vide); et je fais soutenir et porter en arrière le ventre, au moyen d'une ceinture. Quand la malade souffre, elle se couche sur le dos, le bassin étant élevé, et reste quelques moments dans cette situation; de cette façon, les accidents se dissipent, et d'autant plus vite que je remédie, autant que possible, aux autres états pathologiques coexistants, et qui, tels que l'utérémie, les excoriations du col, l'utéromégalie, sont les véritables causes des douleurs.

Je redoute peu l'emploi de la sonde utérine comme diagnose, pas plus que l'usage de la sonde urétrale pour apprécier quel est l'état de l'urètre ou de la vessie. Le cathétérisme utérin peut rendre des services, et ce serait un tort de le condamner d'une manière absolue, mais il faut être très-réservé dans son emploi, et bien se rappeler que, même dans le cas où il paraît indiqué d'y avoir recours, il pourrait quelquefois provoquer des hémorrhagies, léser quelques tumeurs intra-utérines dont la moindre blessure serait suivie d'accidents graves. Ces cathétérismes, dans quelques cas, feraient périr un fœtus, en ouvrant un œuf récemment formé dans la matrice, et dont on n'aurait pas auparavant reconnu l'existence.

Conclusions. — Il résulte de ce qui précède :

1° Que les déplacements, les variations de position des organes en général et de l'utérus en particulier, tiennent à des circonstances variées, dont les unes sont en rapport avec des lésions propres à ces mêmes organes, dont les autres sont dues à des modifications survenues dans les liens qui les maintiennent dans la place qu'ils occupent, et dont les autres enfin consistent en des états pathologiques développés dans les parties voisines ;

2° Qu'avant de déterminer la déviation d'un organe en général et de l'utérus en particulier, il faut d'abord préciser la circonstance organique qui lui donne lieu ;

3° Que les calculs statistiques établis sur les déviations de l'utérus et sur l'utilité des traitements par lesquels on les combat, ne pourraient avoir de la valeur qu'autant que l'on aurait bien déterminé, pour chaque cas en particulier, quelles sont les circonstances organiques qui causent le mal ;

4° Que le plus ordinairement, le traitement qui convient contre la déviation de l'utérus, sur une malade, doit être fondé sur les circonstances dans lesquelles cette malade se trouve, et non pas sur des considérations générales relatives à la curation de ces déviations ;

5° Que les pessaires, les pelotes, etc., qui supportent la matrice abaissée ou déviée, sont exclusivement des moyens palliatifs, et que les pessaires, en relâchant le vagin, en augmentent même la laxité, et par conséquent, favorisent la tendance à l'abaissement de la matrice ;

6° Que l'emploi du redresseur utérin est aussi presque toujours palliatif, et qu'il peut convenir seulement dans des cas très-rares; que c'est après un laps de temps considérable qu'il semble avoir quelquefois produit d'assez bons effets curatifs ;

7° Que les inconvénients du redresseur utérin sont infiniment plus importants et plus nombreux que les avantages attachés à son emploi, et qu'ils rendent son usage périlleux ;

8° Qu'il suffit souvent de certaines précautions hygiéniques pour rendre supportables les douleurs et les autres accidents dont les déviations utérines sont accompagnées ;

9° Que, comme instrument d'exploration, le cathétérisme de la cavité du col utérin peut être utile, mais qu'il est toujours dangereux de laisser séjourner dans la matrice un corps étranger, quel qu'il soit, et que, par conséquent, le redresseur utérin ne doit pas être employé dans le plus grand nombre des cas.

Après M. Piorry, personne ne demandant la parole, M. le président se dispose à clore la discussion, quand M. Velpeau fait observer qu'ayant beaucoup de remarques à présenter, et croyant ne pouvoir pas prendre la parole aujourd'hui, il n'a pas apporté ce qui lui est nécessaire pour procéder aux démonstrations qu'il s'est proposé de faire devant l'Académie ; il propose donc de renvoyer la discussion à la prochaine séance. (Adopté.)

Climatologie.

M. Beyran, médecin à Constantinople, lit des considérations sur la constitution médicale et le climat d'Orient.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 66. 2e année. Samedi 3 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 2 Juin 1854.

Séances de l'Académie des sciences du 15 et du 22 Mai.

Les énigmes ont joué le principal rôle dans les communications plus ou moins physiologiques faites dans la dernière de ces séances; ce n'est pas que les auteurs de ces communications soient précisément des sphynx; non, ce sont simplement d'honnêtes, et même d'assez habiles observateurs, qui s'imaginent qu'il suffit de faire des expériences pour faire avancer la science, et qu'il est inutile de transmettre au public ces expériences dans un langage intelligible. M. Oré, par exemple, parle de: *l'action de la moelle sur la sensibilité;* c'est exactement comme si l'on parlait de *l'action du fer rouge ou de la potasse caustique sur la cautérisation.* Quant à M. Morren, il veut prouver que les végétaux ordinaires n'absorbent pas l'azote de l'air, en affirmant que les infusoires et les algues ne l'absorbent pas non plus. Mais il ne paraît pas se douter qu'il faudrait d'abord commencer par prouver cette dernière affirmation. Il suppose sans doute que les savants seront moins exigeants envers lui qu'envers MM. Boussingault et Ville, et qu'ils ne lui demanderont point de preuves; en cela, peut-être a-t-il raison; mais que ne s'est-il donné raison plus sûrement, en se rappelant que le rôle le plus commode à la fois et le plus sage est de ne point parler quand on a rien à dire?

La stérile abondance des auteurs qui précèdent nous permet d'insister un instant sur une communication intéressante de M. J. Regnault, dont nous avons dû, on se le rappelle, retarder l'appréciation.

On sait que le développement de l'électricité voltaïque dans les muscles des animaux vivants ou récemment tués est un fait acquis à la science depuis plusieurs années. Aldini, neveu de Galvani, soupçonna l'existence de ce courant musculaire; Nobili, Matteucci et Du Bois Reymond en ont fait l'objet d'une sérieuse étude et ont cherché à déterminer les lois qui régissent ce curieux phénomène.

On peut se faire une idée du courant voltaïque des muscles en supposant que les deux lames de platine d'un galvanomètre sont mises en rapport, l'une avec la surface d'un muscle dénudé, l'autre avec la surface résultant d'une section perpendiculaire à la direction des fibres de ce muscle. Dans cette situation, l'aiguille aimantée est immédiatement déviée, ce qui indique l'existence d'un courant voltaïque, et de plus, le sens de la déviation prouve que ce courant se fait de la surface perpendiculaire au muscle ou profonde, vers la surface superficielle ou qui résulte de la simple dénudation; en d'autres termes, la surface perpendiculaire aux fibres est un *pôle négatif,* et la surface superficielle un *pôle positif.* M. Du Boys Reymond a observé que ce qui est vrai d'un muscle est également vrai d'une fibre isolée, et que celle-ci, coupée en divers morceaux, constitue autant d'éléments galvaniques dont la surface résultant de la section est le *pôle négatif* et la surface intacte le *pôle positif.* Il a démontré, en outre, que dans le muscle entier les fibres sont déjà polarisés; que le *pôle négatif* est dans la profondeur du muscle et se transporte sur son tendon, tandis que le *pôle positif* est toujours à sa périphérie.

Mais si la réalité de ces faits est facile à concevoir, il s'en faut qu'ils soient très-faciles à produire d'une manière parfaitement nette et satisfaisante; il s'en faut surtout qu'il soit facile de les apprécier avec assez de précision pour qu'on puisse se faire une idée de l'intensité des phénomènes soit chez les divers animaux, soit chez différents muscles d'un même animal, soit enfin dans des conditions diverses où l'on pourrait placer les sujets de l'observation. C'est pour chercher à réaliser ce progrès important que M. Regnault a entrepris ses ingénieuses expériences.

Un des principaux obstacles à la facile reproduction ou du moins à la facile constatation des phénomènes signalés par M. Du Boys Reymond, était le développement des gaz au contact des surfaces musculaires et des lames de platine et des dissolutions salines. M. J. Regnault a introduit un important perfectionnement aux procédés des auteurs que nous avons nommés, en remplaçant les lames de platine par des lames de zinc soigneusement purifié et la dissolution de chlorure de sodium par une dissolution de sulfate de zinc pur et neutre. Il est parvenu ainsi et à l'aide de précautions que nous ne pouvons indiquer ici dans tous leurs détails, à prévenir le développement des gaz et à rendre facile non-seulement la constatation du courant voltaïque, mais, jusqu'à un certain point, la mensuration de son intensité.

En comparant, sous ce dernier rapport, divers muscles isolés sur des grenouilles et sur des mammifères à un faible couple galvanique à force constante pris pour unité, il a trouvé que le gastro-cnémien de la grenouille possède une force électro-motrice maxima comprise entre 4 et 5

unités; le faisceau des muscles de la cuisse, une valeur plus considérable, de 9 à 10 unités. Plusieurs muscles bien isolés donnent des nombres différents entre eux, mais toujours renfermés entre ces deux limites. Il serait difficile, dit M. J. Regnault, de donner une raison satisfaisante de la cause de ces différences; mais le fait existe et il est intéressant de le constater d'une façon irrécusable. Ce fait est, en effet, des plus remarquables et des plus imprévus; son étude attentive nous paraît pouvoir conduire aux conséquences les plus intéressantes, touchant la physiologie du système musculaire et peut-être du système nerveux.

Chez les animaux à température constante, la force électro-motrice musculaire semble être plus intense : sur un lapin, on a trouvé que le biceps donne un nombre variant de 5 à 6 unités ; le gastro-cnémien, de 6 à 7; le jambier, de 10 à 11.

M. Matteucci avait déjà noté que dans les muscles d'un animal dit à sang froid, la diminution d'intensité du courant, après la mort, est plus lente que dans ceux d'un animal à sang chaud. M. Regnault a prouvé rigoureusement que si, pour tomber au même degré d'affaiblissement, le muscle d'un animal à sang froid emploie cinq heures, il suffit de trois heures au muscle d'un mammifère. Un tableau joint à son Mémoire montre, en outre, que, à partir de la plus grande intensité du courant jusqu'à son extinction, le temps nécessaire pour que la force électro-motrice perde une même fraction de sa force, subit des accroissements remarquables.

Les détails, par trop techniques, nous empêchent de pousser plus loin l'apppéciation analytique du remarquable travail de M. J. Regnault; ce que nous venons de dire suffit d'ailleurs pour montrer aux hommes spéciaux l'intérêt qu'ils auront à le consulter, et à tous les médecins l'influence que de semblables recherches, faites avec rigueur, peuvent avoir sur le progrès de la science.

H. DE CASTELNAU.

Hospice de la Salpêtrière. — M. FALRET.

Leçon clinique sur le traitement général des aliénés.

M. Falret a terminé dimanche dernier, au milieu d'un auditoire nombreux et distingué, son Cours clinique pour l'année 1854. Cette dernière Leçon a eu pour objet le traitement général des aliénés, et plus spécialement la partie de ce traitement désignée sous le nom de *traitement moral*. On sait quel retentissement un médecin éminent trop tôt enlevé à la science, M. Leuret, a donné dans ces derniers temps à cette partie de la thérapeutique mentale. Nous avons pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt le Compte rendu de la Leçon dans laquelle un digne émule de Leuret, M. le docteur Falret, a exposé ses principales idées; nous avons cherché à faire ce Compte rendu avec toute l'exactitude possible.

R. D.

Dans les Leçons que nous avons faites, depuis le commencement de ce Cours, nous avons cherché à vous donner un aperçu rapide des diverses formes des maladies mentales; nous n'avons abordé que la pathologie spéciale et même, pour dire toute la vérité, nous nous sommes presque restreint à la symptomatologie de ces affections. Nous ne vous avons parlé de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et des autres branches de l'étude des maladies mentales que dans les Conférences cliniques; toutefois, nous ne voulons pas terminer ce Cours sans vous donner quelques indications sur les principes qui doivent diriger le médecin dans le traitement des maladies mentales, et nous nous proposons de consacrer cette dernière Leçon à ce que nous appelons le traitement général de la folie. Un court préambule est nécessaire pour vous expliquer ce que nous entendons par cette expression et pour vous donner une idée générale du traitement des maladies mentales. Deux opinions principales se sont produites sur cet objet important, et chacune d'elles est basée sur l'un des éléments de la dualité humaine.

Le traitement des aliénés, comme vous le savez, a été divisé en deux espèces, en apparence bien distinctes, le traitement physique et le traitement moral. Cette distinction a été de tout temps et est encore de nos jours l'objet de discussions nombreuses que nous ne devons pas aborder en ce moment; deux écoles rivales se partagent et se partageront longtemps les médecins aliénistes : l'école somatiste et l'école psychologique. Les uns soutiennent que, la folie étant une maladie physique, il est absurde de vouloir chercher à la guérir par d'autres moyens que par des médicaments, et que les moyens moraux peuvent tout au plus avoir quelque valeur comme consolation ou comme adoucissement passager. Les autres, au contraire, ne voyant dans la folie qu'une affection de l'âme, ne considèrent comme efficaces que les moyens moraux, analogues à ceux qu'on peut diriger, à l'état normal, contre une erreur ou une passion, et déversent le ridicule, comme l'ont fait Reil et Leuret par exemple, sur l'absurdité qui consisterait à employer un purgatif ou un vésicatoire pour chasser une erreur de l'esprit, au lieu d'employer contre elle le seul moyen réellement efficace : *des objections!*

Ces deux écoles nous paraissent aussi exclusives et aussi exagérées l'une que l'autre. Ce ne peut être ici le lieu d'entrer incidemment dans la discussion d'une question aussi importante, sur laquelle repose en réalité toute la thérapeutique des maladies mentales; mais nous ne pouvons nous empêcher de vous faire part, en quelques mots, de notre manière de voir à cet égard, attendu que, selon nous, sans l'interprétation que nous allons vous exposer, il nous paraît impossible de comprendre un seul mot à l'action des moyens physiques ou des moyens moraux sur les maladies mentales.

L'homme est une dualité composée de deux principes, l'âme et le corps, qui représentent deux ordres de faits distincts, les faits de l'ordre moral et ceux de l'ordre physique; entre l'âme et le corps, l'union est intime; la nature humaine est la résultante de ces deux puissances, à la fois distinctes et inséparables : dans l'essence de l'homme ici-bas, ces deux principes sont si intimement unis l'un à l'autre, qu'aucun phénomène moral ne peut se manifester sans la coopération du physique et réciproquement : par conséquent, vouloir considérer isolément ces deux ordes de phénomènes, c'est scinder l'homme artificiellement et ne pas l'envisager tel qu'il est dans sa nature mixte et complexe. De là résulte ce fait capital : que tout moyen dit moral agit en même temps sur le physique, et que tout moyen physique, dirigé sur le système nerveux ou même sur d'autres organes, peut et doit réagir sur le moral. Il n'est donc pas, d'une manière absolue et rigoureuse, un seul moyen thérapeutique qui puisse être envisagé comme exclusivement moral ou exclusivement physique : tout se tient et s'enchaîne dans la nature de l'homme, et l'on ne peut agir sur son moral sans réagir en même temps sur son physique et *vice versâ*. Qu'on ne parle donc pas de l'action exclusive des moyens moraux ou des moyens physiques : c'est là une distinction théorique qui ne peut être poursuivie dans le domaine de la pratique. Aucun moyen ne doit être négligé; aucun ne peut être préconisé à l'exclusion de l'autre ; ce n'est pas à titre de moyen purement moral ou purement physique, qu'un agent thérapeutique doit être accepté dans la médecine mentale, c'est à titre d'agent efficace et actif, à la fois physique et moral. Tel est le point de vue qu'on doit avoir sans cesse présent à l'esprit, quand on veut apprécier l'action d'un moyen thérapeutique chez les aliénés. Mais ce n'est pas tout, et c'est ici que nous allons plus loin que beaucoup de médecins qui, partagent, néanmoins comme nous, l'opinion de la dualité humaine et de l'éclectisme thérapeutique.

En effet, la fonction cérébrale, pour parler le langage médical, diffère essentiellement de toutes les autres fonctions de l'économie, non-seulement par la nature toute spéciale de ses manifestations, mais surtout par des caractères qui lui sont

tout à fait propres et qu'on ne rencontre dans aucune autre fonction ; ces caractères peuvent se résumer ainsi : avoir conscience de son action, en conserver le souvenir ; réagir, par la réflexion, sur les produits de son action, et exercer sur eux un pouvoir de direction. Les produits de la fonction (ou, en d'autres termes, de la dualité humaine intimement unie), c'est-à-dire l'idée ou le sentiment, donnent naissance à de nouveaux produits, c'est-à-dire à de nouvelles idées ou à de nouveaux sentiments qui s'engendrent les uns les autres, par suite de l'action de la fonction sur elle-même, et qui, une fois produits, réagissent soit sur les autres idées, soit sur le travail initial de la fonction elle-même ; en un mot, dans l'exercice des facultés intellectuelles et morales (ou, en d'autres termes, dans l'exercice des fonctions cérébrales), il faut distinguer deux choses : le fait initial, qui consiste dans la production des idées ou des sentiments, et le fait secondaire, c'est-à-dire la réaction de ces divers produits les uns sur les autres ; le premier effet produit devient ainsi cause de nouveaux effets qui s'engendrent successivement les uns les autres, par suite de la spécialité de la fonction, et dont l'action et la réaction réciproques méritent au plus haut point de fixer l'attention et d'être étudiées, soit pour comprendre la production du délire par le délire (et partant, la pathogénie de l'aliénation), soit surtout pour se rendre compte de l'action des moyens moraux qui s'exerce principalement sur ces produits secondaires de l'activité humaine, et qui réagissent, par leur intermédiaire, sur la fonction elle-même. Ainsi se trouve singulièrement élargie, par la considération de ce nouvel ordre de faits, la sphère du traitement moral ; en effet, en cherchant à agir, par les moyens moraux, sur l'esprit des aliénés, on se propose non-seulement de régler directement la spontanéité primitive de l'organe et de la fonction, mais on agit sur leurs produits secondaires, sur ce que nous appelons les résultantes de la dualité humaine, et l'on arrive alors à modifier indirectement l'action spontanée de l'esprit et du cerveau, par l'intermédiaire des idées ou des sentiments qui en ont été le produit.

Ces généralités, pour être bien comprises dans toutes leurs conséquences, exigeraient des développements nombreux dans lesquels nous ne pouvons entrer actuellement ; mais nous avons jugé nécessaire de formuler ici brièvement notre opinon sur le mode d'action des moyens moraux, parce que ces prémisses nous paraissent tout à fait indispensables à connaître, pour comprendre les principes du traitement moral.

Nous n'avons pas l'intention, aujourd'hui, de nous occuper du traitement physique des maladies mentales, ni même de passer en revue les moyens variés qui constituent la thérapeutique morale : nous ne voulons envisager qu'un des aspects du traitement moral, mais un aspect qui, par sa généralité et son importance, nous paraît mériter toute votre attention, et résume à lui seul la plus grande partie du traitement moral, du moins dans l'état actuel de la science.

Le traitement moral nous paraît devoir être divisé en traitement général ou collectif, et traitement individuel. Si la science était plus avancée, il serait possible que le traitement individuel occupât le premier rang. Il paraît naturel, en effet, de procéder dans la médecine mentale, comme dans la médecine ordinaire, de tenir compte, dans le traitement d'un malade, de la forme spéciale de sa maladie, des indications particulières résultant de son individualité maladive, en un mot, de varier les moyens employés d'après les mille nuances de l'examen individuel.

Tel doit être, en effet, le but des efforts de la science, d'arriver un jour à mieux préciser les indications résultant de l'état particulier de chaque malade, et de découvrir des moyens physiques et moraux en rapport avec la variété de ces indications : arriver à ce résultat sera certainement un progrès que nous ne cherchons nullement à contester ; mais il faudrait bien se garder d'exagérer les avantages de cette direction de la science, et d'arriver ainsi, en célébrant outre mesure les bienfaits du traitement purement individuel, à méconnaître les avantages incontestables du traitement que nous appelons général, et qui, dans l'état actuel de la médecine mentale, est notre plus précieuse ressource : le traitement purement individuel posé en système conduirait, si l'on n'y prenait garde, à la négation de toute règle générale de thérapeutique, à la négation de toute science, et transformant la science en art, abandonnerait le malade à tous les caprices de l'instinct, ou de l'inspiration du moment (1). C'est là un écueil que nous n'avons certainement pas à redouter aujourd'hui, mais qu'il est bon de signaler par avance, afin de mieux faire ressortir, par comparaison, les avantages du traitement général dont nous vous parlons aujourd'hui et dont on serait tout d'abord disposé à contester l'influence.

Le traitement général est celui qui, au lieu de s'appliquer à un seul malade particulier, est dirigé vers un grand nombre de malades à la fois : il repose sur des principes généraux, applicables à presque tous les aliénés, et mis en pratique dans les établissements qui leur sont consacrés. Pour vous exposer méthodiquement les principes qui lui servent de base, et vous en faire comprendre toute la valeur, il importe donc de vous indiquer d'abord brièvement les caractères communs à tous les aliénés sur lesquels reposent ces principes communs de traitement, d'énoncer ensuite brièvement ces principes, et de vous montrer, enfin, comment l'organisation actuelle des asiles d'aliénés en offre la réalisation.

Depuis que Pinel a apporté une si profonde réforme dans le traitement des aliénés, l'hygiène morale a joué un rôle principal dans le traitement de ces malades, et le principe de l'isolement a été la conséquence la plus généralement admise de cette hygiène bienfaisante. Eloigner les causes qui avaient donné naissance à la maladie ; soustraire l'aliéné à leur fâcheuse influence, en le transportant dans un nouveau milieu, loin des personnes, des lieux et des habitudes qui avaient engendré et qui tendaient à perpétuer la maladie ; écarter les obstacles qui pouvaient s'opposer à sa solution heureuse, à mesure qu'ils se présentaient ; favoriser, en un mot, par des conditions extérieures, la tendance naturelle de la maladie vers la guérison, et aider, de temps en temps, la nature par des moyens appropriés appliqués à propos : tels sont les principes consacrés par cette médecine hygiénique et expectante dont Pinel a été parmi nous le plus ardent propagateur, et dont la mesure de l'isolement a été l'expression la plus complète.

Mais on est trop disposé à croire, aujourd'hui, que là se bornent les avantages des principes de traitement moral posés par notre illustre maître, et au développement desquels nous avons assisté depuis le commencement de ce siècle. On s'imagine, en général, que cette médecine se borne à éviter de nuire, et qu'elle n'a pas d'efficacité directe ; on ne se rend pas assez compte, en un mot, du mode d'action de ces conditions extérieures au sein desquelles on place l'aliéné : comme elles agissent d'une manière lente et inaperçue, on en conclut qu'elles sont inactives, et l'on ne songe pas que la continuité de leur action supplée à ce qui peut leur manquer d'énergie, et que cette continuité d'action est d'autant plus utile qu'on a à lutter contre une maladie dont la ténacité persistante ne peut être vaincue que par des moyens à action également continue et persistante.

Il en est de ce milieu nouveau, dans lequel on place l'aliéné, comme de celui qui coopère si puissamment à l'éducation de l'enfance ou de l'homme, en général : on s'étonne de la multitude de choses que l'enfant apprend en si peu de temps, par le contact continuel avec les hommes ; cette éducation qu'il reçoit à chaque instant, et à son insu, de tous ceux qui l'entourent, est même cent fois plus utile et plus puissante que celle qu'on cherche à lui donner directement par un enseignement verbal. Tout le monde sait également l'influence immense qu'exerce sur l'homme, en général, le milieu social dans lequel il vit ; l'échange incessant d'idées et de sentiments qui a lieu entre les hommes, et qui les modifie si puissamment, et à leur insu, les uns par les autres, à tel point que c'est à peine si quelques hommes d'élite peuvent se soustraire, de temps en temps, à l'influence tyran-

(1) On voit que l'habile aliéniste n'est pas un partisan de la célèbre *inspiration du moment*. R. D.

nique et presque irrésistible des idées régnantes à l'époque, ou dans le milieu au sein duquel ils passent leur existence. Eh bien! il en est absolument de même des aliénés : l'asile, convenablement organisé, constitue pour eux une véritable atmosphère médicale, dont l'action incessante est presque imperceptible, mais qu'ils respirent par tous les pores et qui les modifie, à la longue, beaucoup plus profondément qu'on ne serait porté à le croire tout d'abord, tout le temps, du moins, qu'ils sont encore modifiables et que la maladie ne leur a pas encore imprimé une empreinte assez puissante pour qu'aucun modificateur ne puisse exercer sur elle la moindre influence. Pour se rendre compte scientifiquement, autant que possible, de cette action, il faut chercher à décomposer ce milieu ; il faut tâcher de mettre les divers éléments dont il se compose en rapport avec les principes du traitement moral qu'il doit réaliser, et avec les caractères généraux de l'aliéné qu'il doit contribuer à combattre.

L'aliéné, considéré d'une manière générale, est concentré en lui-même, tout entier à ses préoccupations maladives : chez lui, le monde intérieur prévaut sur le monde extérieur; il est égoïste et sans sociabilité; il est entraîné par ses idées et ses sentiments maladifs en dehors du monde réel, et n'exerce qu'un faible contrôle sur ses propres idées; il est sans empire sur lui-même, et ne réagit que très-faiblement contre ses tendances ou ses dispositions maladives qu'il laisse se manifester sans contre-poids, et qui s'alimentent ainsi par leur propre exercice. Eh bien ! ces caractères généraux, qui appartiennent à presque tous les aliénés, sont la véritable base sur laquelle reposent les principes fondamentaux du traitement général, qui se trouve ainsi applicable à tous ces malades, puisqu'il s'attaque à des dispositions communes à tous. Provoquer la réaction intérieure du malade sur lui-même, tel doit être, en définitive, le but de tous les moyens moraux employés chez les aliénés. On doit bien chercher à modifier indirectement la puissance des tendances maladives, en leur enlevant leur principal aliment qu'elles rencontrent dans leur manifestation par les paroles et les actes, et c'est là un autre principe qui sert aussi de base à l'organisation des asiles d'aliénés; mais la chose la plus importante doit être de créer, dans l'intimité même de l'individu, une lutte contre ses dispositions maladives. Le médecin doit chercher son auxiliaire le plus puissant dans le malade lui-même, parce qu'alors la lutte est de chaque instant et peut, par cela même, devenir efficace; il doit s'efforcer de faire naître chez le malade la réflexion ; provoquer l'empire sur lui-même; réveiller son énergie qui sommeille ; en un mot, profiter de ce qui reste de normal chez l'aliéné, pour combattre sa maladie.

En résumé, réaction intérieure du malade sur lui-même, tel est le but vers lequel doit tendre tout le traitement moral. Les moyens d'atteindre ce but sont variés et en rapport avec les caractères communs aux aliénés que nous signalions tout à l'heure. L'opposition directe aux idées, ou aux sentiments maladifs par le raisonnement, ou l'intimidation, est le premier moyen qui se présente à l'aspect des gens du monde et des médecins, mais on ne tarde pas à se convaincre de son inefficacité absolue. D'ailleurs, ce moyen pourrait tout au plus agir sur les conséquences, ou sur les manifestations de l'idée, ou du sentiment maladif; mais que pourrait-il contre les prémisses? L'expérience a, du reste, prononcé en dernier ressort; cette opposition directe au délire par les syllogismes ou la violence n'a jamais produit que l'irritation, les actes violents, ou la dissimulation. C'est par des moyens indirects qu'on doit chercher à obtenir la réaction du malade sur lui-même : ces moyens peuvent se réduire aux principes suivants, qui découlent naturellement des caractères propres aux aliénés et qui servent de base à la constitution des asiles actuels :

1° Opérer une diversion au délire, en provoquant d'autres idées ou d'autres sentiments qui lui fassent contrepoids : ce principe se trouve réalisé à l'aide de moyens variés, au premier rang desquels figure l'occupation sous toutes ses formes;

2° Substituer une autorité étrangère à la volonté maladive;

3° Calmer l'activité exubérante des facultés intellectuelles et morales par le repos du cerveau et la monotonie des sensations, et diriger l'activité qu'on ne peut éteindre vers un but réel et étranger au délire;

4° Provoquer la réflexion sur soi-même par le contraste entre tout ce qui environne le malade et son ancien entourage.

Telles sont les indications générales qui dérivent naturellement de la connaissance de l'état intérieur des aliénés et de leurs caractères communs.

Voyons maintenant comment les asiles, tels qu'ils sont aujourd'hui organisés, nous offrent la réalisation de ces principes; vous comprendrez alors l'action puissante que ces asiles peuvent exercer sur l'esprit des aliénés, et comment Esquirol a pu dire qu'un établissement d'aliénés était par lui-même le plus puissant instrument de guérison.

Le meilleur moyen de comprendre l'action bienfaisante des asiles actuels, c'est de les opposer au tableau des asiles anciens, tels qu'ils existaient au commencement de ce siècle, et dont on trouve encore malheureusement quelques exemples dans certaines contrées peu civilisées, ou même dans des points éloignés des grands centres de population.

Les malheureux aliénés, plongés dans des cachots, dans les lieux les plus humides et les plus infects, privés d'air et de lumière, couchant sur la paille, en un mot, au milieu des conditions hygiéniques les plus détestables, étaient toute la journée livrés à eux-mêmes, abandonnés sans contrepoids d'aucune espèce à la spontanéité de leurs réflexions et à la violence de leurs penchants : rien ne mettait obstacle au libre développement de leur délire et à ses manifestations les plus désordonnées. A cette époque, la plupart des aliénés, transformés en véritables furieux, inspiraient la terreur et servaient de spectacle à un public curieux et moqueur, qui éprouvait un barbare plaisir à les irriter encore davantage par ses rires et ses moqueries, à travers les grilles de leurs cachots, absolument comme on le fait pour les animaux de nos ménageries. Aussi, chose remarquable, depuis que Pinel a brisé les chaînes de ces infortunés et ouvert leurs cachots, on a vu petit à petit disparaître presque complétement, chez les aliénés, cette agitation furieuse et féroce qui semble avoir été en grande partie le produit de ces conditions extérieures affreuses, au sein desquelles on avait placé ces pauvres malades, et dont on ne trouve plus aujourd'hui que de très-rares exemples dans nos asiles.

Un spectacle non moins pénible, sous d'autres rapports, frappait le visiteur lorsqu'il parcourait les autres portions de cet établissement où se trouvaient les malades moins violents. Réunis pêle-mêle dans des espaces beaucoup trop petits pour les contenir, ils erraient sans but dans les cours, dans l'oisiveté la plus absolue, se couchant par terre, se roulant dans la fange, ou s'exposant aux ardeurs du soleil, dans les costumes les plus grotesques et les plus bizarres, et n'échangeaient de temps en temps, avec leurs compagnons d'infortune, que des paroles grossières et injurieuses ou des actes violents. Aucun ordre, aucune règle, ne présidaient à la distribution de leur temps, et rien, dans les circonstances extérieures qui les entouraient, n'était coordonné dans le but de les arracher à leurs préoccupations maladives, de provoquer une réaction salutaire sur eux-mêmes, ou d'enlever des aliments à leur délire en donnant un but à leur activité. Complétement abandonnés à eux-mêmes, à la confusion de leurs idées, au désordre de leurs actes, ils ne reconnaissaient d'autre frein que celui de la force physique, des obstacles matériels qui s'opposaient à leur évasion, ou de la brutalité des gardiens, qui, le plus souvent, exerçaient sur eux une tyrannie sans contrôle.

Combien est différent aujourd'hui l'aspect d'un asile d'aliénés convenablement organisé ! Non-seulement les lois de l'hygiène générale y sont sévèrement respectées, l'ordre administratif y règne, une bienveillance générale préside à tous les règlements et à la conduite du personnel; la surveillance s'y exerce avec persévérance et efficacité; les malades sont soumis à des règlements tutélaires, coordonnés en vue de leur guérison, et l'asile est non-seulement un établissement bien ordonné et bien admi-

nistré, mais un milieu médical qui réagit favorablement sur l'état mental des malades.

Que voit-on, en effet, dans les asiles de nos jours? On voit un règlement positif, strictement observé, qui fixe l'emploi de toutes les heures de la journée, et force chaque malade à réagir contre l'irrégularité de ses tendances, en se soumettant à la loi générale. L'aliéné, au lieu d'être abandonné à lui-même, de suivre l'impulsion de son caprice, ou de sa volonté désordonnée, est contraint de fléchir devant une règle, règle qui a d'autant plus de puissance, qu'elle est établie pour tous et n'est pas spécialement instituée pour chacun. Il est obligé d'abdiquer entre les mains d'une volonté étrangère, et de faire constamment effort sur lui-même, pour ne pas encourir les punitions attachées à l'infraction de la règle. Il peut bien encore, sans doute, continuer intérieurement à suivre le cours de ses idées maladives, et cultiver par la réflexion ses dispositions morbides (et aussi la soumission extérieure à la règle n'est-elle pas suffisante à elle seule pour triompher de la ténacité des préoccupations), mais au moins, l'obligation où il se trouve de s'abstenir des paroles ou des actes en rapport avec son délire, et qui concourraient puissamment à l'entretenir, contribue indirectement à en diminuer l'intensité et l'énergie par l'absence même des manifestations qui lui serviraient d'aliment.

L'ordre et la règle auxquels on soumet la vie de l'aliéné, qui influe incessamment sur tous ses actes et qui, par conséquent, exerce sur lui une action de chaque instant, est donc déjà un puissant moyen de réaction intérieure que fournit l'organisation actuelle des asiles d'aliénés.

Un autre mode d'action, également très-puissant, réside dans ce que nous appelons la vie en commun.

Pendant de longues années, la terreur qu'inspiraient les aliénés avait porté à les isoler tous dans des cellules séparées, et ainsi, le moyen qu'on employait pour calmer leur agitation et modérer la violence de leurs actes, dans l'espoir de diminuer, par-là, l'intensité de la maladie, devenait précisément, pour celle-ci, une cause d'aggravation. Le malade, constamment livré à lui-même, à la contemplation de ses propres pensées, privé de rapports avec ses semblables, ne faisait que s'enraciner davantage dans ses dispositions maladives qui consistent, comme nous l'avons dit précédemment, dans la prédominance de la vie intérieure sur la vie extérieure, et dans l'absence de sociabilité. Aujourd'hui, le principe inverse dirige les médecins dans l'organisation des asiles et produit les plus heureux résultats. On réserve les habitations isolées, les cellules pour un très-petit nombre de malades exceptionnels ; on ne les y place que temporairement, et dans quelques asiles même, par suite d'une exagération d'un principe juste, exagération que nous ne saurions approuver, on a poussé la réaction contre le système ancien jusqu'à la suppression absolue des cellules.

Quoi qu'il en soit, dans tous les asiles, le principe de la réunion des malades en dortoirs pendant la nuit, et dans des salles de réunion, ou dans des ateliers pendant le jour, est admis sans conteste par tous les médecins : par cette vie en commun, on réagit puissamment contre la tendance si funeste de la plupart des aliénés, à l'isolement et à la concentration en eux-mêmes; on les oblige, par un contact incessant avec d'autres hommes, à établir du moins quelques rapports sociaux avec leurs compagnons d'infortune ; on rompt la chaîne de leurs préoccupations, par l'obligation où on les met de tenir compte de ceux qui les entourent, de faire attention à eux, de ne pas les blesser, et de supporter les désagréments que peuvent causer leur présence ; on les force à l'empire sur eux-mêmes, pour contenir l'explosion de sentiments intérieurs dont la manifestation déplairait à ceux qui les entourent ou provoquerait, de leur part, des critiques ou des représailles. On incite les divers malades à la réflexion sur leurs propres idées et sur leur état de maladie, par le spectacle continuel d'idées ou de sentiments analogues qu'ils savent, en général, parfaitement apprécier à leur juste valeur, chez leurs compagnons d'infortune. Enfin, on détourne fréquemment l'attention des malades de l'objet de leur délire, par les faits variés qui se passent autour d'eux, par les paroles et les actes dont ils sont à chaque instant les témoins, et enfin, par les sentiments variés, de bienveillance ou autres, que font naître chez eux la conduite ou le langage des malades qui les environnent.

Ainsi donc, le fait de la réunion des malades dans des salles ou dans des dortoirs, en un mot, la substitution du principe de la vie en commun à l'isolement dans des cellules, qui pouvait paraître, au premier abord, une mesure purement administrative, exerce, en réalité, sur l'esprit des aliénés, l'influence la plus salutaire, et contribue puissamment à leur guérison, en réalisant à la fois tous les principes du traitement général que nous avons énoncés précédemment.

Un autre principe, également bien favorable, qui se trouve actuellement appliqué dans tous les asiles bien organisés, c'est le principe de l'*occupation* ou du travail sous toutes ses formes, principe essentiellement bienfaisant, et qui établit une différence si tranchée entre les asiles de notre époque et ceux des époques antérieures.

Pinel avait certainement attaché une grande importance au travail dans le traitement des aliénés, et il en avait proclamé les bienfaits dans plusieurs passages de ses ouvrages, mais il a fallu près d'un demi-siècle pour que ce principe, proclamé par lui, reçût dans tous les asiles l'application étendue que nous constatons heureusement de nos jours, grâces à l'impulsion énergique de nos maîtres et au zèle intelligent des médecins aliénistes de tous les pays. Travail manuel dans les champs ou dans les ateliers variés, travail intellectuel sous les formes les plus diverses, instruction primaire, lectures, morceaux choisis de prose ou de poésie, récités en public, chants, musique, danse, etc., tous les genres d'occupation, en un mot, physique ou intellectuelle, sont en honneur dans les asiles d'aliénés et en ont changé complétement la physionomie, en même temps que l'action bienfaisante. Nous ne pouvons entrer ici dans l'examen du mode d'action particulier de chacun de ces moyens, et des indications particulières qui réclament l'emploi de l'un, de préférence à l'autre ; nous ne pouvons que signaler brièvement les avantages si considérables et si précieux de l'occupation chez les aliénés en général.

En occupant les aliénés, on produit une diversion énergique et prolongée à leurs idées délirantes : on calme et on règle l'excitation des uns, en dirigeant leur activité sur un sujet déterminé, réel, qui fixe d'une manière continue leurs facultés en désordre, et on détourne les autres de leurs préoccupations maladives, en les contraignant à diriger leur attention sur un sujet intéressant et étranger à leur délire. L'occupation est-elle manuelle? Elle a l'avantage de calmer l'activité exubérante, de déterminer une déperdition considérable de force nerveuse en excès, par l'exercice musculaire, et de provoquer ainsi le repos et même le sommeil. Le travail est-il intellectuel? Il produit une diversion puissante aux préoccupations maladives, en accaparant les forces intellectuelles et morales, et en les déviant de la direction morbide dans laquelle elles ont une tendance constante à s'employer.

On obtient des résultats plus favorables encore, en combinant le principe de la vie en commun et celui de l'occupation, c'est-à-dire en instituant, dans les asiles d'aliénés, des écoles et des réunions dans lesquelles les malades apprennent en commun et récitent, ou chantent, en présence les uns des autres, les divers morceaux de poésie ou de musique qui ont été choisis avec discernement.

Les avantages de l'occupation se trouvent ainsi centuplés par l'influence de l'exemple, par le stimulant de l'amour-propre et par les mille mobiles d'action que l'homme puise dans les relations avec ses semblables. La diversion au délire, que produit l'occupation individuelle, devient bien autrement complète par le seul fait de la présence d'un public qui vous écoute et fixe sur vous l'attention, et cette diversion se trouve d'ailleurs produite à la fois et sur celui qui devient l'objet de l'attention générale et sur tous ceux qui l'écoutent.

Les avantages nombreux de ces écoles et de ces réunions, pour le traitement général des aliénés dans les asiles, mérite-

raient certainement de nous arrêter plus longtemps, mais, dans une Leçon générale, nous ne pouvons que les signaler en passant, comme un des nombreux moyens d'influence des asiles bien organisés sur le moral des aliénés, et nous arrivons à un quatrième mode d'action de ces asiles; nous voulons parler des effets favorables du *classement* des aliénés et de la réaction des malades les uns sur les autres.

Dans les anciens asiles, et malheureusement encore dans quelques-uns des asiles actuels, les malades ne sont nullement classés : à l'exception de quelques agités qui sont placés dans des cellules, les autres aliénés sont mêlés ensemble, sans aucune espèce de distinction ; c'est là un vice fondamental, au point de vue administratif, et c'en est un également au point de vue médical. Il ne suffit pas, en effet, pour favoriser la réaction des aliénés les uns sur les autres, comme on se contente trop souvent de le faire aujourd'hui, de séparer les aliénés agités des aliénés tranquilles, afin d'éviter qu'ils ne se nuisent ou ne se gênent mutuellement ; c'est certainement là un bon résultat obtenu, même au point de vue médical, puisque c'est le seul moyen de faire profiter les aliénés des avantages de la vie en commun, sans qu'ils en ressentent les inconvénients ; mais là ne doit pas se restreindre l'action favorable du classement médical des aliénés dans les asiles : un progrès véritable consistera à choisir les malades que l'on réunit ensemble, de telle sorte que, non-seulement ils cessent d'exercer une action nuisible les uns sur les autres, mais de façon à ce qu'ils en exercent une favorable et utile.

On se borne généralement, aujourd'hui, à mettre les corps en contact et à procurer aux aliénés, par leur réunion, les avantages qui résultent de l'exercice de la sociabilité, ou qui dérivent du principe de la vie en commun ; eh bien ! par le classement méthodique des aliénés, on doit se proposer encore un but plus élevé, qui augmentera considérablement l'action bienfaisante des asiles qui leur sont consacrés : il faut s'efforcer de découvrir des catégories d'aliénés qui, par la nature de leur délire, ou par leur caractère personnel, puissent exercer une influence favorable sur d'autres catégories d'aliénés ; en les réunissant alors dans les mêmes divisions, on réalisera un véritable *traitement mutuel simultané*, dans lequel les malades n'agiront plus seulement les uns sur les autres, par le seul fait de leur présence, mais par suite de la nature particulière de leurs dispositions mentales. Malheureusement, ce but est loin encore d'être atteint dans l'état actuel de la science ; mais il n'en est pas moins vrai que, par une séparation toute administrative des aliénés dans les asiles, on obtient déjà, sous ce rapport, des résultats très-favorables, et l'on voit souvent des malades exercer, soit volontairement, soit à leur insu, l'influence la plus heureuse sur leurs compagnons d'infortune.

Les quatre ordres de faits que nous venons de passer en revue, savoir : règle, vie en commun, travail et classement des malades, résument assez bien les influences principales exercées par l'organisation d'un asile d'aliénés sur l'esprit de ces malades; mais les considérations rapides que nous venons de vous présenter, sont bien insuffisantes pour vous donner une juste idée de l'action considérable qu'exercent ces circonstances par leur continuité et leur persistance non interrompue.

Il faut vivre dans un asile d'aliénés, constater l'état des malades à leur entrée, voir comment ils s'harmonisent rapidement avec le nouveau milieu dans lequel ils sont introduits, constater l'action produite sur ces nouveaux malades, l'influence de l'exemple, et de la discipline qui règne dans l'asile, pour se convaincre de l'énergie et de l'utilité de cette influence. Il faudrait, pour porter la conviction dans votre esprit, parcourir avec vous tous les détails qui constituent la vie intérieure d'un asile d'aliénés; vous montrer le malade, entrant puissamment frappé par l'aspect de nouveaux lieux et d'un nouvel entourage, se demandant pourquoi on l'a amené au milieu d'aliénés, et faisant quelquefois un retour favorable sur lui-même, retour malheureusement passager en général, et se demandant si les idées qui le préoccupent si fortement ne seraient pas de la même nature que celles des malades qu'il voit autour de lui, et dont la vue le frappe d'étonnement. Vous verriez ce même malade qui, chez lui, ne connaissait aucun frein à la libre manifestation de toutes ses idées maladives et de sa volonté désordonnée, se soumettre sans effort à la règle générale, dont le poids lui paraît d'autant plus doux qu'elle n'a pas été faite pour lui, et que l'exemple de la soumission générale entraîne tout naturellement sa soumission personnelle. Alors, vous verriez combien cette soumission extérieure réagit bientôt sur son état intérieur, et jusque sur le cours de ses idées; vous le verriez, lui, naguère encore si irrégulier dans sa conduite, si violent dans ses actes et si despotique dans ses désirs, se lever comme tout le monde à l'heure accoutumée, assister régulièrement aux repas, s'adonner plus ou moins vite à un travail déterminé, occuper ses loisirs, en un mot, s'harmoniser d'une manière vraiment surprenante avec le nouveau milieu, dont l'influence incessante finit par le pénétrer de toutes parts et par modifier profondément tout son être. C'est que tout, dans un asile bien ordonné, les localités, les règlements, comme les personnes, se trouve comme imprégnés de cet esprit général d'ordre et de soumission, et coopèrent ainsi, à l'insu même de ceux qui en sont l'objet ou l'instrument, à l'accomplissement du but général, qui est la guérison, ou du moins l'amélioration des aliénés.

Pour rendre cette vérité sensible à tous les yeux, il faudrait examiner successivement et avec détails les diverses circonstances de localités ou d'organisation qui entourent le malade, comme d'un réseau auquel il ne peut échapper; il faudrait ensuite montrer comment le personnel administratif et médical doit se conduire pour coopérer à ce résultat général qu'on s'est proposé en organisant les asiles d'aliénés, et comment les autres malades eux-mêmes peuvent être appelés à jouer, à leur insu, un rôle dans cette action et réaction réciproques des divers éléments de l'asile, les uns sur les autres. Une pareille étude serait assurément très-intéressante et très-profitable; mais nous n'avons pu avoir la prétention d'aborder aujourd'hui, en une seule Leçon, un travail aussi complexe et qui reposerait sur la connaissance préalable d'un si grand nombre d'éléments. Notre but, aujourd'hui, a été simplement, avant de terminer le Cours de cette année, de vous donner une notion sommaire des principes sur lesquels repose le traitement général des aliénés; de vous montrer brièvement comment l'organisation des établissements d'aliénés, qui paraît, au premier abord, une œuvre purement administrative, doit reposer en réalité sur des principes médicaux et doit avoir pour but constant et unique la guérison ou l'amélioration des aliénés.

Nous avons voulu vous montrer que les faits en apparence les plus insignifiants dans l'administration intérieure de ces établissements, pouvaient avoir et avaient, en effet, une importance majeure, puisqu'ils faisaient partie d'un ensemble de moyens coordonnés en vue du traitement des aliénés, et qu'ils étaient la réalisation pratique des principes du traitement général de l'aliénation mentale, lesquels reposent, à leur tour, sur la connaissance des caractères communs à tous les aliénés. Enfin, nous avons voulu, en terminant ces Leçons, que vous emportiez du moins, du Cours de cette année, la conviction rassurante que, si la science spéciale que nous cultivons est malheureusement encore peu avancée, surtout sous le rapport du traitement individuel des maladies mentales, du moins nous possédons quelques principes bienfaisants de traitement général, appliqués avec succès dans les asiles les mieux dirigés de tous les pays, et que si beaucoup restait encore à faire dans la voie si glorieusement ouverte par nos illustres maîtres, du moins un progrès immense avait été conquis sous leur puissante impulsion, et qu'il fallait beaucoup espérer de l'avenir et des progrès ultérieurs de la médecine mentale.

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Pneumonie. — Convalescence compliquée de deux érysipèles simultanés avec accidents cholériformes bilieux. — Mort.

Louise Roumier, âgée de 19 ans, est entrée à l'hôpital le 20 avril, se plaignant d'un point de côté à droite. La pression la plus légère réveille une douleur très-vive, qui se propage dans le bras correspondant. La fièvre est modérée; la malade ne tousse presque pas et ne se plaint aucunement de souffrir de la tête. La poitrine est également sonore dans toute son étendue, et l'auscultation n'y révèle aucun bruit anormal, mais des crachats caractéristiques ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pneumonie. On s'explique l'absence des signes physiques, en admettant que la substance pulmonaire est enflammée sur un espace très-circonscrit et située profondément. La pneumonie serait tout à fait latente si l'on ne possédait pas les indices fournis par l'expectoration; on constaterait une névralgie intercostale avec retentissement douloureux dans le membre voisin, et l'on serait forcé, par la prédominance de ce symptôme, de diagnostiquer une pleurodynie.

Prescription. — Vésicatoire volant sur le point douloureux; looch blanc.

21 *avril.* Le souffle apparaît en arrière et en bas. Néanmoins, la malade, délivrée de son point de côté, dit qu'elle se sent beaucoup mieux. La fièvre persiste.

Le 22. On n'entend plus le bruit de souffle, il y a moins de fièvre et les matières expectorées ne présentent qu'une légère coloration.

L'état de la jeune fille s'améliore rapidement, et dès le 28 elle est en pleine convalescence. Le 29 elle descend au jardin et éprouve un refroidissement. Le lendemain elle se plaint d'avoir mal à la gorge et sous l'aisselle droite; l'appétit a complétement disparu et le pouls annonce de la fièvre. M. Beau ordonne une potion avec de l'ipécacuanha et du tartre stibié.

Le 29. Mieux sensible: tout porte à croire que la convalescence, un instant entravée, va reprendre son cours.

Le 30. Un changement inattendu s'est opéré dans l'état de la malade; elle se plaint d'un malaise général, paraît inquiète, agitée, le pouls est plus fort et plus fréquent, la douleur sous l'aisselle est beaucoup plus vive. Cette jeune fille, interrogée sur ce qui peut avoir occasionné ces accidents, avoue qu'elle n'a pas reçu hier une visite qu'elle attendait avec impatience, et qu'elle en a été très-vivement contrariée. Il faut noter aussi que sa voisine du n° 6, après une longue agonie, a succombé hier à une péritonite chronique.

1er *mai.* Les mêmes symptômes persistent, mais la malade se plaint principalement de sa douleur dans l'aisselle, on sent en effet un chapelet de ganglions tuméfiés s'étendant du sein au bord antérieur du creux axillaire.

Le 2. Une rougeur érysipélateuse commence à se manifester sur la portion de peau qui a été dénudée par le vésicatoire appliqué au début de la pneumonie.— On prescrit dix centigrammes de tartre stibié dans un pot de tisane d'orge.

Le 4. L'érysipèle, loin de s'étendre, a pâli et semble vouloir s'éteindre sur place. M. Beau recommande de faire prendre à la malade trente grammes de crême de tartre dans du bouillon aux herbes.

Rappelons-nous que Louise Roumier est couchée au n° 7. — Deux cholériques viennent d'être placées aux nos 8 et 9.

Le 6. La fièvre a augmenté; la malade change constamment de position et ne cesse de se plaindre. — Une bouteille d'eau de sedlitz. — La cholérique du n° 8 est morte, celle du n° 9 est à l'agonie.

Le 7. L'état général reste le même; mais en même temps que l'érysipèle du tronc se rallume et se propage, on en voit débuter un autre à la face. — *Prescription :* un gramme de calomel.

M. Beau fixe notre attention sur cette coexistence de deux érysipèles; ordinairement ils se suivent, et il est très-rare d'en voir ainsi deux se manifester simultanément, c'est la seconde fois seulement qu'il est témoin d'un fait semblable; il nous fait observer aussi, que l'érysipèle de la face que nous avons sous les yeux est accompagné de tuméfaction, tandis que celui de la poitrine offre un relief à peine sensible. Or, cette absence de gonflement est ce que l'on observe le plus souvent dans les érysipèles du tronc, et le caractère de tuméfaction donné par les auteurs, appartient en propre à celui de la face. Le vrai cachet de l'érysipèle, c'est sa mobilité. — Quelques heures après la visite, la malade est prise de vomissements bilieux et de dévoiement; les vomissements s'arrêtent le lendemain matin, mais la diarrhée persiste.

Le 8. M. Beau ne peut s'empêcher de voir un rapport de cause à effet entre cet orage de symptômes survenus tout à coup chez cette jeune fille, et les impressions pénibles auxquelles elle ne cesse d'être en voie depuis quelques jours. Il s'attache à faire ressortir le caractère cholériforme des accidents qu'elle présente. Nous avons sous les yeux un exemple de *choléraphobie.* Cette maladie est le satellite du choléra asiatique; elle en prend pour ainsi dire le masque, et pourrait au premier abord donner le change. Le plus souvent, elle débute la nuit comme le choléra. Et cela se conçoit sans peine; le nosomane seul alors avec les préoccupations et les terreurs, s'épouvante du moindre borborygme, du plus léger engourdissement qu'il se hâte de prendre pour une crampe. Il n'en faut pas davantage pour faire éclater la diarrhée, des vomissements, et même de véritables crampes. Mais la choléraphobie se distingue du choléra, en ce qu'elle n'a pas cette expression morne, ces yeux et ces paupières immobiles, qui rappellent ceux des animaux empaillés. On n'y observe pas la suppression de l'urine, au contraire elle est sécrétée plus abondamment, la voix n'est pas éteinte, le ventre conserve de la sonoréité. La choléraphobie est sujette à récidive; il suffit pour qu'elle renaisse, que le nosomane soit pris de frayeurs nouvelles.

Le 9. L'état de notre malade est moins satisfaisant. Les vomissements ont reparu, il y a beaucoup d'inquiétude et d'agitation, l'érysipèle de la face reste à l'état rudimentaire, celui du sein s'étend toujours. — Eau de seltz, de la glace, un bain.

Le 10. L'érysipèle de la face se prononce, celui de la poitrine poursuit sa marche. Les vomissements et la diarrhée continuent. — Même prescription.

Le 12. Tandis que l'érysipèle du tronc déborde le sein gauche, celui de la face s'arrête. Les autres symptômes se sont dissipés, et M. Beau recommande seulement de faire boire la malade.

Le 15. Un abcès s'est formé au sein droit, sur le point où l'érysipèle a commencé. M. Beau recommande à M. Lambert, son interne, d'en pratiquer l'ouverture.

Le 14. Même état qu'hier. — Prescription : 30 grammes de sirop de quinquina.

Le 15. Un changement profond s'est opéré chez Louise Roumier. Les deux érysipèles se sont flétris en même temps, les chairs du visage se sont affaissées, le ventre, collé contre la colonne vertébrale, est, comme l'on dit, en forme de bateau. Ce dernier phénomène, nous dit M. Beau, s'observe dans les maladies graves et nous présage une fin prochaine. L'intestin, privé de liquide et de gaz, revient sur lui-même, et se réduit à un très-petit calibre.

Le 16. La malade n'a pas voulu, ou plutôt n'a pas pu prendre son sirop de quinquina. Elle est plongée dans un état d'adynamie qui ne laisse plus d'espoir.

Le 17. Epuisée par une si longue série de souffrances physiques et de secousses morales, Louise Roumier a cessé de vivre à une heure du matin.

Alfred Mercier.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 15 et du 22 Mai 1854. — Présidence de M. Combes.

Séance du 15.

Electricité animale.

M. J. Regnault, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, communique un Mémoire sur des expériences relatives à l'électricité animale.

Séance du 22.

Transmission des impressions sensitives de la moelle épinière.

M. Charles Bonaparte présente, au nom de M. Schiff, de Francfort, le résumé d'expériences desquelles il résulterait que :

« 1° La substance blanche des cordons postérieurs de la moelle est sensible, et transmet des impressions sensitives, sans le concours de la substance grise ;

« 2° La substance grise *transmet* des impressions sensitives ;

« 3° La substance grise est insensible. »

Cette espèce de fibres nerveuses qui transmettent les impressions sensitives, mais qui ne sont pas sensibles, constitue un ordre nouveau de fibres que l'auteur propose d'appeler *esthésodiques* (*de* οδος, *chemin*). Il se propose de prouver plus tard qu'il existe aussi des fibres *kinésodiques*, qui transmettent le mouvement sans être motrices.

Recherches expérimentales sur l'influence que la moelle épinière et le bulbe rachidien exercent sur la sensibilité et la motilité.

Nous croyons devoir conserver ce titre d'un Mémoire présenté par *M. Oré*, et qui se termine par les conclusions suivantes :

« 1° J'admets, comme M. Brown-Séquart, que la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière *est croisée;* mais je pense, contrairement à ce physiologiste, que cet effet croisé n'est pas *complet.*

Il existe toujours, dans le membre opposé au côté de la moelle divisée, une certaine sensibilité qui est due aux *fibres sensitives directes*.

« 2° Si l'action produite sur la sensibilité est incomplète, il n'en est pas de même pour celle que produit, sur la motilité, la section du faisceau antéro-latéral. En effet, après cette section, le mouvement *est entièrement aboli dans le même côté*.

« 3° L'électricité est le seul moyen d'excitation qui permette d'observer les effets indiqués précédemment sur la sensibilité, quand on agit sur les animaux supérieurs adultes. Tous les autres moyens d'excitation sont impuissants.

« 4° Le bulbe rachidien exerce, comme la moelle, une action croisée sur la sensibilité ; mais, dans le bulbe comme dans la moelle, cette action n'est pas complète. Contrairement à ce que l'on observe pour le mouvement dans la moelle épinière, l'action du bulbe, sur cette propriété, est *croisée*. Il existe donc dans le bulbe rachidien des effets croisés pour la sensibilité et pour la motilité : il est important de noter que ces effets ont été obtenus par la section d'une moitié du bulbe rachidien, *en avant de l'entre-croisement des pyramides antérieures*.

« 5° Les fibres sensitives offrent, dans la moelle épinière, la disposition suivante. Elles forment deux couches ; l'une superficielle, l'autre profonde.

« La couche superficielle est formée par des fibres directes. La couche profonde est formée par des fibres transversales qui s'entre-croisent dans la commissure grise.

« 6° Les faits pathologiques observés chez l'homme viennent à l'appui des conclusions physiologiques énoncées précédemment, comme le prouvent les observations que je rapporte à la suite de ce Mémoire. »

De l'absorption de l'azote par les animalcules et les algues.

M. de Quatrefages présente, au nom de M. Morren, la Note suivante :

« La question qui s'agite entre MM. Boussaingault et Ville, au sujet de l'absorption de l'azote par les plantes, m'engage à détacher d'un travail dont je m'occupe depuis longtemps, plusieurs faits qui sont de nature à jeter quelque lumière sur cette délicate et difficile question.

« Dans un précédent travail, je m'étais occupé d'une manière suivie de l'oxygénation des eaux par les animalcules et les algues. Ces premières recherches me donnant l'obligation d'élever et de développer les infusoires les plus variés, je n'ai pas tardé à m'apercevoir que beaucoup d'entre eux, au bout d'un certain temps, disparaissaient entre mes mains, résistant à toutes les précautions que je pouvais prendre pour les conserver et les multiplier à ma guise. Obligé de rechercher la cause de ce contre-temps, je fus conduit à m'apercevoir que ces êtres étaient éminemment azotés, et que mes insuccès tenaient précisément à ce que je ne leur fournissais pas, en quantité suffisante, l'azote qui leur était nécessaire lorsque leur nombre devenait considérable. Il est inutile, et il serait trop long de dire ici sous quelles formes variées et dans quelles substances l'azote leur fut successivement présenté, me réservant, dans un travail spécial, d'exposer les recherches, nécessairement prolongées, qui ont éclairé pour moi la question.

« MM. Boussingault et Ville, voulant constater l'absorption de l'azote par les plantes, ont dû placer celles-ci, soit dans des atmosphères confinées et restreintes, soit dans des conditions qui pouvaient ne pas favoriser complétement leur végétation. Cette manière d'opérer, malgré tout le talent dont elle a fourni la preuve, a fait naître des difficultés et des objections.

« Les infusoires, et il n'y avait pour moi que l'embarras du choix, pouvaient être placés dans des conditions d'expérimentation plus heureuses. Il m'était facile de les isoler, puisque ces êtres vivent dans l'eau, et de leur faire arriver dans le liquide, où ils sont à l'état normal, soit de l'air ordinaire, soit de l'air privé de toutes les substances autres que l'oxygène et l'azote. L'eau que j'ai employée était de l'eau de source très-peu riche en sels calcaires.

« Je suis arrivé à des résultats entièrement conformes à ceux qui ont été signalés par M. Boussingault ; jamais je n'ai pu constater une seule fois l'absorption directe de l'azote de l'air. Voici, du reste, les principaux résultats auxquels je suis parvenu.

« Tous les infusoires verts, bruns ou rouges que j'ai examinés jusqu'ici, et qui appartiennent à des genres fort divers (monadines, crypto-monadines, astasiées, enchéliens, etc.), sont tous, sans exception, des êtres fortement azotés. Chaque fois qu'on les rencontre en abondance, colorant en vert, en rouge ou en brun les eaux où ils se développent, on peut être assuré que des substances d'origine animale sont dans le voisinage, et que l'eau de pluie ou l'eau courante leur a apporté les principes azotés dont ils ont besoin et qui permettent leur développement facile, soit dans les fossés, soit dans les flaques, les étangs et même les ornières des routes.

« Tant que l'azote leur est présenté en quantité suffisante, ces êtres conservent la motilité et tous les indices de la vie animale ; si l'azote devient rare, ils se fixent immédiatement tous et passent à leur période de vie tranquille, de vie végétale ; mais, même à cette époque, l'azote leur est encore nécessaire, bien qu'à ce moment, plus que jamais, ils agissent sur l'acide carbonique dissous dans l'eau, à la façon de la partie verte des végétaux. Toutefois, lorsqu'ils sont libres et mobiles, ils ont un caractère spécial : c'est que, lorsque, sous l'influence solaire, ils dégagent de l'oxygène, celui-ci se présente dans un état qui permet à l'eau une oxygénation considérable.

« Si, dans une eau qui reste parfaitement calme, dans un vase que rien n'agite, on place des débris d'insectes, même des morceaux de chair très-divisée, c'est auprès de ces débris que se développeront avec le plus d'abondance les infusoires mis en petite quantité dans l'eau ; ils absorberont à leur profit les principes azotés qui leur sont présentés. Ces êtres semblent jouer dans l'eau le rôle que certains animaux plus élevés jouent dans l'air, où les corps azotés atteints par la mort appellent promptement auprès d'eux des insectes, des oiseaux, des animaux carnassiers avides de ces débris.

« Quelques sels ammoniacaux peuvent remplacer avec succès les corps azotés précédents, je citerai l'azotate et surtout le carbonate d'ammoniaque. L'action des autres sels ammoniacaux est pour moi en ce moment à l'étude.

« De l'eau que l'on met en contact renouvelé avec l'air atmosphérique en la faisant tomber goutte à goutte et sans cessse d'un vase dans un autre, permet le développement rapide de tous les infusoires monadaires.

« Si, au contraire, l'air qui passe dans l'eau, même en grande quantité, a été préalablement lavé dans de l'acide sulfurique, la vie n'est pas possible et s'éteint complétement au bout de quelques jours. Il est bien entendu que l'acide sulfurique a été privé des gaz, tels que l'acide sulfureux, qu'il pourrait tenir en dissolution. Des appareils identiques de grandeur et de capacité ont donné des résultats totalement différents, lorsque l'un d'eux laissait passer dans l'eau, attiré par un aspirateur, de l'air ordinaire, et l'autre appareil de l'air lavé par de l'acide sulfurique.

« Si, avant que la vie fût totalement éteinte, on cessait de laver l'air à l'acide sulfurique, la vie, se ranimant, ramenait la couleur verte disparue. Cependant, pour les monadaires de couleur verte, l'action réparatrice de l'air non lavé par l'acide sulfurique est considérablement amoindri si l'air est privé des corpuscules légers qu'il emporte avec lui dans l'eau soumise à l'expérience. Ce dernier but peut être atteint de plusieurs manières ; par exemple, en faisant passer l'air à travers des corps feutrés ou poreux, tels que du coton cardé, etc.

« Ces doubles faits, de l'absorption de l'azote et de l'émission de l'oxygène sous l'influence solaire, donnent à ces êtres un double caractère qui, ajouté à leur état tantôt mobile et tantôt fixe, les range tour à tour auprès des animaux et auprès des végétaux.

« De plus, ils sont incapables d'emprunter directement l'azote à l'atmosphère dans toutes les circonstances citées plus haut. Il faut que ce gaz leur soit apporté, soit par les sels ammoniacaux que l'air peut contenir, soit par les poussières organiques répandues et soulevées dans l'atmosphère, soit par les substances azotées qui arrivent dans les eaux. »

Identité de génération des êtres vivants.

Les *Comptes rendus* ne donnent que le titre de cet ouvrage, présenté par un médecin distingué de Lyon, l'honorable professeur Brachet.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— On nous communique la note suivante : « L'institut de Valence (Espagne), dans sa séance annuelle, a décerné les prix proposés pour 1854. M. le docteur Désiré Joulin a obtenu le premier prix, consistant en une médaille d'or, avec le titre de membre de mérite de l'Institut. La question était celle-ci : Les productions accidentelles nommées tissu squirrheux, tissu encéphaloïde, tissu colloïde et mélanose, sont-elles de même nature ou diffèrent-elles entre elles ? donner l'étiologie spéciale de chacune d'elles; faire la description de leurs symptômes pathognomoniques, de leur anatomie pathologique, de leur composition chimico-organique, de leurs éléments microscopiques, de leur thérapeutique la plus rationnelle. — M. Clerc, consul de France à Valence, a représenté le docteur Joulin à cette solennité. »

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 67. 2e année. Mardi 6 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. de Castelnau.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 5 Juin 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 29 Mai.

Il est probable que le tournoi qui va s'engager demain à l'Académie nous prépare ample matière, et que nous ferons bien de prendre les devants pour nous occuper dès aujourd'hui de deux intéressantes communications faites à l'Académie des sciences lundi dernier, l'une par M. Baudens, l'autre par M. Baizeau.

Si nous n'avions eu, tout récemment encore, par la communication de M. Bonnafont, un exemple éclatant du degré auquel les thérapeutistes peuvent porter leurs illusions, nous devrions insister sur la haute importance de la communication de M. Baudens. Cependant, il faut bien le reconnaître, 16 cas de réduction sur 16 malades chez qui tous les autres moyens de taxis avaient échoué, forment un moyen d'appréciation qui prête peu aux illusions. Il n'y aurait qu'une objection à faire à ce chiffre, très-important quoique médiocrement élevé, c'est l'arbitraire qu'on est forcément obligé de mettre dans l'appréciation de l'irréductibilité dans l'étranglement. Mais, quelque part que l'on fasse à cette difficulté, il n'en reste pas moins évident, ce nous semble, que la glace a eu, au moins dans quelques-uns de ces 16 cas, une influence heureuse sur la terminaison de l'étranglement, terminaison heureuse dans tous les cas. Le moins donc que l'on puisse accorder à M. Baudens, c'est de prendre sa méthode en suffisante considération pour l'expérimenter dans tous les cas d'étranglement.

Un intéressant Mémoire sur les fractures chez les enfants a été présenté par un jeune médecin distingué, M. Baizeau. Il est à regretter que les expériences propres à démontrer le fait capital que l'auteur a voulu mettre en lumière, c'est-à-dire l'allongement chez les enfants de tout os fracturé avec déplacement, il est à regretter que ces expériences aient été passées sous silence par les *Comptes rendus*, et qu'il nous soit par conséquent impossible de faire ici autre chose que de constater l'opinion de l'auteur.

H. de Castelnau.

De l'épanchement de sang dans la chambre vitrée de l'œil,

Par James Dixon, *chirurgien du royal London orthopœdic hospital.*
(*Traduit par le docteur* A. Testelin.)

Le terme *amaurose* a une signification si vague, nous l'employons si souvent pour désigner un état de cécité dépendant de

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52, 53 et 58.)

Dans les deux observations recueillies par M. Landry dans le service de M. Robert (1), la lésion a été bien évidemment produite par une flexion forcée de la colonne vertébrale. Dans l'un des cas, c'était la cinquième vertèbre dorsale qui était luxée en arrière sur la sixième ; dans l'autre, la douzième dorsale avait aussi le même déplacement sur la première lombaire ; dans les deux cas, les apophyses articulaires de la vertèbre supérieure étaient éloignées de 1 centimètre de celles de la vertèbre inférieure, les ligaments étaient rompus, et le disque inter-vertébral arraché restait adhérent à la vertèbre inférieure ; il est impossible de douter de la réalité de ce déplacement, vous le trouverez décrit avec tous ses détails dans les observations de M. Landry. Or, dans les trois cas cités par M. Melchiori (*Gaz. Méd. Etats sardes*, 1850), ainsi que nous l'a appris M. Marcé dans son rapport (2), deux fois la luxation a eu lieu en avant, et dans le troisième cas seulement elle était en arrière, c'était alors la neuvième dorsale qui était déplacée sur la dixième.

(1) B., décembre. — (2) B., décembre.

Nous devons nous borner à enregistrer ces deux cas très-bien observés ; il serait prématuré de se livrer à des considérations que des faits ultérieurs pourraient venir renverser. Permettez-moi d'ajouter toutefois que l'altération grave de la moelle dans ces deux cas, a déterminé une paralysie qui a permis à notre collègue de continuer ses recherches sur la sensibilité et la motilité.

Les corps étrangers articulaires dont l'histoire se trouve dans vos bulletins, plus complète que partout ailleurs, ont encore été cette année l'objet de votre attention. Votre secrétaire a pu vous faire remarquer leur grande fréquence, et dans les divers exemples qu'il a mis sous vos yeux, il a cru devoir insister sur cette particularité que les corps étrangers les plus mobiles, deviennent fixes dans certaines positions bien déterminées du membre, par exemple dans l'extension. Cette fixité momentanée, ils la doivent à la pression que les ligaments ou les capsules articulaires exercent sur eux, et en vertu de laquelle ils se trouvent appliqués sur les surfaces osseuses : je ne doute pas que ce ne soit là une des sources de l'opinion de certains chirurgiens, qui veulent que les corps étrangers articulaires soient une lésion fort rare. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, si elle est rare dans les services d'hôpitaux, elle est extrêmement fréquente dans les amphithéâtres d'anatomie.

Aux maladies articulaires se rattache d'assez près une communication de M. Gaujot, relative aux résultats fournis par l'amputation médio-tarsienne selon la méthode de Chopart. Vous avez vu dans la pièce que nous

causes qui nous sont entièrement inconnues, manifestant ainsi par un mot grec bien ronflant, l'état d'imperfection où en est encore notre pathologie, qu'il y a intérêt à reproduire tous les faits propres à jeter quelque lumière sur les cas les plus obscurs de cécité complète ou d'affaiblissement de la vision. En perfectionnant nos connaissances sur les changements morbides des divers tissus qui peuvent secondairement entraver ou détruire complétement les fonctions de la rétine, nous arriverons par degrés à restreindre l'usage du mot *amaurose* aux cas dans lesquels on peut démontrer que l'altération siége primitivement dans l'appareil nerveux de la vision.

Parmi les différentes lésions qui peuvent affaiblir ou abolir complétement la vision, et qui néanmoins, pour différentes raisons, sont sujettes à être méconnues par les praticiens peu attentifs, figure l'épanchement de sang dans la chambre vitrée de l'œil. Cette hémorrhagie peut survenir sans que le malade éprouve la moindre sensation qui l'en avertisse, et des semaines, des mois peuvent s'écouler, avant qu'il s'aperçoive que l'un de ses yeux a perdu la faculté de voir. Le siége de l'hémorrhagie est si éloigné, que ce n'est qu'après s'être livré à un examen attentif que le chirurgien peut lui-même reconnaître la nature réelle de cet épanchement et son étendue.

Mon but n'est point de préconiser dans cet article un traitement particulier; car il n'est guère possible de songer raisonnablement à un traitement, du moins curatif. Je ne veux qu'appeler l'attention sur cet état morbide qui est rare et facilement méconnu. Il est important que le chirurgien puisse sur-le-champ diagnostiquer exactement cette affection, sans cela il est en danger de se fourvoyer, et non-seulement de se tromper en conservant le vain espoir de rendre la vue à son malade, mais même de nuire à sa santé générale en ayant recours à ces longs traitements mercuriels et aux autres moyens plus violents encore qu'on trouve recommandés contre l'*amaurose* par des autorités respectables, parmi ceux qui ont écrit anciennement sur les affections oculaires.

Il faudrait posséder un grand nombre d'observations pour établir quel est l'âge auquel cette hémorrhagie interne survient le plus fréquemment. Dans les quatre cas que je vais relater, l'âge varie de 16 à 51 ans, la constitution des malades a été tout aussi variable; cependant ils étaient tous plus ou moins faibles; et quoique la santé générale de la malade n° 4 ait été assez bonne pendant les derniers mois qui ont précédé chez elle l'apparition de l'hémorrhagie, j'ai su qu'elle avait été atteinte d'aliénation mentale quelques années auparavant. Cette maladie ne s'était point produite sous une forme violente, elle avait consisté en soupçons mal fondés et extravagants sur ceux qui l'entouraient; en même temps elle avait de la dyspepsie, quelquefois de légers vertiges et un extrême découragement. Dans l'observation n° 3, la malade avait subi au moral et au physique l'action de causes dépressives.

Quant à la source de l'hémorrhagie, en l'absence de toute dissection, il ne serait pas sage de hasarder une opinion absolue; cependant il me paraît probable que, dans les cas 1, 2 et 3, elle provenait de la rupture de vaisseaux de la rétine; le sang ayant déchiré le tissu nerveux, avait formé un caillot qui se projetait librement dans l'humeur vitrée. Cette hypothèse expliquerait la perte complète et subite de la vision survenue dans ces cas. Dans la 4e observation, en supposant que le sang provenait de la choroïde et était situé sous la rétine non déchirée, on expliquerait très-bien comment la perte de la vue n'a été que graduelle et bornée à une moitié du champ de la vision.

1re *Observation.* — W. L...., commis, âgé de 16 ans, d'un beau tempérament, quoique d'une constitution un peu frêle, vint me consulter, le 19 novembre 1844, pour une abolition presque complète de la vision du côté gauche, abolition qui, d'après son dire, était survenue brusquement deux mois auparavant. Sa vision se bornait à la perception des surfaces bien éclairées; une feuille de papier lui apparaissait *comme un nuage blanc;* les objets sombres, quelle que fût leur dimension, n'étaient point perçus.

L'iris de l'œil droit où la vision était parfaitement conservée, est d'un bleu tendre; celui de l'œil gauche offre une teinte verdâtre; la pupille en est paresseuse, mais elle est encore influencée par l'action de la lumière. A part ces légers changements dans l'aspect de l'iris, l'œil ne laissait voir rien d'anormal, mais en dilatant la pupille à l'aide de l'atropine, et en regardant attentivement, j'aperçus, à la partie inférieure de la chambre vitrée, une rougeur d'une apparence confuse. En concentrant la lumière sur ce point à l'aide d'une lentille convexe d'un pouce de foyer, j'aperçus très-distinctement, juste derrière la partie inférieure du cristallin, un caillot de sang d'un rouge brillant. J'ai observé ce malade pendant deux mois, et durant cet espace de temps, aucun changement n'est survenu, ni dans la dimension du caillot, ni dans l'état de sa coloration; trois mois après, j'ai encore appris que la vision ne s'était nullement améliorée de ce côté. Je n'ai pu découvrir si la santé du malade avait subi quelque dérangement notable à l'époque de la perte de la vision, il ne se rappelait avoir éprouvé aucune douleur soit dans l'œil, soit dans la tête.

2e *Observation.* — Abraham H...., âgé de 20 ans, vint le 3 janvier 1847 de la campagne pour me consulter, parce qu'il

---

a montrée notre collègue, que de nombreuses ulcérations entouraient le moignon et conduisaient à des trajets fistuleux qui, eux-mêmes, menaient sur le calcanéum et l'astragale atteints de carie.

Le malade qui a fourni cette pièce a pu marcher pendant trois ans; M. Gaujot vous a fait remarquer que l'élévation du talon n'était pas très-marquée, que l'astragale n'avait point subi ce mouvement de progression en bas et en avant sur lequel insiste tant M. Sédillot; et, dans l'opinion de notre collègue, la difficulté de la marche n'a point pour raison principale la nouvelle disposition anatomique des os, mais bien plutôt les maladies qui viennent s'emparer du moignon; il rappelle à cette occasion un opéré de Roux chez lequel ces complications n'arrivèrent pas, et qui marche avec facilité. Vous ne serez pas surpris de voir cette importante question de chirurgie pratique, aujourd'hui si controversée, seulement signalée dans ce compte rendu: l'un de nos collègues prépare un Rapport où elle sera, sans nul doute, envisagée sous toutes ses faces.

Vous avez encore présente à l'esprit la description que vous donnait l'année dernière M. Denucé, d'une maladie singulière des articulations décrite par M. Broca: il s'agit de ces dépôt blancs, comme crayeux, qui forment une couche plus ou moins épaisse à la surface des cartilages articulaires. M. Dufour (1) nous a fait voir une pièce qui vient confirmer de tous points la description donnée par M. Broca; c'étaient toujours ces couches d'un blanc mat recouvrant les cartilages articulaires, et, dans ce cas particulier, aucun n'en était exempt, l'affection s'était généralisée; on voyait de plus le dépôt blanc pénétrer dans l'épaisseur du cartilage, et on en rencontrait quelques plaques dans les ligaments et le tissu fibreux péri-articulaire; les plaques étaient formées d'urate de chaux et d'ammoniaque, et comme dans les cas observés par M. Broca, ces articulations étaient celles d'un goutteux. Cette bizarre altération, qui n'a eu place que dans nos bulletins, se trouve confirmée par un fait plus complet, peut-être, qu'aucune autre observée jusqu'à présent.

Vous savez, messieurs, que M. Broca ne s'est pas contenté de signaler cette affection, et que notre collègue a porté son attention sur toutes les lésions des cartilages.

L'idée qui l'avait dirigé alors, il ne l'a pas abandonnée depuis, et c'est en poursuivant son œuvre de réhabilitation pathologique des tissus vasculaires, qu'il en est venu à vous présenter des considérations intéressantes sur les maladies de la cornée et de la capsule cristalline.

M. Malgaigne a nié les cataractes capsulaires, et ce n'était pas sans raison, alors que rien encore n'en démontrait l'existence; M. Richard, dans sa thèse, est allé plus loin encore, puisqu'il a nié la possibilité de ces cataractes. Cependant M. Broca vous a montré une véritable cataracte capsulaire; l'opacité siégeait bien alors dans l'épaisseur de la capsule, et non, comme on l'a dit, à l'une de ses faces, et de plus cette capsule, dans les points où elle était encore transparente, avait subi une altération véritable de structure, que notre collègue compare à la fissuration des cartilages. Vous voyez de suite l'utilité de la négation de M. Malgaigne; dans cette question, comme dans celle des luxations, comme dans celle des hernies, les assertions de ce chirurgien ont engagé à y regarder de plus près.

(1) Page 358.

avait découvert, sept semaines auparavant, que son œil gauche ne distinguait plus les objets et ne percevait plus que la sensation de la lumière. Il y a plus d'un an, il avait souffert à droite d'un iritis, qui avait laissé pour traces plusieurs adhérences entre l'iris et la capsule, néanmoins la vue de ce côté était encore assez bonne. C'est en fermant cet œil qu'il s'était aperçu par hasard que l'autre ne voyait plus. Il n'avait reçu aucun coup de ce côté et ne se rappelait avoir éprouvé aucune douleur dans l'œil gauche, celui-ci ouvert paraissait sain et l'iris bien contracté. Je dilatai la pupille à l'aide de l'atropine, et j'aperçus alors que presque toute la partie postérieure de la chambre vitrée était occupée par un caillot d'un rouge brillant, dont la plus grande partie était adhérente, tandis qu'une portion flottait librement çà et là dans l'humeur vitrée. Le malade étant retourné à la campagne après une seconde visite, je n'ai pu suivre la marche de ce cas.

3e *Observation.* — Mary S...., âgé de 35 ans, femme d'un aspect maladif et inquiet, vient me consulter en mai 1845, à cause de la perte presque totale de la faculté de voir de son œil droit. Le seul symptôme morbide que je constate à la première visite, est une paresse des mouvements de l'iris, la pupille restant de ce côté toujours plus dilatée que du côté gauche. Un reflet rouge très-confus que renvoyait la chambre vitrée me détermina à appliquer l'atropine, et aussitôt que la pupille fut dilatée, j'aperçus un caillot de sang couché au fond de l'œil, une portion était adhérente, l'autre flottait dans l'humeur vitrée et se portait de divers côtés suivant les mouvements de l'œil. Trois ans auparavant, la malade avait été en proie à un violent chagrin, ayant perdu coup sur coup son mari et trois enfants. Vers la même époque, elle eut à souffrir d'un rhume très-violent qui s'accompagna parfois de crachements de sang. Durant le printemps de 1844, la vue de l'œil droit commença à s'affaiblir, et au bout de six mois, il ne conservait plus que la faculté de percevoir la lumière. La perte de la vue s'accompagna de fréquents maux de tête et de l'apparition de tâches noires.

4e *Observation.* — Madame C...., âgée de 51 ans, vient me consulter le 9 octobre 1847. Vers le commencement d'août, elle avait eu une violente attaque de névralgie qui avait siégé à droite dans toute la cinquième paire; pendant trois nuits elle n'avait presque pas dormi. La douleur avait été considérablement amendée par l'application répétée de sinapismes sur le côté de la face malade; après cette attaque, elle se trouva d'habitude un peu engourdie, et quelquefois le soir un peu fatiguée; sous tout autre rapport, sa santé est assez satisfaisante, l'appétit est bon, et les intestins fonctionnent bien. Vers la fin d'août, elle commença à voir, lorsqu'elle était au lit, de brillantes couleurs passer devant son œil droit; de jour, elle voyait bien et pouvait lire. Deux semaines plus tard, en fermant l'œil gauche, elle s'aperçut qu'avec le droit elle ne distinguait qu'une partie des objets. A l'époque de sa visite chez moi, sa santé générale était assez bonne; elle ne voyait plus passer de couleurs brillantes devant l'œil droit, mais elle ressentait parfois dans cet organe une douleur gravative. L'œil gauche ne présentait à noter que la proéminence de l'iris qui se trouvait presque en contact avec la cornée. La pupille était sensible, mais ses mouvements pas trop vifs; au reste, la vue s'exerçait bien de près et de loin.

La sclérotique de l'œil droit offre une teinte d'un jaune sale, ou d'une couleur légèrement olive, un peu moins foncée que le premier degré de la coloration produite par le nitrate d'argent. Croyant que cela pouvait être le reste d'une ecchymose, je m'informai si l'œil de ce côté n'avait pas été le siége d'un épanchement de sang dans la conjonctive; elle m'assura que non. La pupille est un peu dilatée et peu sensible à la lumière. La malade voit assez bien tous les objets placés en dessous du niveau de l'œil, les caractères d'une page imprimée lui paraissent même des signes noirs distincts, et en renversant bien la tête en arrière, elle peut voir un nom à travers la rue, il lui paraît formé de lignes blanches sur un fond noir. En regardant la figure d'une personne qui lui fait face et se trouve au même niveau qu'elle, elle ne voit que le menton, tout le reste lui paraît caché par un nuage noir qui lui semble toujours suspendu au-dessus de sa tête.

Sous un certain jour, j'aperçus un reflet d'un rouge sombre au fond de l'œil. Je dilatai largement la pupille avec de l'atropine, et alors je vis distinctement derrière le cristallin, au fond de la chambre vitrée, un caillot de sang. La masse a une forme hémisphérique, et son sommet qui s'élève jusqu'à la partie moyenne de la pupille est d'une teinte grisâtre, tandis que la face antérieure est d'un rouge prononcé. Il me parut que cet aspect était dû à un épanchement de sang au dessous de la rétine qui, soulevée de sa position, formait une légère couche grisâtre unie sur la face arrondie du caillot.

N. B. J'ignore si les recueils périodiques contiennent quelque mention de l'épanchement du sang dans l'humeur vitrée comme cause de diminution ou d'abolition de la vision, mais les traités cliniques n'en parlent point. Il est donc à regretter que, dans aucun cas, M. James Dixon n'ait pu se livrer à une dissection de l'altération sur laquelle il aura, je crois, le premier appelé l'attention; rien ne démontre, en effet, d'une manière absolue, qu'il ait bien caractérisé les faits qu'il a rencontrés, et malgré l'habileté bien connue de ce chirurgien, on peut conserver des doutes. Le sang, une fois sorti de ses vaisseaux, peut subir un

---

La cataracte capsulaire n'est pas possible, disait-on théoriquement, car la capsule ne contient pas de vaisseaux, elle ne peut être malade; ce n'est pas vous qui vous laisserez prendre à cette assertion. Et puis la cornée, l'ivoire des dents, ne seraient jamais malades; que l'on nie donc aussi les maladies du cristallin, car, si la capsule n'a pas de vaisseaux, *à fortiori*, la lentille cristalline en manque.

Ces raisonnements ne peuvent donc nous ébranler, et d'ailleurs les faits parlent bien plus haut : la cataracte capsulaire existe, et la Société anatomique en a vu deux cas cette année.

Mais quelle est la nature du travail morbide qui peut entraîner l'opacité de cette capsule? C'est ici que se remarque la puissance des déductions en physiologie pathologique, puissance que notre collègue applique si heureusement. La capsule cristalline ne contient pas de vaisseaux, donc elle ne s'enflamme pas, donc ce n'est pas la capsulite qui produit l'opacité; mais n'ajoutons pas : donc elle ne saurait être malade, ce serait rétrograder de trente ans, époque à laquelle toute maladie était une inflammation, et où ces pauvres tissus non vasculaires étaient considérés presque comme des parasites. On avait été cependant forcé de faire grâce à la cornée, dont on ne pouvait nier les maladies, mais, comme on admettait des kératites, pour être logique, on supposa dans la cornée des vaisseaux que personne ne peut voir à l'état normal, ou bien on se trouvait condamné à admettre des inflammations sans vaisseaux, on le fit, sans s'en douter, en créant des kératites vasculaires et des kératites non vasculaires.

Voyez, messieurs, la contradiction qui rend l'erreur flagrante, M. Broca la fait ressortir. On avait créé le mot *kératite*, il fallait le légitimer. D'après notre collègue, la cornée ne peut s'enflammer primitivement, et la kératite alors est un mythe que l'on a tort de poursuivre par les sangsues et la diète. Mais cependant il y a des maladies dans lesquelles la cornée se montre très-vasculaire. Serait-ce donc là des kératites véritables? Vous remarquerez qu'avant de se vasculariser ainsi, la cornée a été malade au préalable, il a existé une lésion primordiale qui a changé la structure, partant la nature de son tissu. Cette affection première n'est pas une inflammation, c'est une de ces lésions propres aux tissus non vasculaires et qui donne à ces tissus un caractère de confraternité; ainsi, les cartilages sont malades à leur façon, la cornée est aussi malade à sa façon, il en est de même de la capsule cristalline, seulement ces derniers organes malades se vascularisent plus facilement que les cartilages. Ces déductions s'appuient encore sur les recherches de M. Broca, relatives à la cicatrisation des plaies de la cornée, qui se font sans qu'il intervienne de vaisseaux. Au moins neuf fois sur dix, la plaie se referme sans que le moindre vaisseau parvienne à la cornée, à moins que la cicatrisation ne se fasse attendre; alors on voit quelques vaisseaux vers le dixième jour.

Toutes ces assertions sont établies dans le Mémoire de notre collègue (1), ce sera donc dans ce travail qu'il faudra les étudier; l'analyse que je viens de faire des principaux points n'en saurait être qu'un très-pâle reflet. Cependant, messieurs, je ne crains pas de dire qu'il y a dans ces recherches sur les maladies des tissus non vasculaires, toute une révolution destinée

(1) Page 423.

grand nombre de transformations ; mais ce qu'il y a de plus rare à coup sûr, c'est de le voir se former en un caillot d'une teinte rouge vif, surtout quand il n'a pas été en contact avec l'air, et persister indéfiniment dans cet état. Le plus souvent, il se résorbe plus ou moins rapidement ; il est étonnant que M. Dixon croie à l'incurabilité absolue de ces sortes de cas ; il est en général aussi oiseux que téméraire de présumer en médecine ce qui doit arriver ou ne pas arriver dans des circonstances qui ne se sont pas encore présentées ; mais si l'on voulait se livrer aux conjectures, l'on serait tenté de croire qu'une cécité produite uniquement par l'épanchement de sang dans un des points quelconques de la cavité de l'œil, doit le plus souvent guérir spontanément par la résorption du liquide épanché. (*Ann. d'oculist.*)

Un cas de mort par le chloroforme dans les hôpitaux de Paris.

M. Malgaigne ne partageant pas sur le défaut de précautions de la part du chirurgien l'opinion généralement admise à propos du fait de mort par le chloroforme, survenu dans le service de M. Richard, nous croyons mettre sous les yeux de nos lecteurs et la description du fait lui-même faite par M. Richard, et les réflexions de M. Malgaigne. Nos lecteurs pourront juger ainsi de quel côté se trouvent les probabilités.

Un cas de mort par le chloroforme, arrivé dans le service et presque sous la main d'un chirurgien à la fois prudent et expérimenté, a vivement excité l'attention ces jours passés. De tous côtés, la presse médicale a déclaré qu'on ne pouvait pas avoir pris plus de précautions, et le chloroforme seul a été déclaré coupable. Comme une pareille conséquence irait droit contre nos convictions, nous rapporterons le fait dans tous ses détails, tel qu'il a été communiqué par M. Richard à la Société de chirurgie :

« Une femme que j'allais opérer d'un polype de l'utérus est morte subitement dans mes bras, empoisonnée par le chloroforme.

« Voici les faits :

« Notre collègue M. Hérard m'adressa, il y a huit ou dix jours, une femme d'une quarantaine d'années pour être placée dans mes salles et y être opérée d'un polype de l'utérus.—*Polype fibreux de la grosseur d'une petite pomme, à pédicule du volume du petit doigt, assez long, implanté à la face antérieure de la cavité cervico-utérine ;* tumeur, du reste, facile à atteindre, à abaisser, à opérer.— La femme avait présenté les symptômes ordinaires ; seulement les métrorrhagies n'avaient eu qu'une intensité médiocre, et la malade, quoique très-pâlie, avait conservé ses forces à peu près entières et tous les attributs de la santé, le sommeil, l'appétit.

« Je me proposais d'exciser le polype en l'énucléant, et de toucher les surfaces concrétées avec le perchlorure de fer, pratique qui, tout dernièrement et dans un cas pareil, m'avait donné un facile et prompt succès.

« Il y avait pour moi une double contre-indication à l'emploi du chloroforme : avant tout, le peu de douleur de l'opération, et aussi l'état subanémique de la malade. C'est ce que je fis ressortir devant elle chaque matin à la visite, allant jusqu'à la supplier de se laisser opérer sans chloroforme ; mais la pauvre femme disait qu'on ne pouvait lui tirer une tumeur du ventre sans la faire beaucoup souffrir, et qu'en tout cas elle ne voulait être opérée qu'endormie.

« Mon insistance céda à la sienne : j'avais si souvent employé et vu employer le chloroforme dans des cas qui, bien moins encore que celui-là, en réclamaient impérieusement l'emploi !

« Donc, ce matin, à neuf heures, tout notre appareil étant disposé, je procédai à la chloroformisation.

« La femme resta dans son lit ; je l'y laissai sans la déranger, me proposant de la mettre en position au moment même de l'opération.

« J'enlevai seulement un oreiller, de sorte que la tête était sensiblement sur le même plan que le reste du corps.

« Je lui dis : Regardez-moi bien et respirez comme je fais ; puis j'imitai sous ses yeux la respiration d'une personne qui dort paisiblement.

« Je versai une certaine quantité de chloroforme sur cinq ou six compresses et plaçai celles-ci au-devant du visage, mais à une certaine distance, pour que l'air mélangeât bien les vapeurs chloroformiques.

« Ce fut moi qui, jusqu'au moment où la femme fut déplacée, administrai le chloroforme, et je dois dire ici à la Société que je n'ai jamais manqué à ce soin. Depuis deux ans, j'ai été souvent placé à la tête d'un service chirurgical actif, nommément pendant six mois à l'hôpital Saint-Louis, et, autant qu'il m'en souvienne, je n'ai jamais manqué d'endormir moi-même les malades, jusqu'au moment, bien entendu, où il faut prendre le bistouri.

« La respiration et le pouls allèrent régulièrement pendant une minute environ.

« A deux ou trois reprises, je remis une certaine quantité de liquide anesthésique, sur la quantité duquel il m'est impossible de rien préciser, si ce n'est que je fis alors ce que chacun fait tous les jours.

à marquer dans le domaine de la physiologie pathologique ; et une fois de plus, c'est la Société anatomique qui, la première, aura marqué le progrès.

Lésions de l'appareil respiratoire.

Les maladies de l'appareil respiratoire n'ont pas été nombreuses, et, en général, elles se rattachent à des idées déjà bien établies.

Cependant je ne passerai pas sous silence une ulcération du larynx que vous a montrée M. Lambert (1), survenue sur un enfant de 4 ans dans le cours d'une fièvre typhoïde, et qui a nécessité la trachéotomie. Je n'omettrai pas non plus ce cas, dans lequel M. Barth (2), appliquant des idées émises par lui dans un travail publié dans les *Archives de médecine*, a pu reconnaître des ulcérations tuberculeuses du larynx, sur ce fait qu'elles s'étaient développées de bas en haut du larynx vers les parties supérieures, tandis que les ulcérations syphilitiques marchent de haut en bas du pharynx vers le larynx.

Vous avez vu aussi un poumon que vous montra M. Maingault (3), et qui était le siége, dans son lobe inférieur, d'une altération particulière que Corrigan a désignée à tort sous le nom de cirrhose, altération qui consiste en une sorte de carnification du tissu pulmonaire, s'accompagnant de dilatation uniforme des bronches. Puis vient ce fait de gangrène aiguë du poumon, que vous devez à M. Bourreau (4). MM. Barth (5) et Canuet (6) vous ont montré des épanchements pleurétiques considérables, et M. Millard (1) vous a fait voir une perforation non-tuberculeuse du poumon ayant produit un pneumo-thorax. J'insisterai plus longuement sur la pièce remarquable que vous devez à M. Bidard (2). Il s'agit d'un malade qui fut opéré d'un cancroïde de la langue par la ligature. Il allait bien, lorsqu'une quinzaine de jours après l'opération, il fut pris des symptômes d'infection purulente et mourut. Or, l'autopsie révéla l'existence dans le poumon gauche d'abcès multiples, dont un plus considérable s'était ouvert dans le péricarde. Le tissu pulmonaire environnant les abcès n'était pas enflammé. Ce fait va à l'encontre des idées de certains chirurgiens, qui pensent que l'ablation des tumeurs par la ligature met à l'abri de l'infection purulente. Enfin, je vous rappellerai ici ces larges ulcérations du larynx rencontrées dans un cas de farcin chronique dont M. Genouville (3) vous a montré les pièces. C'était un cocher qui, quelques jours après avoir pansé un cheval *glandé*, éprouva du malaise, des douleurs rhumatoïdes dans les membres, et fut en proie à une fièvre intense. Lorsque ce malade entra, un mois plus tard, dans le service de M. Nélaton, de nombreux abcès s'étaient formés dans les points douloureux. L'autopsie en a fait constater seize, tous situés sur les membres ; on trouvait en même temps de nombreuses ulcérations à fonds grisâtre dans le larynx ; la muqueuse nasale seulement injectée, était recouverte d'un pus qui fut inoculé à un cheval, lequel mourut avec des abcès dans le poumon ; et le pus de ces abcès fut inoculé à un autre cheval, qui périt avec les accidents de la morve aiguë.

(1) P. 89. — (2) P. 148. — (3) P. 88. — (4) P. 77. — (5) P. 72. — (6) P. 108.

(1) P. 79. — (2) P. 356. — (3) P. 141.

« Au bout d'une minute, agitation. J'abandonne la compresse pour voir si je ne pourrais pas opérer la femme couchée dans son lit sans la déranger; l'agitation augmente, elle se débat, et plusieurs aides sont obligés de la maintenir. Paroles incohérentes.

« La compresse que j'avais confiée à un aide est, sur mon ordre, retirée, puis remise bientôt avec une nouvelle dose de chloroforme.

« L'agitation cesse en ce moment. J'ordonne de faire pivoter la malade pour amener les jambes hors du lit. Cette seconde période, qui commence à l'agitation, est d'une demi-minute, une minute au plus.

« J'avais mis la main dans le vagin, et amené au dehors le polype, dont le pédicule est étreint d'un fil.

« Deux minutes environ se sont passées depuis le commencement de l'administration du chloroforme. La compresse est retirée depuis quelques secondes. Je tâte le pouls; plus de pouls. Je lâche le polype qui rentre. La respiration continue, mais plus lente; la face est celle d'un cadavre, l'œil terne.

« Vite la tête en bas, les jambes et les pieds levés. La face rougit un peu, la respiration continue, mais de plus en plus rare. J'exerce alors la respiration artificielle au moyen de pressions rhythmiques sur le thorax. En même temps, les assistants flagellent les cuisses, les mollets, les bras, frictionnent la face. A plusieurs reprises, nous titillons l'entrée du larynx. Malgré tous nos efforts, nous ne gagnons rien. Quand nous cessons les mouvements artificiels du thorax, deux ou trois inspirations longues et éloignées apparaissent et s'éteignent. Le froid est général; les battements du cœur s'entendent encore, quoique faiblement, dit un des internes.

« Dix minutes d'angoisses et d'efforts se passent ainsi. Nos deux collègues, M. Aran et M. Hérard, arrivent au moment où j'ouvrais la trachée. J'insuffle par là, pendant qu'on continue la respiration artificielle. M. Hérard enfonce dans la région du cœur deux épingles à acuponcture, communiquant aux fils d'un puissant appareil galvanique. Les muscles du thorax sont violemment secoués, mais le pouls ne bouge pas. Enfin, nous nous arrêtons après une demi-heure de cette horrible lutte. »

Ajoutons que l'autopsie a montré les poumons sains, le cœur mou, flasque et vide, pas de congestion dans l'encéphale; rien, en un mot, qui pût expliquer la mort.

Voilà le fait; qu'est-ce qu'il prouve? M. A. Richard administre le chloroforme lui-même; tant qu'il tient la compresse, pas d'accidents. Mais il quitte la compresse pour procéder à l'opération, et confie le soin de l'éthérisation à un élève; le chirurgien ordonne un moment de la retirer, puis il la fait remettre et il opère; mais dès lors sa surveillance cesse; ce n'est pas à lui, c'est à l'élève qu'il faut demander compte; et comme il n'y a pas un seul détail sur la manière dont celui-ci s'est comporté, qui dira que les règles indispensables ont été observées?

Une fois, nous avons vu des accidents alarmants sur une opérée, précisément dans les mêmes conditions que M. Richard. Nous avions à extirper un col utérin cancéreux; l'éthérisation accomplie, nous nous mîmes à l'œuvre, en recommandant à un aide de tenir la compresse à une distance des narines suffisante pour entretenir l'insensibilité, sans courir aucun risque. A un moment où l'opération offrait un intérêt spécial, tous les yeux se portèrent de ce côté, même celui de l'aide qui tenait la compresse; et bientôt arrivèrent les accidents que nous fûmes cependant assez heureux pour conjurer. Pareille chose est arrivée à M. Nélaton; et il en résulte pour tout opérateur la nécessité, quand il confie la suite de l'éthérisation à un aide, de lui bien enseigner ce qu'il faut faire, de lui enjoindre de ne pas s'occuper d'autre chose, et enfin de le surveiller encore de temps en temps.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Mai 1854. — Présidence de M. Combes.

Efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées, et combattre la péritonite consécutive.

M. Baudens lit le résumé suivant d'un Mémoire portant ce titre.

Le traitement que nous appliquons avec tant de succès aux lésions de cause traumatique, la glace avec ou sans sel marin, nous l'avons étendu aux hernies étranglées.

Sur 16 cas de hernies compliquées d'étranglement, alors que les moyens ordinaires de réduction avaient échoué, nous comptons 16 réussites dues à la glace associée à l'action d'une compression locale, méthodique et permanente. Ce chiffre n'est sans doute pas bien élevé encore; il nous paraît digne, néanmoins, d'être pris en très-sérieuse considération.

Ce nouveau traitement, nous le faisons précéder de considérations : 1° sur les effets de l'étranglement et de l'engouement; 2° sur l'état vital des viscères herniés; 3° sur l'action thérapeutique de la glace pour réduire les hernies étranglées.

Nous ne parlerons, dans cette analyse, que du dernier chapitre.

Action thérapeutique de la glace sur les hernies étranglées. — Et d'abord, rappelons que le premier effet de la constriction des viscères herniés, de l'étranglement, c'est la strangulation des vaisseaux capillaires. Dès ce moment, la hernie se congestionne, augmente de volume, et ne peut plus rentrer dans l'abdomen; bientôt après, elle devient dure, chaude, douloureuse, en proie à l'inflammation la plus vive, avec menace de gangrène; il faut se hâter d'agir.

Or, n'est-il pas de toute évidence que pour arriver à faire rentrer les hernies, il faut, avant tout, se préoccuper d'en réduire le volume occasionné

Si, dans l'observation de M. Genouville, la contagion est directe, n'a-t-on pas rapporté des faits à antécédents obscurs qui ont permis de se demander si l'affection farcino-morveuse peut naître spontanément chez les individus soumis aux mêmes conditions d'habitation, d'atmosphère que les solipèdes, sur lesquels il est prouvé que la morve peut se développer d'elle-même? Cette question a été résolue généralement par la négative; cependant je me rappelle avoir observé un cas dans lequel le doute était permis.

Chez le malade de M. Genouville, nous retrouvons aussi ces prodromes, dont la thèse de M. Tardieu offre une description si complète, puis le siége des abcès aux membres, ainsi que l'indique encore M. Tardieu. Cependant, il est bon d'ajouter que ces prodromes, malaise, fièvre, douleur, peuvent manquer, que l'on peut rencontrer des abcès sur le tronc. Enfin, quoique la mort ait été la suite ordinaire de cette terrible affection, on sait aujourd'hui que quelquefois la guérison peut se montrer, non pas une guérison momentanée qui a souvent trompé le médecin désireux de voir une issue heureuse, mais une guérison durable, comme dans le cas publié par M. A. Richard et par votre secrétaire dans les *Archives de médecine* (1). Un trop grand intérêt s'attache à l'étude complète de l'affection morveuse depuis la découverte établie par les travaux d'Elliotson et de M. Rayer, pour que nous ne saisissions pas les occasions qui se présentent d'éclaircir les points encore obscurs de cette étude, et que nous ne nous empressions pas d'enregistrer tous les faits qui passent sous nos yeux.

Lésions de l'appareil de la circulation.

Les maladies de l'organe central de la circulation, si fréquentes, vous ont fourni, cette année encore, l'occasion de faire des recherches intéressantes, et vous avez pu étudier bon nombre d'altérations valvulaires, d'hypertrophies, de lésions du péricarde, etc.

Les maladies des valvules du cœur ont été l'objet des méditations des pathologistes modernes, surtout depuis Laënnec et Corvisart. Qui ne connaît à cet égard les beaux travaux de M. Bouillaud, de M. Bizot, de Hope, de Corignan, de M. Barth, etc.? Il n'est nul doute que la science ne soit très-avancée sur ce point de l'anatomie pathologique. Ces états morbides se présentent sous des formes diverses, tantôt c'est un simple épaississement du repli; tantôt cet épaississement, plus marqué, est le siége de concrétions cartilagineuses ou calcaires, de végétations plus ou moins saillantes; et ces diverses formes entraînent dans la position des valvules, dans leur mode de relation avec l'orifice qu'elles doivent fermer, des modifications qui en sont le principal danger. Tous ces faits sont du domaine vulgaire; mais ces indurations, ces plaques calcaires, quelle en est l'origine? Dérivent-elles exclusivement d'une inflammation de la membrane interne du cœur, ou bien sont-elles une de ces lésions qui, dans l'âge avancé, viennent traduire quelque vice dans la nutrition des organes? Il n'est pas un de nous qui n'ait rencontré sur des vieillards quelques-unes des formes des altérations des valvules, en quelque sorte sans s'en douter, sans que le cœur, dans ces cas, ait paru malade; et ne sommes-nous pas

(1) *Archiv. génér. de médec.*, 1851.

par l'arrêt de la circulation capillaire, volume accidentellement acquis par le fait de la congestion sanguine dans toute partie soumise à l'étranglement, ainsi qu'on le voit pour le gland par la compression du prépuce lors d'un paraphymosis?

Pour obtenir ce résultat, la glace est, de tous les agents, le plus efficace. Nous avons à lui demander deux choses qu'elle ne refuse jamais. La première, de refouler les liquides qui engorgent la hernie; la seconde, de faire cesser cette inflammation, qui aboutirait à la gangrène si l'art n'intervenait.

Nous nous sommes demandé pourquoi le traitement par le froid est condamné par les auteurs; par Boyer, qui s'exprime ainsi, et résume l'opinion générale : « Dans l'étranglement inflammatoire, où la hernie et le bas-ventre sont ordinairement très-enflammés et douloureux, on ne doit jamais hasarder l'application de la glace ou de la neige, parce qu'elle pourrait produire la gangrène en éteignant le peu de vie qui reste encore dans les parties enflammées. » Aujourd'hui, nous pouvons répondre avec une entière conviction, sans ostentation, comme sans fausse modestie, le traitement par le froid est condamné, parce que jusqu'à nous, les effets thérapeutiques de la glace ont été méconnus ou mal appréciés.

Les détracteurs de la méthode réfrigérante, quand ils opposent les risques de la gangrène par congélation, les dangers des répercussions et d'arrêts de transpiration, ont raison au point de vue où ils se placent; mais leur point d'optique n'est pas le nôtre.

Ils oublient que l'inflammation communique à la région dont elle s'est emparée, une résistance au froid des plus remarquables. L'oreille d'un lapin, enflammée par suite de congélation, n'a pu être congelée de nouveau (expérience de Hunter). Tout est là. Un pas de plus, Hunter aurait dit, avant nous, qu'il faut distinguer *le calorique normal et le calorique en excès*.

Le calorique normal ou physiologique, celui de l'état de santé ; le calorique en excès, dont la source est au foyer pathologique, et qu'on serait tenté d'appeler calorique morbide, si la physique le permettait.

Cette distinction capitale une fois admise, les inductions sont faciles.

L'un, le calorique normal, indispensable à l'exercice régulier des fonctions, doit être toujours respecté pour éviter les congélations, répercussions, etc. Il est, en effet, de toute évidence qu'on ne pourrait impunément appliquer, plusieurs jours de suite, de la glace sur une région, si elle n'était en proie à une vive inflammation.

L'autre, le calorique en excès, si remarquable par son activité et par son incroyable puissance de reproduction, est nuisible. Il doit, au fur et à mesure qu'il se développe, être soutiré avec une persévérance parfois très-grande.

Il nous est arrivé de laisser, pendant quarante jours, de nombreux et gros morceaux de glace sur la jambe de M. Farcy, officier blessé aux événements de juin 1848. Nous avions extrait, en esquilles, un quart de la substance du tibia, pour faire, selon notre précepte, d'une plaie compliquée une plaie simple, et en maîtrisant, par la glace, une épouvantable réaction inflammatoire, nous avons sauvé le membre, si bien qu'après quinze mois de ménagements, ce brave militaire, qui habite Paris, est parvenu à marcher sans béquilles.

Nous comptons par milliers les cas où pendant un ou plusieurs jours, de la glace pilée, additionnée de sel marin, a été appliquée sur des foyers compliqués d'étranglement. Le thermomètre descendait à —14° centigrades, et les malades, bien loin de ressentir des effets de congélation, accusaient dans le foyer une chaleur plus élevée que dans l'état normal, tant est prodigieuse parfois l'intensité du feu à éteindre. Ces faits semblent incroyables, aujourd'hui encore ils ont tout le prestige de la nouveauté, et cependant ils datent de plus de vingt ans ; dix années consécutives, ils se sont produits au grand jour devant des centaines d'élèves à notre clinique du Val-de-Grâce.

Un examen bien digne d'intérêt serait de rechercher à quelle source s'alimente cette énorme production de calorique en excès.

Si la partie phlogosée ne puisait ses éléments de résistance au froid qu'aux sources normales, qu'aux foyers connus de la combustion dans les poumons, d'après Lavoisier et Seguin, au sein de nos organes pendant le cours de la circulation, surtout dans les vaisseaux capillaires, d'après l'opinion de Lagrange Spallanzain, de M. Milne Edwards et des physiologistes de nos jours, le cratère ne tarderait pas à s'épuiser sous l'empire d'une réfrigération portée à —14°.

L'appel et l'afflux plus considérables du fluide nerveux et du sang, dans la région enflammée, ne sauraient rendre compte de la grande somme de calorique produit, car la circulation capillaire se trouve promptement interrompue par l'engorgement et l'obstruction des petits vaisseaux sanguins.

Nous pensons que l'énorme quantité de calorique enlevé à la source qui l'alimente, avec une activité comparable à celle du feu, se régénère principalement par suite d'un travail de décomposition chimico-organique dont la puissance est en raison directe du degré d'énergie de la phlegmasie locale.

La quantité de calorique normal produite par la combustion du charbon au sein de nos organes (240 grammes en vingt-quatre heures), d'après les remarquables recherches de MM. Andral et Gavarret, et par la combustion de l'hydrogène (20 grammes en vingt-quatre heures), d'après les beaux travaux de M. Dumas, est évaluée, pour les deux, à 2,627 calories, d'où il résulte que la chaleur produite par un homme adulte, en vingt-quatre heures, suffirait pour élever d'un degré la température de 2,627 kilogrammes d'eau. Or, cette production de chaleur propre au corps de l'homme ne peut alimenter le foyer pathologique, puisque, d'après M. Dumas, celle qui n'est pas épuisée par le rayonnement est absorbée par les grandes fonctions de l'économie.

Il nous est arrivé souvent de chercher à apprécier le degré de la chaleur en excès, soit à l'aide de l'appareil thermo-électrique de M. Becquerel, soit en plongeant la boule d'un thermomètre au centre d'un foyer organique, et, constamment, le peu de résultats obtenus nous a étonné. Tandis, en effet, que le thermomètre, appliqué sous l'aisselle, s'élève à + 37° environ, il ne monte que de 1 à 1 degré 1/2 au centre d'un phlegmon aigu. Mais quand on songe que, dans les climats les plus chauds, la température animale ne gagne que de 1 à 2 degrés, on doit reconnaître que ce résultat, si minime en apparence, n'en a pas moins une importance réelle.

Objections. — On objecte encore au traitement par la glace, que l'in-

---

habitués à ces lésions de nutrition portant dans l'âge avancé leur action sur bon nombre d'organes, et en particulier sur le système circulatoire; mais, d'un autre côté, ces altérations se montrent sur de jeunes sujets, sur des enfants chez lesquels, le plus souvent, on a signalé quelques symptômes morbides; il y a donc de ces lésions qui tiennent à l'inflammation. Quoi qu'il en soit, il est très-rare que l'on rencontre l'altération simple de l'une des valvules; presque constamment la lésion est multiple, en ce sens que l'orifice est modifié. Ainsi, dans la pièce que vous a fait voir M. Titon (1), l'orifice aortique était rétréci et les valvules insuffisantes; le cœur était en même temps hypertrophié. De même sur la pièce de M. Vidal (2), l'orifice aortique pouvait à peine recevoir l'extrémité du petit doigt, et les valvules avaient subi diverses altérations; ainsi l'une d'elles, épaisse, dure, comme cartilagineuse, surtout à son bord libre, pouvait encore s'abaisser et présentait une perforation recevant une tête d'épingle; la deuxième ne s'abaissait qu'incomplétement, et la troisième était plaquée contre la paroi aortique; ces valvules étaient donc aussi insuffisantes. Enfin, dans le cas de M. Barth (3), le rétrécissement est extrême, l'orifice aortique est triangulaire, les valvules sont crétacées et insuffisantes, le cœur hypertrophié. Ces trois observations ne font que confirmer des données déjà acquises à la science, on sait que le rétrécissement aortique s'accompagne souvent d'insuffisance valvulaire, tandis que ce dernier accident sans rétrécissement a été beaucoup plus rarement observé, malgré les recherches que Hope, Corrigan, Henderson, ont fait sur ce sujet.

(1) P. 38. — (2) P. 45. — (3) P. 70.

L'observation que nous devons à M. Gaube (1) offre encore un état plus complexe. Dans ce cas, les cavités droite et gauche du cœur étaient largement dilatées et leurs parois hypertrophiées. L'orifice auriculo-ventriculaire droit était très-large, et l'orifice pulmonaire n'était pas sensiblement modifié. Les valvules aortiques étaient bien évidemment insuffisantes; immédiatement au-dessus de l'orifice aortique, en arrière et à gauche de l'intersection des valvules aortiques droite et gauche, se trouvait une ouverture régulièrement arrondie, conduisant dans un cul-de-sac qui correspondait à la paroi antérieure de l'oreillette gauche, qui était épaissie à ce niveau. — La valvule gauche de l'orifice aortique était percée à sa base d'un trou arrondi, à bords renflés, qui établissait une communication nouvelle entre l'aorte et le ventricule gauche. La lésion la plus curieuse dans cette observation est, sans contredit, cette variété d'anévrisme qui se trouve au niveau des valvules aortiques, variété beaucoup plus rare, ainsi que nous l'a appris M. Leudet, que celle décrite par M. Fizeau.

Dans une autre observation de M. Gaube (2), les parois du ventricule gauche étaient épaissies, sans augmentation de sa cavité. L'orifice aortique et l'orifice mitral étaient rétrécis considérablement, et les valvules aortiques, soudées entre elles, portaient des végétations granuleuses crétacées; elles étaient insuffisantes, ainsi que les valvules mitrales, aussi indurées. Nous avons, dans ce fait, une coïncidence du rétrécissement et de l'insuffisance valvulaires dans les deux orifices des cavités gauches du cœur.

(*La suite à un prochain numéro*.)

(1) P. 186. — (2) P. 186.

flammation étant nécessaire à la guérison des plaies, il ne faut pas s'opposer à son développement.

Pour rester tout à fait dans le vrai, il faudrait dire : « L'inflammation modérée, contenue, dégagée de ses fréquents écarts. » Avec cette réserve, et sous ce bénéfice, nous sommes parfaitement d'accord. Le précepte, ainsi modifié, nous l'acceptons comme une vérité élémentaire incontestable. C'est pour n'avoir pas toujours respecté l'inflammation modérée que la méthode réfrigérante a eu des mécomptes et tant de détracteurs.

La difficulté, le nœud gordien, c'était de trouver un moyen infaillible de n'agir que sur la portion nuisible, sur l'excédant du calorique, accidentellement développé. Ce problème, nous l'avons complétement résolu, comme on le verra.

Ce qui est nécessaire à la cicatrisation, à la réunion des plaies par première intention, c'est l'inflammation au premier degré, appelée inflammation adhésive, par suite de la sécrétion d'une lymphe coagulable, d'une matière fibro-albumineuse plastique qui exsude de tous les points dès que se produit un travail phlegmasique modéré.

Quand l'inflammation cesse d'être modérée ; quand, surtout, elle éclate avec violence, comme dans la hernie étranglée, les accidents se succèdent d'autant plus rapidement que la lutte est plus vive : il faut se hâter d'agir.

Les saignées générales et locales, le débridement lui-même, échouent souvent contre une inflammation que rien ne peut éteindre et qui, semblable à un incendie, ne s'arrête que faute d'aliments. Alors apparaissent les phlegmons profonds et diffus, avec fusées purulentes, mortification du tissu cellulaire, résorption purulente, phlébite, gangrène.

Il faut ici un frein plus puissant que les antiphlogistiques classiques, saignées, cataplasmes, etc. Pour arrêter la marche de ces terribles accidents, ce frein souverain, nous l'avons découvert ; c'est l'application de la glace avec ou sans sel marin.

On objecte encore que la méthode réfrigérante a le danger de masquer les symptômes et d'inspirer au chirurgien une sécurité périlleuse. Pour être retardée, dit-on, l'inflammation n'éclate plus tard qu'avec plus de violence.

Cette objection prouve une fois de plus que le froid, dans ses effets thérapeutiques, est méconnu.

Du moment, en effet, que l'inflammation traumatique a assez de calorique pour rester modérée, le travail de restauration suit une marche régulière ; il n'éprouverait de perturbation que si la glace enlevait tout le calorique produit, ce dont il faut avoir bien garde, nous l'avons déjà dit. Voilà pourquoi, comme conséquence des principes par nous appliqués au froid, il nous arrive, quand le sujet est épuisé, comme cela peut avoir lieu à la suite d'une amputation nécessitée pour une lésion chronique, d'envelopper de ouate et d'entourer de chaleur le moignon de l'amputé, parce que le calorique nécessaire menace de faire défaut par insuffisance de réaction.

La glace, dans ce cas, serait un monstrueux contre-sens ; toutefois, il faudrait s'en prendre, en cas de revers, à l'impéritie, non à la méthode.

On voit, par là, combien sont chimériques les prétendus dangers de congélation, de percussion, etc., puisque, malgré la glace, la partie qui en reçoit l'effet est plus chaude que dans l'état normal.

Pour que la gangrène par congélation notée par A. Cooper fût à craindre, dit M. Velpeau, il faudrait que la glace fût employée avec bien peu de précaution, et je doute qu'un pareil accident soit réellement à redouter.

Comment éviter les écueils du traitement par la glace ? Nous possédons un moyen simple et infaillible d'éviter les risques du traitement par le froid, et de n'en conserver que les bienfaits. Ce précieux critérium nous est fourni par le malade lui-même.

Notons bien que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable et soulage ; il modère l'activité du foyer morbide générateur du calorique en excès, excès de calorique qui, d'effet ou produit, devient cause et réagit avec maléfice en exaltant soit l'action de décomposition organo chimique, comme le pensent les physiciens, soit l'innervation et l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes, soit les deux à la fois, ce qui est assez probable.

Cette bienfaisante sensation du froid persiste tant qu'il y a du feu à éteindre ; c'est pourquoi il faut toujours graduer l'action du froid sur l'intensité du foyer.

Telle que nous l'entendons, la méthode réfrigérante roule sur un axe gradué : à l'un des pôles est l'eau froide ; à l'autre pôle, la glace avec sel marin.

On commence par appliquer sur la partie enflammée une simple compresse trempée de temps en temps dans une eau dont la température doit être graduellement de plus en plus abaissée, on dépose ensuite sur la compresse laissée en place des morceaux de glace en nombre et en grosseur variables, selon le degré désiré de réfrigération.

Si cela ne suffit pas, si la glace ne produit qu'un médiocre soulagement sans anéantir un profond sentiment de brûlure, si, selon l'expression de quelques malades, la glace semble se réchauffer, c'est que son action est insuffisante. Il faut l'augmenter par un mélange de sel marin et de la glace pilée. A l'aide de ce réfrigérant, nous obtenons — 14°, on sait que le froid peut même descendre à — 20°,55 en mettant à deux parties de glace pilée une partie de sel.

Maintenant, pour graduer les moyens à l'action sans risquer de faire fausse route, rien de plus aisé. Nous avons dit que le contact du froid sur une partie enflammée procure des sensations agréables non douteuses. Eh bien ! ce sont ces sensations qu'il faut soigneusement interroger.

Tant que vous éprouverez, disons-nous, des réfrigérants, un sentiment de bien-être, persistez. Dès qu'ils cesseront d'être bienfaisants, ce qu'on reconnaît aisément à une impression de froid et d'humidité désagréable, analogue à celle qu'on ressentirait en état de santé, supprimez-les. Seuls, les malades sont juges du degré convenable du froid et de sa durée. Leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne trompent jamais. Seulement, il faut être en garde contre une reconnaissance exagérée : les bienfaits du froid engagent souvent à en faire abus. Il doit être gradué dans son action, ne dépasser jamais les limites voulues, afin de le supprimer doucement dès qu'à la chaleur phlegmoneuse, locale, succède un certain sentiment de refroidissement. Ce signe, nous le répétons, est un avertissement dont il faut tenir bien compte.

Cette sensation de froid désagréable se produit dès que le foyer pathologique s'éteint, parce qu'alors ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique normal que la glace soutire. Elle irait jusqu'à la souffrance la plus vive si on persistait. Qui n'a ressenti cet engourdissement douloureux du bout des doigts causé par le froid qu'on appelle onglée ? Cette onglée, il suffit pour la produire de tenir, pendant quelques secondes, un morceau de glace entre le pouce et l'index ; mais si ces doigts étaient en proie à un panari aigu, il n'en serait plus de même ; la glace, même additionnée de sel marin, serait alors supportée comme un grand bienfait.

La glace n'est pas seulement l'arme la plus puissante pour combattre l'inflammation tétanique, elle présente en outre cet immense avantage de ne pas affaiblir comme les saignées. Ses saignées, à elle, sont des soustractions continues et jusqu'à épuisement du calorique en excès.

Le malade conserve toutes ses forces, l'économie toutes ses ressources pour faire face aux frais de la maladie, sans compter que les frais de la maladie sont bien moins considérables par le traitement réfrigérant que par tout autre, attendu qu'il resserre considérablement le cercle inflammatoire. Que de fois les chirurgiens n'ont-ils pas à déplorer la perte de malades conduits jusqu'à la convalescence, touchant au terme de la guérison, parce qu'épuisés par des saignées, ils n'ont pu vivre assez longtemps sur leur propre fonds et suffire à des suppurations qui cependant allaient cesser !

Effets de la glace sur les hernies étranglées. — Les effets de la glace sur une hernie étranglée sont le refoulement des liquides, la sédation de la douleur, la condensation des gaz contenus dans l'intestin, l'affaissement de la tumeur, l'enraiement des accidents inflammatoires, et surtout de la péritonite, si souvent mortelle.

La glace ne donnât-elle que ce dernier résultat, un temps d'arrêt dans la marche si rapide des accidents, afin de permettre au chirurgien de ne rien précipiter, et d'essayer, sans danger de temporisation, des moyens plus innocents que l'opération, que son emploi se trouverait parfaitement justifié.

Le refoulement des liquides, la condensation des gaz, amènent, dans les parties herniées, une diminution de volume qui donne plein pouvoir au taxis, jusque-là impuissant.

La réduction peut être spontanée sous l'influence seule de réfrigérants, nous en citerons trois exemples ; mais, quand elle n'a pas lieu ainsi, il faut la provoquer en secondant la glace par un bandage compressif. Cette double action nous a toujours réussi jusqu'à ce jour.

Quand la tumeur est si douloureuse qu'elle ne peut supporter la moindre compression, il faut toujours débuter par la glace seule ; une fois la douleur apaisée, on peut, si on le juge bon, lui adjoindre un spica qu'on fera recouvrir de glace pilée.

Pour doter ce bandage d'une action contractile continue, analogue à celle des doigts, nous nous servons d'une bande élastique, préparée avec du caoutchouc. Ce bandage spécial, nous l'appelons spica-taxis.

On sait que le taxis ordinaire ne peut guère être employé quand la tumeur est enflammée et très-douloureuse. On sait qu'il expose à des froissements, et même à des déchirures, quelque précaution que l'on prenne, parce que l'intestin enflammé résiste beaucoup moins. La compression du taxis, précédée et accompagnée de glace, faite avec une bande élastique, n'expose pas à ce danger. Pour la seconder efficacement, le bassin doit être soulevé, afin de faciliter, par une position déclive, la rentrée des viscères.

Là où elle apparaît dans toute son efficacité, c'est quand, après avoir épuisé toute la liste des moyens conseillés pour réduire une hernie, le chirurgien n'a plus d'autre ressource que l'opération.

Dans seize cas analogues, les seuls auxquels nous ayons eu jusqu'à ce jour l'occasion d'appliquer notre traitement, nous avons pu éviter la kélotomie, et tous les malades ont obtenu une prompte guérison. Ces faits sont relatés dans le Mémoire déposé, et dont nous ne donnons que l'analyse.

La glace, c'est notre intime conviction, est appelée à opérer une révolution complète dans le traitement des lésions traumatiques ; depuis vingt-quatre ans, elle a constamment répondu à notre attente. Si elle n'a pas encore triomphé, c'est que rien n'est si difficile à déraciner que des préjugés, et surtout des erreurs. L'Académie des sciences appréciera si nous avons posé des principes, formulé des lois, donné des guides certains, si nous avons, en un mot, établi le dogme.

De l'influence des fractures sur le développement des os chez les enfants.

M. Baizeau adresse un Mémoire dont les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

Il y a environ huit mois, j'observai à la clinique de M. Guersant un enfant de quatre à cinq ans, atteint de fracture de la cuisse consolidée, sans raccourcissement. Le petit malade ayant succombé au trentième jour de sa fracture, par suite d'une maladie intercurrente, on mesura, à l'autopsie, les deux fémurs pour vérifier leur longueur ; ils étaient égaux à un millimètre près ; mais, après avoir scié longitudinalement le fémur fracturé, on fut tout étonné de trouver un chevauchement des fragments assez considérable. Comment expliquer un fait en apparence si anormal ? L'interprétation la plus rationnelle était que, sous l'influence de la fracture, il y avait eu dans la circulation osseuse un surcroît d'activité qui, au lieu de borner sa sphère d'action au niveau de la rupture, s'était fait sentir sur toute la longueur de l'os et en avait exagéré le travail ostéogénique. En supposant cette explication exacte, il restait un point à élucider : dans toutes les fractures des enfants y a-t-il élongation plus grande de l'os brisé que de l'autre, ou le fait observé chez M. Guersant est-il exceptionnel ? De nouvelles observations pouvaient seules répondre ; mais il est rare de rencontrer des enfants mourant pendant le traitement d'une fracture, et, d'autre part, quelque soin que l'on mette à examiner sur le vivant les fractures consolidées, il est très-difficile de juger le rapport exact des fragments plongés au milieu du cal et de mesurer leur degré de chevauchement. Il fallait donc recourir aux expériences sur les animaux pour avoir une réponse immédiate. J'opérai sur des lapins, tous très-jeunes, n'ayant pas plus d'un à deux mois.

L'auteur énonce, dans les termes suivants, les conséquences qu'il déduit de ses expériences :

1° Chez les jeunes lapins, les fractures qui s'accompagnent de déplacement, et surtout de chevauchement, excitent le développement des os brisés et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé ; 2° les fractures sans déplacement ont une influence nulle ou très-bornée sur le développement des os fracturés.

Qu'il me soit permis, dit, en terminant son Mémoire, M. Baizeau, de rappeler une particularité intéressante qui se rattache à la formation du cal chez les enfants. M. Malgaigne, dans ses importantes et laborieuses recherches sur les fractures, est arrivé à cette remarque fort curieuse et en opposition avec la théorie de Dupuytren sur le cal, que dans les fractures qui atteignent la substance compacte ou la diaphyse des os longs, les fragments, après la consolidation, ne sont jamais confondus, et qu'il existe toujours entre eux une ligne de séparation ; la fusion, dit-il, n'existe que pour les os spongieux, tandis que dans le jeune âge, et Hippocrate l'avait lui-même avancé, la fusion est intime, même pour les fractures diaphysaires. Mais cette réunion ne se fait pas chez l'enfant comme celle des os spongieux de l'adulte. Chez ce dernier, il y a soudure par l'intermédiaire de la lymphe plastique épanchée entre les fragments. Chez le premier, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique pour la confection du cal en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par des lames continues formant les couches externes qui peu à peu se substituent aux couches anciennes disparaissant par absorption ; de telle sorte qu'au bout de quelques mois, et un mois suffit, comme je l'ai vu chez les lapins, l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation présentant ordinairement, au niveau où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance produite par l'activité plus grande du périoste dans ce point.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— D'après l'avis public qui a été publié par M. le secrétaire de la Faculté, neuf candidats à la place de professeur de clinique externe ont fait acte de présentation. Ce sont MM. Jobert, Michon, Maisonneuve, Gosselin, Richet, Huguier, Chassaignac, Giraldès et Morel-Lavallée.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — M. le docteur Baumers, membre de la Société de médecine, ancien chef de la clinique d'accouchements, a été nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à la suite du concours ouvert le 8 mai, et dont il est rendu compte dans le Bulletin. D'après un arrêté pris à l'unanimité par le conseil d'administration, dans la séance du 19 juillet 1848, et après l'avis préalable des anciens chirurgiens-majors, la durée du séjour des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu dans cet hôpital a été fixée à 18 ans au lieu de 12. Conformément à cette mesure, qui sera appliquée à MM. Barrier et Desgranges, M. Baumers entrera en fonctions, comme *aide-major,* le 1er janvier 1856 ; comme *chirurgien-major,* en 1862 ; comme *chirurgien titulaire externe,* en 1868. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Nos lecteurs connaissent l'intention de l'Assistance publique, qui est de créer un nouvel hôpital d'enfants et l'installation d'un service temporaire d'enfants à Saint-Antoine. La *Presse* publie, relativement au futur hôpital, les renseignements suivants, qu'on ne lira pas sans intérêt, même au point de vue hygiénique :

On sait qu'à la mairie du huitième arrondissement on a ouvert une enquête concernant le projet de construction d'un nouvel hôpital d'enfants et l'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, sur les terrains situés entre ce dernier établissement, la caserne de Reuilly et le boulevard Mazas.

Depuis longtemps, l'Administration de l'Assistance publique avait reconnu l'insuffisance du nombre des lits à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres. Quoique ce nombre soit de 600, il est loin d'être en proportion des pauvres petits malades qui y sont reçus.

En effet, si l'on consulte les comptes rendus publiés tous les ans par les soins de l'Administration, on voit que l'établissement hospitalier de la rue de Sèvres reçoit annuellement 3,700 à 4,000 malades qui y séjournent, en moyenne, de 55 à 56 jours, tandis que cette moyenne, dans les autres hôpitaux, n'est que de 21 à 22 jours.

Ce seul rapprochement suffira pour faire comprendre l'opportunité du nouveau projet ; quant à son emplacement, il ne pouvait être mieux choisi, puisqu'il se trouve à peu près au centre de l'arrondissement le plus populeux de la capitale. Voici, au surplus, ce que dit la légende explicative annexée au plan :

L'administration a conçu le projet de créer un nouvel hôpital d'enfants, de 400 lits, sur les terrains contigus à l'hôpital Saint-Antoine. Elle a reconnu, en outre, la nécessité d'agrandir ce dernier établissement, et de porter de 290 à 400 les lits d'adultes qu'il contient.

Derrière les bâtiments se trouvent d'assez vastes terrains séparés, tant du boulevard Mazas que de la caserne de Reuilly, par quelques propriétés particulières de peu de profondeur, qui doivent être percées par deux rues sensiblement parallèles, mettant en communication la rue du Faubourg-Saint-Antoine et le boulevard.

C'est sur ces terrains que s'élèverait le nouvel hôpital. Mais il ne pourrait, sans de sérieux inconvénients, avoir la même entrée que l'hôpital Saint-Antoine, et se trouver enclavé, en partie, par des propriétés privées que l'ouverture récente du boulevard Mazas a mises en valeur, et qui ne tarderaient pas à se couvrir de constructions, d'ateliers, de fabriques.

L'administration attache de l'importance à ce que le nouvel hôpital ait façade et entrée sur le boulevard Mazas, et s'étende de l'une à l'autre des rues projetées, de manière à être isolé de toute construction particulière. Elle se propose donc d'acquérir, soit à l'amiable, soit par voie d'expropriation, les terrains compris entre ceux qu'elle possède déjà, le boulevard et les deux rues projetées.

La dépense de l'expropriation est évaluée à environ 400,000 fr. — La dépense de construction paraît devoir être de 2 millions 500,000 fr., et celle de l'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, de 600,000 fr., ensemble : 3 millions 500,000 fr.

Ce double projet aurait pour conséquence de presque doubler l'étendue de l'hôpital Saint-Antoine et de porter à 1,000 le nombre de lits affectés aux enfants malades. Quant aux deux nouvelles rues qu'on se propose de percer, malgré leur parcours d'environ 550 mètres, elles n'atteindraient que deux propriétés bâties, ce sont les maisons portant sur le faubourg les nos 162 et 200 ; le surplus n'étant que des terrains vagues ou couverts de constructions de peu de valeur.

La première de ces rues aurait 12 mètres de largeur, et la seconde, qui aboutirait au carrefour formé par les rues de Reuilly, de Montreuil et Saint-Bernard, en aurait 20 à 22, avec pans coupés de 5 mètres, tant sur le faubourg qu'à son débouché sur le boulevard.

Les 6, 7 et 8 juin, un commissaire désigné en vertu des articles 3 et 4 de l'ordonnance du 23 août 1835, recevra les observations qui pourraient être faites sur l'utilité du projet ; puis, s'il y a lieu, il sera immédiatement procédé à l'accomplissement des autres formalités nécessaires pour arriver à l'exécution dudit projet.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 68. 2e année. Jeudi 8 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 7 Juin 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Ainsi que nous l'avions annoncé, le grand tournoi utérin s'est ouvert aujourd'hui, et le premier champion entré dans la lice est M. Malgaigne : il a seul occupé toute la séance. Dire que l'habile orateur a réussi à captiver pendant cinq quarts d'heure l'attention de l'auditoire, ce serait désormais répéter un lieu commun. Ce qui ne serait pas aussi constant, ce serait de pouvoir dire qu'avec l'art oratoire ont marché de front, l'esprit de suite, la netteté des idées, la sévérité et la concordance des opinions et des conclusions; mais sur ce point nous avons plus d'une restriction à faire; seulement, ne voulant pas nous livrer à l'appréciation de la remarquable improvisation de M. Malgaigne, sans en avoir mûrement médité toutes les parties, nous devons renvoyer cet examen à notre prochain numéro. La séance a été close par une très-intéressante présentation de M. Maisonneuve, et par une présentation de M. Bégin sur un bel appareil moins utile que beau. H. DE CASTELNAU.

I. Fistules des voies respiratoires. — Tumeur gazeuse consécutive. — Guérison.
II. Pleurésie. — Hydropéricarde. — Ponction du péricarde. — Mort.

M. Bébier a communiqué sous ce titre, à la Société médicale des hôpitaux, deux observations recueillies par M. Tarnic, interne des hôpitaux, et qui méritent d'être consignées ici. Il est à regretter seulement que l'habile observateur, dans le service duquel ces faits se sont passés, n'ait pas jugé à propos d'en faire le sujet de quelques réflexions.

I. *Fistule des voies respiratoires; tumeur gazeuse consécutive.* — La nommée Neuillon (Marie), âgée de 45 ans, soigneuse de laine, est malade depuis cinq mois. Les accidents qu'elle éprouva débutèrent assez brusquement : fièvre intense, étouffements, dyspnée; ces premiers symptômes disparurent promptement, mais ils laissèrent à leur suite trois ou quatre petites tumeurs dures, qui, au dire de la malade, lui poussèrent de chaque côté du cou, et qui vraisemblablement ne furent que des ganglions lymphatiques engorgés.

Quinze jours après environ, une nouvelle recrudescence inflammatoire eut lieu : fièvre intense, mal de gorge considérable, aphonie, dysphagie (la difficulté de la déglutition était si grande, que la malade ne pouvait pas avaler du pain trempé et ramolli dans du bouillon). Ce fut alors que la malade entra à l'hôpital, salle Sainte-Eulalie, n° 37. Les mêmes accidents continuèrent pendant un mois sans présenter d'amendement, et ils amenèrent la formation d'un abcès, dont le siége et l'ouverture n'ont pas

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. FOUCHER, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52, 53 58 et 67.)

Lésions de l'appareil de la circulation (suite).

Sur la pièce de M. Bucquoy (1), vous trouviez un orifice mitral rétréci, non pas à sa base, mais par l'adhérence des deux valves de la valvule, disposées de façon à former un cône renfermé et dur qui pouvait à peine livrer passage à une plume d'oie ; la valvule était insuffisante, et les ventricules notablement hypertrophiés.

M. Axenfeld (2) vous a fait voir un exemple de rétrécissement mitral avec des éraillures, des valvules qui pouvaient, pendant la vie, permettre un certain reflux sanguin ; ce serait là une variété d'insuffisance à laquelle, cependant, il ne faudrait peut-être pas donner trop d'importance.

(1) P. 251. — (2) P. 362.

Vous remarquez qu'aucune de ces pièces n'a offert d'altérations des orifices droits du cœur, et cette sorte d'immunité pathologique, dont jouissent les cavités droites, a depuis longtemps frappé l'attention des pathologistes, si bien que Bichat, pour s'en rendre compte, avait admis une différence dans la texture de la membrane des cavités gauches et dans celle des cavités droites, et que M. Bizot cherche à l'expliquer par la différence du sang artériel et du sang veineux.

En scrutant avec soin ces diverses observations, qui toutes contiennent une médication précise des symptômes observés pendant la vie, on pourra peut-être y trouver quelques données propres à jeter quelque lumière sur cette grande question des bruits du cœur, qui semble jouir du triste privilége de devenir d'autant plus obscure qu'on l'étudie davantage.

J'ai déjà eu occasion de rappeler que la communication des cavités gauches et droites, par la persistance du trou de Botat, est loin d'être rare; mais il est moins fréquent que cette communication s'établisse à travers la cloison inter-ventriculaire.

Cependant, vos bulletins en contiennent quelques exemples ; d'autres appartiennent à M. Louis, aux docteurs Bertody, Hiff (1) ; à Ravina, à Norman Chevert. Vous devez à M. Maurice (2) un cas de cette espèce, trouvé chez un enfant de 14 ans, et d'autant plus curieux que, malgré

(1) *Arch. génér. de médec.*, 4e série; 1848, t. 16, p. 375. — (2) P. 401.

été constatés; seulement, la malade ayant rendu en trois jours jusqu'à six crachoirs de pus, par une simple expuition et sans aucun effort de toux, il serait à présumer que l'ouverture était située dans les voies ingestives supérieures. Après l'ouverture de cet abcès, la déglutition, quoique difficile encore, devint plus facile, et la malade pouvait avaler du pain imbibé de bouillon. A la suite de cet abcès, une tumeur dure et phlegmoneuse parut sur les côtés du cou; cette tumeur, d'abord très-douce et très-résistante, se ramollit et fut peu à peu remplacée par une tumeur élastique pleine d'air.

C'est alors au 1er janvier que M. Béhier prit le service de la salle Sainte-Eulalie, et que nous pûmes constater par nous-même les phénomènes suivants :

Une tumeur arrondie faisant relief sur les parties latérales du cou, au niveau de la base du triangle sus-claviculaire, présente un diamètre d'environ 5 centimètres; cette tumeur est molle, élastique, sonore à la percussion; lorsqu'on applique le doigt sur cette tumeur et que l'on fait parler la malade, on sent avec le doigt des vibrations qui correspondent évidemment aux vibrations sonores. Cette tumeur se gonfle et devient tendue chaque fois que la malade fait un effort quelconque, chaque fois qu'elle tousse ou qu'elle éternue, chaque fois même qu'on la fait parler. Cette turgescence gazeuse de la tumeur pendant les efforts et pendant la phonation même, semble indiquer que la fistule, qui fait communiquer cette tumeur avec les voies aériennes, est placée au-dessous de la glotte, puisque la glotte est le seul point qui se rétrécisse et se contracte pendant la phonation. Toutefois, on doit se rappeler que le pus versé à l'extérieur était rejeté sans effort de toux; ces deux circonstances semblent contradictoires, et nous ne pouvons les expliquer qu'en invoquant l'infidélité du récit de la malade, lorsque nous avons pu l'interroger.

L'inspection de l'arrière-gorge ne nous fait remarquer aucune ouverture fistuleuse; seulement, dans cet examen, nous avons été frappés de voir la luette repoussée en avant par la paroi postérieure du pharynx, qui semble détachée de la colonne vertébrale; en palpant cette paroi avec l'extrémité du doigt, on sent manifestement qu'elle est repoussée en avant par un fluide gazeux; la palpation de cette tumeur rétro-pharyngienne fait en effet éprouver des sensations analogues à celles que l'on ressent en palpant la tumeur gazeuse qui proémine sur les parties latérales du cou. Cette seconde tumeur a dû, comme celle du cou, être précédée d'un phlegmon, et cette succession de phénomènes rend parfaitement compte de la dysphagie, qui d'abord était presque insurmontable, qui a diminué ensuite très-notablement, et qui persiste encore aujourd'hui à un faible degré.

La malade présente, de plus, un autre ordre de troubles fonctionnels, ce sont ceux de la phonation. Avant sa maladie, la malade avait une prononciation très-nette, tandis que depuis ce temps, et aujourd'hui encore, sa voix est devenue très-nasillarde; la malade parle du nez d'une manière très-désagréable; ce phénomène doit dépendre ou du retentissement des ondes sonores dans le nouvel appendice vocal formé par la tumeur aérienne, ou bien encore de ce que la projection en avant de la paroi postérieure du pharynx et son application contre l'isthme du gosier empêchent le retentissement normal de la voix dans les fosses nasales.

Depuis notre entrée dans le service, la malade a présenté deux fois des exacerbations inflammatoires dans les parois de la poche aérienne; ces exacerbations se traduisaient par de la fièvre et de l'induration du tissu cellulaire du cou. Ces accidents furent au reste facilement arrêtés par la diète et des cataplasmes émollients.

Depuis un mois, l'état de la malade restait parfaitement stationnaire, et, le 2 février, M. Béhier fait dans la tumeur du cou une ponction avec un trocart explorateur; cette ponction laisse échapper un jet de gaz qui augmente et se renouvelle chaque fois que la malade parle ou qu'elle fait un effort; le jet du gaz est assez fort pour éteindre une bougie allumée. Avec l'extrémité de la canule on irrite la surface de la poche gazeuse, et pour continuer cette action, on laisse la canule à demeure pendant quinze heures. Une légère inflammation s'est manifestée le lendemain dans la tumeur; on comprime alors avec une boule de charpie, de manière à faire disparaître complétement la tumeur. Cette compression réussit à merveille, et, dix jours après, la tumeur avait complétement disparu.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours du mois de mars; on peut constater alors que la tumeur du triangle sus-claviculaire a complétement disparu; mais, dans de violents efforts, le larynx est repoussé en avant, et de chaque côté de lui et en arrière on voit apparaître un gonflement anormal et momentané, qui indique que l'air doit pénétrer en ce point. La paroi postérieure du pharynx est toujours repoussée en avant et appliquée contre la luette, aussi la malade conserve encore un peu de dysphagie et sa voix reste nasillarde. Ce sont là, du reste, les seuls symptômes que la malade conserve de son affection. Sa santé générale est bonne, et elle a pu reprendre son travail.

Dans l'examen de la malade, nous n'avons pu trouver aucun signe de tubercules pulmonaires ou d'affection syphilitique.

II. *Pleurésie; hydropéricarde; ponction du péricarde.* — Viel (Eugénie), âgée de 22 ans, couturière, habitant Paris depuis deux mois. Entrée le 30 janvier; mort le 28 février.

Cette femme est pâle, elle est petite et chétive; depuis trois ans elle est atteinte, dit elle, chaque hiver, d'un épanchement pleurétique.

l'orifice assez large de la base de la cloison, malgré le rétrécissement du colitre de l'artère pulmonaire, il n'y avait pas de cyanose, comme dans la plupart des cas observés.

L'histoire de l'hypertrophie du cœur se lie intimement à celle des altérations valvulaires, avec lesquelles nous sommes habitués à la voir coïncider; ce n'est pas à dire, pour cela, qu'elle ne puisse exister seule, et M. Barth (1) vous a montré un cœur d'un volume considérable, dont les orifices étaient parfaitement libres : la dilatation des cavités avait entraîné celle de ces orifices, et l'on trouvait les valvules insuffisantes; cette insuffisance serait due, selon M. Barth, à l'élargissement de l'orifice qui, dès lors, ne peut plus être obtenu complétement par des valvules dont les dimensions ne se sont pas accrues proportionnellement.

L'hypertrophie peut aussi coïncider avec d'autres lésions; telles sont, entre autres, les adhérences du péricarde au cœur; et Hope et M. Beau ont spécialement attiré l'attention sur cette influence des adhérences péricardiques, relativement à l'hypertrophie du cœur. Or, la pièce que M. Goupil (2) vous a montrée était confirmative de cette assertion, puisque le péricarde adhérait, dans presque toute son étendue, au cœur hypertrophié; aucun symptôme n'avait révélé cette lésion, pas plus que dans le cas d'adhérence tout à fait complète que vous devez à M. Axenfeld (1) : dans ce dernier cas, toutefois, le cœur avait son volume normal.

(1) P. 104. — (2) P. 248.

Cependant, même dans ces cas, rien ne prouve que l'hypertrophie soit consécutive aux adhérences péricardiques, ou qu'un cœur plus volumineux soit plus disposé à l'inflammation de son péricarde. M. Cruveilhier me paraît avoir réfuté victorieusement les assertions trop exclusives de M. Beau.

Ces deux observations infirment donc l'opinion de J. Franck, qui, décrivant cette lésion sous le nom de *symphyse cardiaque*, lui a attribué des symptômes qui conviennent à toutes les maladies du cœur; celle de Saunders, qui avait signalé une sorte de rétraction des derniers cartilages costaux due à la traction du diaphragme à chaque battement du cœur; enfin, celle de Hope, qui a appelé l'attention dans ces cas sur le siége des battements et le mouvement de ressaut. On est ainsi ramené à l'assertion de Laënnec et de M. Bouillaud, que ces adhérences étendues du péricarde peuvent ne pas troubler la santé.

Si, maintenant, des lésions de l'organe central de la circulation, nous passons à celles des vaisseaux, nous trouvons une ample moisson de faits importants.

Ce sont d'abord trois cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte qui méritent d'être rappelés à des titres divers.

(1) P. 361.

31 *janvier*. La malade se plaint d'une dyspnée considérable ; sa respiration est fréquente, bruyante, accompagnée de quintes de toux ; elle parle avec peine, la voix est faible. Depuis deux mois déjà elle souffre de cette oppression qui a toujours été en augmentant et qui a débuté, à la suite d'un refroidissement, par un frisson et de la fièvre. A la percussion, tout le côté gauche de la poitrine, tant en avant qu'en arrière, donne une matité absolue ; à l'auscultation, on reconnaît que, du même côté, le murmure respiratoire a complétement disparu, seulement on perçoit quelques râles sonores, surtout au sommet du poumon. Du côté gauche, sonorité normale, râles muqueux et ronflants disséminés dans tout le poumon. Expectoration de crachats purulents nageant dans un liquide visqueux. Pouls petit, filiforme, irrégulier, intermittent, 106 pulsations. Les battements du cœur sont tumultueux, mais on peut constater que cet organe est considérablement dévié et porté du côté droit ; sa pointe doit frapper derrière le sternum, et le maximum d'intensité des bruits se perçoit sur le bord droit de cet os. Bouche amère, langue blanche à la base et rouge sur les bords.

Gomme sucrée ; julep gommeux ; large vésicatoire en arrière et en avant du thorax ; deux bouillons.

1er *février*. La nuit a été mauvaise pour la malade, elle a peu dormi ; le pouls, un peu plus régulier, est devenu plus fréquent que la veille ; l'intermittence a disparu.

Le soir, la malade étouffe davantage ; la face est bleuâtre ; on compte 44 inspirations et 140 pulsations.

Le 2, la respiration est devenue de plus en plus pénible ; l'anxiété est extrême ; le pouls est aussi fréquent que la veille, irrégulier, filiforme. Les quelques râles sibilants que l'auscultation faisait reconnaître ne peuvent plus être retrouvés dans tout le côté gauche de la poitrine.

La thoracentèse est pratiquée par M. Béhier, avec un trocart muni à son pavillon d'une espèce de sac en baudruche. La malade étant en supination, appuyée sur ses oreillers, le trocart est enfoncé entre la septième et huitième côtes, sur le trajet d'une ligne verticale qui passerait au bord externe de la mamelle. Cette première ponction ne donne issue à aucun liquide ; le trocart semble arrêté dans un tissu dur et résistant. Aucune goutte de sang ne s'est d'ailleurs écoulée par la petite plaie.

Une seconde ponction est pratiquée un peu plus haut et plus en avant, dans le sixième espace intercostal, et immédiatement au-dessous de la mamelle ; le trocart est d'ailleurs enfoncé obliquement en dedans et en arrière ; le trocart étant retiré, la canule laisse écouler un liquide qui présente tous les caractères de la sérosité mélangée à un peu de sang ; ce liquide sort d'ailleurs lentement et en petite quantité ; on put en recueillir de 250 à 300 grammes. Pendant que la canule est encore en place, on la voit agitée de mouvements, d'oscillations isochrones aux battements artériels. La main, portée sur l'instrument, fait manifestement reconnaître que ces mouvements sont communiqués par le cœur qui vient frapper contre la canule. Il est d'ailleurs facile, à l'aide de cet instrument, de circonscrire le cœur et d'apprécier la forme et le volume de cet organe. La canule est alors retirée ; la petite plaie est pansée avec une rondelle de diachylon ; pendant une demi-heure, la petite plaie laisse encore échapper quelques gouttes de sérosité.

La malade a été immédiatement soulagée ; la respiration est moins pénible et moins bruyante. — Julep avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

3 *février*. La malade a éprouvé un mieux sensible ; on peut entendre le murmure vésiculaire en arrière et en haut du poumon gauche. Le cœur a repris sa position normale. 26 inspirations et 104 pulsations. Aucune inflammation locale, aucune douleur ne s'est manifestée au voisinage des plaies faites par le trocart.

La malade se plaint de ne pas avoir été à la selle.

Bagnols, sp.	120	grammes.
Citrate de magnésie.	30	—

Le 4, la malade a passé une mauvaise nuit ; elle a peu dormi ; cependant l'oppression est beaucoup moins considérable. 33 inspirations et 102 pulsations. Le cœur occupe sa place normale. On entend le murmure respiratoire à la partie postérieure et supérieure du poumon gauche.

Le 5, l'amélioration de la malade continue ; 34 inspirations, 100 pulsations.

Le 6, 120 pulsations, 36 inspirations. — Vésicatoire à la partie antérieure et droite du thorax.

Le 7, amélioration sensible ; 30 inspirations, 106 pulsations. — Deux potages.

Le 8, le sommeil est revenu ; la malade est gaie ; la face un peu colorée et plus animée ; 15 inspirations seulement.

Les 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 15, le pouls oscille entre 108 et 120 pulsations. La bronchite, qui n'a jamais cessé, semble avoir fait quelques progrès. L'épanchement diminue lentement. — Nouveau vésicatoire en arrière.

Le 17, on peut entendre des râles sibilants dans toute la hauteur du poumon gauche ; le murmure respiratoire n'est encore sensible qu'au sommet.

Les 18, 19, 20 et 21, même état.

Le 22, la malade ne souffre plus ; elle dort parfaitement bien ; 20 inspirations et 100 pulsations.

Les 23 et 24, même état. Le murmure vésiculaire peut être entendu dans la plus grande partie de la hauteur du poumon gauche.

Le 25, agitation, insomnie, chaleur et sécheresse de la peau ; 108 pulsations. Inappétence, soif ; toux fréquente ; râle sous-

---

Le diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte offre parfois des difficultés réelles, qu'un examen attentif peut cependant le plus ordinairement surmonter ; mais, pour le clinicien exact, ce diagnostic de la nature du mal ne suffit plus : il faut rechercher les particularités qu'offre le cas livré à l'observation, surtout celles dont il peut dériver quelques notions pathogéniques ou quelques indications thérapeutiques. C'est ce point que vous avez entendu M. Barth faire ressortir dans un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte (1). Un malade offrait, à la partie supérieure du thorax, une tumeur présentant tous les caractères de l'anévrisme ; mais cet anévrisme était-il sacciforme ? Le sac contenait-il des caillots, et quel était le diamètre de son ouverture de communication avec l'artère ? La saillie que la tumeur faisait à l'extérieur indiquait un anévrisme sacciforme. Dès lors, comme presque toujours dans cette variété d'anévrisme, il devait y avoir des caillots ; les battements étaient énergiques, il y avait lieu de supposer que l'ouverture de communication était large, on pouvait alors espérer une guérison. Le malade meurt d'une pneumonie double, et, à l'autopsie, on trouve sur la courbure de l'aorte une poche anévrismale remplie de caillots et communiquant largement avec l'artère, et, de plus, une destruction du cartilage de la troisième côte droite et une érosion du sternum. Il est juste d'ajouter, toutefois, que, dans l'esprit de M. Barth, les données sur lesquelles repose une pareille précision de diagnostic ne sont que des présomptions.

(1) P. 2.

L'observation de M. Prost (1) est remarquable par le volume de la poche anévrismale, qui égalait celui d'une tête d'un enfant à terme, par l'oblitération complète du tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui est converti en un cordon fibreux ; enfin, par l'immersion dans la poche des débris de la première côte, des extrémités antérieures des trois premières côtes, et la destruction des extrémités internes des deux clavicules.

La pièce que vous a montrée M. Passant (2), dans une de vos dernières séances, pourrait servir de type à la description de l'anévrisme de la crosse aortique. Je me contenterai de vous rappeler le volume considérable de cet anévrisme, la disposition bien évidente en couches concentriques des caillots qui le remplissaient, enfin la largeur de la rupture qui a produit dans la plèvre gauche une hémorrhagie foudroyante.

Tous ces cas se rapportent à l'anévrisme mixte externe ou par érosion ; il n'en était pas de même sur la pièce que je vous ai montrée. Là on voyait, sur l'artère iliaque primitive droite, trois dilatations anévrismatiques, ovoïdes, se succédant à un intervalle de 1/2 centimètre, et deux autres semblables sur l'artère hypogastrique du même côté ; dans ces cas, les

(1) P. 131. — (2) P. 391.

crépitant au niveau de la pointe de l'omoplate du côté droit. — Julep diacodé avec 2 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, julep avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

Le 26, l'état de la malade s'est un peu aggravé ; vomissements, faiblesses. — Même prescription.

Le 27, la peau est brûlante ; 140 pulsations ; toux fréquente ; expectoration de crachats jaunâtres, pneumoniques ; matité dans une grande étendue du poumon droit ; souffle tubaire et râle crépitant. — Tartre stibié, 0,25 dans un julep ; un vésicatoire à la partie postérieure du thorax ; deux autres vésicatoires aux mollets.

Le 28, 140 pulsations ; faiblesse excessive. — Même prescription.

Mort pendant la nuit.

Nécropsie. — La plèvre droite contenait une certaine quantité de sérosité rougeâtre ; la plèvre gauche une quantité beaucoup plus considérable de sérosité purulente. La cavité pleurale droite renferme, de plus, des traces nombreuses d'une ancienne pleurésie, et, par exemple, la plèvre diaphragmatique est recouverte de fausses membranes épaisses, rouges, très-vasculaires, et ressemblant parfaitement à des crêtes de coq.

La plèvre gauche contient de nombreux paquets de fausses membranes qui unissent fortement le poumon à la plèvre costale ; ces fausses membranes présentent çà et là des traces de vascularisation ; mais évidemment elles sont moins anciennes que celles que l'on trouve dans la cavité pleurale droite.

Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont affaissés, revenus sur eux-mêmes, peu aérés ; cependant ils surnagent très-facilement. Le lobe inférieur est volumineux, lourd, dense, de couleur rougeâtre, et parsemé de taches grisâtres ; le tissu en est friable, il gagne rapidement le fond de l'eau. La coupe par tranches, et mieux la déchirure, montrent que tout ce lobe est infiltré d'une quantité considérable de pus.

Le poumon gauche est mince dans toute sa moitié antérieure, et comme réduit à un feuillet membraneux ; sa partie postérieure, non affaissée, renferme un point où le tissu pulmonaire est carnifié ; ce tissu, dur, résistant sous le doigt, en même temps qu'élastique, gagne rapidement le fond d'un vase plein d'eau. J'ai déjà parlé de fausses membranes très-épaisses qui unissaient toute la surface de ce poumon à la plèvre costale.

L'abdomen a été examiné avec le plus grand soin : le lobe gauche du foie venait jusque dans l'hypochondre gauche ; mais l'examen le plus sévère a démontré que la première ponction pratiquée sur la malade n'avait pas pénétré dans l'abdomen, puisqu'on ne pouvait en trouver aucune trace.

Le péricarde n'a pas été examiné avec moins de soin, et cependant il a été impossible d'y retrouver la trace de la plaie qui y aurait été faite par le trocart. Les fausses membranes, nombreuses et très-épaisses qui adhèrent à la plèvre, ne permettent pas de suivre le trajet parcouru par l'instrument. Le péricarde contenait 100 grammes environ d'une sérosité citrine et transparente. Aucune fausse membrane dans cette cavité. Une plaque laiteuse peu étendue existe seule à la partie postérieure du feuillet pariétal.

De l'emploi du torula cerevisiæ (levure de bière) dans le traitement du diabète,

Par le Dr W. Bird Herepath.

Dans l'état normal, dit l'auteur, il est probable que la fécule, quoique convertie d'abord par la salive en glucose, se change ultérieurement dans l'estomac en acide lactique et acétique. L'acide lactique dominant, on peut conjecturer que la source principale de l'acide lactique du suc gastrique réside dans la fécule des aliments. En effet, Lehmann a démontré que les propriétés digestives du suc gastrique étaient dues en grande partie aux acides chlorhydrique et acétique qu'il renferme.

Il est évident que, dans le diabète, les transformations ordinaires de la fécule s'arrêtent à l'état de glucose, substance diurétique morbide ; cette matière sucrée semble impropre à subir aucune transformation ultérieure dans le torrent circulatoire. Étant alors incapable de servir à la production de la graisse ou au travail de la respiration, le sucre devient une substance inutile, est évacué par les urines, et devient un des phénomènes caractéristiques de la maladie.

Or, il est des substances qui font subir au glucose des métamorphoses ultérieures, et empêchent ces transformations de s'arrêter à l'état de glucose au moyen de certains végétaux doués des propriétés des ferments. Des expériences nouvelles ont démontré que certaines substances végétales, comme le *sarcina*, jouissent de la faculté de résister à l'action des sucs digestifs ; si par conséquent, le *torula cerevisiæ*, ou levure de bière, peut résister, dans l'estomac, à l'action du sucre gastrique, on peut présumer qu'il pourra faciliter dans le renflement gastrique, comme il le fait du reste hors de cet organe, la transformation ultérieure de la fécule.

Ces idées théoriques engagèrent l'auteur à essayer du *torula cerevisiæ* dans le traitement du diabète. Dans le seul cas où il l'a essayé, le succès a, dit-il, complétement répondu à ses espérances. Ce fut en janvier 1853. Avant le traitement, l'urine du malade avait une pesanteur spécifique de 1,044, et contenait 850 grains de sucre par pinte. Après deux jours de traitement, l'urine ne pesait plus que 1,020, et ne contenait que 300 grains de sucre par pinte. Au bout de six semaines de traitement, le sucre disparut, l'urine reprit ses caractères normaux, le malade n'accusa aucune douleur et recouvra son embonpoint et sa force ordinaires.

---

parois des poches anévrismales étaient fermées par les trois tuniques artérielles, et, à l'intérieur, on trouvait cependant des caillots sanguins consistants.

Mais, messieurs, la pièce la plus importante, relative aux maladies des artères, qui vous soit passée sous les yeux, est l'anévrisme disséquant de l'aorte que vous a apporté M. Goupil (1).

Vous vous rappelez que cette observation, si intéressante, a été l'objet d'un rapport de M. Leudet (2). Je ne saurais mieux faire que de vous présenter une analyse rapide de ce travail, où la question se trouve traitée sous toutes ses faces.

Après avoir montré que nos auteurs classiques se sont tous contentés de reproduire plus ou moins complétement les observations mentionnées par Hope, M. Leudet nous signale les deux Mémoires publiés par T. B. Peacock sur ce sujet, et le travail de Rokitanski. L'anévrisme disséquant, quoique presque toujours observé par l'aorte, peut cependant affecter d'autres artères, telles que les artères urétrales, et devenir ainsi une cause d'apoplexie. Quoi qu'il en soit du siége, il y a lieu avec Peacock de distinguer plusieurs variétés, ou mieux plusieurs degrés de cet anévrisme. Ou bien, la tunique interne étant rompue, il se fait entre les lames de la tunique élastique une légère suffusion sanguine : voilà un premier degré ; ou bien, le sang ayant décollé les lames de la tunique moyenne, s'est créé un nouveau trajet qui peut communiquer plus ou moins loin avec le canal vasculaire normal ; ou bien enfin la rupture est devenue lisse, les tuniques sont disséquées dans une grande étendue, si bien qu'on a pu croire à une affection congéniale. Vous remarquez que dans les idées de Peacock le décollement a lieu entre les deux lames de la tunique moyenne, de telle sorte que la couche élastique reste avec la tunique externe. M. Leudet considère comme tout à fait secondaire la solution de cette question, qui lui semble d'ailleurs impossible, attendu que la présence du tissu élastique appliqué à la tunique externe ne saurait être probante, puisque ce tissu se forme de toutes pièces.

Le siége de la rupture a aussi occupé notre collègue, et par l'examen d'un grand nombre de faits, il a pu s'assurer que cette rupture avait le plus ordinairement lieu près de la naissance de l'aorte, quoique dans quelques cas pourtant on l'ait rencontrée tout à fait à l'origine ou à une distance assez éloignée. Ce siége, du reste, n'a aucune influence sur l'étendue de la déchirure, qui est variable, et qui peut ne comprendre que le quart, la moitié de la circonférence du vaisseau, ou ne laisser les deux bouts adhérents que par une languette étroite, comme dans le cas de M. Goupil. Il en résulte, dans cette dernière circonstance, que les deux bouts, tout en s'écartant considérablement l'un de l'autre, ne peuvent cependant se séparer complétement et que le bout supérieur reste béant, ce

(1) P. 271. — (2) P. 287.

Le produit employé était la levure de bière ordinaire, dont le malade prenait deux ou trois fois par jour une cuillerée à bouche dans du lait.

Dans des circonstances ordinaires, le glucose se convertit, comme on sait, sous l'influence de la levure de bière (à la température de 60 à 70° Fahr.), en alcool et en acide carbonique. Mais si la réaction se produit dans l'obscurité, au contact des substances albumineuses et protéiques, comme dans l'estomac (à une température de 98° Fahr.), le produit est alors de l'acide lactique, de l'acide acétique, et peut-être aussi de l'alcool et de l'acide cabonique. (*Association Medical Journal,* avril 1854, et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Juin 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. Viard, médecin des epidémies de l'arrondissement de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde;
2° Trois échantillons de remèdes propres à guérir une foule de maladies de l'homme et du cheval ;
3° Cinq tableaux de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

M. le docteur Saucerotte, de Lunéville, adresse quelques renseignements sur l'action de diverses eaux minérales.

Maladies diverses.

M. le docteur Hullin, de Mortagne (Vendée), adresse quelques *cas rares de médecine pratique,* dans lesquels le sulfate de quinine a été employé avec succès. Ces cas sont des fièvres typhoïdes, des fièvres pernicieuses, des rhumatismes articulaires aigus, des douleurs névralgiques, périodiques, etc.

Fièvres intermittentes.

M. Brouillet adresse quelques nouveaux détails sur l'action des ventouses dans les fièvres intermittentes.

Blennorrhagie.

M. Leriche, de Lyon, adresse une réclamation de priorité relativement à la seringue urétrale présentée dans l'avant-dernière séance.

Hygiène militaire.

M. Napoléon Henry, *médecin à Arnaville (Meurthe), inventeur du télégraphe électrique,* vient servir aujourd'hui sa patrie en priant M. le secrétaire perpétuel de présenter à l'Académie impériale de médecine : l'hygiène militaire à l'usage de l'armée d'Orient.

Cette hygiène consiste dans des *ceintures emplastiques iodurées faites avec une étoffe de caoutchouc qui renferme dans son tissu de l'iode, de l'hydriodate de potasse,* substances auxquelles l'auteur attribue la propriété de réduire la rate engorgée et de prévenir ou guérir les fièvres intermittentes.

Raifort sauvage comme révulsif.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, adresse une Note sur l'emploi du raifort sauvage (cochlearia armorica) comme révulsif, soit en pédiluve, soit en sinapisme.

Dosage du beurre dans le lait.

M. Marchand, de Fécamp, adresse une Note sur une nouvelle méthode de dosage du beurre dans le lait.

Suture.

M. Bitterlin envoie un modèle d'aiguille pour la suture avec les fils de plomb.

Déviations utérines.

M. Gaussail adresse une Note en réponse aux critiques que M. Depaul a faites de ses observations. Cette Note devant nécessairement faire partie du débat ouvert devant l'Académie, nous attendrons pour la publier que M. Depaul en ait fait tel usage que de droit.

Décès.

M. le président annonce la mort de M. Vidal père, correspondant à Bayonne, et de M. Marchal père, correspondant à Strasbourg.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LE REDRESSEUR UTÉRIN.

M. Malgaigne. — Ayant quelques critiques à adresser au Rapport, d'ailleurs si remarquable, de M. Depaul, je dois dire d'abord avec quel plaisir je l'ai écouté, et combien j'applaudis au zèle scientifique qui a conduit M. le rapporteur à rechercher des documents scientifiques qui n'étaient pas connus et à nous faire connaître un traitement qui n'était pas encore apprécié.

Si M. Depaul s'était borné à dire que le redressement utérin avait été tenté empiriquement, sans règle, sans indication, sans diagnostic; qu'il n'avait pas toute l'efficacité qu'on lui prête; qu'enfin, il a entraîné de graves accidents, je n'aurais rien à dire. Mais M. Depaul a été beaucoup trop loin, et j'ai trouvé dans son Rapport une teinte trop prononcée de rigueur; c'est plutôt un plaidoyer qu'un examen calme. Ainsi, pour ne citer que quelques exemples, à la page 3 du Rapport, il déclare que l'emploi du redresseur utérin « *répugne à la raison;* » qu'on « *s'est trompé en l'attribuant aux déviations, qui ont habituellement une autre origine; qu'un autre état pathologique plus fréquent peut produire les mêmes phénomènes;* » que les observations de M. Valleix, données comme des guérisons, « *contiennent tous les éléments nécessaires pour justifier une opinion diamétralement opposée;* » que « *la science possède une thérapeutique simple et rationnelle qui donne tous les jours les résultats les plus satisfaisants.* »

Il me semble, d'abord, que dire d'un moyen qu'il répugne à la raison, lorsque l'idée de ce moyen est venue à l'esprit de MM. Velpeau, Amussat, Simpson, Huguier, Valleix, c'est commettre une grande exagération.

M. Depaul affirme ailleurs (p. 79) que, « *dans l'immense majorité des cas,* la déviation est accompagnée de phlegmasie chronique ou de névralgie, et qu'*il suffit de traiter et de guérir ces dernières affections, pour voir la première disparaître.* » Il dit, finalement, dans une de ses conclusions

---

qui n'arriverait peut-être pas d'après M. Leudet si la rupture était complète, l'artère obéissant alors à la rétractilité. Il est rare que la déchirure soit oblique ou sinueuse ; ordinairement transversale, elle est limitée par des bords bien nets qui simulent une véritable coupure. L'étendue du décollement a varié dans les diverses observations, ainsi que nous l'apprend M. Leudet. Dans le fait de M. Goupil, la dissection s'étendait sur l'aorte ascendante et la carotide primitive gauche, tandis que dans un des cas de Rokitanski et dans celui de Laënnec, toute l'aorte descendante, les branches qu'elle envoie à l'abdomen et au thorax, les carotides, étaient le siége de la lésion ; c'est là un degré extrême que l'anévrisme disséquant atteint rarement. Cependant le nouveau canal formé par le décollement des membranes, quelle que soit son étendue en longueur, peut faire tout le tour de l'artère, de telle sorte que l'on trouve deux tubes emboîtés l'un dans l'autre ; ou n'exister que d'un seul côté de la circonférence du vaisseau, offrant alors un trajet rectiligne, quelquefois sinueux, pour aller s'ouvrir sur l'un des points du système artériel ; dans le cas de M. Goupil, la dissection était sensiblement complète. Les plaques crétacées apportent un obstacle à l'étendue du décollement. M. Leudet s'est encore assuré qu'il n'est pas rare de rencontrer les tuniques artérielles parfaitement saines au niveau de la déchirure, comme cela se remarquait sur la pièce de M. Goupil. Enfin, messieurs, si je vous rappelle que le plus souvent, dans ces cas, le cœur est hypertrophié, que l'anévrisme peut s'ouvrir dans une cavité voisine, le péricarde en particulier, et qu'il n'est pas rare de rencontrer un ramollissement cérébral concomitant, je vous aurai énuméré les principaux détails de l'anatomie pathologique de l'anévrisme disséquant qui a fait l'objet des recherches de M. Leudet. Notre collègue n'a pas pu nous fournir des renseignements aussi circonstanciés sur l'étiologie et les symptômes de cette affection, attendu que les observateurs se montrent très-sobres sous ce rapport ; cependant il vous signale chez le malade de M. Goupil, la perte de connaissance, la dyspnée, la douleur vive sous-sternale, comme phénomènes initiaux, puis les signes de l'anévrisme de l'aorte avec insuffisance aortique, enfin les symptômes cérébraux. M. Leudet a traité la question en analysant tous les faits connus. Grâce à son Mémoire, vos bulletins contiendront l'histoire la plus complète, quant à présent, de cette variété d'anévrisme.

De l'anévrisme disséquant à la rupture de toutes les tuniques artérielles, il n'y a qu'un pas, et ce pas je le franchis pour vous parler d'un rapport de M. Gaujot (1) sur une observation présentée par M. Bailly. Un homme saute par la fenêtre d'un quatrième étage et se tue ; à l'autopsie, on trouve le sternum brisé en trois points, les dix dernières côtes gauches fracturées, ainsi que la colonne lombaire et le bassin. La tête de l'humérus gauche est broyée ; mais en outre, et c'est là le point capital, l'aorte était rompue à

(1) P. 317.

(p. 80), « qu'*il faut proscrire les redresseurs utérins, parce qu'ils sont inutiles, impuissants et dangereux.* »

Il est vrai que l'absolu de cette conclusion est un peu tempéré çà et là, par exemple, à la page 27, où il est dit que, « *dans un très-petit nombre de cas*, la santé peut être dérangée par quelques déviations, et surtout par un abaissement de l'utérus ; mais quels sont ces cas? — A la page 80, M. Depaul, en alléguant que, *dans l'immense majorité des cas*, l'utérus ne se maintient pas redressé (ce qu'il n'a pas prouvé), a admis par là une guérison pour quelques cas. A la page 4, il affirme que *presque tous les faits témoignent de l'insuffisance de la nouvelle méthode ;* ce qui veut dire, évidemment, qu'il y en a d'autres qui témoignent en sens contraire.

Mais ces réserves ne sauraient détruire les assertions catégoriques que nous avons signalées ni surtout les justifier.

M. Depaul confesse que certaines déviations nuisent; mais dans quelles circonstances et dans quelles proportions? Le Rapport est muet à cet égard. Il ne l'est pas moins sur les traitements que possède la science, qui, suivant M. Depaul, jouissent d'une grande efficacité, et que nous aurions eu grand intérêt à connaître. M. Depaul a admis quelques succès ; mais comment en a-t-il pu admettre, puisque, en critiquant une à une toutes les observations de M. Valleix, il les a condamnées toutes; même la 4ᵉ observation, où il est dit (p. 31) que, « *après trois mois, la santé était parfaite et l'utérus redressé?* » Comment une telle observation pourrait-elle prouver le contraire de ce qu'a voulu prouver M. Valleix?

Parmi les accidents qu'il attribue aux redresseurs, M. Depaul compte *les fissures rectales* et *les ulcérations du rectum*, et cela sur la foi d'un médecin anglais qu'il ne fait pas connaître, mais dont *le savoir et l'honorabilité* donnent un *grand poids* à ces renseignements. Cette opinion a dû étonner un tant soit peu les chirurgiens ; mais ils s'étonneront plus encore que M. Depaul ait pu mentionner une telle communication sans faire les réserves que devait lui commander la plus simple réflexion.

Voilà pour la teneur générale du Rapport dont, je le répète, j'approuve en général la critique, que je trouve seulement exagérée en quelques points.

J'aborde maintenant le fond de la question.

M. Valleix s'attaque à la déviation ; M. Depaul prétend que la déviation ne signifie rien, sauf quelques cas qu'il n'a pas spécifiés. Là est la principale question. Nous sommes transportés ici sur la question de la pathologie générale de l'utérus, laquelle a été agitée déjà dans la grande discussion qui a eu lieu il y a cinq ans. En se reportant à cette discussion, on voit que M. Beau, élève de Lisfranc, répudiant les idées du maître, n'admet guère qu'une affection générale dans les maladies locales de l'utérus, et ne croit guère qu'à l'efficacité d'un traitement général. L'opinion de M. Beau trouva pour partisan notre honorable secrétaire annuel.

M. Heruez de Chegoin voulut donner, comme affections locales, les engorgements et les déviations.

M. Velpeau, repoussant les engorgements, admit presque uniquement les déviations, avec quelques altérations accessoires, comme les granulations. C'est, sans aucun doute, l'opinion de M. Velpeau sur les déviations, qui a enfanté les redresseurs.

M. Robert attribue tous les symptômes aux granulations et conseille l'abrasion.

Enfin, dans un remarquable résumé de cette grande discussion, M. P. Dubois repousse engorgements et déviations, n'accorde presque rien aux granulations, et rapporte tous les symptômes à une phlegmasie catarrhale, communiquée ou non au tissu de l'utérus.

Toutes ces contradictions me firent déclarer que la question était encore à l'état de recherches. A-t-elle fait un pas depuis ce moment? Je réponds, non, pas un seul. Chacun combat ses adversaires; mais personne n'établit de diagnostic. M. Depaul a bien une doctrine touchant les déviations; mais qu'a-t-il fait pour en démontrer l'exactitude? Rien ou presque rien; il a établi :

1° Qu'il y a des femmes qui ont des déviations et qui ne souffrent pas ;

2° Que d'autres, affectées de déviations et d'une autre affection, guérissent lorsqu'elles sont traitées de cette dernière, et quoique la déviation persiste ;

3° Que certaines femmes éprouvent les symptômes attribués aux déviations, quoiqu'elles n'en présentent point de traces.

Le premier point est en effet prouvé ; mais le contraire est-il rare? M. Depaul le prétend ; il invoque l'autorité de M. P. Dubois et des faits qui lui sont propres ou qui ont été observés par M. Gosselin ; moi je prétends que le contraire est fréquent, et même très-fréquent. Je n'invoquerai point d'autorités, mais seulement les faits de MM. Depaul et Gosselin. M. Gosselin a constaté vingt-sept cas d'antéflexion sans douleur, et à Lourcine, nombre de déviations, abaissements, etc., qui n'étaient pas plus douloureux ; M. Depaul a observé vingt-sept cas de déviations diverses, et deux malades seules souffraient de ces états, l'une affectée d'une rétroversion, l'autre d'un abaissement. Que prouvent ces faits? une seule chose : c'est que, pour trouver des déviations qui provoquent des symptômes, il faut chercher chez des femmes qui souffrent ; car il est bien évident que chez les autres on n'en saurait trouver.

Sur le second point, M. Depaul a observé que, dans soixante cas de déviations compliquées, les accidents ont disparu, sauf dans trois cas, quoique la déviation ait souvent persisté, et il a vu en outre, bon nombre de fois, que la déviation a disparu sans qu'on ait rien tenté contre elle, et par le traitement seul de l'affection concomitante. Sous ce dernier rapport, je suis heureux de voir mon observation confirmée par celle de M. Depaul, car j'ai aussi pour mon compte fait disparaître trois fois des rétroflexions en traitant des phlegmasies chroniques. Les malades sortirent guéries, quoique la rétroflexion n'eût pas disparu encore ; mais après quelques semaines de guérison, et lorsque les femmes avaient repris leurs occupations, celle-ci disparut seule, sans aucun nouveau traitement. Mais, du reste, je constate que c'est là un fait rare, et que je n'ai eu l'occasion de voir encore que trois fois.

Quant au troisième point, M. Depaul, pour prouver que les symptômes attribués aux déviations appartiennent à d'autres affections, énumère tous les symptômes de ces affections. Je cite M. Depaul (1). (L'orateur cite ici un passage du Rapport, p. 25.)

Messieurs, c'est toute la pathologie utérine! Je sais bien que M. Valleix,

(1) Le Rapport, tiré à part en brochure, avec un résumé de la discussion, sera en vente au bureau du journal dans les premiers jours de juillet. — Prix : 2 fr. et 2 fr. 50 c. par la poste.

---

son origine, le péricarde largement entr'ouvert, et le poumon lui-même déchiré en plusieurs points.

Ces déchirures du poumon existaient sur le poumon gauche, ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisque de nombreux fragments costaux faisaient saillie vers la plèvre de ce côté ; mais on en trouvait aussi de très-larges sur le poumon droit, et la paroi thoracique était intacte de ce côté.

On ne saurait guère comprendre la production de cette lésion sans avoir recours au mécanisme indiqué par M. Gosselin dans les cas de contusion violente du thorax. Vous savez que ce chirurgien, dans son Mémoire inséré parmi ceux de la Société de chirurgie, pense que le poumon, pressé par l'affaissement du thorax sous l'influence d'une violence extérieure, tend à fuir ; mais que l'air étant retenu dans les vésicules par la contraction de la glotte, comme dans l'effort, le tissu pulmonaire, devenu assez consistant, résiste d'abord, puis peut se déchirer au lieu de s'affaisser. Ces idées sont appuyées sur les autopsies faites par Hewson et Smith, les observations cliniques de Chaussier et de M. Gosselin. On doit, toutefois, noter que, dans ces cas, les côtes n'étaient pas fracturées.

Les exemples de rupture traumatique de l'aorte ne sont pas fort rares, et l'on pourrait en rassembler un bon nombre d'observations, soit dans vos bulletins, soit dans les autres recueils.

Mais si vous étudiez avec soin tous ces cas, vous trouverez que, dans presque tous, on a noté une altération préalable des tuniques artérielles ; c'est ainsi que Morgagni, dans les deux faits devenus célèbres qu'il a rapportés, pense que la rupture a été favorisée par les altérations chroniques des parois artérielles. Il en était de même dans l'observation du docteur Rose (*Arch. méd.*, t. 16, p. 283). Dans le cas de M. Bailly, au contraire, il a été bien constaté que les tuniques artérielles étaient parfaitement saines, et la rupture qui occupait la moitié postérieure du calibre de l'aorte, immédiatement au niveau des valvules sigmoïdes, reste tout entière le fait de la violence extérieure, comme dans les observations d'Arnolt, de Angelis.

Une explication ingénieuse de cette lésion, pour ce cas particulier, a surgi dans la séance même où la pièce vous fut présentée. M. Broca vous a fait remarquer que le cœur, pressé énergiquement par l'affaissement du thorax, retenu qu'il est en haut par les gros vaisseaux qui en sortent, a dû faire irruption en bas et en avant, comme un noyau de cerise que l'on chasse entre les doigts, et du même coup se trouveraient comprises, et la déchirure du péricarde, et la rupture de l'aorte, par la traction que le cœur, dans sa fuite, exerce sur le vaisseau. Pour ce qui est du siége de la lésion, M. Gaujot vous a fait connaître une cause prédisposante, en vous rappelant que l'épaisseur des parois aortiques est moins considérable immédiatement au-dessus du ventricule, et que la minceur est extrême à la face postérieure du vaisseau. Cependant cette manière de voir ne se trouve pas confirmée par l'examen des faits, puisque c'est plutôt au niveau de sa courbure que l'aorte se rompt. Le mécanisme de cette grave lésion nécessite donc de nouvelles études.

(La suite à un prochain numéro.)

lui aussi, a pris pour des signes de déviation tous ces symptômes de névralgies et d'inflammations, et qu'il a créé un chaos où l'on ne peut se reconnaître. Mais, dans la dernière Note qu'il a publiée, il a parfaitement posé la question, et c'est avec raison qu'il demande si les symptômes observés chez ses malades étaient ou non dus à la déviation. Dans la question des signes propres est en effet toute la question. Seulement, cette question aurait peut-être dû être antérieure à l'application du redresseur, pour ne pas s'exposer aux accidents déplorables qui ont eu lieu. Mais enfin, il n'en est pas moins vrai que M. Valleix pose nettement une question et que M. le rapporteur n'y répond que par une assertion : il affirme que les accidents ne proviennent pas de la déviation.

M. Depaul, du reste, a compris l'ambiguïté de sa situation, quand il a dit : Sur une femme, je cherche d'abord s'il y a une lésion organique ; puis s'il y a une névralgie, et, s'il n'y a rien, je traite la déviation. Mais sur quels signes M. Depaul se prononce-t-il ? Le diagnostic différentiel manque dans le Rapport comme dans les observations de M. Valleix.

M. Depaul a mentionné un signe différentiel auquel il attache une grande valeur : cela m'a étonné ; c'est la pesanteur ! Ce qui pèse, quand on soulève l'utérus, ce sont les intestins, et les contractions musculaires qui poussent ceux-ci ; quant à l'utérus, il pèse fort peu. Et à ce propos de pesanteur, je me rappelle l'observation d'un de nos excellents collègues, que je regrette de ne pas voir parmi nous. Tous les livres répétaient, depuis des siècles, que la tumeur causée par l'hydrocèle pèse moins que celle produite par le sarcocèle ; et tous les chirurgiens avaient nombre de fois apprécié cette différence de poids. Il arriva qu'un jour, M. Nélaton voulut savoir à quoi s'en tenir, et qu'il mit dans l'eau un scrotum affecté d'hydrocèle, et un autre atteint de sarcocèle : tous deux surnagèrent ! Or, une tumeur du testicule est un peu plus facile à peser dans la main que l'utérus à la pointe du doigt, je crois donc que si le signe indiqué par M. Depaul est bon pour lui, il ne vaudrait pas grand'chose pour tout le monde. Passons à d'autres :

Dans la discussion de 1849, M. Gibert disait :

« Les altérations et variations de couleur, de volume, de forme, de texture, de situation du col de l'utérus, signalées à tort par quelques chirurgiens, comme l'origine, la cause exclusive, le point de départ de beaucoup d'accidents morbides chez les femmes, *peuvent* se révéler à l'examen fait par le toucher et le spéculum, sans donner lieu à aucun des accidents qu'on s'était plu à leur attribuer. »

M. Velpeau, de son côté, s'exprimait ainsi :

« Qui ne sait combien sont nombreuses les variétés que présente le col de la matrice chez les différentes femmes à l'état sain ? Plus dur et plus acuminé chez les unes ; mou, renflé chez les autres ; il est tantôt régulier, tantôt inégal, allongé dans un sens, raccourci dans un autre, comme déchiqueté chez quelques-unes ; il offre ainsi des nuances presque infinies dans sa coloration et dans sa position, sans être pour cela malade. »

M. Hervez déclare que « les engorgements qui accompagnent les déviations en sont souvent le résultat, et loin de faire obstacle à la réduction, la réclament et disparaissent avec elle. »

Pour M. Dubois, engorgements et déviations ne sont que des épiphénomènes ; le catarrhe est seul le symptôme essentiel. Mais ne peut-on pas lui adresser les mêmes objections qu'aux autres signes ?

L'ulcération elle-même n'est, pour M. Gosselin, *qu'une partie fort accessoire de la maladie ;* et M. Dubois n'y attache pas plus de valeur qu'aux érosions simples et aux granulations externes ; quant aux granulations internes, admises par M. Robert, c'est là une hypothèse.

Il semblerait donc que nous n'avons pas de symptômes propres à caractériser les affections de l'utérus. C'est qu'en effet, il ne faut pas s'attacher à tel ou tel symptôme, mais qu'il faut, au contraire, envisager l'ensemble des phénomènes, comme pour distinguer la figure d'un homme de celle d'un autre homme, il ne faut pas considérer isolément la bouche, le nez ou l'oreille.

En examinant les choses à ce point de vue, les déviations causent-elles réellement des accidents ? Incontestablement oui, quoique beaucoup de femmes puissent en être atteintes sans souffrir. Il en est des déviations comme des hernies, dont certains individus n'éprouvent jamais la moindre incommodité, tandis que d'autres en souffrent plus ou moins ; il peut même arriver que l'individu qui porte deux hernies, souffre de l'une et pas de l'autre ; ce fait se soustrait à toute explication, mais il n'en est pas moins constant.

Parmi tous les faits qui prouvent que les déviations produisent souvent des accidents, il suffirait de citer celui que j'ai pu observer au Bureau central, lorsque j'étais chargé du service des bandages, et où je recevais journellement des femmes souffrantes, pouvant à peine marcher, qui s'en retournaient soulagées dès que je leur avais appliqué un pessaire. Certes, on ne peut pas dire que chez elles, il y avait une métrite. M. Hervez a, d'ailleurs, obtenu les mêmes résultats.

Les ceintures hypogastriques soulagent non moins promptement un certain nombre de femmes. Une femme, que j'ai traitée à l'hôpital Saint-Louis, ne pouvait ni marcher ni faire son lit ; guérie d'abord d'une ulcération du col, les douleurs n'en persistaient pas moins ; je lui appliquai une ceinture hypogastrique, et aussitôt elle sortit guérie.

C'est par des faits de cette nature que j'ai été conduit à admettre que chez les femmes qui n'ont qu'une déviation, la douleur cesse complétement par le repos au lit ; ce sont des douleurs mécaniques, et dans ce cas, je n'ai pas rencontré une seule femme qui n'ait pu supporter la ceinture hypogastrique, laquelle n'agit pas sur l'utérus, mais soulève simplement les intestins et les empêche de presser sur cet organe.

Les douleurs du catarrhe et de la phlegmasie, au contraire, peuvent bien s'atténuer un peu par le repos au lit ; mais elles n'y disparaissent jamais complétement.

Quand j'eus fait cette petite découverte, je rencontrai des douleurs qui tantôt disparaissaient au lit, tantôt pendant la station, et dans lesquelles la ceinture hypogastrique n'était pas supportée. Je fus alors amené à reconnaître l'élément nerveux et je le constatai bientôt sous deux formes distinctes.

Dans la première, la douleur a habituellement son siége en avant et à gauche du col, qui peut être ou non volumineux, car cette forme morbide peut s'observer chez des vierges. On peut rencontrer en même temps d'autres points névralgiques du tronc ou des membres supérieurs ; mais, chose remarquable ! on n'en rencontre jamais dans les membres inférieurs.

Dans la seconde forme, les douleurs ont leur siége dans les ligaments utérins ou dans les ovaires, et avec cette forme on rencontre presque constamment des points douloureux dans le membre inférieur correspondant au ligament affecté, tandis qu'on n'en rencontre jamais dans les membres supérieurs.

Vous comprendrez, messieurs, qu'avec ces idées, je n'aie pas trouvé entièrement satisfaisante la critique du Rapport. Vous condamnez l'appareil ; mais faut-il le condamner radicalement ? Est-ce à bon droit ? Agira-t-il de même sur une matrice déviée et saine et sur une matrice déviée et enflammée ? Pour mon compte, je n'en sais rien, et je ne l'essaierai pas ; mais enfin la question me paraît au moins douteuse.

Je tiens d'un de mes anciens élèves, observateur très-consciencieux, M. Notta, un fait des plus remarquables : il appliqua, pendant quelque temps, le redresseur dans un cas de déviation, et la malade guérit immédiatement ; après quelque temps, il s'assura que la déviation persistait ; mais la guérison n'en persistait pas moins aussi.

A la page 44 du Rapport, ne trouve-t-on pas quelque chose d'analogue ? Voici ce qu'y dit le médecin anglais, auprès de qui M. Depaul a pris des renseignements :

« L'effet immédiat de ces pessaires est, pour un temps court, singulièrement trompeur. Une malade épuisée par la continuité de la douleur et par les autres symptômes, consulte un médecin *mécanique :* un pessaire est introduit ; l'utérus est redressé. On la prie de se promener dans la salle de consultation, et, à son grand étonnement, comme si elle était sous l'influence d'un enchantement magique, tous les symptômes semblent avoir disparu ; la marche est possible...... Mais à peine la merveille a-t-elle duré *quelques heures*, qu'on voit la scène changer ; une irritation commence, etc. »

Comment n'avoir pas insisté sur des faits de cette nature ! On dira : le miracle n'a duré que quelques heures (huit heures au plus) ; mais le fait de M. Notta prouve qu'il pourrait durer plus longtemps ; et puis, les prodiges en thérapeutique sont-ils assez fréquents pour qu'on doive repousser violemment même ceux qui ne durent que quelques heures ? A ce point de vue, il faut le dire, les faits de M. Valleix ont été analysés beaucoup trop rapidement ; car, dans quelques-uns, la guérison a aussi persisté, quoique la réduction de la déviation ne se soit pas maintenue. A quoi cela tient-il ? Je n'ose pas croire avoir résolu le problème ; mais voici les considérations auxquelles je me suis livré :

On se rappelle qu'il y a quelques années, M. Desternes guérit les névralgies dentaires les plus rebelles, en touchant la membrane du tympan ; je n'avais pas oublié non plus que notre confrère, M. Jobert (de Lamballe), avait guéri les mêmes névralgies en incisant le lobule de l'oreille. Je me suis donc demandé si, en incisant légèrement le col utérin, on n'obtiendrait pas la guérison des névralgies, et, après avoir réussi par ce procédé, je me suis demandé si le même résultat ne serait pas obtenu en touchant simplement la muqueuse utérine avec une sonde. Une occasion favorable s'est présentée de soumettre cette idée à l'expérimentation ; deux malades sont entrés dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, affectées de névralgies des annexes ; j'ai touché la muqueuse de l'intérieur du col, et les névralgies ont disparu. (Rires improbateurs.)

Il ne faut donc pas rejeter, d'une manière absolue, un moyen qui mérite d'être étudié, et qui pourra peut-être être appliqué dans de meilleures conditions.

En résumé : 1° il ne faut pas proscrire le redresseur d'une manière absolue ;

2° Il faut le réserver pour des cas rares, indéterminés, et que, pour mon compte, je ne prévois pas;

3° Il ne faut jamais le laisser à demeure;

4° Il faut même manier avec réserve l'hystéromètre;

5° Par dessus tout, il faut quitter l'empirisme, établir le diagnostic différentiel, obéir à des indications réelles, *savoir ce qu'on fait et pourquoi on le fait.*

PRÉSENTATIONS.

Nouveau procédé pour la cure radicale des hernies.

M. Maisonneuve présente un jeune homme auquel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale gauche, d'après un nouveau procédé.

Ce jeune homme (Jovignat Jean), âgé de 22 ans, demeurant rue du Faubourg-Saint-Honoré, 158, était affecté depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche, qu'il avait inutilement essayé de contenir par des bandages de différentes sortes. Désespéré de sa triste position, il vint à l'hôpital Cochin prier M. Maisonneuve de le débarrasser de ses infirmités, disant qu'il était prêt à tout entreprendre pour arriver à ce résultat.

Sa hernie était une hernie inguinale directe, qu'aucun bandage ne pouvait contenir.

En présence de ce cas difficile, l'habile chirurgien jugeant que tous les procédés connus seraient insuffisants, eut l'idée d'une opération nouvelle dont quelques semaines auparavant il avait discuté le principe avec un des chirurgiens les plus éminents de New-York, M. le docteur Dupierris.

Cette opération fut exécutée le 28 avril, en présence de nombreux élèves.

Le malade, étant couché horizontalement sur le dos, fut d'abord soumis au chloroforme. Quand le sommeil fut complet, M. Maisonneuve exécuta l'opération de la manière suivante :

A l'aide du doigt index de la main gauche, il refoula d'abord, comme un doigt de gant, la peau du scrotum dans le canal inguinal, puis dans l'abdomen, jusqu'à ce que l'extrémité du doigt pût venir faire saillie contre la paroi abdominale antérieure, à 3 cent. au-dessus du canal (1er temps).

Saisissant alors son bistouri de la main droite, l'opérateur fit à la paroi abdominale, soulevée par son doigt index, une incision longitudinale de 1 centimètre et demi d'étendue. Cette incision comprit la peau, le tissu cellulaire, les muscles abdominaux et le péritoine (2e temps).

A travers cette ouverture, la peau du scrotum, refoulée toujours par le doigt index, vint faire hernie et fut divisée longitudinalement dans une étendue de 2 millimètres (3e temps).

Deux aiguilles armées d'un fil simple furent aussitôt passées à travers l'une et l'autre des lèvres de cette petite incision qui fut ensuite agrandie de 1 centimètre, de sorte que l'extrémité du doigt index gauche de l'opérateur sortait à travers. Dès lors, au moyen des aiguilles passées déjà dans les lèvres de l'incision faite à la peau refoulée du scrotum, M. Maisonneuve acheva l'opération en fixant les lèvres de cette incision à celles de l'incision faite à la peau de la paroi abdominale. Dix points de suture furent établis, pour donner à cette réunion toute la solidité désirable.

Alors seulement, l'opérateur retira son doigt index de l'espèce de doigt de gant qu'il avait refoulé et qui se trouvait transformé en un canal ouvert en bas sur les bourses, en haut sur la paroi de l'abdomen.

Aucun accident ne vint traverser le premier acte de cette opération ; la réunion se fit sans aucune difficulté, et, dès le 8 mai, M. Maisonneuve commença à cautériser, avec le nitrate d'argent et l'acide nitrique, l'intérieur du canal cutané qui obstruait le canal herniaire.

Enfin, le 18 mai, quand les cautérisations eurent produit la destruction complète de l'épiderme dans le trajet du canal, M. Maisonneuve compléta son opération de la manière suivante :

Il incisa la peau du scrotum autour de l'espèce d'entonnoir qu'elle formait en bas, du côté des bourses, ce qui fit cesser la tension à laquelle était soumise la portion de peau refoulée, en permettant à celle-ci de remonter dans le canal. Enfin, les lèvres de la vaste plaie circulaire qui résultait de cette incision furent réunies au moyen de la suture, de sorte qu'aujourd'hui le scrotum ne présente plus d'autre trace qu'une cicatrice linéaire.

Quant au résultat de l'opération, il est aussi parfait que possible : la hernie n'existe plus, le scrotum a conservé sa forme et sa disposition normales, et de toute cette opération si compliquée en apparence, il ne reste plus que des traces imperceptibles.

Trépan.

M. Bégin présente, au nom de M. Gaëtano Giovanini, un appareil destiné à l'opération de la craniotomie. — La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Séance publique de la Société de médecine, de chirurgie et pharmacie de Toulouse.* — La *Gazette médicale de Toulouse* donne les détails suivants sur cette séance :

La séance annuelle de la Société de médecine a eu lieu le 14 mai, dans une des salles de l'Académie des sciences. M. le recteur de l'Académie, et M. Vallès, adjoint à M. le maire, assistaient à la séance.

En l'absence de M. Perpère, président, M. Fourquet, vice président, a ouvert la séance par quelques mots sur « l'importance de l'étude des constitutions atmosphériques, au point de vue de la médecine et de l'hygiène. » Ses idées pratiques, exposées avec clarté et simplicité, ont généralement été écoutées avec plaisir.

Après lui, M. Augustin Dassier, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux de l'année, avec cette parole élégante et facile que nous lui connaissons tous. M. Dassier possède le secret de se faire écouter avec une attention religieuse et soutenue dans l'accomplissement d'une tâche ordinairement ingrate. Par l'énumération des nombreux travaux qui ont été lus au sein de la Société, ou qui lui ont été adressés du dehors, l'honorable secrétaire général a témoigné de l'importance que la Société a su acquérir depuis longtemps et de l'intérêt que présentent ses séances.

M. le secrétaire général a terminé la lecture de son compte rendu par une notice nécrologique sur M. Audouy, mort dans le courant de l'année qui vient de s'écouler.

A M. Dassier a succédé M. Laforgue, organe de la commission du concours. Son rapport, remarquable à plus d'un titre, quoique abrégé et heureusement coupé, pour la séance publique, a constamment captivé l'attention de l'auditoire, qui lui a témoigné par d'unanimes applaudissements l'intérêt qu'il avait pris à sa lecture.

Le sujet du concours était celui-ci : « Du diagnostic différentiel et du « traitement des ulcérations du col de la matrice. » Huit Mémoires ont été adressés à la Société, parmi lesquels sept ont été classés honorablement et six mentionnés. Le corps médical de Toulouse s'est vu, avec bonheur, largement représenté dans ce concours par trois jeunes lauréats : MM. Batut et Ripoll, de Toulouse, et M. G. Astrié, de Carcassonne, que de nombreux liens rattachent à notre ville.

Indépendamment des récompenses que nous avons déjà mentionnées, la Société a accordé le titre de membre correspondant à MM. Affre, de Biarritz, et Bonafos-Lazerme, médecin-adjoint à l'hôpital de Perpignan. Elle a nommé à une place d'associé honoraire, vacante par la mort du docteur Roux, M. Bégin, président du conseil de santé des armées à Paris.

La Société rappelle qu'elle a proposé, pour sujet du prix à décerner en 1855, la question suivante : « *Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater, après la mort, l'empoisonnement par le phosphore.* » — Le prix est de 300 francs.

Elle propose, pour sujet du prix à décerner en 1856, la question suivante : « *De la glucoserie; de son siége, de sa nature, de ses causes, de son traitement.* » — Le prix est de 300 francs.

Les Mémoires concernant les grands prix devront être adressés *franco*, et dans les formes académiques, avant le 1er janvier de chaque année, à M. le docteur Augustin Dassier, secrétaire général de la Société.

La Société a renouvelé son bureau, pour l'année 1854-1855, de la manière suivante : MM. Fourquet, président; Filhol, vice-président; Augustin Dassier, secrétaire général; Estévenet, secrétaire du *primâ mensis;* Jules Naudin, secrétaire-archiviste; Magnes-Lahens, trésorier; Dougnac, secrétaire des consultations gratuites ; MM. Bessière et Cany, adjoints au bureau.

— Le même journal annonce les nouvelles suivantes :

Par décision en date du 19 mai 1854, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a déclaré vacante la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Toulouse. Aux termes de l'art. 2 du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au conseil académique.

En conséquence, MM. les aspirants sont invités à faire parvenir franc de port, au secrétariat de l'Académie de la Haute-Garonne, *avant le 1er juillet prochain,* les pièces suivantes :

1° Un acte de naissance dûment légalisé, constatant que le candidat est Français et âgé de trente ans accomplis ;

2° Le diplôme de docteur ès-sciences.

Indépendamment de ces pièces, qui sont de rigueur, MM. les aspirants auront à faire connaître :

1° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement ;

2° Les ouvrages ou mémoires qu'ils auraient publiés et les découvertes qu'ils auraient faites.

— Le Congrès hydrologique du Midi a tenu sa session annuelle le 14 et le 15 juin, dans une des salles de l'École de médecine, sous la présidence de M. le professeur Boyer. Dans cette session, à laquelle assistaient plusieurs médecins étrangers, ont été posés les bases et statuts de l'Association.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 69. 2e année. Samedi 10 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Hôpital Saint-Louis. — M. Cazenave.

Herpès circiné. — Ses variétés.

Leçon recueillie par M. le Dr Chausit, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Au n° 45 de la salle Sainte-Marthe est la nommée C..... (Félicie), âgée de quinze ans et demi. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, mal réglée, n'offre rien, dans ses antécédents, qui accuse aucun rapport morbide avec la maladie pour laquelle elle a été admise à l'hôpital, le 10 mai. Celle-ci consiste dans une éruption qui occupe la face, le col, la naissance des épaules ; elle est caractérisée par des plaques arrondies, de grandeur variable, et formant des disques réguliers que l'on reconnaît à des portions de cercles distincts là où les plaques se sont confondues. Le centre de ces disques est évidé et sain ; leur bord est plus ou moins rouge, légèrement saillant ; il forme, notamment à la base du cou, des bourrelets nettement délimités, aux environs desquels on distingue facilement de petits groupes de vésicules très-ténues. Les plaques ont un aspect comme farineux, remarquable surtout là où la rougeur est moindre.

Interrogée sur la marche de son affection, la malade répond qu'elle a débuté par des taches très-petites, que l'on aurait recouvertes très-facilement avec le bout du doigt, rouges, sans aucune espèce de suintement. Ces taches étaient le siége d'un léger prurit ; elles se sont étendues assez rapidement, et, à mesure qu'elles s'élargissaient, leur centre devenait sain ; elles ont acquis une étendue variable depuis le diamètre d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à celui d'une pièce de deux francs et au-dessus.

L'éruption siége surtout à la partie inférieure du visage, au col et à la nuque ; sur ce dernier point, elle descend jusqu'au-dessous de la naissance des épaules. Si l'on examine attentivement ces petits disques, dont le bord annulaire a une largeur de 1 à 2 millimètres, on distingue de petites vésicules très-ténues, remarquables surtout là où elles reposent sur le liséré rouge qui entoure les plaques.

Cette éruption est un exemple curieux de la variété de l'herpès décrite sous le nom d'*herpès circiné*.

Dans la classification de Willan, l'herpès est une maladie de

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52, 53, 58, 67 et 68.)

Lésions de l'appareil de la circulation (suite).

Nous sommes déjà loin de l'époque où les caillots sanguins que l'on trouve si souvent dans certains points du système circulatoire étaient la suite nécessaire d'une inflammation de la membrane interne des vaisseaux : c'était le temps où toutes les rougeurs de la face interne des artères ou des veines étaient considérées comme inflammatoires ; c'était le temps où, quand on rencontrait sous un caillot sanguin une paroi parfaitement saine, on disait que la phlegmasie ayant été légère, les traces en avaient disparu.

Vos bulletins fourmillent d'exemples de caillots formés dans les cavités du cœur pendant la vie, sans la moindre trace d'inflammation ; l'anatomie pathologique de ces concrétions est faite. Nous savons que les cachexie, phthisie, cancer, fièvre typhoïde, que l'état puerpéral, sont des causes réelles de ces concrétions sanguines, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, et les deux cas de caillots dans le cœur que nous devons à M. Barth (1) et à M. Maingault (2) confirment l'influence de la pneumonie indiquée déjà par M. Bouillaud. Mais ce que nous savons moins bien, ce sur quoi M. Barth a appelé votre attention, ce sont les signes qui indiquent ces coagulations dans le cœur. Il n'est pas un pathologiste qui n'ait été préoccupé de cette question, et nous avons vu successivement signaler l'étouffement des bruits du cœur, l'anxiété précordiale, la faiblesse du pouls, la dyspnée, tous symptômes communs à un grand nombre d'affections cardiaques ; puis M. Malgaigne indique l'irrégularité du pouls avec absence d'une pulsation sur cinq ou six.

(1) P. 86. — (2) P. 108.

S'il vous fallait une nouvelle preuve de l'influence des cachexies sur la production des caillots, rappelez-vous cette veine cave supérieure que M. Barth (1) nous a montrée oblitérée dans toute son étendue, chez une femme dont presque tous les organes contenaient du cancer. Cependant il ne faudrait pas, portant la réaction trop loin, nier l'influence de la phlébite sur la production des concrétions sanguines dans les veines. M. Leudet (2) vous a fait voir cette année, dans la veine cave inférieure un caillot sanguin s'étendant jusque dans les veines iliaques et hypogastriques, survenu chez une femme atteinte de fièvre puerpérale, et dont les veines utérines enflammées contenaient du pus.

La question a paru plus douteuse dans une autre pièce de M. Leudet (3), où l'artère hypogastrique contenait des caillots anciens, adhérents, en même temps que l'aorte, chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus et d'une maladie du cœur.

Vous savez, messieurs, les modifications que subit le caillot sanguin, comment sa consistance augmente, comment il adhère à la paroi vasculaire, comment celle-ci s'épaissit, comment, en fin de compte, le calibre du vaisseau se trouve complétement et définitivement oblitéré.

Ce n'est pas là le seul mode d'oblitération des vaisseaux ; celle-ci peut se faire sans intermédiaire d'un caillot sanguin. Vous avez vu le tronc veineux brachio-céphalique droit, transformé en un cordon sur la pièce de M. Prost (4) par la compression d'un anévrisme de l'aorte ; mais aucune

(1) P. 4. — (2) P. 145. — (3) P. 250. — (4) P. 131.

l'ordre des vésicules, ayant pour caractère particulier une disposition en plaques agglomérées et distinctes. Ce caractère est très-important, et, quoi qu'on en ait pu dire, doit séparer nettement l'herpès de l'eczéma, avec lequel on a voulu le confondre. Sans parler ici des différences qu'il serait possible d'établir entre les vésicules de l'une et l'autre de ces affections, entre leur marche et leurs symptômes, les plaques diffuses, irrégulières de l'eczéma n'ont aucune analogie graphique avec les groupes toujours bien délimités de l'herpès ; en général, encore moins avec les cercles bien arrondis de l'*herpès circiné*. C'est donc à tort que l'on aurait voulu faire assez bon marché de ce caractère, pour ne plus considérer l'herpès que comme une forme particulière de l'eczéma, sauf à la distinguer par la dénomination de *nummulaire* ou autres.

L'herpès circiné dont il est question ici, est caractérisé par des plaques de grandeur variable, mais toujours arrondies en cercles réguliers, s'agrandissant par un mouvement excentrique, de manière à s'évider au centre, qui devient de plus en plus sain, et à former, à leur circonférence, des anneaux rouges, un peu saillants, que recouvrent quelquefois des vésicules très-petites, agglomérées, plus souvent des squames minces, très-ténues, qui donnent aux points affectés un aspect farineux.

L'herpès circiné se montre de préférence chez les jeunes gens, les individus à peau fine et blanche, à constitution lymphatique, et on ne le rencontre qu'exceptionnellement chez des personnes se trouvant dans des conditions toutes différentes. Il se développe le plus souvent à la poitrine, au cou, sur le visage. Ce dernier siége a pu même, joint à la marche excentrique et envahissante de la maladie, devenir une cause d'erreur et susciter l'emploi de moyens qui n'étaient pas sans inconvénient. M. Cazenave cite le fait d'une jeune fille qui portait au front une plaque d'herpès que son extension continuelle avait fait considérer comme une affection de mauvaise nature. On avait, sur les instances réitérées de la famille, pratiqué la cautérisation, et il en était résulté qu'une éruption légère, qui aurait disparu presque sans traitement, a été remplacée par une cicatrice indélébile, constituant une véritable difformité.

L'herpès circiné débute, sans troubles généraux, par un petit point rouge que l'on recouvrirait facilement avec le bout du doigt, qui s'étend, et, à mesure qu'il s'élargit, prend une forme annulaire de plus en plus distincte et se recouvre, à la circonférence, de vésicules très-petites. Celles-ci ont une durée éphémère, si rapide parfois, qu'il n'est pas toujours facile d'en apprécier l'existence. Elles sont remplacées par de petits débris lamelleux très-peu adhérents, qui se détachent et tombent avec une grande facilité. Quelquefois, comme chez la petite malade qui fait l'objet de cette Leçon, les anneaux herpétiques se confondent et peuvent former alors une large surface en apparence irrégulière, mais à la circonférence de laquelle on retrouve des portions de cercles qui révèlent la nature de la maladie.

L'herpès circiné a, en général, une marche aiguë; il dure alors deux à trois septénaires. Quelquefois, au contraire, il est entretenu soit par la persistance des plaques primitives, soit par le développement de nouvelles, et ainsi il peut durer indéfiniment.

Les causes de l'herpès circiné sont, le plus souvent, accidentelles et extérieures. Ainsi, il apparaît sous l'influence de l'insolation, du froid, d'un foyer rayonnant; il est surtout produit par l'application de certains cosmétiques. Il peut être influencé par une prédisposition générale individuelle, mais il est rare de le voir déterminé par une cause interne bien appréciable.

L'observation a permis de recueillir aujourd'hui un grand nombre de faits qui établissent que l'herpès circiné peut, dans certaines conditions, être contagieux. C'est là un phénomène que la science est inhabile à expliquer, mais qui n'en est pas moins incontestable; l'herpès circiné, siégeant au cuir chevelu, se transmet, très-facilement même, par la contagion. Il prend d'ailleurs, sur ce point, des caractères particuliers qui l'ont fait décrire par M. Cazenave, comme une variété à part, sous le nom d'*herpès tonsurant*.

Cette variété, aujourd'hui bien connue, se rattache évidemment au type que les Anglais ont défini sous le nom de *ring-worm*, type diffus qui contient des maladies complétement distinctes, comme le favus et l'herpès. Il est probable aussi que cette forme, très-commune en Angleterre, a été, depuis peu, importée de ce pays dans le nôtre; toujours est-il qu'elle est bien certainement contagieuse, et, chose étrange, contagieuse seulement au cuir chevelu. Quoi qu'on en ait pu dire, M. Cazenave assure qu'il n'a jamais vu l'herpès circiné situé sur d'autres points du corps, se transmettre par contagion.

L'herpès circiné du cuir chevelu, ou mieux l'herpès tonsurant, débute sans symptômes précurseurs, généraux ou locaux, par un point ordinairement très-petit, où le cuir chevelu apparaît dégarni de poils. Ceux-ci ne sont point tombés complétement, et si l'on observe avec attention le point affecté, on voit que les cheveux sont coupés à un ou deux millimètres au-dessus de la peau, de manière à simuler une rasure bien nette. Ce point est, dès le début, parfaitement arrondi. La maladie marche, s'étendant par un mouvement excentrique, et forme une plaque d'une étendue variable, quelquefois comme la paume de la main, le plus souvent du diamètre d'une pièce de deux francs. Cette plaque est rasée dans toute son étendue et forme une véritable tonsure limitée à sa circonférence par des cheveux sains et bien fournis.

---

pièce ne vous a présenté une disposition plus curieuse de ces adhésions des parois vasculaires que celle qui vous fut montrée par M. Verneuil (1). La partie inférieure de la veine cave inférieure était libre et s'insufflait facilement; mais à partir du niveau des veines rénales jusqu'au foie, le calibre de la veine était fractionné en deux parties longitudinales par des adhérences celluleuses de la face interne de la paroi, de sorte qu'une moitié de la veine était oblitérée, l'autre restant libre. Les parois, du reste, n'étaient pas injectées ni épaissies, de sorte qu'on a dû rester dans le doute pour savoir s'il y avait eu là une inflammation. M. Leudet, à qui la Société doit tant de communications importantes sur les maladies des vaisseaux, et notre président, n'avaient encore rencontré aucun cas de ce genre. C'est donc un fait probablement unique qu'il faut enregistrer.

Enfin vous rappellerai-je, en terminant ce chapitre, la communication que nous devons à M. Arrachard (2), sur un cas de transfusion du sang que pratiqua M. Maisonneuve, et qui fut nécessitée par une hémorrhagie grave due à la section de la carotide externe dans une opération de désarticulation du maxillaire inférieur. Les Bulletins contiennent la description de l'instrument ingénieux qui fut employé dans ce cas et des lésions que montra l'autopsie.

Je n'aurais pas cru devoir vous mentionner une communication relative aux tumeurs érectiles, qui vous a été faite par M. Broca, si elle n'avait soulevé une discussion intéressante. Notre collègue, en même temps qu'il nous montrait une tumeur érectile de la lèvre inférieure, nous mentionnait un cas de tumeur de même nature située dans l'orbite, et dans laquelle on avait passé des sétons. M. Laugier enleva plus tard cette tumeur et la trouva remplie de kystes. Or, M. Verneuil se demandait si ces kystes n'étaient pas situés entre deux oblitérations, dans le canal même des vaisseaux. Cette question ne fait pas de doute pour notre président, dont vous connaissez la doctrine, relative à la formation des kystes placentaires. Cependant, des objections ont été produites, et vous n'êtes pas arrivés à une solution définitive sur ce sujet. J'ai cru de mon devoir de signaler cet objet à vos recherches, et je ne doute pas que, grâce à vos efforts, la lumière ne parvienne bientôt à se faire.

Lésions de l'appareil digestif.

Les maladies des organes de la digestion, qui ont été, cette année, soumises à votre examen, sont tellement nombreuses, et surtout tellement variées, que je dois renoncer au désir que j'aurais de vous en présenter le cadre complet, pour me borner à vous rappeler les principaux faits en les rattachant, autant que possible, à certains groupes.

Les rétrécissements de l'un des points du tube digestif reconnaissent des causes variables et affectent des siéges divers. Cependant, les deux portions extrêmes, l'œsophage et le rectum, semblent, sous ce rapport, tristement privilégiées. Tantôt le calibre de l'intestin est diminué par la compression qu'exerce sur lui une tumeur qui lui est extérieure ou une bride qui l'étrangle; tantôt un corps contenu dans son intérieur l'obstrue; tantôt, enfin, la cause du rétrécissement siége dans les parois du canal, qui sont épaissies ou invaginées. A cette dernière circonstance se rat-

(1) P. 246. — (2) P. 119.

Contrairement à ce qui a lieu dans l'herpès circiné développé sur tout autre point de la surface du corps, le centre de la plaque n'est ni évidé ni sain. Il est comme soulevé légèrement, et présente une surface chagrinée et une excoriation épidermique dans toute son étendue. Il semble d'ailleurs que ces caractères soient postérieurs à la rasure, qui se manifesterait avant tout symptôme local appréciable.

La nature de cette variété est surtout manifeste là où les plaques situées à la limite du cuir chevelu, sont comme à cheval sur celui-ci et sur la peau. Alors elles offrent très-distinctement les caractères de l'herpès tonsurant dans une moitié, et dans l'autre ceux de l'herpès circiné.

Il arrive assez fréquemment que l'herpès tonsurant est constitué par plusieurs plaques qui, en s'étendant, finissent par se confondre et présentent alors une large surface irrégulière, à la circonférence de laquelle on retrouve encore des portions de cercles qui accusent la marche de l'éruption.

Contagieux sous cette forme et au cuir chevelu seulement, l'herpès circiné ne l'est point quand il siége ailleurs. Ainsi, la malade actuelle a, jusqu'à son entrée à l'hôpital, couché avec son jeune frère auquel elle n'a rien communiqué.

L'herpès circiné peut se présenter aussi sous une forme très-peu connue encore et que M. Cazenave a le premier décrite, c'est l'*herpès squameux*. Cette variété se comporte comme l'herpès circiné : seulement, elle a pour caractères propres une rougeur plus obscure et surtout un état squameux très-remarquable. En effet, les vésicules ne sont plus remplacées par de petits débris épidermiques, véritables molécules farineuses, mais par une sorte de ruban squameux, blanchâtre, recouvrant dans toute son étendue l'anneau herpétique sur lequel il se détache, à sa plus grande circonférence, par un liséré linéaire plus blanc et qui constitue un signe tout particulier.

Les caractères qui servent à spécifier l'herpès circiné, c'est-à-dire sa forme arrondie et sa disposition annulaire, peuvent devenir des causes d'erreur. Ainsi on pourrait, à ce double titre, le confondre avec la *lèpre vulgaire*. Mais, si les deux maladies ont une même marche excentrique, dans la lèpre il y a un véritable disque papuleux bien délimité, plus saillant et recouvert de squames larges, dures, nacrées, blanches; dans l'herpès, l'anneau est plus uni, plus diffus et parsemé d'une foule de petits débris squameux, ténus, mous et grisâtres.

A cause de la forme arrondie, l'herpès circiné pourrait être pris pour un *lichen circumscriptus*. Mais, dans ce dernier, les plaques sont complétement malades; elles sont rugueuses, comme chagrinées dans toute leur étendue; dans l'herpès, le centre est sain.

L'herpès circiné du cuir chevelu, ou pour mieux dire, l'herpès tonsurant, a pu être facilement confondu avec une maladie dont il se rapproche par la forme ronde, par l'état pityriasique, par l'alopécie et par la contagion, avec la variété du favus que l'on a décrite sous le nom de *porrigo scutulata*. L'erreur, déjà si facile sur ce point, était encore favorisée par la confusion des termes. En effet, les pathologistes anglais ont décrit, sous le nom générique de *ring-worm*, non-seulement deux maladies distinctes, l'herpès tonsurant et le porrigo scutulata, mais encore deux phases de cette dernière maladie, selon qu'elle était à l'état furfuracé ou à l'état pustuleux.

Le porrigo scutulata n'est plus qu'une variété du favus, le *favus en cercles;* mais celui-ci a conservé ce caractère si curieux de se présenter sous deux aspects bien remarquables, selon qu'il existe à l'état faveux ou à l'état simplement pityriasique. Dans le premier cas, il n'y a pas de confusion possible avec l'herpès circiné. Il n'en est pas de même dans le second, et il peut être plus difficile de séparer deux maladies qui offrent, d'ailleurs, des analogies réelles, bien que spécieuses. Cependant, si l'on se rappelle que les plaques de l'herpès tonsurant sont comme farineuses et parsemées d'une sorte de poussière, on pourra toujours les distinguer de celles du favus en cercles, qui sont le siége d'une véritable turgescence des follicules, et où la peau est épaissie, chagrinée, recouverte d'écailles sèches et grisâtres.

Pour achever de rendre l'erreur impossible, il suffirait d'attendre, puisque le développement des godets faveux ne tarderait pas à se produire, si l'on avait affaire à un porrigo scutulata; il faudrait, enfin, se rappeler que dans le favus en cercles, l'alopécie est définitive et déterminée par des cicatrices qui n'existent jamais dans l'herpès tonsurant, où les cheveux repoussent toujours.

L'herpès circiné est toujours une maladie légère; l'herpès tonsurant est une affection souvent très-tenace, et, il faut être bien prévenu de cette circonstance, pour ne pas promettre trop facilement une guérison qui pourrait bien se faire attendre longtemps.

En tenant compte de la nature de l'hespès circiné, qui n'est que rarement influencée par des troubles généraux, on comprend que le traitement interne doive être très-restreint. Quelques dépuratifs ou des amers légers suffisent ordinairement chez les individus à constitution molle, lymphatique.

C'est surtout au traitement externe qu'il faut avoir recours. On emploie des pommades résolutives et alcalines. M. Cazenave fait faire le soir des onctions avec une pommade composée de 1 ou 2 grammes de calomelas ou de précipité blanc, et de 30 grammes d'axonge. Le matin, il ordonne des lotions avec une solution alcaline (sous-carbonate de potasse, 2 à 4 grammes

---

tachent les rétrécissements proprement dits, ceux que j'aurai à vous signaler.

C'est d'abord un rétrécissement de l'œsophage, dont les symptômes ont été décrits, avec grand soin, par M. Géry (1), et qui avait son siége à 4 centimètres au-dessus du cardia; le canal était renflé, à ce niveau, par une tumeur dure, dont le bord inférieur formait une sorte de bourrelet à l'extérieur; le calibre de l'œsophage n'avait plus que 1 centimètre. L'examen microscopique fit reconnaître que ce rétrécissement était dû à l'infiltration des parois de l'œsophage par de la matière encéphaloïde qui avait envahi les ganglions voisins. Cette extension de la production hétéromorphe aux ganglions, l'état à peu près sain de la muqueuse, a pu faire penser à M. Broca que peut-être le mal avait débuté par les ganglions, comme on le croyait autrefois. Mais il faut remarquer que, sur des lésions moins avancées, on peut constater que le tissu sous-muqueux est le premier envahi par les plaques cancéreuses; que la muqueuse, saine d'abord, ne s'ulcère que plus tard. Notons encore ici le défaut de dilatation du conduit, au-dessus du rétrécissement, et l'absence de cancer dans les autres organes.

Si, dans les beaux jours de l'inflammation, on lui avait à tort rattaché tous les rétrécissements du canal digestif, il ne faudrait pas nier qu'il y ait un certain nombre de ces lésions qui sont inflammatoires, et vous en avez vu un exemple dans le rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum que vous a montré M. Marcé (2).

(1) P. 235. — (2) P. 144.

Une autre cause d'altération du calibre du tube digestif, c'est l'invagination qui se trouve si grandement favorisée par la mobilité de l'intestin grêle jointe à sa disposition canaliculée. Or, messieurs, cette invagination peut être simple, et offre alors trois cylindres : c'est le cas ordinaire; mais, supposez que la partie supérieure de l'intestin s'engage de nouveau dans la portion déjà invaginée, et vous aurez cinq cylindres : c'est ce qu'offrait le malade de M. Moutard-Martin, et dont l'observation fut publiée par Cayol. Allez plus loin, et supposez encore que l'intestin s'engage dans la deuxième invagination, vous aurez sept cylindres; cette disposition, l'esprit la conçoit, et l'observation de M. Sainet vous en avait déjà fourni un exemple auquel vient s'ajouter celui que vous devez à M. Bucquoy (1). La portion d'intestin invaginée formait une tumeur de 25 centimètres de largeur, de 15 centimètres de circonférence, et commençait à 63 centimètres du pylore. Cette tumeur, que l'on avait sentie sur le vivant, occupait la fosse iliaque gauche; son extrémité supérieure offrait le bourrelet arrondi, le collier propre à l'invagination intestinale, et, en fendant la tumeur, on vit qu'un canal central existait encore dans toute sa longueur, et que sept couches d'intestin en formaient les parois. Je remarque, dans la description que M. Bucquoy vous a donnée des symptômes, que le malade fut atteint, à trois reprises différentes, des accidents propres à l'invagination intestinale : une première fois, au mois de juillet 1852; puis une deuxième, le 21 avril 1853; enfin, la dernière, le 14 mai. Chaque attaque, si ce n'est la dernière, dura dix à douze jours, après les-

(1) P. 253.

pour 250 grammes d'eau distillée), ou avec l'acétate de plomb (M. Néligan). Ces moyens sont aidés par des bains de son ou des bains alcalins.

L'herpès tonsurant ne demande pas de traitement interne particulier : c'est encore aux topiques qu'il faut s'adresser ; seulement, ils doivent avoir un peu plus d'énergie. Il faut être prévenu, toutefois, que l'emploi de moyens trop actifs ne serait pas sans inconvénient, puisqu'il pourrait avoir pour effet d'aggraver la maladie et d'en prolonger la durée. C'est ainsi qu'il faut s'abstenir de vésicatoires, d'agents trop énergiques. — M. Cazenave se sert d'une pommade avec le sulfure de chaux, dans la proportion de 2 à 3 grammes pour 30 grammes d'axonge. Plus tard, il conseille une pommade au tannin (2 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge); il fait faire des lotions alcalines; il ordonne des bains alcalins, en prescrivant au malade de se faire des affusions sur le cuir chevelu avec l'eau du bain.

Il faut ajouter que l'emploi de ces moyens doit être continué avec persévérance, et que le succès est à ce prix. Enfin, il est une précaution indispensable à prendre, celle d'empêcher que les objets de toilette, de coiffure, ne servent aussi aux autres enfants, qui pourraient, par ce moyen, contracter la maladie.

La cautérisation doit être complétement rejetée du traitement de l'herpès circiné.

M. Cazenave a essayé quelquefois l'application du collodium sur les plaques de l'herpès tonsurant; dans un cas, le succès a été complet et assez rapidement obtenu.

Hydropisie utérine en dehors de l'état de gestation.

Nous avons publié (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux* du 8 avril), d'après la *Gazette médicale de Lyon*, un article ayant ce titre, dû à M. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. A ce propos, M. le professeur Stoltz, de Strasbourg, vient d'adresser à M. le rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*, la lettre suivante, qu'on ne lira pas sans intérêt :

L'article de M. Teissier commence par ces mots : « MM. Stoltz et Nægelé, au Congrès médical de Strasbourg, en 1842, ont nié l'existence de l'hydrométrie en dehors de la grossesse. M. Teissier, dans un Mémoire publié dans la *Gazette médicale de Paris* en 1842 (lisez 1844), réfuta leurs objections et prouva par des faits incontestables que cette maladie existe. »

Immédiatement après la publication du Mémoire de M. Teissier, qui avait pour but « de démontrer, contradictoirement à MM. Stoltz et Nægelé, que l'hydropisie et la tympanite utérine sont non-seulement des maladies possibles, mais réelles, et qui, bien que rares, doivent conserver une place dans nos cadres nosologiques, » j'écrivis une lettre à la *Gazette médicale de Paris*, pour redresser une erreur historique renfermée dans le travail de M. Teissier, et dire à notre confrère que, avant de le publier, il aurait dû consulter les procès-verbaux officiels du Congrès de Strasbourg et les Mémoires qui ont été imprimés à la suite. Après mûre réflexion, je gardai la lettre dans mon portefeuille, afin de ne pas provoquer une discussion sur un sujet qui, pour le moment du moins, me paraissait épuisé.

Mais, trouvant dans l'article que vous venez de publier les mêmes erreurs et les mêmes arguments que dans le Mémoire de M. Teissier, qui a dix ans de date, j'ai pensé saisir l'occasion de redresser les faits et de présenter quelques remarques critiques sur les observations invoquées comme preuves incontestables, et vous prie d'avoir l'obligeance de leur donner une petite place dans votre *Gazette*.

Voyons d'abord l'erreur historique.

M. Teissier croit, et fait naturellement croire aux personnes qui lisent son Mémoire, que M. Nægelé de Heidelberg et moi, nous avons tous deux traité la question ***de l'hydropisie et de la tympanite utérine hors l'état de gestation*** au Congrès de Strasbourg. Or, c'est moi qui l'avais fait mettre sur le programme, et moi seul j'ai répondu dans la séance du 4 octobre. Quand j'eus tiré mes conclusions, M. le président invita les membres de l'assemblée à demander la parole. Tout le monde se tut. Alors on pria l'honorable M. Nægelé de faire connaître son opinion. Voici ce que dit le procès-verbal : « M. le professeur Nægelé déclare partager l'opinion de M. Stoltz. » C'est tout ce que M. Nægelé aurait dit, et encore le procès-verbal lui-même est inexact (j'aurais redressé cette inexactitude si j'avais pu assister à la séance suivante, dans laquelle M. Restelhueber tenta une réfutation de ce que j'avais avancé en invoquant les autorités que M. Teissier a également appelées à son secours), car M. Nægelé a simplement répondu que lui aussi n'avait jamais pu constater ni l'une ni l'autre des deux maladies dont il était question. Quoique ne les ayant pas vues, il n'a pas manqué d'en parler comme d'affections possibles dans son ***Manuel des accouchements;*** même dans la dernière édition qui est de 1847, c'est-à-dire postérieure de cinq années au Congrès de Strasbourg.

C'est donc moi seul qui soutins envers et contre les anciens et les modernes : que l'hydropisie de la matrice hors l'état de gestation et la tympanite utérine ne sont pas possibles, et n'ont par conséquent jamais été observées, telles qu'on les décrit ordinairement.

---

quels survint une sorte de guérison dans le premier cas, et une amélioration notable dans le second. Serait-ce donc que chacune de ces attaques correspondait à l'invagination d'une nouvelle portion d'intestin? J'avoue que je serais disposé à le penser.

Vous n'avez pas oublié que l'hiver dernier fut marqué par une épidémie grave de fièvre typhoïde : c'est assez vous dire que les présentations de pièces relatives aux lésions du tube digestif, dans cette affection, ont été nombreuses. MM. Barth et Leudet (1), qui surtout ont dirigé leurs recherches sur ce sujet, ont paru s'accorder à trouver, dans l'épidémie régnante, certains caractères anatomiques assez insolites. Ainsi, ils vous ont signalé la tendance aux suffusions sanguines, à la formation d'abcès multiples, et certains détails relatifs aux lésions de l'intestin, ne leur ont pas non plus échappé. Je ne saurais même vous rappeler tout ce que ces deux collègues nous ont successivement appris ; leurs études se rattachent à trop d'organes divers pour que je puisse les réunir dans un travail du genre de celui-ci.

Parmi les lésions du tube digestif dépendant d'une autre cause, outre bon nombre d'ulcérations cancéreuses de l'estomac, je mentionnerai une pièce de M. Géry (2) où l'ulcération, très-étendue, a paru offrir un exemple d'ulcère chronique simple, et trois autres dans lesquels les ulcérations dépendaient de l'ingestion de poisons; dans le fait de M. Boureau (3), les ulcères, peu profonds, multiples, avaient été produits par l'acide arsénieux. Le malade de M. Barth (4), avait avalé de l'acide sulfurique, et la

(1) *Passim.* — (2) P. 8. — (3) P. 178. — (4) P. 103.

tunique musculeuse de l'œsophage et celle de l'œsophage étaient à nu dans une grande étendue ; enfin, dans le cas de M. Leudet (1), c'était l'ammoniaque qui avait causé les désordres consistant dans une destruction très-vaste de la muqueuse stomacale convertie en une escarre molle et noirâtre.

Le grand danger des ulcérations du tube digestif, c'est la perforation ; cet accident s'était produit dans l'intestin d'un grand nombre des malades atteints de fièvre typhoïde. Dans la pièce que M. Milard (2) vous a décrite avec soin, la perforation, qui semblait se rattacher à une ulcération simple, avait détruit une partie considérable de la paroi postérieure de l'estomac et se trouvait bouchée par le pancréas. Cette obturation de l'ouverture anormale, par l'un des organes voisins, n'a pas lieu de vous surprendre, car M. Barth nous en a fait voir un bon nombre d'exemples : tantôt c'est la rate, tantôt le foie, tantôt le duodénum, etc., qui devient l'agent de l'obturation.

Parmi les ulcérations tuberculeuses que vous avez vues dans le tube digestif, la plus remarquable a été celle que vous a montrée M. Bignon (3). Les parois de l'estomac d'un enfant de 6 ans contenaient plusieurs tubercules ; l'un d'eux, qui s'était ramolli, avait produit une ulcération. Les exemples de tubercules de l'estomac sont si rares que c'est à peine si l'on pourrait en recueillir cinq ou six cas ; j'ai donc cru utile de vous signaler celui-ci à l'observation duquel rien ne manque.

Mais si l'un des points du canal intestinal peut être perforé de dedans

(1) P. 363. — (2) P. 205. — (3) P. 211.

Examinons maintenant les observations renfermées dans le Mémoire de M. Teissier, et que cet honorable confrère considère comme des *preuves irrécusables* de la possibilité et de l'existence de ces deux affections.

L'auteur commence par la *tympanite utérine,* et décrit un cas observé par lui-même. Il s'agit d'une femme de 43 ans « qui avait un engorgement du corps et du col de la matrice, facilement appréciable au toucher, un écoulement leucorrhéique, un retard des menstrues de deux mois. » Plus tard, le volume du ventre augmentant et les règles ne revenant pas, cette femme se crut enceinte; mais M. Teissier reconnut que la matrice formait une tumeur volumineuse et *légère.* A six mois, l'utérus remontait presque jusqu'à l'ombilic. L'auscultation ne fournissant aucun signe de grossesse (ni battements redoublés ni souffle) (1), M. Teissier conclut que cette femme était atteinte de tympanite utérine. Bientôt la malade sentit des douleurs analogues à celles de l'enfantement, et qui furent suivies de l'expulsion d'une grande quantité de gaz très-fétide. A mesure que ce gaz s'échappait, le *ventre* diminuait sensiblement de volume. Depuis cette époque, le ventre s'est souvent ballonné pour s'affaisser de nouveau par la sortie d'une certaine quantité de fluide gazeux.

M. Teissier croit que ce fait offre des détails assez précis pour que les esprits les plus circonspects ne puissent douter de la nature de la maladie. J'en demande bien pardon à notre confrère, si je me permets de dire que sur 100 accoucheurs, hommes habitués à voir les femmes dans les différentes conditions de leur vie, *pas un* ne se contenterait des détails de cette observation.

Frank, cité par M. Teissier, est certainement un auteur qui mérite la plus large confiance en bien des choses, mais ses contes (permettez-moi cette expression) ne persuadent pas un homme instruit et tant soit peu sévère en matière d'observation. Les cas publiés dans la *Revue médicale,* ceux de Collombat, de Lisfranc, n'ont pas plus de valeur. Pour démontrer péremptoirement que la tympanite utérine n'est pas une maladie illusoire, il faudrait des faits accompagnés de détails bien autrement développés et circonstanciés.

Les observations d'*hydromètre* sont encore plus nombreuses, dit M. Teissier, et plus concluantes en quelque sorte. Plus nombreuses, oui ; plus concluantes, j'ose le nier. J'ai moi-même analysé, dans mon travail (*voir* les Mémoires publiés par le Congrès scientifique de Strasbourg), celles de tous les anciens et de tous les modernes dont j'ai pu me procurer les ouvrages.

(1) Je ferai observer à M. Teissier que le souffle s'entend quand la matrice est distendue comme au sixième mois de la grossesse, que celle-ci existe ou non.

Les noms de Fernel, Vésale, Mauriceau, Frank, Blankard, Blegny, Lisfranc, Nicolaï, et d'une foule d'autres hommes marquants dans la science, ne m'en imposent pas. S'il fallait accepter toutes les erreurs qui nous ont été ainsi léguées, où en serions-nous ? Parce que A. Paré a décrit des monstres humains à têtes de quadrupèdes, est-on obligé de croire qu'ils ont réellement existé ? Quand il s'agit de faits exceptionnels, il ne faut jamais les admettre qu'après les avoir bien étudiés et vus s'ils se confirment par l'analyse pratiquée à l'aide des moyens que les connaissances actuelles mettent à notre disposition. Un médecin qui possède les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques nécessaires pour oser se croire à l'abri de toute erreur, et qui y tombe néanmoins quelquefois, devient très-circonspect, et n'admet un fait douteux considéré comme vrai, même depuis des siècles, qu'après l'avoir observé un certain nombre de fois et avec les caractères qu'un esprit critique est en droit d'exiger.

J'avoue que quand je vois un confrère généralement estimé, et à juste titre, ajouter foi aux observations d'hydropisie utérine de Vésale, de Blankard, de Nicolaï, de Blegny, ma confiance en lui diminue, parce que je le trouve d'une crédulité par trop naïve. Comment, vous croyez, avec Vésale, que la matrice peut contenir *plus quam centum et octoginta libras aquæ serosæ;* avec Blankard, qu'il en a vu 80 livres (cependant 100 de moins que Vésale); avec Nicolaï, qu'une veuve sexagénaire avait une hydropisie utérine dans laquelle la matrice, ronde comme une boule, était parvenue jusqu'à l'appendice xyphoïde ; avec Blegny, qu'une hydropisie de matrice peut durer douze ans ! Si vous croyez tout cela, je ne suis plus étonné que vous en appeliez ensuite aux observations de Mauriceau, Guillemeau, Delamotte, et d'autres dont je n'ose pas citer les noms, pour ne pas passer pour irrévérencieux ou un sceptique orgueilleux.

Quand je vous vois ensuite dire, d'une manière très-sérieuse, que la maladie à laquelle M. Jobert (de Lamballe) a donné dans ces derniers temps le nom d'*hydropisie du col de l'utérus,* n'est pas autre chose qu'une espèce d'hydromètre, je suis encore plus stupéfait, et je comprends mieux que vous ne rejetiez pas une foule d'observations de tympanite et d'hydropisie utérine publiées dans différents recueils. Quant à moi, je ne partage pas aveuglément les opinions d'un homme de science, quelque considéré qu'il soit, quand il s'agit de faits que je me crois capable d'observer et d'apprécier moi-même. Je me permets de nier, quand je suis convaincu qu'on est dans l'erreur. Or, pour moi, détruire une erreur est plus méritoire que de propager une vérité ; celle-ci se fera jour nécessairement, mais l'erreur accréditée par des hommes considérables ne peut presque plus être déra-

---

en dehors, la même lésion peut se produire en attaquant les parois de dehors en dedans, et ceci me conduit à vous parler de la belle pièce que vous devez à M. Laboulbène (1). Cette pièce provenait d'un homme essentiellement tuberculeux qui fut atteint, trois ans avant sa mort, d'un abcès froid dans la région lombaire ; cet abcès finit par se cicatriser. Au mois d'avril 1853, le même malade entrait à l'hôpital porteur d'un abcès froid dans la même région. Cet abcès faisait saillie sous la peau et fut ouvert avec le bistouri ; la suppuration fut longue, et la cicatrisation était encore incomplète lorsque le malade mourut par suite des progrès de son affection tuberculeuse. Rien, chez ce malade, n'avait révélé l'existence d'une lésion des os, et l'abcès devait paraître tout spontané. L'autopsie montra une disposition inattendue : le colon descendant offrait une petite ouverture qui, par un trajet long et oblique, communiquait avec la poche purulente située beaucoup plus haut. Dès lors, messieurs, il y avait lieu de se demander si l'intestin n'avait pas été le point de départ de l'abcès ; si ce malade, dont le poumon était rempli de tubercules, n'avait pas eu le colon atteint et perforé par une production du même genre ; mais l'absence des symptômes qui accompagnent l'entérite chronique, l'intégrité parfaite de la muqueuse au-dessus et au-dessous de l'abcès, la disposition du trajet de communication forcent à rejeter cette hypothèse, et, dès lors, il faut admettre que l'abcès formé spontanément, comme cela a lieu assez souvent chez les scrofuleux, s'est ouvert consécutivement dans l'intestin. Mais ce qui doit surprendre dans ce fait, c'est que l'abcès situé d'abord derrière le

(1) P. 368.

carré des lombes, par conséquent en dehors de l'abdomen, au lieu de s'ouvrir sur la peau, se soit creusé un trajet long et oblique pour aller gagner l'intestin. C'est là un de ces cas dans lesquels, comme vous l'a fait remarquer M. Broca dans son Rapport (4), le pus a violé la loi que lui avait dictée Hunter, qui voulait que ce produit morbide se dirigeât toujours vers la surface cutanée.

L'indication des produits hétéromorphes qui se déposent au sein des organes qui constituent les annexes du tube digestif, devant trouver sa place ailleurs, il ne me reste à vous signaler ici que les kystes séreux multiloculaires de la rate que vous a montrés M. Leudet (2). On trouvait, dans l'intérieur de l'organe, une cavité divisée en quatre ou cinq loges par une séreuse revêtue d'épithélium pavimenteux ; c'est là une lésion dont nos Bulletins ne contiennent peut-être pas d'autre exemple. Le fait de M. Desnos (3), relatif à des déchirures multiples du foie sans lésions des parois thoraco-abdominales, offre aussi son intérêt ; l'absence d'hémorrhagie se comprend par la situation de la lésion à la face convexe de l'organe, et la péritonite tardive qui a tué le malade a dû son origine au faible épanchement de bile qu'ont produit les petits canaux excréteurs divisés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(2) P. 371. — (3) P. 120. — (4) P. 261.

cinée. Et je crois que les idées généralement reçues sur l'hydromètre et la tympanite utérine sont une erreur enfantée par l'imagination des anciens et acceptée par les modernes sans contrôle rigoureux.

M. Teissier ne donne pas d'observation qui lui soit propre, il dit seulement qu'il a vu lui-même une dame qui, à chaque époque menstruelle, perdait par le vagin une assez grande quantité d'une eau parfaitement limpide, qui remplaçait l'écoulement cataménial. Je suppose que M. Teissier ne regarde pas cet écoulement mensuel comme la preuve que la dame en question avait une hydromètre. Cependant il conclut que «*rien n'est plus certain que l'existence de l'hydromètre et de la tympanite utérine hors l'état de grossesse; rien n'est plus incontestable que leurs droits à conserver une place dans le cadre des affections de matrice.* »

L'observation que vous venez de publier doit confirmer ces propositions.

D'abord les circonstances commémoratives relatées n'ont aucune valeur pour moi ; je m'attache à ce qui a été vu et constaté à l'Hôtel-Dieu par M. Tessier lui-même. Or, cela se borne à l'apparition des règles, le 1er du mois (de mars probablement) et le 15, la malade a perdu un liquide alcalin analogue à la sérosité des ascites et exhalant une odeur lochiale. « Ce phénomène se renouvelle tous les mois, est-il dit (cependant la malade n'est restée qu'un mois à l'Hôtel-Dieu); il *ne peut y avoir aucun doute sur la nature de cette affection,* puisque nous avons assisté à l'écoulement du liquide. » Le temps que cette personne a passé à l'Hôtel-Dieu de Lyon était-il suffisant pour établir le diagnostic avec exactitude et sûreté?

Je demande à tous les hommes de l'art un peu exigeants en diagnostic, si c'est là une observation convaincante. Qu'a-t-on vu? Une femme qui a ses règles le 1er du mois, et qui a perdu le 15 un liquide alcalin analogue à de la sérosité. « Le col de la matrice était largement ouvert, lubréfié par le liquide qui sortait de l'utérus ; cet écoulemet dura trois jours, et pendant ce temps les seins étaient gonflés, douloureux et sécrétaient du lait. » Avez-vous au moins constaté la dilatation du corps de l'utérus, la quantité de liquide écoulé, etc., etc.? C'était tout bonnement pour nous un suintement séreux à la petite époque, comme l'appellent les femmes, le sérum du sang sécrété à la surface de la cavité utérine à la suite d'un érétisme congestionnel, un catarrhe de l'utérus ; mais de collection, d'accumulation de sérosité avec distension de la matrice, de l'hydropisie proprement dite, il n'y en avait point.

Montrez-nous une matrice véritablement distendue par quelques litres seulement de liquide (je n'en demande pas 180, ni même 80); liquide qui sera expulsé par des contractions utérines, ou que vous enleverez, soit par la ponction, soit par le cathétérisme, alors vous aurez raison de soutenir qu'il y a eu *hydropisie.* Comment se fait-il que vous n'ayez pas employé dans le dernier cas la sonde utérine? Elle vous aurait appris jusqu'à quel point la matrice était distendue. Or, il est certain qu'il peut y avoir un écoulement séreux par les parties génitales de la femme sans distension de la matrice, mais alors ce n'est plus une hydropisie, car il ne faut pas plus confondre les mots que les choses.

Je ne peux pas revenir ici sur les raisons théoriques que j'ai alléguées dans mon Mémoire contre l'existence de l'hydropisie et de la tympanite de la matrice, et que M. Teissier a essayé de réfuter l'une après l'autre; cela dépasserait de beaucoup les bornes de cette lettre. Je n'ai voulu parler que des faits, et en terminant, je dirai encore, comme au Congrès de Strasbourg, et après dix années d'expérience et de réflexions de plus : *L'existence de l'hydromètre et de la tympanite utérine hors l'état de gestation n'est pas démontrée par des faits authentiques et bien observés.*

Serre-nœud pour la ligature des polypes,

Par M. le Dr DECOULAREY, du Neubourg (Eure).

Le serre-nœud de Græfe, qui est décrit et représenté dans les traités de pathologie externe, et celui de Roderi, modifié par Mayer, sont d'une grande simplicité, il est vrai, mais encore faut-il, pour les faire, des ouvriers plus habiles que ceux que l'on rencontre chez les serruriers des campagnes. M. le docteur Decoularey a rendu un service aux praticiens des communes rurales, en simplifiant encore ces petits appareils dont on a souvent l'occasion de se servir.

Voici la description des deux serre-nœuds inventés par M. le docteur Decoularey.

§ I. Une petite vis de 10 centimètres de longueur, terminée par une petite *tête à violon,* pleine, est taraudée jusqu'à cette tête. A son autre extrémité, se trouve un trou d'un faible diamètre, destiné à attacher les deux bouts du lien. Le long de cette vis, circule un écrou à quatre branches, qui sert à faire monter un cylindre en bois, lequel, par son ascension, pousse une série de pois comme le voulait Mayer.

Le serrurier le plus habile peut faire une vis sur laquelle se meut un écrou. Une branche de sureau, quelques pois secs et un fil feront le reste.

§ II. M. le docteur Decoularey a voulu modifier son appareil, et, fatalement, il est arrivé à le compliquer, quoiqu'il reste encore d'une exécution facile. En revanche, le second appareil que nous allons décrire a, sur le premier, cet avantage que l'on est maître des deux chefs du lien, tandis que dans le premier, ces deux chefs sont cachés dans le cylindre en bois, puisque ce dernier, pour pousser les pois, doit couvrir le trou d'attache pratiqué à l'extrémité supérieure de la vis.

Le second serre-nœud se compose, comme le précédent, d'une petite vis avec *tête à violon,* mais cette tête est *épaulée* et perforée à son centre, et la vis est creuse dans toute sa longueur.

Comme dans le premier appareil, la vis est taraudée jusqu'à la tête, et il y a aussi un écrou à quatre branches, mais au lieu de faire monter un cylindre en bois, elle fait exécuter un mouvement d'ascension à une *douille* en fer sur laquelle sont adaptées deux branches en fil de fer; ces dernières sont terminées par une autre *douille* plus petite, pour donner passage aux deux bouts du fil; puis, ces deux bouts passent dans la vis creuse et sont attachés par l'opérateur à la *tête à violon, épaulée* et perforée à son centre; à cet effet, les *douilles*, en montant, poussent également une série de pois qui rétrécissent l'anse du lien et par conséquent augmentent la constriction.

Il n'est pas besoin des ouvriers habiles de MM. Charrière, Luër ou autres fabricants distingués, pour confectionner le second serre-nœud de M. le docteur Decoularey; toutefois, il est beaucoup moins simple que le premier, qui est un vrai modèle du genre; l'inventeur attache une grande importance à la modification (la vis creuse) qui lui donne la faculté d'avoir constamment sous les yeux les extrémités du fil; nous ne partagons pas son avis et nous préférons de beaucoup son premier serre-nœud ; en faisant usage, en effet, d'une petite corde en soie, il n'y a pas à craindre qu'elle ne se casse sous la pression de l'instrument, et, par conséquent, il est inutile de l'avoir sous les yeux et à sa disposition pendant le temps que l'appareil reste appliqué.

Ces deux serre-nœuds ont été employés avec succès maintes et maintes fois pour la ligature des polypes utérins; je les ai moi-même appliqués avec M. Decoularey, en 1850, à Solanges, près du Neubourg (Eure), et la chute du polype énorme que je liai ne se fit pas longtemps attendre; il en fut de même, l'année suivante, à Maromme (Seine-Inférieure), dans un cas analogue où je fis l'opération avec M. le docteur Vingtrinier (de Rouen), et M. Bataille, médecin à Maromme. Enfin, M. le docteur Duclot (de Rouen) a réussi de même, dans sa clientèle, il y a quelques mois. Dans ces trois opérations, nous nous servîmes du serre-nœud le plus simple.

Le temps le plus long de l'opération serait celui qui consiste à enfiler les pois, si on ne se servait d'un petit moyen qui a été

suggéré à M. le docteur Duclos par une sage-femme présente à l'opération. On enfile d'avance tous les pois sur un fil ordinaire, on noue une extrémité de ce fil aux chefs réunis de la ligature, et l'on fait glisser rapidement les pois de l'un sur l'autre.

J. BOUTEILLER, *D. M. à Rouen.*

Du traitement de l'hémorrhagie cérébrale chez les vieillards,

Par M. DURAND-FARDEL.

Voici les conseils que donne M. Durand-Fardel dans le traitement de l'apoplexie chez les vieillards :

« Quand l'attaque survient, certaines précautions doivent être prises : débarrasser le malade de ses vêtements et de ce qui peut entraver la circulation ; le tenir dans un endroit frais et bien aéré, la tête découverte, élevée ainsi que le tronc ; réchauffer les extrémités ; s'abstenir de frictions, d'inhalations ou de boissons excitantes ; se contenter d'eau fraîche ou même glacée, si la déglutition est possible.

« Qu'y a-t-il à faire de plus ? L'observation d'un grand nombre de faits nous a convaincu qu'il faut être, à ce moment, très-sobre de moyens thérapeutiques, d'émissions sanguines en particulier, et que la médecine expectante, dans les limites que nous allons indiquer, est alors la plus convenable. Que l'on réfléchisse, en effet, à ce qui se passe : une déchirure vient de s'opérer dans la substance cérébrale ; du sang s'est épanché. Tout cela est accompli avant qu'aucun secours ait pu être apporté, et n'est susceptible, à cette époque, d'aucun retour. Il est donc inutile de chercher à agir sur l'épanchement lui-même. Quelles indications restent alors à remplir ? Combattre l'état d'hypérémie dont on suppose que l'encéphale est le siége : 1° de peur qu'un second effort hémorrhagique ne vienne se surajouter au premier ; 2° pour se hâter de dégorger les vaisseaux de la tête, dont la plénitude vient s'ajouter à la compression exercée par le sang épanché.

« Mais il ne faut pas oublier qu'un redoublement de l'effort hémorrhagique ne s'observe que dans des cas très-rares, et que le fait de l'hémorrhagie elle-même a dû opérer, sur les vaisseaux hypérémiés de l'encéphale un dégorgement notable. Maintenant, si l'on considère que l'épanchement une fois produit, présente, comme on l'a vu plus haut, une tendance manifeste et continue vers la guérison ; que, s'il est très-considérable, avec rupture du foyer au dehors, il est au-dessus des ressources de l'art comme de la nature elle-même ; que, s'il est de petite dimension, il ne constitue qu'une affection légère, au point de vue du péril direct qu'elle entraîne pour la vie, on devra se demander si, dans les cas difficiles, douteux, périlleux, mais avec chances de salut encore, les émissions sanguines ne peuvent pas entraîner à de sérieux inconvénients.

« La nature a besoin de toutes ses forces pour réparer d'aussi graves désordres, pour surmonter l'ébranlement causé par une telle blessure du cerveau, pour suppléer à la quantité d'action nerveuse soudainement soustraite par la lésion même du cerveau et par la compression du reste de l'encéphale. Chez les vieillards, les notions que nous possédons sur la pneumonie hypostatique, cause la plus commune de mort à la suite de l'apoplexie, nous enseignent les graves inconvénients qui peuvent résulter d'un affaiblissement rapide et considérable de l'organisme. En outre, il n'est pas seulement nécessaire de respecter les forces de l'économie, pour que celle-ci puisse suppléer à l'amoindrissement des centres nerveux déchirés et comprimés ; il faut encore leur ménager les moyens de fournir au travail de réparation et de cicatrisation des foyers hémorrhagiques, travail qui commence aussitôt l'hémorrhagie accomplie.

« Ainsi, impossibilité d'agir sur l'épanchement hémorrhagique, nécessité de ménager les forces de l'économie, voilà les deux faits qui dominent à l'époque dont nous nous occupons. Reste l'indication de combattre ce qu'il peut demeurer, dans le cerveau, d'hypérémie. C'est uniquement pour y satisfaire que l'on doit tirer du sang à la suite d'une attaque d'apoplexie hémorrhagique ; mais il est évident qu'une fois réduit à cette unique indication, on devra se dispenser de ce luxe, c'est-à-dire de cet abus d'émissions sanguines dont on se croit obligé d'accompagner toute attaque d'apoplexie....

« Ces diverses considérations sur l'inutilité et sur l'inconvénient des émissions sanguines abondantes, à la suite des hémorrhagies cérébrales, sont basées sur notre propre expérience, qui nous a appris que, dans les hémorrhagies graves, l'emploi des émissions sanguines ne paraît exercer aucune influence appréciable sur la marche des symptômes, non plus que sur l'issue de la maladie ; que dans les apoplexies accompagnées de chances de guérison, les premiers amendements que l'on saisit dans les symptômes, et que l'on attribue en général aux émissions sanguines, se montrent aussi souvent avant la saignée, surtout quand des circonstances particulières ont forcé de la retarder ; enfin que, d'une manière générale, la marche des symptômes propres à l'apoplexie nous a paru peu influencée par l'emploi des émissions sanguines. Nous ne pouvons nous empêcher de croire, sans nous dissimuler la difficulté de telles appréciations, que le développement de pneumonies mortelles a été plus d'une fois favorisé sous nos yeux par ces mêmes émissions sanguines.

« En même temps que nous cherchons à prévenir les praticiens contre l'abus des émissions sanguines, nous leur conseillons de s'abstenir, après une attaque d'apoplexie hémorrhagique, de toute thérapeutique active, telle que vésicatoires, drastiques, etc., et parce que nous n'en comprenons pas l'utilité, et parce que nous n'en avons jamais retiré aucun avantage appréciable. Maintenir sur les extrémités une révulsion douce et continue ; débarrasser d'abord les voies digestives à l'aide de lavements purgatifs et de purgatifs huileux ; recourir ensuite à l'aloès, au calomel ; soutenir la malade à l'aide d'une alimentation légère, mais effective ; surveiller l'état de la poitrine, et, tout en proscrivant d'une manière générale les vomitifs, employer l'ipéca au moins à dose fractionnée, si les bronches s'engouent, et surtout appliquer alors au devant de la poitrine un large vésicatoire ; plus tard, si le malade s'affaiblit, s'il est d'un grand âge, si la langue se sèche, le soutenir à l'aide de vin généreux pris en petite quantité, essayer d'agir plus directement sur le cerveau par un vésicatoire à la nuque : telle est, selon nous, la seule thérapeutique que réclame une attaque d'apoplexie. »

BIBLIOGRAPHIE.

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme et principalement avec la médecine et l'hygiène publique,

Par M. le Dr FOISSAC, *membre de la Société météorologique de France*, etc. (1)

La météorologie est cette branche des sciences physiques qui s'occupe des phénomènes qui apparaissent ou se forment dans l'air. « Elle considère, disait déjà Sénèque, les corps placés entre le ciel et la terre, comme les nuages, la pluie, les neiges et la foudre, qui fait la terreur des mortels, en un mot, tous les phénomènes dont l'air est l'objet et la cause. » Si M. de Humboldt a pu dire de la météorologie, envisagée comme science abstraite, qu'elle était encore dans l'enfance, combien eût-il jugé moins favorablement encore la météorologie appliquée ! Aujourd'hui, cependant, grâces aux nombreuses observations dont M. de Humboldt lui-même a tracé d'excellents modèles, les faits de météorologie, tant pure qu'appliquée, étaient devenus assez nombreux pour que, rapprochés dans un cadre méthodique, il pût sortir de leur ensemble et de leur coordination discutée, un véritable traité dogmatique, dans lequel seraient résolues, ou tout au moins posées, la plupart des questions afférentes à cette branche de nos connaissances. M. Foissac a résolument entrepris et heureusement exécuté cette grande œuvre de coordination éclairée, destinée à vulgariser et à mettre en lumière un nombre infini de notions curieuses, la plupart oubliées et peu connues, toutes éparses dans une multitude de recueils ou d'ouvrages difficiles à consulter.

Le traité de M. Foissac, qui venait, dans un moment opportun, combler une lacune regrettable, a été, dès son apparition, l'objet de bien des louanges, au milieu desquelles la critique s'est à peine glissée. Le cadre a paru bon, eu égard aux difficultés dont il était hérissé. La forme littéraire, qui donne tant de charme et d'animation à la science, a été surtout exaltée, et sur ce point, nous pensons que rien de trop n'a été dit. La publication de cet ouvrage a été une occasion nouvelle d'apprécier les qualités de savoir et de style dont l'auteur a fait preuve dans ses précédentes compositions.

M. Foissac divise son traité de météorologie en cinq parties, dans lesquelles il s'occupe successivement de tout ce qui concerne les *fluides impondérables, les eaux, l'atmosphère, la température, les révolutions du globe et les changements de climats.*

Dans la 1re partie, ont d'abord place les phénomènes de lumière, tels que l'aurore, le crépuscule, la scintillation des étoiles, le mirage, l'arc-en-ciel, les halos, les parhélies. Vient ensuite un court chapitre sur la chaleur, dont nous regretterions la brièveté, si les questions qui la concernent ne devaient se retrouver dans la 4e partie de l'ouvrage. L'électricité et le magnétisme, ces fluides d'une merveilleuse puissance et qui tiennent, sans aucun doute, sous leur dépendance les phénomènes de la vie ainsi que ceux des corps inertes, sont l'objet de considérations savantes et étendues qui n'intéressent pas moins le phy-

(1) Paris, chez J.-B. Baillière. — 2 vol. in-8.

sicien que le médecin. On lira avec autant de plaisir que de profit les chapitres dans lesquels M. Foissac traite de la foudre, de l'électricité physiologique, de l'électricité appliquée à la thérapeutique, des influences de l'aimant sur l'homme. Nous mentionnerons, en particulier, les considérations sur le principe de vie, ainsi que les conclusions de cette 1re partie. Dans l'une, M. Foissac expose les idées élevées sur le principe de vie et les générations spontanées ; dans l'autre, il décrit, avec éloquence, les grandes lois qui régissent l'univers.

Dans la 2e partie se trouvent, après de judicieuses considérations générales sur la qualité des eaux, l'exposition des faits de détail que possède la science sur la température des sources, des rivières, des lacs, sur la formation des glaces polaires, sur l'étendue, la profondeur, la température, les mouvements, la phosphorescence et la salure des mers. M. Foissac a su rattacher ces questions soit à l'hygiène publique, soit à la philosophie des sciences, et répandre un intérêt soutenu sur les détails les plus arides.

La 3e partie comprend, au double point de vue de la physique et des applications médicales, les données acquises sur la composition et la pesanteur de l'air, sur la pression de l'atmosphère, les oscillations périodiques et les variations accidentelles du baromètre. M. Foissac étudie avec un soin particulier les effets de la pression atmosphérique sur le corps humain. Ici se trouve un resumé très-intéressant du mal des montagnes et des phénomènes que fait éprouver l'air comprimé, souvent à plusieurs atmosphères, dans les puits de mines et sous la cloche à plongeur. Les hommes vivent sous tous les climats, dans les plaines basses comme sur les plateaux élevés ; cependant on verra, dans les recherches de l'auteur, que l'habitation des hautes montagnes détermine parfois des accidents redoutables, et en particulier des hémorrhagies. On est souvent obligé de renouveler le personnel du couvent du mont Saint-Bernard, les religieux ne peuvent impunément y prolonger leur séjour au delà de cinq ou six années. M. Foissac attribue des effets remarquables, soit sur les maladies, soit sur les facultés intellectuelles, à un simple changement dans la pression atmosphérique, et il cite des exemples curieux à l'appui de cette opinion.

Nous ne ferons que mentionner les articles sur les vents, la rosée, les brouillards, les nuages, la pluie, la neige, la grêle, les brouillards secs, les pluies et les neiges coloriées, les étoiles filantes, les bolides et les aérolithes.

Nous voudrions pouvoir transcrire le chapitre entier des échos, où l'auteur semble avoir voulu prouver que la physique n'est pas moins attachante qu'un roman. Nous passons tous ces chapitres sous silence pour signaler les derniers de cette 3e partie, où M. Foissac examine l'influence de la lune, de ses phases, de ses éclipses, sur la hauteur du baromètre, sur le règne végétal, sur les maladies, sur l'homme physique et moral. Il a traité ces questions délicates avec un grand discernement, démêlant le vrai du faux, réfutant les préjugés dont les hommes les plus instruits ont souvent été les dupes. Dans l'exposition et la discussion de tous ces faits, on reconnaît la méthode unie au goût littéraire, la science guidée par une bonne philosophie.

A la 4e partie sont rapportées la température propre au globe, la chaleur fournie par le soleil, les variations de température suivant les saisons, les heures de la journée, la latitude et l'altitude des lieux, l'étendue, la forme et l'exposition des continents. Des chapitres spéciaux réunissent les faits relatifs à la distribution générale de la chaleur à la surface du globe, et notamment aux différences de température qu'offrent les régions homologues des deux hémisphères ; des tables présentent à la curiosité du lecteur la série des plus grandes chaleurs et des plus grands froids observés; enfin de savantes et hautes considérations sur les diverses régions du globe terminent et résument cette 4e division de l'ouvrage.

Dans la 5e et dernière partie, l'une des plus importantes du livre, l'auteur expose en homme à qui elles sont familières, toutes les hautes questions qui se rattachent aux révolutions séculaires de notre planète. C'est là qu'il a groupé, dans onze chapitres, les idées et les faits relatifs aux révolutions antédiluviennes du globe, aux révolutions plus circonscrites qui ont modifié la terre et son atmosphère depuis l'apparition de l'homme (déluge, volcans, tremblements de terre); au changement des climats et à ses causes géologiques, à l'influence du sol et des cultures sur le climat d'un lieu, à celle des forêts et des déboisements sur la météorologie générale, et en particulier sur le climat de la France ; à la possibilité de reconnaître le changement des climats par des considérations empruntées à la limite de certaines cultures (vigne, dattier) ; aux diverses époques historiques, M. Foissac termine la dernière partie de son livre par de savantes études sur le climat de l'Angleterre, de l'Italie, de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique.

On voit quel cadre immense l'auteur n'a pas craint d'embrasser; Cependant, quelques médecins ont prétendu que M. Foissac n'avait pas fait assez de médecine ; des physiciens se sont plaint qu'il ait sacrifié la météorologie pure à ses applications. Pour donner raison à chacun, il eût fallu écrire quatre volumes au lieu de deux beaux volumes que nous avons sous les yeux ; mais alors, un autre reproche n'aurait pas manqué de se produire : on sait, par expérience, le sort des longs ouvrages, et ce qu'on pense des auteurs qui ne savent pas se borner.

Ainsi que nous l'avons indiqué, M. Foissac a su faire un ouvrage de météorologie d'une lecture aussi attachante qu'instructive. La science de bon aloi est toujours rendue attrayante par le charme de l'exposition ; elle est encore rehaussée par des considérations qui, dans le savant et l'érudit, révèlent le penseur et le philosophe.

A. Chatin.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Esprits frappeurs.* — Une des dernières séances du sénat américain a été marquée par un incident des plus ridicules. M. Shields s'est exprimé ainsi :

« J'ai l'honneur de présenter au sénat une pétition, portant 15,000 signatures, sur un sujet aussi singulier que nouveau.

« 1. Les signataires représentent que certains phénomènes physiques et moraux, d'une nature toute mystérieuse, attirent l'attention publique en ce pays et en Europe. L'analyse partielle de ces phénomènes dévoile l'existence d'une force occulte qui se manifeste par le soulèvement, le glissement, la suspension, par le mouvement, enfin, qu'elle communique aux corps pondérables, contrairement aux lois naturelles.

« 2. En second lieu, cette force se manifeste par des lueurs qui apparaissent tout à coup dans des lieux où aucune action chimique ni aucune phosphorescence ne sauraient se développer.

« 3. Par des sons mystérieux, semblables, tantôt à des coups frappés par un esprit invisible, tantôt au murmure des vents ou au grondement du tonnerre. Quelquefois on entend le son de voix humaines ou de quelque instrument de musique.

« 4. Les fonctions animales se trouvent quelquefois interrompues subitement ; et cet agent mystérieux a guéri des affections regardées comme incurables.

« Les pétitionnaires sont divisés d'opinion, quant à l'origine de ces phénomènes ; les uns les rapportent à la puissance intelligente des esprits délivrés de l'enveloppe matérielle ; les autres prétendent qu'on les peut expliquer d'une manière rationnelle et satisfaisante. Mais tous s'entendent sur la réalité des phénomènes, et demandent qu'une commission soit nommée pour procéder à une investigation patiente et scientifique.

« J'ai donné un résumé fidèle de cette pétition, qui, du reste, est rédigée d'une manière fort convenable, parce que je me suis fait une règle de présenter au sénat toutes les pétitions inoffensives. Mais après avoir rempli ce devoir, on me permettra de dire que l'empire de semblables aberrations chez un grand nombre de nos contemporains et dans un siècle aussi avancé, a sa source, selon moi, ou dans un système défectueux d'éducation, ou dans un dérangement partiel des facultés intellectuelles, produit par quelque désorganisation physique. Aussi, je ne puis croire que ces aberrations soient répandues au point que l'indique cette pétition.

« Chacun des âges du monde a eu des illusions de ce genre. L'alchimie a occupé pendant plusieurs siècles l'attention d'hommes éminents. Mais il y avait quelque chose, au fond, de sublime et de réel dans l'alchimie ; on y étudiait patiemment la nature, et si elle n'a pas donné aux alchimistes ce qu'ils en attendaient, elle les a récompensés par des découvertes inestimables. »

M. Shields passe en revue les illusions et les déceptions des Rose-Croix et autres spiritualistes, et arrive à Cagliostro, le grand professeur qui vendait l'immortalité aux vieilles et la beauté aux jeunes. « Pour avoir des esprits gardiens, il suffisait de les payer. Pas une grande dame qui ne soupât avec Lucrèce, dans les appartements de Cagliostro. Les officiers y discutaient de l'art militaire avec Alexandre, Annibal ou César ; les jurisconsultes conversaient avec Cicéron. Ces sortes de manifestations avaient quelque prix sans doute, et tous nos esprits frappeurs, dégénérés et vulgaires, peuvent se voiler la face devant Cagliostro. » M. Shields termine en citant ce mot, qu'il attribue à Bucke : « La crédulité des dupes est aussi inépuisable que la supercherie des fripons. »

Inutile d'ajouter que cette pétition n'a donné lieu qu'à des rires et des quolibets. (*Cosmos.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 70. 2e année. Mardi 13 Juin 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 12 Juin 1854.

Du redresseur utérin et des déviations utérines au point de vue de M. Malgaigne.

En entendant le discours de M. Malgaigne, quelques hésitations sont nées dans notre esprit touchant le but général que s'était proposé l'orateur. Ces hésitations ne se sont point dissipées en rédigeant ce discours et en le relisant avec attention (1).

Relativement au point capital du débat, c'est-à-dire à la question de savoir s'il faut ou non proscrire de la pratique le redresseur utérin, nous avons vainement cherché l'opinion de M. Malgaigne parmi des propositions telles que les suivantes :

« *Je n'ai jamais essayé le redresseur et je ne l'essaierai pas,* » ce qui semble indiquer assez catégoriquement que M. Malgaigne repousse cet instrument; car comment conseiller aux autres ce qu'on ne voudrait pas essayer soi-même? Cependant ailleurs, M. Malgaigne déclare, et cela dans une conclusion, « *qu'il ne faut pas proscrire le redresseur d'une manière absolue,* » et (dans une conclusion encore) « *qu'il faut le réserver pour des cas rares, indéterminés,* » mais que, pour son compte, « *il ne saurait prévoir.* » Nous déclarons humblement que nous perdrions facilement notre latin à nous appesantir sur de semblables conclusions, et nous ne serions pas étonné à la rigueur que M. Requin lui-même y perdît son grec.

Un autre but général qui nous avait d'abord apparu comme un peu moins nébuleux, est celui que paraissait avoir eu M. Malgaigne de dissiper un peu le chaos de la symptomatologie utérine, d'arriver à établir un diagnostic différentiel entre les déviations et les autres maladies, et de fonder enfin un traitement rationnel conformément à sa dernière conclusion, ainsi conçue : « *Par-dessus tout, il faut quitter l'empirisme, établir le diagnostic différentiel, obéir à des indications réelles,* SAVOIR CE QU'ON FAIT ET POURQUOI ON LE FAIT. »

Or, si l'habile orateur a eu ce but, ce dont on ne peut guère douter, nous devons reconnaître qu'il est bien loin de l'avoir atteint, car :

Quant au diagnostic différentiel, lequel, suivant M. Malgaigne, doit être établi « non sur tel ou tel symptôme, mais sur l'ensemble des phénomènes, » le savant profes-

(1) Nous croyons devoir rétablir ici le sens d'une phrase, rendue inintelligible par suite d'une erreur typographique : page 541, col. 2, ligne 37, au lieu de : « *On s'est trompé en l'attribuant aux déviations, qui ont habituellement*, etc., lisez : « *On s'est trompé en* attribuant *aux déviations* des accidents *qui ont habituellement,* » etc.

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52, 53, 58, 67, 68 et 69.)

Hernies.

Il ne m'appartient pas de vous rappeler, même succinctement, les célèbres débats auxquels la question des hernies a donné lieu depuis quinze ans en particulier; de vous faire voir comment les opinions les plus incontestées tendent à se modifier chaque jour, comment les interprétations des mêmes faits ont pu successivement varier. Cependant, messieurs, bien que de ce choc des idées nouvelles contre les idées anciennes il ait jailli de nombreuses étincelles de lumière, l'obscurité règne encore sur beaucoup de points, même pour les plus avancés, et le doute persiste dans l'esprit des autres. L'époque n'est donc pas venue où l'on puisse dédaigner les faits comme un bien superflu; nous sommes dans la période où plus que jamais on doit les enregistrer, en tenant compte de toutes les données que les débats récents ont pu faire ressortir. Vous me pardonnerez alors de vous mentionner, non sans quelques détails, les deux faits de hernies étranglées que vous devez à M. Bidard : ils vous ont paru des plus instructifs.

Une femme, âgée de 44 ans, portait depuis huit ans une hernie inguinale gauche qu'elle n'avait jamais maintenue par un bandage, lorsque, le 4 juillet, sans cause appréciable, sa hernie devint irréductible et très-douloureuse, et, une demi-heure après, des vomissements survinrent. Le taxis fut pratiqué sans succès, la malade entra à l'hôpital Saint-Louis. L'opération est pratiquée quatre heures après le début des accidents. On met le sac à découvert, on l'ouvre, il ne contient pas de liquide, l'intestin s'affaisse et on le réduit sans débrider. Le cours des selles se rétablit et la malade meurt le troisième jour de péritonite. L'autopsie révèle comme point important l'injection de la partie inférieure de l'anse intestinale dont la coloration est normale dans les points correspondants à l'orifice du sac. Cet orifice représente un canal de plus de 1 centimètre de long, sans épaississement, pouvant recevoir le petit doigt, et l'intestin offrait une sorte de resserrement circulaire facile à distendre.

Vous vous êtes immédiatement demandé s'il y avait là inflammation ou étranglement véritable. L'ensemble des symptômes ne peut, dans ces cas de hernie de petit volume, fournir que des présomptions, et s'il en était autrement, il y a longtemps que toutes les discussions seraient closes. Les

seur s'est borné à nous dire que les douleurs dues aux déviations cessaient par le repos au lit, tandis qu'il n'en était pas de même des douleurs phlegmasiques;

Et quant au traitement, il nous semble permis de se demander si M. Malgaigne sait bien ce qu'il fait, et pourquoi il le fait, quand il coupe le lobule de l'oreille pour guérir une névralgie dentaire, ou quand il pique ou qu'il touche seulement le col de l'utérus pour guérir une névralgie, soit de l'utérus lui-même, soit de ses annexes.

La signification générale du discours de M. Malgaigne ne nous étant point apparue d'une manière très-nette, nous n'y insisterons pas davantage et nous présenterons seulement quelques remarques sur les détails de sa brillante improvisation. En voici un d'une assez grande importance: Quand je faisais le service du Bureau central, a dit M. Malgaigne, j'ai vu des femmes qui pouvaient à peine marcher, qui se traînaient ou se faisaient transporter au Bureau central pour se faire appliquer un pessaire, et qui s'en retournaient à pied sans fatigue, dès que cet appareil était introduit. Cette observation, M. Malgaigne l'a fait remarquer avec beaucoup de raison, prouve évidemment que la déviation seule peut produire des accidents auxquels un traitement mécanique peut admirablement remédier. Quand nous disons déviation, un mot d'explication sera nécessaire à cet égard, et nous y reviendrons dans un instant. Mais, pour le moment, nous devons déclarer que ce qu'il y a de pratique dans l'observation de M. Malgaigne est rigoureusement vrai, et les faits qu'il a signalés nous ont paru être assez fréquents, dans notre sphère d'observation, pour nous convaincre que la part faite aux lésions mécaniques par MM. Depaul et P. Dubois est très-notablement trop restreinte; mais dans quelles limites? C'est ce que nous ne saurions dire, c'est ce que personne ne saurait dire plus que nous. M. Malgaigne a adressé aux relevés de M. Gosselin, faits sur des femmes non souffrantes, des objections parfaitement fondées; mais ces objections ne seraient pas moins applicables à des statistiques faites d'après des observations de femmes malades; pour arriver à des résultats exacts, il faudrait rassembler un nombre suffisant d'observations faites à la fois sur des femmes malades et sur des femmes ne présentant aucun phénomène morbide. Jusqu'à l'établissement d'une telle statistique, dont on comprend toutes les difficultés, l'importance pathologique des lésions mécaniques ne sera susceptible que d'appréciations individuelles, et, pour notre compte, nous pensons que l'appréciation de M. Malgaigne est vraie.

En est-il de même de l'explication qu'il a donnée relativement au mode d'action de la ceinture hypogastrique? Nous ne le pensons pas, et cette question va nous conduire à une autre que personne n'a soulevée à notre connaissance, si ce n'est peut-être, autant qu'il nous en souvient, M. le docteur Gariel dans des publications que les praticiens ne nous paraissent pas avoir suffisamment méditées.

M. Malgaigne pense que la ceinture hypogastrique suspend les douleurs en soulevant les intestins et en déchargeant l'utérus du poids de leur masse. Que M. Malgaigne nous permette une comparaison, qui ne peut en rien blesser son remarquable talent, pour lequel il connaît toute notre estime : il fait de la dynamique comme Josué faisait de l'astronomie, et cette dynamique est malheureusement encore à l'usage de beaucoup de médecins, sans compter pas mal de chirurgiens. Pour qu'une masse aussi mobile et aussi flexible que celle des intestins, glissant sur des surfaces aussi lisses, formant par conséquent presque une masse fluide; pour qu'une telle masse pût être soutenue, c'est-à-dire pour que les organes sous-jacents fussent déchargés de son poids, il faudrait que toute communication entre elle et ces organes fût interrompue par un plancher solide, ou que du moins la communication existant dans ce plancher fût assez étroite, pour qu'une anse intestinale pût y former une sorte de bouchon. Mais tant qu'il restera une communication aussi large que celle que doit laisser une ceinture hypogastrique, aucune diminution ne peut être apportée dans le poids des intestins sur l'utérus, bien au contraire, ce poids s'augmentera de toute la force de compression exercée par la ceinture sur la cavité abdominale, qu'elle rétrécit en la comprimant.

Ainsi, la ceinture hypogastrique augmente le poids que supporte l'utérus, bien loin de le diminuer, et cependant cette ceinture soulage quelquefois. Comment expliquer ce fait? Avant de répondre à cette question, rappelons un autre fait.

Le soulagement que M. Malgaigne a observé à la suite de l'application des ceintures, il l'a observé aussi à la suite de l'application des pessaires, et l'on peut dire qu'il est plus fréquent encore avec ce dernier appareil qu'avec le premier. Lorsque le soulagement est le fait de l'application

---

antécédents sont ici tout en faveur de l'inflammation. C'était une hernie ancienne, non maintenue par un bandage; ces hernies s'enflamment, mais elles ne s'étranglent pas, dit M. Malgaigne; elles ne s'étranglent pas, car rien ne pourrait les étrangler. Les hernies anciennes n'ont de collet qu'autant qu'un bandage est venu déterminer sur l'orifice ces adhérences de stigmates, cet épaississement, qui constituent le collet. Celle-ci n'avait donc pas le droit d'en avoir un, l'autopsie a démontré que, sur ce point, la doctrine avait raison. Mais alors la question est résolue, il n'y avait pas d'étranglement, car c'est le collet qui étrangle dans ces hernies : l'anneau est dilaté, il n'est pas doué d'une rétractilité active, tout au plus peut-on admettre son influence dans les cas, si tant est qu'il en existe de bien avérés, où la hernie s'étrangle en se produisant alors que le collet n'a pas encore eu le temps de se former. Messieurs, la question n'est pas aussi simple. Sans doute, le collet qui n'existait pas n'a point produit la constriction; sans doute, les anneaux n'étranglent pas quand la hernie est ancienne; sans doute, l'orifice inguinal est si bien libre dans ces cas, qu'on peut le plus souvent faire pénétrer l'extrémité du doigt entre son pourtour et celui de la hernie; exploration que l'on regrette de n'avoir pas vue pratiquée dans ce cas. Mais supposez que la hernie s'enflamme, et ici on ne saurait le contester : le sac ne contenait pas de liquide, l'anse intestinale était rouge, injectée dans sa partie la plus inférieure. Supposez que, sous l'influence de cette inflammation, des gaz se produisent rapidement dans l'anse intestinale et la distendent, il est possible que cet anneau, qui tout à l'heure laissait librement passer l'intestin, devienne relativement trop étroit et serre circulairement cette anse qui s'avance imprudemment vers lui. Ces hypothèses, messieurs, sont des réalités, l'un de nos collègues les a admises dans sa thèse (1) sur l'étranglement herniaire, il en fait l'étranglement consécutif. Vous avez ainsi du même coup l'explication de toutes les particularités qui vous ont frappés dans l'observation de M. Bidard. Vous comprenez surtout cette impression circulaire que portait l'intestin, vous comprenez pourquoi la hernie a pu se réduire sans débridement. Il ne faut pas oublier toutefois que si l'on peut, à la rigueur, admettre ici un certain degré d'étranglement, il ne saurait être qu'un effet; que la cause réelle primordiale des accidents, ç'a été l'inflammation. Cette distinction porte avec elle son enseignement.

L'intérêt qui s'attache à la deuxième pièce que vous a montrée M. Bidard (2) est d'un tout autre genre. M. Malgaigne, étudiant le mode de développement des hernies, les divise en deux grandes classes : les hernies de l'enfance, qu'il nomme hernies à canal ouvert, et celles de l'âge adulte et de la vieillesse, qu'il appelle hernies à canal fermé. Les hernies de la première classe, celles que l'on désigne sous le nom de congénitales,

(1) Broca, *Thèse du concours d'agrégation en chirurgie*, 1853.

(2) P. 327.

de la ceinture, personne n'a pu songer qu'il fût dû au redressement de l'utérus dévié ; on a donc songé (et le circonspect M. P. Dubois lui-même n'a pas échappé à cette explication dynamique) au soulèvement des intestins; mais quand le soulagement a suivi l'application d'un pessaire, tout le monde a songé au redressement de l'organe dévié. Eh bien ! ce qu'il y a de vrai, c'est que le redressement n'a pas plus lieu dans un cas que dans l'autre, ou n'a lieu du moins qu'à de très-rares exceptions près. Tous les pessaires imaginés pour maintenir le col, pour le saisir comme dans un collier ou comme dans un entonnoir, tous ces appareils manquent complétement leur but; ceux qui sont dépourvus de tige rigide se déplacent en quelques instants, de telle façon que leur grand diamètre corresponde bientôt au grand diamètre du vagin, et quant à ceux qui ont des tiges, ils ont à peu près tous les inconvénients du redresseur intra-utérin, avec un avantage de moins, celui de maintenir à peu près sûrement l'utérus dans la position qu'on veut lui donner. Voilà pourquoi tous ces efforts d'imagination pour modifier les pessaires sont parfaitement stériles, et voilà pourquoi les meilleurs de ces appareils sont tout simplement ceux, en caoutchouc vulcanisé, dont les parois ne sont pas trop distendues, afin que l'air ne soit pas trop comprimé et permette à l'appareil de se mouler autant que possible sur les parties environnantes.

Mais alors comment agissent les pessaires et les ceintures, dont l'action bienfaisante ne saurait être révoquée en doute? Notre sobriété habituelle en fait d'explications ne saurait nous abandonner dans cette circonstance ; cependant, si nous étions absolument obligé d'en donner une, nous dirions que les ceintures comme les pessaires agissent principalement, sinon exclusivement, en comprimant légèrement la cavité du bassin, et en empêchant les ballottements douloureux de l'utérus mal soutenu ou flottant dans un espace insuffisamment rempli.

Puisque nous en sommes à la partie physique du discours de M. Malgaigne, qu'il nous permette encore une petite remarque, d'autant plus nécessaire qu'il a semblé prêter à notre excellent maître et ami, M. le professeur Nélaton, une théorie dont nous sommes certain qu'il est bien innocent.

M. Malgaigne s'est un instant égayé aux dépens de M. Depaul, qui a donné comme un signe d'une assez grande valeur de l'augmentation du volume de l'utérus, le poids de l'utérus, appréciable par le doigt introduit dans le vagin, la femme étant debout, et dans la position où on la met pour sentir le ballottement. Quelle délicatesse de sens ne faudrait-il pas au bout du doigt, s'est écrié M. Malgaigne, pour discerner le poids de l'utérus, qui pèse si peu, à travers le poids des intestins qui pèsent tant !

Sur cette première question de fait, nous pouvons assurer à l'éminent professeur que la délicatesse de sens qu'il faut pour apprécier des différences de poids un peu notables n'a rien de miraculeux, et que le signe mentionné par M. Depaul a une valeur réelle.

Quant à la comparaison entre le sarcocèle et l'hydrocèle, par laquelle M. Malgaigne a voulu éclairer la question de fait, nous avons deux remarques à faire.

La première, c'est que M. Malgaigne a paru croire, et, qui plus est, être en cela d'accord avec M. Nélaton, que de ce que deux corps nagent à la surface de l'eau, ils ont nécessairement une même densité, ce qui reviendrait à dire que le liége, le sapin et le chêne sont également pesants, car ils nagent tous trois à la surface de l'eau. Une telle opinion s'énonce et ne se réfute pas.

La seconde, c'est qu'il est beaucoup moins difficile d'apprécier une différence de *poids* qui peut être de la moitié au double ou plus grande encore, qu'une différence de *densité*, qui ne sera que d'un ou deux dixièmes, ou même beaucoup moins. Il est donc infiniment moins difficile de distinguer le poids d'un utérus normal et d'un utérus doublé de volume, que la densité d'un sarcocèle comparée à la densité d'une hydrocèle.

Nous voudrions maintenant dire quelques mots des observations curieuses que M. Malgaigne a faites sur la symptomatologie et sur la thérapeutique des névralgies de l'utérus et de leurs annexes; mais le défaut de temps nous oblige à réserver ces questions pour un autre moment.

H. DE CASTELNAU.

Des kystes synoviaux ganglionaires et de leur traitement.

Les ganglions que l'on rencontre si souvent à la face dorsale du poignet, et plus rarement au pied, ont été considérés diversement au point de vue anatomo-pathologique.

Pour quelques-uns, c'est une production partielle du tissu cellulaire ; pour d'autres, c'est une hernie d'une portion de syno-

---

qu'A. Cooper appelait hernies de la tunique vaginale, offrent plusieurs variétés. Le testicule n'est pas descendu et la hernie repose sur lui ou s'est fait jour au-dessous de lui, hernie testiculaire ; le testicule est descendu et le canal péritonéo-vaginal a persisté et la hernie repose sous le testicule : hernie vaginale testiculaire ; ou bien, ce qui serait le cas le plus ordinaire, un commencement d'oblitération a rétréci le canal péritonéo-vaginal, et la hernie s'arrête à ce rétrécissement au-dessus du testicule : hernie vaginale funiculaire. A ces variétés, il faudra ajouter celle qu'a offerte la pièce de M. Bidard. Un jeune homme de 26 ans, n'ayant pas de hernie, du moins tout porte à le croire, est pris, en même temps qu'une hernie inguinale se produit, des accidents de l'étranglement. M. Adolphe Richard l'opère à l'hôpital Saint-Louis. Avant l'ouverture du sac, on ne peut faire pénétrer le doigt entre l'anneau inguinal et les parois ; on ouvre le sac, et en introduisant le doigt dans sa cavité, on rencontre la constriction assez haut dans le canal inguinal ; la réduction ne se fait qu'après un débridement multiple profond. Le malade meurt le lendemain. La hernie est intestinale. La tunique vaginale est complète, si ce n'est qu'immédiatement au-dessus de l'épidydime elle présente une ouverture circulaire percée au centre d'une sorte de diaphragme valvulaire, résistant, non dilatable, au-dessus duquel existe une cavité large de 5 cent. et longue de 3 cent. Cette cavité est elle-même limitée en haut par un diaphragme analogue à celui qui la sépare de la tunique vaginale et aussi percé à son centre d'une petite ouverture qui conduit dans une autre dilatation qui contenait la hernie. L'extrémité supérieure de cette véritable poche herniaire est constituée par une ouverture que limite une bride saillante, tendue, tranchante, non complétement circulaire et siégeant à 5 centimètres de l'anneau inguinal externe dans le trajet inguinal. Derrière cet orifice ainsi rétréci se trouve un petit pertuis qui conduit dans un cul-de-sac étroit, long de 1 centimètre, et qui, uni au sac herniaire, simule les deux canons d'un fusil double. De l'autre côté, c'est-à-dire à gauche, le conduit péritonéo-vaginal présente la même disposition. Cette considération est de première importance, car elle fait rejeter de suite, ainsi que vous l'a fait ressortir M. Bidard, l'idée d'un de ces sacs herniaires à collets superposés dont la formation a été si bien indiquée par M. Cloquet; cela est loin de ressembler à la variété décrite par Cooper sous le nom de hernie vaginale enkystée, et qui n'est pour M. Malgaigne qu'une hernie vaginale funiculaire descendant très-bas. Cette pièce diffère encore d'une autre appartenant aussi à M. Richard et que M. Broca a décrite dans sa Thèse, et dans laquelle il y avait deux rétrécissements valvulaires, dont l'un, représentant le collet du sac, siégeait au niveau de l'anneau inguinal interne, et l'autre indiquait la limite de la tunique vaginale ; c'est donc bien là une nouvelle variété que l'on ne peut éprouver nul embarras à expliquer, puisque la même disposition existe des deux côtés. Cette hernie était étranglée, personne n'en peut douter. Comment ? ce n'était pas par

viale tendineuse ou articulaire à travers une éraillure aponévrotique. Il en est qui considèrent ces tumeurs comme le résultat d'une rupture de la synoviale, qui laisserait épancher une quantité de synovie. Enfin, une quatrième opinion rapporte le ganglion à une simple distension de la séreuse synoviale tendineuse ou articulaire, par une sécrétion exubérante.

La science en était là, quand M. Gosselin a cru pouvoir jeter quelques nouvelles lumières sur ces sortes de kystes, dans un Mémoire lu en 1852 à l'Académie de médecine.

Cet auteur a observé, dans un grand nombre d'articulations radio-carpiennes, des corpuscules blanchâtres ou grisâtres, situés immédiatement au-dessous de la synoviale articulaire, derrière le sémi-lunaire et le scaphoïde, ou bien au niveau même du ligament qui les unit.

De ces corpuscules, les uns sont saillants dans l'articulation et se voient sans préparation ; les autres, plus fréquents, sont cachés dans le tissu cellulaire sous-synovial, et ne peuvent être découverts qu'après avoir enlevé la synoviale avec précaution.

Ces corpuscules sous-synoviaux varient pour le volume, depuis la grosseur de la tête d'une épingle jusqu'à celle d'un petit pois.

Les mêmes corpuscules se rencontrent aussi dans d'autres articulations, celles du genou et du pied. Ils ne communiquent point avec l'articulation, ne sont pourvus d'aucun orifice, et contiennent une matière onctueuse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre.

Ce sont ces corpuscules qui, d'après l'auteur que nous citons, seraient destinés à former les kystes dits ganglionaires.

En prenant un accroissement graduel, ils finissent par traverser les tissus fibreux, après être restés plus ou moins longtemps entre eux et la synoviale. La tumeur traverse alors quelque ouverture aponévrotique qu'elle dilate, et, devenue plus superficielle, elle se développe d'autant plus, qu'elle trouve moins de résistance dans les tissus voisins.

Son développement peut cependant être quelquefois beaucoup plus rapide à la suite d'effort ou de violence. C'est qu'alors, la tumeur, après avoir pris un certain accroissement sous le tissu fibreux, s'engage tout à coup, par suite de l'effort ou de la violence extérieure, dans une éraillure aponévrotique, et arrive subitement sous la peau.

C'est de cette façon qu'on expliquerait la brusque apparition de certains kystes ganglionaires chez les faucilleurs, chez les nourrices et bonnes d'enfants.

Si plusieurs corpuscules se sont formés à la fois et ont acquis le même développement, il peut se montrer sous la peau plusieurs tumeurs indépendantes. Mais il peut arriver aussi que la même tumeur, s'échappant par deux ouvertures aponévrotiques, se présente sous forme bilobée superficiellement, tandis que profondément, elle reste uniloculaire.

Cette nouvelle explication, donnée par M. Gosselin, sur la formation des kystes ganglionaires, a pour elle tous les avantages d'une induction tirée de l'anatomie normale ; elle serait sans réplique si l'anatomo-pathologique venait à lui prêter son appui.

Quoi qu'il en soit, les kystes ganglionaires se présentent fort souvent à la pratique. S'ils n'offrent aucun danger sérieux par eux-mêmes, la position qu'ils occupent les rend excessivement gênants, parfois tout à fait incompatibles avec la continuation des professions auxquelles sont adonnés les malades qui en sont atteints. Quand ils sont situés sur le pied, ils peuvent singulièrement entraver la marche, et dans tous ces cas, ils nécessitent un traitement propre à les faire disparaître.

Or, ce traitement est ici, comme du reste, dans toutes les maladies, la partie la plus difficile.

Les moyens qu'on a le plus généralement employés pour les combattre sont l'écrasement, la compression, les frictions résolutives, notamment celles avec l'alcool, la ponction simple, l'incision sous-cutanée, enfin la ponction suivie d'injection iodée.

L'écrasement ne saurait donner de résultats définitifs, parce qu'il ne fait point disparaître la tumeur jusque dans sa racine. Nous doutons qu'on puisse citer un exemple de guérison radicale par ce procédé ; il expose d'ailleurs à des accidents faciles à comprendre, quand on réfléchit qu'on peut dilacérer la membrane kystique.

La compression ne peut pas grand'chose, puisqu'il s'agit d'une tumeur développée à travers une éraillure aponévrotique. On a beaucoup plus de chance de réduire une hernie étranglée. Nous l'avons employée quelquefois, et elle n'a causé que gêne et douleur pour les malades, sans aucun succès. On a, depuis longtemps, prôné les frictions résolutives ; ce moyen était à peu près tombé en désuétude, quand le professeur Nélaton, s'appuyant sur l'expérience d'un confrère dont le nom nous échappe en ce moment, dernièrement obtint la cure d'un kyste ganglionaire du poignet, par les frictions avec l'alcool et la compression, employées avec persistance pendant longtemps.

---

l'anneau inguinal : l'étranglement ne siégeait pas à son niveau ; cependant la hernie venait de se produire, et, dans ces cas, c'est l'anneau qui peut étrangler si les idées nouvelles sont exactes, et cette objection, M. Bidard l'a posée. Sans doute, il faut que la hernie ait un certain âge pour que le collet l'étrangle, par cette raison bien simple que le collet ne peut étrangler s'il n'existe pas ; et, on le sait, sa formation à l'état de collet véritable exige un certain temps. Mais ici, par une disposition exceptionnelle, la hernie s'est engagée dans un sac muni d'avance d'un collet, et ce collet valvulaire, constitué par le rétrécissement supérieur, représentait un véritable anneau fibreux.

Les cas dans lesquels un sac herniaire contient tout autre organe qu'une portion du tube digestif ne sont pas rares, et M. Duchaussoy vous a fait voir une pièce d'entéro-cystocèle étranglée (1) qui a vivement attiré votre attention. Un homme de 61 ans portait une hernie inguinale droite depuis l'âge de 10 ans ; cette hernie, mal contenue par un bandage, peu volumineuse, n'avait jamais produit d'accidents, lorsque, le 11 janvier 1853, la tumeur apparut plus volumineuse, et des accidents d'étranglement se manifestèrent. Le taxis ne put réduire la hernie. La kélotomie fut pratiquée le 14 janvier par M. Roux ; on trouva un sac contenant une portion de l'intestin grêle qui ne put être réduit qu'après le débridement. Jusque-là le fait n'offrait rien d'anormal ; mais en dedans du sac herniaire on trouvait une masse irrégulière, adhérente aux enveloppes du cordon, que l'on crut être une portion de l'épiploon. M. Roux l'incisa couches par couches ; c'était une portion de la vessie, dont l'ouverture donna issue à une certaine quantité d'urine normale. Une suture fut appliquée sur la plaie vésicale, et une sonde fut placée dans l'urètre. Le malade mourut le lendemain, il n'avait pas uriné depuis l'opération.

(1) P. 199.

L'autopsie, faite avec soin, a démontré que la tumeur herniaire était formée de deux parties distinctes : l'une, constituée par un sac péritonéal contenant l'intestin hypérémié, était située au dehors de la seconde portion formée par une partie de la vessie non recouverte par le péritoine. Ces deux parties étaient parfaitement distinctes l'une de l'autre. La partie herniée de la vessie communiquait, du reste, par un canal étroit avec la portion intra-abdominale de l'organe. Le sac et le péritoine ne présentaient aucune trace d'inflammation.

M. Duchaussoy a pensé que la cystocèle avait précédé l'entérocèle, et vous avez été portés à admettre cette opinion en considérant l'innocuité qu'a présentée la tumeur herniaire pendant près de cinquante ans, que le soulèvement des bourses facilitait depuis longtemps l'émission de l'urine, et qu'enfin la vessie avait contracté des adhérences très-solides avec les enveloppes du cordon testiculaire. L'innocuité est, en effet, un des caractères de la hernie de la vessie, la facilité de miction par le soulèvement du scrotum est un signe plus positif, et les adhérences indiquent une certaine ancienneté de la maladie. Mais si l'ordre d'apparition des deux éléments de la tumeur ne vous a pas paru douteux, il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer sous l'influence de quelle cause la hernie vésicale a pu se faire à l'âge de dix ans ; sans aucun doute on ne peut invoquer ici les fréquentes rétentions d'urine auxquelles ont recours tous les auteurs ; il faut admettre une disposition congénitale de la vessie, qui a rendu plus intimes ses rapports avec l'anneau inguinal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Ce procédé ayant donné un si bon résultat entre les mains d'un aussi habile observateur, mérite donc d'être employé. Pour nous, il nous a fait complétement défaut dans une récente circonstance.

L'incision sous-cutanée constitue une opération grave, en raison du voisinage des parties; et nous ne saurions affirmer qu'on ait guéri des ganglions, et surtout qu'on les ait guéris sans accident par ce procédé.

La ponction simple est parfaitement inutile, car la tumeur ne tarde pas à reparaître; le chirurgien se compromet alors, en ayant l'apparence de faire une opération et en ne guérissant pas.

L'injection iodée est le seul moyen efficace et sans danger, pour obtenir la cure radicale des kystes ganglionaires. On a dit qu'elle échoue quelquefois, et le professeur Nélaton a émis de nouveau cette proposition, quand il a rapporté l'histoire de son kyste du poignet guéri par les frictions alcooliques. Nous ne savons si M. Nélaton parlait ici d'après sa propre expérience; en tout cas, il doit y avoir alors quelque vice dans le procédé opératoire, car nous avons traité 4 kystes ganglionaires par les injections iodées, et nous comptons 4 succès complets. La méthode des injections d'iode nous paraît donc la plus sûre et la plus inoffensive pour obtenir une guérison définitive; mais on s'abuserait étrangement, si on pensait que la disparition de la tumeur suit toujours de près l'injection iodée.

Telle est la singulière propriété du liquide iodique, qu'il peut rester un temps assez long dans une cavité sans déterminer le moindre accident, sans paraître modifier les surfaces sécrétantes, puisque la tumeur revient de nouveau, et peut-être plus volumineuse.

Après quinze jours, trois semaines, épanchements et teinture d'iode sont repris progressivement par voie d'absorption, à tel point qu'un décroissement graduel s'effectue jusqu'à l'effacement complet de la tumeur.

A quoi tiennent ces différences si tranchées que l'on observe journellement dans le temps que mettent à décroître les kystes de même nature et traités par les injections iodées? On pourrait supposer, peut-être, que la plus ou moins grande activité d'absorption, de la part des surfaces injectées, en est la cause; mais c'est là une simple conjecture.

Toujours est-il que, pour ces sortes de kystes comme pour bien d'autres, nous répondons de la cure par la méthode des injections iodées, si l'on sait l'appliquer avec intelligence aux divers cas. Dans nos 4 cas, la guérison a été obtenue par une seule injection au tiers, dans l'espace de quinze à trente-trois jours.

Les kystes ganglionaires ont ordinairement un si petit volume; la matière qu'ils contiennent est si visqueuse, si consistante, que le manuel opératoire présente de sérieuses difficultés. On va en juger par la relation du dernier cas que nous avons eu à traiter.

Observation. — Kyste ganglionaire sur l'articulation du gros orteil avec le premier métatarsien; injection iodée; guérison radicale au trente-troisième jour. — Une jeune dame du monde, demeurant rue de la Ville-Lévêque, était atteinte, sur l'articulation du gros orteil gauche, avec le premier métatarsien (face interne), d'une tumeur ganglionaire figurant la moitié d'un œuf de pigeon partagé dans son grand diamètre.

Depuis six mois, elle avait aperçue une petite tumeur comme un petit pois, faisant saillie sous la peau. Cette tumeur était indolore et bien circonscrite : on l'attribua à la pression exercée par la chaussure. Une chaussure plus large fut adoptée, pour éviter tout froissement et obtenir la guérison. La tumeur continua à s'accroître lentement, mais graduellement; au troisième mois, elle avait acquis un volume trois fois plus considérable. On se décida alors à consulter un médecin. L'écrasement, la compression méthodique, le repos, furent inutilement employés pendant un mois et demi. La tumeur grossissait toujours, et la jeune dame en ayant pris son parti, ne voulait plus rien essayer, se contentant de porter un brodequin moulé sur la forme du pied. Un mois et demi s'écoula ainsi : la tumeur avait alors acquis le volume de la moitié d'un œuf de pigeon.

A 25 ans, et quand on va dans le monde, on aime peu à avoir un pied déformé. Le sentiment naturel de coquetterie poussa la jeune malade à s'enquérir de nouveaux traitements à mettre en usage, et surtout d'un homme compétent.

Elle nous fut adressée le 11 mars dernier. Cette tumeur, dont nous avons donné le volume, était dure, rénitente, avec fluctuation évidente.

Nous déclarâmes à cette dame qu'il fallait une petite opération dont nous lui garantissions, du reste, la réussite, sans accident.

Le mot d'opération effraye toujours : la malade s'y refusa. Elle nous supplia d'employer tout autre moyen. Il s'en présentait encore un : les frictions alcooliques prolongées; il fut mis en usage, sous promesse de réussite. Les essais durèrent jusqu'au 6 avril suivant. Au lieu de décroître, la tumeur avait augmenté.

Le mari de la malade la décida alors à subir l'opération proposée; et, pour donner des preuves convaincantes qu'il n'y aurait que peu de douleur, il fallut promettre de pratiquer la ponction avec un fin trois-quarts explorateur du calibre d'une grosse aiguille de bas. Ce n'est qu'à cette condition que Mme M.... se soumit.

Réfléchissant pourtant à la nature du liquide contenu dans le kyste, il nous parut assez difficile, peut-être même impossible d'évacuer le contenu avec une canule à orifice si étroit.

Une fois l'instrument fixé dans la tumeur, que faire si nous ne parvenions à évacuer le contenu? C'était tout simplement un échec ridicule en face d'une malade bien décidée à ne pas laisser employer d'autre instrument.

Le 7 avril au matin, au moment de faire la ponction, il fut déclaré à madame M..., qu'en raison de ses exigences et de la densité possible de la matière contenue dans le kyste, nous ne pourrions peut-être pas évacuer celle-ci. Nous ajoutâmes que nous emploierions tous les moyens, même la succion avec la bouche, pour favoriser l'évacuation à travers la petite canule, mais que si nous ne réussissions cependant pas, il faudrait bien agrandir l'ouverture du kyste à l'aide du bistouri, ou enfoncer un trois-quarts à hydrocèle. Il y eut refus formel, et nous ne fûmes autorisé qu'à nous servir de l'instrument fin que nous avions montré.

Ce refus ne nous arrêta pourtant pas, car, une fois l'opération commencée, nous pensions bien que la malade ne reculerait point devant une nouvelle ponction.

Le trois-quarts explorateur fut donc enfoncé dans le kyste, à travers la base d'un pli fait à la peau. Quand la pointe de l'instrument fut arrivée dans la poche, le dard fut retiré, mais il ne sortit rien par la canule : ce que nous avions prévu arrivait.

Exerçant alors par l'orifice externe de la canule de fortes succions avec la bouche, et pressant en même temps avec les doigts de sa main droite sur la tumeur, nous finîmes par attirer, au bout de trois minutes, une quantité de synovie fort épaissie, jaunâtre. La tumeur était à peu près vidée. Avec une seringue d'Anel, il fut aussitôt pratiqué une injection d'iode au tiers. Après dix minutes de malaxation, la moitié à peu près du liquide injecté fut extraite, et, pour tout pansement, on mit un morceau de diachylon en sparadrap sur la plaie cutanée, et un tour de bande par-dessus.

Cette petite opération n'avait causé à peu près aucune douleur.

Vers les trois heures de l'après-midi, il survint une chaleur assez intense dans l'intérieur du kyste et un peu de rougeur à la peau. Ce travail phlegmasique, nécessaire pour la réussite, inquiétait la malade : il fallut appliquer des compresses d'eau froide pour calmer. Le surlendemain, toute rougeur avait disparu, mais la tumeur était plus volumineuse qu'avant l'opération, et elle continuait à être le siége d'une chaleur assez sensible à l'intérieur.

La malade voulut alors que nous lui précisions le temps nécessaire pour la guérison; il lui tardait de pouvoir sortir et se promener. Un délai de quinze jours fut posé, et bien à tort, car,

après ce délai, la tumeur n'avait pas perdu une ligne de son volume.

Elle ne commença à décroître que du dix-huitième au vingtième jour.

Du vingtième au vingt-cinquième, elle avait diminué de plus de moitié.

Du vingt-cinquième au trentième jour, il ne restait plus qu'une petite saillie centrale, équivalante à la grosseur d'une bonne lentille. Toute la circonférence était affaissée.

Au trente-troisième jour, il n'y avait plus aucune différence entre l'articulation de ce gros orteil et celle du côté opposé. La surface cutanée était en desquamation, et les glissements tendineux et articulaires étaient faciles.

Bref, depuis le 11 mai, époque où la guérison était complète, il n'y a pas eu récidive, et la marche s'exécute comme s'il n'y avait jamais eu de tumeur. ABEILLE.

Discussion sur le traitement des déviations utérines.

Nous recevons du savant rapporteur dont le travail occupe en ce moment le public médical, la lettre suivante en réponse à une critique de l'*Union médicale*. Conformément aux principes que nous avons eu l'occasion de poser en matière de discussion scientifique, nous aurions préféré que cette lettre ne fût adressée qu'au journal où a paru la critique qui l'a provoquée ; mais l'insertion de la lettre de M. Depaul pouvant éprouver des retards forcés, et M. le rapporteur jugeant de son intérêt qu'elle soit publiée avant qu'une nouvelle discussion ne s'engage, c'est-à-dire dès demain matin, nous avons cru pouvoir, quoiqu'à regret, dans ces circonstances, nous départir de la règle que nous avons prise pour guide.

A M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'Union médicale.

Mon cher confrère,

Je viens de lire la première de vos lettres sur la discussion actuellement pendante devant l'Académie. Comme vous me paraissez plein de sollicitude pour nos confrères de province, et que vous désirez, sans aucun doute, les éclairer sincèrement sur la question des redresseurs intra-utérins, permettez-moi de vous demander, comme rectification nécessaire, l'insertion de ces quelques lignes dans votre prochain numéro.

J'ai peine à comprendre comment vous avez pu écrire que mon Rapport avait *été surtout dirigé contre M. Valleix*. Rien, dans mes habitudes scientifiques, ne vous donne le droit de tenir un semblable langage, et je repousse avec force une pareille allégation. Mon Rapport n'est dirigé contre personne. Je l'ai fait avec une seule pensée, le désir de porter quelque lumière sur une question de thérapeutique de la plus haute importance, et dont je m'étais occupé depuis longtemps. Auriez-vous des raisons pour en être fâché ?

A voir les attitudes diverses que vous prenez depuis que la question a été soulevée devant l'Académie, j'en suis à me demander si la presse est faite pour aider la vérité à triompher !

Comment, par exemple, après avoir dit, dans votre premier-Paris du 8 de ce mois, que vous n'aviez pas bien compris *le but et l'intention* du discours de M. Malgaigne, avez-vous pu ajouter, quelques lignes plus bas, que mon savant collègue avait cherché à battre en brèche mon Rapport ?

Pensez-vous donc que nos confrères de province, auxquels vous vous intéressez si fort, n'auront pas lu ce discours, et, malgré les petites modifications qu'il a subies en passant chez votre imprimeur, espérez-vous qu'ils n'auront pas remarqué que la question capitale n'y avait pas été abordée ?

D'un autre côté, vous me reprochez de ne pas m'être placé dans les mêmes conditions que notre confrère, et de ne pas avoir expérimenté. Mais vous devriez savoir que je l'ai fait, car cela se trouve consigné dans le journal que vous dirigez avec tant d'habileté : seulement, m'étant bien vite aperçu que je m'engageais dans une voie périlleuse, je me suis empressé de la quitter, et je m'en réjouis pour mes malades.

Il est vrai que je n'ai pas cru devoir tenir compte, dans mon Rapport, des expériences qui m'étaient personnelles ; cependant, si vous y teniez beaucoup, je pourrais bien vous en faire connaître les résultats, et vous verriez que la méthode que vous défendez n'aurait pas beaucoup à y gagner.

Mais vous, mon cher confrère, qui entrez aussi dans la lice, vous devez sans doute avoir une grande expérience personnelle ? Car sans cela, vous êtes habituellement trop conséquent avec vous-même, pour trouver mauvais que j'aie suivi votre exemple sur ce point. Veuillez donc nous faire connaître vos observations, et, si vous le permettez, je les interrogerai, je les analyserai avec soin, sans idée préconçue, et je vous promets de vous dire, en toute sincérité, l'impression qu'elles auront produite sur mon esprit. Les observations, je l'ai déjà dit dans mon Rapport, ne sont pas faites seulement pour celui qui les a recueillies. J'appartiens à une école, et vous me l'avez souvent rappelé, où l'on enseigne qu'elles doivent fournir à tous les éléments nécessaires pour former une conviction. Mais ces éléments, chacun doit être libre de les puiser dans les faits. L'interprétation est une chose tout à fait distincte, et je pense avoir déjà assez vieilli dans l'étude et la pratique de la médecine pour me croire autorisé à user de ce droit.

Ce n'est pas en vous tenant dans le vague des généralités que vous parviendrez à détruire ce que je crois avoir démontré dans mon Rapport. Et puisque vous avez bien voulu me donner un conseil, souffrez que je vous en adresse un autre à mon tour.

J'ai analysé les observations publiées par plusieurs de nos confrères, j'en ai tiré des conclusions. Prouvez-moi que j'ai été inexact dans la première partie, que j'ai mal raisonné dans la seconde, et vous me verrez reconnaître mon erreur, car je n'ai eu et ne veux avoir d'autre mobile que l'intérêt de la science, que le désir de connaître la vérité.

Vous serez plus utile, en agissant ainsi, à nos confrères de province et même à ceux de Paris, qu'en leur faisant croire, par insinuation qu'il y a peut-être au fond de ce débat, *d'autres intérêts ou d'autres mobiles* que ceux qui peuvent faire agir une conscience honnête.

N'oubliez pas, car tout le monde s'en souvient, que vous êtes peut-être trop intéressé dans la question, pour apporter dans la discussion cet esprit d'impartialité que vous exigez chez les autres.

Au reste, vous trouverez bon que, malgré tout ce qu'a de pénible pour moi une polémique dans laquelle on s'efforce de mettre des noms à la place de questions scientifiques, je n'abandonne pas facilement la mission que je tiens du corps savant, au nom duquel j'ai parlé, et que je me réserve d'user de mon droit de réponse chaque fois que, dans vos critiques, vous me prêterez des intentions ou des opinions qui ne seront pas les miennes.

Recevez, etc. DEPAUL.

11 juin 1854.

Note de M. Gaussail, de Toulouse.

La note de M. Gaussail, dont il a été question dans notre dernier compte rendu de l'Académie de médecine, ayant été publiée, nous croyons inutile d'attendre, pour la publier à notre tour, le compte rendu du débat de demain. Nous dirons seulement par avance que cette note est peu faite pour donner de l'autorité à l'observateur qui l'a rédigée, et qu'on avait vécu ici, en général, mais surtout nous en particulier, dans l'idée que M. Gaussail était un médecin qui ne pouvait attacher d'importance sérieuse ni même mentionner des symptômes comme les suivants :

« *Sensation des reins dans l'autre monde ;*
« *Sensation de nœud qui se défait ;*
« *Sensation qu'on est doué d'élasticité.* »

Nous avions toujours pensé que l'honorable médecin de Toulouse était au-dessus de ces coquillarderies, et nous n'avons pas eu un mince désappointement, en voyant qu'elles avaient

échappé à sa plume et qu'elles venaient détruire tout le crédit que nous étions disposé à accorder à l'auteur.

Après la lecture du Rapport de M. Depaul, je ne puis ni ne dois garder le silence. L'Académie et le public médical sont à peu près fondés à considérer mes *documents cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement par le redresseur intra-utérin* comme ayant une valeur équivalente à *zéro* ou à quelque chose de pire encore ; il convient donc que l'Académie et le public médical soient éclairés ; il faut qu'ils sachent, une fois de plus, qu'il est facile à un rapporteur d'arriver à un semblable résultat, à l'aide de citations écourtées et d'interprétations inexactes.

Tous les détails de mon mémoire s'enchaînent et se complètent les uns par les autres ; aussi, dans l'impossibilité de tout signaler dans une lettre, je me bornerai à faire ressortir quelques particularités, qui, tout en légitimant mon intervention dans le débat académique, suffiront, je l'espère, pour démontrer que M. Depaul, comme il le dit lui-même, *chargé d'examiner mes cinq observations qu'il n'a pu s'empêcher de faire connaître à l'Académie,* a rempli son mandat d'une manière incomplète.

1° Mes considérations préliminaires ont leur portée ; elles indiquent nettement que le but que je me suis proposé est entièrement opposé à celui qu'inspirent l'*esprit d'exclusion et une idée préconçue ;* il n'en est pourtant pas fait la moindre mention dans le rapport.

2° Les circonstances étiologiques sont également passées sous silence, ou si M. Depaul les mentionne, c'est vaguement et sans déduction aucune. Or, dans quatre cas (1er, 2e, 4e et 5e *faits*), ces circonstances me paraissent avoir joué un rôle incontestable sur la production des déviations existant avec ou sans engorgement.

3° J'ai établi que, dans mes trois premières observations, il existait un engorgement utérin ; mais je soutiens qu'il y avait en même temps déviation. J'accepte donc les détails à peu près textuels fournis par le rapporteur sur l'état de l'utérus. Seulement, comme ces détails ont été qualifiés par lui de *vraiment curieux,* j'aurais désiré qu'il n'omît pas ceux qui le sont au moins autant, savoir : l'*absence d'ulcération et de perte blanche* et la saillie du corps de l'utérus considérable, *surtout en arrière* (1er *fait*).

Dans le quatrième et le cinquième cas, l'examen au spéculum n'a pas été fait, parce que le toucher vaginal m'a paru suffisant pour établir qu'il n'existait qu'une déviation simple, et que, toutes fois que je le puis, j'épargne aux femmes cet examen sans m'en trouver plus mal pour cela. Il est vrai que chez madame D... (5e *fait*), cet examen avait été fait par un autre médecin, qu'un engorgement avec ulcération avait été constaté et traité. Mais c'est lorsque cet engorgement n'existe plus, de l'aveu de deux médecins aussi honorables qu'expérimentés (ce fait n'est pas mentionné dans l'observation, mais j'atteste sa réalité) ; c'est lorsque moi-même je n'en trouve aucune trace, que les accidents se montrent au plus haut degré d'intensité ; n'est-ce pas là *une particularité vraiment curieuse ?*

4° Dans l'appréciation qu'il a faite des symptômes, plusieurs d'entre eux ont dû échapper à M. Depaul ; je signalerai notamment cette sensation des *reins dans l'autre monde ;* ce *craquement comparé à un nœud qui se défait* (1er *fait*) ; cette impossibilité de rester dans la position assise sans avoir les pieds élevés et le tronc renversé en arrière ; l'impossibilité aussi de mouvoir ou d'élever les bras sans souffrance (1er, 2e, 4e et 5e *faits*). Je suis porté à penser que ces symptômes ont une signification particulière dans les cas de déviations simples ou compliquées d'engorgement;

5° M. Depaul attribue les guérisons à la simultanéité des moyens employés, et, dans sa conviction, ces moyens n'ont guéri qu'un engorgement ou une métrite chronique. Examinons s'il est fondé dans cette manière de voir.

1er *fait.*— Ce n'est pas seulement *pendant deux ans*, et concurremment avec le traitement mécanique, que ces moyens ont été mis en usage. Les plus énergiques d'entre eux (qu'on lise l'observation et l'on verra s'il en a été omis un seul), avaient été employés pendant *huit ans* (M. Depaul se tait sur cette circonstance), et ils n'avaient abouti qu'à des *amendements incomplets et passagers* (texte de l'observation). En dernier lieu, il s'agissait, non d'une guérison *qui n'était pas définitive,* mais bien d'une *infirmité.* Pendant la durée du traitement mécanique, et dans ses intervalles, il n'a été prescrit que des bains, des injections et le repos qui n'était pas constant (*voir* l'observation), moyens évidemment accessoires, comparativement aux précédents. Le pessaire Gariel a été aussi employé dans les intervalles des applications du redresseur. Je ne nie pas la part qu'il a pu avoir dans la guérison ; mais M. Depaul se contente de dire qu'à cette époque *la matrice est moins saillante en arrière ;* ce qu'il ne dit pas, c'est qu'à cette époque aussi *la sonde pénétrait plus facilement dans sa cavité et sans qu'il fût besoin de relever son manche vers le pubis aussi fortement que par le passé.* Le rapporteur est-il donc fondé quand il s'exprime ainsi : « Mais auxquels des nombreux moyens employés pendant plus *de deux ans* « faut-il attribuer ce résultat ? N'est-il pas permis de se demander si « l'usage du redresseur, au lieu de concourir à la guérison, n'a fait, au « contraire, que la retarder pendant longtemps ? » Il y a un fait qui parle plus haut que toutes les interprétations, c'est que l'amélioration n'a commencé qu'avec le traitement mécanique, qu'elle s'est renforcée et transformée en guérison sous son influence.

2e *fait.*— Mêmes remarques générales ; pendant dix ans tous les moyens étaient restés inefficaces avant le traitement mécanique. Je signale seulement une allégation ambiguë que je trouve dans le Rapport. Il est dit que le redresseur ayant été introduit, *n'a pu être maintenu dans la cavité de la matrice.* Il convenait de dire que j'avais fait cette introduction pour voir encore une fois si je ne parviendrais pas à modifier la névralgie. Il fallait dire que le redressement était *complet,* et que c'est pour cette raison que *l'instrument n'a pas tardé à quitter la cavité de l'organe et qu'il a fallu le supprimer* (texte de l'observation).

Un mot encore : *Le col est plus gros que dans l'état normal.* J'ai été moins affirmatif dans mon texte, mais n'importe ; je constate, puisque M. Depaul n'a pas jugé à propos de le faire, que, malgré cette anormalité, *la malade marche journellement, et que quand elle est dans la rue, il lui semble qu'elle est douée d'une sorte d'élasticité ;* et je maintiens, qu'à la névralgie près, ce fait peut être considéré comme un exemple de guérison.

3e *fait.* — Je ne l'ai présenté comme exemple de guérison qu'en ce qui concerne la rétroflexion du col. Inutile donc de m'arrêter aux détails du rapport, qui sembleraient insinuer le contraire.

4e *fait.* — Je maintiens qu'il s'agissait d'une antéversion complète et sans engorgement, qui persistait après deux mois d'un traitement ordinaire. Plusieurs moyens ont simultanément été employés, cela est vrai, mais le redresseur a eu la première part ; les autres ont secondé ses effets en s'adressant plus particulièrement au relâchement du vagin.

6° Vient enfin la constatation des accidents résultant du traitement mécanique, et, ici encore, le rapporteur est loin d'être exact dans ses appréciations. Il signale les douleurs plus ou moins vives qui suivent les applications du redresseur, mais il ne dit pas qu'elles ont été *passagères ;* il ne dit pas que la présence du redresseur a permis aux malades (le 3e fait excepté) de marcher, de courir, de se promener journellement à plusieurs reprises, de monter et descendre facilement les escaliers, etc. ; il ne mentionne pas que l'instrument a pu rester appliqué, sans inconvénient, pendant la menstruation ; qu'une malade a pu le garder sans interruption pendant soixante-six jours, et aussi sans inconvénient. Sont-ce bien là des *accidents ;* et ces particularités n'avaient-elles pas au contraire une portée incontestable en vue de l'innocuité de la méthode ?

Restent les pertes ; eh bien ! dans ma conviction, loin de constater un accident, elles ont été salutaires, notamment dans les 1er et 2e cas, par la raison bien simple qu'il existait un engorgement entretenu par une déviation sans engorgement. C'est pour la même raison que chez madame D... (5e fait), la perte n'a pas existé ou n'a été qu'insignifiante pendant les douze premiers jours du traitement (redressement quotidien par la sonde, pessaire Gariel), non plus que dans les vingt jours suivants, pendant lesquels le redresseur est resté en place et a été supporté à merveille. Il est vrai que la première période du traitement a été suivie d'une menstruation exubérante et douloureuse, et que le même phénomène s'est produit, quoique moins marqué, après les vingt jours de redressement permanent. Il est vrai, enfin, que plus tard ont existé les accidents mentionnés dans le Rapport, mais ils n'ont pas été prolongés et n'ont pas eu de conséquences fâcheuses ; mais j'ai eu soin d'indiquer les circonstances auxquelles ils tenaient, j'ai même fait l'aveu du tort que j'avais eu. Il me semble que ces circonstances et cet aveu méritaient au moins une mention.

Est-ce bien là, en définitive, ce que l'on peut appeler une *critique sévère et impartiale?* Sévère, je l'accorde sans peine ; impartiale, je le nie.

CORRESPONDANCE.

A monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

La date de la lettre qu'on va lire prouvera que ce n'est pas sans de nombreuses hésitations que nous nous sommes décidé à la publier ; il n'a fallu rien moins que le vif désir et l'extrême honorabilité de l'auteur, pour nous décider à cette publication.

En effet, la question principale que soulève notre honorable correspondant n'est nullement celle qu'a traitée M. Fleury dans l'article du 14 février ; ce n'est pas une question médicale, mais bien, comme le déclare M. Descieux, une question *sociale.* Or, ces questions, nous n'avons ni le droit ni le désir de les traiter dans notre journal.

M. Fleury a voulu prouver, et nous croyons qu'il l'a fait victorieusement, qu'il ne peut y avoir de scientifique qu'une seule médecine, la médecine *positive,* c'est-à-dire la médecine fondée

sur des faits rigoureusement appréciables par nos méthodes d'observation, et que toute médecine qui n'avait pas pour base des faits de cette nature, ne peut être une science, mais bien une doctrine, orthodoxe ou non, sans compter que, d'après les débats dont nous sommes témoin, et dont nous aurons quelques mots à dire, il y a déjà, au moins, trois espèces d'orthodoxie.

La même raison qui nous a fait si longtemps hésiter à publier la lettre de M. Descieux, nous interdit de nous livrer à l'examen des questions qu'il soulève. Nous nous contenterons de répéter qu'au point de vue de la science, le médecin n'a qu'une voie à suivre, c'est d'observer et de systématiser des faits, sans s'enquérir en rien des conséquences qu'on pourrait tirer de ces faits pour ou contre telle ou telle orthodoxie.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro de votre journal du 14 février, vous avez inséré un article de philosophie médicale qui, en raison de la position scientifique de son auteur, et du caractère sérieux de votre feuille, me paraît mériter l'attention du monde médical.

D'après M. Fleury, l'École de Paris serait encore accusée de matérialisme ; et une autre École tendrait à fausser l'esprit des nouvelles générations médicales, en faisant intervenir intempestivement l'orthodoxie dans l'explication des phénomènes que présente l'économie humaine.

Cette division du Corps médical en deux camps, cette lutte entre les médecins et les théologiens me semble fâcheuse et de nature à amener de regrettables résultats. Il serait donc à souhaiter que l'on pût contester sur ce point les appréciations de M. Fleury, et démontrer en même temps que la philosopbie médicale de notre époque peut être présentée comme d'accord avec la théologie bien interprétée.

Cette question n'intéresse pas seulement, comme le croit M. Fleury, les hommes de science, elle a une portée plus étendue : c'est une question sociale. Son importance, sous ce rapport, peut n'être pas appréciée par les praticiens des grandes villes, mais elle est bien évidente pour les médecins des campagnes. Là, le prêtre et le médecin sont les principaux représentants de la science ; leur opinion sur tout ce qui est au-dessus des connaissances populaires fait loi, est une autorité. Si donc ces deux représentants des sciences humaines et divines sont en opposition, les populations, témoins de leur désaccord, souvent de leurs luttes, seront conduites à douter, ou plutôt à ne croire à rien, pas plus à la médecine qu'à la religion. Que deviennent alors des peuples dans cette disposition d'esprit? Des hommes sans croyance, sans principes et sans moralité, de mauvais citoyens qui deviendront inévitablement les victimes des charlatans de toute espèce.

L'expérience de nos jours, sur d'autres questions, a prouvé avec une formidable énergie l'action puissante de certains hommes sur la société. Il me semble que l'article en question, tout contrairement sans doute aux intentions de son auteur, pourrait avoir ce contre-coup social, et cette conséquence serait d'autant plus malheureuse qu'il serait facile, à mon avis, de démontrer qu'au fond le désaccord entre la médecine et la théologie est plus apparent que réel, et que des principes religieux orthodoxes peuvent s'allier avec des principes de médecine positiviste.

M. Fleury nous défend si bien de l'accusation de matérialisme, que je n'ai rien à ajouter. Ces accusations d'ailleurs ne sont plus de notre temps.

Lorsque, par l'anatomie, la chimie et la physique, nous cherchons à pénétrer la composition et l'organisation des corps, quand, en étudiant les animaux et l'homme, nous voulons connaître les lois naturelles selon lesquelles leurs fonctions s'exécutent, nous faisons de la physiologie, si nos observations sont dirigées sur un corps sain, et de la pathologie, si elles s'appliquent à un corps malade. Ces études sur les corps vivants nous conduisent à reconnaître qu'ils sont doués d'un principe vital qui les anime et leur communique le mouvement et la sensibilité, et dans ce cas, nous sommes vitalistes. Si nous nous contentons, comme nous le recommandent MM. Auguste Comte, Dumas et Boussingault, de constater les lois naturelles qui sont appréciables à nos sens et qui peuvent être saisies par notre intelligence, nous sommes positivistes. Dans cette sphère, il n'est pas donné à la science d'aller plus loin. Tous les progrès qu'elle fera ne pourrent que lui dévoiler quelques lois naturelles, surtout celles suivant lesquelles s'exécutent quelques fonctions jusqu'alors inexplicables ou mal expliquées.

Mais quand nous avons exploré comme médecins les phénomènes organiques qui se passent dans l'économie humaine, nous sommes forcés, comme philosophes, de reconnaître les phénomènes intellectuels, en dédaignant des opinions vieillies et jugées ; donnant la main à la philosophie de notre siècle, nous admettons la nécessité d'un principe simple, spirituel, identique, indépendant des lois organiques, nous sommes spiritualistes. Comme tels nous sommes parfaitement convaincus, non-seulement de la spiritualité de l'âme, mais de son immortalité, de l'existence de Dieu, de sa providence, de l'obligation de la loi morale, des peines et des récompenses d'une autre vie, nous sommes philosophes spiritualistes.

Mais nous pouvons être plus encore sans honte comme sans gloire, à cause du mouvement prononcé de la science vers les idées religieuses. Ces vérités philosophiques qui peuvent être la conquête du génie, quand bien même elles correspondraient à tous les besoins religieux de l'âme humaine, il faudrait encore nécessairement une autorité supérieure pour les défendre contre les attaques de l'esprit humain, parce que la puissance fatale d'errer n'en donne pas le droit, une autorité qui a besoin d'être divine pour les imposer à tous, parce que l'homme n'a pas de droit sur l'homme quand il s'agit des vérités de cette nature, enfin une autorité puissante, puisqu'elle doit populariser ces vérités qui sont la base de la société, de la famille et de la morale, car l'humanité en masse, les gens éclairés aussi bien que le peuple, étant absorbés dans un travail incessant et tourmentés par de mauvais penchants, doivent être enseignés et éclairés. Sans cette autorité, la vérité serait un vain nom, l'homme le jouet misérable de l'erreur, et Dieu un être sans entrailles, un Dieu sans providence.

Or, cette autorité c'est la religion : philosophiquement donc, nous sommes aussi religieux (1). Puisqu'il en est ainsi, il me semble qu'il n'y a plus d'antagonisme possible entre la théologie et la médecine. En effet, tout ce qui a rapport à l'âme et à la religion est du ressort de la théologie, qui a ses ministres. A eux donc ces hautes questions ; nous nous rencontrons avec eux, puisque comme eux, nous nous occupons de l'homme ; mais nos attributions ne sont pas opposées, elles ne sont que différentes, et il nous est facile, ce me semble, de nous entendre en restant chacun dans les limites de notre ministère : au prêtre le soin des âmes, de leurs devoirs et de leurs destinées ; au médecin le soin du corps, de sa santé, de sa vie. Que les théologiens cessent de nous confondre avec les matérialistes ; qu'ils ne cherchent pas à faire intervenir légèrement la puissance de Dieu là où les phénomènes, tout surprenants qu'ils sont, peuvent s'expliquer naturellement ; et nous, médecins, reconnaissons la possibilité de l'intervention divine dans les lois qui régissent le corps humain, bornons-nous à éclairer les ministres de la religion, quand une question difficile se présente ; ne contestons pas les vérités qu'ils ont mission d'enseigner. Alors, la paix régnera entre le prêtre et le médecin, entre ces hommes dont l'action combinée pourrait être si efficace pour l'amélioration morale et matérielle du peuple, et le scandale de leurs discussions et de leurs divisions ne sera plus, principalement pour les habitants de nos campagnes, une cause d'incrédulité et de désordres, une cause qui, je le répète, les conduirait inévitablement à ne croire à rien, pas plus à la médecine qu'à la religion.

C'est principalement au nom de cet intérêt social, monsieur le rédacteur, que, connaissant votre amour du bien, je vous adresse ces observations. Il n'a rien moins fallu que ce puissant motif pour me déterminer à faire connaître mon opinion sur ce point de philosophie médicale, et si ces observations peuvent contribuer à établir une plus grande union entre le prêtre et le médecin, je serai grandement dédommagé des efforts qu'il m'a fallu faire pour les livrer à la publicité.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée. D[r] DESCIEUX.

Montfort-l'Amaury, 30 avril 1854.

(1) Une ville suspendue en l'air serait plus facile, disait Plutarque, à fonder et à maintenir qu'un Etat sans religion.

Je n'entends pas qu'on puisse être vertueux sans religion, disait J.-J. Rousseau, j'eus longtemps cette opinion dont je suis bien désabusé.

Le philosophe de Ferney tenait le même langage.

Il est nécessaire, disait Platon, qu'un maître vienne du ciel pour instruire l'humanité.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de Paris et de son influence en Europe, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, comprenant l'histoire civile, politique, religieuse et monumentale de cette ville au double point de vue de la formation de l'unité nationale de la France et des progrès de la civilisation dans l'Europe occidentale. — Cet ouvrage, entièrement terminé, forme 5 beaux vol. in-8 sur papier fin, ornés de 30 belles gravures. Les deux premiers vol. sont en vente. Les tomes 3, 4 et 5 paraîtront de deux mois en deux mois. — Prix de chaque vol. : 6 fr. 50 c. et 6 fr. *sans gravures*. — Chez Eug. GAGNE et Ed. GRIGNÉ, libraires, rue Dauphine, 30.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. PAYEN. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez JANET, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 71. Jeudi 15 Juin 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 14 Juin 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

(**Discussion sur les déviations utérines.**)

Quoique la discussion sur le redresseur utérin ou plutôt sur les déviations utérines, ait occupé toute la séance d'hier, nous n'aurons pas y insister très-longuement. M. Depaul, en répondant à M. Malgaigne, a reproduit beaucoup des observations que nous avions nous-même présentées sur le discours du savant professeur. L'honorable rapporteur n'a pas lutté avec avantage sous le rapport de la forme, mais en revanche, il a été pleinement victorieux par le fond; la victoire était d'ailleurs facile. Il y a cependant un point sur lequel il n'a pas répondu, nous ne dirons pas à une objection, mais à un *desideratum* de M. Malgaigne; c'est celui relatif au diagnostif différentiel. Ce diagnostic, M. Depaul a bien affirmé l'avoir tracé en plusieurs endroits de son rapport; mais la vérité vraie, c'est qu'il ne s'y trouve que d'une manière assez confuse pour que tout le monde partage les désirs exprimés par M. Malgaigne. Seulement en exprimant ces désirs, il faut ajouter, pour être juste, que ce que M. Depaul n'a pas fait était à créer, et qu'on ne peut pas exiger d'un rapporteur qu'il improvise la science. M. Malgaigne, tout en exprimant un vœu légitime, n'a pas fait plus que M. Depaul pour le réaliser, car son signe tiré de la suspension ou de la persistance de la douleur dans le repos horizontal, outre qu'il est moins neuf que M. Malgaigne ne le croit, est surtout beaucoup moins important; et quant aux symptômes pathognomoniques de névralgies du col et des annexes, l'expérience seule nous apprendra l'importance qu'il convient de leur accorder.

Nous devons dire toutefois que notre confiance dans la sagacité de M. Malgaigne est suffisante pour que nous ne repoussions pas *à priori* ces symptômes, et pour que nous appellions au contraire sur eux l'attention des praticiens attentifs.

Quant à la partie du discours de M. Depaul, relative à M. Gaussail de Toulouse, nous regrettons que l'honorable correspondant de l'Académie ait provoqué cette critique, car, on ne peut s'empêcher de reconnaître, avec M. Depaul, que si cette critique est sévère, elle est aussi rigoureusement juste.

M. Huguier est un chirurgien fort instruit, et ce qu'il veut dire doit être excellent; mais on ne s'en douterait pas

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite. Voir les nos 52, 53, 58, 67, 68, 69 et 70.)

Hernies (suite).

L'erreur de diagnostic qui a été commise ici n'a pas lieu de surprendre en face de l'absence absolue des signes indiquant la présence de la vessie dans la hernie, en face surtout de l'aspect particulier qu'avait pris l'organe sous l'influence de l'infiltration graisseuse de ses parois, infiltration dépendant très-probablement du repos prolongé auquel avait été soumise la portion de vessie herniée qui ne devait recevoir l'urine qu'exceptionnellement, puisque la portion intra-abdominale avait encore le volume d'une vessie ordinaire. Malheureusement la description de M. Duchaussoy manque de détails sur le mode d'étranglement de l'intestin ; notre collègue, en effet, se borne à dire que l'intestin ne put être réduit qu'après le débridement du collet du sac, et dans l'autopsie il n'est fait nulle mention des parties atteintes par le bistouri dans le débridement ; c'est là une lacune regrettable, qui enlève à cette observation importante toute sa valeur pour la solution d'une des questions que j'ai dû agiter il y a un instant. Et ici l'examen de cette question était d'autant plus important, qu'il jetait un grand jour sur certains détails de l'observation. Si, en effet, l'étranglement a eu lieu par le collet du sac, comme paraît le penser M. Duchaussoy, cela concorde peu avec l'idée que ce serait la formation brusque de l'entérocèle qui aurait amené les accidents d'étranglement ; si, au contraire, l'anneau étranglait, la vessie était étranglée comme l'intestin, et l'on se rend compte des accidents de rétention d'urine survenus si rapidement.

M. le docteur Perrin vous a aussi présenté un exemple de cystocèle bien différent du précédent par les circonstances de sa production (1) ; la hernie de la vessie s'accompagnait d'un kyste du bassin. Cette pièce fut trouvée sur un robuste vieillard, mort d'apoplexie à l'infirmerie des Invalides, et chez lequel aucun accident n'était venu révéler auparavant l'existence d'une tumeur abdominale. Ce fut donc à l'autopsie que l'on reconnut la présence, entre le rectum et la vessie, d'un kyste à parois épaisses dans certains points, du volume d'une tête de fœtus à terme, et ayant contracté des adhérences solides avec l'aponévrose périnéale superficielle. Ce kyste avait franchi le détroit supérieur du bassin en soulevant le péritoine ; son siége sous-péritonéal a donc été facile à déterminer ici, la fluctuation y était évidente, et la poche contenait un grand sac d'hydatides renfermant des échinocoques et très-peu de crochets libres. Le frémissement hydatique manquait, ce qui, aujourd'hui, n'a plus lieu de surprendre.

(1) P. 412.

toujours en entendant ce qu'il dit ou en lisant ce qu'il écrit.

Parmi les nombreuses remarques qui pourraient être faites sur sa longue dissertation, nous nous contenterons des suivantes :

M. Huguier commence par poser en principe que le redresseur ne doit être appliqué que dans les cas de déviations graves et simples, lorsque tous les autres modes de traitement ont échoué, lorsque l'utérus peut parfaitement être ramené à sa position normale, lorsque l'introduction et le séjour de l'instrument ne produisent aucune douleur, etc.; puis, il conseille le même appareil comme emménagogue, chez les malades (femmes ou filles?), mal ou point réglées. Il est vrai que M. Huguier croit que le défaut de menstruation peut entraîner la mort, mais il n'a pas dit sur quels faits il base sa manière de voir à cet égard. Son opinion est cependant assez neuve pour qu'une démonstration ne fût pas inutile.

Une des raisons pour lesquelles, suivant M. Huguier, l'Académie ne doit pas proscrire l'usage du redresseur, c'est parce qu'il y aura toujours, malgré le jugement de la docte Compagnie, un certain nombre de médecins qui l'emploieront. Nous n'en sommes pas encore à dire que l'Académie doive absolument proscrire le redresseur; nous attendrons la fin de la discussion pour nous prononcer catégoriquement à cet égard; mais nous avouons que la considération imaginée par M. Huguier aura peu d'influence sur notre appréciation, car nous ne voyons pas trop ce que l'Académie pourrait approuver ou proscrire, si des considérations de cette espèce pouvaient peser sur ses décisions. Si l'opinion de quelque niais ou de quelque illuminé devait suffire pour empêcher les hommes et les corps sensés d'exprimer leur sentiment, la syphilisation elle-même serait encore moralement permise, et, grâces à Dieu, elle a été bien et dûment flagellée, et elle est aujourd'hui bien et dûment ensevelie.

M. Huguier a parlé, dans son argumentation contre les adversaires des déviations *pathologiques*, de femmes réfractaires à la douleur, et il a mêlé cette prétendue immunité à des questions de position sociale et de profession, fort difficiles à débrouiller. Il y a sans doute là quelques *lapsus calami*, mais de ces lapsus qu'il faut éviter parce qu'ils ressemblent trop à des *lapsus cerebri*.

M. Huguier a divisé en cinq variétés la douleur qu'on peut observer dans les maladies de l'utérus :

1° Douleurs névralgiques;
2° Douleurs utérines;
3° Douleurs des annexes de la matrice;
4° Douleurs des organes qui se trouvent en rapport direct avec l'utérus;
5° Douleurs symptomatiques ou qui s'irradient au loin.

Nous comprenons qu'on cherche à observer tous les caractères de la douleur, intensité, siége, persistance, continuité ou intermittence, pour en tirer un signe de telle ou telle affection; mais nous conseillons à M. Huguier de se garder des classifications du genre de celle qu'il a proposée; elles ne satisferaient probablement pas les médecins, et elles feraient certainement bondir les naturalistes.

M. Huguier est un observateur qui ne manque pas de sagacité, et qui est surtout animé d'un zèle infatigable. Qu'il se contente de nous raconter les choses qu'il a vues, car, sous ce rapport, ses leçons et son discours (qui n'est guère qu'une leçon détachée) renferment des renseignements utiles; mais que M. Huguier n'argumente pas, qu'il ne systématise pas, qu'il ne classifie pas, jusqu'à ce qu'il se soit débarrassé de son penchant à des lapsus qui pourraient donner une fausse et fâcheuse idée de son talent.

H. de Castelnau.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Juin 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Demande d'exploitation d'une source minérale sise à Carcanières (Ariége);

2° Deux échantillons de remèdes secrets contre l'hydrophobie et les maladies des voies urinaires.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Voies urinaires.

M. Ulysse-Mathieu Brouillet, médecin à Geispolsheim, adresse des considérations sur l'incontinence d'urine.

Je passe rapidement sur l'étude du kyste intra-pelvien, dont nous avons eu ici un certain nombre d'exemples, et sur lesquels M. Charcot a attiré l'attention dans ces derniers temps, et je dois vous signaler surtout la lésion exceptionnelle dont s'accompagnait ce kyste. La vessie avait quitté en grande partie sa position normale, et on la trouvait dans le scrotum, offrant là tous les caractères de la cystocèle inguinale. Cet organe avait dès lors la forme d'une sorte de bissac contourné en fer à cheval, dont la concavité reposait sur la branche horizontale du pubis du côté gauche. La compression de cette tumeur en produisait l'affaissement en même temps que l'urine s'échappait par l'urètre. Le malade n'avait pas eu, tout porte à le croire dans ses antécédents, de rétention d'urine. Le kyste adhérent à la face postérieure de la vessie ne comprimait pas le col de l'organe. Or, les causes que l'on considère comme entraînant le plus souvent la hernie de la vessie, sont la rétention d'urine et les grossesses répétées. Sans aucun doute, on ne comprend guère que la vessie puisse se déplacer pendant une rétention d'urine, car c'est certainement le moment où elle est le moins disposée à passer par l'anneau. Mais la vessie, après avoir été souvent et fortement distendue, reste volumineuse, flasque et molle, de manière que sa partie antérieure demeure placée près de l'anneau, ou peut-être même réellement sur l'anneau, et, dans certaines circonstances, peut y contracter quelques adhérences. La vessie d'une femme qui a eu de fréquentes grossesses est souvent très-large et forme une espèce de poche de chaque côté, elle est placée ainsi dans le voisinage de l'anneau inguinal; or, cette position de la vessie près de l'anneau explique comment chaque cause de hernie peut la pousser à travers l'ouverture, et plus facilement que l'intestin, puisque le péritoine ne lui fait pas obstacle. Avec de pareils antécédents, on comprend donc le déplacement de la vessie sans avoir besoin ici d'invoquer un vice de conformation de cet organe, comme l'avait fait Méry.

Dans le cas de M. Perrin, il ne semble pas possible, ainsi que l'a compris cet observateur, d'avoir recours au même mode d'explication; le malade urinait librement, la vessie avait son volume normal; il faut donc admettre que le kyste, en se développant d'abord en haut et à gauche, a entraîné le corps de la vessie dans ce sens, puis que consécutivement, sous l'influence d'efforts répétés, la paroi antérieure de l'organe, élevée au niveau de l'anneau, a pu s'y engager. Le péritoine, soulevé par la tumeur, n'a pas été entraîné par la vessie.

Lésions de l'appareil génito-urinaire.

Ce chapitre serait nécessairement fort court si je suivais fidèlement l'ordre que je m'étais tracé jusqu'à ce moment, puisque presque toutes les communications qui vous ont été faites sous ce rapport sont relatives à des productions accidentelles. Vous me pardonnerez d'abandonner ce plan ici. C'est qu'en effet les produits morbides développés dans les organes génito-urinaires tirent de leur situation même une grande partie de leur intérêt, et, à part leur histoire générale, qui est la même que partout ailleurs, et que je ne dois pas tracer ici, ils ont dans ces régions des caractères particuliers.

L'utérus attire fréquemment l'attention des pathologistes : outre ses déplacements, outre ses variations de volume, ses changements de forme,

Blennorrhagie.

M. Debeney transmet des réflexions sur le traitement abortif de la blennorrhagie.

Aiguilles à suture.

M. Bouvier demande la parole pour informer l'Académie qu'il a fait confectionner depuis longtemps, par M. Mathieu, des aiguilles analogues à celles présentées dans la dernière séance par M. Bitterlin, et destinées à passer des fils de plomb.

DISCUSSION SUR LE REDRESSEUR UTÉRIN ET LES DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. Depaul, après avoir fait remarquer que le discours de M. Malgaigne a été inexactement reproduit (1) et qu'il se servira de ses propres notes pour y répondre, après avoir remercié M. Malgaigne des quelques mots bienveillants par lesquels il a débuté, l'orateur s'exprime à peu près en ces termes :

Je constaterai d'abord, quoiqu'on ait cherché à égarer l'opinion publique sur ce point, que M, Malgaigne est tout aussi avancé que moi contre le redresseur utérin. Voici ses propres paroles : « *Le redressement utérin a été tenté empiriquement, sans règle, sans indication, sans diagnostic ; il a produit des accidents graves;* » plus loin, M. Malgaigne ajoute que « *M. Valleix a fait de tout cela un ferago à n'y rien comprendre ; qu'il n'aurait pas dû s'exposer aux accidents déplorables qui ont eu lieu,* etc. »

J'avoue qu'après de telles accusations, j'ai été quelque peu étonné de voir M. Malgaigne me reprocher d'avoir fait un plaidoyer (d'autres ont dit un réquisitoire) ; mais, du reste, j'accepte le mot, et je l'accepte parce que j'ai suivi l'exemple de M. Malgaigne lui-même, qui, sans doute, n'a pas oublié son réquisitoire contre le perchlorure ; ce qu'il fallait établir, c'est si mon réquisitoire est ou non juste. Mais M. Malgaigne m'a paru moins préoccupé de cette question que du soin de nous faire connaître quelques idées qui lui sont particulières ; loin de la combattre, il a corroboré toute la partie fondamentale de mon Rapport.

Quant aux détails, M. Malgaigne m'a reproché d'abord d'avoir dit que l'emploi du redresseur répugne à la raison ; il est sans doute inutile de dire que je n'ai voulu blesser personne par ces mots, puisque moi-même je me suis laissé aller à essayer du moyen ; ce que j'ai voulu exprimer, c'est qu'en y réfléchissant, tout devait faire repousser *à priori* l'idée d'un pareil traitement, et je retirerai volontiers le mot pour peu que M. Malgaigne y tienne.

M. Malgaigne a dit que j'avais apporté quelque réserve à mon opinion en reconnaissant que certaines guérisons avaient eu lieu par l'emploi du redresseur; mais je ne me suis pas contenté d'admettre ces guérisons ; j'ai cherché à déterminer auquel des divers moyens employés elles étaient dues, et je suis arrivé à cette conclusion que c'était surtout par l'emploi des autres moyens ou même malgré le redresseur que les guérisons avaient été obtenues.

M. Malgaigne m'a reproché d'avoir accordé que certaines déviations simples produisent des accidents ; je l'ai accordé, parce que c'est vrai ; seulement, M. Malgaigne croit que ces cas sont fréquents, moi je crois qu'ils sont rares ; quelles sont les raisons de M. Malgaigne ? Il ne les a pas dites ; quant à moi, j'ai apporté mes faits, insuffisants sans doute, mais qui valent peut-être mieux que rien, et ces faits donnent 3 cas de déviations avec accidents sur 60 ; est-ce là une proportion qui constitue la fréquence pour M. Malgaigne ? Pour moi, elle constitue une exception.

Un reproche que j'ai bien moins compris encore, c'est que je n'aurais pas dit quels sont les moyens qui, en l'absence du redresseur, guérissent les déviations. Mais j'ai mentionné, page 28 de mon Rapport, les pessaires de M. Hervez, ceux de M. Huguier, les ceintures hypogastriques, les pessaires à air et en caoutchouc vulcanisé de M. le docteur Gariel, celui de M. Joret, etc. Est-ce que M. Malgaigne aurait voulu que je fisse un Mémoire sur le mode d'action et les avantages de chacun de ces moyens ? Mais l'Académie m'aurait dit qu'elle savait tous ces détails aussi bien que moi, et qu'elle ne m'avait pas donné une telle mission.

M. Malgaigne m'a reproché d'avoir analysé trop rapidement les observations de M. Valleix. Ce n'est pas là ce qu'il aurait dû faire ; ce qui eût été préférable, c'eût été de me démontrer que je m'étais trompé sur un point quelconque, soit dans les détails que j'ai donnés, soit dans mon interprétation. M. Malgaigne n'a cité, en particulier, que la 4e observation. Or, pour cette observation, j'ai admis la guérison comme constante, après trois mois de traitement. Mais je ne me suis pas borné là. J'ai montré que la malade, sujet de cette observation avait, en même temps qu'une déviation, des granulations et un engorgement, et qu'on avait employé, outre le redresseur, plusieurs autres moyens. Comme conséquence de ces remarques, j'ai dû me demander et je me suis demandé ce qui avait guéri la malade, et de quoi elle était guérie. M. Malgaigne, pas plus que l'auteur, ne s'est fait cette question ; il n'a donc rien argué contre le jugement que j'ai porté sur cette observation.

M. Malgaigne s'est un peu égayé à mes dépens et aux dépens du confrère qui m'a donné des renseignements sur les fissures et les ulcérations du rectum qui ont suivi l'emploi du redresseur. A cela j'ai à répondre, d'abord, que j'ai pour moi l'affirmation d'un confrère honorable, qui probablement a vu ce qu'il a décrit ; ensuite, que le rectum n'est pas aussi loin du vagin que M. Malgaigne paraît le croire ; et si l'on réfléchit qu'en Angleterre, on a laissé quelquefois les pessaires à demeure pendant un, deux et même trois ans ; si l'on réfléchit que ces pessaires ne sont pas toujours aussi intra-utérins qu'on le dit, qu'ils se déplacent souvent et viennent arc-bouter contre les parois du vagin, je ne vois pas vraiment ce qu'il y aurait d'impossible à ce que ces appareils déterminassent des ulcérations du rectum. C'est d'ailleurs là un accident minime, en comparaison de ceux très-formidables dont on a donné des exemples positifs.

En me reprochant de partager l'opinion de ceux qui n'accordèrent, dans la discussion de 1849, qu'une minime importance aux déviations, M. Malgaigne se plaint que la question n'ait pas fait un pas depuis cette époque. Pour mon compte, j'ai été beaucoup éclairé par cette discussion, et je trouve que la question a marché. Il est vrai que, pour M. Malgaigne, les faits que j'ai cités à la page 22 de mon Rapport, de femmes qui marchent sans souffrir, quoique atteintes de déviation, ne prouvent rien ; mais c'est

(1) La remarque de M. Depaul ayant été générale, nous devons déclarer que nous ne l'acceptons pas pour notre compte, et nous affirmons que si nous n'avons pas textuellement reproduit les paroles de M. Malgaigne, nous en avons rigoureusement reproduit l'esprit. (*N. du R.*)

---

cet organe éprouve souvent des lésions plus profondes. Tantôt il s'agit, comme dans le cas de M. Grellet (1), de tumeurs d'un volume vraiment incroyable, et dont le développement énorme, non-seulement rendait presque impossible tout diagnostic, mais entraînait à sa suite des désordres dont on n'aurait pu soupçonner l'existence ; ailleurs, c'est l'utérus devenu un terrain dont la funeste fertilité a donné naissance à des myriades de produits fibreux, variables par le volume, la forme, la consistance.

Quelques-uns de ces produits, après avoir germé dans le sol qui les a produits, finissent par l'abandonner, ou semblent à peine conserver avec lui quelque rapport à l'aide d'une dernière et faible racine (2). D'autres fois, ces mêmes productions fibreuses changent d'aspect, sans pourtant changer de nature, comme dans les pièces de M. L. Blin (3), Icery (4) ; on dirait que la substance a vieilli, et, au centre du corps fibreux, on retrouve une cavité qui recèle, nageant dans un liquide de nature variable, des débris du tissu fibreux ou fibro-plastique, dont le liquide est venu prendre la place. Une autre fois cette fécondité, en vertu de laquelle on voit naître et se multiplier les tumeurs fibreuses, semble appartenir à tout l'organisme. Dans le cas de M. Leudet (5), des tumeurs de cette nature existaient à l'estomac, au voisinage du pylore, et l'on pouvait certainement s'attendre à ne les pas voir manquer dans les organes qui sont leur siége de prédilection. Ainsi était-il, en effet, et l'on a trouvé des tumeurs dans l'ovaire gauche et dans le ligament large du côté droit.

A ces faits remarquables de productions homéomorphes viennent s'adjoindre quelques cas de kystes de l'ovaire ; vous les devez à MM. Bauchet (1), Prost (2), Moynier (3). Le cas de kyste pileux de l'ovaire, rapporté par M. Mauriac (4), observé d'une manière plus complète, aurait peut-être pu jeter un certain jour sur la question pleine d'intérêt de la formation de ces sortes de produits ; il eût servi à appuyer ou à combattre l'opinion toute nouvelle que, près de vous quitter, un de vos regrettables, un de vos laborieux collaborateurs, M. Lebert, est venu déposer comme un nouveau sujet de recherches au sein de cette Société.

Enfin, je vous signalerai deux observations de grossesse tubaire, l'une de M. Pise (5), l'autre de M. Gaube (6). Dans les deux cas, la grossesse s'est terminée par des hémorrhagies graves avec rupture dans la cavité péritonéale et formation de caillots volumineux qui enkystaient le fœtus. Ces deux faits vous avaient été présentés à tort, ainsi que l'a judicieusement remarqué M. Gailliet, comme des hématocèles rétro-utérines. Dans les deux cas, l'état de la muqueuse utérine, examiné avec soin, a prouvé qu'il n'y avait pas eu formation d'une membrane caduque.

Un bon nombre de productions hétéromorphes vous ont été montrées dans l'utérus ; je rappellerai seulement ici que M. Bauchet (7) vous a fait voir un cas de cancer comprenant le col de l'utérus et les ovaires, et coïncidant avec une remarquable hypertrophie du corps de la matrice, et avec la présence de kystes ovariques et tubaires, et de longs chapelets cancéreux qui recouvraient la face antérieure de la colonne vertébrale.

(1) P. 156. — (2) P. 10. — (3) P. 52. — (4) P. 135. — (5) P. 39.

(1) P. 10, 13. — (2) P. 154. — (3) P. 244. — (4) P. 183.
(5) P. 40. — (6) P. 120. — (7) P. 13.

une manière de voir que je ne saurais partager ; d'ailleurs, je n'ai pas seulement cité ces faits ; j'en ai encore allégué dans lesquels des femmes atteintes à la fois de déviations et d'autres maladies, avaient été guéries quand on avait guéri ces dernières, soit que la déviation persistât, soit qu'elle eût disparu en même temps que les autres lésions. M. Malgaigne lui-même a rapporté trois faits appartenant à cette dernière catégorie. Pour moi donc, ces faits prouvent beaucoup.

Tout en professant que les déviations avec accidents sont fréquents, M. Malgaigne déclare, dans une de ses conclusions, qu'elles sont rares ; c'est une contradiction que je ne fais que relever en passant.

J'ai été accusé d'avoir retracé le tableau de toute la pathologie utérine, en énumérant les symptômes qu'on a attribués aux déviations et qui appartiennent aux autres affections. Mais je n'ai pas prétendu que chaque femme qui est atteinte d'une de ces affections présente tous ces symptômes, pas plus qu'une femme grosse ne présente à la fois tous les symptômes de la grossesse, ce qui n'empêche pas celui qui décrit cet état d'une manière générale de les indiquer tous.

M. Malgaigne m'a reproché de n'avoir nulle part tracé le diagnostic différentiel ; mais ce diagnostic se trouve en plusieurs points de mon Rapport, et à ce sujet même, M. Malgaigne s'est un peu jovialement récrié sur la délicatesse de mon doigt, quand j'ai parlé de l'augmentation de poids de l'utérus changé de volume, et il a, à ce propos, mis sur le compte de M. Nélaton une erreur qui m'a beaucoup étonné ; je me borne à répondre que le sarcocèle, pas plus que l'hydrocèle, ne surnage quand on le met dans l'eau, et que cela n'a d'ailleurs aucun rapport avec le poids de l'utérus qui augmente de volume, poids qu'on peut apprécier, sans délicatesse spéciale du doigt, et seulement avec de l'habitude. Je n'ai pas donné d'ailleurs à ce signe une valeur absolue ; je n'ai fait que l'ajouter à tous les autres.

Mais notre collègue ne veut pas plus des autres signes que de celui-là : il considère comme de nulle valeur les modifications de forme, de couleur, de texture, de volume et même de situation du col de l'utérus. Il pense même que l'écoulement n'a pas plus d'importance, et que si l'on en jugeait par ce symptôme, les trois quarts des femmes auraient des maladies de l'utérus. Quant à moi, je crois que l'écoulement a au contraire une très-grande valeur, quand on ne se borne pas à le désigner, comme tous les partisans du redresseur, par les mots flueurs blanches, écoulements blancs, etc. ; mais qu'au contraire on en recherche exactement la source, et on en observe non moins exactement les caractères.

Mais M. Malgaigne veut quelque chose de plus général, et c'est à ce propos qu'il a fait la petite découverte dont il nous a entretenus : toute femme dont les douleurs utérines cessent par le repos au lit est atteinte de déviation ; toute femme dont les douleurs persistent dans cette situation a une autre maladie. Si l'on admettait l'opinion de M. Malgaigne, c'est alors que les trois quarts des femmes pourraient, non pas être considérées comme malades, mais comme parfaitement saines, quoiqu'elles fussent malades très-réellement ; combien de fois, en effet, le repos au lit ne calme-t-il pas les douleurs même phlegmasiques de l'utérus ! Je préfère de beaucoup, je l'avoue, les signes que repousse M. Malgaigne à celui qu'il a découvert.

M. Malgaigne a fait une autre découverte à propos des névralgies du *col* et des *annexes* de l'utérus (je ne sais pas ce qu'il a fait du corps) ; à cet égard, je ne lui demande que la permission de faire mes réserves ; je ferai seulement une remarque sur le traitement qu'il oppose à ces névralgies dont il a découvert le diagnostic différentiel.

Le point de départ de ce traitement m'a quelque peu étonné de la part d'un chirurgien qui veut bannir l'empirisme de la thérapeutique utérine. M. Malgaigne a cité M. Jobert ; il a cité M. Desternes ; il aurait pu se citer lui-même, car il n'a sans doute pas oublié les succès qu'il obtint, il y a quelques années, en cautérisant le tragus pour guérir la sciatique. Donc, ayant cité ces praticiens, il s'est demandé s'il ne suffirait pas de toucher, de chatouiller même le col utérin (voyez comme il redoute d'y introduire un corps étranger), pour détruire la sensibilité ; il a tenté le procédé, et il a réussi deux fois. Qu'il me permette de lui dire que ces deux faits me paraissent moins convaincants qu'à lui ; ils sont de la nature de ceux qu'on observe dans les cas d'odontalgie qui disparaissent en allant chez le dentiste, et si je me contentais de semblables faits, j'aurais quelque chose de bien plus extraordinaire à lui citer.

Il y a quelques jours, en traversant les salles de la Charité, je fus prié de dire mon avis sur l'état d'une femme qui souffrait du bas-ventre à la suite d'une fausse couche. Je touchai la malade, et je trouvai l'utérus douloureux, et au moins doublé de volume ; il y avait une métrite caractérisée. Le lendemain, en traversant les mêmes salles, une femme s'écria en me voyant : Voilà celui qui m'a sauvée! Je demandai à M. Blain, chef de clinique, qui était cette femme que je ne reconnaissais pas, ce que signifiait cette exclamation, et j'appris que la malade, persuadée que j'avais un moyen puissant de guérison entre mes mains, puisqu'on m'avait prié de la visiter, était persuadée que je lui avais, la veille, remis la matrice en place et se trouvait guérie. Je la touchai de nouveau, et il est inutile de dire que tout était dans le même état. De ces merveilles, messieurs, on en voit tous les jours ; mais quand on en veut apprécier la valeur, il faut voir combien elles durent, il faut en observer les suites, car ce sont elles qui ont fait dire au sage Boyer : « Dépêchez-vous, demain il ne sera plus temps. » C'est sans doute dans les faits de cette catégorie qu'il faut placer celui de M. Notta, autant qu'on peut en juger en l'absence de détails suffisants.

Je ne sais pourquoi M. Malgaigne m'a reproché ma conclusion relative à l'hystéromètre, car il en a formulé une semblable à la mienne. C'est encore une petite contradiction qu'il nous expliquera sans doute.

Voilà ce que j'avais à répondre aux objections de M. Malgaigne ; je vais dire quelques mots maintenant de celles qui m'ont été adressées par un correspondant de l'Académie.

Vous vous souvenez, messieurs, comment notre honorable correspondant, M. Gaussail, a voulu, dès l'origine, entrer dans le débat qui a été porté devant vous : sous le titre de *Documents cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement par le redresseur intra-utérin*, il s'empressa de vous transmettre le résultat de son expérience ; et, à cette époque, il avait déjà réuni cinq observations que j'ai eu à vous faire connaître. Aujourd'hui, que j'ai usé de mon droit, et que, tout en remplissant un devoir, je ne me suis pas écarté un seul instant des limites qui appartiennent à une discussion vraiment scientifique, notre confrère ne se trouve pas satisfait, et avec une grande vivacité, il se plaint à vous de mes citations écourtées, de mes interprétations inexactes et même de ma partialité.

Les organes génitaux de l'homme vous ont aussi fourni quelques sujets d'étude. C'est d'abord une disposition insolite du dépôt tuberculeux dans le testicule qui, sur la pièce que vous a montrée M. Verneuil (1), semblait s'être fait dans l'intérieur même des canalicules séminifères ; c'est le cancer du même ordre que vous devez à M. Dolbeau (2), et qui offrait cela de particulier, qu'il contenait, outre un grand nombre de cellules cancéreuses remarquables par la grosseur de leurs noyaux, une quantité très-notable de tissu cellulaire et de tissu fibreux, de telle sorte que la tumeur avait pris un aspect particulier. Le cancer n'atteignait qu'un testicule, et c'est là un des caractères que l'on donne à cette affection ; cependant, M. Bidard (3) vous a fait voir un testicule cancéreux enlevé chez un homme qui déjà avait subi l'amputation du même organe pour une affection de même nature. M. Isambert (4) vous a vivement intéressés en vous présentant l'observation curieuse d'un enfant de 8 ans traité pour une affection calculeuse par un praticien de la ville, et qui vint, après une pénible agonie, succomber à l'hôpital des Enfants.

L'autopsie vint éclairer le diagnostic, en montrant que l'hypogastre était rempli par une tumeur du volume du poing, remplaçant la prostate : cette tumeur refoulait en arrière l'urètre, qui était sain et en rapport immédiat avec le rectum ; elle était accolée à la symphyse pubienne et repoussait en haut la vessie, dont le bas-fond était d'ailleurs rempli de fongosités, de bosselures formées par un tissu qui, comme celui de la tumeur prostatique, fut reconnu être de nature fibro-plastique en majeure partie, sans qu'il fût possible d'y démêler les éléments du tissu vésical ou prostatique. Cette tumeur avait été plusieurs fois déchirée par la sonde qui y creusait des fausses routes ; mais ni ces petites cavités accidentelles, ni le léger ramollissement dont certaines parties étaient le siége, n'avaient pu la transformer en une poche, sorte de vessie surnuméraire, comme cela a eu lieu chez le malade observé par M. Dufour (1). Dans ce dernier cas, une tumeur prostatique de nature tuberculeuse s'était d'abord développée, puis le ramollissement de la masse tuberculeuse avait donné lieu à la formation d'un kyste ou d'une seconde vessie qui, dépourvue de sphincter, ne retenait en aucune façon l'urine, et comme le col de la vessie et l'urètre étaient en partie détruits, il en était résulté une fistule sus-pubienne. On comprend d'ailleurs que dans ces deux cas, comme dans celui de M. Pise (2), où la présence d'une énorme tumeur hydatique qui, développée dans la paroi vésicale, était un obstacle au cours des urines, il y avait eu en même temps les altérations des uretères et des reins qui accompagnent ordinairement la rétention.

Avant de vous signaler le judicieux aperçu dans lequel l'un de nos collègues a résumé l'état de la science sur un sujet que nous ne pourrons jamais trop méditer, l'histologie de la maladie de Bright, je ne ferai que vous mentionner ces singuliers filaments, très-longs, cylindriques, fibrineux, que rendit à plusieurs reprises un malade observé par M. Morétin (3), et dont la source a dû être cherchée dans une hémorrhagie des voies urinaires ; puis plusieurs exemples de calculs, soit de la vessie, soit

(1) P. 355. — (2) P. 172. — (3) P. 345. — (4) P. 97.

(1) P. 158. — (2) P. 76. — (3) P. 231.

Permettez-moi donc de réduire à leur juste valeur de semblables assertions, qui ne sont pas plus fondées que la prétendue innocuité du traitement mécanique des déviations utérines.

M. Gaussail est dans une erreur complète quand il suppose que j'ai considéré ses documents cliniques comme n'ayant aucune valeur. Loin de là, je les trouve très-instructifs ; mais à la condition qu'on ne voudra pas, comme lui, mettre le raisonnement à la place des faits.

Je regrette de n'avoir pu reproduire textuellement tout son travail, chacun aurait pu voir que, tandis que ses observations parlaient dans un sens, ses interprétations allaient toujours en sens contraire. Au reste, j'appelle de tous mes vœux sa publication complète, et je n'en demande pas davantage pour l'édification de tous ceux qui le liront.

En attendant cependant, qu'il me soit permis de répondre rapidement à quelques-unes de ses réclamations. Je commence par constater l'aveu qu'il fait lui-même, à savoir : que toutes mes citations sont d'une exactitude irréprochable, puisqu'il les reconnaît *comme étant à peu près textuelles.*

Mais je m'explique difficilement pourquoi il se plaint de ce que je n'ai tenu aucun compte de ce qu'il appelle ses considérations préliminaires. Je lui dirai d'abord que cela était mon droit, et qu'en élevant une prétention contraire, il se met en contradiction avec lui-même, car voici ce qu'il a écrit à la suite de sa 5e observation :

« J'aurais pu faire suivre ces observations, les deux premières surtout, de réflexions et de quelques remarques pratiques, mais comme je ne me suis proposé d'autre but que de fournir à la discussion des documents dont *l'appréciation doit être spontanée et entièrement libre,* j'ai cru bien faire en m'abstenant de ce complément, que je me réserve de produire ou de publier ultérieurement. »

Si j'avais eu à faire l'histoire complète des déviations de la matrice, je n'aurais pas manqué de passer en revue les circonstances variées qui jouent un rôle dans leur production ; mais je me serais écarté de mon sujet et je n'ai rien trouvé, sous ce rapport, dans les faits de notre confrère, qui méritât une mention spéciale. C'est à lui à nous faire connaître les considérations neuves, sans doute, qu'il possède sur ce point.

Pourquoi affirmer de nouveau que dans les trois premières observations, la déviation était *incontestable ?* Cela pourrait faire supposer que j'ai mis en doute cette partie du diagnostic. Or, il n'en est rien, je l'ai accepté comme parfaitement établi, même pour toutes. Seulement, j'ai insisté sur d'autres détails plus importants à mon avis. Ainsi, dans le premier cas, il y avait un abaissement considérable de l'utérus, dont le col était volumineux, dur, un peu douloureux au toucher, et présentait quelques saillies au pourtour de l'orifice ; le corps de l'organe, lui-même, était volumineux, dur et un peu douloureux.

Dans le second, il y avait un engorgement du col et du corps de la matrice. Le premier était volumineux, abaissé, très-sensible à la pression, rouge, inégal.

Dans le troisième, le col était tuméfié et sensible, et offrait, de plus, trois ulcérations irrégulièrement arrondies, profondes, et reposant sur un fond rouge et grenu.

Ces détails n'étant pas contestés par M. Gaussail, je ne comprends plus sa récrimination.

A propos de la 4e et de la 5e observation, j'ai fait remarquer que l'examen au spéculum n'ayant pas été fait par lui, il n'était pas autorisé à déclarer qu'il s'agissait d'une déviation simple, d'autant plus qu'un autre confrère, quelque temps avant, avait constaté pour la dernière, un *engorgement* utérin et une ulcération du col. Tout cela est reconnu exact, et pour toute réponse, notre confrère se contente de nous faire savoir qu'il n'a pas employé le spéculum, parce que le toucher vaginal lui a paru suffisant pour établir qu'il n'existait qu'une déviation simple ; puis il ajoute que c'est ainsi qu'il agit toutes les fois qu'il le peut, sans s'en trouver plus mal pour cela. Ceci est une opinion à lui personnelle, dont je lui laisse toute la responsabilité, et qui ne diminue en rien la valeur de mon appréciation critique, même après la petite addition que renferme la nouvelle Note, et qui ne se trouve pas dans l'observation primitive. Il suffit que M. Gaussail dise que *l'engorgement* n'existait plus au moment où il examina la maladie pour que j'accepte son témoignage, mais comme il ne parle pas de *l'ulcération* qui avait été vue par un autre, il me permettra, jusqu'à nouvelle information, de conserver mes doutes premiers sur ce point.

Rien de ce qui est contenu dans le travail de M. Gaussail n'avait échappé à votre rapporteur ; mais, ainsi que je vous l'ai déjà dit, je n'avais cru devoir m'occuper que des points qui se rattachaient directement à mon sujet ; je m'étais efforcé surtout d'éloigner tous les détails inutiles, ou qui venant de personnes étrangères à notre profession, étaient revêtus d'une forme si peu en harmonie avec nos habitudes scientifiques, que j'aurais cru faire injure à notre confrère en lui en laissant la responsabilité. Il paraît qu'à ses yeux je me suis encore trompé dans cette appréciation ; c'est donc à vous, messieurs, à décider. Voici sur quoi porte la nouvelle réclamation :

M. Gaussail veut qu'on sache qu'il a découvert quelques symptômes qui, pour lui, ont une signification particulière dans les cas de déviations simples ou compliquées d'engorgement ; il signale *notamment cette sensation des reins dans l'autre monde, ce craquement comparé à un nœud qui se défait* (comme dans son 1er *fait*), *cette impossibilité de rester dans la position assise sans avoir les pieds élevés et le tronc renversé en arrière, l'impossibilité aussi de mouvoir ou d'élever les bras sans souffrance* (comme dans ses 1re, 2e, 4e et 5e *obs.*).

J'aurais mieux aimé qu'on ne m'ait pas forcé à réparer une semblable omission ; et je n'ai par besoin de dire que je laisse à qui de droit tout le mérite et aussi toute la responsabilité d'une pareille découverte.

Mais voyons si l'honorable médecin de Toulouse est mieux fondé dans ses autres récriminations.

J'ai dit, et je crois avoir démontré que, dans l'immense majorité des cas, les guérisons qu'on attribuait aux redresseurs intra-utérins devaient être rapportées aux moyens souvent nombreux qu'on avait fait agir concurremment.

Que répond-il pour ce qui le concerne ? Que, chez sa première malade, il a en effet employé le repos, les bains, les injections, le pessaire à air de M. Gariel. *Il ne nie pas* (ce sont ses propres paroles) *la part que ce dernier moyen a pu avoir dans la guérison.* Et, lorsqu'après plus de deux ans, il la déclare obtenue, il s'étonne que je me demande auquel des nombreux moyens ce résultat doit être rapporté !

---

de l'urètre, remarquables les uns par leur volume, les autres par les accidents auxquels ils ont donné lieu.

Un de vos honorables correspondants de Londres, M. Pavy, vous a adressé un Mémoire où il défend les opinions que Gluge et Johnson ont émises sur les deux formes que peut affecter la maladie de Bright ; c'est ce Mémoire qui nous a valu le Rapport que je vous annonçais il y a un instant et dans lequel M. Leudet (1), s'appuyant sur les travaux des auteurs français et sur ceux de Reinhards, Virchow, Gairdner et Frerichs, combattit cette doctrine et établit que les deux formes rappelées par l'auteur anglais, savoir : l'altération inflammatoire avec atrophie consécutive et l'altération graisseuse, méritaient bien plutôt d'être considérées comme formant trois stades d'une seule et même affection : l'inflammation simple, l'infiltration graisseuse, l'atrophie des reins.

Je n'arriverai pas à la grande classe des productions accidentelles sans vous rappeler que les maladies du système nerveux, que vous avez étudiées cette année, ont pu vous convaincre de l'importance des données physiologiques. Relisez l'observation de M. Leudet (2), relative à une tumeur fibro-plastique du cerveau, et vous y verrez comment l'étude raisonnée des symptômes a pu fournir un diagnostic précis ; rappelez-vous ce cas d'apoplexie de la protubérance que vous a montré M. Barth (3), celui que vous devez à M. Géry (4), celui de méningite spinale que vous a décrit M. Blain des Cormiers (5).

(1) P. 273. — (2) P. 362. — (3) P. 113. — (4) P. 224.
(5) P. 219.

M. Leudet, dans son Compte rendu (1851), vous rappelant les recherches de M. Broca sur la transformation graisseuse des muscles dans le pied-bot, revendiquait pour notre collègue l'honneur d'avoir, le premier, bien fait connaître les caractères de cette lésion, que l'on a plus tard rencontrée dans une maladie désignée sous le nom de paralysie progressive par atrophie musculaire ou d'atrophie musculaire progressive. Eh bien ! messieurs, c'est à notre savant président que la science devra la connaissance de cette singulière affection. Vous avez entendu M. Cruveilhier (1) vous rappeler comment, dès 1832, son attention avait été frappée sous ce rapport, et comment, depuis cette époque, ses études avaient été dirigées en vue de se former une idée nette de cette maladie encore inconnue. Vous avez vu, sur les pièces de M. Cruveilhier, cette atrophie considérable, cet état graisseux des muscles. Vous avez pu vous convaincre qu'il y a deux sortes de transformation graisseuse des muscles : l'une sans atrophie du muscle ; l'autre, qui est le dernier degré, avec atrophie ; enfin, dans l'opinion de notre président, on trouve en même temps, dans plusieurs points des racines antérieures des nerfs spinaux, des atrophies de deux espèces : l'une par macilence, l'autre par absorption complète du tissu nerveux. Cette question a été vivement débattue au sein de l'Académie de médecine, et finalement, malgré la très-savante argumentation de M. J. Guérin, la victoire est restée à notre président.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) P. 49.

Que, chez la seconde, à la névralgie près et en faisant abstraction du volume du col qui était toujours plus gros que dans l'état normal (ce détail est consigné dans l'observation), le fait peut être considéré comme un exemple de guérison. Je n'ai pas dit autre chose; c'est, en effet, un nouvel exemple d'une femme guérie, mais qui était toujours malade. Il est bon, d'ailleurs, de rappeler ce que n'a pas fait notre confrère, que, concurremment, on employa plusieurs autres médications : ainsi, pendant une saison, les bains d'Ussat, et, pendant une autre, les bains de rivière. On aurait eu le temps de faire bien autre chose, car le traitement dura environ vingt-six mois !

Quant à la troisième observation, M. Gaussail veut bien glisser rapidement sur elle. Il reconnaît que la lésion utérine n'a pas été guérie ; on s'est seulement exercé à redresser un col qui était rétrofléchi, et ce premier résultat une fois obtenu, il n'en a pas moins fallu traiter, par les moyens ordinaires, la véritable affection de la matrice.

Dans le 4e fait, plusieurs moyens ont été employés simultanément. « Cela est vrai, » s'écrie l'auteur de la réclamation ; mais aussitôt il ajoute : « Le redresseur a eu la première part; les autres ont secondé ses effets en s'adressant plus particulièrement au relâchement du vagin. » Or, vous voudrez bien vous rappeler que ces accessoires, placés sur un plan si secondaire, ne sont autres que des injections toniques, des bains à basse température, des injections froides avec l'eau de Salirs, et enfin le pessaire à air du docteur Gariel, qui paraît avoir produit la plus grande amélioration. Avais-je eu raison de prendre les faits de M. Gaussail et de lui laisser ses interprétations?

La dernière observation a vraiment du malheur. M. Valleix n'en a pas voulu, parce que, disait-il, elle n'était pas complète. L'auteur consent bien à ne pas la répudier entièrement, mais, après avoir reconnu que tout ce qui est dans mon rapport à son sujet est parfaitement exact, c'est-à-dire que le traitement n'a produit aucune amélioration, qu'il semble à la malade qu'elle est plus fatiguée par la marche, la station et les simples mouvements des bras; que les modifications dans la position de l'utérus sont peu saisissables, et, qu'en définitive, malade et médecin sont restés convaincus que ce traitement ne pourrait plus être supporté, il me reproche de ne pas avoir fait retomber sur lui, M. Gaussail, l'insuccès par trop manifeste qui a été constaté. Ici encore, puisqu'il entre dans le domaine des interprétations, je me vois obligé de l'abandonner, et, tout en reconnaissant ce qu'il y a de respectable dans l'aveu d'une faute, je crois que sa conscience peut être tranquille sur celle qu'il se reproche. La faute, s'il y en a une, n'est pas dans les applications trop rapprochées du redresseur, mais dans l'idée malheureuse, à mon sens, qui a pu conduire les médecins à accrocher l'utérus au sommet d'une tige solide, laissée à demeure dans sa cavité.

Ce qui m'a le plus surpris, je l'avoue, c'est de voir M. Gaussail passer si rapidement sur le chapitre des accidents. Il raisonne, à ce sujet, comme si tous les faits que j'ai recueillis et publiés n'existaient pas ; il va même plus loin, il développe une théorie pour prouver que les pertes, loin de constituer un accident, ont été salutaires, et sa conscience, tout à l'heure si facile à s'alarmer, se rassure avec une facilité vraiment surprenante. Mais qui donc, depuis que la question est engagée, a pu changer les louables dispositions qui se trouvent consignées dans le premier travail qu'il a fait parvenir à l'Académie?

Je déclare, disait-il, « que, comme M. Valleix, à qui je dois d'avoir été directement initié à l'application du traitement par le redresseur, je désire avant tout que la vérité soit connue, et que si, des débats académiques, il résulte que le danger de ce traitement *dépasse celui que l'on doit malheureusement craindre des plus minimes opérations chirurgicales,* bien plus encore que mon excellent ami je redouterais de l'affronter. »

Qu'attend donc M. Gaussail? Parmi les opérations les plus minimes de la chirurgie, en connaît-il quelqu'une qui ait déjà produit, dans un temps aussi court et sur un aussi petit nombre de malades, des résultats aussi désastreux? J'espère qu'il voudra bien aussi s'expliquer à ce sujet.

Quant à moi, je crois avoir fait droit à toutes ses réclamations, répondu à toutes ses observations, et je maintiens que ma critique, qui a été sévère, je l'accorde, n'a pas cessé, un seul instant, d'être impartiale, c'est-à-dire juste.

M. Huguier. — La question importante qui a été soumise à votre examen, je dirai presque à votre juridiction scientifique, est complexe ; elle se compose de trois parties principales qui ont trait : la première, aux *redresseurs* ou *pessaires intra-utérins;* la deuxième, aux *déviations utérines;* et la troisième, à l'*hystérométrie* ou au *cathétérisme utérin* considéré au point de vue du diagnostic.

Sur la première partie de la discussion, je serai bref, partageant les opinions émises par notre savant rapporteur ; toutefois, me montrant un peu moins exclusif que plusieurs de mes collègues, je ne dirai pas que les pessaires intra-utérins doivent être entièrement proscrits, parce qu'ils sont inutiles et dangereux, je ne le dirai pas, parce que certains faits prouvent que quelques malades s'en sont parfaitement bien trouvées et n'ont éprouvé aucun accident de son application ; je ne le dirai pas, parce que ces quelques faits, bien que rares, suffiront toujours pour que des praticiens, quoi qu'en disent et fassent l'Académie et les autres Corps savants, continuent à avoir recours à cet instrument. Selon moi, ce qu'il faut dire, c'est ceci : « Pour les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents sérieux ou graves, ce qui est l'exception, on pourra, si ces affections résistent aux autres moyens curatifs que possède la science, avoir recours aux pessaires intra-utérins, à la condition d'avoir préalablement reconnu que l'utérus peut, sans effort et sans douleur, être ramené à sa direction, à sa position normales ; que l'application de l'instrument et son séjour prolongé ne déterminent pas de douleur; de ne quitter la malade que 15 à 20 minutes après son introduction, et de lui bien recommander, en s'éloignant, de l'enlever tout de suite si elle éprouvait de l'agitation, du malaise, de la douleur ou un peu de fièvre.

Chez certaines femmes non réglées, chez d'autres qui ont une suppression des règles, qui éprouvent des accidents sérieux et même dont la santé et la vie sont compromises par la suppression du flux menstruel, on peut, lorsque tous les moyens que possède l'art ont échoué, avoir recours aux pessaires intra-utérins comme emménagogues, appliqués pendant quelques heures ou quelques jours, et on ne tarde pas, en en réglant et en en surveillant l'action, à obtenir une métrorrhagie périodique, qui, ainsi établie d'abord artificiellement, se fait plus tard spontanément. La science possède déjà des faits de cette heureuse application, et, pour mon compte, je pourrais en citer deux fort remarquables. M. Aran en possède deux cas qu'il a bien voulu me communiquer, et le travail de M. Valleix en renferme un autre sur lequel notre rapporteur n'a fait aucune observation.

Vous avez été frappés de ce fait, que les auteurs les plus estimés, anciens ou modernes, que les praticiens les plus éclairés de nos jours sont divisés en deux camps :

Les uns, qui sans nier d'une manière absolue au point de vue physique l'existence des déviations de l'utérus, ne lui accordent, au point de vue pathologique et thérapeutique, qu'une importance très-secondaire ou presque nulle, les considèrent ou sont portés à les considérer comme de simples anomalies anatomiques et physiologiques qui méritent à peine de fixer l'attention des pathologistes.

Les autres, émus par les accidents, et je dirai même par les dangers qu'éprouvent certaines femmes atteintes de déviations utérines, et par la rapidité avec laquelle on fait disparaître ces accidents, en replaçant et maintenant l'utérus dans sa direction normale, accordent à ces déplacements une grande importance pathologique.

Eh bien ! dans cette question comme dans beaucoup d'autres, c'est encore dans le juste milieu que se trouve la vérité.

Les partisans de la première opinion se fondent sur ce que :

1° Ils ont rencontré sur le cadavre des déviations, bien que, pendant l'existence, les personnes qui en étaient atteintes ne se fussent plaints de souffrir vers les organes sexuels ;

2° Qu'ils en ont rencontré non moins souvent, dans la pratique, sur des femmes qui ne se plaignaient nullement d'en être incommodées ; que, sur 27 cas d'antéflexion à des degrés divers, observés par M. Gosselin, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus ;

3° Que beaucoup de malades portent des tumeurs intra-pelviennes volumineuses qui ne causent aucun des symptômes des déviations, bien qu'elles doivent exercer, sur les organes pelviens, une compression plus forte que l'utérus dévié ;

4° Que les symptômes et troubles fonctionnels qu'on attribue aux déviations utérines sont les mêmes que ceux qui appartiennent aux autres affections, mais surtout aux inflammations chroniques de l'utérus, et que, comme ces déviations sont le plus souvent accompagnées de l'une de ces inflammations, on a attribué à la déviation les accidents qui appartenaient à l'autre affection ;

5° Qu'en faisant disparaître les affections concomitantes des déviations, on fait cesser les accidents symptomatiques sans avoir rien fait contre celles-ci pour les guérir ;

6° Un des hommes les plus compétents en organologie physiologique et pathologique ; un des praticiens les plus consciencieux, et dont les opinions sont à juste titre les plus révérées, vous a dit : « Comme l'utérus, dans l'état de vacuité, *n'a pas d'axe proprement dit;* que sa direction est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants, les déviations utérines qui seraient des modifications et altérations de cet axe n'existent pas. »

7° Enfin on a dit : « La mobilité excessive de l'utérus peut, chez certaines femmes, expliquer la douleur et les incommodités qu'elles éprouvent, sans avoir recours pour cela à la déviation, et pour preuve, c'est que si on laisse ces femmes au repos, tous les accidents disparaissent. »

Certes, ces objections et ces faits détaillés, présentés et groupés avec art par des hommes importants, sont plus que suffisants pour ébranler la

croyance des plus crédules, et ébranler les praticiens qui n'ont pu se faire une opinion personnelle.

Mais examinons chacune de ces objections, et voyons si elles ne seraient pas plus spécieuses que solides et susceptibles d'une autre interprétation.

Pour les faits trouvés sur le cadavre, où les a-t-on rencontrés? Le plus souvent, sur des sujets appartenant aux amphithéâtres de dissection ou aux amphithéâtres des hôpitaux : ils peuvent être divisés en deux catégories, les vieilles et les jeunes femmes.

Les premières, par suite de leur grand âge, ont l'utérus petit, atrophié, léger ; et comme avec ces conditions anatomiques favorables, elles ne travaillent et ne fatiguent plus depuis longtemps, il n'y a rien d'étonnant d'apprendre, en allant aux informations (quand on y va), que ces femmes ne se plaignaient pas de leur déviation qui, en effet, ne les faisait plus souffrir depuis longtemps.

Pour les secondes, la gravité de la maladie qui les a amenées à l'hôpital a le plus ordinairement captivé l'attention du médecin et celle de la malade qui, sous le poids de ses souffrances présentes, oublie de parler de souffrances moins sérieuses, intermittentes, et d'ailleurs diminuées par le repos, la position horizontale et la révulsion produite par la maladie principale.

Enfin, pour être juste, je veux faire une troisième catégorie de sujets, ceux chez lesquels, à l'autopsie, on a trouvé des déviations utérines, et qui, interrogés pendant la vie à cet égard, ont déclaré ne pas souffrir des organes sexuels et pelviens. Parmi ceux-ci, on a pu négliger d'examiner quelques-unes des conditions anatomiques qui eussent pu expliquer pourquoi les malades ne souffraient pas. Nous allons examiner ces conditions, et nous répondrons ainsi à la deuxième objection, qui tend à faire rayer du cadre nosologique les déviations que portent les femmes sans en souffrir ou sans en être sérieusement incommodées.

Oui, il existe des déplacements utérins sans grands dérangements dans la santé, et cela a lieu lorsque la déviation est peu prononcée à son premier degré, lorsque l'utérus est peu volumineux, et lorsqu'il n'exerce sur les organes voisins qu'une faible pression ; ne rétrécit que dans une légère proportion les cavités vésicale et rectale ; lorsqu'on a un vagin long, ferme, étroit, qui maintient l'utérus assez haut, il ne retombe pas sur l'anus ou sur le col de la vessie, lorsque le bassin est très-large, que l'espace compris entre la vessie et le rectum est plus grand que d'habitude et que la matrice, petite, peut y flotter, se mettre en anté ou en rétroversion, sans aplatir et presque sans rétrécir les réservoirs voisins.

Il peut encore en être de même lorsque le rectum, au lieu de se tenir sur la ligne médiane, se dévie à droite ou à gauche vers l'une des symphyses sacro-iliaques, l'utérus en rétroversion n'incommode en rien les fonctions de cet organe ; il ne gêne pas davantage celles de la vessie, parce que son col s'est d'autant plus éloigné de celle-ci que son corps a pu se rapprocher de la concavité du sacrum, le rectum n'étant plus là pour lui faire obstacle : d'ailleurs le col utérin peut lui-même être peu développé, atrophié ou détruit, et n'exercer aucune pression sur le réservoir urinaire, bien qu'il soit dirigé vers lui. Dans d'autres circonstances, il y a une anté ou une rétro-latéro-version, l'utérus n'exerce qu'une faible action sur les fonctions recto-vésicales, et si alors on n'aperçoit que la rétro ou l'antéversion, on dit à tort que celle-ci ne dérange pas les fonctions rectales ou vésicales. Et en admettant qu'on ne rencontre aucune des circonstances que je viens de signaler, ce n'est pas une raison pour se refuser à admettre les déviations. Qui donc a refusé de reconnaître l'existence pathologique des abaissements, des précipitations de la matrice, de rectocèles, de cystocèles, ou de hernies dans les deux sexes, uniquement parce qu'une affection ne fait pas toujours souffrir? Ne savons-nous pas qu'il y a des personnes plus insouciantes, moins sensibles ou réfractaires à la douleur, et qu'il faut aussi tenir compte, dans tout ceci, de la condition sociale et de la profession des individus?

Pour les vingt-cinq cas de prétendues antéflexions de l'utérus sans souffrances, observés par M. Gosselin, ils ne prouvent absolument rien, puisque onze de ces femmes n'avaient qu'une *antécourbure*, c'est-à dire étaient dans l'état normal, et M. Gosselin dit bien même que la flexion était si peu prononcée, que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure, et même, dans trois cas, il resta dans l'incertitude ; les seize autres n'avaient que des antéflexions très légères, puisque le doigt ne sentait qu'un ou deux centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Notez qu'il s'agit ici simplement d'antéflexions, c'est-à-dire, de toutes les déviations, celles qui ont le moins d'inconvénients.

De ce que quelques malades portent des tumeurs intra-pelviennes volumineuses sans accidents de compression sur la vessie et le rectum, il ne s'ensuit pas qu'il en soit de même pour l'utérus dévié. D'abord, nous ferons observer que le plus grand nombre de ces malades éprouvent tôt ou tard, suivant la situation, la direction, le volume et les connexions de la tumeur, des troubles plus ou moins graves du côté des réservoirs pelviens, troubles si importants que c'est souvent par eux que se termine leur pénible existence.

Il est au reste très-rare que ces tumeurs, à moins qu'elles soient nées de la partie inférieure de l'excavation pelvienne, ce qui n'arrive peut-être pas une fois sur trente, remplissent entièrement cette cavité ; presque toujours elles naissent de la partie supérieure de l'excavation, se prolongent dans le grand bassin et dans l'abdomen, et laissent d'autant plus libres la vessie et le rectum, qu'elles font de plus rapides progrès : dès lors la partie inférieure et le col de la vessie restent libres, ainsi que la partie inférieure de l'intestin, dont l'extrémité supérieure se dévie facilement, grâce au méso-rectum, dans l'une des gouttières sacro-iliaques, où elle évite toute pression et est encore protégée par l'angle sacro-vertébral.

En est-il de même pour l'utérus déplacé? Non, la vessie intimement unie dans sa partie inférieure et postérieure avec le vagin et la matrice elle-même, ne saurait éviter l'action de celle-ci tombée en antéversion ou en antéflexion, en arrière la fin de l'intestin, fixée sur la ligne médiane par le péritoine, le méso-rectum n'existant plus, par les deux ligaments utéro-sacrés, par son passage à travers l'aponévrose pelvienne et le muscle releveur de l'anus; plus bas encore par le vagin, ne saurait se soustraire à la pression utérine : aussi avons-nous vu des difficultés extrêmes d'uriner, de véritables rétentions d'urine, de la constipation et même l'impossibilité d'évacuer les matières fécales par les seules forces de la nature, être le résultat de ces déviations utérines.

Je ne saurais partager entièrement la manière de voir de ceux de nos collègues qui pensent démontrer l'innocuité des déviations utérines, en avançant que les troubles fonctionnels et les accidents que l'on attribue à celles-ci, sont les mêmes que ceux des engorgements et des inflammations chroniques de l'utérus; qu'il suffit de guérir ces affections pour faire non-seulement disparaître tous les accidents, mais encore les déviations elles-mêmes. Cet argument n'est pas sérieux, car il peut être facilement rétorqué et renvoyé par les partisans des déplacements, et certes, des faits bien observés et péremptoires ne leur feraient pas défaut. Les uns et les autres se trouvent avoir raison, et cela tantôt parce que la déviation est primitive, tantôt consécutive à ces lésions.

Ce qu'il fallait, c'était d'étudier la symptomatologie des cas simples ; c'était, au milieu des symptômes nombreux qui appartiennent aux maladies des organes sexuels, de distinguer ceux qui sont communs au plus grand nombre de ces maladies de ceux qui sont propres à chacune d'elles ; c'est ce que nous allons essayer de faire en esquissant le tableau à grands traits :

Si nous examinions la douleur qui, dans les affections de l'appareil sexuel, peut offrir cinq variétés principales : la douleur purement nerveuse ou névralgique, qui est très-mobile et qui peut siéger sur les différents points de l'appareil; la douleur utérine proprement dite, qui siége dans l'utérus et qui est un caractère de ses inflammations; celle de ses annexes; celle des parties qui sont en rapport immédiat avec lui, et la douleur sympathique, qui irradie sur les organes avec lesquels il a des connexions vasculaires et nerveuses, que la malade soit au repos ou en exercice, dans le calme des organes ou dans l'acte sexuel, nous voyons que la douleur utérine manque, soit spontanément, soit qu'on touche, palpe ou cathétérise l'utérus ; ce que les malades éprouvent, c'est une douleur de voisinage et de sympathie qui existe, douleur qui est provoquée par la pression, les tiraillements, les frottements qu'exerce l'utérus déplacé sur les parties voisines. Aussi, cette douleur de voisinage augmente-t-elle dans la station, dans la marche forcée, les ébranlements du corps et dans les efforts, et elle est différente de nature et de siége, suivant l'espèce de déviation ; dans l'antéversion, sentiment de poids, de gêne, de malaise, de souffrance sur la base de la vessie, sur le col de cet organe, derrière le pubis ; dans la rétroversion, les mêmes troubles de sensibilité se font sentir sur le rectum, vers la base du sacrum ou vers la pointe de cet os, au niveau de l'articulation sacro-coccigienne, au périnée et dans les aines, jusqu'au point d'insertion des ligaments ronds.

La douleur utérine spontanée, ou provoquée par l'exploration est, au contraire, un des caractères des inflammations de l'utérus.

Dans celles-ci, les deux grandes fonctions de la calorification et de la circulation sont presque toujours troublées ; elles ne le sont pas, ou très-peu au moins, dans le principe, dans les simples déviations.

Les fonctions utérines proprement dites sont moins altérées dans les déplacements de la matrice, si on excepte les flexions, mais surtout la rétroflexion très-prononcée, que dans les inflammations et les engorgements de l'organe ; la fonction qui est le plus fréquemment troublée est la menstruation.

Les troubles fonctionnels des organes voisins sont beaucoup plus manifestes et plus fréquents dans les déviations que dans les inflammations chroniques : dans l'antéversion et l'antéflexion très-prononcées, principalement si l'utérus est plus développé par suite de plusieurs grossesses ou d'un peu d'hypertrophie, besoins fréquents d'uriner, gêne dans la miction, rétention plus ou moins complète d'urine, et même incontinence d'urine, soit par regorgement, soit parce que la contraction vésicale est constamment sollicitée, soit par des pressions subites et réitérées de la part de

l'utérus sur la vessie, soit dans des efforts, dans des éclats de rire, dans la translation dans une voiture dure sur un sol inégal. J'ai, il n'y a pas deux mois, soigné une malade qui éprouvait cette grave incommodité au plus haut degré.

Dans la rétroversion, il y a une constipation opiniâtre, de grandes difficultés pour évacuer les matières, quelquefois même impossibilité absolue d'aller à la selle. Le fond de l'utérus, renversé sur le rectum, l'aplatit entièrement et oblitère la cavité, de telle sorte qu'il y a une interruption complète entre les matières stercorales qui sont au-dessus de l'organe et celles qui sont au-dessous, tous les efforts de défécation s'épuisent sur les premières, et la matrice, d'autant plus renversée, vient s'appuyer sur l'articulation sacro-coccygienne, où elle est arrêtée, et les matières situées dans la partie inférieure de l'ampoule rectale sont ainsi soustraites aux efforts d'expulsion. Les malades sont alors obligées de les briser et de les aller chercher avec le doigt, car souvent elles n'ont pas même la ressource de les évacuer à l'aide des lavements, qui ne peuvent être pris qu'incomplétement, ou ne peuvent plus être rendus. L'utérus forme, dans ce cas, une sorte de valvule ou de soupape qu'il suffit de relever pour faire cesser tous ces accidents.

Les déviations complètes et simples de l'utérus ont donc une symptomatologie propre qui ne permet pas d'en nier l'existence *pathologique* et de les confondre avec les autres maladies de cet organe ; ce qu'il fallait, et ce qu'on n'a pas encore fait avec assez de soin, dans les faits publiés jusqu'à ce jour, comme vous l'a dit et en partie démontré M. Malgaigne, c'était de faire ressortir des nombreux symptômes communs appartenant aux maladies de la matrice, ceux qui sont propres à ses déplacements.

Examinons maintenant un des derniers arguments, celui qui a été fourni par notre savant collègue, M. Cruveilhier. La déviation de l'utérus n'est pas une maladie, parce que cet organe, dans l'état de vacuité, n'a pas d'axe proprement dit ; que sa direction est pour ainsi dire à la merci de tous les organes environnants, et que c'est seulement dans la grossesse que l'utérus a des axes déterminés.

Il nous est impossible de partager cette manière de voir ; parce que la matrice, dans la grande majorité des cas, a une direction normale qu'elle garde dans ses changements physiologiques, et pour la conservation de laquelle la nature a pris d'admirables précautions, que l'on doit considérer les déviations qui en sont des altérations comme des maladies.

De ce que chez certaines femmes nerveuses, irritables, névralgiques ou atteintes de quelque inflammation lente des annexes ou bien des organes péri-utérins, la mobilité excessive de l'utérus semble déterminer de la douleur, des troubles plus ou moins importants, qui cessent par le repos et l'application d'un pessaire, ce n'est pas un motif pour attribuer les accidents à la mobilité plutôt qu'à la déviation, c'est se payer d'un mot. Qu'est-ce, en effet, qu'une mobilité excessive de l'organe avec ou sans abaissement, sinon une facilité extrême de sa part à se porter alternativement en la rétroversion droite ou gauche, en anté ou en rétroversion, et même d'éprouver une sorte de mouvement de circumduction dans certains exercices du corps ? J'ai une de mes clientes qui, atteinte d'une antéversion très-prononcée avec un utérus très-mobile, ne peut pleurer abondamment, rire aux éclats, monter à cheval, sans sentir dans chaque secousse la matrice frapper sur la vessie et déterminer à chaque percussion la sortie de quelques gouttes d'urine.

Les déviations et leurs conséquences admises, il nous reste les deux questions suivantes à résoudre : Est-il vrai qu'elles ne soient jamais une cause de stérilité ? — Est-il vrai qu'elles soient incurables ? — Quiconque répondra d'une manière absolue sera dans le faux.

Des faits nombreux recueillis avec attention, un relevé de ceux publiés dans les annales de la science, nous ont prouvé que les latéro-versions, les anté et rétroversions sont bien moins souvent un obstacle à la fécondation que les flexions, mais surtout que la rétroflexion. L'antéflexion, en effet, est rarement assez prononcée pour rétrécir ou oblitérer l'orifice cervico-utérin au point que le principe fécondant ne puisse arriver au lieu où l'imprégnation s'opère. Il n'en est pas de même de la rétroflexion congénitale ou acquise : très-fréquemment, elle est portée au point que le col et le corps sont dirigés l'un vers l'autre et presque parallèles, se touchant, pour ainsi dire, par leur face postérieure. Or, dans une semblable disposition, la cavité de l'utérus, au niveau de la courbure qui répond le plus ordinairement à l'orifice supérieur du col ou au voisinage de cet orifice, est effacée, les parois utérines étant mises en contact l'une avec l'autre, et il résulte souvent de ce contact prolongé une adhérence qui réduit le canal utérin à un simple pertuis, ou même l'oblitère entièrement. Rétréci, la perméabilité peut être empêchée : au-dessous, par le mucus épais et élastique du col, la tuméfaction, la dilatation d'un ou plusieurs follicules (œufs de Naboth, etc.) ; au-dessus, par la rétention de concrétions fibrineuses, de caillots ou de quelques débris de la membrane muqueuse, sans parler des nombreuses congestions et inflammations dont cet état peut être accompagné.

C'est là, comme nous avons pu souvent nous en convaincre, tant sur le cadavre que sur le vivant, à l'aide du cathétérisme utérin, la principale cause pour laquelle la stérilité est plus fréquente dans la rétroflexion que dans les autres déplacements de l'utérus.

Quant à la rétroflexion, c'est plutôt dans les altérations anatomo-pathologiques qui la déterminent qu'il faut chercher la cause de la stérilité qui, assez souvent, l'accompagne ; la flexion, dans ce cas, n'est jamais portée assez loin pour oblitérer la cavité de la matrice.

Les déviations utérines sont-elles incurables ? Ou, en d'autres termes, l'utérus dévié est-il fatalement destiné à rester à jamais dans cet état, ou à retomber lorsqu'il a été réduit et maintenu pendant un temps plus ou moins long ?

Quoi ! des praticiens des plus honorables auront publié des observations, auront montré des malades où l'existence matérielle d'une déviation et de ses accidents aura été démontrée : déviation et accidents auront disparu comme par enchantement depuis un, deux, trois ans et plus, sous l'influence du traitement rationnel, et on douterait encore ? Mais ce serait le comble de l'incrédulité, je dirai presque de l'orgueil !

THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau procédé de réduction des hernies,

Par M. le professeur Seutin.

L'illustre professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles vient d'enrichir la chirurgie d'un nouveau procédé pour la réduction des hernies. Ce procédé va encore diminuer le domaine de la médecine opératoire que M. Seutin a déjà resserré dans de si étroites limites. Ce procédé est des plus simples et des plus inoffensifs ; il consiste dans la rupture de l'anneau fibreux déterminant l'étranglement, à l'aide du doigt indicateur, introduit dans l'anneau inguinal. C'est à partir de 1849 que M. Seutin a fait usage de ce procédé dans un cas dont l'observation a été publiée dans ce journal ; depuis, il l'a répété plusieurs fois et toujours avec un succès constant. Le 31 mars dernier, il l'a pratiqué sur un voiturier atteint de hernie inguinale étranglée, et le succès le plus complet, nonobstant les conditions défavorables du malade, est venu couronner cette tentative. Le chirurgien de l'hôpital St-Pierre ne s'est pas borné à cette démonstration purement pratique, il a encore, en présence de *M. Lombard de Liége* et de plusieurs praticiens, démontré sur le cadavre, comment cette rupture pouvait s'opérer et cela avec la plus grande facilité. Désormais l'opération de la kélotomie va devenir une rare exception ; espérons que sous peu, notre savant confrère publiera sur ce procédé, un mémoire appuyé sur des faits, qui en généralisera l'application dans le monde médical.

(*La Presse médicale belge.*)

Catarrhes pulmonaires. — Cigares de jusquiame.

Le docteur Seifert, de Vienne, se fondant sur son expérience personnelle, préconise, comme en ayant obtenu des effets fort avantageux, des cigares de jusquiame dans le traitement des catarrhes pulmonaires. C'est du tabac débarrassé de son principe âcre, qui sert à la préparation de ces cigares, dans chacun desquels on met 5 à 8 grains de poudre de feuilles de jusquiame. Les malades en fument 4 à 8 par jour.

(*Annales méd. de la Flandre occidentale.*)

— Le défaut d'espace nous oblige à remettre au prochain numéro le Compte rendu et l'appréciation de l'Académie des sciences.

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. Sichel, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Berlin, etc.

10e livraison, figures coloriées. Prix : 7 fr. 50 c.

L'ouvrage entier formera 20 livraisons.

Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 72. 2e année. Samedi 17 Juin 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : De la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore et dans plusieurs autres eaux minérales. De la part qu'on doit attribuer à l'arsenic dans l'action de ces eaux, et du canard du docteur Tschudi (de Vienne) sur les arsénicophages. — Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences. (*Suite.*) — MATIÈRE MÉDICALE. PHARMACOLOGIE : De la préparation du sirop de feuilles de noyer. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE. — FEUILLETON.

Paris, le 16 Juin 1854.

De la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore et dans plusieurs autres eaux minérales. — De la part qu'on doit attribuer à l'arsenic dans l'action de ces eaux, et du canard du docteur Tschudi (de Vienne) sur les arsénicophages.

A M. le professeur Thénard, *membre de l'Institut.*

Monsieur et célèbre professeur,

A un âge où tant d'intelligences se reposent de la fatigue de n'avoir rien fait, la vôtre, malgré la maladie, et toujours excitée par un ardent amour de la science, travaille incessamment au progrès et met à profit jusqu'aux moments qu'on vous ordonne de consacrer au repos et au rétablissement d'une santé si précieuse à tous les travailleurs.

Le remarquable travail que vous venez de publier sur la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, et les prévisions que vous émettez et sur l'action de ce métal et sur son existence probable dans une foule d'autres eaux, soulèvent plusieurs questions de la plus grande importance pour la thérapeutique et l'hygiène publique, questions dont les éléments sont assez difficiles à rassembler pour que tout le zèle dont vous donnez l'exemple puisse seul mener à bonne fin une semblable entreprise. Quelques-uns de ces éléments se trouvent néanmoins déjà dans la science, et j'ai regretté que le temps ou peut-être un oubli bien pardonnable n'aient pas permis à votre plume, toujours si équitable, de récompenser, en les citant, les travaux qui, depuis plusieurs années, ont ouvert la voie que vous venez d'étendre. Permettez-moi de réparer en partie la lacune qui se trouve dans votre remarquable travail, et de signaler en même temps à votre haute raison, pour qu'elle en fasse justice au besoin devant l'Académie des sciences, une prétendue découverte dont le docteur Tschudi et quelques organes de la presse, plus amoureux de bruit que de science, entretiennent le public scientifique et non scientifique.

La recherche de l'arsenic dans les eaux minérales a déjà été faite depuis plusieurs années, et, dans beaucoup de cas, cette recherche a donné des résultats positifs :

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique de Paris, pour l'année 1853,

Par le Dr E. Foucher, *secrétaire de la Société, prosecteur de la Faculté de médecine.*

(Suite et fin. Voir les nos 52, 53, 58, 67, 68, 69, 70 et 71.)

Productions accidentelles.

L'étude histologique et pathologique des produits accidentels a été faite si complétement par mes prédécesseurs, que je ne voudrais pas m'exposer à vous répéter ce qui vous a été si bien dit autrefois, et cependant que de matériaux renferment vos Bulletins de cette année, que d'éléments d'études, et combien se trouvent confirmées les opinions que professe la Société anatomique dans l'interprétation de cette classe de lésions ! Mon but, en vous rappelant quelques-uns des faits qui s'y rapportent, sera de faire ressortir seulement ce que quelques-uns d'entre eux ont présenté d'exceptionnel.

La grande classe des tumeurs homœomorphes a pu s'enrichir de faits importants : témoin ce lipome volumineux que M. Bouteiller vous envoyait de Rouen (1), celui que M. Boullard vous montra sous les muscles du bras (2). Si vous avez vu les productions fibreuses semées avec profusion dans les organes génitaux, vous n'avez pas oublié que M. Rombeau a été assez heureux pour vous en montrer une dans la région palmaire (1), une autre au lobule de l'oreille (2), et une troisième sur le gros orteil (3).

Les productions cartilagineuses elles-mêmes ne vous ont-elles pas montré tous leurs caractères dans la tumeur que vous a présentée M. Denucé (4) et qui occupait le maxillaire supérieur, et dans celle implantée sur la tête d'un chat, que vous devez à M. Milard (5)?

Et les tumeurs fibro-plastiques que l'on est bien forcé d'admettre maintenant, ne les avez-vous pas vues dans la région sous-orbitaire (6), dans le sein (7), dans la prostate (8), dans le pharynx (9), dans le cerveau (10)?

Enfin, messieurs, une très-belle production cornée recourbée en demi-cercle vous a encore été envoyée par M. Bouteiller (11). C'était une femme des environs de Rouen, qui portait cette corne à la partie postérieure de la tête, siége insolite pour une production de ce genre.

Appliquant à l'étude particulière de certaines régions les idées développées ici sur le mode de formation des kystes, votre secrétaire a pu vous présenter sur les kystes du jarret quelques considérations qui lui ont paru éclairer la pathogénie et quelques points de l'histoire clinique de cette affection. Vous avez vu deux exemples de kystes du jarret (12) du volume d'un petit œuf de poule, de forme ellipsoïde, à grand diamètre

(1) P. 185. — (2) P. 249.

(1) P. 153. — (2) P. 249. — (3) P. 248. — (4) P. 94. — (5) P. 105. (6) P. 33. — (7) P. 37. — (8) P. 333. — (9) P. 249. — (10) P. 362. (11) P. 227. — (12) P. 336.

En 1840, l'arsenic fut constaté dans les eaux de Hammam-Mescoutine (Algérie), par M. Tripier, pharmacien major.

En 1846, M. Walchner constata la présence de ce métal dans plusieurs sources minérales de l'Allemagne (Griesbach, Rippoldsan, Teinach, Wiesbaden, Ems, Pyrmont, Lamschied, etc.), et posa même en principe que l'arsenic et le cuivre accompagnent toujours le fer.

Un de mes bons amis et de vos élèves dévoués, M. A. Chatin, découvrit, en 1847, l'arsenic dans la source ferrugineuse qui se trouve dans le parc de Versailles.

Dans la même année, l'arsenic fut signalé dans les eaux de Cassejouls (Aveyron) par M. O. Henry; dans les dépôts des sources de Ragoczy et de Pandour, à Hissingen, et de Brückenau, par M. Buchner jeune; dans les eaux de Pougues et de Château-Gonthier, par un homme enlevé trop prématurément à la science, M. Bayard; et dans la source de *Bonne-Fontaine*, à Metz, par un chimiste dont la modestie égale l'instruction, M. Langlois, pharmacien en chef de l'Hôtel des Invalides. Enfin, M. Chevallier, et bientôt après, mon excellent et savant ami, M. Caventou, constatèrent aussi la présence de l'arsenic dans les eaux de Bussang.

Depuis, l'arsenic a été trouvé dans les eaux de Soultzbach, de Soultzmalt, de Wattewillers, de Niederbronn (Haut et Bas-Rhin), par M. Chevallier; de Cayla (Aveyron), par M. O. Henry; de Villicelle (Hérault), par M. Audouard; de Martigné-Briant, par M. Ménière, d'Angers.

Ces résultats étaient déjà importants, mais ils ne pouvaient cependant conduire à aucune règle générale, à aucune loi hydro-minéralogique; il fallait, pour arriver à ce résultat, un travail d'ensemble d'autant plus difficile à effectuer, que les sources minérales de la France ne s'élèvent pas, à l'heure qu'il est, à moins de 860.

Deux hommes dont le zèle pour la science vous est bien connu, mes excellents amis et collaborateurs, MM. Chevallier et Gobley, entreprirent néanmoins une partie de ce vaste travail, et, dès le mois de mars 1848, ils communiquèrent à l'Académie de médecine leurs premiers résultats. Dans la situation où se trouvaient alors les esprits, ces résultats eurent nécessairement peu de retentissement, et vous-même, malgré votre inaltérable amour pour la science, vous les aurez sans doute laissé passer inaperçus. Permettez-moi donc de vous les rappeler, d'autant plus qu'ils confirment les savantes prévisions que vous exprimez dans votre beau travail.

Voici l'énumération des eaux sur lesquelles ont opéré MM. Chevallier et Gobley, et les résultats qu'ils ont obtenus :

Eaux minérales acidules froides.

Contrexeville et Châteldon. — Pas d'arsenic. Mais les expérimentateurs font observer qu'ils n'ont opéré que sur un litre.

Eaux ferrugineuses acidules froides.

Passy (Seine). Sources anciennes et nouvelles. — Pas d'arsenic.

Cransac. — Pas d'arsenic; mais les auteurs n'ont opéré que sur un litre, et M. Blondeau, professeur au collége de Rhodez, dit avoir constaté la présence de ce métal.

Pougues. — Les auteurs n'ont pas constaté l'arsenic dans un litre d'eau; mais nous venons de voir qu'il l'avait été par H. Bayard.

Forges (Seine-Inférieure). — Une grande quantité d'eau et de dépôt n'a pas fourni d'arsenic; on y a constaté des traces de cuivre.

Maréquerie (Seine-Inférieure). — Ni cuivre ni arsenic; mais la quantité sur laquelle on a opéré est très-faible.

Château-Thierry. — On n'a opéré que sur le dépôt, qui ne contenait pas d'arsenic, mais seulement des traces de cuivre.

Royat (Puy-de-Dôme). — Les dépôts et les produits d'évaporation artificielle de ces eaux ont donné en abondance des taches arsénicales.

Hermonville (Marne). — Les dépôts ont fourni des traces d'arsenic et de cuivre.

Coulommes (Marne). — Ces dépôts ne renferment ni cuivre ni arsenic.

Pargny, Jouy, Boursault et *Montigny.* — Les dépôts de ces eaux ne contiennent pas d'arsenic; ceux de Pargny seulement renferment des traces de cuivre.

Hauterive (Allier). — Le produit de l'évaporation d'un litre a donné des traces d'arsenic.

Martigné-Briant (Maine-et-Loire). — Le dépôt a fourni l'anneau arsénical.

Provins. — On y a constaté des traces notables d'arsenic. La quantité de matière sur laquelle on a agi n'était pas suffisante pour qu'on ait pu chercher le cuivre.

---

vertical, reposant sur la face postérieure du condyle interne du fémur et s'avançant, en les soulevant, entre les tendons des muscles jumeau interne et demi-membraneux. Chacun de ces kystes communiquait avec la synoviale articulaire par une fente transversale, à bords déchiquetés, existant sur la capsule fibreuse près de son insertion au fémur. Cette fente ne laissait affluer le liquide du kyste dans l'articulation que lors de la flexion, car, dans l'extension complète, la face postérieure du condyle, appliquée exactement sur la capsule, en obturait l'orifice. Or, si l'on dissèque avec soin le creux poplité, on voit qu'il existe constamment une large cavité séreuse ovoïde sous le tendon du muscle jumeau interne, séparant ce tendon de la capsule fibreuse du condyle et du tendon du demi-membraneux sous lequel elle s'avance un peu. Cette synoviale tendineuse, quoique bien développée dans le jeune âge, ne m'a pas paru communiquer avec l'articulation, mais chez certains sujets adultes, et chez presque tous les vieillards, j'ai rencontré un orifice de communication analogue à celui qui existait sur les pièces pathologiques.

En tenant compte du siége, de la forme, des rapports, on ne saurait douter que les kystes ne fussent dus à l'accumulation de sérosité dans l'intérieur de cette séreuse tendineuse normale. Il existe en outre, au côté externe de la face postérieure du genou, deux autres synoviales : l'une se trouve placée entre le tendon du muscle poplité et le cartilage semi-lunaire externe, c'est un prolongement de la synoviale du genou; l'autre existe entre le tendon du même muscle poplité et le ligament latéral externe; cette séreuse, allongée obliquement, est ordinairement distincte de la synoviale articulaire. — Il faut donc admettre une première variété de *kystes du jarret* qui sont dus à une hydropisie de la synoviale des tendons.

Sur une autre pièce, vous avez un kyste parfaitement arrondi, tenant à la capsule fibreuse du condyle externe par un petit pédicule non perforé. Ce kyste n'était réductible dans aucune position du membre. C'est là une deuxième variété de kystes du jarret; et si l'on considère que les follicules synoviaux existent vers l'insertion fémorale de la capsule des condyles, on sera porté à penser qu'ici s'applique bien l'application proposée par M. Gosselin pour certains kystes du poignet, à savoir : qu'ils sont dus à l'accumulation du liquide dans un des follicules synovipares. En outre, quand on se rappelle les nombreuses éraillures dont est criblé le ligament postérieur du genou, on comprend que, dans certains cas, il puisse y avoir une hernie de la synoviale à travers ces orifices. Enfin, le creux poplité étant abondamment pourvu de tissu cellulaire, peut présenter des kystes séreux complétement libres, de sorte que l'on doit reconnaître aux kystes du jarret quatre origines différentes, par contre, quatre variétés de ces kystes : 1° l'hydropisie des synoviales tendineuses, ce sera, si l'on veut, le ganglion du creux poplité; 2° la dilatation des follicules synovipares ou kyste folliculaire; 3° la hernie de la synoviale articulaire, ou kyste synovial proprement dit; 4° le kyste séreux libre, qui comprendrait

Amiens (source ferrugineuse de la Grande-Rue-du-Quai). — Ni cuivre, ni arsenic.

Candé (Vienne). — Pas d'arsenic ; traces de cuivre.

Eaux sulfureuses froides.

Enghien. — Pas d'arsenic ; on n'a agi que sur le dépôt d'un litre.

Eaux salines.

Vichy. — Les trois sources de l'hôpital, des Célestins et de la Grande-Grille renferment de l'arsenic ; les taches fournies par la source des Célestins étaient les plus nombreuses. Ces résultats ont été confirmés par M. Lassaigne, et, plus tard, par M. Bru, pharmacien à Vichy. Les concrétions calcaires prises à Vichy renfermaient également de l'arsenic.

Mont-Dore. — Des taches arsénicales ont été produites en traitant le produit de l'évaporation d'un seul litre d'eau.

Saint-Alban (Loire). — On n'a pu obtenir de taches en traitant le produit de l'évaporation de deux litres ; l'expérience a été faite deux fois.

Saint-Allyre (Puy-de-Dôme). — Pas de taches avec le produit de l'évaporation de six litres.

Jaude (Puy-de-Dôme). — Même résultat sur la même quantité ; mais le dépôt naturel a fourni des traces d'arsenic.

Saint-Mart. — Le produit de l'évaporation de six litres a donné de nombreuses taches ; le traitement du dépôt naturel a fourni l'anneau arsénical.

Balaruc. — Le résidu d'un litre n'a pas donné d'arsenic.

Saint-Amand. — Résultat négatif avec les eaux et avec les boues.

Plombières. — L'arsenic a été constaté sur un litre de l'eau qui se trouve dans le commerce. M. Caventou a trouvé ce métal dans l'eau de la source ferrugineuse qui existe à Plombières.

Bourbonne-les-Bains. — L'arsenic a été constaté dans les dépôts, dans les boues et dans le résidu de l'évaporation. On y a constaté aussi la présence du cuivre.

Eaux sulfureuses thermales.

Eaux-Bonnes, Cauterets et Barèges. — On n'a pas trouvé d'arsenic dans le produit d'évaporation d'un litre de chacune de ces eaux.

Bains (Vosges). — La présence de l'arsenic a été constatée dans le résidu de trente litres.

Les auteurs ont en outre analysé plusieurs eaux étrangères, celles de Spa, de Challes, de Seltz, de Hombourg, de Marienbad, de Fachingen, de Pullna, de Sedlitz, et n'y ont point trouvé d'arsenic ; mais ils font remarquer qu'ils n'ont opéré que sur de petites quantités ; or, le résidu d'un litre d'eau de Spa, par exemple, ne donne pas d'arsenic, tandis que les dépôts naturels des neuf sources de cette localité ont tous fourni le métal en quantité appréciable.

Beaucoup des résultats obtenus par les laborieux expérimentateurs sont donc à contrôler, comme ils s'empressent d'ailleurs de le reconnaître. Mais ces résultats, surtout ceux qui sont positifs, n'en sont pas moins très-dignes d'être connus, et vous me saurez gré, je n'en doute pas, de les avoir rapprochés de ceux si intéressants que vous venez de faire connaître. Au reste, les vôtres ne perdent rien de leur importance à être venus les derniers ; car vous êtes allé plus loin que tous vos prédécesseurs ; vous avez fait plus que de constater la présence de l'arsenic ; vous en avez déterminé la quantité, et vous avez indiqué presque avec certitude l'état sous lequel il se trouve. C'est là un progrès important qu'il faudra réaliser pour toutes les eaux avant de songer à tirer de semblables recherches des conclusions générales.

Il en est une toutefois que l'on peut tirer dès aujourd'hui, et elle n'a point échappé à votre esprit judicieux ; c'est celle que vous formulez en ces termes :

« On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles (les eaux du Mont-Dore) doivent leur puissante action sur l'économie animale. » Cette conclusion était la conséquence de cette remarque que vous aviez faite de prime abord : « Frappé de l'effet énergique de ces eaux sur l'économie animale, je ne pouvais croire qu'il fût dû uniquement aux traces de fer et à la petite quantité d'acide carbonique et de bicarbonate de soude qu'elles contiennent, lesquels sont associés, d'ailleurs, à d'autres matières qu'on retrouve presque partout, savoir : le sel marin, le sulfate de soude, les carbonates de chaux et de magnésie, et la silice. »

Ainsi donc, votre sagacité vous a fait rapporter à l'arsenic une action que vous ne pouviez attribuer ni au fer ni au carbonate de soude, et votre opinion se trouvera d'accord, sans aucun doute, avec celle de tous les médecins, qui connaissent depuis longtemps la puissante influence de l'arsenic.

---

deux espèces : le kyste primitivement et le kyste consécutivement libre. La réductibilité de certains kystes dans la flexion du genou, et leur irréductibilité dans l'extension indique qu'il faudra faire l'exploration dans ces deux positions du membre avant de se prononcer sur la communication avec l'articulation.

C'est surtout à l'étude des productions hétéromorphes que se sont appliqués vos efforts dans ces derniers temps. Ici encore, messieurs, permettez-moi d'être bref.

Cette tendance à la multiplicité que je vous signalais dans les tumeurs fibreuses est inhérente au cancer. Vous avez pu souvent vous convaincre, et les pièces de MM. Barth (1), Charrier (2), étaient remarquables sous ce rapport. Je ne vous mentionne que pour mémoire les nombreux cas de cancer de l'estomac à leurs diverses périodes d'évolution (3). Mais il est quelques pièces plus curieuses par leur rareté : ainsi, M. Parmentier vous a fait voir un cancer de la tête de l'humérus (4) qui, en peu de temps, avait acquis un développement énorme ; cette marche aiguë n'est pas ordinaire dans le véritable cancer des os.

Ce n'est pas le seul cas de cancer des os que vous ayez vu cette année. M. Barth a rencontré, chez un sujet de 27 ans, une très-belle pièce (5) qui vous montra la production hétéromorphe ayant envahi le corps d'une vertèbre lombaire, ne laissant qu'une lame antérieure qui soutenait la colonne vertébrale, puis ayant produit sur la crête iliaque une tumeur qui avait écarté les deux lames de l'os et offrait un aspect rayonné. Dans ce cas, le cancer était mou, gélatiniforme. Il était, au contraire, d'une dureté presque cartilagineuse chez le malade dont M. Genouville vous a donné l'observation (1), et chez lequel le sternum dans sa moitié inférieure, les cartilages costaux correspondants, la plèvre droite et le poumon lui-même avaient été envahis. Ce vaste désordre n'a paru surpassé que par une tumeur de la même région que vous a bien décrite M. Roussel, et qui présentait, dans son intérieur, un grand nombre de kystes dont la formation vous a semblé révéler l'existence d'anciens foyers sanguins (2).

C'est un intérêt d'un autre genre qui s'attache à la pièce de M. Gaujot (3). C'étaient les phalanges du gros orteil, l'extrémité supérieure du fémur, puis la voûte du crâne qui portaient les traces du ravage exercé par le cancer ; mais, de plus, le produit morbide n'avait pas respecté les sinus, et on le voyait s'avancer à travers le pressoir d'Hérophile dans les sinus latéraux et longitudinaux supérieurs. Vous avez trouvé, dans ce fait, un nouvel appui aux idées de M. Broca sur la pénétration du cancer dans les veines.

(1) P. 105. — (2) P. 38. — (3) P. 6, 90, 111, 227, 338.
(4) P. 36. — (5) P. 146.

(1) P. 139. — (2) P. 19. — (3) P. 24.

Or, à quelle dose de médicament attribuez-vous une pareille énergie? A *un milligramme* d'arséniate de soude par litre d'eau! Sans doute, ici encore, vous serez d'accord avec tous les médecins, tous, moins toutefois le docteur Tschudi et quelques marchands de canards, de chocolat et autres denrées plus ou moins scientifiques. Mais peut-être me demanderez-vous ce qu'est le docteur Tschudi et ce qu'est son canard? Le docteur Tschudi est, à ce qu'il paraît, un honorable praticien de Vienne; quant à son canard, je vais vous en donner un avant-goût en attendant qu'on vous le serve au banquet du palais Mazarin, où l'on vous en sert, hélas! bien d'autres; il est vrai que vous ne les digérez pas tous. H. DE CASTELNAU.

(*La suite au prochain numéro.*)

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60 et 64.)

CINQUIÈME LEÇON.

Propriétés des nerfs et des muscles (*suite*).

Après avoir établi que la sensibilité, suivant l'expression de Haller, était la propriété essentielle du tissu nerveux, et montré que les nerfs se divisaient en trois espèces : nerfs de sensibilité proprement dite, nerfs de mouvement et nerfs trophiques, nous avons donné une idée de leur structure. Nous devons aujourd'hui, comme nous l'avons fait pour le système musculaire, étudier leur mode d'action. On a voulu savoir quelle était la force particulière; quel était l'agent qui, par l'intermédiaire des nerfs, transmet du centre aux extrémités, et réciproquement, les incitations d'où résultent les sensations, les mouvements, les sécrétions, etc. Cet agent a été assimilé à l'électricité. On a pu croire que le centre nerveux était une sorte de pile électrique dont les nerfs étaient les fils conducteurs. Cette séduisante théorie n'a pas résisté à la méthode expérimentale; il a fallu renoncer à un système ingénieux, grâce auquel le problème avait paru un instant résolu pour toujours. Aujourd'hui, l'on n'admet plus que l'agent qui circule dans les nerfs soit le fluide électrique. En effet, si l'on cherche à déterminer la vitesse de transmission des sensations, on voit que cette vitesse ne peut être comparée à celle de l'électricité. Par exemple, si l'on excite un nerf mis à nu sur un animal vivant, en même temps qu'on dirige un courant électrique sur une aiguille aimantée, on voit se mouvoir l'aiguille instantanément, tandis qu'il s'écoule un certain temps avant que la sensation soit perçue par l'animal et accusée par un mouvement du membre. On a pu mesurer l'action directe et l'action réflexe dans les nerfs, suivant qu'on excitait leur bout supérieur ou leur bout inférieur.

Voici quelques chiffres qui montreront combien l'électricité diffère du fluide nerveux :

Le courant nerveux, chez une grenouille, parcourt seulement 15 à 20 mètres par seconde, ce qui est une vitesse infiniment petite, comparativement à la rapidité de l'électricité ou de la lumière.

La vitesse du courant diffère peu dans les nerfs de mouvement et dans les nerfs de sentiment; mais on trouve une différence très-grande, une infériorité marquée, dans les nerfs du grand sympathique, lesquels agissent, comparativement aux précédents, avec une extrême lenteur.

Ce sont là les résultats d'expériences faites, il est vrai, sur des grenouilles, c'est-à-dire sur des animaux relativement inférieurs; mais on a pu expérimenter de même sur des animaux plus élevés et qui se rapprochent davantage de l'homme. Sur des chiens, par exemple, on trouve que, dans une seconde, le fluide nerveux parcourt 50 à 60 mètres, tandis qu'il ne parcourt que 15 à 20 mètres chez la grenouille. Cette rapidité paraît donc être en rapport direct avec le degré d'élévation dans l'échelle des animaux.

Quoi qu'il en soit de ces différences, il est certain que, dans les nerfs, réside une propriété spéciale qui se transmet avec une vitesse facilement appréciable et qui paraît très-lente, si on la compare à celle de l'électricité et de la lumière.

La vitesse avec laquelle se fait la propagation du fluide nerveux est donc peu considérable; ce premier point est établi. En outre, le courant nerveux se meut dans deux directions différentes; il y a un courant *centripète* et un courant *centrifuge*. En un mot, il y a des nerfs qui portent leur action du centre à la périphérie, tandis que d'autres agissent de la périphérie au centre; les nerfs centripètes président aux sensations, et les nerfs centrifuges aux mouvements.

Or, les nerfs de mouvement perdent leur propriété de la circonférence au centre, tandis que les nerfs de sentiment perdent leur propriété du centre à la circonférence. Par exemple, si l'on soumet un animal à certaines influences, telles que l'action de la chaleur et du froid, ou de quelques substances, telles que le chloroforme, l'éther, on voit que les nerfs perdent leurs propriétés dans un ordre différent, suivant qu'ils sont nerfs de mouvement ou nerfs de sensibilité.

Pour les nerfs de sentiment, l'action de ces agents se manifeste d'abord à la périphérie et s'étend de proche en proche jusqu'au centre, c'est-à-dire jusqu'à la moelle épinière, ou au cerveau.

Les nerfs de mouvement perdent, au contraire, leur propriété du centre à la périphérie; ainsi, ils peuvent être frappés de mort

---

Parmi les productions parasitaires, les kystes hydatiques du foie ont rempli leur rôle accoutumé, et vous avez remarqué deux kystes hydatiques du bassin, et dont l'un, que vous devez à M. Pise (1), occupait la paroi postérieure de la vessie. Une production d'un autre genre, que vous êtes moins habitués à rencontrer, vous a été montrée par M. Leudet (2). Notre collègue a inséré dans vos Bulletins l'observation complète d'un malade dont le cerveau contenait, répandus dans divers points, dix-sept petits kystes enveloppant un corps membraniforme plissé sur lui-même, dans lequel on reconnaissait parfaitement la vésicule caudale et céphalique d'un cysticerque, ainsi que la couronne de crochets qui toutefois n'était pas intacte. Les muscles des membres contenaient ce même parasite.

Je finirais là cette énumération, si je n'avais omis, et à dessein, de vous parler du cas de cancroïde des lèvres que vous a présenté M. Laboulbène (3), et dont les diverses particularités ont été interprétées par M. Broca (4) dans un Rapport qu'il vous a lu.

Le malade de M. Laboulbène, dont la lésion était fort étendue à la face, avait offert un engorgement ganglionaire sous-maxillaire. Il a fourni à M. Broca l'occasion de vous faire connaître le résultat de ses recherches sur les adénopathies épithéliales. Les adversaires des idées nouvelles, forcés d'admettre enfin la distinction histologique établie ici entre le cancroïde et le cancer, ont tiré grand parti de ces engorgements ganglionaires qui quelquefois accompagnent la production épithéliale. Les ganglions ont été le dernier rempart derrière lequel ils se sont retranchés pour soutenir encore l'identité des deux affections. Messieurs, il ne faudrait pas, en rejetant des faits qui réellement s'observent, donner un semblant de raison à ces conclusions. L'engorgement ganglionaire qui accompagne si souvent le cancer se montre aussi, quoique plus rarement, dans les tumeurs épithéliales, mais il y a toujours entre les deux lésions cette différence capitale que si le cancroïde envahit, détruit les parties voisines comme le cancer, il ne produit jamais la maladie générale, l'infection qui entraîne la formation des dépôts morbides dans des points éloignés de l'économie. Du reste, ici comme dans le vrai cancer, l'adénopathie revêt deux formes : l'une dans laquelle le ganglion est le siége d'une inflammation simple, et l'autre dans laquelle un véritable dépôt du produit accidentel se fait dans le ganglion. Cette distinction n'avait pas échappé aux chirurgiens, et Desault, Lisfranc, y avaient particulièrement insisté. Mais alors on confondait pseudo-cancer et cancer. Malheureusement, ces deux formes ne revêtent pas des caractères différentiels tels qu'on puisse les distinguer sûrement l'une de l'autre; et, croire que l'adénopathie qui accompagne le cancroïde sera toujours purement inflammatoire, ce serait aller contre la réalité de faits assez nombreux, puisque M. Broca seul en a recueilli une quinzaine depuis quelques années.

(1) P. 76. — (2) P. 91. — (3) P. 373. — (4) P. 379.

à leur origine, en un point rapproché du centre nerveux, tandis que, si on les excite à leur extrémité terminale, ils agissent encore.

Il existe donc deux courants marchant en sens inverse : l'un centripète, l'autre centrifuge, et correspondant à deux ordres de nerfs ; mais il n'y a point antagonisme entre eux, et, dans la vie, ils se prêtent un mutuel appui ; ils s'unissent dans le centre nerveux, pour donner naissance à des phénomènes successifs de sensibilité et de mouvement. On ne saurait concevoir, en effet, une sensation sans mouvement, ni un mouvement sans sensation, ces deux phénomènes jouant constamment, vis-à-vis l'un de l'autre, le rôle de cause à effet. Depuis très-longtemps, on a observé que, si l'on irrite un nerf de mouvement, il se produit une contraction musculaire ; mais qu'il en est de même, si l'on irrite un nerf de sentiment, c'est-à-dire qu'une excitation, portée sur un nerf de sentiment, vient réagir sur les muscles ; c'est là ce qu'on a appelé mouvement réflexe. On distingue donc deux mouvements : l'un, direct, qui a lieu quand on agit sur un nerf de mouvement ; l'autre, réflexe, qui se produit si l'on agit sur un nerf de sensibilité.

Ce mouvement réflexe peut être volontaire, mais il ne l'est pas nécessairement, car il se produit même chez les animaux qu'on a privés de la spontanéité ; c'est ce que démontre l'expérience que je vais exécuter devant vous.

(Le professeur prend une grenouille vivante ; si, au moment où l'animal est immobile, on vient à le toucher, il se soustrait immédiatement à ce contact par des mouvements volontaires. On prend cette même grenouille et on lui coupe la tête ; l'animal reste alors dans l'immobilité la plus complète, sans cesser cependant de se maintenir en équilibre, si on vient alors à l'exciter en le touchant avec des pinces, il se meut, mais sans but et sans direction déterminée.)

Vous voyez, messieurs, que ces mouvements réflexes peuvent avoir lieu indépendamment de la volonté.

Si nous portons notre attention sur nous-mêmes, nous voyons qu'il y a des mouvements qui sont soumis à l'influence de notre volonté, mais qu'il y en a d'autres que nous ne pouvons ni produire ni empêcher : tels sont les mouvements du cœur, des intestins, qui ont lieu par suite d'actions réflexes, analogues à celle que vous venez de voir se produire sur cet animal.

Si l'on vient à couper le nerf de sentiment, on peut impunément exciter son extrémité terminale, il ne se produit plus d'action réflexe, et par conséquent de mouvement ; si au contraire on excite le bout centripète, des mouvements musculaires ne tardent pas à montrer que la sensation a été perçue.

On a pu mesurer la différence de vitesse qui existe entre les actions directes et les actions réflexes, et l'on a constaté qu'elle était double pour les actions directes ; ainsi la vitesse de l'action réflexe sera de 7 à 10 mètres par seconde, celle de l'action directe étant de 15 à 20 mètres dans le même temps, ce qui démontre clairement, d'abord qu'il y a deux courants, et ensuite que leur vitesse est la même.

Nous avons démontré que les actions réflexes pouvaient se produire sans l'intervention de la volonté ; cela se voit, même dans l'espèce humaine, dans les muscles de la vie de relation ; ainsi dans certains désordres, dans certains troubles fonctionnels d'où résultent des convulsions, les membres se meuvent malgré la volonté ; l'individu n'est plus maître de ses mouvements.

Ces mouvements convulsifs, que la volonté est impuissante à réprimer, on peut les déterminer par la strychnine. Or cette substance agit sur les nerfs de sentiment seulement ; son action sur les mouvements est donc une action réflexe ; on peut empêcher, dans ce cas les convulsions de se produire, en coupant les nerfs de mouvement, et l'on obtient le même résultat si l'on coupe les nerfs de sentiment ; c'est ainsi que l'on démontre qu'il y a là une action réflexe.

Quant aux points où se fait la communication entre les nerfs de sentiment et ceux de mouvement, il est situé dans les centres nerveux, et ce paraît être au niveau même des corpuscules auxquels aboutissent, ainsi que nous l'avons vu, plusieurs tubes nerveux. Tels sont les différents modes d'action des nerfs que nous nous sommes contenté d'indiquer aujourd'hui, nous réservant de les étudier plus longuement dans notre prochaine Leçon.

MATIÈRE MÉDICALE. — PHARMACOLOGIE.

De la préparation du sirop de feuilles de noyer.

Un pharmacien distingué, M. Lhermite, conseille la formule suivante, comme donnant les meilleurs résultats dans la préparation du sirop de feuilles de noyer :

Feuilles fraîches de noyer, q. s.

Pilez les feuilles et exprimez-les. Pilez le résidu avec le quart de son poids d'eau, et exprimez de nouveau. Mêlez les liqueurs et chauffez-les pour coaguler l'albumine ; laissez refroidir et filtrez. Prenez :

Liqueur filtrée, q. v.;
Sucre, q. s.

Faites fondre au bain-marie ; laissez refroidir et passez.

Ce sirop est très-aromatique et nullement comparable au sirop de feuilles de noyer préparé avec l'extrait ou bien avec les feuilles sèches.

M. Lhermite ajoute que, pour obtenir le brou de noix des

Il faut donc se hâter de proclamer l'existence de l'adénopathie épithéliale, et notre collègue vous en a donné les caractères histologiques. Pour lui, il y a lieu de reconnaître deux formes, ou plutôt deux degrés dans l'engorgement épithélial :

Dans le premier degré, le ganglion épithélial, jeune encore, du volume d'une petite noisette, arrondi, régulier, ferme, a une coloration d'un gris jaunâtre. A la coupe on voit, au sein d'un tissu grisâtre demi-transparent, des petits dépôts d'un jaune plus ou moins opaque, friables, faciles à détacher, et dans lesquels le microscope démontre la présence de larges lamelles épithéliales. Ces lamelles sont libres et possèdent un petit noyau pourvu d'un nucléole et sont susceptibles d'offrir les modifications de forme et de volume propres aux éléments épithéliaux.

Cependant le ganglion peut être plus volumineux, moins ferme, plus friable, d'une teinte jaunâtre dans toute son étendue ; c'est le 2e degré, et alors le microscope fait voir que toute la masse est épithéliale ; les cellules sont plus larges, irrégulières, souvent sans nucléole, et se trouvent mêlées à un élément caractéristique, *les globes épidermiques*. Ces masses arrondies, volumineuses, entrevues, mais mal interprétées par M. Mayor, sont formées, suivant M. Lebert, par l'accumulation de larges écailles d'épiderme enroulées concentriquement les unes aux autres. La partie centrale, sphérique, assez transparente, représente une sorte de noyau. L'imbrication des écailles n'est toutefois saisissable que dans certaines circonstances. — Les deux degrés ne se distinguent donc l'un de l'autre que par l'envahissement plus ou moins complet du ganglion par la matière épithéliale.

Passant du domaine des faits observables dans le champ des interprétations, M. Broca s'est demandé par quel mécanisme s'opère cet engorgement spécifique des ganglions : ou bien les vaisseaux lymphatiques de la partie malade absorbent un blastème liquide qui, introduit dans le système lymphatique, donne naissance aux éléments du cancroïde, ou bien les cellules épithéliales s'introduisent en nature dans les lymphatiques, dont elles ont perforé les parois, et s'arrêtent mécaniquement dans le ganglion. Vous devinez, messieurs, que M. Broca, qui a pensé que ce dernier mode de propagation avait lieu dans le développement des cancers successifs des ganglions, a dû être porté par analogie à l'admettre pour l'adénopathie épithéliale.

Ici s'arrête l'analyse que j'avais à vous présenter, messieurs, mes appréhensions redoublent. Vous allez juger ce travail si imparfait. Veuillez oublier, à ce moment, ceux du même genre que vous avez entendus ces années passées. Veuillez croire que j'ai fait tous mes efforts pour que vous n'ayez pas trop à regretter de m'avoir conféré un honneur auquel je n'aurais jamais cru pouvoir prétendre, et dont, en tous cas, je dois vous remercier ici.

confiseurs, il suffit d'ajouter à ce sirop une quantité suffisante d'eau-de-vie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Juin 1854. — Présidence de M. Combes.

Des corps étrangers articulaires en général et de ceux de l'articulation du genou en particulier.

M. Jobert (de Lamballe) lit sous ce titre le résumé d'un volumineux Mémoire dont voici les conclusions :

Je terminerai mon travail sur les corps étrangers articulaires par un résumé qui donnera, je l'espère, une idée de l'ensemble de ce Mémoire. De ce qui précède, les conclusions suivantes me paraissent naturellement découler :

Toutes les articulations peuvent être le siége de corps étrangers développés en dehors ou en dedans de l'articulation.

Les corps étrangers sont mobiles ou adhérents, avec ou sans pédicule.

Les corps étrangers articulaires sont tous organisés.

Les corps étrangers articulaires peuvent avoir la consistance demi-solide, solide, fibreuse, fibro-cartilagineuse, ostéo-fibreuse.

Les corps étrangers nous paraissent passer successivement par ces diverses périodes, et, par conséquent, ils présentent des degrés de consistance différents, suivant l'époque à laquelle on les examine et la durée de leur séjour dans la cavité articulaire ou en dehors d'elle.

Les corps étrangers peuvent cependant passer subitement de l'état albumineux à l'état de cartilage, et cette période peut durer un temps variable, avant de se revêtir de matière terreuse.

Les corps étrangers qui sont formés par du sang passent constamment par les diverses phases dont il a été question plus haut, c'est-à-dire qu'ils sont demi-solides, puis charnus, puis fibreux, puis fibro-cartilagineux, et enfin osseux.

Tous ces états morbides suivent des lois régulières, et tous ces produits peuvent ainsi se résumer en corps primitivement albumineux ou sanguins.

La force qui préside au développement de ces corps étrangers est analogue au principe régulier embryonaire ; l'on peut comparer par conséquent la loi de formation des organes.

Je ne peux admettre une autre origine aux corps étrangers, car s'ils tiraient leur source d'une portion de cartilage ou d'os séparée des surfaces articulaires, comme on l'a cru, on verrait surgir des accidents dépendants de la présence de ces fragments osseux ou cartilagineux.

Le nombre des corps étrangers est variable, ainsi que leur volume. Les corps étrangers uniques offrent plus de volume que ceux qui sont multiples. M. Velpeau en a vu un qui pouvait avoir le volume d'un marron, et celui que j'ai extrait de l'articulation du genou avait les dimensions d'une petite rotule.

Tous les corps étrangers ont le même élément organique, le même canevas, c'est-à-dire une substance albumineuse ou fibrineuse.

Cette substance organisée est plus ou moins abondante, et elle est par conséquent rarement la même en quantité ; tout dépend du volume de la fibrine (albumine) ou du caillot.

Les corps étrangers offrent de grandes variétés dans leur forme, qui est en général en rapport avec la région dans laquelle ils se sont développés.

Leur volume dépend aussi du degré de liberté qu'ils ont dans l'articulation et de la compression qui est exercée sur eux.

Le corps étranger prend la forme des saillies et des cavités contre lesquelles il se trouve placé. C'est pendant que le corps étranger offre un certain degré de mollesse, que les saillies et les cavités articulaires s'impriment à sa surface.

Les corps étrangers ont une double origine par conséquent, le sang et les fausses membranes (fibrine).

Le sang donne presque toujours naissance aux corps étrangers, soit que déposé à l'intérieur de l'articulation, soit que déposé à l'extérieur de la capsule, il y subisse différentes métamorphoses.

Les fausses membranes intra-articulaires sont presque toujours l'origine des corps étrangers libres qui s'incrustent de substances salines contenues dans la synovie.

Les corps étrangers libres reçoivent les sels de la synovie autour d'eux, où ils forment par conséquent des couches concentriques comme dans les calculs vésicaux.

Les corps étrangers ne sont pas douloureux par eux-mêmes, à moins qu'ils ne contiennent quelques filets nerveux dans leur enveloppe.

Les corps étrangers entretiennent constamment un engorgement articulaire et une hydarthrose qui s'accroît par moments sous l'influence d'un excès d'irritation survenue brusquement.

Les corps étrangers ont été pris, par des hommes distingués et des chirurgiens de renom, pour des déplacements de la rotule ; des hommes éminents dans la science, MM. Rayer, Bouillaud, Bégin, doivent se rappeler que j'ai eu l'occasion d'opérer une jeune et intéressante Anglaise qui, plusieurs fois, avait éprouvé tous les accidents violents d'un déplacement d'un corps étranger du genou. Ces médecins, justement estimés, doivent avoir présente à la mémoire la narration des symptômes éprouvés par notre jeune malade, et des accidents qu'elle énumérait d'une manière si remarquable. En Angleterre, un chirurgien célèbre, regardant ces accidents comme produits par un déplacement de la rotule, avait fait entourer le genou d'une sorte de cuirasse de fer.

Les corps étrangers articulaires ont souvent été regardés comme n'étant que des indurations déterminées et entretenues par l'hydarthrose ; c'est confondre l'effet avec la cause.

Une ou plusieurs de ces indurations ne sont autre chose que des corps étrangers à pédicule étroit, ou même sans pédicule, et comme ils sont encore trop peu avancés pour être flottants dans l'articulation, on a cru à tort, devoir les dénommer sous le nom d'indurations ; ces indurations ne sont autre chose que des corps étrangers extra-capsulaires, qui entretiennent l'hydarthrose par l'excitation continuelle qu'ils produisent dans la membrane synoviale. Cela est si vrai, que leur destruction amène la résolution de l'engorgement et la disparition de l'hydropisie. MM. Rayer, Bouillaud, Bégin, Andral, etc., ont été témoins de pareils résultats.

Les corps étrangers font constamment des progrès, et ils ne se bornent pas à agir sur la membrane synoviale, mais encore ils sont fréquemment l'origine d'inflammations aiguës, de tumeurs blanches, de suppuration et de perforations des surfaces articulaires.

Les corps étrangers sont la cause de chutes subites et de violents troubles nerveux, pris pour des accès hystériformes, etc.

Les commémoratifs, les accidents, l'examen de l'articulation suffisent ordinairement pour poser un diagnostic sûr et arriver à la découverte d'un corps étranger.

Le traitement médical n'est que palliatif.

Le traitement chirurgical peut débarrasser les malades de la présence des corps étrangers.

Les différents moyens de compression soulagent quelquefois, mais ne parviennent jamais à mettre à l'abri des accidents les malades qui sont porteurs de corps étrangers articulaires.

Nous avons vu que la compression exercée sur l'articulation de lady L... n'avait fait qu'aplatir le corps étranger, sans prévenir les chutes et les douleurs qu'il avait déterminées.

Des compressions régulièrement exercées avec des pelotes, et directement appliquées sur les corps étrangers, n'avaient produit que l'affaissement de la tumeur et son aplatissement ; bien plus, je dirai que cette compression, exercée avec un compresseur habilement exécuté par M. Charrière, n'est parvenu qu'à diminuer la hauteur du corps étranger, qui s'est accru en largeur. Cette compression avait été cependant exécutée avec une constance admirable, par une malade très-patiente que j'ai été obligé d'opérer.

La *fixité* du corps étranger n'empêche ni son développement ni les accidents qui signalent habituellement sa présence.

L'extraction et la destruction du corps étranger peuvent seules débarrasser le malade de son infirmité.

L'extraction est le procédé le plus ancien, et c'est celui qui a d'abord dû se présenter à l'esprit du chirurgien. Toutefois, on n'a pas manqué d'observer les écueils qui entouraient cette opération, et les accidents qui la suivaient. C'est pour cela qu'on a senti la nécessité de la modifier, et d'en changer, pour ainsi dire, l'exécution à diverses époques. Trois périodes signalent, en effet, les progrès de la science : dans une première, on incise la capsule sur le corps étranger sans règle, et sans s'occuper de ce qui peut en résulter. Dans une seconde période, on fait effort pour éviter le contact de l'air sur l'intérieur de l'articulation, au moyen d'un pli fait à la peau. Enfin, dans une troisième période, on comprend encore mieux la nécessité d'éviter l'action de l'air sur la membrane synoviale, et dès lors on songe à ouvrir l'articulation, à déplacer le corps étranger, et à le nicher dans une autre cavité creusée dans les environs de l'articulation.

Le premier mode d'opérer est entièrement empirique, et le second est déjà fondé sur des remarques judicieuses, relatives à l'action de l'air sur l'articulation, et enfin la troisième modification, qui découle du deuxième procédé opératoire, établit en principe la nécessité de prévenir tout accès de l'air sur la synoviale, et c'est là-dessus qu'est basé le procédé de M. Goyrand et celui qui m'est propre. L'art ici veut donc retirer le corps étranger de la place qu'il occupe, pour le placer dans la profondeur des tissus, sans que l'articulation soit émue par l'air ambiant.

Je ne retire définitivement le corps étranger que lorsque je présume que la plaie faite à la capsule est fermée. Je laisse par conséquent un temps assez long entre la sortie du corps étranger de l'articulation et son extraction définitive.

Les accidents à redouter après l'extraction du corps étranger sont d'autant plus réels, que la plaie tégumentaire est plus voisine de l'articulation, qu'elle est plus directe, et que la pénétration de l'air est plus facile ;

L'inflammation est d'autant plus à craindre que les plaies articulaire et tégumentaire sont plus larges.

La méthode sous-cutanée, dans l'extraction des corps étrangers, ne met pas les malades complétement à l'abri des accidents, surtout si on ne combine pas bien l'extraction définitive du corps étranger avec la cicatrisation de la plaie de l'articulation.

Aucun accident ne me paraît à craindre lorsque la plaie articulaire est fermée au moment où le corps étranger est retiré de son nouveau domicile.

Les tentatives d'extraction peuvent, par les efforts qu'elles nécessitent, déterminer des accidents redoutables, et il est indispensable, pour les éviter, de faire une ouverture extérieure assez large pour le retirer sans efforts.

La suture entortillée et la compression latérale deviennent indispensables pour obtenir l'agglutination des parois de la cavité accidentelle dans laquelle le corps étranger a été placé avant son extraction définitive.

Tous les corps étrangers peuvent être détruits par l'action du bistouri porté sur eux en différents sens, et de manière à les réduire en parcelles et en petits morceaux.

Cette opération, que j'appelle *broiement*, peut être exécutée lorsque le corps étranger est, avec ou sans pédicule, libre dans l'articulation ou adhérent.

Le broiement s'exécute avec un long bistouri à lame longue et étroite.

Le bistouri doit être plongé à 3 ou 4 pouces de l'articulation, afin d'atteindre le corps étranger qu'il broie sur place en différents sens lorsqu'il est sans pédicule.

Les corps durs ostéo-cartilagineux et mobiles doivent être retirés de l'articulation par une incision faite préalablement à celle-ci ; et ce n'est que plus tard, et après l'avoir fixé en dehors de la capsule, à l'aide de l'instrument que je désigne sous le nom de *trident*, que le broiement doit être opéré par une nouvelle piqûre faite aux parties molles.

Le trident est introduit, au travers des tissus, par un mouvement de vrille exécuté avec les doigts, jusqu'à ce qu'il atteigne le corps étranger qui se trouve alors traversé par lui ou entamé et comprimé contre les parties sous-jacentes.

Le broiement est suivi d'une tuméfaction produite par de la synovie, du sang et de la sérosité.

Le corps étranger broyé, fibreux, cartilagineux, ou ostéo-cartilagineux, se résorbe inévitablement ; c'est ce qu'une de nos observations démontre d'une manière péremptoire.

Le corps étranger broyé et abandonné aux forces absorbantes, finit par disparaître en un temps plus ou moins long : deux mois, cinq mois, huit mois.

On peut établir en règle, et sous forme de loi, la disparition constante du corps étranger, quelle que soit sa consistance, pourvu que, désorganisé, il soit changé de lieu ; ce déplacement est surtout important lorsqu'il s'agit d'un corps étranger intra-articulaire, afin d'éviter la déposition des sels contenus dans la synovie.

Frayères artificielles du parc de Maintenon.

M. Coste lit la Note suivante :

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat d'une expérience dont l'application en grand concourra au repeuplement des eaux dans une proportion non moins considérable que la fécondation artificielle, et qui permettra de réserver cette dernière pour les espèces dont les œufs ne s'attachent pas à des corps étrangers, telles que la truite, le saumon, l'ombre chevalier, etc., etc.

Cette expérience, faite dans le parc de Maintenon, sous les auspices de M. le duc de Noailles et de M. le duc d'Ayen, par les soins de M. le docteur Lamy, consiste à déterminer, au moyen d'un artifice, tous les poissons d'un étang ou d'un cours d'eau, à venir déposer leur frai dans des lieux qu'on leur assigne, et d'où on entraîne ensuite ce frai dans des réservoirs, où on le met à l'abri de toute cause de destruction.

Je veux parler de ces frayères artificielles dont il semble que l'on doive faire remonter l'origine aux Chinois. On sait, en effet, comme je l'ai indiqué ailleurs, que, de temps immémorial, ce peuple a coutume de couvrir tous les ans, dans une étendue de plusieurs lieues, ses fleuves avec des nattes sur lesquelles il recueille la semence pour la transporter dans les eaux de l'intérieur.

M. le docteur Lamy, par une de ces initiatives qui ouvrent une voie féconde, vient de nous mettre en mesure d'apprécier tous les services que l'industrie doit attendre de l'emploi d'une pareille méthode. Il a fixé à des claies des bouquets de menu bois placés à côté les uns des autres, de manière à former des massifs flexibles, destinés à remplacer les herbes aquatiques sur lesquelles les poissons frayent naturellement ; herbes aquatiques qu'il faut avoir la précaution de supprimer a l'époque des pontes.

Ces massifs flottants, retenus fixes et immergés à l'aide d'un lest, n'ont pas tardé à être chargés des œufs que les femelles sont venues déposer dans le menu branchage, et que les mâles ont arrosés de leur laitance.

Plusieurs millions d'œufs de perche et de gardon ont déjà été obtenus de la sorte ; des millions de jeunes en sont sortis et quittent, à l'heure qu'il est, le parc de Maintenon pour se répandre dans les eaux de l'Eure.

On attend, en ce moment, la ponte d'autres espèces, et particulièrement de la carpe, et, dès qu'elle aura lieu, je ferai en sorte qu'une de ces frayères chargée de semence soit mise sous les yeux de l'Académie. Je dirai alors comment je conçois qu'on puisse étendre l'application de cette méthode à la reproduction, non seulement du poisson marin, mais encore à beaucoup d'autres animaux comestibles qui habitent les eaux salées. Je traiterai aussi la question de savoir si, chez les poissons osseux ovipares, la maturation des œufs est simultanée ou successive.

Analyse des eaux minérales du Mont-Doré.

M. Thénard donne lecture du Mémoire suivant :

L'année dernière, au mois de juillet, étant allé prendre les eaux du Mont-Dore, je me proposai d'en refaire l'analyse pour employer mes loisirs, et surtout d'en rechercher la partie active.

Frappé de l'effet énergique de ces eaux sur l'économie animale, je ne pouvais croire qu'il fût dû uniquement aux traces de fer et à la petite quantité d'acide carbonique et de bicarbonate de soude qu'elles contiennent, lesquels sont associés, d'ailleurs, à d'autres matières qu'on retrouve presque partout, savoir : le sel marin, le sulfate de soude, les carbonates de chaux et de magnésie, et la silice.

Je fis part de mon intention au vénérable docteur Bertrand, inspecteur des eaux, qui a rendu de si éminents services à l'établissement, et s'est acquis un nom européen en médecine.

J'en fis part également au docteur Bertrand, son fils et son si digne adjoint.

Tous deux voulurent bien approuver mon projet et donner les ordres nécessaires pour en rendre l'exécution plus facile.

M. le docteur Bertrand fils, qui est en même temps professeur de chimie et directeur de l'École de médecine de Clermont, m'entendant dire que je soupçonnais l'existence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, m'apprit alors que, déjà, il en avait trouvé dans les dépôts ferrugineux et naturels que forment les eaux avant d'être prises en boisson ou administrées en bain, et que ce fait se trouvait consigné dans le Rapport qu'il avait adressé, en 1852, à l'Académie de médecine.

Il devenait donc bien probable que l'arsenic faisait partie des eaux minérales elles-mêmes.

Mais d'abord y existait-il réellement ? à quel état y était-il ? et combien les eaux en contenaient-elles ? Ce sont les trois questions que je me suis appliqué à résoudre.

A cet effet, je fis évaporer, dans une grande bassine d'argent, que M. Aubergier, de Clermont, voulut bien mettre à ma disposition, 38 litres un quart de l'eau de la *source de la Magdeleine*, qui est celle que l'on boit. Je les réduisis à 765 centimètres cubes, y compris le dépôt qui se fit et qui fut recueilli avec le plus grand soin. J'emportai le tout avec moi au laboratoire de mon fils, à Talmay, où les expériences furent faites au mois d'août.

Le dépôt se composait d'acide carbonique, de chaux, de magnésie, de silice et d'une quantité très-minime d'oxyde de fer. Traité convenablement, on en a extrait aussi des traces d'arsenic.

Quant à la liqueur, elle ne contenait que des sels à base de soude, carbonate, sulfate et sel marin (1) ; mais, au moyen de l'appareil de Marsh, on pouvait en retirer en même temps assez d'arsenic pour recouvrir promptement, de taches métalliques, plusieurs capsules de porcelaine.

L'expérience se fait si facilement que, pour démontrer la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, il suffirait même d'en prendre 2 litres, de les réduire à 4 à 5 centilitres, et de les éprouver, à la manière ordinaire, par le zinc et l'acide sulfurique.

Si l'on demande maintenant à quel état est l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore, il sera facile de voir qu'il doit s'y trouver à l'état d'acide, uni avec la soude, puisqu'il fait partie de la liqueur que l'on obtient en réduisant l'eau minérale à près du quarantième de son volume, et que cette liqueur ne renferme que des sels de soude.

Tout me porte à croire que le sel arsenical est un arséniate et non un arsénite. Il provient peut-être de l'action du carbonate de soude sur l'arséniate de fer. Ce qui donne quelque probabilité à cette hypothèse, c'est qu'on trouve dans les réservoirs où séjournent les eaux un dépôt rouge qui contient de l'oxyde de fer arséniaté.

(1) Et un peu de silice et même d'alumine.

Maintenant, combien l'eau du Mont-Dore contient-elle d'arsenic, et, par suite, d'arséniate de soude?

Pour cette détermination, on fit passer l'arsenic à l'état d'hydrogène arséniqué, lequel fut décomposé complétement par la chaleur, dans un petit tube de verre. Le verre fut ensuite séché, pesé exactement, puis séparé de l'arsenic par l'acide nitrique, et enfin lavé, séché et pesé de nouveau. La différence de poids donna la quantité d'arsenic.

Quoique cet appareil soit bien connu, je pense qu'il n'est pas inutile de décrire l'expérience avec soin.

Dans un petit flacon à deux tubulures, on mit de l'eau, de manière à remplir le flacon aux deux tiers, et du zinc distillé et grenaillé.

A l'une des tubulures, on adapta un tube droit qui plongeait au fond du liquide, et dont la partie inférieure, légèrement effilée, était recourbée pour empêcher les bulles de s'y introduire.

A l'autre tubulure, on adapta un petit tube recourbé à angle droit, qui se rendait dans un tube de verre horizontal, où se trouvait d'abord un peu de coton pour retenir les gouttelettes qui auraient pu être entraînées, puis des fragments de chlorure de calcium pour dessécher les gaz.

Ce tube horizontal communiquait avec un second tube, également horizontal, long, étroit et placé, dans sa première moitié, sur une grille au-dessus d'un fourneau; il était entouré de glace dans sa dernière moitié, et terminé en pointe à son extrémité. Une feuille de clinquant protégeait la partie chauffée contre l'ardeur du feu.

L'appareil étant ainsi disposé, on commença par verser peu à peu de l'acide sulfurique dans le flacon à deux tubulures par le tube droit, au moyen d'un petit entonnoir mobile. Quand les vases furent pleins de gaz hydrogène, on chauffa le second tube horizontal jusqu'au rouge naissant, et l'on s'assura que, dans cet état, il ne se déposait rien dans la partie du tube refroidi, et qu'en allumant le gaz à l'extrémité du tube, il ne produisait aucune tache sur une capsule de porcelaine, précautions nécessaires pour reconnaître que ni l'acide sulfurique ni le zinc ne contient d'arsenic.

Ceci fait, on versa peu à peu la liqueur à analyser dans le flacon tubulé, au moyen du tube droit surmonté du petit entonnoir; et de temps en temps aussi, pour soutenir l'action, on versa de l'acide sulfurique. On était guidé par le dégagement de gaz qui ne doit pas être rapide, et que l'on apprécie facilement en allumant quelquefois le jet gazeux d'hydrogène à l'extrémité de l'appareil. S'il arrivait que des bulles parvinssent à se dégager par le tube droit, quoique effilé et recourbé à sa partie inférieure, il faudrait en fermer la partie supérieure avec un petit bouchon de liége.

Bientôt on vit l'arsenic se déposer dans la partie du tube refroidie; il y forma une couche métallique très-brillante; il n'en passa pas de traces au delà; aussi le gaz hydrogène qu'on enflammait ne tachait-il pas les capsules de porcelaine avec lesquelles on le mettait en contact.

L'expérience fut continuée assez longtemps pour être certain que tout l'arsenic avait été enlevé.

Lorsqu'on jugea qu'elle était terminée (ce qu'il est facile de reconnaître, en ce que le jet de gaz enflammé ne fait plus de taches sur la porcelaine et ne trouble point une dissolution étendue de nitrate d'argent), on laissa refroidir l'appareil; on coupa avec une lime la partie du tube qui contenait l'arsenic, un peu au-dessus et un peu au-dessous du dépôt. Le tube ayant été bien desséché intérieurement et extérieurement, on le pesa; puis on dissolvit l'arsenic dans l'acide nitrique, on lava le tube à l'eau distillée, on le fit sécher et on le pesa de nouveau. La différence de poids donna la quantité d'arsenic.

J'ai trouvé ainsi que les 200 centimètres cubes, provenant des 765 centimètres auxquels avaient été réduits par évaporation les $38^{lit},25$ de l'eau sur laquelle j'opérais, contenaient $4^{mill},50$ d'arsenic.

Conséquemment, les 765 centimètres, et partant les $38^{lit},25$ d'eau qui les avaient fournis, devaient en contenir $0^{gr},0172$.

Par conséquent aussi, il y a, dans un litre d'eau du Mont-Dore :

$0^{gr},00045$ d'arsenic;
$0^{gr},000689$ d'acide arsénique,
$0^{gr},001058$ d'arséniate neutre de soude,

en admettant que l'acide arsénique soit formé de 100 d'arsenic et de 53,139 d'oxygène, et que l'arséniate neutre de soude le soit de 100 d'acide et de 54,97 de base.

On peut donc dire que les eaux du Mont-Dore contiennent, par litre, à la température de la soude, 1 milligramme, ou, plus exactement, un peu plus de 1 milligramme d'arséniate neutre de soude.

On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action sur l'économie animale.

D'autres eaux, voisines du Mont-Dore et d'autres même qui en sont éloignées, contiennent probablement aussi de l'arsenic. Quelques essais faits, mais sur moins de 1 litre, m'autorisent à croire que celles de Saint-Nectaire sont dans ce cas.

Au reste, je me propose de retourner cette année au Mont-Dore, et je ferai des recherches qui me permettront de décider cette importante question.

J'aurai l'honneur d'en communiquer les résultats, quels qu'ils soient, à l'Académie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— La Faculté de médecine a entendu, mercredi dernier, les derniers rapports sur les candidats à la chaire de clinique chirurgicale. Le lendemain, jeudi, elle a procédé au vote pour la formation de la liste qu'elle doit présenter à M. le Ministre. Les divers scrutins ont donné le résultat suivant, sur lequel nous aurons à revenir dans notre prochain numéro.

Au 1er tour de scrutin, M. Jobert a obtenu 24 voix sur 25 votants.

Pour la 2e place : M. Michon a obtenu 19 voix; M. Gosselin, 3; M. Giraldès, 1; M. Richet, 1; M. Huguier, 1.

Pour la 3e place. — 1er tour : M. Richet, 11 voix; M. Huguier, 7; M. Gosselin, 6; M. Giraldès, 1.

2e tour : M. Richet, 11 voix; M. Gosselin, 10; M. Huguier, 4.

3e tour : M. Richet, 12 voix; M. Gosselin, 12; M. Huguier, 1.

Ballotage : M. Richet, 13 voix; M. Gosselin, 12.

En conséquence, la liste se trouve ainsi présentée : MM. Jobert, Michon, Richet.

— M. Rayer a fait part, lundi dernier, à l'Académie, d'un fait observé sur lui-même par M. Schiff, et qui peut expliquer une certaine catégorie des phénomènes que la niaiserie publique a attribués aux esprits frappeurs. L'honorable savant allemand a répété l'expérience devant l'Académie, et nous avons pu entendre nous-même avec quelle facilité l'expérimentateur produisait un bruit parfaitement distinct. La description de cette expérience ayant été parfaitement faite par M. Rayer, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de la reproduire telle qu'il l'a rédigée et telle que l'a reproduite M. l'abbé Moigno, dans le journal qu'il rédige avec tant de talent :

« Il n'y a pas encore longtemps que les phénomènes des esprits frappeurs ont occupé les savants; et, quoiqu'on ait proposé, pour les expliquer, une foule d'hypothèses qui sont souvent plus ou moins en contradiction avec les lois de la physiologie, aucune explication scientifique satisfaisante n'en avait encore été donnée. Par l'observation attentive d'une fille qui produisait ce prétendu sortilége, j'avais acquis la conviction que le bruit trompeur se produisait dans l'intérieur du corps humain, et n'était pas le résultat d'un choc d'une partie du corps contre un objet étranger. Ayant réfléchi dans quelle partie du corps ce bruit si fort pouvait être engendré, sans aucun mouvement visible des membres, je suis arrivé à cette conclusion qu'il ne pouvait avoir pour point de départ qu'un seul muscle, le grand muscle péronier, dont le tendon passe en arrière de la malléole externe, dans laquelle il est ordinairement retenu par une bride ligamenteuse. Lorsque cette bride manque, ou lorsqu'elle est assez relâchée, si on raccourcit le muscle d'une manière très-énergique, en empêchant en même temps tout mouvement du pied qui pourrait résulter de ce raccourcissement, il peut arriver que la tension du tendon devienne si forte qu'il sorte rapidement de la malléole, en produisant un bruit semblable à celui d'une corde tendue par un crochet et qu'on lâcherait subitement. Cette sortie du tendon est favorisée par la situation oblique du cartilage qui recouvre la face postérieure de la malléole et qui ne se voit plus dans le squelette; on conçoit en même temps que plus le pied restera immobile par la contraction des muscles fléchisseurs du pied, plus la tension du tendon sera grande et plus le bruit sera sensible.

« En faisant des essais continus, je suis arrivé, en employant assez d'énergie, à contracter le muscle péronier sans remuer le pied, à détendre sur soi-même ce ligament à un degré tel que je produis à volonté, et d'une manière rhythmique, des coups tout à fait comparables à ceux des prétendus esprits frappeurs; pendant que je frappe, on peut sentir le mouvement du tendon qui se lève et s'abaisse alternativement, en posant sa main sur le malléole externe. M. le docteur Ott s'est assuré que ces vibrations étaient très-sensibles chez un des premiers médiums des esprits frappeurs en Allemagne, la jeune fille dont il a été question au commencement de cette note. » (*Cosmos.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 73. 2e année. Mardi 20 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 19 Juin 1854.

De la présence de l'arsenic dans les eaux du Mont-Dore et dans plusieurs autres eaux minérales. — De la part qu'on doit attribuer à l'arsenic dans l'action de ces eaux, et du canard du docteur Tschudi (de Vienne) sur les arsénicophages.

(Suite et fin. Voir le n° 72.)

A M. le professeur THÉNARD, *membre de l'Institut* (1).

Voici d'abord la découverte qu'a faite le docteur Tschudi et qu'il a exposée dans le *Wienner Wochenschrift* (2) :

Les toxicophages étant pour le public médical un phénomène plus ou moins inconnu, j'ai cru devoir publier quelques renseignements et observations sur cette matière.

Dans quelques contrées de la Basse-Autriche et de la Styrie, surtout dans les montagnes qui la séparent de la Hongrie, il se trouve parmi les paysans l'habitude remarquable de MANGER DE L'ARSENIC.

Les toxicophages ont un double but : d'abord ils veulent se donner, par cette pratique dangereuse, un air sain et frais, et puis un certain degré d'embonpoint.

Ce sont *par conséquent* très-fréquemment de jeunes paysans et paysannes qui ont recours à cet expédient par coquetterie et désir de plaire, et il est, en effet, *surprenant* avec quel succès ils atteignent leur but, car les jeunes toxicophages par excellence se distinguent par la fraîcheur de leur teint et par une apparence de santé florissante.

Vous jugerez sans doute utile, monsieur et célèbre professeur, de faire ici une première halte et de remarquer à quelle hauteur ces premières lignes placent déjà le docteur Tschudi, comme médecin, comme physiologiste et comme philosophe.

Vous ne jugerez probablement pas à propos d'insister sur la signification que le verbe *manger* paraît avoir à Vienne, au moins dans le vocabulaire du docteur Tschudi; d'après cette signification, au lieu de dire : *J'ai pris ce matin de l'émétique* ou *du sulfate de quinine*, on devrait dire : *J'ai mangé*, etc. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un homme qui fait des découvertes comme celles du docteur Tschudi, ait quelques prétentions à réformer le langage du vulgaire.

Ce qu'il y a de plus curieux, au point de vue physiologo-philosophique, c'est le *par conséquent* du docteur Tschudi. D'après la coutume adoptée chez nous, et qui est assez en harmonie avec les lois physiologiques connues en France et dans quelques autres lieux, ce sont surtout les femmes de 40 ans qui mettent du rouge, du blanc et autres étais de la beauté fléchissante; en Autriche, il paraît que ce sont les jeunes gens qui ont besoin de se rafraîchir le teint ; de là, cet adorable *par conséquent*, qui est certainement un des traits les plus neufs du Mémoire de M. Tschudi.

Quant au *surprenant* qui suit le *par conséquent*, M. le docteur Tschudi croit qu'un exemple suffira pour le justifier, et vous allez voir qu'il a bien raison :

> Je ne citerai qu'un seul exemple parmi plusieurs cas à ma connaissance. Une vachère bien portante, mais maigre et pâle, se trouve à une ferme dans la paroisse H... Ayant un amant qu'elle voulait s'attacher davantage par ses appas, elle eut recours au moyen connu et prit de l'arsenic plusieurs fois par semaine. Le résultat désiré ne se fit point attendre, et après quelques mois, elle devint potelée, joufflue, bref, tout au gré du céladon. Pour forcer l'effet, elle augmenta imprudemment la dose de l'arsenic et tomba victime de sa coquetterie.
>
> Elle mourut empoisonnée et sa fin fut douloureuse.

Certes, après un pareil exemple, il serait bien inutile d'en citer d'autres. Peut-être quelques lecteurs minutieux voudraient-ils savoir à quelle dose la coquette vachère a d'abord *mangé* l'arsenic, et jusqu'à quelles limites elle a ensuite voulu porter cette dose ; peut-être ces mêmes lecteurs voudraient-ils qu'on leur expliquât par quelles singulières raisons cette jeune vachère, qui était devenue *joufflue, potelée, bref, tout au gré du céladon,* voulut forcer l'effet, c'est-à-dire devenir *plus* que tout au gré dudit céladon ? Mais les vachères mêmes peuvent avoir leurs caprices plus ou moins inexplicables, et ce qu'il y a d'important pour la science, c'est le final du docteur Tschudi : *elle mourut*

(1) Pendant la publication de cette lettre, nous avons reçu de notre ancien camarade et ami, M. Imbert-Gourbeyre, un remarquable article d'érudition sur l'emploi thérapeutique de l'arsenic. Ce travail, que nous publierons le plus prochainement possible, nous dispensera d'insister sur les prétentions du docteur Tschudi à la nouveauté de ce qu'il pourrait y avoir de sérieux dans son travail.

(2) C'est de ce journal que l'article a été traduit par le journal de la Société des sciences médicales de Bruxelles et *pris* dans cette dernière publication par le journal *des culottières* qui, suivant son honnête habitude, a oublié de citer les sources.

empoisonnée et sa fin fut douloureuse. Alexandre Dumas ne termine pas mieux dans *Antoni*, et si le docteur Tschudi n'était pas un auteur aussi original, je le soupçonnerais fortement d'avoir conservé un souvenir de Bocage. Mais, je dois le reconnaître, rien dans le reste de sa composition n'autorise un pareil soupçon et nous devons, jusqu'à preuve contraire, lui laisser le mérite de cette belle et biblique chute :

Elle mourut empoisonnée et sa fin fut douloureuse.

La vachère ne paraît pas, du reste, être la seule qui ait eu une fin aussi tragique, et les détails suivants seraient de nature à tempérer singulièrement l'effet du fameux *surprenant,* s'il était permis d'appliquer au travail du docteur Tschudi la vulgaire logique qu'on nous a enseignée.

Le nombre des décès par suite des abus d'arsenic n'est pas insignifiant, surtout parmi les jeunes gens. Chaque ecclésiastique de ces contrées a pu constater plusieurs victimes, et les résultats de mes recherches auprès des pasteurs sont fort curieuses. Soit crainte de la loi, qui défend la possession illégale de l'arsenic, soit une voix intérieure qui leur reproche leur tort, les toxicophages dissimulent autant que possible l'usage de ce remède dangereux. Ordinairement, ce n'est que le confessionnal ou le lit de mort qui arrache le voile du secret.

Il faudrait, certes, avoir l'esprit bien mal fait pour contester à M. Tschudi que ses recherches soient infiniment curieuses, puisqu'elles nous apprennent qu'un régime, qui réussit d'une manière *surprenante* à produire une florissante santé, accompagnée de fraîcheur et d'embonpoint, conduit à la mort, et même à une fin douloureuse. Ce n'est pas moi qui donnerai la preuve d'un tel esprit de contradiction, et j'aime bien mieux passer au second avantage (car celui qui précède n'est pas le seul), du régime en question.

Le second avantage que les toxicophages veulent atteindre, c'est de se rendre plus « *volatil,* » c'est-à-dire de faciliter la respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion dans les montagnes, ils prennent un petit morceau d'arsenic, qu'ils laissent fondre peu à peu dans la bouche. L'effet en est *surprenant;* ils montent aisément des hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette pratique. J'ajoute ici que, basé sur ce fait, j'ai administré la liqueur de Fowler avec un succès signalé dans certains cas d'asthme.

Vous voyez, monsieur et célèbre professeur, que rien n'échappe au docteur Tschudi, pas même les plus fugaces analogies; il est vrai qu'il aurait pu se dispenser de cet effort d'induction, en se rappelant que beaucoup d'auteurs avaient déjà employé l'arsenic contre l'asthme, ainsi que vous le verrez dans le travail de M. Imbert; mais il est bien naturel que, lorsqu'on raisonne comme M. Tchudy, on préfère la logique à l'érudition, et ce n'est certainement pas vous, monsieur et célèbre professeur, qui le blâmerez de cette préférence. Quant au nouveau *surprenant,* il ne vous surprendra pas plus que le premier, surtout après la nouvelle surprise que le docteur Tschudi nous ménage et que voici :

La quantité d'arsenic avec laquelle commencent les toxicophages représente, *d'après l'aveu de plusieurs* d'entre eux, un petit morceau de la grandeur d'une lentille, CE QUI FERAIT UN PEU MOINS QU'UN DEMI-GRAIN.

Arrêtons-nous ici, et permettez-moi un point d'exclamation, s'il vous plaît !

Vous avez vu, monsieur et célèbre professeur, combien la logique, la signification des mots et la physiologie des âges, diffèrent à Vienne de ce qu'ils sont dans les autres points de la terre; vous allez voir que le volume des lentilles n'y diffère pas moins, et je doute fort qu'Ésaü eût songé à proposer son marché à son frère, s'il eût été compatriote du docteur Tschudi. Je n'ai pas besoin de vous recommander les petits calculs qui suivent :

Si l'influence modificatrice de Vienne ne s'étend pas jusque sur la densité des corps, il est probable que le poids spécifique des lentilles y est, comme à Paris, à peu près égal à celui de l'eau, et celui de l'acide arsénieux (1), de 3,783, ou environ quatre fois plus grand. Si donc, un morceau d'acide arsénieux, du volume d'une lentille, pèse 1 demi-grain (2 centigr. 1/2), il est évident que le poids de la lentille elle-même serait quatre fois moindre; c'est-à-dire 6 milligrammes 1/4.

Or, ayant pesé plusieurs fois, pour ma propre satisfaction, 100 lentilles d'un médiocre volume, j'ai trouvé pour moyenne 8 grammes 50 centigrammes, c'est-à-dire, pour poids moyen de chaque lentille, 85 milligrammes. D'où il résulterait que les lentilles de Vienne ne pèseraient que la quatorzième partie des lentilles de Paris, ce qui ferait, vous en conviendrez, d'assez piètres lentilles; d'où il résulterait encore que si, par impossible, cette immense différence était une illusion d'*optique* du docteur Tschudi, les jeunes paysannes styriennes qui courent après la fraîcheur et l'embonpoint, au lieu de commencer par 1 demi-grain (2 cent. 1/2) du précieux rafraîchissant, débuteraient, en réalité, par une dose de quatre fois 85 milligrammes, soit 34 centigrammes ou près de 7 grains. A moins d'admettre que les estomacs de Vienne diffèrent des autres estomacs autant que les lentilles de cette capitale diffèrent des autres lentilles, on s'expliquera difficilement les effets rafraîchissants d'une telle dose, qui est bien loin, comme vous le voyez, de celle des eaux du Mont-Dore.

Après les merveilles que ces petits calculs mettent en lumière, il sera peu utile d'insister sur celles que M. le docteur Tschudi nous révèle dans la suite de sa narration; je vais donc me contenter de mettre simplement celle-ci sous vos yeux, en jetant çà et là quelques points d'admiration, imposés par la finesse et la nouveauté des aperçus, la solidité d'instruction ou la sévérité de jugement de l'auteur :

Ils s'arrêtent à cette dose, continue le docteur Tschudi (2 cent. 1/2 en lentilles de Vienne et 34 centigr. en lentilles de Paris), qu'ils avalent plusieurs fois par semaine, le matin à jeun, pendant assez longtemps pour s'y habituer; alors ils augmentent la quantité insensiblement, avec précaution, au fur et à mesure que la dose habituelle refuse son effet. Le paysan R., de la commune Ag., sexagénaire et jouissant d'une très-bonne santé, prend actuellement chaque fois un morceau de 4 grains à peu près (2). Il y a plus de quarante ans qu'il a pris cette habitude, *héritée* de son père, il la léguera à ses fils.

Il est bien à noter qu'aucune trace de cachexie arsenicale n'est visible sur cet individu, pas plus que sur beaucoup d'autres toxicophages; que les symptômes de l'empoisonnement arsenical chronique n'apparaissent jamais sur les individus qui savent approprier la dose, parfois très-considérable, du toxique à leur constitution et à leur tolérance. Il faut encore remarquer que la suspension de l'usage de l'arsenic, soit par défaut matériel du toxique, soit parce que ces individus s'abstiennent de l'acide ar-

---

(1) D'après la précision que M. Tschudi met dans ses observations, on devrait croire qu'il entend par arsenic ce que doit entendre tout homme de science, l'arsenic métallique; mais il ressort de plusieurs passages de ses articles qu'il entend parler de l'acide arsénieux, qu'il appelle, comme le vulgaire, du nom d'*arsenic.* J'ai su, en conséquence, établir la comparaison avec l'acide arsénieux; si je l'avais établie avec l'arsenic, les résultats auraient été bien plus extraordinaires encore, puisque le poids spécifique de ce métal est de : 5,189.

(2) Lisez 2 grammes 72 centigr. en lentilles de France.

sénieux ou pour toute autre raison, est toujours suivie de phénomènes morbides, qui ressemblent à ceux produits par l'intoxication arsenicale à faible degré; ainsi, on observe un grand malaise joint à une indifférence considérable pour tout ce qui les entoure, de l'anxiété pour leurs personnes, des troubles dans la digestion, de l'anorexie, une sensation de plénitude stomacale, des vomissements glaireux le matin avec ptyalisme, du pyrosis, de la constriction spasmodique du pharynx, des tranchées, de la constipation, et surtout des difficultés respiratoires (1). Contre tous ces phénomènes il n'y a qu'un seul moyen efficace, c'est le retour immédiat à l'usage de l'arsenic. D'après les informations les plus exactes recueillies auprès des habitants de cette contrée, la toxicophagie ne dégénère jamais en passion, comme, par exemple, l'opiophagie en Orient, l'usage du bétel aux Indes et en Polynésie, ou du coca au Pérou ; elle devient plutôt un besoin pour ceux qui s'y adonnent.

Ce qui se fait là avec l'arsenic se fait dans d'autres contrées avec le sublimé corrosif ; je rappellerai seulement ce cas connu et confirmé par l'ambassadeur anglais en Turquie d'un opiophage à Brussa, qui avala journellement, avec son opium, l'énorme quantité de 40 grains de sublimé corrosif. Dans les montagnes du *Pérou,* j'ai rencontré *très-souvent* des individus semblables (2), *et en Bolivie*, l'usage du corrosif est répandu à telle enseigne, que le sublimé est vendu aux Indiens en plein marché de comestibles.

Le docteur Tschudi fait remarquer ici que l'arsenic est employé avec un égal avantage chez les chevaux par les palefreniers de bonne maison, ce qui, pour le coup, n'a rien de surprenant, l'estomac de ces animaux étant au moins aussi robuste que celui des hommes et même que celui des jeunes paysannes de la Styrie. Pour prouver l'imprudence de ces palefreniers qui gardent quelquefois près d'eux des quantités considérables d'arsenic, l'auteur raconte l'histoire suivante :

L'hiver passé, un paysan s'empoisonna dans mon voisinage avec un morceau d'arsenic du volume d'une poire, qu'il pulvérisa et qu'il avala avec de l'eau. Il expira une demi-heure après.

Il est certain que la dose était un peu forte, quand bien même les poires de Vienne différeraient autant que les lentilles des poires de Paris. Cette *observation* termine le premier article du docteur Tschudi. Mais l'auteur en a écrit un second. Après ce qu'il avait écrit dans le premier, il y avait sans doute peu de chose à ajouter en fait de merveilleux. Je vous donnerai cependant un extrait de ce second article et je citerai surtout une note de la rédaction du journal publicateur, qui n'est pas ce qu'il y a de moins curieux et qui vous prouvera, ce que vous savez depuis bien longtemps, c'est que si la critique est facile, elle est du moins bien loin d'être communément pratiquée :

L'immense intérêt qu'ont excité mes communications (3) sur les toxicophages (4) m'engagea à vouer, pendant une année, toute ma sollicitude à ce fait si intéressant sous le point de vue médical et légal, et qui a été, sinon nié par quelques journaux anglais, au moins mis en doute. J'ai pu, durant ce temps, parfaitement confirmer mes indications antérieures, et en augmenter le nombre par des exemples à peu près identiques. Un des arsénicophages les plus forts, qui reniait comme toujours, au commencement, très-opiniâtrément l'usage personnel qu'il faisait de l'arsenic, finit par me faire les aveux les plus détaillés, et m'apprit qu'il avalait sa dose d'arsenic avec grande régularité depuis sa vingt-septième année jusqu'à l'âge de soixante-trois ans, plusieurs fois (huit à dix) par mois lors de la *nouvelle lune* (1). Il commença par un petit fragment de la grandeur d'un grain de lin, et s'arrêta pendant une longue série d'années à une dose dont il m'indiqua le volume avec un petit morceau de charbon. J'eus soin de peser un morceau d'arsenic de Hongrie des mêmes dimensions. Le poids en fut de 3 à 4 grains (2). Lorsque je lui demandai pourquoi il n'en avait pas augmenté la quantité, il me répondit qu'il ne l'avait pas osé, vu qu'il s'en était trouvé mal, il y a quelques années. Il en avait pris alors par extra, et étant ivre, une quantité plus considérable, qui lui causa des coliques violentes, une douleur brûlante à la gorge, des tiraillements à l'estomac, etc. La raison pour laquelle il s'abstenait de l'arsenic depuis presque deux ans, était la mort d'un de ses amis, également toxicophage, qui avait *succombé à l'hydropisie* (3) et qui avait beaucoup souffert ; il croyait que c'était l'effet de l'arsenic, et, ayant peur d'un sort semblable, il n'avait plus pris le « hidri, » quoique cette abstinence lui coûtât.

Depuis que cet homme a cessé de prendre de l'arsenic, il est fréquemment sujet à une gastrodynie violente. Pendant tout le temps qu'il s'y adonna, il n'a été malade qu'une seule fois d'une pneumonie. Une particularité digne de remarque était l'immunité de cet individu contre la gale, à une époque où toutes les personnes de la maison avec lesquelles il se trouvait en contact non interrompu, en étaient atteintes. D'après un calcul approximatif, cet individu a pris, pendant trente-cinq ans, de 20 à 22 onces d'arsenic, sans que la quantité épouvantable d'un des toxiques métalliques les plus violents ait produit quelque altération considérable, si nous en exceptons une certaine voix voilée et rauque, qui, du reste, l'était plus considérablement, il y a quelques années. Ce phénomène est très-général chez les arsénicophages.

Je joins ici l'extrait d'une lettre du R. P. le curé A... de M..., qui se rapporte à ce fait : « Les informations prises m'ont appris que l'individu en question cachait soigneusement son arcanum à tout le monde et qu'il n'en faisait part à personne; malgré cela, *il se dit généralement* que c'était de l'arsenic; cet homme a cinquante-cinq ans et l'air très-bien portant, il est fort; il n'était jamais sérieusement malade, mais il est toujours *enroué* et *rauque*. Il cache l'usage de l'arsenic, de crainte d'encourir les rigueurs de la loi sur la possession et le maniement de ce poison. Il se verrait privé d'un remède indispensable à sa santé, et il serait empêché d'en acquérir. *D'après ce qu'on dit,* il en augmente la dose à la nouvelle lune, et il la diminue au déclin (4). »

La manière dont les toxicophages prennent l'arsenic varie beaucoup; les uns prennent leur dose à la fois et la laissent fondre dans la bouche peu à peu et à jeun; les autres la rédui-

(1) Il ressort du travail du docteur Tschudi, que cet honorable observateur a vu peu d'arsénicophages; il a donc découvert tous ces symptômes en interrogeant des pasteurs. Vous jugez quelle sagacité il lui a fallu pour cela, et combien ses observations doivent inspirer de confiance, surtout après son appréciation sur le poids des lentilles.

(2) Il est probable que c'est encore en interrogeant les pasteurs que le docteur Tschudi aura rencontré ces individus.

(3) On voit que l'auteur a conscience de son mérite.

(4) Nous saisissons cette occasion pour faire remarquer que nous avons trouvé cet article dans *trente-deux différents journaux* de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la France, de l'Italie et de la Suisse. Comme il est probable que ce deuxième article aura le même succès, nous engageons les rédactions respectives de vouloir mettre plus de soin dans l'indication de leur source, pour qu'il n'arrive plus qu'un journal allemand (*Froriep's Tagesbericht*) indique comme source la traduction anglaise au lieu de l'original allemand.

(*La rédaction du Wiener Wochenschrift.*)

(1) Vous remarquerez que les phases de la lune jouent un grand rôle dans le régime arsenical des hommes et des chevaux.

(2) Pourquoi le docteur Tschudi n'a-t-il pas pris les mêmes précautions pour les lentilles? nous n'en serions pas réduits, sur ce point, à des suppositions qui dérangent toutes nos idées en botanique.

(3) Ceci pourrait être une vraie découverte étiologique ; il est fâcheux que le docteur Tschudi ne se soit pas rappelé que l'*hydropisie* n'est pas beaucoup plus une maladie aujourd'hui que *la tumeur*, et qu'il y a des hydropisies de toutes sortes, comme il y a des tumeurs de toutes sortes ; mais, quand on est aussi versé dans les questions de densité, il est bien permis d'oublier un peu la pathologie.

(4) Ne trouvez-vous pas, monsieur et célèbre professeur, qu'une année de *sollicitude vouée* à recueillir de semblables observations, est une année bien employée ?

sent en poudre et la mettent ainsi sur du pain ou sur un petit morceau de lard frais. La plupart tiennent aux phases lunaires, qui jouent un si grand rôle dans la thérapeutique populaire, et cessent ou diminuent considérablement l'usage de l'arsenic au déclin. Ceux qui s'en servent pour faciliter la marche ascendante en prennent au moment du départ sans considération du temps lunaire (1).

Lors de mes premières communications sur cette matière, l'arsénicophagie ne m'était connue que dans un petit district de la Basse-Autriche et de la Styrie; depuis cette époque, j'ai reçu des communications de différentes sources très-respectables, et d'où il résulte que l'usage de ce toxique se trouve assez généralement répandu dans les montagnes de l'Autriche, de la Styrie, et surtout à Salzbourg et dans le Tyrol, parmi les chasseurs de chamois. M. Schneider, dans son ouvrage sur la *Chimie légale* (p. 169, 1831), en parle et y indique les grandes doses d'arsenic prescrites par quelques médecins, sans suites fâcheuses. Lorsque cet article fut remis à la rédaction, il me parvint d'une source amie et très-respectable la communication suivante pleine d'intérêt : M. F... St..., directeur des mines d'argent, appartenant au droguiste et négociant, M. F. S..., à M....kl, dans le L...au, prend chaque matin, depuis une série d'années, à son déjeuner, une petite pincée (autant que contient la pointe d'un couteau) d'arsenic pulvérisé, pour se préserver contre les influences pernicieuses de la fabrication arsénicale. Ce monsieur envoya à un médecin très-distingué de l'endroit une de ces pincées, qu'il prend à vue d'œil, et cette quantité pesait 3 3/4 grains. Par conséquent, il ingère journellement de 3 à 4 grains d'arsenic, et jouit d'une excellente santé. *On dit* (2) qu'il fournit à ses ouvriers des indications systématiques sur la manière de procéder, dans l'usage de l'arsenic, pour se mettre à l'abri des effets nuisibles de l'exploitation de ce toxique.

On voit que l'emploi de l'arsenic chez les animaux est soumis aux mêmes règles auxquelles obéissent les toxicographes eux-mêmes. Il ne serait pas sans intérêt de savoir si l'effet bienfaisant des petites doses de ce poison, observé sur les animaux, a conduit les hommes à en faire l'expérience sur eux-mêmes, ou, *vice versâ,* si cette pratique a passé du domaine de la thérapeutique humaine dans celle des animaux.

Cette réflexion, pleine de philosophie, termine le second Mémoire du docteur Tschudi. Me sera-t-il permis de suivre son exemple et de clore cette lettre par une remarque qui n'a pas moins d'opportunité et qui n'est pas plus consolante :

N'est-il pas triste pour la médecine de voir que les exemples de procédés scientifiques rigoureux donnés depuis soixante ans par les sciences expérimentales soient encore perdus pour la plupart des médecins; que dans les questions même les plus simples, où la balance et le thermomètre résoudraient le problème sans retour, des hommes qui aspirent au titre d'observateurs et qui se permettent d'entretenir le public de leurs élucubrations, croient encore pouvoir donner, comme documents scientifiques, de vagues observations faites à vue de pays, voire même des *on dit!*

N'est-il pas triste surtout de voir qu'il se puisse encore trouver des feuilles de papier noircies, portant un titre scientifique, qui s'empressent de colporter ces piteuses niaiseries, au risque de trouver quelque lecteur plus niais encore, qui les prenne au sérieux et, en les appliquant, fasse payer à quelques malheureux, sa crédule et coupable ignorance !

Que nous sommes loin, monsieur et célèbre professeur, de cette rigoureuse et savante analyse qui vous a fait constater 1 milligramme d'arséniate de soude dans les eaux du Mont-Dore ! Faut-il donc désespérer de faire jamais de la médecine une véritable science? Je sais que, sinon vous, du moins plusieurs de vos collègues ne sont pas éloignés de répondre affirmativement à cette question. Ils auraient grandement tort. La médecine, comme toute science d'observation, se compose de faits; la différence qu'elle a avec les autres, c'est que ces faits, ou du moins quelques-uns d'entre eux, sont plus difficiles à voir. Qu'en faut-il conclure? C'est qu'au lieu de repousser les méthodes rigoureuses d'expérimentation, la médecine doit s'efforcer de les perfectionner; c'est qu'elle doit bannir de son sein ces rhéteurs nuageux qui se croient médecins, quand ils ont proclamé qu'ils ne sont ni chimistes, ni physiciens, ni naturalistes, ni observateurs, et quand ils ont écrit, dans un langage inintelligible, et par conséquent dans un français douteux, un galimatias dans lequel ils seraient bien embarrassés de se reconnaître eux-mêmes. L'Académie des sciences, je le sais, est peu disposée à accueillir les rêveries peu récréatives de ces creux cerveaux; mais ce n'est pas le moment pour elle de se relâcher de ses principes, bien au contraire.

Il faut que l'Académie se renforce dans cette antipathie ; il faut que les hommes qui, comme vous, se rattachent à la médecine par leurs études, non-seulement prêchent d'exemple, comme vous venez de le faire dans votre dernier travail, mais encore usent de leur influence, comme vous en avez souvent usé, pour faire repousser tout ce qui, sous le nom de science, n'est que vaine déclamation, et pour appeler les encouragements académiques sur les observations rigoureuses qui seules conduisent au progrès, quand elles ne sont pas le progrès elles-mêmes. Ce dernier service à rendre à la vraie science n'est guère moins important que le premier; puissiez-vous le lui rendre longtemps encore; c'est le vœu le plus sincère de tous les travailleurs et en particulier celui du plus humble d'entre eux.

H. DE CASTELNAU.

(1) Il aurait été bien plus curieux que les promeneurs ou voyageurs prissent de l'arsenic à la nouvelle lune pour faire une ascension au dernier quartier.

(2) On voit que les *on dit* jouent un grand rôle dans le travail du docteur Tschudi; mais on ne doit pas perdre de vue qu'ils émanent de personnes respectables.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. BEAU.

Fièvre typhoïde. — Innocuité du lait de la mère sur l'enfant. — Faits semblables observés dans des cas de fièvre jaune.

Une femme, nommée Louise Rousseau, ne se sentait pas bien depuis trois semaines; elle avait perdu l'appétit, éprouvait un malaise général et de la faiblesse. Cependant elle continua de vaquer à ses occupations, et descendait dans la rue pour faire ses provisions. Quatre ou cinq jours seulement avant d'entrer à l'hôpital, elle cessa ses travaux de ménage les plus pénibles, mais ne s'alita point; toutefois, il lui arrivait de s'assoupir de temps en temps dans la journée. Cette femme continua d'allaiter son enfant qui avait quatorze mois. Enfin, se voyant de plus en plus faible, sans appétit et sans sommeil, elle se décide à se présenter à l'hôpital Cochin, où elle est admise le 15 avril.

A la visite du 16, on constate de la fièvre, de la douleur réveillée par la pression dans la fosse iliaque droite. On remarque, sur la poitrine et l'abdomen, de nombreux sudamina dont les uns sont aussi gros que des gouttelettes de rosée; le ventre est parsemé de taches lenticulaires. La sécrétion laiteuse n'est point tarie, et l'enfant offre toutes les apparences de la santé. M. Beau voit ici une dothinentérie qui touche à sa fin, et dont on aura promptement raison avec un ou deux purgatifs; mais il fait mettre l'enfant au dépôt. Dès le 20, la malade prend du bouillon, et le 24 elle mange une portion. Le sein se gorge de lait; on est obligé d'y appliquer des cataplasmes.

La femme qui fait l'objet de cette observation, remarquable par la latence de la maladie et l'innocuité du lait sur l'enfant, porte des

traces profondes de petite vérole. En effet, elle en fut atteinte il y a trois ans, pendant qu'elle nourrissait une petite fille. Elle continua, pendant tout le cours de sa maladie, d'allaiter son enfant ; au moment où elle entrait en convalescence, la variole se déclara chez son nourrisson. Cependant, la petite fille guérit et continue de jouir d'une bonne santé. Les nombreuses et profondes cicatrices que porte la mère annoncent que sa variole dut être grave ; elle n'avait pas été vaccinée, son enfant non plus.

Notre malade ne s'est pas alitée tout de suite en entrant à l'hôpital, afin de prendre soin elle-même de son enfant. Elle ne s'y résigna que lorsqu'il fut mis au dépôt, et elle se releva dès qu'elle se sentit un peu de force. En résumé, dans le cours de sa maladie, elle ne s'est couchée toute la journée que *deux fois*. Cette circonstance nous rappelle un malade qui, atteint de la même affection, entra l'année dernière dans le service de M. Valleix au moment où il commençait sa convalescence : jusque-là, il était descendu chaque jour pour acheter ses provisions. On peut dire que cet homme a fait sa maladie debout. Que si, à la rigueur, on objecte que dans ces deux cas le diagnostic a pu être erroné, et qu'un simple embarras gastrique a simulé la fièvre typhoïde, il faut se rappeler, à part le talent des deux praticiens que nous venons de nommer, la grande habitude qu'ils ont de cette dernière maladie. Du reste, voici un fait qui vient très-bien à l'appui de ce que nous disons. Cet hiver, une femme qui avait présenté des symptômes rationnels de dothinentérie beaucoup moins caractérisés que Louise Rousseau, fut traitée par M. Beau : à peine guérie, elle contracta une pleurésie de mauvaise nature qui l'emporta. A l'autopsie, l'on trouva les preuves matérielles d'une fièvre typhoïde récente, c'est-à-dire des plaques de Peyer cicatrisées ou en voie de cicatrisation.

Louise Rousseau quitta l'hôpital le 29 avril ; à cette époque, son enfant se portait très-bien. L'innocuité du lait de la mère sur l'enfant a été observée aussi dans des cas de fièvre jaune, et ceux qui soutiennent que cette maladie n'est pas contagieuse ont tiré de ce fait un de leurs plus puissants arguments. M. le docteur Jourdain, chargé par le ministre de la guerre d'observer l'épidémie de fièvre jaune qui éclata au bourg du Passage, en 1823, et M. le docteur Montès, envoyé sur les lieux par la junte provinciale de Guipuzcoa, rapportent que Josepha Joaquina Gorostiaga, vivement frappée de la maladie dès le début, continue d'allaiter son enfant le premier jour, sans qu'il ait rien éprouvé ; et que Maria Murillos, atteinte de la fièvre jaune, allaita également son enfant de cinq mois, durant tout le cours de sa maladie, sans qu'il ait souffert la moindre incommodité.

Voici un autre fait du même genre. Pendant l'épidémie de fièvre jaune qui sévit à Tortose, en 1821, madame Ribas étant partie pour la campagne, la nourrice de son enfant resta dans la ville, où elle fut atteinte de la fièvre jaune. Son nourrisson, âgé de onze mois, la téta pendant les trois premiers jours de sa maladie, et ne fut point indisposé (1).

ALFRED MERCIER.

Note sur l'empoisonnement produit par une substance vénéneuse encore peu connue, l'atractylis gummifera de Linnée, et sur le principe actif de cette plante,

Par Ant. COMMAILLE, *médecin à Douéra* (Algérie).

Première partie. — Observations.

1re *Observation*. — La nommée Bartholomo (Marie-Esther), habitant Douéra, âgée de 3 ans et demi, est en bonne santé le 7 mars, en se couchant. Le 8, à neuf heures du matin, je suis appelé auprès d'elle ; voici ce que j'observe : l'enfant est couchée sur le dos, les bras étendus le long du corps, les jambes étendues, les yeux fermés, les dents tellement serrées, qu'il fut impossible d'écarter les mâchoires ; de larges taches violettes sont répandues sur les téguments ; la face est marbrée de violet, les lèvres sont bleuâtres, le pouls est insensible, la respiration est longue, les côtes sont soulevées par soubresauts, point de convulsions.

Je m'informe auprès des parents, ils ne savent à quoi attribuer la maladie de leur enfant, qui, le matin même, à la pointe du jour, est descendue de son lit et n'a pas voulu accepter l'aide de sa sœur pour se recoucher. La nourriture de la famille a consisté, dans la journée du 7, en café, en haricots et en riz.

En présence de tels symptômes, je crus avoir affaire à une apoplexie pulmonaire et cérébrale (l'autopsie a fait voir que je ne m'étais pas trompé) ; mais à quoi attribuer cette maladie ? C'est ce que j'étais encore loin de soupçonner. Je fis appliquer six sangsues au cou, des sinapismes furent promenés aux extrémités inférieures.

A dix heures, je retourne vers ma petite malade ; il n'y avait aucun changement dans son état. J'ausculte la poitrine, la trachée ; la respiration est longue, faible, mais il n'existe aucun bruit anormal. Cette enfant avait-elle une laryngite pseudo-membraneuse ? Et, malgré l'absence de râle sibilant et de toux croupale, je suis resté dans cette idée ; une respiration si faible et sur le point de cesser, pouvant fort bien se frayer un chemin à travers les fausses membranes, sans avoir la force de les faire vibrer pour produire un son. Cette fois, je m'étais complétement trompé. Je prescrivis une potion avec 2 centigrammes d'émétique et deux décigrammes de calomel ; la malade vomit un liquide sanguinolent : elle mourut à midi.

2e *Observation*. — Le lendemain, 9 mars, à sept heures du matin, je suis appelé au plus vite pour voir la sœur aînée de la petite fille, sujet de l'observation précédente. Cette enfant (Élisabeth-Octavie), âgée de 6 ans et demi, a été prise subitement, à cinq heures et demie du matin, des mêmes symptômes que sa sœur. Quoiqu'il ait fallu à peine trois minutes pour me rendre, l'enfant était morte à mon arrivée.

J'examine le cadavre ; c'est la même rigidité, la même cyanose que chez sa sœur. J'écarte les paupières, pour m'assurer de la mort ; je suis frappé de la dilatation énorme des pupilles. J'examine les yeux de la petite Esther, morte la veille ; les pupilles sont aussi énormes. A l'instant, j'eus l'idée d'un empoisonnement par les solanées vireuses, quoique, dans les deux cas, il n'y ait eu ni convulsions, ni délire, ni vomissements.

Les parents n'ont vu, entre les mains des enfants, ni euphorbes, ni renoncules, ni ricins, ni morelle, plantes communes le long des chemins.

Nécropsie. — L'autopsie de ces deux enfants a été faite par M. le chirurgien en chef de l'Hôpital civil, commis à cet effet par le maire, avec le concours de M. le médecin en chef, du médecin de colonisation, de MM. Blondel et Négrin, internes, et du mien, en présence de M. le juge de paix et du commissaire de police.

1° *Autopsie de la plus jeune, Marie-Esther Bartholomo, le 9, à deux heures du soir*. — Téguments cyanosés ; pupilles énormément dilatées ; cerveau et sinus de la dure-mère gorgés de sang ; inflammation de l'arachnoïde ; substance blanche sablée de rouge.

Quand on la coupe par tranches : épanchement séreux dans la moelle allongée ; inflammation vive de la trachée artère et des bronches ; œsophage sain ; poumon et foie gorgés de sang noir qui s'échappe à flots par la section ; ventricule droit et oreillette droite du cœur pleins de sang ; estomac sain, excepté au grand cul-de sac, où il présente une plaque de la largeur d'une pièce de 5 francs, tellement enflammée qu'elle paraît gangrenée ; ses bords tranchent sur le reste de la muqueuse qui est blanche et saine. Dans un demi-état de vacuité, les intestins sont très-sains ; les follicules muqueux du colon sont très-apparents. La muqueuse de la vessie est enflammée ; il y a beaucoup d'urine.

L'estomac et les intestins contiennent une matière pultacée, demi-liquide, renfermant une énorme quantité de débris ligneux, brisés, déchiquetés, analogues au résidu de la pulvérisation de certaines racines. Le colon descendant est surtout plein de cette matière ; quelques morceaux même, par suite du vomissement provoqué par l'émétique, ont remonté jusqu'au pharynx et de là sont tombés dans la trachée.

Nous nous informons auprès du père, en lui montrant de ces débris végétaux : il nous apprend qu'ils mangent souvent des racines et des côtes de chardons, après les avoir fait cuire, et que les enfants mangent même ces racines crues.

2° *Autopsie de l'aînée, Élisabeth-Octavie, le 10 mars, à neuf heures du matin*. — Même cyanose et mêmes lésions que chez la sœur, dans le cerveau, le foie, les poumons et le cœur ; œsophage sain, trachée moins enflammée ; estomac enflammé vers l'orifice pylorique, mais sans tache aussi apparente que chez Esther ; membrane muqueuse épaissie, ramollie, et se détachant facilement par plaques au moindre frottement ; entéro-colite intense ; quelques légers débris de ligneux dans l'intestin.

M. le chirurgien en chef de l'hôpital se rappela alors qu'il y a quelques années, plusieurs enfants de l'Orphelinat de Benacknoun étaient morts après avoir mangé d'un chardon ; malgré les soins de M. le docteur Tabouret, médecin militaire, alors médecin de cet établissement, et qui a, je crois, publié la relation de cet empoisonnement.

Des informations prises auprès de M. l'abbé Brumau, directeur de l'Orphelinat, il est résulté que le chardon vénéneux, cause de l'accident de Benacknoun, est sans tige, que la fleur vient sur la terre, que les feuilles en sont épineuses et que du fruit s'écoule un suc blanc dont les enfants font de la glu. Je reconnus immédiatement, d'après cette description, que ce chardon était l'*atractylis gummifera* de Linnée, décrit dans le *Prodromus*

(1) Voir *Examen des principes de l'Administration en matière sanitaire*, par N. CHERVIN, in-8, Paris, Firmin Didot, juillet 1827. Pages 37 et 72.

de De Candolle sous le nom de *carlina gummifera* (Less.). Les résidus trouvés dans les intestins et l'estomac des enfants n'étaient que du ligneux et de la cellulose non digérés.

Un fait digne de remarque est le temps qui s'est écoulé entre les deux morts (19 heures). La plus jeune, moins forte et ayant peut-être mangé plus de chardon vénéneux (il me paraît certain que les enfants en avaient mangé de plusieurs espèces), est morte la première. L'aînée, présentant plus de résistance vitale, est morte longtemps après. La première n'a pas été à la selle et n'a pas rendu le poison; la deuxième a dû aller à la garde-robe, aussi ses intestins étaient-ils vides, et l'inflammation moins bornée. Cette dernière enfant avait aussi, le 8 au matin, accusé des coliques auxquelles on avait peu fait attention, les parents étant occupés auprès de sa sœur agonisante.

Le père a aussi trouvé, dans la maison, des fragments de racine d'*atractylis* ou chardon à glu, comme il l'appelle; il le connaît fort bien comme mauvais à manger.

Ces enfants sont mortes empoisonnées par une substance toxique, qui a agi comme irritant (gastrite partielle ou générale, entérite) et comme stupéfiant du système ganglionaire (paralysie pulmonaire) et en particulier du ganglion ophthalmique ou orbitaire de Chaussier (dilatation de la pupille), ou même du trijumeau (dilatation de la pupille, resserrement des mâchoires).

3e *Observation.* — Un troisième enfant est mort empoisonné le 29 avril à sept heures du soir. Le nommé Klingler (Auguste) a présenté les mêmes symptômes que les petites filles. Il était âgé de 4 ans. L'autopsie n'a pas été faite; mais d'autres enfants ont avoué qu'ils avaient mangé ensemble des chardons, ils en ont même montré; seulement, ceux-ci étaient du *scolymus* et du chardon-marie. L'enfant mort, qui était le plus jeune, aura par ignorance cueilli de l'atractylis, qui croît parmi les scolymus, et qu'à première vue, lorsque la tige de ceux-ci n'a pas encore poussé, il est très-difficile de distinguer.

Il devenait intéressant de rechercher si l'*atractylis gummifera* était bien réellement un poison, à quelle substance alors il devait son action toxique, et comment il agissait sur les animaux vivants? C'est ce qui fera l'objet de la seconde partie de cette Note.

Deuxième partie. — Description.

Voici le paragraphe du *Prodomus* de De Candolle, relatif à l'atractylis gummifera de Linnée, décrit dans cet ouvrage sous le nom de Carlina gummifera (Less.) : « Carlina gummifera (Less.); Subacaulis, foliis pinnatifidis, involucri exterioribus squamis subconvexis dorso et margine spinosis, apice tricuspidatis. — ♃ In arvis et sterilibus Barbariæ, Hispaniæ Austr., Sardiniæ, Siciliæ, Apuleæ, Naxi, Cretæ, Zacinthi, Græciæ. Atractylis gummifera L., sp. 1161, cav; — Acarna gummifera Wild., sp. 3, p. 1699; Sibth., fl. Gr., t. 8, 38; Chamæleon gummifer, Cass., *Dict.* 47, p. 509; Carthamus gummiferus, Lamarck, *Dict.* 1, p. 639; Gummiresina ex involucro fluit et in Sicilia ad viscum parandum, radix *ad ulcera jumentorum curanda* inserviunt et receptacula loco *cynaræ edulia.* Ex ejus involucro fluit materia quædam gummi resinoïdea à Cl. Macaire (Mém. Soc. Gén., v. 6, p. 27), examini chemico submissa et *viscina* dicta (V. S.) »

J'ajouterai à cette description, que l'*atractylis* n'est pas réellement une plante sans tige, la fleur, il est vrai, qui est rouge et n'apparaît qu'au mois d'août ou de septembre, quand les feuilles sont desséchées, est sur la terre; mais la tige en est souterraine. C'est une espèce de rhizôme, et si, partant de la fleur on suit cette tige, qui est de la grosseur du doigt au moins, on voit qu'elle aboutit à une racine énorme, pivotante, à laquelle viennent se rendre, comme autant de rayons, une quantité de ces rhizômes longs d'un mètre quelquefois.

Quant à la coutume, pratiquée en Sicile, de préparer de la glu avec le suc du réceptacle, elle a passé en Algérie parmi les enfants qui l'emploient à cet usage.

Il est à remarquer que tous les écrivains qui parlent de l'atractylis ont mentionné l'usage alimentaire de cette plante, et quelques-uns ses propriétés vénéneuses. MM. Mérat et de Lens, dans leur dictionnaire de matière médicale ne l'ont pas oublié; on lit dans l'édition de 1829 (t. 1er, p. 487), à l'article atractylis : « Les anciens ont parlé sous ce nom d'une plante épineuse, usitée dans leur temps en médecine, qu'il est difficile de rapporter à un nom linnéen, à cause du vague des descriptions qu'ils en font, et de la grande anologie des individus de cette famille entre eux. Dioscoride assure qu'elle rend du col de sa racine une gomme *vénéneuse.* On a pu encore retrouver cette plante, qui serait probablement celle dont nous allons parler, sans cette dernière circonstance, *peut-être erronée.* »

Était-il donc nécessaire que nous venions, M. Tabouret et moi, dix-huit siècles après Dioscoride, pour confirmer son dire et prouver que son opinion n'était pas erronée, qu'il avait bien observé? MM. Mérat et de Lens ajoutent (page suivante), d'après Desfontaines, Poiret et Olivier, que la gomme ne sèche jamais complétement. C'est une erreur : ce suc prend exactement la consistance du caoutchouc. Cette substance, disent-ils, n'a aucune odeur et une saveur légèrement amère; ils ajoutent qu'on mange la *racine* et le *réceptacle.*

Si on cherche dans le même ouvrage (t. 2, p. 108), à l'article *Carlina*, on trouve ce qui suit : « On leur préfère parfois la racine de *carlina caulescens,* qui est une variété du *carlina acaulis*, connue sous le nom de carline des Alpes. Il est difficile de savoir si la carline (chamæléon) des anciens est la nôtre. Galien, qui paraît parler du *carlina caulescens,* dit sa racine *un peu vénéneuse, ce qui est inexact.* Dioscoride semble avoir en vue l'*atractylis gummifera,* puisqu'il dit qu'elle rend de la gomme de sa racine. Il la dit bonne contre le ténia et l'appelle *ixia.* » Il me paraît évident que Galien ne veut pas parler du *carlina caulescens,* mais bien, comme Dioscoride, de l'atractylis, qui est bien acaule, selon l'idée vulgaire du mot. Galien avait donc vu aussi que cette racine était vénéneuse.

Ceci me paraît éclaircir un point encore obscur de matière médicale. C'est précisément à cause du vague des descriptions de toutes ces plantes, qu'on peut supposer que Galien voulait bien parler de l'atractylis. En effet, de nos jours encore, on ne sait trop où placer l'atractylis, dans cette immense famille des composées. Les uns en font un atractylis, les autres, comme Galien, en font un carlina.

M. Mumby, auteur d'un catalogue des plantes de l'Algérie, dit que sur le marché d'Alger, les feuilles sont vendues pour la cuisine. L'auteur de l'article du *Prodromus* dit que c'est le réceptacle qui est mangeable. Je ne puis rien affirmer à cet égard; mais, malgré la meilleure volonté, je ne vois pas ce qu'on peut manger dans les feuilles, qui ne sont que des épines. On mange à Alger beaucoup de chardons; mais ce sont toujours, les pétioles, les nervures médianes, les tiges ou les racines du *scolymus* et du *carduus marianus.* J'ai déjà dit que, dans leur jeunesse, il était très-difficile de distinguer à première vue les feuilles de l'*atractylis gummifera* de celles du *scolymus grandiflorus* (Desf.); il en est de même des racines. C'est une erreur de la sorte qui a amené l'accident arrivé aux trois enfants qui font le sujet des trois observations précédentes.

M. Guibourt, dans son *Histoire des drogues* (3e édition, t. 1er, p. 444), s'exprime ainsi, à propos de la racine de carline : « Clusius et Lemery ont nommé chamæléon blanc une plante qui n'est pas le chamæléon blanc des anciens; mais c'est une erreur qui a été reconnue par Belon. Ce botaniste a trouvé, en effet, dans l'île de Crête, le vrai chamæléon blanc des anciens, qui laisse découler du collet de la racine une gomme-résine que les femmes mâchent, comme on le fait du mastic, à Scio, et de la gomme-résine de chondrille, à Lemnos. Cette plante, dont la racine est grosse comme la cuisse, et exhale, lorsqu'elle est sèche, une forte odeur de violette, est l'*acarna gummifera* de Willedenon; l'*atractylis gummifera* de Linnée; le *cinicus carlinæfolia, acaulus, gummifer, aculeatus* de Tournefort. » J'ajouterai que la racine d'atractylis, quoique fort grosse en Algérie, n'atteint jamais la grosseur de la cuisse d'un homme adulte, et que cette racine, desséchée, n'a aucune odeur de violette; elle est totalement indolore.

Ce qui frappe aussi, dans l'article du *Prodromus,* est le pas-

sage relatif à la propriété de cette racine, de guérir les plaies des juments, ce qui implique qu'elle possède un suc capable de déterger, de modifier ces ulcères; il serait curieux que ce fût alors un aliment succulent; il est vrai que le principe vénéneux étant soluble dans l'eau, on pourrait, par des lavages et la coction, séparer la matière toxique.

Toujours est-il que ce serait une nourriture fort peu nutritive, car elle ne contient pas d'amidon, mais seulement un peu de sucre incristallisable.

Ce qui s'accorde encore bien peu avec les propriétés alimentaires qui sont attribuées à cette racine, est l'usage (d'après des renseignements très-précis pris auprès d'indigènes instruits) qu'en font les femmes arabes pour préparer des pâtes épilatoires, et l'habitude coupable des matrones arabes de l'employer pour provoquer l'avortement.

N'est-il pas certain aussi que les propriétés vénéneuses de cette plante ne lui enlèvent pas la faculté d'être mâchée par les femmes de l'île de Crête, qui, par son usage, ont pu devenir insensibles à ses vertus toxiques, habituées qu'elles y sont depuis leur jeune âge et par de petites doses?

Essai d'analyse. — La racine d'*atractylis gummifera* contient: 1° une substance particulière, remplaçant la fécule amylacée, qui n'existe pas, et analogue à l'inuline, qu'on peut nommer atractyline; 2° du sucre incristallisable des fruits acides; 3° de l'acide cynarique; 4° de l'acide atractylique (substance dont l'existence ne paraît pas bien certaine); 5° des sels de chaux, de potasse et de magnésie; 6° de la cellulose et du ligneux; 7° de la viscine, de Macaire; 8° une huile volatile extrêmement nauséabonde; 9° beaucoup d'eau.

1° L'atractyline est très-abondante et joue dans cette racine le rôle d'amidon ou d'inuline. Elle se dissout dans la potasse, la soude et l'ammoniaque, pour former des savons solubles dans l'eau; la viscine qu'elle contient se sépare alors sous forme de flocons poisseux. On facilite cette séparation en ajoutant de l'alcool.

Si dans cette solution de savon d'atractyline, qui est limpide et légèrement colorée en jaune par un peu de cynarate de la base employée, on verse de l'acide sulfurique, la liqueur se décolore, l'atractyline se précipite sous forme de poudre blanche, l'acide cynarique est mis en liberté, et le sulfate de la base reste dans la liqueur. L'atractyline est insoluble dans l'eau froide, soluble dans l'eau à + 75° centigrades. Elle est alors si bien dissoute, qu'elle passe au filtre; l'eau peut être ramenée à la température ordinaire (+ 15 à 20°) sans la laisser déposer. Le dépôt ne commence à se former qu'après plusieurs heures; le liquide devient d'abord trouble, puis blanc; enfin, après plusieurs jours, l'atractyline s'est toute précipitée au fond du vase, entraînant avec elle de la viscine; la liqueur est alors redevenue transparente et limpide. L'atractyline ne forme pas empois avec l'eau. L'atractyline est insoluble dans l'alcool à 36, froid et bouillant, de même que dans l'éther. Elle se dissout à la longue dans les acides sulfurique et chlorhydrique étendus.

L'atractyline est blanche quand elle est humide, grasse, onctueuse au toucher, sans action sur les réactifs; colorée quand elle est bien lavée, insipide, pâteuse à la bouche; lorsqu'elle est desséchée, elle forme des plaques ou des écailles à bords relevés; elle est alors brune, comme cornée ou vitreuse, très-fragile, comme l'empois desséché.

L'atractyline n'est pas colorée par l'iode; elle est colorée en noir par le sulfhydrate d'ammoniaque. Pour l'obtenir, on fait macérer de la racine râpée; on passe à la chausse, on clarifie au blanc d'œuf et on laisse déposer. Au bout de quelque temps, l'atractyline forme au fond du vase une couche qu'on lave à grandes eaux; elle contient alors un peu de viscine dont on peut la débarrasser en la transformant en savon et décomposant celui-ci par l'acide sulfurique.

2° Le sucre de l'atractylis est du sucre incristallisable des fruits acides. Lorsqu'on fait bouillir la décoction de la racine avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique, il se dégage une odeur de caramel. La liqueur brunit, et il se forme à la surface un dépôt noir d'*humine* et d'acide *humique*, il se dégage alors un acide (de l'acide formique probablement).

3° L'acide cynarique existe aussi dans l'artichaut, le chardon Marie, le scolymus maculatus. Il est très-acide au goût, rougit fortement la teinture de tournesol, chasse l'acide carbonique de ses combinaisons, est d'un beau jaune, liquide, soluble dans l'eau en toutes proportions, déliquescent, soluble dans l'alcool, légèrement soluble dans l'éther sulfurique. L'acide cynarique donne avec la chaux, la potasse, la baryte, l'ammoniaque et la magnésie des sels d'un beau jaune, incristallisables. Cet acide n'a pas le goût astringent du tannin, précipite en blanc par l'acétate de plomb, trouble le cyanure jaune de potassium et de fer, qui devient un peu brunâtre.

Pour préparer l'acide cynarique, on râpe de la racine d'atractylis, on la met macérer quelque temps, on exprime fortement, on obtient un liquide trouble, blanchâtre, chargé d'atractyline, de viscine, de sucre et de sels inorganiques; on clarifie au blanc d'œuf; on verse un lait de chaux en excès dans la liqueur bouillante; on filtre, pour séparer l'excès de chaux; le liquide qui passe est d'un beau jaune, très-limpide (l'atractyline étant dissoute). Par le refroidissement, la liqueur se trouble; on laisse déposer l'atractyline, on décante, on concentre la liqueur, on précipite la chaux par l'acide sulfurique, on filtre pour séparer le sulfate de chaux, on ajoute de la baryte jusqu'à réaction neutre, on filtre. Il reste, pour résidu, du sulfate de baryte et de la chaux; le cynarate de baryte passe. On transforme le cynarate de baryte en sulfate de baryte, on filtre; le liquide est d'un beau jaune et contient l'acide cynarique et de l'acide atractyline (?), plus un peu de sucre. On concentre jusqu'à consistance sirupeuse; la liqueur est alors d'un brun foncé par réflexion, et d'un beau jaune par réfraction. On y verse de l'alcool concentré qui précipite les sels inorganiques; on filtre, on distille, pour retirer l'alcool; on évapore au bain de sable, jusqu'à une grande concentration; on reprend, par une grande quantité d'éther, qui dissout peu à peu l'acide cynarique et l'acide atractylique (?) et laisse intactes les matières sucrées et albuminoïdes. On retire l'éther par distillation; le résidu, qui est très-concentré, laisse déposer au bout de quelques jours des cristaux incolores d'acide atractylique (?). c'est ainsi qu'on sépare l'acide cynarique du sucre et de l'acide atractylique (?). Il m'a été impossible d'obtenir l'acide cynarique sec; en effet, si on en met dans une capsule et qu'on chauffe légèrement au bain de sable, il se dégage des vapeurs acides d'acide atractylique qui doit être le principe vénéneux, car le mélange de ces deux acides, qui était un poison, donne, après cette volatilisation, une matière brun-jaunâtre, encore acide, mais non toxique. Cette matière jaunâtre, chauffée davantage, donne l'acide paracynarique. La matière jaunâtre, semblable à du tannin pour la couleur, doit être de l'acide cynarique solidifié, qui se transforme très-faiblement en acide paracynarique, et il reste dans la capsule une matière noire, insoluble dans l'eau, soluble dans une dissolution de soude, qui est un nouvel acide, l'acide paracynarique.

4° L'*acide atractylique.* Cette substance n'a pas encore pour moi une existence bien certaine; cependant, comme l'acide cynarique obtenu, comme je l'ai dit plus haut, est un poison à petite dose, ce n'est pas à cet acide même qu'il faut attribuer des propriétés toxiques, puisqu'on mange beaucoup de plantes qui en contiennent et qui sont absolument inoffensives. Je crois donc que le poison réel est l'acide que je n'ai encore obtenu qu'en très-petite quantité, que je n'ai pu expérimenter, et auquel, si son existence est bien reconnue, on pourra donner le nom d'*acide atractilique.* Voici comment on l'obtient: l'acide cynarique obtenu par l'éther et évaporé en consistance sirupeuse laisse, après quelques jours, déposer des cristaux qui m'ont paru être des prismes quadrangulaires, terminés par des pyramides à quatre faces.

Ces cristaux, soumis au chalumeau, fondent et brûlent avec beaucoup de flamme. Ils ont une amertume d'une saveur particulière, sont solubles dans l'éther, l'alcool, mais plus solubles dans l'eau; ils rougissent la teinture de tournesol. Quand on les

a dissous dans l'alcool, et qu'on fait évaporer la liqueur à siccité au bain-marie, on obtient des aiguilles fines et chatoyantes et non plus des prismes, comme quand la cristallisation se fait lentement. C'est cet acide que je nommerai acide atractylique.

7° La *viscine,* de Macaire, est le suc propre et laiteux qui s'écoule des solutions de continuité pratiquées soit dans le réceptacle, soit dans la racine. Ce produit, qui est d'un beau blanc quand il est pur, ressemble beaucoup au caoutchouc par ses propriétés. La viscine est très élastique, très-homogène, d'un blanc éclatant, insoluble dans l'eau froide et bouillante, insoluble dans l'alcool et un peu désagrégée par l'alcool bouillant, considérablement ramollie par l'éther sulfurique, soluble dans l'essence de térébenthine, le chloroforme, et ramollie par les huiles fixes. Elle brûle avec une flamme blanche et fuligineuse. Chauffée dans une capsule, elle fond, se boursoufle et finit par se décomposer en produits pyrogénés. La viscine est parfaitement neutre quand elle est pure; mais elle contient toujours, à son état naturel, une petite quantité d'acide cynarique, reconnaissable à ce qu'elle colore en jaune une solution de soude caustique. A cet acide cynarique, se trouve mélangée une petite quantité d'acide atractylique, ce qui expliquerait comment la viscine peut être vénéneuse (Dioscoride).

8° L'*huile volatile* que contient la racine d'atractylis gummifera, est extrêmement fétide. Si on rape de cette racine, qu'on la mette macérer pendant quelque temps avec de l'eau et qu'on distille, on obtient un hydrolat, d'abord très-limpide et peu odorant, qui devient de plus en plus laiteux et trouble, et qui possède une odeur repoussante, agissant sur l'économie comme les plantes vireuses, en excitant l'envie de vomir. L'eau distillée finit même par indiquer, par la légère teinte jaune d'or qu'elle prend par les alcalis, qu'un peu d'acide a passé à la distillation. L'alcoolat est moins odorant que l'hydrolat; ce qui prouverait que l'huile ne se volatilise qu'à 100° environ;

9° L'*eau* est en grande abondance dans la racine d'atractylis. 500 grammes de racine fraîche ne pèsent plus que 150 grammes après la dessiccation.

Expériences toxicologiques sur les animaux.

1re *Expérience.*— Le 20 avril, à trois heures et demie du soir, je prends trois jeunes chats, âgés d'un mois au moins. Je fais avaler, au premier, les sels inorganiques de la racine d'atractylis; au second, de l'eau distillée ayant entraîné des acides pendant la distillation, qui a été poussée trop vivement. (Cette eau est très-laiteuse et précipite en jaune par les alcalis.) Le troisième chat prend de l'atractyline. Le 21, à six heures du matin, les trois chats sont vivants, ils sont près de leur mère et tètent comme d'habitude. Le chat qui a pris de l'eau distillée meurt le 21 à onze heures du matin, les deux autres ne sont nullement malades.

Autopsie. — Pupilles énormément dilatées; iris à peine visibles; estomac rougeâtre, parsemé de taches ou plaques rondes, blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse lentille. Ces plaques sont formées par la muqueuse boursouflée et quelquefois ulcérée. Intestins sains; poumons contenant beaucoup de sang; foie volumineux, plein de sang; reins et vessie énormes et distendus par l urine. La substance blanche du cerveau laisse écouler une rosée sanguinolente. Les méninges sont injectées.

2e *Expérience.* — Le 22 avril, à cinq heures du soir, je fais avaler aux deux chats restants et qui ne sont nullement malades : au premier, de l'eau distillée, préparée avec soin et ne jaunissant pas les bases alcalines, mais très-nauséabonde; au deuxième, de l'eau qui a macéré pendant très-peu de temps sur la racine. Cette eau, qui est trouble, se colore fortement en jaune par les alcalis, elle contient beaucoup d'atractyline.

Le chat qui a avalé l'eau distillée ne paraît nullement malade; celui qui a pris le macéré meurt le 23, à midi.

Autopsie. — Pupilles énormes; estomac pointillé de rouge, à muqueuse rongée dans beaucoup d'endroits, à parois considérablement amincies, intestins enflammés. Dure-mère enflammée; poumons et foie gorgés de sang. L'estomac et l'œsophage sont pleins d'atractyline et de viscine très-blanches. Le sang paraît avoir subi une altération, il est trouble et violacé. Reins énormes.

3e *Expérience.* — Le 1er mai, à dix heures du matin, je fais prendre à un chat l'acide obtenu par l'éther, comme je l'ai indiqué à l'article acide cynarique, et très-concentré au bain-marie. La quantité a été de 5 à 6 gouttes dans du lait, qui a caillé sur-le-champ. Le 2 mai au matin le chat était mort.

Autopsie. — Estomac rouge, enflammé, ulcéré; foie extrêmement gros, gonflé par un sang trouble et violacé; rate énorme, cœur gauche plein de sang; poumons aussi pleins de sang. Le cerveau est injecté, ainsi que ses enveloppes; les reins sont volumineux; les pupilles sont encore tout à fait dilatées.

Conclusions. — De l'ensemble de ces recherches, et malgré le manque de certitude dans un des résultats que j'ai obtenus, je crois pouvoir conclure : 1° que la racine d'atractylis gummifera, et probablement toute la plante à l'état cru, est un poison narcotico-âcre, agissant en même temps comme irritant des voies digestives et stupéfiant du système nerveux ganglionaire; 2° que la propriété vénéneuse de cette plante réside, selon toute probabilité, dans un acide nouveau, mais encore peu étudié, que j'ai nommé *atractylis;* 3° que les divers autres principes ne sont pas capables de causer la mort, malgré la fétidité de l'huile essentielle; 4° que la mort est toujours assez éloignée de l'ingestion du poison, ce qui fait espérer des succès de l'administration d'un contre-poison et des soins d'un médecin; 5° que la méthode la plus rationnelle de traiter les enfants qui seraient encore empoisonnés par l'atractylis, est de faire d'abord vomir, puis d'administrer de l'eau de chaux ou de la magnésie; 6° que Dioscoride et Galien ont eu raison de considérer l'atractylis gummifera probablement comme étant une plante vénéneuse.

Je n'ai pu songer à aucune analyse élémentaire, n'étant pourvu d'aucun des instruments nécessaires, ayant été souvent obligé, dans ces quelques recherches, de me servir de toute espèce d'ustensiles. Je me suis souvent vu aussi dans la nécessité de préparer mes réactifs moi-même, étant dans un village, loin des villes. Ainsi, n'ayant pas d'abord de tournesol, j'ai dû employer un sirop bleu, fabriqué avec les fleurs de l'*iris germanica.* Je dois dire, en outre, que ne faisant pas de la chimie une étude spéciale, je craindrais, même en étant bien pourvu des objets nécessaires, de manquer de force pour mener à bonne fin une opération aussi délicate qu'une analyse élémentaire de corps nouveaux, de la détermination de leurs équivalents chimiques et de leur constitution anatomique.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le Conseil académique de Paris vient de rectifier ainsi qu'il suit (et rectifier est ici le mot propre) la liste de présentation des candidats à la chaire de clinique chirurgicale :

1° M. Jobert;
2° M. Michon;
3° M. Gosselin, qui a obtenu 11 voix sur 14 votants.

— Dans le comité secret qui a eu lieu aujourd'hui à l'Académie des sciences, on a discuté les titres des candidats à la place vacante par le décès de M. Roux. Après une discussion sur laquelle nous aurons à revenir, la liste suivante, présentée par la commission, a été arrêtée :

1° M. Claude Bernard;
2° M. Jobert;
3° MM. Longet et Baudens;
4° MM. Laugier et Malgaigne;
5° MM. Leroy (d'Étiolles) et Maisonneuve.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 74. 2e année. Jeudi 22 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 21 Juin 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 12 Juin.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites dans cette séance : par ordre de date se présente celle de M. Laugier.

M. Laugier, on le sait, est un chirurgien ayant une certaine tendance à l'assoupissement, d'une portée d'esprit un peu circonscrite, mais d'un jugement généralement droit, d'un sens pratique juste, d'une assez grande habileté manuelle, et même, ce qui pourra surprendre davantage, d'une assez grande finesse d'observation, et de beaucoup de tact.

Comment, avec des qualités essentielles qui sont celles du praticien, M. Laugier est-il venu lire un travail sur l'accroissement de la membrane des bourgeons charnus et sur les usages du pus dans la cicatrisation des plaies, c'est-à-dire sur deux questions dont l'une est une question d'anatomie pathologique pure, et l'autre une question de causes finales? C'est un problème psychologique qui se présente bien souvent à l'esprit du philosophe et qu'on n'a pas encore résolu autrement qu'en rappelant les bigarrures de l'esprit humain, c'est-à-dire qu'on ne l'a pas résolu du tout.

Quoi qu'il en soit, les observations que M. Laugier a faites sur l'accroissement en épaisseur de la membrane pyogénique et sur sa transformation en membrane cicatricielle n'en sont pas moins fort curieuses, et, quoiqu'elles ne soient pas encore complétement démonstratives, elles n'en sont pas moins un témoignage patent de cette sagacité que nous venons de signaler comme une des qualités de M. Laugier. Nous nous sommes seulement étonné, en lisant ces observations, que l'honorable chirurgien n'ait pas jugé à propos de lever les incertitudes qu'a dû lui laisser son travail, en faisant sur les animaux quelques expériences qui eussent été facilement démonstratives.

Quant au second problème, relatif aux usages du pus, M. Laugier s'est lancé dans des régions trop élevées pour ne pas aboutir à une chute. Dire, par exemple, que « la

FEUILLETON.

Note sur les toxicophages allemands, ou Examen de quelques propriétés de l'arsenic,

Par M. A. IMBERT-GOURBEYRE, *professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.*

Les faits énoncés par le docteur Tschudi ont paru singuliers et nouveaux. Si le journal des sciences médicales de Bruxelles a fait quelques réserves sur ce mode d'action prétendu nouveau de l'arsenic, je puis dire que le public, qui a lu dans les journaux politiques l'histoire singulière des toxicophages, n'a pas été aussi réservé : beaucoup de clients qui lisent un journal ont probablement interpellé leur médecin sur cette histoire, et certes je ne voudrais pas être chargé de donner l'analyse des réponses variées formulées en cette circonstance, réponses dont la plupart auront flotté entre la négation des faits et les explications les plus nuageuses, sans oublier de passer par l'idiosyncrasie, mot grec créé et mis au monde pour se tirer souvent d'embarras.

Mais la science véritable doit se rendre compte des faits, quand ils sont vrais et bien établis ; elle n'a point coutume de vivre de négation, ou de pures fantaisies imaginalistes. Or, à propos de toxicophages, la science moderne possède des faits nombreux et traditionnels, et ne reste pas occulte en présence de ce qu'il peut y avoir de vrai dans les faits au moins grossièrement exagérés signalés par le docteur Tschudi.

Il me sera facile de démontrer d'abord que l'existence des toxicophages est chose connue depuis longtemps, et que l'arsenicophagie, ou, pour parler plus simplement, l'usage interne de l'arsenic a été de tout temps, depuis Dioscoride jusqu'à nos jours, depuis dix-huit cents ans, un fait populaire et même universel ; secondement, que l'usage que les paysans de certaines contrées d'Autriche en font pour acquérir de l'embonpoint et pour gravir facilement leurs hautes montagnes, ainsi que son emploi par les maquignons viennois, reposent sur des propriétés réelles, bien connues de cette substance.

Il y a plus de 30 ans qu'il en a déjà été question en Allemagne, à Vienne même, où a été publié l'article du docteur Tschudi. On lit, en effet, dans le journal de médecine d'Autriche (*Medic. Jahrbuch des osterr. States*, 1822, p. 99) : « Dans le cercle de l'Obersteyer, il est peu de maisons qui « ne soient pourvues d'arsenic. On s'en sert dans les maladies d'animaux « domestiques, dans les affections vermineuses, et comme stomachique « pour exciter l'appétit. J'ai vu un paysan en avaler, en ma présence, 10 « centigrammes environ à la pointe de son couteau. C'était sa ration quo« tidienne. Il disait ne pouvoir vivre sans cela. En plusieurs endroits, on « en met dans le fromage, ce qui a déjà causé plusieurs empoisonne« ments. »

Vogt, dans son *Traité de matière médicale* (*Arzneimittellehre*, t. 1, p. 507), répète ce fait et ajoute : « Il est constant que les vieux chevaux ruinés reprennent de l'appétit, de la vivacité et des forces, en leur faisant manger de l'arsenic. » En 1844, M. Boudin a rappelé qu'en Styrie on est dans l'habitude d'ajouter une petite quantité d'acide arsénieux au fromage, et que dans certaines provinces de l'Allemagne, on donne l'arsenic aux bestiaux privés d'appétit.

Dans son excellente *Monographie sur l'arsenic*, Wurmb (*der arsenik*..., Wien., 1845) dit que les chasseurs de chamois du Steyermark et de l'Oberösterreich regardent l'arsenic comme le meilleur prophylactique de

période de suppuration est indispensable dans les plaies exposées, *parce que le pus contient un des éléments de la cicatrice,* » c'est dire que la suppuration est indispensable à la formation de l'épiderme, parce que le pus contient un des éléments de l'épiderme ; c'est affirmer que la nature n'avait pas d'autres voies pour arriver à la cicatrisation que la suppuration; c'est en un mot ne rien dire, à moins de tomber dans des vérités de M. de Lapalisse ou de Thomas Diafoirus, ce que M. Laugier n'a pu éviter dans sa troisième conclusion, ainsi conçue : « La suppuration est un mode du travail adhésif approprié aux conditions des plaies exposées ; » proposition qui peut être remplacée par la suivante, sans que le sens en soit aucunement changé : « *La suppuration est un mode* du travail adhésif *des plaies qui suppurent.* »

M. Laugier nous promet, pour une occasion ultérieure, la partie pathologique de ses recherches; il est probable que cette partie sera plus en rapport avec les talents de l'auteur, et partant plus intéressante pour les praticiens.

— La seconde communication est de M. Schiff, qui, cette fois, s'est exprimé d'une manière parfaitement intelligible. Les expériences dont il a entretenu l'Académie semblent prouver que, dans la paralysie d'un membre, il se produit deux actions différentes sur la nutrition des os : « 1° une atrophie dépendant du défaut de mouvement ; 2° une hypertrophie dépendant de la dilatation vasculaire qui, d'après les expériences de M. Cl. Bernard, suit immédiatement la section des nerfs. Ce sont là des faits de physiologie expérimentale qui ne peuvent jusqu'à présent qu'être consignés dans la science, et dont on ne prévoit pas encore les applications.

— La troisième communication offre un vif intérêt, et il a fallu à son auteur un grand zèle scientifique pour la faire même telle qu'elle est, dans les conditions peu favorables où il se trouve ; c'est celle de M. Commaille, que nos lecteurs ont pu apprécier dans notre dernier numéro.

— M. Leclerc, de Tours, continue ses recherches sur le système nerveux et la sensibilité des plantes ; le fait qu'il signale cette fois ne manquera pas d'un certain intérêt quand il sera bien étudié.

— M. Gros a présenté, sur la génération des vers nématoïdes, une Note qui n'éclaircit guère celles de M. Van Beneden, et qui même semble les compliquer de la grande question des générations spontanées, à laquelle on doit craindre, d'après sa Note, que l'auteur ne soit pas suffisamment préparé.

— Un naturaliste et un anatomiste distingué qui a un défaut bien rare, l'excès de modestie, M. Gratiolet, a adressé un Mémoire sur les circonvolutions cérébrales des Primates, et il a fallu que la libérale initiative de M. Flourens fît remarquer à l'auteur que son œuvre était digne de concourir pour le prix de physiologie expérimentale. Ce travail, en effet, met en lumière des faits de physiologie philosophique d'un grand intérêt dont nous présenterons un court exposé à nos lecteurs. H. DE CASTELNAU.

Hôpital Lariboissière. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur l'altération des liquides dans les maladies.

Les Leçons que je me propose de vous exposer ont pour but de vous montrer les ressources que la pratique médicale peut retirer des applications de la chimie. Depuis quelques années, on s'occupe beaucoup de chimie pathologique ; cependant, jusqu'à présent, cette branche nouvelle de la science a pour ainsi dire été le bénéfice de quelques médecins. Pourtant, si l'on songe à tous les avantages qu'on peut en retirer, il y a lieu de s'étonner qu'on l'ait autant négligée. Vous comprendrez, en suivant ces Leçons, quels précieux moyens d'investigation la chimie, appliquée à la pathologie, vous donnera dans certains cas déterminés. Les opérations que nécessite cette étude sont très-simples, comme vous le verrez ; il n'est besoin que d'un très-petit nombre d'instruments, et tout médecin peut et doit les avoir à sa disposition. Je ne veux pas ici vous faire un cours de chimie, mais bien plutôt une application des sciences chimiques à la médecine proprement dite, et, par-dessus tout, à l'anatomie pathologique. Les moyens que je vous propose sont un mode de plus pour le diagnostic de la maladie, et non-seulement pour le diagnostic, mais encore pour le pronostic et la thérapeutique à suivre. Ce n'est donc pas une doctrine nouvelle, un humorisme régénéré que je vous propose, mais tout simplement un nouveau moyen d'arriver à une plus grande certitude, et, je ne crains pas de le dire, de mieux diriger le traitement, et, dans certains cas même, la chimie seule peut nous révéler l'essence intime de la maladie. Toutefois, ne pensez pas que je veuille ravaler les autres modes d'exploration à son profit. Je désire seulement vous con-

---

l'asthme, et qu'ils montent rarement à des hauteurs considérables sans avoir avalé auparavant quelques doses de ce poison.

Mais en remontant dans la tradition, nous trouvons ces faits isolés confirmés par un usage encore plus général.

Moscati, médecin italien qui vivait à la fin du siècle dernier, rapporte que dans la Vénétie, l'Illyrie et la Dalmatie, l'arsenic était d'un usage populaire contre l'asthme.

Au commencement du XVIIe et surtout du XVIIIe siècle, il en était de même en beaucoup d'endroits de l'Italie, de la France, de la Pannonie, de la Thuringe, d'après les témoignages de Van Helmont, Lemery, Wepfer, Stahl et Wedel. L'arsenic était alors administré principalement comme fébrifuge, non-seulement par les médecins civils et militaires, mais par les charlatans, les exécuteurs des hautes œuvres et les médicastres de toute espèce. Au XVIe siècle, J. Lange disait encore que cette substance était usitée de temps immémorial contre l'asthme dans la Dacie et la Pannonie.

Klaproth raconte même que dans toute l'Asie, l'arsenic est d'un usage universel depuis des siècles. Les Chinois fabriquent une grande quantité de petits bâtons médicamenteux, composés en grande partie de réalgar, ou sulfure d'arsenic. Ces bâtonnets sont très-usités en Chine, en Russie et en Arménie. On les fait dissoudre dans du thé pour les administrer dans un grand nombre de maladies.

Enfin, en remontant au sommet même de la tradition, nous voyons l'arsenic employé par tous les médecins arabes, et signalé comme un médicament précieux par Pline, Dioscoride et Galien.

L'arsenic a donc toujours été un remède populaire. Il y a longtemps que les prétendus toxicophages du docteur Tschudi existent non-seulement dans la contrée indiquée par lui, mais dans bien d'autres pays encore. Les faits signalés par le médecin allemand ne sont donc pas des faits nouveaux ; on en a parlé il y a trente ans, il y a un et plusieurs siècles. Faudra-t-il donc toujours répéter ce que Salomon disait il y a trois mille ans : *Nihil novum sub sole ?*

Si le docteur Tschudi avait connu un peu mieux l'histoire traditionnelle de l'arsenic, il n'aurait pas décoré du beau nom de toxicophages, ou mangeurs d'arsenic, les paysans autrichiens qui font usage de cette substance de temps immémorial. Il y a là tout simplement usage médical, et non pas toxicophagie. A l'aide d'une observation plus exacte, M. Tschudi eût vu que les paysans autrichiens sont mangeurs d'arsenic au même titre que nos malades sont mangeurs d'opium, ou de belladone, quand nous administrons ces substances dans les états morbides qui le réclament, ce que l'on comprendra plus facilement, en prouvant la seconde partie de ma thèse, à savoir que l'emploi de l'arsenic par les paysans autrichiens repose sur les propriétés bien connues de cette substance.

Si M. le docteur Tschudi assure que les montagnards de la Styrie, pour monter plus facilement à des hauteurs considérables, prennent de petits morceaux d'arsenic qu'ils laissent fondre dans la bouche, ce fait, avancé aussi il y a dix ans, par le docteur Wurb, repose uniquement sur la propriété anti-asthmatique bien connue de cette substance, propriété connue de toute antiquité. *Asthmaticis*, disait Dioscoride, *in potione porrigitur*. La même tradition se retrouve chez les médecins arabes, rhasez, serapiou. *Datur quoque*, disait ce dernier, *in pilulis contra asthma*. Nous

vaincre qu'elle a une immense utilité et qu'elle doit être élevée à la hauteur des autres modes d'exploration que le XIXe siècle a pour ainsi dire créés ou rajeunis.

La percussion, l'auscultation, sont de précieuses ressources dans les affections de poitrine; sans elles, la sagacité médicale serait souvent en défaut. Ces deux admirables découvertes ont révolutionné la science. Depuis vingt ans, le microscope a rajeuni l'anatomie pathologique; la chimie, appliquée à notre art, ne rend pas de moins grands services : c'est elle qui se charge de nous donner le dernier mot de phénomènes jusqu'alors insolubles.

Arrivons aux faits et prenons un exemple; soit le sang.

Que fait-on, quand on consulte ce liquide? On s'en tient à ses caractères physiques, et l'on conclut selon que tel ou tel caractère se présente. Eh bien! cet examen superficiel devient une source intarissable d'erreurs; car, vous le savez tous, plusieurs conditions influent notablement sur la coagulation de ce liquide, et, d'après la manière dont il s'est échappé de la veine, il présente des aspects différents. S'écoule-t-il en bavant, il se coagule lentement et la couenne ne se forme pas; s'écoule-t-il dans un vase long, effilé, vous aurez beau faire, la couenne ne se montrera pas; est-il, au contraire, reçu dans des vases très-larges, la couenne manquera encore, même dans les inflammations les plus aiguës, malgré que la saignée ait donné un jet continu. C'est un fait que nous avons souvent constaté, M. Rodier et moi, quand nous faisions nos expériences, et, dans ces cas aussi, nous ne pouvions conséquemment étudier le sérum. Il est enfin une circonstance qui influe notablement sur la coagulation, c'est la température ambiante; ainsi, dans les temps chauds et orageux, la couenne se forme difficilement. La chimie, dans ces cas, réparera facilement l'erreur où nous induit l'examen physique.

Il m'est arrivé plusieurs fois, messieurs, de ne pas rencontrer de couenne inflammatoire dans les inflammations les plus vives, et pourtant la fibrine du sang augmente toujours dans ces sortes d'affections. C'est dans ces cas qu'il est de toute nécessité de connaître la quantité de fibrine contenue dans une saignée, car de cette connaissance dépend l'indication thérapeutique.

Un jeune homme robuste, bien constitué, placé dans une pension où les conditions de nourriture n'étaient probablement pas très-bonnes et ayant fait des travaux opiniâtres pour se préparer à l'École militaire de Saint-Cyr, fut pris, à la suite d'un frisson, des signes d'une pneumonie double; je pratiquai une large saignée que l'on jeta sans m'en rien dire. Le soir, trouvant la pneumonie passée du râle crépitant au souffle, je fis pratiquer une seconde saignée par mon interne qui devait y passer la nuit. Le lendemain matin, le souffle existe des deux côtés, la fièvre est aussi intense. Je demande une consultation; le consultant trouve des signes inflammatoires tellement énergiques qu'il prescrit une troisième saignée, que nous n'hésitons à adopter, vu l'absence de la couenne; nous avions eu le malheur de ne pas demander si le sang avait coulé en jet. La troisième saignée coule dans les conditions requises, le coagulum est mou, couleur lie de vin, sans couenne aucune.

Nous avions affaire à un état typhoïde, à un de ces états morbides qu'on observe chez les animaux surmenés et auquel ils succombent si rapidement. Vingt-quatre heures après, le malade meurt, en proie à un délire furieux, malgré l'emploi des vésicatoires et du quinquina. N'est-il pas évident que, si la première saignée eût été analysée, on eût trouvé un chiffre de fibrine qui eût empêché d'insister sur les émissions sanguines, bien qu'il soit probable qu'en raison de la manière violente dont les accidents avaient débuté, on n'eût pas eu plus de chances de sauver le malade?

Un commerçant, âgé de 42 ans, placé dans de bonnes conditions hygiéniques, mais fatigué par les voyages de nuit qu'il faisait depuis un mois, dans l'intérêt de son commerce, est pris de frissons et de fièvre. Au bout de trente-six heures, une douleur d'estomac très-vive avec vomissements se manifeste, ainsi que de la toux et une expectoration sanguine. Le médecin appelé près de lui trouve une fièvre violente et du râle crépitant à la base des deux poumons. Une première saignée est pratiquée, elle coule bien, mais il n'y a pas de couenne, pas d'amélioration; on parvient à arrêter les vomissements : vingt-quatre heures après, le râle crépitant s'est généralisé; le médecin pratique une seconde saignée qui coule très-bien, mais qui n'amène aucun soulagement. Le quatrième jour, l'état du malade allant de pis en pis, on appelle trois consultants : je fus l'un des trois. Nous diagnostiquons une pneumonie double, et après l'examen du sang de la seconde saignée, nous fûmes d'avis que c'était une pneumonie maligne ou plutôt une congestion sanguine des deux poumons, développée sous l'influence d'un état typhoïde aigu. Malgré les vésicatoires, malgré le quinquina, le malade mourut trois jours après.

Ce cas est analogue au précédent. Si l'on eût analysé le sang de la première saignée, on n'eût certes pas insisté sur les émissions sanguines, la thérapeutique eût été tout opposée à celle qui fut suivie.

A chaque pas dans votre pratique vous aurez, messieurs, besoin des applications de la chimie pour connaître la qualité du sang. Par elle, vous apprendrez que dans les pyrexies, la fièvre typhoïde, par exemple, les globules et la fibrine s'abaissent de

---

avons déjà cité l'opinion de Lange, au XVIe siècle, ainsi que celle de Moscati. Au siècle suivant, d'après Ettmuller, l'arsenic était d'un usage domestique contre l'asthme. Le docteur anglais Alexander, célèbre par quelques expériences toxicologiques, disait avoir guéri, par ce moyen, quelques cas d'angine de poitrine, et pensait, d'après ces résultats, qu'on pouvait aussi l'employer dans l'asthme. Desgranges, Fodéré, Harless, tous les trois, auteurs de bons travaux sur l'arsenic, ont confirmé cette propriété de l'arsenic par leurs observations propres : *In nullo alio morbo*, dit Harless (*De arsenici usu*, 1811), *præter febrem et cancrum, arsenicum jam inde ab antiquissimis temporibus tantam salutiferæ suæ virtutis famam, tantamque fidem inter plurium terrarum populum, obtinuit quam in asthmate* (p. 327).

En 1848, M. J.-P. Tessier, médecin des hôpitaux de Paris, publia, dans la *Revue médico-chirurgicale*, un travail important sur l'arsenic, et soutint qu'on peut l'employer utilement dans la névrose des organes de la respiration, comme l'angine de poitrine.

Ainsi, comme on le voit, l'arsenic, depuis Dioscoride jusqu'à nos jours, a été constamment employé dans l'asthme; il a même reçu le baptême populaire. Il n'est donc pas étonnant que les chasseurs des Alpes prennent de petites doses d'arsenic pour pouvoir gravir avec plus de légèreté leurs montagnes : ils combattent ainsi l'asthme occasionnel, qui est dû à une marche ascendante et pénible, variété d'asthme que Sauvages aurait peut-être appelée *asthma ex ascensu*.

Aujourd'hui en France, l'emploi de l'arsenic, dans le cas d'asthme est à peu près tombé complétement en désuétude. Malgré les travaux de Biett, de MM. Boudin et Fuster, quoique l'arsenic soit un de nos meilleurs antidartreux et fébrifuges, ce médicament, même en général, est très-rarement employé de nos jours. Il a pourtant une sphère d'action thérapeutique pour le moins aussi étendue que celle de la belladone, de l'opium, du kina et de nos médicaments le plus en crédit. Le même sort est partagé, du reste, par beaucoup d'autres substances médicinales très-actives, autrefois en usage, et condamnées aujourd'hui à l'oubli, grâce à la médecine physiologique, qui *règne* encore quoiqu'elle ne *gouverne* plus. A cette heure, nous sommes obligés de renouer péniblement les fils de la tradition interrompue. Il faut le dire à sa louange, l'École hahnemanienne a été plus conservatrice que la nôtre : elle a recueilli avec respect, avec minutie même, tous les faits d'action physiologique et thérapeutique de nos médicaments, et ces catalogues de symptômes, qu'elle a décorés du nom de pathogénésies, nom purement doctrinal, sont, à mon sens, des matériaux très-précieux pour l'étude de la matière médicale. Oui, la plus grande partie des travaux de l'École hahnemanienne appartient à la tradition médicale; c'est là qu'ils ont été puisés, et la plupart des pathogénésies ne sont nullement sorties d'un seul jet du cerveau créateur d'Hahnemann. Doué d'une érudition immense, le chef d'école allemand a réuni en faisceau les nombreux travaux épars sur les propriétés des médicaments depuis Dioscoride jusqu'à nos jours, et joignant aux faits traditionnels, dont il a rarement indiqué l'origine, les résultats de son expérimentation personnelle, il a présenté un ensemble de travaux qui, sans parler du niveau doctrinal auquel il les a soumis, a paru à beaucoup de médecins, à M. le professeur Trousseau en particulier, de *simples rêveries hypocondriaques*. Mais en portant dans

plus en plus à mesure que la maladie se prolonge ; que dans le scorbut, celui qui se montre à l'état aigu, la fibrine augmente, mais que les sels alcalins augmentent aussi ; que dans la pléthore il n'y a pas, comme on l'a dit, augmentation du chiffre des globules, et que les symptômes de cette imminence morbide peuvent se rencontrer avec des états très-opposés du sang. Ces connaissances une fois acquises, appliquez-les à la thérapeutique, et vous proscrirez la saignée dans la fièvre typhoïde, tandis que, revenant aux idées anciennes dans le traitement du scorbut aigu, vous emploierez la méthode de Lind et de Sydenham, qui consiste à pratiquer au malade une ou deux saignée générales au début de la maladie ; et quant aux états de pléthore, états si variés sous le rapport de la composition du sang, la réplétion trop forte du système vasculaire indique de toute nécessité l'emploi de la saignée avant tout autre traitement.

En 1849, quand je remplaçais M. Serres à la Pitié, il arriva dans mon service plusieurs colons de la Sologne, atteints de cachexie paludéenne, et présentant des hydropisies ; chez ces malades, la rate était peu volumineuse. L'analyse du sang m'a montré une diminution considérable d'albumine qui, de 80, était descendue à 40. Le pronostic eût été jugé grave, pour nous il ne l'était pas. Le quinquina, les toniques ne tardèrent pas à faire disparaître le liquide, tandis que si nous eussions administré les ferrugineux, l'état des malades eût plutôt empiré. Les préparations ferrugineuses, en effet, sont sans action sur l'albumine ; elles reconstituent seulement les globules et ne doivent être employées que dans les cas où il existe des bruits vasculaires.

Voyons maintenant l'urine.

J'aborde là un sujet que tout le monde connaît plus ou moins. Chacun sait qu'il suffit de verser de l'acide nitrique dans l'urine pour révéler dans ce liquide la présence de l'albumine. Mais cela suffit-il ? Non, il faut encore, connaître la quantité d'albumine, afin de savoir si la maladie tient à une altération des liquides ou des solides. La chimie seule peut vous dire l'instant précis où l'altération change.

De même dans le diabète, il est indispensable de déterminer la quantité de sucre éliminée : sans doute, la liqueur de Bareswill vous décélera la présence du sucre, mais la réaction est, si j'ose le dire trop belle, car la moindre quantité de sucre donne une coloration magnifique. Il faut doser le sucre au moyen du polarimètre, et, pour le dire en passant, il y a près de 18 centigrammes de sucre par chaque minute de déviation de la lumière.

Les éléments qui constituent l'urine peuvent, par le fait de la maladie, être diminués ou devenir plus abondants. L'urine peut contenir aussi des éléments étrangers, tels que du pus, du sang, du mucus. Qui ne voit qu'il est de la plus haute importance, non-seulement de reconnaître ces principes, mais encore d'en pouvoir apprécier la qualité?

L'étude de la bile et du suc pancréatique donne lieu à peu d'applications, si ce n'est pour les calculs biliaires qui, le plus souvent, constitués par du mucus et de la cholestérine, ne renferment quelquefois pas un atome de cette dernière substance.

Le lait, que nous étudierons ensuite, est aussi un des liquides que le praticien doit bien connaître ; car, à chaque instant, il est appelé pour présider au choix d'une nourrice ; à chaque instant il peut être requis pour donner ses soins à l'enfant. L'analyse chimique vous dira que le lait de femme ne contient pas d'albumine, que certains laits de vache en renferment beaucoup, tandis que d'autres n'en renferment pas du tout; que le lait de chèvre en est toujours très-riche. Aussi, supposez un enfant diarrhéique, et vous serez amenés à proscrire le lait de la nourrice, qui ne peut qu'entretenir cet état, et à alimenter l'enfant avec du lait de chèvre, à cause de son principe albumineux, ou bien à analyser du lait de vache, pour en trouver un qui contienne de l'albumine.

Enfin, messieurs, je terminerai ces leçons par l'étude des sécrétions des muqueuses, des séreuses et de la peau, et, à l'occasion de chacune de ces sécrétions, je vous montrerai tous les avantages que la pratique peut en retirer, et combien les applications de la chimie à la pathologie peuvent jeter de jour sur des questions jusqu'alors inconnues.

Entrons donc en matière et commençons l'étude du sang.

Le sang contient, en dissolution ou en suspension, un grand nombre de principes chimiques.

Ces éléments sont : l'eau, la fibrine, les globules, l'albumine, des matières grasses, des sels, des matières extractives; nous prendrons ces éléments chacun l'un après l'autre, puis nous arriverons aux faits cliniques qui découlent de cette étude.

Voyons d'abord la *fibrine*.

Pour extraire la fibrine, les procédés sont très-simples : ou il s'agit de connaître la quantité de fibrine d'une saignée qu'on doit faire, ou il faut connaître le poids de la fibrine d'une saignée déjà effectuée.

1er *cas*. — On pèse le vase qui doit recevoir le sang; puis on le pèse de nouveau quand il est rempli : la différence entre les deux pesées donne le poids du sang ; on verse ce liquide dans une cuvette large et ronde, et on le bat avec une vergette jusqu'à ce que toute la fibrine soit coagulée ; on filtre le sang à travers un linge; il reste la fibrine, que l'on enveloppe dans un nouveau linge, puis on la lave et on la dessèche dans un appareil *ad hoc*. Le poids de la fibrine desséchée, rapporté à 1,000 grammes de

---

la plupart de ces pathogénésies, si détaillées et si minutieuses, le flambeau de l'érudition, on remonte facilement aux sources nombreuses où le célèbre médecin allemand a puisé. Ai-je besoin d'ajouter, à propos de l'arsenic, que la nouvelle école en fait un grand usage dans l'asthme et autres affections où domine le symptôme dyspnée? Hartmann, en particulier, le recommande dans l'asthme aigu de Millar.

Le docteur Tchudi ajoute que, se fondant sur la pratique empirique des paysans de la Styrie, il a administré la liqueur de Fowler avec un succès signalé dans certains cas d'asthme. Si le médecin allemand avait connu la tradition médicale à cet égard, il aurait vu que, depuis longtemps, les médecins, comme le peuple, avaient fait usage de l'arsenic dans le même cas, et qu'il ne faisait que confirmer, par de nouvelles expériences, un fait avéré et déjà très-ancien.

Mais est-il vrai que l'arsenic ait la propriété d'*engraisser* les hommes et les chevaux, et d'être un stomachique réel, pour parler un vieux style?

Il va de soi que les paysans autrichiens dont parle le docteur Tschudi ne prennent de l'arsenic que lorsqu'ils sont malades, et parce que l'empirisme traditionnel leur a révélé les vertus de cette substance dans certains états morbides, par la même raison qu'à Vienne on ne donne de l'arsenic qu'aux chevaux ruinés que l'on veut refaire. Il y a là, je le répète, usage médical et non toxicophagie, d'autant que le médecin allemand fait remarquer que cette toxicophagie ne dégénère point en passion, comme l'opiophagie en Orient, la mastication du bétel aux Indes, etc.

De cette pratique empirique à l'abus, il n'y a qu'un pas, et c'est, je crois, cet abus qui a paru constituer le fait de toxicophagie.

Il existe dans la science une foule de documents qui viennent certifier l'influence qu'a l'arsenic sur la nutrition. Cette substance jouit de propriétés thérapeutiques remarquables dans un grand nombre d'états morbides, comme les fièvres intermittentes, les fièvres continues graves, la mélancolie, certaines cachexies, comme les diverses phthisies de l'ancien cadre nosologique, toutes maladies dont le premier effet est d'altérer profondément la nutrition, c'est-à-dire d'amaigrir. Je prends çà et là quelques faits et opinions à l'appui.

Keil, médecin allemand, qui figure sur la longue liste des auteurs qui ont célébré les vertus fébrifuges de l'arsenic, disait il y a plus de cinquante ans : « Multorum esse hominum exempla arsenico ita curatorum qui post hanc curationem multo meliore sanitate, *robustioreque et obesiore corpore* quam antea fruerentur. »

Bernhardt, autre médecin allemand, l'employait avec succès contre l'atrophie chez les enfants : « *Non solum,* dit Harless, *febres intermittentes, sed atrophiam quoque infantum curavit.* »

Willan, en répétant les expériences de son ami Fowler, confirma ces résultats dans des circonstances analogues.

Hecker, après avoir blâmé l'usage de l'arsenic comme fébrifuge, converti par les faits, s'était rallié à l'opinion véritable. A la suite de l'administration de ce médicament, il disait avoir constaté, après quelques troubles de la digestion : « Celerem digestionis læsæ restitutionem, *ciborumque appetitum adeo eximium, ut vix satisfacere si possent ægroti.*» Harless cite plusieurs observations analogues.

M. Boudin est parvenu à faire prendre à plusieurs malades jusqu'à

sang donne, par une simple proportion, la quantité de fibrine contenue dans la saignée.

2e *cas*. — On veut avoir le poids de la fibrine d'une saignée déjà faite. Pour cela, on pèse le vase rempli de sang, puis le vase vide; la différence des deux pesées donne le poids du sang. On verse le caillot dans un linge, on le triture, on le malaxe entre les doigts, puis on lave à grande eau jusqu'à ce que la fibrine soit devenue blanche; on dessèche, puis on pèse.

Ces deux procédés se valent l'un et l'autre.

A l'état normal, la quantité de fibrine est, d'après M. Lecanu, de 3/1000. Ce chiffre, que M. Andral a pris pour base de ses opérations, nous paraît trop élevé. Nous avons étudié, M. Rodier et moi, la fibrine dans 19 cas, et nous avons obtenu une moyenne de 2,3; toutefois, des expériences ultérieures nous ont démontré que ce chiffre est un peu trop faible, et que la moyenne vraie est de 2,5.

Cette moyenne varie certainement, dans certaines limites, dans l'état physiologique; toutefois les influences sont peu marquées, et dans tous les cas où nous avons noté l'âge, le sexe, le tempérament des individus dont nous avons analysé le sang, nous avons toujours vu les chiffres osciller autour de 2,5. Je dois dire aussi que ces analyses ont eu lieu sur du sang provenant d'individus adultes, nous n'avons pas d'analyses chez les enfants.

Il est un état particulier de l'économie, état entièrement physiologique, la grossesse qui donne lieu à ce curieux résultat. Chez les femmes bien portantes, la quantité de fibrines s'accroît continuellement, depuis le début jusqu'à la fin de la grossesse. Ainsi de 2,5 moyenne physiologique, la fibrine monte à 4 4,5. Cette augmentation énorme d'un tel élément ne peut-elle pas donner la clef de plusieurs des phénomènes qui se passent dans l'état puerpéral et ne favorise-t-elle pas les phlegmasies si nombreuses dans cet état, et je dirai toujours si violentes.

Voyons maintenant ce qui se passe dans l'état morbide. La fibrine du sang est tantôt augmentée, tantôt au contraire elle est diminuée. Cet élément peut présenter toutes les nuances d'augmentation, depuis 3 jusqu'à 10; toutefois, nous pouvons établir deux séries : 1° la fibrine augmente considérablement; 2° son augmentation est légère.

A. Augmentation considérable de fibrine (chiffres compris entre 5 et 10) *exclusivement*. — C'est surtout dans les phlegmasies que l'on rencontre une augmentation considérable de fibrine. MM. Andral et Gavarret ont le mérite d'avoir établi cette loi pathologique importante qui ne nous paraît pas souffrir d'exception, bien entendu quand la phlegmasie n'est pas compliquée. L'élévation de la fibrine est en rapport avec l'intensité de la phlegmasie, et parmi ces affections, il en est deux, surtout la pneumonie et le rhumatisme articulaire aigu, qui plus que toute autre, augmentent la proportion de cet élément du sang. Dans la pleurésie où la couenne est si rétractée, la quantité de fibrine dépasse rarement le chiffre 6; elle est donc moins abondante que dans la pneumonie et le rhumatisme. Viennent ensuite, la péritonite, la bronchite, l'érysipèle de la face et les autres phlegmasies des divers organes.

A quelle cause rapporter ce phénomène? On en a donné plusieurs explications qui nous paraissent inadmissibles.

M. Marchal (de Calvi) a invoqué l'élévation de la température dans les phlegmasies, laquelle transformerait une certaine quantité de globules en fibrine; mais est-il raisonnable d'adopter cette opinion, quand on voit, dans les pyrexies, une élévation non moins considérable de la chaleur produire au contraire un abaissement variable de la fibrine ?

M. Cohen, enfin, ayant observé que la proportion de soude est diminuée, a prétendu l'expliquer par cette diminution; à cela, nous opposerons que la diminution de la soude est un fait de la diète.

Nous pensons, nous, sans vouloir l'affirmer, que l'élévation du chiffre de la fibrine est le résultat de la transformation d'une certaine quantité d'albumine. L'abaissement de l'albumine étant un fait constant, vient corroborer cette hypothèse. Mais, quel que soit, du reste, le pourquoi du phénomène, il n'en existe pas moins, et c'est à lui seul que nous devons nous attacher : c'est donc à l'état inflammatoire qu'il faut l'attribuer, sans aller chercher d'autres explications.

B. Augmentation légère de la fibrine. — Cette augmentation comprend les cas où la fibrine ne s'élève pas au delà de 5.

Elle est constante dans la chlorose, à quelque degré qu'on prenne cette maladie; aussi, ce caractère du sang est-il pour nous un des moyens de distinguer la chlorose de l'anémie, où la quantité de fibrine, parfois normale, tend toujours à s'abaisser.

Dans le scorbut aigu, l'élévation du chiffre de la fibrine est aussi un phénomène constant; ce résultat peut paraître, au premier abord, être contredit par la nature hémorrhagique de la maladie; mais je vous ferai remarquer qu'alors la fibrine n'est pas normale, et qu'elle est altérée dans ses qualités. Plus tard, nous verrons quel est ce genre d'altération.

La fibrine s'élève aussi légèrement dans les phlegmasies légères accompagnées de fièvre.

A. PERRET, *interne des hôpitaux;* MAURIN.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

18 centigr. d'acide arsénieux en vingt-quatre heures, en graduant et fractionnant les doses, sans produire autre chose que la guérison de la maladie et une notable augmentation de l'appétit (1844).

Enfin, M. J. P. Tessier (*Revue médico-chirurg.*, 1846) dit qu'on peut l'employer avec succès dans les gastralgies intenses, et qu'il a la propriété singulière de stimuler l'appétit et de faciliter les digestions.

Je termine toutes ces citations par M. Trousseau qui, répétant Harless, prétend qu'à l'état physiologique l'arsenic augmente aussi l'appétit. Il aurait été plus exact de dire à l'état pathologique, car d'après les observations directes de Jäger, Hecker, Hahnemann, etc., d'après la lecture attentive des nombreuses observations d'empoisonnement arsenical, d'après mes propres expérimentations, il est positif qu'à l'état physiologique l'arsenic abolit primitivement l'appétit, au lieu de l'exalter.

Ainsi, il constate que l'arsenic, dans certains états morbides, jouit de la propriété remarquable d'augmenter l'appétit et d'activer la nutrition, par conséquent d'engraisser, et l'usage empirique signalé par le docteur Tschudi vient donner une confirmation nouvelle à des faits déjà connus.

M. J. P. Tessier (*loc. cit.*) prétend qu'il peut amener la salivation même à des doses extrêmement faibles, comme 3 gouttes de liqueur de Pearson par jour. Ce fait est confirmé par Harless qui, en citant une observation de fièvre quarte traitée par 6 gouttes de teinture d'arséniate de soude en vingt-quatre heures, chaque goutte contenant 1/76 de grain, s'exprime ainsi à propos du malade : « *Multum screavit, exspuitque salivæ.* » On peut obtenir des effets physiologiques et thérapeutiques à des doses plus minimes encore. Hahnemann (*Journal de Hufeland*, t. 2 et 26), avant d'être arrivé à l'exagération de ses doses infinitésimales, prescrivait l'arsenic jusqu'à 1/400 de grain. Harless s'élève contre cette posologie, qu'il traite d'insolite et d'incongrue; qu'aurait-il dit, s'il avait été alors question des décillionièmes? Entre Harless et Hahnemann, il est permis de prendre le juste milieu; mais c'est à l'observation exacte de fixer et de préciser les limites du cercle dans lesquelles on doit se renfermer. Je crois fermement, pour mon propre compte, que la conscience posologique de notre siècle est appelée à descendre; j'en aperçois les symptômes dans l'administration de beaucoup de médicaments que l'on fractionne de plus en plus, *fracta dosi*, le calomel par exemple. Je ne doute pas qu'il ne s'opère plus tard une espèce de transaction entre les *allopathes* et les *homœopathes*, et que les camps rivaux, abandonnant chacun leurs prétentions excessives et outrées, ne finissent par se donner le baiser de paix sur le terrain commun et beaucoup plus solide de la loi de similitude; ce que je leur souhaite à mon point de vue d'éclectisme et d'unité médicale.

J'en ai fini avec les toxicophages allemands : comme on le voit, la tradition n'est point restée muette à l'endroit de l'arsenicophagie, et ces prétendus faits nouveaux et qui ne le sont que par l'exagération qu'on leur a donnée, déjà inscrits dans la science, et ancrés dans la médecine populaire, ne sont que quelques feuillets détachés de ce grand livre du peuple où se sont conservées beaucoup de traditions thérapeutiques précieuses; ce livre, il est bon de le consulter quelquefois; pour plus d'un médicament, c'est un bon traité de matière médicale.

THÉRAPEUTIQUE.

Huile de foie de morue. — Nouveau mode d'administration.

Par M. Sauvan.

L'huile de morue est un médicament si précieux, surtout chez les enfants, que tous les artifices imaginés pour en rendre l'usage plus commode ont à nos yeux une véritable valeur. Voici donc encore une formule présentée comme un moyen de masquer complétement la saveur et l'odeur désagréables de l'huile de foie de morue :

Pr.	Jaune d'œuf	N° 1
	Sucre.	60 grammes.
	Eau de fleurs d'oranger. .	30 —
	Huile de foie de morue . .	90 —
	Essence d'amandes amères.	1 goutte.

(*Ann. cliniq. de Montpellier.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 *Juin* 1854. — Présidence de M. Combes.

Accroissement de la membrane des bourgeons charnus et usages de la suppuration dans la cicatrisation des plaies exposées.

M. Laugier donne lecture d'un Mémoire dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

Hunter a nommé *plaie exposée* celle dont les bords n'ont pas été réunis. Un tissu de cicatrice doit combler l'intervalle de ces bords après une période de suppuration. Cette suppuration est fournie par une membrane granuleuse, nommée *membrane des bourgeons charnus,* elle-même formée d'une couche de lymphe coagulable bientôt pénétrée par des vaisseaux sanguins, des nerfs et des vaisseaux lymphatiques.

Les recherches de Thompson sur l'organisation de cette membrane s'arrêtent au moment où les bourgeons charnus sont formés, et leur membrane constituée. Celle-ci, après avoir donné le pus pendant un temps variable, se recouvre d'une pellicule épidermique et se transforme en tissu cicatriciel.

L'exposition des phénomènes de la cicatrisation des plaies exposées tels qu'on les connaît aujourd'hui, présente encore des lacunes regrettables. La membrane des bourgeons charnus, avant de former le tissu de la cicatrice, augmente visiblement d'épaisseur. Comment a lieu cet accroissement?

Elle fournit longtemps de la suppuration. A quoi sert cette suppuration? Est-elle utile ou nuisible aux plaies dont elle paraît retarder la guérison?

Ces deux questions restent dans une obscurité à peu près complète. C'est dans l'espoir de contribuer à les éclaircir que j'apporte ici le résultat de recherches qui me sont propres.

Une expérience très-simple prouve que l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus augmente par stratification ; que des couches de lymphe coagulable se superposent et s'organisent avec rapidité à sa surface, car chacune d'elles, aussitôt qu'elle est pourvue de vaisseaux, devient l'organe sécréteur de la couche qui la couvrira, jusqu'à ce qu'enfin la stratification étant complète, les vaisseaux nouveaux cessent de se former, et la sécrétion devient épidermique. Par le mot *stratification complète,* je n'entends pas une épaisseur donnée, mesurée, par exemple, par la hauteur des bords de la plaie, mais l'ensemble des conditions qui, avant la sécrétion de l'épiderme, changent la membrane des bourgeons charnus en cicatrice.

Or, l'accroissement en épaisseur est d'une grande importance, car la membrane des bourgeons charnus n'est autre que le tissu de la cicatrice même.

Comment se démontre la stratification? J'avais constaté à la surface de la plaie une couche blanchâtre, demi-transparente, parcourue par des vaisseaux fins et nombreux. Le peu d'épaisseur de cette membrane, qui me parut récente, et en même temps sa vascularité très-manifeste, me donnèrent le soupçon de la déposition de couches successives. Dans cette hypothèse, je pensai qu'un corps étranger, d'un très-petit volume et de nature inerte, pourrait être interposé entre deux couches successives. Une parcelle de charbon porphyrisé me parut réunir les conditions convenables. Sa couleur tranchait sur la teinte blanchâtre de la lymphe coagulable, et sa finesse, à l'état de poussière impalpable, lui permettait de séjourner dans la plaie sans l'irriter, car on devait soigneusement éviter toute excitation de la plaie qui, en donnant lieu à des produits inflammatoires, aurait amené l'expulsion du corps étranger, ou son enkystement accidentel, en substituant au travail physiologique de la formation de la cicatrice celui qui organise les kystes autour des corps étrangers. Le charbon répondit parfaitement à mon attente.

L'expérience néanmoins exigeait quelques précautions. Déposé à la surface de la plaie, le charbon aurait pu être entraîné par le pus liquide avant la formation d'une nouvelle couche de lymphe. Mis en contact avec les pièces d'appareil du pansement ordinaire, il aurait pu y adhérer et être enlevé par elles. J'adoptai un mode de pansement qui me permettait d'éviter ces difficultés. Le charbon déposé en différents points d'une plaie, entre les bourgeons charnus, et par parcelles très-petites, j'ai recouvert la plaie et ses bords d'une solution sirupeuse de gomme arabique et d'une peau de baudruche. On peut lever ce pansement le lendemain ou le surlendemain ; la baudruche, humectée sur les bords de la plaie à l'aide d'une éponge mouillée, est soulevée avec précaution, puis la suppuration et la gomme sont entraînées par un filet d'eau. Si l'expérience a réussi, les parcelles de charbon ne sont enlevées ni par l'eau, ni même par le doigt promené à la surface de la plaie. Reconnu à la loupe, il est évidemment revêtu d'une pellicule blanchâtre, très-mince, dont l'épaisseur peut varier cependant. Mais cette pellicule n'existe pas seulement là où est déposé le charbon, elle s'étend également sur les autres bourgeons charnus de la plaie. Ce n'est donc pas un phénomène local dû à la présence du corps étranger ; c'est le produit d'un travail physiologique que celui-ci n'a point entravé. Les jours suivants, la teinte du charbon est moins tranchée, parce que de nouvelles couches de lymphe sont sécrétées ; il paraît s'enfoncer dans ce tissu de nouvelle formation à mesure que celui-ci augmente d'épaisseur.

Plus tard, lorsque la cicatrice est achevée, quelques taches bleuâtres, assez exactement en rapport avec la situation des parcelles de charbon, m'ont semblé la trace de son incarcération dans le tissu cicatriciel ; mais j'avouerai qu'il ne m'a pas été donné d'en faire l'extraction. Je n'ai pu proposer à des malades guéris la petite incision qui eût été nécessaire cependant pour démontrer la présence du charbon dans la cicatrice. Cette expérience pourrait être faite sur les animaux ; mais j'avais vu le charbon disparaître graduellement sous les couches de lymphe coagulable ; il devait être resté dans l'épaisseur du derme nouveau, et le fait de l'organisation de la cicatrice en couches superposées m'a paru suffisamment établi par cette expérience.

Une autre preuve de la stratification, c'est l'organisation des diverses couches, à mesure qu'elles sont déposées. Sur le sommet des bourgeons charnus, on voit à l'œil nu de petites taches rouges, comme des ecchymoses, mais qui, étudiées à la loupe, se résolvent bientôt en filaments vasculaires très-ténus. A chaque nouvelle couche produite, ce travail d'organisation recommence dans une plaie saine. J'ai vu souvent, sur les granulations d'une plaie, des canalicules légèrement ondulés, brusquement interrompus à leurs extrémités, et présentant sur leurs côtés de petites stries disposées en barbes de plume peu serrées ; ces vaisseaux, étudiés sur une granulation, n'offraient aucune communication apparente avec ceux des granulations voisines. Ce fait prouve la formation de vaisseaux nouveaux, pendant toute la durée de la cicatrisation des plaies exposées, aussi bien qu'au début de ce travail réparateur ; il prouve de plus l'existence de groupes vasculaires d'abord isolés, répondant à des bourgeons charnus distincts et qui ne s'anastomosent entre eux qu'à une période plus avancée de la cicatrisation. Dans un autre travail, qui sera le complément de celui-ci, je démontrerai que la pathologie des plaies confirme, d'une manière remarquable, ce fait anatomique.

Quels sont maintenant les usages du pus dans les plaies exposées? Hunter est le seul physiologiste qui ait imaginé un usage au pus des plaies. Il suppose qu'il a pour utilité de les maintenir constamment humides ; mais il ne dit pas comment cette humidité peut servir à la cicatrisation.

La période de suppuration est indispensable dans les plaies exposées, parce que le pus contient un des éléments de la cicatrice. La suppuration n'est pas un accident dans une plaie saine, c'est une période. J'ajoute que c'est une période du travail adhésif dont la cicatrice est le terme.

La membrane des bourgeons charnus est l'organe sécréteur du pus. L'examen direct apprend que la lymphe coagulable est déposée à la surface de cette membrane en même temps que le pus. Est-il admissible que la même surface membraneuse, parfaitement homogène, donne à la fois, ou même à de très-courts intervalles, deux produits, la lymphe coagulable et le pus, de nature tout à fait dissemblable? N'est-il pas évident plutôt que l'un de ces produits, la lymphe, si elle n'est pas le pus tout entier, à un état différent, est au moins l'un de ses éléments, et par conséquent sécrétée avec lui? Cela n'est pas contraire aux idées des chimistes et des physiologistes sur la sécrétion du pus, car ils admettent qu'il vient de la *liqueur du sang,* qui, entre autres éléments, contient la fibrine en dissolution. Or, la lymphe coagulable est de la fibrine. Babington a déjà dit que le pus n'est autre que de la lymphe coagulable à l'état de division extrême : on peut au moins admettre qu'elle existe dans le pus à cet état de division. Il

favorise le dépôt de la lymphe en couches minces organisables; mais celles-ci, pour être organisées, ont besoin de rester molles et souples.

L'humidité des plaies était nécessaire à leur souplesse, et c'est de cette manière que l'idée de Hunter, qui avait soupçonné l'utilité de l'humidité des plaies par la présence du pus, quoiqu'il ne connût pas d'autre usage à ce fluide, se trouve justifiée.

Les conclusions de ce Mémoire sont les suivantes :

1. L'organisation de la membrane des bourgeons charnus continue après la formation de ces bourgeons, comme avant leur développement, et il en résulte son accroissement en épaisseur ;

2. L'accroissement de la membrane des bourgeons charnus a lieu par stratification de couches de lymphe organisables ;

3. La suppuration est un mode du travail adhésif approprié aux conditions des plaies exposées ;

4. Le pus sécrété par les bourgeons charnus contient un élément plastique, qui sert de gangue aux vaisseaux des couches stratifiées de la membrane des bourgeons charnus.

Dans un second Mémoire, j'étudierai la perturbation que l'état morbide de la membrane des bourgeons charnus apporte dans la cicatrisation des plaies exposées.

Influence des nerfs sur la nutrition des os.

M. Schiff présente la Note suivante :

La physiologie expérimentale ne possède pas encore des notions exactes, relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os. Depuis plusieurs années, j'ai fait de nombreuses recherches sur la question intéressante de savoir si la suppression de l'influence nerveuse provoque, du côté des vaisseaux et de la nutrition des os, des effets analogues à ceux que cette suppression amène dans l'œil, les poumons, la langue, et dans beaucoup de membranes muqueuses. Voici les résultats principaux de ces recherches.

Si l'on coupe tous les nerfs qui vont à un membre supérieur ou inférieur, les petits vaisseaux du périoste et de la moelle osseuse se dilatent notablement. Il survient, peu de jours après la section, une hypérémie de ces parties. On reconnaît très-bien cette hypérémie, même après la mort, si l'on injecte dans l'aorte abdominale une masse coloriée. Mais cette masse ne doit pas être trop fine, pour qu'elle ne remplisse pas les vrais capillaires. On voit alors, sur le côté opéré, dans le périoste et dans la moelle osseuse, un nombre beaucoup plus considérable de petits vaisseaux injectés que sur le côté opposé, parce que, de ce côté, la dilatation des vaisseaux permet beaucoup plus facilement le passage de l'injection.

Cette dilatation des vaisseaux, qui se voit aussi dans les muscles et dans le tissu cellulaire, ne pourra pas exister pendant un temps prolongé sans produire une exsudation et une altération de la nutrition ; altération qui sera moins prononcée dans les animaux adultes, plus prononcée dans les jeunes animaux où la nutrition des os se fait encore avec beaucoup plus d'énergie et de rapidité.

Mais, par la section des nerfs d'un membre, on détermine en même temps une paralysie des organes locomoteurs. Cet état de paralysie des mouvements, cette inactivité doit aussi exercer une certaine influence sur la nutrition des os. Il sera de la plus grande importance de distinguer, parmi les altérations que nous trouverons à la suite des résections des nerfs, celles qui proviennent de la paralysie des nerfs vasculaires de celles qui proviennent de l'inactivité des muscles.

Si l'on résèque, sur un chien parfaitement adulte, les nerfs sciatique et crural, d'un côté, et si l'on tue l'animal au bout de trois à six mois, on trouve les os du membre paralysé, et surtout ceux du fémur et des pieds, qui étaient complétement immobiles, toujours beaucoup moins volumineux que les os du côté opposé, pendant que le périoste du côté paralysé est épaissi et se montre composé de plusieurs couches, souvent assez nombreuses et faciles à séparer.

Il est très-évident que, non-seulement les os ont diminué dans leur volume, mais les différentes arêtes et les crêtes qui s'y trouvent sont devenues plus arrondies et beaucoup moins saillantes. Ces crêtes ont diminué, non-seulement en comparaison avec l'os du côté opposé, mais elles diminuent et s'émoussent relativement à la grosseur de l'os même qui les porte. Si l'on fait macérer ces os dans de l'acide chlorhydrique, ou si on les calcine, on trouve que la proportion des parties organiques aux parties anorganiques est altérée dans les os paralysés, de sorte qu'ils contiennent relativement plus de parties organiques que les os du côté sain, et que la proportion des parties anorganiques a sensiblement diminué.

Sur deux chats, j'ai vu, au bout de deux mois après l'opération, que, quoique les os fussent plus minces, leur cavité médullaire était plus large du côté paralysé que du côté sain ; de sorte qu'il existait une absorption, non-seulement par leur surface externe, mais aussi par leur surface interne. J'ai vu la même chose sur un lapin ; mais je n'ai pas examiné la face interne chez les chiens.

Tout ce que l'on voit, sous ce rapport, aux membres inférieurs, on le voit aussi aux membres supérieurs.

Chez une chienne, que j'ai gardée cinq mois après l'opération, chez laquelle j'avais détruit les nerfs des membres inférieurs, d'un côté, dans la cavité rachidienne même, en les arrachant à leur sortie, et en les réséquant dans une longueur considérable, j'ai vu non-seulement les os devenir très-minces ; mais la diminution des parties anorganiques allait si loin que le col et l'extrémité inférieure du fémur, et l'extrémité supérieure des os de la jambe, étaient devenus entièrement cartilagineux, mous et flexibles. Cette chienne, six semaines après l'opération, a mis bas un petit qu'elle a nourri pendant un mois. Il me paraît très-probable que l'état puerpéral, combiné avec la paralysie, a eu beaucoup d'influence sur cette exagération de l'altération, comme l'état puerpéral seul produit déjà une prédisposition au ramollissement des os. Voilà une expérience qui, répétée et poursuivie plus loin, pourrait peut-être, à ce qu'il me semble, nous mettre sur la voie de l'histoire physiologique de l'ostéomalacie puerpérale.

Si, chez des animaux adultes, au lieu d'attendre seulement six mois après l'opération, on laisse écouler un temps beaucoup plus considérable, un an ou dix-huit mois, on voit encore beaucoup d'os qui sont notablement plus minces que dans l'état normal ; mais, chose remarquable ! on voit plusieurs points de ces os qui présentent justement *l'altération contraire,* qui sont devenus plus gros que du côté sain. C'est un tissu osseux mou, poreux et spongieux, qui, dans ces endroits, se trouve superposé au tissu osseux primitif, qui est plus dur et plus blanc. J'ai vu, dans tous les cas, que c'était par le péroné que commençait cette hypertrophie consécutive à l'atrophie. Il est inutile de dire que j'ai vérifié, dans tous ces cas, que le nerf ne s'était pas régénéré.

Si l'on choisit des animaux qui ne sont pas complétement adultes, on voit déjà, au bout de quelques semaines, les os du côté paralysé devenir, en divers endroits, beaucoup plus gros que les os du côté sain. Le périoste est très-épaissi, composé de plusieurs couches hypérémiées, dont les inférieures se trouvent en voie de transformation osseuse, et sont tellement confondues avec la surface spongieuse de l'os, qu'on ne peut pas les séparer sans arracher en même temps des fragments du tissu osseux superficiel. Ce tissu, hypertrophie de l'os, est très-vasculaire, mou, d'un aspect fibro-cartilagineux, et ne montre, dans une épaisseur considérable, qu'une ossification très-incomplète; il contient des aréoles non ossifiées avec de la masse rouge médullaire. Si l'on incise ce tissu superficiel, qui se trouve, pour ainsi dire, encore dans un état intermédiaire entre le périoste et le tissu osseux, on trouve, dans une profondeur variable, une couche osseuse plus dure et plus blanche, qui représente l'os primitif. On voit que ce n'est là qu'une exagération, en même temps un ralentissement de ce travail organogénique qui a été observé dans le développement normal des os par M. Flourens, dont les travaux classiques m'ont servi de guide dans ces recherches. Si, en ôtant partout la couche hypertrophique, on met à nu l'os primitif, on le trouve plus maigre et plus mince que celui du côté opposé. Si l'hypertrophie n'est encore que partielle, on voit le même amincissement de l'os primitif dans les parties non hypertrophiées.

Si un jeune animal, chien ou pigeon, quelque temps après la section des nerfs de ses membres, est nourri avec de la garance, on trouve après la mort, et dans la couche hypertrophiée encore plus distinctement que dans l'os normal, ce qui a été appelé *semis de points rouges* par MM. Serres et Doyère, dans leur travail remarquable sur la coloration des os. Comme il y a la dilatation des vaisseaux, le trou médian dans ces taches rouges observées par M. Serres est plus large que dans le reste des os, et c'est cela justement qui produit l'apparence spongieuse de cette couche ; et comme elle contient moins de sels calcaires, les intervalles entre les points sont plus larges et plus prononcés.

Cette hypertrophie est plus forte et apparaît beaucoup plus promptement à mesure que l'animal est plus jeune, que ses os se trouvent plus dans la période de leur accroissement. On peut voir déjà l'hypertrophie au bout d'une semaine ou de quinze jours chez de très-jeunes animaux.

Nous avons vu qu'il y a deux causes de l'altération des os produites par la section des nerfs : l'immobilité et la paralysie des nerfs vasculaires. Voilà deux altérations opposées trouvées dans les os, dont chacune correspond à une de ces causes différentes.

L'immobilité des muscles qui s'y attachent produit l'amincissement des os, leur atrophie, non-seulement dans les membres, mais aussi dans le pelvis et le sacrum, si le plexus sacré lombaire a été détruit. L'amincissement paralytique se voit aussi sur des grenouilles adultes; mais on peut l'empêcher de se produire en imprimant au membre un mouvement artificiel ; ainsi je l'ai vu manquer après la résection du plexus sciatique, chez une grenouille dont j'ai galvanisé le pied une heure par jour, pendant quatre mois. Par contre-preuve, il y a quelques observations chirurgicales où, sans qu'il existât de paralysie des nerfs, le pied ou le bras ont été maintenus pendant quelque temps dans une immobilité forcée, et les os sont devenus plus minces.

L'hypertrophie est l'altération de la nutrition provenant de la paralysie des nerfs vasculaires; elle est analogue à l'exsudation dans l'œil, le poumon, le péricarde, après la section de leurs nerfs. Cette hypertrophie ne manquait pas quand je galvanisais l'œil d'un jeune pigeon pendant quinze jours. Ainsi elle ne vient pas de l'immobilité. C'est elle qui, par conséquent, comme l'*altération* de la nutrition, est d'autant plus prononcée que la nutrition est plus active.

Ces deux altérations, l'hypertrophie et l'atrophie, se contre-balancent mutuellement, et c'est pourquoi, après la section des nerfs d'un membre, il faut que l'on attende toujours un espace de temps plus ou moins considérable, jusqu'à ce que l'une ou l'autre se montre d'une manière prononcée; et c'est, je le répète, suivant l'âge de l'animal, que l'hypertrophie ou l'amincissement l'emporte sur l'altération opposée. Dans un âge moyen de l'animal, les deux altérations se montrent simultanément, comme le démontre une des préparations que je mets sous les yeux de l'Académie.

Mais, si j'ai bien compris la valeur de chacune de ces altérations, alors il faudra que, si je coupe le nerf maxillaire inférieur d'un côté, même chez des animaux plus avancés en âge, l'hypertrophie paralytique se montre non-seulement très-promptement et même les premiers jours après l'opération, mais qu'elle devienne aussi en peu de temps plus prononcée que chez les autres os de l'animal, et qu'il n'y ait jamais une trace d'atrophie ou d'amincissement; car, après cette opération, les mouvements de la mâchoire sont conservés par l'intégrité de l'autre côté, et parce que les muscles qui s'attachent au côté lésé communiquent encore avec les centres nerveux; et ainsi la cause qui, suivant moi, produisait l'amincissement, n'existe pas dans ce cas; or, ces suppositions sont pleinement confirmées par l'expérience. Peu de jours après la section, on voit déjà, du côté lésé, des couches superposées du périoste avec une ossification incomplète. Après trois semaines, dans un chien presque adulte, à une époque où les os des membres présentent à peine une altération sensible, on a déjà, dans la préparation que je présente, une hypertrophie énorme du côté paralysé; et, après quatre semaines, on peut voir, dans cet autre chien plus jeune, la mâchoire paralysée devenue comme monstreuse. Dans aucun cas je n'ai observé, après cette section, une trace d'amincissement.

Qu'on ne suppose pas, d'ailleurs, que ce soit la paralysie des filets sympathiques contenus dans les nerfs qui produit la dilatation des vaisseaux et fait naître cette hypertrophie: toujours la destruction de la moelle, dans la région lombaire, m'a montré le même effet sur les vaisseaux que la section des nerfs des membres postérieurs, et jamais l'extirpation de la partie céphalique du sympathique ne produit sur les os le même effet que la résection du nerf maxillaire.

Empoisonnement produit par l'atractylis gummifera de Linné.

M. Commaille adresse un Mémoire sur ce sujet (*voir* notre dernier numéro).

Influence de l'électricité sur les mouvements de la sensitive.

M. Leclerc, de Tours, a écrit à M. Flourens une lettre qui renferme les paragraphes suivants:

« J'ai soumis à l'action de deux puissants éléments de Bunsen l'organe du mouvement de la sensitive. Toutes les fois, sans exception, que les deux pôles ont été mis en contact avec cet organe, un mouvement très-marqué s'est produit; en même temps il s'est manifesté une sorte de plissement de l'organe lui-même. Toutes les fois qu'un seul pôle a été mis en contact avec ce même organe du mouvement chez la sensitive, il n'y a pas eu d'effet apparent.

« Ces expériences n'ont pas été faites seulement sur la sensitive; je les ai répétées sur toutes les plantes susceptibles d'exécuter des mouvements visibles à nos yeux que j'ai pu me procurer. Le résultat a été uniformément le même. »

Génération des nématoïdes.

M. Gros adresse, de Moscou, une Note dont il résume le sujet dans la phrase qui lui sert de titre: *Des vers nématoïdes, susceptibles de reproduire des nématoïdes, ne descendent pas eux-mêmes de nématoïdes.* Voici la première partie de cette Note:

Il est actuellement acquis à la science que les cestoïdes et les trématodes ont des transformations qui avaient été méconnues précédemment. Sans rappeler ce que nous en avons dit depuis 1845, nous croyons pouvoir prétendre à la priorité pour une autre loi inconnue jusqu'à nos recherches. Nous établissons, en helminthologie, les théorèmes suivants:

1° Toutes les fois qu'un ver quelconque est en voie de coconner dans un organe quelconque, ce ver n'y est qu'en voie de transformation. Qui dit se transformer, ne dit pas encore sortir du cercle de l'espèce.

2° Toutes les fois qu'un ver nématoïde se rencontre isolé dans un cocon et dans un organe quelconque, ce ver ne descend certainement pas d'un ver semblable à lui. Il constitue une espèce mère, susceptible de se reproduire indéfiniment par des œufs, mâles et femelles. Le ver nématoïde, le premier en date, ayant une fois acquis sa physionomie, reproduit des vers nématoïdes, mâles et femelles, sans descendre lui-même d'un nématoïde.

3° L'oxyure vermiculaire, chez l'homme et chez plusieurs animaux, se trouvant renfermé dans un cocon, ne descend pas d'un oxyure. (Chez l'homme, on ne rencontre que des individus ovifères ou femelles.)

4° Les opalines des grenouilles se convertissent en nématoïdes.

5° Les larves confondues avec les opalines, et provenant d'œufs de trématodes, sont aptes aussi à produire des nématoïdes.

6° De jeunes trématodes même, en coconnant et se parifissant, se convertissent également en espèces nématoïdes.

Les animalcules ciliés et bursariens, vivant pêle-mêle dans le rectum des grenouilles et confondus sous le nom collectif d'*opalina,* comprennent des individus d'origine diverse.

Parmi eux se trouvent des larves ciliées provenant d'œufs de trématodes.

Tous ces animalcules ou larves sont susceptibles de se convertir en nématoïdes, soit en coconnant dans les tissus, soit en se transformant directement dans le rectum. Ils ont les mêmes mœurs que les infusoires utriculeux ciliés qui coconnent tous aussi, avec d'autres issues.

Anatomie du cerveau.

M. Flourens signale, parmi les pièces imprimées de la Correspondance, un Mémoire de M. Gratiolet « sur les circonvolutions du cerveau chez les Primates, » et fait remarquer que cet ouvrage, bien que l'auteur l'adresse à l'Académie à titre de simple hommage, renferme assez de faits intéressants pour qu'on désire le voir figurer au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Le Moniteur* a annoncé hier la réunion du Conseil impérial de l'instruction publique, et a indiqué que, parmi les divers règlements que M. le Ministre a fait préparer, il s'en trouve de relatifs à l'organisation des Facultés et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Au nombre des bonnes mesures que renfermeront les futurs règlements, on doit placer la réorganisation, sur une plus vaste échelle, de l'École de médecine de Lyon, et l'obligation, pour les officiers de santé, de se faire recevoir dans une Faculté ou dans une École préparatoire. La conséquence de cette mesure est la suppression des réceptions par les jurys médicaux, et par conséquent l'abrogation de la loi qui interdit aux officiers de santé d'exercer dans un autre département que celui où ils ont été reçus. On espère qu'il sera créé aussi quelques nouvelles chaires dans d'autres écoles que celle de Lyon.

— *Choléra.* — Depuis notre dernier bulletin, le choléra a envahi plusieurs départements entre ceux que nous avons signalés déjà. Mais dans aucun l'épidémie n'avait pris un caractère suffisant de gravité pour qu'il fût nécessaire d'en faire une mention spéciale. Dans un petit village du département de l'Aisne seulement, la maladie sévit avec une grande intensité; sur une population de 300 et quelques habitants, cette localité a compté, un jour, 15 décès.

Le mouvement de la population cholérique des hôpitaux de Paris n'a éprouvé que des oscillations sans importance.

— La Société de chirurgie a renouvelé aujourd'hui son bureau. Ont été nommés:

Président, M. Huguier;
Vice-président, M. Gosselin;
Secrétaire, M. Follin;
Vice-secrétaire, M. Verneuil.

MM. Houel et Giraldès ont été réélus par acclamation: le premier, comme trésorier; le second, comme archiviste.

— Nous avons reçu de M. Lenoir une lettre que le défaut d'espace nous oblige de remettre au prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi de la mixture Falconi pour la conservation temporaire des cadavres, par le docteur Luppi. — Lyon, 1854; broch. in-8. — Paris, chez L. Leclerc, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Inspirations pulmonaires, ou Fumigations internes, Guide pratique de la méthode thérapeutique du docteur Richard Desruez. — Broch. in-12 form. Charpentier. — Paris, chez Chamerot, rue du Jardinet, 13.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 75. 2e année. Samedi 24 Juin 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : e mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 23 Juin 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur le Rapport de M. Depaul a continué paisiblement son cours.

M. Huguier a d'abord repris le fil de son discours, mais il ne l'a pas dévidé jusqu'au bout, car il avait annoncé un discours en trois points, et il n'en a traité que deux, laissant de côté celui qui est relatif à l'hystéromètre, c'est-à-dire celui sur lequel M. Huguier, à peu près seul dans l'Académie, pouvait fournir quelques lumières jaillissant des faits.

A propos de la première partie du discours de M. Huguier, nous avons présenté quelques remarques sur les principales qualités et les principaux défauts généraux du talent de M. Huguier; les mêmes remarques s'appliquent rigoureusement à la seconde partie. Il serait donc inutile de les répéter, et nous n'insisterons pas en particulier sur le *diamètre convexe* dont parle M. Huguier, quoiqu'un diamètre convexe soit chose assez neuve pour les géomètres passés et présents, je ne parle pas des futurs. Il sera plus opportun d'insister sur quelques-uns des détails pratiques exposés par M. Huguier qui, dans cette seconde partie de son discours, s'est exclusivement occupé de traitement.

M. Huguier a déclaré d'abord que les latéroflexions et les latéroversions étaient le plus souvent incurables, mais ne donnaient d'ailleurs que rarement lieu à des accidents. Il n'a pas jugé à propos de dire ce qu'il fallait faire pour les guérir, dans les quelques cas où elles sont curables et où elles occasionnent des accidents.

L'antéversion est pour M. Huguier dans le même cas; cependant il a imaginé pour la guérir un moyen simple et hygiénique, consistant dans le décubitus dorsal, l'élévation du bassin et la dilatation, par l'accumulation de l'urine, de la vessie, qui remplit alors l'office d'un pessaire à air. Nous doutons fort que les médecins considèrent comme un moyen bien hygiénique la distension de la vessie par l'urine, en supposant qu'il se trouve des malades assez patientes pour la supporter, et, pour notre compte, nous pensons que ce moyen est encore plus propre à déterminer des phlegmasies et des paralysies vésicales qu'à guérir des antéversions.

Quant à la rétroversion, M. Huguier a naturellement imaginé un moyen de traitement inverse, c'est-à-dire qu'il introduit un tampon de charpie dans le rectum et qu'il laisse accumuler les matières fécales au-dessus de ce tampon pendant dix, vingt, et même trente-quatre jours, le tout sans aucun inconvénient pour les malades. Malgré toute la confiance que nous avons dans la sagacité de M. Huguier et dans celle de M. Legendre, auteur de l'observation des trente-quatre jours, nous doutons fort qu'il se trouve un véritable praticien qui se risque à élever pendant trente-quatre jours une digue infranchissable au cours des matières fécales, au moins tant que M. Huguier n'aura pas démontré, par une série d'observations rigoureusement recueillies, que cette étrange thérapeutique donne des résultats hors de toute comparaison avec ceux que la pratique commune et réellement simple fournit journellement. Or, M. Huguier n'a même pas tenté un commencement de preuve à cet égard.

Quant à la « *mobilité excessive de l'utérus, qui,* » ainsi que le fait judicieusement observer M. Huguier, « *n'est autre chose que la possibilité qu'a la matrice de se porter* successivement *dans diverses directions,* » il pense qu'il suffit de *fixer* l'organe pour guérir la maladie; nous n'avons rien à objecter à cette manière de voir, sinon qu'au pessaire élytroïde de M. Cloquet, ou même à l'orange et au citron de M. Devilliers, nous préférons de beaucoup un corps mol et souple comme le pessaire de M. Gariel.

M. Huguier a fait, en terminant, sur la ceinture hypogastrique, une remarque qui aurait été complétement juste si, au lieu de l'appliquer à une catégorie de femmes, l'orateur l'avait appliquée à toutes les femmes en général.

Après une seconde récusation de la part de M. Velpeau, M. Hervez de Chégoin a succédé à M. Huguier. L'honorable praticien a consacré la plus grande partie de son discours à démontrer, par des analogies, que les déviations pouvaient par elles-mêmes entraîner des accidents ; quoique nous partagions, dans une certaine mesure, son opinion sur ce point, nous aurions préféré des observations positives, qui sont des preuves directes, à des analogies, qui ne peuvent jamais constituer que des présomptions plus ou moins fortes.

Dans la seconde partie de son discours, M. Hervez, après avoir repoussé de toutes ses forces le redresseur utérin, a cherché à démontrer les avantages des pessaires ordi-

naires, et comment on peut, avec ces appareils, maintenir l'utérus réduit. Sur le premier point, l'auteur a encore invoqué les résultats généraux de sa pratique, mais non pas une série de faits particuliers, c'est-à-dire qu'il a laissé la question au point où il l'avait laissée en 1849. Quant au second point, M. P. Dubois n'a pas eu de peine à faire comprendre, dans les quelques mots qu'il a prononcés, que M. Hervez se faisait une grande illusion s'il croyait, à l'aide de ses pessaires, pouvoir maintenir en place un utérus dévié ; les données les plus simples de mécanique prouvent que ce résultat est impossible à obtenir, non-seulement avec les pessaires de M. Hervez, mais même avec un pessaire quelconque. Nous avons déjà exposé cette opinion dans un précédent article, et nous sommes heureux de la voir partagée par M. P. Dubois. Nous ne doutons pas qu'après y avoir réfléchi, l'habile professeur ne s'empresse de reconnaître que nos remarques sur le mode d'action de la ceinture hypogastrique sont tout aussi fondées que celles qu'il a lui-même présentées sur les pessaires.

M. Hervez a terminé par quelques considérations très-rationnelles sur les rapports des déviations utérines avec la stérilité ; toutefois, ces considérations, quelque rationnelles qu'elles soient, sont insuffisantes pour démontrer le rapport dont M. Hervez a parlé, et les quatre faits qu'il a rapportés sont eux-mêmes bien insuffisants pour constituer une preuve définitive. Les exemples de stérilité, en dehors de toute lésion utérine appréciable, sont tellement fréquents, qu'on doit nécessairement se tenir très en garde contre les coïncidences, lorsque ces coïndences se rencontrent. C'est donc par un ensemble considérable de faits, recueillis sans exception, qu'on pourrait résoudre l'intéressante et mystérieuse question de la stérilité.

Sur la demande de sursis de M. P. Dubois, M. le docteur Bayle a été appelé à la tribune, et il a clos la séance par la lecture d'un Mémoire qui nous a paru offrir de l'intérêt, mais que nous ne voudrions pas juger à une première audition, le sujet qu'il a traité étant par lui-même un des plus ardus de la pathologie.

H. DE CASTELNAU.

Note sur une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation de la tête du fémur, diagnostiquée pendant la vie. — Autopsie un mois après l'accident,

Par M. MAISONNEUVE, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

La fracture du rebord de la cavité cotyloïde s'observe assez rarement. Le déplacement de la tête du fémur qui l'accompagne en a d'ailleurs pu imposer dans bien des circonstances et faire croire à une luxation simple. Aussi ces fractures ont-elles été plutôt mentionnées que décrites, et les symptômes indiqués par quelques auteurs sont-ils considérés, dans les ouvrages de chirurgie les plus modernes, comme déduits de vues théoriques.

Un cas de ce genre s'est récemment présenté à mon observation et m'a fourni l'occasion de constater les véritables signes.

Il s'agit d'un carrier, surpris dans un éboulement et amené à l'hôpital Cochin, le 3 mai 1854, avec des lésions multiples : une fracture du bras droit, compliquée de plaie ; une fracture comminutive de la cuisse du même côté, et enfin une lésion complexe de l'articulation coxo-fémorale gauche.

Cette dernière lésion fixa surtout mon attention. Un examen minutieux et sévère me permit de diagnostiquer une fracture du sourcil cotyloïdien avec subluxation de la tête du fémur. La résolution du membre par le chloroforme rendit les signes de cette affection assez nets et caractéristiques pour ne laisser aucun doute dans mon esprit.

Les signes que j'observai étaient : une douleur vive au niveau de l'articulation ; un raccourcissement de la cuisse de 3 ou 4 centimètres environ ; la rotation du pied en dedans ; la saillie du grand trochanter en avant et en dehors.

Outre ces signes, accessibles à la première vue, une exploration plus complète nous permit de constater encore les phénomènes suivants : les mouvements imprimés au membre donnaient lieu à une crépitation très-manifeste. Une légère traction en bas produisait un soubresaut brusque et une véritable réduction qui se détruisait promptement dans le mouvement d'adduction du membre et se maintenait, au contraire, si la cuisse était portée en dehors. Pendant cette réduction, il était facile d'imprimer au membre les mouvements de flexion, d'abduction et même de circumduction.

En présence de ces symptômes, il était évident qu'une lésion grave existait dans la hanche. Mais quelle pouvait être cette lésion ? Était-ce une fracture du col du fémur, une luxation ou bien une fracture du sourcil de la cavité cotyloïde ?

La fracture du col du fémur a pour symptômes une douleur vive dans la région de la hanche, l'impossibilité des mouvements volontaires, la crépitation, un raccourcissement de plusieurs centimètres que l'extension fait disparaître et qui se reproduit quand on abandonne le membre à lui-même. Or, tous ces signes existaient chez notre malade. Mais, dans la fracture du col du fémur, le pied est tourné en dehors ; ici, au contraire, il était tourné en dedans. Dans la fracture, la réduction se fait sans secousses et le raccourcissement se reproduit dans toutes les positions ; ici, la réduction produisait un bruit manifeste et se maintenait quand on portait le membre dans l'abduction.

Ces derniers symptômes détruisaient donc les présomptions que faisaient naître les premiers, et ne me permirent pas d'admettre une fracture du col.

Était-ce une luxation ? Je pus tout d'abord exclure les luxations sus et sous-pubiennes, qui l'une et l'autre s'accompagnent d'une abduction de la cuisse et de la rotation du pied en dehors. Les symptômes de la luxation iliaque et de la luxation ischiatique se rapprochent davantage de ceux que nous avions sous les yeux. Dans l'une et l'autre de ces lésions, en effet, le membre est raccourci et dévié en dedans comme chez notre malade. La réduction de même s'opère brusquement et avec bruit. Mais, dans la luxation simple, il n'y a pas de crépitation ; le membre, une fois ramené à son état normal, ne revient pas spontanément à sa position vicieuse : de sorte que nous trouvions encore ici des symptômes contradictoires.

Au contraire, dans l'hypothèse d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec subluxation en haut et en dehors, toute la série des phénomènes que j'avais sous les yeux trouvait une explication facile et le paradoxe disparaissait.

En effet, le raccourcissement du membre, la déviation du pied en dedans, étaient une conséquence forcée du déplacement que la tête du fémur avait dû éprouver en haut et en dehors par suite de la fracture du sourcil cotyloïdien. Il en était de même de la réduction facile et accompagnée d'un ressaut appréciable, de la reproduction du raccourcissement quand la cuisse était dans l'adduction, de la persistance au contraire de la réduction quand la cuisse était écartée en dehors, de la crépitation, enfin de tous les signes que nous avions notés.

L'existence d'une subluxation du fémur, accompagnée de fracture du sourcil cotyloïdien, ne pouvait donc laisser aucun doute dans mon esprit.

Je procédai à la réduction en exerçant de légères tractions sur la cuisse. Puis, afin de prévenir un nouveau déplacement, je plaçai le membre dans une position telle, que la jambe était demi-fléchie et le genou fortement porté en dehors. Dans cette position, en effet, la tête du fémur se trouvait dans l'axe de la cavité cotyloïde et n'exerçait plus aucune pression sur le sourcil de cette cavité.

Pendant quinze jours, le malade resta dans un état assez satisfaisant. Mais, au quinzième jour, une escarre, située près du genou, fut le point de départ de graves accidents. Dès que le

foyer de la fracture et l'intérieur de cette articulation eurent été mis en contact avec l'air par cette plaie, des symptômes de la plus haute gravité, un vaste phlegmon, l'emphysème du membre et des symptômes généraux d'infection putride se développèrent avec rapidité. L'amputation de la cuisse dut être pratiquée le 20 mai.

Quelques jours après, le malade fut pris de frissons, d'accidents d'infection purulente, et succomba le 30 mai 1854.

Autopsie. — Après avoir enlevé avec soin toutes les parties molles qui recouvraient l'articulation coxo-fémorale, je constatai les faits suivants (1) :



La tête du fémur était parfaitement contenue dans la cavité cotyloïde ; elle exécutait tous les mouvements normaux. La capsule fibreuse, examinée par sa partie antérieure, était parfaitement intacte. Il en était de même des parties osseuses correspondantes, c'est-à-dire de la partie antérieure du sourcil de la cavité cotyloïde.

En arrière, au contraire, je remarquai les traces d'une fracture qui comprenait toute la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, mais dont les fragments étaient déjà soudés.

Ces fragments étaient au nombre de trois : l'un, très-large et si parfaitement réuni au corps de l'os, qu'on avait peine à le reconnaître, comprenait la partie postérieure et inférieure du sourcil cotyloïdien, l'épine ischiatique, et se prolongeait en écaille vers la tubérosité de l'ischion. Le périoste était resté intact à la pointe inférieure de ce fragment, dont il avait empêché le déplacement. Un second fragment beaucoup plus petit comprenait la partie postérieure et supérieure du sourcil ; un cal incomplet le maintenait soudé à l'iléum ; mais il restait un intervalle de 1 centimètre entre lui et le fragment inférieur.

La capsule fibreuse offrait, au niveau de ces deux fragments, les traces d'une déchirure longitudinale de 2 centimètres d'étendue. L'articulation se trouvait donc parfaitement reconstituée.

En portant le corps du fémur dans une forte abduction, j'ai rompu le cal qui faisait adhérer les fragments au corps de l'os. Ces fragments, entraînés par la capsule fibreuse, se sont écartés l'un de l'autre, et j'ai pu voir la tête du fémur se déplacer en arrière. Dans cette position, la tête de l'os n'avait plus aucun contact avec le cartilage de la cavité cotyloïde. Elle reposait, par sa partie antérieure, sur la surface fracturée de l'os iléum. Le ligament rond n'était qu'incomplétement rompu.

Si, dans cet état de choses, j'exerçais sur le fémur une légère traction, en même temps qu'un mouvement d'abduction, la tête de l'os rentrait dans la cavité et les fragments reprenaient leur position normale.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs égards :

1° Elle est un exemple bien net de fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation ;

2° Elle démontre la possibilité de reconnaître, d'une manière précise, cette lésion sur l'homme vivant, au moyen des symptômes que l'on n'avait pas encore signalés ;

3° Enfin, elle fournit à la thérapeutique de cette affection des données utiles.

(1) Notre ami, M. Houel, conservateur du musée Dupuytren, nous informe que les personnes qui voudront étudier cette pièce la trouveront dans cet important musée, classée sous le n° 12ª, section des maladies des os. (*N. du R.*)

Note sur un nouveau traitement des écoulements vénériens et non vénériens chez l'homme et chez la femme, par l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose.

Les faits nombreux de guérison obtenus par M. Monneret, par l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose dans le traitement des diarrhées même les plus rebelles, des dyssenteries et d'autres maladies, m'ont conduit à appliquer le même traitement à la curation des écoulements, et les résultats presque inespérés que j'ai obtenus depuis quelque temps m'engagent à porter à la connaissance de mes confrères ce mode de curation.

1° Dans la blennorrhagie soit aiguë, soit chronique chez l'homme, je prescris et pratique moi-même, trois fois par jour, une injection préparée avec une certaine quantité d'eau dans laquelle je délaye autant qu'il en peut contenir le sous-nitrate de bismuth. Le malade la retient pendant 5 minutes et jamais elle ne produit la moindre douleur, ce qui s'explique par l'insolubilité du sous-nitrate de bismuth. La durée du traitement a été de quatre à dix jours. Un grand nombre de ces blennorrhagies avaient résisté à tous les traitements mis en usage.

2° Le traitement est différent, quoique non moins efficace, dans les écoulements vaginaux soit aigus, soit chroniques, soit simples, soit enfin liés à des ulcérations ou à des phlegmasies chroniques du col utérin. Il consiste dans l'application, à l'aide du spéculum et d'un simple pinceau de charpie, du sous nitrate de bismuth sec et en poudre. La seule précaution à prendre est de bien projeter en grande quantité la poudre sur le col d'abord, et, à mesure qu'on retire le spéculum, sur le vagin et même sur la vulve. Cette application, qui ne cause absolument aucune espèce de sensation pénible, doit être faite au moins une fois par jour, en prenant soin de pratiquer une injection qui débarrasse le vagin de la poudre plus ou moins humide qui doit être remplacée par une dose considérable de poudre sèche.

Ce traitement fort simple, qui n'exige concurremment l'emploi d'aucun autre agent thérapeutique et qui n'occasionne pas la moindre cuisson aux malades, agit chez les femmes surtout avec une promptitude telle que, dès le lendemain, des écoulements abondants ont été presque taris. Un avantage non moins grand que présente le sous-nitrate, consiste dans la modification aussi rapide qu'inexplicable de la rougeur et même des ulcérations qui siégent sur le col utérin.

Il ne m'est pas encore permis de dire si l'on peut espérer guérir ainsi tous les écoulements sans exception ; cependant, les observations déjà nombreuses que j'ai recueillies et que je me propose de publier prochainement à l'appui d'un Mémoire sur ce sujet, ne peuvent laisser aucun doute sur l'efficacité de ce traitement. J'ai la conviction d'ailleurs qu'elle sera bientôt démontrée par les études d'un grand nombre de médecins.

E. Caby, *interne à Saint-Lazare.*

PHARMACOLOGIE.

Species laxantes Saint-Germain.

Cette préparation laxative, fort employée en Allemagne et surtout dans le grand-duché de Luxembourg, où elle est connue sous le nom vulgaire de *charmanten the*, présente, sur les infusions de séné simples, l'avantage de purger modérément, sans occasionner les coliques si fréquemment observées après l'administration de celles-ci. En voici la formule, telle qu'elle nous a été communiquée par un pharmacien de Grevenmacher :

R. Fol. sennæ spiritu vini extractorum (1). 4 uncias.
— sambuci.......................... 2 uncias cum dimidia.
Seminis fæniculi..............}
— anisi vulgaris ....} 10 drachmas singulorum.
Concisa et contusa misceantur; in dispensatione adde :
Tartari depurati pulverisati..... 7 drachmas.

On s'en sert en guise d'infusion théiforme.

(*Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 *Juin* 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Flornoy, médecin inspecteur des bains de mer de Royan (Charente-Inférieure), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

2° Demande d'analyse d'une source minérale, sise à Propriac (Drôme);

3° Réponse de M. Nivet, médecin inspecteur des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme), à la circulaire de l'Académie, relative aux eaux minérales;

4° Lettre de M. Delaporte, de Vimoutiers, sur le même sujet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Conservation des viandes.

1° Une lettre de M. Cellier-Blumenthal, qui soumet à l'Académie un procédé de conservation de la viande, qui consiste à la couper d'abord par tranches minces, à la dessécher en partie sous cette forme, à la pulvériser ensuite, et à terminer la dessiccation de la poudre qu'on conserve indéfiniment.

Blennorrhagie.

2° M. Langlebert écrit une lettre en réponse à la réclamation de M. Debeney.

M. le président annonce que M. Gintrac, correspondant de l'Académie à Bordeaux, est présent à la séance.

Traitement des déviations utérines.

M. Huguier. — La possibilité des déplacements et des accidents qui les accompagnent étant reconnue, ainsi que leur curabilité, je demanderai à l'Académie la permission de dire, en peu de mots, quels sont les moyens thérapeutiques qui doivent être dirigés contre chacun d'eux, et quels sont ceux que l'expérience nous paraît avoir le plus sanctionnés, mettant de côté, pour ne pas abuser du temps et de la patience de la compagnie, tout ce qui nous a paru n'avoir qu'une faible efficacité.

D'une manière générale, on peut dire que, parmi les déviations, les unes demandent un traitement purement médical et hygiénique, général et local, qui consiste à changer et à régler les mouvements organiques et fonctionnels de toute l'économie et de l'appareil génito-pelvien : ce sont celles qui, comme l'ont démontré MM. Baud, Hervez de Chégoin, Gibert, etc., dépendent d'un grand amaigrissement, d'une affection, d'une débilité, générales de l'économie. Les autres réclament un traitement purement chirurgical : ce sont les déviations simples et les déplacements aigus survenant à la suite d'une chute ou d'un violent ébranlement des organes intra-pelviens. Il en est enfin pour lesquelles la combinaison des deux ordres de moyens doit être employée ; ce sont, le plus souvent, les déplacements compliqués d'engorgements ou d'inflammations chroniques de l'organe, soit que ces affections concomitantes se soient manifestées en même temps sous l'influence de la même cause, soit qu'elles soient consécutives à la déviation et en dépendent, soit qu'elles aient précédé la déviation, qui en est une conséquence ; c'est surtout en s'appuyant sur cette dernière variété, trop généralisée, que quelques praticiens ont pu dire, avec raison, qu'en faisant disparaître les engorgements et inflammations chroniques de l'utérus, on guérissait les déviations ; l'erreur n'est que dans la généralisation du fait.

Il nous serait facile, par les faits comme par la théorie, de démontrer que les affections qui coexistent avec les déplacements utérins se manifestent des trois manières que je viens d'indiquer.

Disons rapidement ce que l'expérience nous a appris sur chaque espèce de déplacement.

Les latéroversions et latéroflexions principalement sont presque toujours incurables, parce qu'elles sont rarement essentielles, mais le plus souvent la suite de l'absence congénitale d'un des ligaments ronds ; deux fois j'ai observé cette disposition d'un ligament large ; j'ai observé ce cas une fois, d'une rétraction de ce ligament après la guérison d'une inflammation phlegmoneuse, d'un abcès, d'une tumeur sanguine, etc.; d'adhérences directes de l'utérus à la marge du bassin, ou indirectes par l'intermédiaire de l'ovaire, sans parler des cas nombreux où l'utérus est poussé directement par une tumeur voisine. Heureusement que les latéroflexions et latéroversions sont, de tous les déplacements, ceux qui causent le moins d'incommodités et d'accidents.

Ce que nous venons de dire de la latéroflexion, nous pouvons le répéter, si ce n'est sous le rapport étiologique, au moins sous celui de la physiologie pathologique et de la thérapeutique pour l'antéflexion ; le pessaire intra-utérin aurait seul de la prise sur cette déviation, et nous avons vu que ce moyen ne doit être employé que dans des cas très-rares et dans lesquels l'antéflexion ne nous paraît devoir jamais rentrer.

Les antéversions guérissent, en général, par les moyens simples et hygiéniques suivants, que j'emploie avec un grand avantage depuis plus de quinze ans. Ces moyens consistent dans le décubitus dorsal, l'élévation du bassin au-dessus du niveau de l'abdomen, la dilatation du réservoir vésical par l'accumulation de l'urine ; la vessie remplit alors l'office du pessaire à air, que l'on introduit soit dans le vagin, soit dans le rectum dans certaines rétroversions (1), les injections astringentes, un lavement froid tous les soirs, et la ceinture hypogastrique lorsque le ventre est volumineux et dépasse beaucoup le niveau de la symphyse des pubis. J'ai été assez heureux d'entendre M. Piorry, dans l'une de nos dernières séances, dire qu'il employait les mêmes moyens avec une grande efficacité.

Les rétroversions sont en général très-bien maintenues, et peuvent même guérir radicalement par l'usage de différents moyens que possède l'art, et plus particulièrement par celui des pessaires de MM. Hervez de Chégoin et Gariel. Chez quelques malades où la rétroversion est causée par un décubitus dorsal prolongé et permanent, l'utérus tombe en arrière, les anses intestinales abandonnent successivement le cul-de-sac recto-utérin pour se porter dans le cul-de-sac antérieur, qu'elles remplissent et agrandissent par leur présence ; l'utérus est couché à plat au fond de l'excavation pelvienne, et tout le paquet intestinal se trouve au-devant et au-dessus de lui ; dans un cas semblable, il peut suffire de relever l'organe avec l'hystéromètre, de le ramener en avant sur la paroi abdominale, pour que les anses intestinales se replaçant à l'instant même dans le cul-de-sac postérieur, le maintiennent réduit ; c'est ce qui m'est arrivé, à ma grande surprise, il y a un an et demi environ, chez une jeune femme qui avait gardé le lit pendant près de cinq mois pour une fracture compliquée de la jambe. Je n'ai eu l'explication de ce fait, qu'il y a six mois, en faisant l'autopsie d'une jeune fille vierge, qui était restée couchée pendant neuf mois, à la suite d'une large et profonde brûlure ; l'utérus, facilement réductible, était, comme on peut le voir (car voici la pièce que j'ai conservée), couché au fond de l'excavation pelvienne, et recouvert par le paquet intestinal qui l'éloignait de la vessie.

Malheureusement, on ne maintient et on ne guérit pas aussi facilement les rétroflexions. Je dis malheureusement, parce que cette affection est souvent cause de stérilité, de dysménorrhée, de tranchées, de coliques utérines, d'accidents même très-sérieux au moment des règles, de troubles généraux dans l'innervation, la musculation et la nutrition, sans parler de ceux du côté du rectum, tels que besoins fréquents, presque incessants pour certaines malades, d'aller à la garde-robe, pesanteur sur l'anus, etc., etc.

Les différents pessaires inventés jusqu'à ce jour, et introduits dans le vagin, n'ont presque aucune efficacité contre la rétroflexion, parce que leur action ne peut guère s'exercer plus haut que l'insertion vaginale postérieure. Ils ne peuvent remonter assez haut pour redresser et maintenir le fond de l'utérus dans la position et la direction normales. Cependant, chez certaines femmes qui ont une rétroflexion très-prononcée, et un

(1) Folia sennæ spiritu vini extracta :
R. Folia sennæ cum partibus quatuor spiritus vini rectificatissimi per biduum macerautur, tum exprimantur et siccentur.

(1) J'ai dit, dans la dernière séance, par quel mécanisme la vessie, en se dilatant, maintenait l'utérus dans sa direction, ou l'y ramenait lorsqu'il en avait été écarté.

abaissement du fond de l'organe tel que cette partie est plus basse que le col, et vient peser sur l'extrémité inférieure du rectum, nous avons vu le pessaire de M. Hervez de Chégoin suffisamment redresser et reporter en avant la masse utérine, pour faire cesser les incommodités et les accidents.

Quant aux pessaires à air, même ceux de MM. Gariel et Favrot, introduits, puis dilatés dans le rectum, comme ils représentent une espèce d'olive ou d'œuf très-allongé, dont le *diamètre transversal*, peu étendu, *est très-convexe*, ils ne peuvent, comme je m'en suis assuré maintes fois, maintenir l'utérus, qui glisse presque aussitôt à droite ou à gauche de l'instrument, et retombe dans sa position vicieuse ; le glissement se fait d'autant plus facilement, que la face postérieure de l'utérus est très-convexe. Ce qu'il faudrait, pour que ce pessaire agît efficacement, ce serait que sa face antérieure, celle qui doit être en rapport avec l'utérus, fût plane et large, et que sa face postérieure ou sacrée fût convexe en tous sens, pour s'adapter à la concavité du sacrum ; ainsi configuré, cet instrument remplirait toutes les conditions désirables, mais il paraît que, malgré toutes les heureuses modifications que l'industrie et l'art ont fait subir au caoutchouc, M. Gariel, avec toute sa patience et sa grande aptitude, n'a pu en fabriquer qui remplissent ces conditions, dont je lui ai fait part il y a déjà plusieurs années. C'est en présence de toutes ces difficultés et de l'inefficacité des moyens que possède l'art, que depuis cinq ans, j'emploie un nouveau procédé contre les rétroflexions. Il consiste, après avoir replacé l'utérus, tant avec l'hystéromètre, qu'avec les doigts introduits dans le rectum, à le maintenir réduit, en substituant aux doigts et à l'instrument une grosse mèche de charpie, à laquelle on donne ensuite la forme d'un coussinet, à l'aide des indicateurs portés dans le vagin et la partie inférieure du rectum ; elle doit être portée à 1 ou 2 pouces au-dessus de l'anus, afin de ne pas solliciter les contractions intestinales. Avant d'appliquer ce moyen, on s'est assuré que l'utérus était facilement réductible, et l'on a pris la précaution d'évacuer complétement le canal intestinal. On nourrit les malades avec des substances très-alibiles, qui laissent peu de résidu, et l'on attend, avant de changer la mèche, que la malade ait un besoin irrésistible d'aller à la garde-robe. L'accumulation des matières qui se fait graduellement et lentement, au-dessus de la mèche, redresse de plus en plus l'utérus.

La présence de ce corps étranger et la rétention des matières sont supportées pendant un temps très-variable, qui s'étend depuis huit ou dix jours jusqu'à vingt, vingt-cinq et même trente jours. Il y a quatre mois, mon excellent ami, M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, m'a adressé une dame qui l'a gardée sans inconvénient pendant trente-quatre jours. Dans les premiers jours qui suivent l'application de la première mèche, les malades la supportent beaucoup moins longtemps, mais bientôt elles s'y habituent. La durée du traitement est ordinairement de trois mois et demi à quatre mois. Après cette époque, la matrice reste en général redressée et les malades débarrassées de tous les accidents.

Quelquefois cependant, lorsque la concavité du sacrum est très-profonde, elle a de la tendance à retomber dans cette cavité, qu'il faut remplir par l'application d'un long pessaire Hervez, qui, dans ce cas, a encore l'avantage d'élever l'utérus et de maintenir son fond au niveau de l'angle sacro-vertébral qui l'empêche de se renverser en arrière.

Quelques malades ont l'intestin trop susceptible et trop irritable pour être ainsi traitées, les contractions intestinales, sollicitées par la présence de la mèche et des matières, les chassent tous les trois ou quatre jours, c'est là le seul inconvénient que je connaisse à ce procédé lorsqu'il est convenablement appliqué.

Dans la mobilité excessive de l'utérus, accompagnée de douleurs nerveuses ou de troubles utérins et péri-utérins, mobilité qui, comme je l'ai dit, n'est autre chose que la possibilité qu'a la matrice de se porter successivement dans diverses directions, il suffit de la fixer légèrement avec un petit pessaire élytroïde, inventé par M. Cloquet, un pessaire élytromoction, qui n'est qu'une simple tige élastique, courbée à son milieu et renflée à ses extrémités, pour voir cesser presque subitement les accidents. On pourrait encore, comme le faisait souvent et utilement notre collègue Devilliers, se servir simplement d'une petite orange verte ou d'un petit citron vert. En vain dira-t-on que les malaises, les douleurs que les malades ressentent dans ce cas tiennent non au changement de direction et de position de la matrice, mais aux frottements, aux tiraillements que cet organe malade éprouve ou fait éprouver aux parties voisines dont la sensibilité est pathologiquement accrue, toujours est-il que les accidents cessent lorsqu'on fixe même légèrement la matrice ; or, peu importe que ces phénomènes morbides soient primitifs ou consécutifs, essentiels ou symptomatiques, ce qu'il importe c'est qu'ils disparaissent. A ceux qui me diront, mais le repos, une position horizontale, la suppression de la fatigue en font promptement justice ; je répondrai, oui, tant que les femmes restent tranquilles ; mais toutes ne peuvent pas vivre ainsi étendues sur un canapé et sans se livrer au travail que réclament les besoins de l'existence. D'ailleurs, cette vie inoccupée et passée dans une même position, n'a-t-elle pas une foule d'inconvénients, au point de vue hygiénique et moral, comme l'ont reconnu, les premiers, les antagonistes des déviations !

Un mot en terminant sur la ceinture hypogastrique, dont l'usage est presque devenu ridicule par l'abus qu'on en fait et le peu de discernement qu'on apporte dans sa prescription. S'il existe des femmes auxquelles ce moyen est utile, il en est peut-être plus pour lesquelles il n'est d'aucun avantage ou même est nuisible, et qui sont obligées d'y renoncer promptement. Ce sont, à part les malades dont M. Malgaigne nous a parlé, presque toutes celles qui n'ont qu'un médiocre embonpoint, dont les parois abdominales sont fermes, résistantes, non distendues ou dilatées et qui ne dépassent pas en avant le niveau de la symphyse du pubis. Chez ces femmes, la ceinture ne soutient rien, ne supporte aucune partie du poids des viscères, elle ne fait que rétrécir la cavité abdominale et refouler les organes qui y sont contenus dans l'excavation pelvienne sur l'utérus ; elle agit alors à la manière des vêtements serrés et des corsets, qui ont une si grande influence sur le développement des déviations.

M. Velpeau. — Une partie des choses que j'avais à dire ont déjà été exposées par les orateurs qui m'ont précédé. D'ailleurs, j'avoue que dans la semaine qui vient de s'écouler, j'ai été préoccupé de tout autre chose que de la question qui s'agite en ce moment. Je ne me trouve donc pas en mesure de prendre la parole.

M. Hervez de Chégoin. — Il résulte de la discussion nouvelle sur les déplacements de la matrice, que plusieurs propositions qui paraissaient acceptées, sont remises en question. Il y a donc lieu d'examiner si celles que l'on a mises à leur place méritent la préférence.

La *première de ces propositions*, celle qui domine toutes les autres, est celle-ci : « Les déplacements de la matrice n'ont aucune importance. Il est inutile d'y remédier. »

Seconde proposition : « Les déplacements de la matrice sont toujours secondaires à un état pathologique de cet organe, dont la guérison fait disparaître la déviation. »

Examinons d'abord ces deux propositions, nous nous occuperons ensuite de celle qui regarde le traitement.

Première proposition : « Les déplacements de l'utérus ne méritent au-« cune importance. »

Il est bien rare qu'en médecine une proposition générale et exclusive soit l'expression de la vérité. — Parce que quelques femmes n'éprouvent aucun des accidents inhérents à ces déviations, prétendre qu'il en est toujours ainsi, c'est prendre l'exception pour la règle et oublier cette assertion dont tout le monde reconnaît la justesse, que les maladies sont individuelles, comme les médications qu'elles réclament. L'exemple que M. Malgaigne a choisi est si vrai, qu'il se présente à l'esprit de tout le monde. Il n'est aucun de nous, en effet, qui n'ait vu des malades porter impunément des hernies volumineuses sans aucun moyen contentif, et il ne vient à la pensée de personne qu'aucune hernie n'ait besoin d'être contenue.

Nous savons tous, au contraire, quel malaise, quelle impatience, quel dérangement même dans toutes les fonctions, entraîne une hernie très-petite, quelquefois même une hernie incomplète. On peut même dire, en général, que les déplacements quelconques, quelque légers qu'ils soient, sont la source d'une série d'accidents tout particuliers, qui, en portant sur le système nerveux, finissent par agir sur l'organisme tout entier. Le simple allongement du cordon spermatique dans un varicocèle, ou par une autre cause, jette les malades dans une profonde tristesse et les rend inhabiles à toute occupation physique et même intellectuelle. La chute du rectum entraîne aussi un tel trouble général, que les malades imaginent eux-mêmes des moyens contentifs pour alléger cet état pénible. J'ai vu des malades condamnés à la position horizontale par un abaissement du foie, jusqu'à ce qu'on eut reconnu, je dirai presque deviné la maladie, qui n'est presque plus appréciable dans la position couchée où l'on a coutume de les examiner. Le simple relâchement de la paroi antérieure du vagin entraîne des accidents non moins pénibles, dont la source, que l'on a cependant sous les yeux, nous échappe souvent, parce qu'on ne peut croire qu'une cause si légère puisse produire des effets si pénibles, qu'on veut toujours rapporter à la matrice elle-même, tandis que, dans ce cas, on la trouve souvent dans sa position naturelle. Comment croire que la matrice seule ferait exception à cette loi générale ? Comment conserver quelques doutes à cet égard, quand, par des épreuves et des contre-épreuves mille fois répétées, on voit des accidents, dépendant d'une déviation de la matrice, cesser et se renouveler, selon que cet organe est ramené à sa position normale ou laissé dans sa position vicieuse ? Et ces accidents, d'une nature toute particulière, sont plus pénibles que ceux des autres déplacements. Je ne veux point décrire ces accidents bien connus, dont j'ai parlé ailleurs ; je dirai seulement qu'ils sont portés quelquefois au point de condamner les malades à une immobilité complète, dont elles refusent de sortir dans les circonstances les plus graves ; quel-

ques-unes me disaient qu'elles deviendraient folles si elles ne se hâtaient de reprendre la position horizontale. Plusieurs de ces femmes, au moyen d'un pessaire qu'elles portent depuis plus de dix ans, peuvent faire les courses les plus longues et sont rentrées dans la vie commune. Elles ne peuvent mieux exprimer le prix qu'elles attachent à ce moyen auxiliaire, qu'en l'appelant leur *âme*, un tuteur avec lequel tout leur est possible, et sans lequel la vie leur est insupportable. Beaucoup de femmes, avec des symptômes moins intenses, sont constamment souffrantes, inhabiles aux choses ordinaires de la vie, et constituent une catégorie de malades du sexe féminin qui passent leur existence se plaignant constamment, pouvant à peine quitter leur chambre, et qu'on appelait malades imaginaires avant qu'on eût reconnu qu'un déplacement de la matrice était la source de tous ces maux. — Aussi, la guérison de ces malades a-t-elle été la cause d'un étonnement bien grand pour ceux qui les connaissaient depuis longtemps, et d'un grand contentement pour les malades elles-mêmes.

Je ne puis donc pas accepter les conclusions du Rapport sur cette première question; et je me crois autorisé à soutenir celle que j'ai émise il y a longtemps, entièrement opposée à celle que je combats.

Seconde proposition: « Les déplacements de la matrice ne sont que la « conséquence d'un état pathologique de cet organe, dont la guérison « fait disparaître la déviation. »

Toujours opposé aux théories exclusives, je reconnais que beaucoup de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. Mais, puis-je méconnaître que beaucoup de ces déviations existent sans cet état pathologique, quand je vois ces déplacements persister, alors que toute complication a disparu, et quand je vois le retour de la matrice à sa place naturelle par un moyen artificiel, mettre fin à tous les symptômes qui continuaient, malgré tous les moyens dirigés contre l'état pathologique lui-même?

Qu'y a-t-il encore de surprenant dans la continuation des déplacements après la cessation de la cause qui les a produits et entretenus pendant un temps quelquefois très-long? Ne voyons-nous pas, dans les maladies extérieures, qui frappent nos sens ostensiblement, certains dérangements persévérer, quand l'état accidentel qui les a déterminés n'a plus aucune influence? Est-ce que les parois abdominales, distendues par la grossesse ou par une hydropisie, ne conservent pas une laxité qui réclame des moyens contentifs? Est-ce que les ligaments d'une articulation, après une distension plus ou moins prolongée, dans certaines maladies, ne présentent pas une faiblesse, un relâchement auxquels on oppose avec succès une compression ou une contention efficace?

Pourquoi les ligaments ronds de la matrice, distendus, allongés, affaiblis par un long tiraillement produit par une matrice plus volumineuse, plus lourde, par conséquent, et tombée en rétroversion, n'auraient-ils pas besoin aussi d'un moyen auxiliaire qui leur épargnât la peine de supporter un organe devenu trop lourd pour leurs conditions actuelles? Car, qui ne sait que les muscles, longtemps allongés, perdent de leur tensité? Et les ligaments ronds sont des muscles. Je vais plus loin, et je crois pouvoir dire que la déviation elle-même de la matrice devient à son tour la cause d'un engorgement qui ne cesse que par son retour à sa position normale. Si on réfléchit au changement qui s'opère dans la circulation utérine, lorsque cet organe, au lieu de présenter son corps en avant et en haut, a son col sous le pubis et son fond sur le rectum, on ne sera pas surpris de l'assertion que je viens d'émettre. J'ai vu bien des fois la seule réduction faire disparaître cet engorgement passif.

Ce ne sont point seulement les ligaments, qui, dans les déviations prolongées, éprouvent des changements permanents dans leurs conditions physiques; d'autres tissus, dans les parties voisines, en éprouvent aussi, auxquels on ne peut remédier que par des moyens artificiels. J'en parlerai à l'occasion du traitement que je vais aborder maintenant.

Je ne puis donc non plus admettre les conclusions du Rapport sur cette seconde proposition.

Lorsqu'au mois de septembre dernier, je lus, dans un numéro de l'*Union médicale* le résumé des observations de M. Valleix, j'avais sur-le-champ commencé une réponse à cet article; mais comme il m'était difficile de le faire sans me mettre en jeu personnellement, et que la science se soucie peu des personnalités, j'aimai mieux attendre la discussion que je prévoyais, et laisser parler d'autres avant moi: je ne dirai donc point ce que j'éprouvai de surprise, en lisant dans ce résumé que, jusqu'à M. Valleix, les femmes affectées de déviations de la matrice étaient abandonnées à leur malheureuse position; que, jusqu'ici, l'art avait été impuissant pour les guérir ou même les alléger. J'aimai mieux croire que M. Valleix, — à qui ses travaux considérables ne permettent pas de manquer de cette érudition toujours utile, ne fût-ce, comme le dit Sprengel, que pour ne point croire nouveau ce que d'autres ont dit et fait avant nous, — que M. Valleix, dis-je, avait oublié la discussion qui eut lieu à l'Académie, il y a cinq ans, sur ce sujet, ou n'avait pas eu connaissance d'un travail spécial sur cette matière, inséré il y a plus de vingt ans dans ses *Mémoires*, et dans lequel je rapportais des exemples de malades complétement guéries par des moyens nouveaux et toujours innocents.

Ne m'arrêtant donc qu'aux observations de M. Valleix et aux faits dont j'avais été témoin, j'avoue que, ne pouvant élever de doutes sur l'exactitude de ces faits, ils dépassaient toutes mes prévisions fondées sur des considérations qui découlaient de graves accidents que j'avais vu survenir à la suite d'opérations, légères en apparence, pratiquées dans l'intérieur de la matrice. Moi aussi j'avais porté la curette dans la cavité de cet organe, et les conséquences, presque mortelles, m'avaient éloigné pour toujours d'une pareille manœuvre.

En ajoutant foi aux succès de M. Valleix, je ne pouvais non plus m'empêcher de croire aux aveux qu'il fait sur les métrites, sur les hémorrhagies, sur les péritonites partielles, sur les abcès péri-utérins survenus à la suite de tentatives faites à l'aide du redresseur intra-utérin, et je me demandais comment on pouvait poursuivre une pareille méthode avec tant de chances malheureuses à courir. Un fait dont je fus témoin avec M. Michon nous en détourna complétement tous les deux, et les faits, si multipliés depuis, confirment toutes les craintes que j'avais exprimées par anticipation.

C'est qu'en effet, la matrice fait exception, pour sa susceptibilité inflammatoire, à tous les autres organes creux. Il est remarquable que, dans ceux-ci, la face interne et la face externe sont dans une indépendance complète. La péritonite la plus intense laisse intacte la face interne des intestins, et le péritoine reste étranger aux entérites les plus aiguës, à moins qu'une perforation ne les mette en rapport. La face externe des synoviales et de la plèvre est mise à découvert impunément dans les blessures ou dans les opérations. Pourquoi donc les lésions de la face interne de la matrice, dans son col ou dans son fond, entraînent-elles tous les désordres que la loyauté de M. Valleix n'a pu dissimuler? C'est que les deux faces de cet organe communiquent l'une avec l'autre et avec les parties voisines, par les trompes de Fallope, et quand on arrête son attention sur tout ce qui précède ces imflammations, les accumulations purulentes ou sanguines, que l'on appelle *tumeurs rétro-utérines,* on voit toujours que la membrane interne a été primitivement malade et que souvent l'état pathologique du col n'a point permis l'issue facile au dehors des différents liquides morbides ou naturels accumulés dans sa cavité.

J'avais donc eu à cœur, dans les moyens variés que j'ai appliqués aux déplacements variés de la matrice, de ne jamais toucher qu'à sa face externe. Je ne voulais pas mettre un pessaire dans la matrice, mais appuyer seulement la matrice sur un pessaire; et comment pourrais-je préférer le redresseur intra-utérin, si dangereux, à des moyens constamment innocents, efficaces, quand ils sont appliqués opportunément et selon certaines règles? Je me demandais aussi pourquoi, pour redresser un organe creux, on s'adressait plutôt à sa face interne qu'à sa face externe, quand celle-ci se présente de manière à offrir une prise aux moyens qu'on doit employer. Je faisais, par exemple, une comparaison qui, tout en ayant rapport à un objet animé, ne m'en paraissait pas moins exacte. Ainsi, pour mettre dans une position verticale un vase de forme semblable à celle de la matrice, une bouteille, par exemple, on aimait beaucoup mieux introduire un corps étranger dans son col, pour le faire basculer au risque de le briser par des efforts indispensables, au lieu de le pousser doucement par son fond, pour le ramener à une position verticale. Je ne pouvais m'empêcher de penser à la pression continuelle que cette tige solide, avec laquelle la matrice est littéralement embrochée, exerce sur la face interne de son col et aux conséquences de cette compression sur une partie vivante et sensible, quand le simple séjour d'une bougie dans l'urètre entraîne si facilement des inflammations, des ulcérations si dangereuses. Plus que jamais, je suis devenu circonspect dans l'introduction de corps étrangers dans la cavité du col de la matrice, depuis que, pour remédier à l'écoulement difficile et douloureux des règles, à cause d'un engorgement du col, je fus obligé de répéter souvent le cathétérisme avec une sonde creuse, et que j'ai vu des inflammations péri-utérines se développer pendant la répétition de cette opération, en apparence si légère, et mettre les malades dans le plus grand danger, et par la maladie elle-même et par les abcès qui sont survenus et dont l'ouverture par le vagin n'est pas toujours exempte de danger. J'ai parlé, il y a un instant, des changements qui s'opèrent dans les déplacements anciens; ces changements sont la source d'indications particulières: comment, par exemple, espérer de pouvoir réduire immédiatement une rétroversion qui date de plusieurs années, quand la paroi postérieure du vagin a perdu plus de la moitié de sa longueur; qu'on s'imagine le tiraillement, la compression produits sur la face interne du col par le redresseur intra-utérin. Ce n'est que par degré qu'on peut arriver à cette réduction, en allongeant progressivement cette paroi raccourcie. C'est alors que le pessaire, que j'appelle préalable, par une action lente, conduit à cette réduction sans danger. Mais ne perdant point de vue l'état des ligaments ronds, je m'adresse également à eux par des moyens extérieurs, des douches, des applications excitantes de strychnine, à leur issue du canal inguinal.

De même, dans certaines antéversions, j'ai vu l'application de belladone produire un relâchement de ces ligaments en quelque sorte convulsés, et le col, que je ne pouvais auparavant saisir avec le speculum, y pénétrait alors facilement. Mais combien de fois ces ligaments, rétractés depuis longtemps, ne cèdent plus à ce moyen médicamenteux, et nécessitent une extension douce et prolongée, pour récupérer la longueur qu'ils ont ainsi perdue! C'est dans ces cas aussi, comme dans ceux où la déviation est produite par le poids des organes supérieurs, qu'un pessaire à antéflexion ramène par degré ces ligaments à leur état normal. Ce que je viens de dire de l'action des ligaments ronds, agissant pathologiquement, ne surprendra personne, quand on se rappellera tous les mouvements dont ils sont susceptibles dans l'état physiologique, toutes les agitations qu'ils impriment à la matrice : il n'est personne de nous qui n'ait reçu de fréquentes confidences sur ce sujet.

Je prends donc, dans les déviations de la matrice, l'état pathologique de cet organe en grande considération, et j'ai tellement à cœur qu'il n'en reste aucune trace douloureuse surtout, que j'ai formulé l'opportunité des pessaires en disant : que non-seulement ils ne devaient causer aucune douleur, mais que les malades ne devraient pas même en avoir la connaissance, et ces expressions sont si justes que les femmes qui les portent avec succès s'assurent de temps en temps avec le doigt si elles ne l'ont pas perdu, tant il est vrai que la présence du pessaire n'entraîne qu'une condition d'indifférence, signe certain de leur innocuité.

N'oublions jamais non plus les individualités ; lorsque je rencontre des déviations, c'est moins sur leur existence seule que je me fonde pour y remédier, que sur les accidents qu'elles entraînent, parce qu'il est bien vrai que, chez certaines femmes, les déviations, les abaissements, les chutes même complètes de la matrice ne sont la source d'aucun malaise. Chez quelques femmes même, j'ai vu le col de la matrice sorti du vagin, baigné, excorié par l'urine, et celles-ci se refuser à toute médication, tant elles en étaient peu incommodées.

Mais une considération bien importante dans l'appréciation des accidents causés par les déplacements de la matrice, est de ne point s'en rapporter seulement aux symptômes locaux, qui sont quelquefois tout à fait seuls, tandis que les symptômes éloignés, les gastralgies, les palpitations, les céphalalgies constituent tous les accidents de ces déviations, et comme dans ces cas la matrice est exempte de toute douleur, c'est l'argument le plus péremptoire contre ceux qui les attribuent à son état pathologique, et le plus péremptoire aussi, pour l'opinion non exclusive de ceux qui considèrent les déplacements comme cause essentielle quelquefois de désordres qui leur sont propres ; la matrice, d'ailleurs, n'est pas le seul organe qui, sans souffrir soi-même, entraîne des souffrances éloignées. Combien d'affections du cerveau et de la moelle épinière ne sont reconnaissables qu'au trouble des organes digestifs et du système musculaire! ce qui a fait dire que les organes souffraient dans les membres.

Je n'insiste point ici sur les différents états pathologiques qui ont été considérés comme causes constantes de ces déviations de la matrice. Il serait trop long de discuter ici sur chacun d'eux et de dire la part plus ou moins active que je crois devoir leur attribuer. Je dirai seulement que je les admets tous, que je n'oublie jamais de les combattre avant de penser à aucun moyen de réduction.

Quant à ces moyens eux-mêmes, je crois qu'ils doivent être variés dans leurs formes, selon le genre de déplacement auquel on veut remédier : il faut des pessaires différents pour la rétroversion, pour l'antéversion et pour le simple abaissement.

La nature des substances employées pour la confection des pessaires est moins importante qu'on pourrait le supposer ; il est merveilleux de voir avec quelle innocuité les femmes supportent ceux composés des matières les plus dures. Ce n'est point dire que je rejette ceux composés de substances plus molles, mais, dans beaucoup de cas, un moyen plus puissant est nécessaire pour fixer la matrice.

Avant d'arriver à la conclusion définitive, je veux dire un mot des rapports de la stérilité avec les déplacements de la matrice. Je suis bien loin de prétendre qu'ils en sont la cause unique : je pense, au contraire, que ces causes sont fort nombreuses, aussi bien générales que locales. Mais quand je vois une femme en pleine santé rester stérile et que je rencontre en même temps une déviation de la matrice, je ne vois rien d'irrationnel dans le redressement de cet organe, et la conscience médicale n'est point en défaut en le proposant aux malades, sauf les réserves bien grandes que je n'oublie jamais : car d'autres obstacles peuvent exister depuis l'orifice du col de la matrice jusqu'aux ovaires inclusivement, me promettant de les combattre aussi, à leur tour, par des moyens aussi appropriés que possible, si les premiers restent sans succès. Et pourrai-je croire que ces déplacements sont indifférents à la conception, quand j'ai sous les yeux des exemples qui ne laissent guère de doute à cet égard? Une dame, à laquelle M. Guersant père donnait des soins, n'avait pas eu d'enfant depuis dix ans et avait une rétroversion qui lui rendait la marche des plus difficiles : après avoir porté un pessaire à rétroversion pendant quelques mois, elle fut bien surprise de se trouver enceinte.

Une jeune femme, mariée depuis quatre ans et d'une bonne santé, n'avait point d'enfant : elle avait une antéversion très-marquée, c'est aussi après avoir porté un pessaire à antéversion pendant quelques mois qu'eut lieu sa première grossesse ; elle a, maintenant, trois enfants. Une autre jeune femme, mariée aussi depuis plusieurs années, d'un tempérament sanguin et d'une santé brillante, n'avait point d'enfants ; elle avait l'orifice du col étroit et la membrane interne un peu fongueuse ; j'agrandis le col, je cautérisai la face interne, j'introduisis, à une légère profondeur, une bougie en cire, ce que je ferais peut-être maintenant avec plus de timidité, et cette malade est, à présent, à son quatrième enfant. Une autre, par suite de saignées révulsives aux bras, avait vu sa santé complétement dérangée par des congestions des organes supérieurs et de l'irrégularité dans ses règles ; un système de soins opposés, des sangsues aux parties inférieures, des douches sur les pieds, de fréquentes purgations ramenèrent toutes les fonctions à leur état naturel, et cette malade aussi, qui n'avait pas eu d'enfants depuis quinze ans, est devenue enceinte, et c'est aux soins de M. Paul Dubois que son accouchement a été confié.

Il y a donc de tout en médecine, et les faits de tous les jours témoignent que nos tendances exclusives nous éloignent toujours de la vérité.

Toutes ces considérations me conduisent donc à conclure que beaucoup de déplacements de la matrice réclament des moyens contentifs ; que ceux qui agissent sur la face interne de l'organe sont dangereux ; que les moyens appliqués par le vagin sont efficaces et sans danger quand ils le sont opportunément ; que cette opportunité résulte de la guérison de toutes les complications, avec lesquelles on voit aussi disparaître quelques-uns de ces déplacements ; que les faits exposés dans le rapport de M. Depaul, si remarquable sous plusieurs points de vue, que ceux dont j'ai été témoin doivent faire rejeter le redresseur intra-utérin.

M. Cazeaux, appelé à la tribune, déclare n'être pas en état de parler, encore ému qu'il est par un malheur de famille.

M. P. Dubois. — Je pensais entendre aujourd'hui M. Velpeau et d'autres orateurs inscrits avant moi, je ne m'attendais pas à être appelé à la tribune dans cette séance. Je ne suis pas en mesure pour prendre la parole : si l'Académie veut bien me la réserver, je lui promets d'en user dans la séance prochaine, en me tenant rigoureusement dans la question. Cependant, puisque mon tour est venu, j'en profiterai pour dire, dès à présent, un mot à l'occasion de la lecture que nous venons d'entendre. Je crois que M. Hervez de Chégoin se fait une grande illusion lorsqu'il affirme avoir remédié aux déviations de l'utérus avec les pessaires dont il se sert. Les instruments que M. Hervez de Chégoin met en usage, ne peuvent agir évidemment que sur la portion inférieure de la matrice ; or, il me paraît impossible, absolument impossible que, dans de semblables conditions, ces instruments puissent redresser complétement un utérus dévié. Aussi je dois reconnaître que la seule idée rationnelle qu'on ait eue pour maintenir la matrice réduite, est celle d'introduire dans cet organe une tige rigide. Cette introduction d'un pessaire dans l'utérus est-elle dangereuse? Là est la question. C'est cette question que je me propose d'examiner dans la prochaine séance.

La discussion est renvoyée à mardi prochain.

Aliénation mentale et paralysie générale.

M. Bayle lit un Mémoire ayant pour titre : *De la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale.*

Nous publierons plus tard une analyse détaillée de ce travail.

CORRESPONDANCE.

Paris, ce 20 juin 1854.

Mon cher de Castelnau,

Comment se fait-il que vous qui, ce matin encore, disséquiez si bien, pièce à pièce, les énormités d'observation d'un mémoire autrichien relatif aux mangeurs d'arsenic, vous vous teniez coi en face d'autres énormités bien autrement importantes, relatives à la chirurgie pratique? Pourquoi, en publiant, ces jours derniers, dans votre journal, un article que vous empruntiez à la *Presse médicale belge*, n'avez-vous pas employé pour vous-même quelqu'un de ces procédés d'analyse avec lesquels vous discernez si vite le faible d'un ouvrage, et que vous avez semés si dru dans votre article sur les *toxicophages?* En faisant connaître en France le nouveau procédé de réduction des hernies par le docteur Seutin, de Bruxelles, tel qu'il a été rédigé par la *Presse médicale belge*, procédé qui consiste dans la rupture de l'anneau fibreux déterminant l'étranglement, à l'aide du doigt indicateur introduit dans l'anneau inguinal (textuel), que ne vous êtes-vous demandé d'abord si c'est bien l'anneau inguinal qui produit l'étranglement dans cette hernie? Et si la chose vous a paru vraie pour quelques cas, que ne vous hâtez-vous de dire qu'elle est l'exception dans la règle ; que, par conséquent, le procédé nouveau ne trouvera qu'une

rare application dans la pratique; et que ne vous élevez-vous alors contre une phrase comme celle-ci : « *Le procédé dont l'illustre professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Bruxelles vient d'enrichir la chirurgie, va encore diminuer le domaine de la médecine opératoire, que M. Seutin a déjà resserré dans de si étroites limites,* » phrase qui promet plus que ce que son auteur ne peut tenir, et qui sent son terroir d'une lieue.

D'ailleurs, comment n'avez-vous pas été frappé de l'impossibilité d'exécution de ce procédé : « *Il faut,* dit on, *introduire le doigt dans l'anneau pour le rompre ;* » mais si le doigt peut entrer dans cet anneau, c'est que la hernie qui le traverse n'est pas étranglée. Il ne faut pas, en effet, avoir beaucoup pratiqué la chirurgie pour savoir que, dans l'opération de la hernie inguinale vraiment étranglée, on n'introduit jamais qu'avec difficulté la tige d'une simple sonde cannelée entre le sac et l'anneau, et même entre l'intestin et le collet du sac ; et il y a loin de la grosseur d'une sonde à celle du doigt !

Comment ne vous êtes-vous pas fait cette objection en lisant votre épreuve, ou plutôt comment l'auteur de l'article que vous transcrivez n'a-t-il pas jugé nécessaire de donner l'explication d'un fait si matériellement impossible dans les conditions d'exécution qu'il a indiquées? Il faut qu'il y ait dans la rédaction de son article quelque artifice de langage dont il aurait dû s'empresser de nous donner la clef, et qui doit être de la nature de ceux, par exemple, qu'employaient, il y a quelques années, certains novateurs qui annonçaient à nos Académies qu'ils *coupaient une cuisse,* ou qu'ils *faisaient l'opération césarienne par la méthode sous-cutanée.*

Après cela, je partage complétement la pensée qui vous a inspiré la remarque trop souvent vraie par laquelle vous terminez votre article sur les mangeurs d'arsenic, et que voici :

« N'est-il pas triste de voir qu'il se puisse encore trouver des feuilles de « papier noircies, portant un titre scientifique, qui s'empressent de col- « porter ces piteuses niaiseries, au risque de trouver quelque lecteur plus « niais encore qui les prenne au sérieux et, en les appliquant, fasse payer « à quelque malheureux sa crédule et coupable ignorance ? »

Il va sans dire que, comme vous, je me garde bien d'appliquer cette remarque à aucun journal médical français ou belge.

Votre fidèle abonné quand même, A. Lenoir.

Comme nous avons toujours pris au sérieux le rôle de critique impartial et que nous espérons conserver toujours l'habitude (les roués diront la naïveté) de n'avoir pas deux poids et deux mesures, d'être indulgent pour nous, sévère pour les autres, nous commençons par accepter les reproches de M. Lenoir et par publier sa lettre. Nous demanderons seulement à nos lecteurs, ainsi qu'à notre spirituel, mordant et cher critique, de présenter deux observations pour atténuer notre faute, sinon pour nous en justifier.

D'abord, M. Lenoir nous accordera que l'énormité de M. Seutin est un peu moins grave que celle du Dr Tschudi : car le pire qui pût arriver à un praticien qui prendrait au sérieux la méthode du chirurgien belge, serait d'échouer dans ses tentatives et d'être obligé de recourir à une autre méthode; tandis que celui qui avalerait le canard autrichien empoisonnerait tout simplement ses clients.

Une seconde observation, que M. Lenoir comprendra d'autant mieux qu'il a été un peu journaliste, c'est qu'il y a une grande différence entre un article de plusieurs colonnes, qui est nécessairement toujours un article de fond, et un article de quelques lignes, dont une des destinations est de parfaire le nombre de colonnes dont se compose un journal. Or, dans le choix de ces derniers articles, le metteur en page, c'est-à-dire le directeur de la partie mécanique d'un journal, a quelquefois une part dont il use très bien à son point de vue, mais moins heureusement au point de vue de la science. C'est ce qui est arrivé pour l'article dont se plaint à juste titre notre excellent et sévère ami. Je m'empresse de reconnaître, au reste, que même les accidents de ce genre pourraient à la rigueur être évités et, par conséquent, devraient l'être. Nous ferons en sorte pour qu'à l'avenir il en soit toujours ainsi. H. de C..

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* de ce jour les remarques suivantes, au bas desquelles nous n'avons pas, sans quelque surprise, trouvé la signature de M. Dechambre, sachant qu'il n'avait pas eu la peine de les rédiger :

« Quoique M. Richet, présenté par la Faculté de médecine, n'ait pas eu l'avantage de figurer sur la liste du Conseil académique, nous croyons être bien informés en assurant que les membres de ce conseil n'ont pas eu un seul instant la pensée de *rectifier* (ainsi que cela a été dit) la présentation faite par la Faculté. Le Conseil académique connaît et apprécie les titres de M. Richet, et, s'il ne l'a pas présenté, c'est qu'il a pris en considération, indépendamment des services rendus par M. Gosselin comme chef des travaux anatomiques, les résultats mêmes du vote exprimé par la Faculté de médecine. M. Gosselin, avant le scrutin définitif, avait obtenu le même nombre de voix que M. Richet, douze contre douze; une seule voix lui a donc manqué plus tard pour être placé sur la liste. Dans cet état de choses, le Conseil académique a pensé qu'il pouvait dédommager M. Gosselin par un témoignage de sympathie mérité d'ailleurs sans porter la moindre atteinte à la situation et à l'estime si justement acquises par son compétiteur. » A. D.

Quelque bien informé que nous paraisse notre excellent confrère, il nous permettra de douter un peu que chaque membre du Conseil académique lui ait fait part des motifs qui l'ont fait voter pour tel ou tel candidat. Quant à nous, qui ne sommes pas très-habile dans l'artifice des explications subtiles, lorsque deux voies s'offrent à nous, nous avons la simplicité de prendre la plus directe, et, quand nous avons vu le vote du Conseil académique, nous avons simplement conclu que le Conseil avait voté pour M. Gosselin, trouvé les titres de ce candidat supérieurs à ceux de M. Richet. Notre excellent contradicteur accepte l'opinion du rédacteur de la note, qui croit que le Conseil académique a trouvé les titres de M. Richet supérieurs, mais qu'il a voulu donner à M. Gosselin une consolation; c'est une interprétation dont nous lui laissons la responsabilité, mais que, pour son compte, un des membres du Conseil académique, que nous avons consulté, n'accepte pas.

Que notre excellent contradicteur dise, après cela, que la *pensée* du Conseil n'a pas été de *rectifier* la liste de la Faculté, c'est donner, en d'autres termes, la même explication ; nous n'avons point parlé de la pensée qu'a pu avoir le Conseil ; nous avons dit qu'il avait rectifié la liste de la Faculté, et c'est là un fait matériel que notre contradicteur ne conteste sans doute pas ; nous aurions pu mettre le verbe modifier à la place du verbe rectifier, mais, à notre sens, modifier en bien, c'est rectifier, et c'est en ce sens que le Conseil a rectifié.

Enfin, notre excellent contradicteur nous informe que le Conseil connaît et apprécie les titres de M. Richet ; nous aimons à le croire, puisque le Conseil les a jugés ; nous en sommes même certain, car il les a jugés sainement. Seulement, notre excellent contradicteur affirme que c'est parce qu'il a pris en considération *les résultats* du vote de la Faculté, que le Conseil académique a voté pour M. Gosselin ; mais il nous sera bien permis d'avoir une meilleure opinion de la logique du Conseil, et de croire que ce n'est pas par cette considération qu'un candidat aurait été placé le second, qu'il le placerait le premier.

Nous espérons que ces explications paraîtront suffisantes à notre excellent contradicteur pour justifier à ses yeux la légitimité de notre appréciation, et qu'il croira équitable de nous justifier aussi aux yeux de ses lecteurs, en plaçant ces explications sous leurs yeux. H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 76. 2e année. Mardi 27 Juin 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Redacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64 et 72.)

SIXIÈME LEÇON.

Propriétés des nerfs et des muscles (*suite*).

Système nerveux centripète. — Système nerveux centrifuge.

Nous devons étudier, dans le système nerveux, deux espèces d'actions : les actions directes et les actions indirectes ou réflexes; l'une et l'autre de ces actions peuvent se produire sans la participation de la volonté. L'action réflexe n'est pas le propre d'une fonction spéciale, elle appartient à toutes les fonctions ; elle résulte de deux ordres de nerfs qui agissent successivement et qui sont inséparables dans cette action, elle est indépendante de la volonté. Voici une grenouille à laquelle nous avons enlevé la tête; cet animal n'a plus de volonté et cependant il réagit quand il est mis en contact avec des objets extérieurs, mais cette réaction a lieu sans but déterminé; on peut produire ces effets en employant des agents physiques, chimiques ou mécaniques; nous nous servons de préférence de l'électricité et de l'acide acétique, par lesquels l'animal est plus vivement impressionné. Sous l'influence de cette stimulation, l'animal sent, mais il n'a pas conscience de cette sensibilité. On a fait à cette manière de voir une objection : comment peut-on savoir que les animaux dans cet état sont inconscients? Voici la réponse : le physiologiste sait mettre à profit même les malheurs qui frappent l'espèce humaine, c'est ainsi que les maladies elles-mêmes servent d'expériences ; s'il arrive que, chez un homme, la moelle soit rompue et que les membres se trouvent alors par le fait séparés du cerveau, on voit se produire chez lui les phénomènes que nous avons observés chez l'animal auquel nous avons enlevé le cerveau ; si l'on vient à toucher ses pieds, il les retire, il les soustrait à l'action venue du dehors, mais il n'a conscience ni de la sensation ni du mouvement qui se sont produits.

Ainsi, l'intégrité de l'organe de la pensée n'est pas indispensable pour la production des actions réflexes ; mais il n'en est pas de même de l'intégrité de la moelle et des deux ordres de nerfs; si les nerfs de sentiment sont lésés, il n'y a plus de sensation ; si les nerfs de mouvement sont altérés, le mouvement n'est plus possible; pour que l'un et l'autre aient lieu, il faut que la moelle soit intacte. Si nous détruisons sur un animal le centre nerveux, nous ferons cesser toute action.

(L'expérience est faite sur une grenouille à laquelle on enlève la moelle, aussitôt l'animal devient immobile et ne réagit plus.)

Il y a deux sortes de mouvements réflexes; les uns dans des parties où la volonté peut intervenir, les autres ont lieu dans des organes soustraits à l'influence de la volonté. Il y a, dans quelques cas, antagonisme entre les actions réflexes et la volonté.

Tous les mouvements réflexes qui se produisent dans des parties du corps où la volonté peut intervenir, procèdent des centres cérébro-spinaux; mais il en est d'autres qui ont un centre qui n'est ni la moelle ni le cerveau, mais les ganglions du grand sympathique; sur ceux-là nous n'avons aucune espèce de pouvoir; par exemple, qu'une substance irritante soit introduite dans l'intestin, dans le but, je suppose, de produire une purgation ; alors on voit des mouvements se manifester dans l'intestin ; cela a lieu parce que les nerfs de sentiment ont transmis une sensation aux ganglions du grand sympathique, et parce que les nerfs de mouvement ont été mis ensuite en jeu pour faire contracter les muscles intestinaux. Voilà un mouvement réflexe que nous ne pouvons pas arrêter. Ici l'anatomie se trouve parfaitement d'accord avec la physiologie, le système nerveux central préside aux actions réflexes sur lesquelles la volonté a pour ainsi dire droit de surveillance. Le système nerveux du grand sympathique agit sur des organes soustraits à l'action de la volonté. Dans tous les cas, les mouvements réflexes se produisent de la même manière, c'est-à-dire par l'intervention de nerfs centripètes et de nerfs centrifuges, et d'un centre, que ce centre soit la moelle et le cerveau, ou bien un ganglion du grand sympathique.

Nous avons dit qu'on s'était demandé quel était le principe qui circule dans les nerfs. Il faut admettre là une force spéciale sans analogue. On avait cru que cette force était l'électricité. On avait trouvé un certain charme et une apparence de vérité à cette comparaison, parce que les nerfs semblent construits de façon à conduire l'électricité. Ce sont comme des espèces de fils conducteurs composés d'une enveloppe, et d'un filament central ou axis. Entre cette enveloppe et ce filament central est une matière grasse, et l'on avait vu là un corps isolant qui permettait à l'électricité d'être conduite par les nerfs sans se dévier. Il a fallu, avons-nous dit, renoncer à ces séduisantes théories : l'électricité n'est pas identique au fluide nerveux.

La meilleure expérience est la suivante : si on lie un nerf, toute action nerveuse y est suspendue; or, cette ligature ne suffirait pas pour empêcher le passage du fluide, si ce fluide était l'électricité.

(Le professeur exécute cette expérience de la façon suivante : il met à nu et lie avec un fil le nerf sciatique d'une grenouille; l'animal se meut alors en traînant immobile après lui le membre dont le nerf principal a été lié.)

Nous admettrons donc une force propre au système nerveux.

Il nous reste à examiner quelles sont les conditions qui détruisent cette force et quelles sont celles qui l'exaltent. Le *curare*

tue pour ainsi dire le système nerveux sans altérer la substance des nerfs. Beaucoup de poisons ne font cesser la vie qu'en agissant sur certain système d'organes qu'ils empêchent de fonctionner; ceux qui agissent sur le système nerveux amènent rapidement la mort. Pour que le *curare* tue, il ne faut que le temps nécessaire pour qu'il soit absorbé.

D'autres agents, tels que l'opium, agissent de même en déprimant le système nerveux; employés à une faible dose, ce sont des médicaments; à une forte dose, des poisons. Entre leurs effets médicamenteux et leurs effets toxiques, il n'y a que la différence d'intensité.

Il y a donc des substances qui détruisent et des substances qui affaiblissent le système nerveux. D'autres substances l'exaltent : telle est la strychnine, qui exagère l'action du système nerveux et amène la mort par épuisement. L'éther, le chloroforme, le froid, la chaleur, détruisent plus ou moins complétement ou dépriment l'action du système nerveux; le mode d'action de tous ces agents est le même; ils procèdent des nerfs de sentiment aux nerfs de mouvement, suivant la marche physiologique.

Par exemple, l'éther, inhalé par un animal, amène 1° l'insensibilité à la peau; 2° l'immobilité.

Le chloroforme a la propriété de tuer le système nerveux; il agit d'abord sur les nerfs de sentiment, alors on peut exciter, brûler, détruire la peau de l'animal sans éveiller sa sensibilité, et, à ce même moment, si l'on découvre un nerf de mouvement et qu'on l'excite, on voit se mouvoir les muscles correspondants. Évidemment, si l'on ne veut pas tuer l'animal, il faut arrêter à temps l'action de cet agent, car si l'on détruit partiellement la puissance nerveuse, le mal est réparable, si on la détruit complètement, la vie cesse; si l'on frappe de mort les nerfs de mouvement, le mouvement du cœur cesse et l'animal meurt tout entier.

On voit donc, à l'état pathologique comme à l'état physiologique, l'action se produire de la périphérie au centre et rejaillir du centre à la périphérie; il y a comme une chaîne qui commence au sentiment et finit au mouvement, en d'autres termes, la mort commence au sentiment et finit au mouvement. La strychnine agit de la même façon; l'excitation qu'elle produit va vers le centre et du centre réagit sur les mouvements; c'est ainsi que l'agent finit toujours par produire ses effets sur l'ensemble du système nerveux.

Ainsi, dans toutes ces substances qui dépriment ou exaltent le système nerveux, le mode d'action est toujours le même.

Les conditions physiologiques nécessaires pour que la substance nerveuse conserve son excitabilité et continue à vivre, sont autres que celles qui conviennent aux muscles.

La première condition est que le nerf arrive sans interruption jusqu'au centre nerveux; s'il en est séparé, il est mort; il peut en être séparé de bien des façons, par une destruction spontanée morbide, par une section, par une ligature; s'il arrive que, plus tard, les fonctions auxquelles présidait ce nerf se rétablissent, c'est qu'il s'est reformé un autre nerf; c'est là un point capital; à la place d'un nerf séparé du centre, un nerf nouveau se produit et prend la place de l'autre qui n'agit plus.

Donc le nerf coupé se détruit, et cette destruction, cette altération progressive peut être appréciée par le microscope. On voit la substance grasse, intermédiaire à l'enveloppe et au filament central, s'altérer, se fractionner; l'axis disparaît; dans ces fragments il se forme des masses noires; l'enveloppe finit par se détruire et tout le nerf n'est plus rempli que par une espèce de pointillé noir; cette destruction suit constamment la même marche que le mouvement réflexe dont nous avons parlé; en effet, le nerf de sensibilité se détruit en commençant par son extrémité périphérique; si c'est le nerf de mouvement, la destruction se fait en sens opposé, du centre à la périphérie. La régénération a lieu de la même manière, de la périphérie au centre pour les nerfs de sentiment, du centre à la périphérie pour les nerfs de mouvement, ce qui fait que le bout central du nerf de mouvement ne se détruit pas, tandis que celui du nerf de sentiment se détruit.

Ainsi, tandis qu'un muscle coupé continue à vivre, un nerf coupé meurt, et un nerf de nouvelle formation seul peut le remplacer.

Le système nerveux prend sa source dans les centres nerveux; les nerfs ne sont que des conducteurs; ils n'ont pas seulement la propriété d'agir sur le système musculaire; ils agissent encore sur d'autres tissus de l'organisme dont ils *réveillent* les propriétés (car ces propriétés ils ne les leur donnent pas). Le système nerveux joue partout le rôle d'excitateur; quelle est son action sur les glandes? La propriété des glandes est de sécréter, de produire un liquide qui se déverse par des conduits spéciaux.

Voici comment sont construites les glandes : ce sont des cellules réunies et formant des culs-de-sac entourés par une enveloppe; le canal excréteur est un conduit commun où se rend le produit de sécrétion qui doit s'écouler au dehors. Il faut supposer, quand il y a sécrétion, qu'il y a eu un nerf mis en jeu; cette sécrétion a lieu par suite d'une action réflexe; ainsi, lorsqu'on met du vinaigre dans la bouche, on voit sourdre la salive hors de ses conduits. Les nerfs qui excitent cette sécrétion, on peut les isoler; par exemple, à la glande sous-maxillaire, aboutit la corde du tympan. Lorsque les aliments arrivent dans l'estomac, les parois de ce viscère se couvrent de suc gastrique; il y a là une action réflexe dont nous n'avons pas conscience; on avait dit que les sécrétions étaient dues à une action mécanique, qu'elles étaient une sorte de filtration. Or, supposez une membrane dans l'économie; il y aura d'un côté le sang, et de l'autre la glande; il faut que le sang se filtre à travers cette membrane et que, parmi les éléments, les uns la traversent, tandis que les autres restent en deçà. Or, qu'est-ce qui déterminera cette filtration? C'est, disait-on, la pression du sang sur cette paroi; si la pression est plus forte, il y a sécrétion; la sécrétion ne serait donc que l'augmentation de la pression du sang sur la glande. Cette théorie peut être appliquée aux excrétions, mais non aux sécrétions.

L'expérience démontre que la sécrétion ne s'opère pas par un excès de pression; en effet, qu'en prenne une glande salivaire, on a le sang qui arrive dans la glande et le liquide qui s'écoule par le conduit excréteur; or, si cette théorie était vraie, l'écoulement devrait s'arrêter quand la pression de la glande est plus forte que celle du sang.

Voici une expérience qui est due à *Ludwig* : sur un animal vivant, on met à découvert une glande salivaire et son artère, la pression de l'artère est mesurée par un manomètre; dans le conduit de la glande, on introduit un manomètre, de façon à empêcher la salive de sortir et à déterminer par conséquent une pression intérieure dans la glande; on met du vinaigre dans la bouche de l'animal, et il se produit une sécrétion considérable de salive; la pression va jusqu'à 350 et 400 millimètres dans la glande, tandis que celle de l'artère n'est que de 150 millimètres, et cependant la sécrétion continue. Donc la sécrétion est indépendante de la pression exercée par le sang sur la glande, puisque la pression de la glande peut être trois fois plus forte que celle du sang, sans que la sécrétion cesse de se faire. Ce n'est pas une action *mécanique*, mais une action *nerveuse* qui fait sécréter la glande. Il y a d'autres raisons qui doivent faire rejeter cette théorie mécanique; on devrait, si elle était vraie, ne trouver dans le produit sécrété que les éléments contenus dans le sang; or, on trouve, dans le produit des glandes, des principes qui ne se trouvent pas dans le sang. Donc la glande n'est pas un filtre, c'est un organe qui a la propriété de produire des substances chimiques et de les produire dans certains moments sous l'influence d'actions nerveuses. On doit dire ici encore, comme pour les muscles, que l'activité des glandes leur est propre, mais que la mise en activité de cette propriété appartient au système nerveux.

Le système nerveux est donc le système vivant par excellence, la cause de toutes les excitations, et, par la variété des tissus sur lesquels il agit, on voit qu'il tient sous sa dépendance

toutes les fonctions; par les muscles, il produit tous les phénomènes mécaniques; par les glandes, tous les phénomènes chimiques de l'économie. (*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Saint-Louis. — M. Cazenave.

Acné.

Leçon recueillie par M. le Dr Chausit, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Au n° 57 de la salle Napoléon, est couché le nommé A..., âgé de 30 ans, vigoureux, d'une bonne constitution, d'une santé parfaite d'ailleurs. Ce malade a été admis pour une éruption occupant la poitrine, les épaules et surtout le dos.

Cette maladie date de deux ans; elle a débuté sans cause déterminante, appréciable. Rien, dans les antécédents du malade, n'offre d'analogie avec son affection actuelle. Celle-ci consiste dans des *boutons* offrant au centre une petite pustule conique, reposant sur une base dure, rouge, quelquefois violacée. Sur plusieurs points, les pustules ont disparu et sont remplacées par de véritables indurations. Sur les surfaces occupées par l'éruption, la peau est luisante, plus ou moins grasse, parsemée de petits points noirâtres : ce sont des *tannes,* complication fréquente, sinon nécessaire de cette maladie. Enfin, çà et là, on distingue des cicatrices particulières, saillantes, oblongues, molles, blanchâtres.

C'est une forme de l'*acné,* maladie très-curieuse, et dont l'histoire offre plusieurs points qui ne sont pas encore bien connus.

Dans la classification de Willan, l'acné est une affection pustuleuse, caractérisée par des pustules petites, acuminées, répandues irrégulièrement sur des surfaces grasses, huileuses, quelquefois rouges, comme érythémateuses, accompagnées de tannes et de cicatrices. Cette définition, qu'il faut conserver comme moyen de diagnostic, est évidemment insuffisante, en ce qu'elle ne tient pas compte de la véritable nature de l'acné, et aussi en ce qu'elle omet certains symptômes cependant très-intéressants. M. Cazenave, éclairé par l'observation, a fait de l'acné une affection des follicules de la peau, ayant pour caractère principal une lésion de sécrétion de la matière sébacée, et pouvant donner lieu aux divers phénomènes d'inflammation définis par Willan et Biett.

L'acné doit être étudié à deux points de vue principaux correspondant à deux grandes divisions pratiques :

1° Le follicule est simplement enflammé, et alors la phlegmasie existe à divers degrés et avec des phénomènes différents de rougeur, de congestion, de suppuration, qui constituent des variétés différentes aussi.

2° Il y a lésion de la sécrétion sébacée, et celle-ci peut se comporter de plusieurs manières. Ou la sécrétion est exagérée, mais la matière se concrète facilement, et reste enfermée dans le follicule distendu; ou bien il y a encore exagération, mais la matière, restée fluide, se répand au dehors du follicule; ou enfin il y a lésion de sécrétion en moins; la matière sébacée n'est plus qu'imparfaitement sécrétée, elle est d'ailleurs modifiée dans ses qualités, et accompagnée d'une altération particulière de tissu. Cette lésion donne alors lieu à une maladie très-curieuse et très-peu connue, qu'on pourrait peut-être rattacher au type du lupus.

Quand la maladie folliculeuse est caractérisée par des phénomènes d'inflammation, ceux-ci se comportent de manière à constituer plusieurs formes distinctes que Willan avait parfaitement décrites et dont nous allons indiquer sommairement les caractères.

Acné simple. — Cette variété est une affection très-légère, en général. Quand elle existe sous sa forme la plus simple, il n'est pas rare, surtout quand elle siége ailleurs qu'au visage, que les malades la portent depuis longtemps déjà avant de s'en apercevoir : elle affecte presque exclusivement les jeunes gens; elle semble coïncider avec la puberté, et, chez les jeunes filles, avec l'époque de la menstruation.

L'acné simple consiste en de petites pustules éparses sur le front, par exemple, suppurant très-incomplétement, accompagnées d'un état gras de la peau, quelquefois de tannes. Cette petite maladie, si tant est qu'elle mérite ce nom, n'exige le plus souvent pas de traitement particulier.

Acné indurata. — L'inflammation du follicule peut être plus étendue, et alors elle constitue l'acné indurata forme assez commune qui, souvent, n'est que la continuation, un degré plus avancé de l'acné simple. Elle est liée, sans doute, à une disposition particulière; mais elle semble se manifester, dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence de causes extérieures, de certaines professions, par exemple. Ainsi, on l'observe assez fréquemment chez les forgerons, les cuisiniers, etc.

Elle siége de préférence au visage, où elle peut se présenter avec une intensité telle, qu'il en résulte de véritables déformations, comme dans le sycosis. On l'observe rarement aux membres, à moins qu'elle ne les ait envahis par extension. M. Cazenave l'a observée plusieurs fois aux lombes et même à la naissance des cuisses; mais toujours c'était dans le cas d'acné existant depuis longtemps au tronc. C'est alors aussi que les indurations tuberculeuses sont souvent considérables et qu'elles peuvent, à la pression, laisser jaillir un liquide athéromateux.

C'est de cette variété de l'acné qu'est atteint le malade dont l'histoire a été l'occasion de cette conférence clinique. Elle offre, à son état complet, des pustules petites, donnant lieu, sur quelques points, à des croûtes légères, qui tombent rapidement; des indurations tuberculeuses, plus ou moins considérables, circonscrites, comme enchâssées dans l'épaisseur de la peau, rouges ou violacées; des taches brunes ou bleuâtres; des cicatrices oblongues, mollasses, fauves ou blanchâtres.

Cette forme est souvent compliquée de tannes; elle est toujours accompagnée d'un état gras, comme huileux de la peau. C'est, d'ailleurs, une affection souvent tenace, mais qui guérit, quelquefois même assez facilement, malgré son apparence de gravité.

Le traitement interne consiste dans l'emploi de laxatifs, de boissons amères; mais c'est surtout aux topiques qu'il faut avoir recours. On a conseillé un grand nombre de pommades avec le précipité blanc, le calomélas, à la dose de 1 à 2 grammes pour 30 grammes d'axonge. M. Cazenave emploie surtout une pommade à l'iodure de soufre, dans la proportion de 2 à 4 gr. pour 30 grammes d'axonge; seulement, il recommande bien de n'employer les pommades que quand toute trace d'inflammation a disparu. On fait, le soir, des frictions légères avec un peu de la pommade ci-dessus; le matin, on fait faire des lotions avec de l'eau de savon tiède ou avec une solution alcaline (sous-carbonate de soude ou de potasse : 2 à 4 grammes pour 250 grammes d'eau distillée).

Ce traitement est aidé par l'emploi des bains alcalins, des bains sulfureux. C'est alors aussi que l'on conseille utilement certaines eaux thermales sulfureuses : celles de Barèges, de Schinznach, d'Aix-la-Chapelle.

Acné rosacea. — Cette variété, connue sous le nom de *couperose,* présente, envisagée à un point de vue général, deux éléments principaux dont il importe de bien tenir compte. C'est, d'une part, l'élément pustuleux, qui offre les caractères ordinaires de l'acné; de l'autre, l'élément congestif, qui se traduit par une rougeur érythémateuse plus ou moins intense, mais constante et pathognomonique. Ce double caractère est si important et si tranché qu'il pourrait presque servir à constituer deux maladies distinctes, selon que l'un ou l'autre prédomine.

L'acné rosacea est caractérisée par des plaques rouges, irrégulièrement répandues sur le visage; mais surtout sur le nez et les joues, par des pustules, par des tubercules, quelquefois par un gonflement plus ou moins considérable des follicules sébacés.

L'acné rosacea débute ordinairement, sur le nez ou les pommettes, par une rougeur d'abord peu étendue, plus ou moins vive, qui, après avoir persisté pendant quelque temps, peut passer pour revenir bientôt. Elle affecte, dans ses retours, une sorte de régularité, quelquefois même de périodicité. Chaque

poussée est marquée par l'apparition de quelques pustules peu appréciables, supppurant incomplétement et donnant lieu à la formation de croûtes légères qui tombent rapidement. Cet état peut durer pendant quelque temps, jusqu'à ce que l'acné se fixe tout à fait aux points affectés et ne disparaisse plus.

Si l'élément pustuleux domine, ce que l'on observe surtout chez les hommes, la rougeur est moins influencée par des poussées congestives ; elle a moins de tendance à s'étendre ; mais les éruptions sont plus fréquentes ; les pustules sont plus nombreuses, plus apparentes ; elles ont une tendance plus marquée à laisser après elles des indurations tuberculeuses.

Quand c'est, au contraire, l'élément congestif qui a le dessus, et cela arrive plus fréquemment chez les femmes, la maladie est entretenue et aggravée par des poussées régulières, quelquefois assez fréquentes pour constituer une véritable incommodité. M. Cazenave signale des faits où ces poussées ont lieu jusqu'à deux, trois fois et même plus par jour. Elles sont surtout influencées par la digestion, la chaleur des appartements, les émotions morales : alors, la face se congestionne, les malades accusent la sensation d'une chaleur pénible au visage ; de la lourdeur, quelquefois même de la somnolence ; les points affectés deviennent d'un rouge très-intense, violet même, et cette circonstance constitue pour les femmes une sorte d'infirmité qui les oblige à renoncer au monde, à fuir tous les rapports habituels.

Quand l'acné rosacea dure depuis longtemps, elle peut se compliquer d'un troisième élément qui, pour être accidentel, n'en offre pas moins un véritable intérêt : c'est le caractère hypertrophique. Sous l'influence de poussées et d'éruptions successives, le nez se tuméfie ; il devient plus volumineux ; il y a comme un gonflement général. Mais à ce phénomène vient se joindre bientôt l'hypertrophie des follicules : ceux-ci, tuméfiés individuellement, peuvent acquérir des proportions considérables ; ils forment des tumeurs bosselées, lobuleuses, qui, sillonnées de vaisseaux variqueux, de veinules noirâtres, constituent de véritables difformités et impriment à la face un aspect repoussant.

L'acné rosacea est toujours une maladie longue, elle peut durer indéfiniment.

L'étiologie de cette affection a une importance toute particulière, à cause du rapport qui existe entre la connaissance de la cause et le traitement.

L'acné rosacea est quelquefois héréditaire ; elle est évidemment sous la dépendance d'une disposition individuelle, de conditions particulières de tissus. Elle paraît, dans un certain nombre de cas, être liée à des troubles du côté des voies digestives ; et, à ce propos, M. Cazenave signale l'influence que l'état de l'estomac exerce, en général, sur toutes les éruptions du visage, et en particulier sur le développement et la persistance de cette forme de l'acné.

Celle-ci semble souvent produite et entretenue par des troubles du côté du foie, par tout ce qui gêne la circulation abdominale. Chez les femmes, l'acné rosacea est très-souvent causée par des troubles de la menstruation ou des fonctions utérines : aussi, est-elle fréquente à l'âge critique. Quand l'acné rosacea se développe, au milieu de la vie, chez une femme dont les antécédents n'offrent rien d'analogue, qui n'a aucune affection de l'estomac, il faut interroger les fonctions utérines, et il est presque certain que l'on trouvera là le secret de sa maladie.

En raison même des conditions diverses qui peuvent présider au développement de l'acné rosacea le traitement de cette maladie présente des diffficultés dont il faut être bien prévenu.

On retire de bons effets de l'administration, à l'intérieur, des préparations alcalines, du bi-carbonate de soude à la dose de 4 à 8 grammes dans 250 grammes d'eau distillée ; une cuillerée à bouche matin et soir dans une tasse de tisane amère. C'est à ce titre encore que l'on conseille les eaux de Vichy en boissons. Les préparations ammoniacales, administrées à petite dose, donnent aussi de bons résultats.

Pour combattre la constipation, fréquente dans cette maladie, on emploie les laxatifs. S'il y a de la gastralgie, on la combattra par les moyens appropriés : le sous-nitrate de bismuth, la caséine, qui est surtout très-efficace. Chez les femmes, les évacuations sanguines sont souvent indiquées. M. Cazenave conseille d'appliquer, entre deux éponges menstruelles, des sangsues derrière les oreilles ou aux cuisses. Quand on a reconnu et apprécié des troubles du côté de l'utérus, on leur opposera tous les moyens rationnels.

Dans tous les cas, il faut prescrire un régime sévère.

Les eaux thermales jouent un grand rôle dans le traitement de l'acné rosacea. Après les eaux salines de Vichy, de Néris, celles qui conviennent aussi sont les eaux que l'on pourrait appeler mixtes, c'est-à-dire sulfuro-salines, telles que les eaux de Saint-Gervais, de Louëche, d'Uriage, d'Allevard.

Quant aux toxiques, ils doivent être conseillés avec une grande réserve. Avant tout, il faut s'abstenir de toute pommade. Pendant les poussées, s'il faut faire quelque chose, on se bornera à ordonner quelques lotions d'eau de son, ou mieux, on fera saupoudrer les points malades avec de l'amidon sec. Quand l'état congestif a cessé, on a recours aux lotions avec la liqueur de Gowland, ou bien avec une infusion légère de thé, ou encore avec un mélange de 10 à 15 gouttes d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau de son tiède. Plus tard, et quand l'acné rosacea est modifiée, M. Cazenave conseille les bains et les douches de vapeur pour résoudre les points tuberculeux qui persistent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

De la blennorrhagie chez la femme.

Rédigé par MM. A. Lecadre, *externe du service, et* D. Calvo (*de Marseille*), *élève particulier de* M. Ricord.

(Suite. Voir les nos 36, 37 et 43 du tome 2.)

Accidents, complications. — Le catarrhe utérin, outre les abcès qui peuvent se former autour du cul-de-sac péri-utérin et les hématocèles, peut se compliquer d'une affection de l'ovaire que nous désignerons sous le nom d'*ovarite blennorrhagique,* affection que M. Ricord a été un des premiers à étudier.

Ovarite. — L'ovarite blennorrhagique est l'épididymite de la femme ; mais elle est plus rare que son analogue chez l'homme. Ajoutons, cependant, que l'épididymite est rare chez les sujets dont les testicules ne sont pas descendus dans le scrotum. On pourra croire à la présence de cette affection, quand, chez une femme atteinte de catarrhe utérin, il existe de la douleur, de la tension, dans une ou dans les deux fosses iliaques ; tension circonscrite, globuleuse, très-douloureuse quelquefois à la pression ou au toucher vaginal, quand on pousse le col de l'utérus du côté opposé ; douleur cessant si on appuie l'utérus du côté malade. Cette affection peut ne pas être accompagnée de fièvre ; mais, généralement, le pouls est plus large, plus plein que dans la péritonite ; la douleur est moins superficielle. Dans les cas observés par M. Ricord, les hoquets, les vomissements manquaient souvent ; mais ce qui était remarquable, c'est que, comme dans l'épididymite, la maladie passait souvent d'un côté à l'autre ; un des ovaires guérissait et l'autre se prenait.

La marche de cette affection est généralement aiguë ; le pronostic est peu grave, et la maladie peut durer de deux à quatre septenaires.

On conçoit que cette inflammation puisse affecter la forme chronique et donner lieu à des hydropisies de l'ovaire, comme l'épididymite donne lieu à l'hydrocèle, et il peut même arriver consécutivement des hématocèles.

Le diagnostic entre l'ovarite et une métro-péritonite partielle est, d'après ce que nous avons dit, assez difficile.

Le traitement consistera dans les antiphlogistiques, les onctions mercurielles à haute dose ; et le calomel, comme purgatif, donne dans ce cas de très-bons résultats.

Nous commencerons l'étude des affections blennorrhagiques chez l'homme par la balano-posthite.

BALANO-POSTHITE.

Cette maladie, aussi nommée *blennorrhagie externe, bâtarde, fausse chaudepisse, spuria gonorrhœa,* est générale ou partielle, idiopathique ou symptomatique de différentes lésions (chancres, affections dartreuses, accidents secondaires).

Siége. — L'inflammation peut envahir la totalité de la muqueuse glando-préputiale, ou bien se circonscrire soit sur le gland, soit sur le prépuce ; dans le premier cas, c'est la *balanite*, dans le second, c'est la *posthite*.

Cette inflammation est d'abord superficielle, mais elle ne tarde pas à atteindre les cryptes sébacés de la rigole du gland.

Causes. — Une condition *sine quâ non* de la balano-posthite, c'est la présence d'un prépuce couvrant le gland ; les juifs et les mahométants sont à l'abri de cette maladie.

Le phimosis congénial ou accidentel, la malpropreté qui laisse accumuler le smegma, le coït avec une femme malade, et la masturbation, sont les causes les plus fréquentes de cette affection.

Symptômes. — La balano-posthite débute par un léger prurit sur le gland ou le prépuce ; ce prurit augmente bientôt, le prépuce s'échauffe, devient rouge, se tuméfie, passe à l'état phlegmoneux, la semi-muqueuse du gland présente aussi une rougeur très-vive ; le produit de cette inflammation est plus franchement purulent que celui de l'urétrite, il ressemble au pus sécrété par un vésicatoire. La muqueuse peut s'ulcérer, et l'on voit alors apparaître des érosions et de véritables ulcérations.

Si les malades décalottent avec facilité, la miction et les érections ne sont pas très-douloureuses, dans le cas contraire, les souffrances sont très-vives.

Diagnostic. — Dans la balano-posthite, les douleurs dans l'érection sont bornées à la partie antérieure de la verge, au lieu d'exister dans toute la longueur du canal comme dans l'urétrite ; les érections ne sont pas cordées. Les souffrances que cause l'émission des urines n'existent qu'à l'extrémité de la verge, et au moment où l'urine se répand entre le gland et le prépuce, et le trajet du canal reste tout à fait insensible.

Quand on a découvert le siége de la maladie, il faut aussi en reconnaître la nature et savoir si elle a sa source dans une inflammation, dans des érosions simples, ou bien si elle doit être attribuée à des chancres primitifs, ou à des accidents consécutifs. Tant qu'on n'a pas résolu cela, le diagnostic est incomplet.

Marche et durée. — La balano-posthite a une marche ordinairement aiguë, mais les écarts de régime peuvent faire passer l'inflammation à l'état sur-aigu.

Sa durée moyenne est de dix à douze jours, mais on peut de beaucoup l'abréger par une opération bien faite en temps utile.

Accidents. — A l'état aigu, la balano-posthite peut se compliquer d'œdème simple ; cet œdème, s'il persiste, devient dur et très-tenace, quelquefois il survient un érysipèle suivi d'abcès.

Souvent les parties malades sont frappées de gangrène plus ou moins profonde, mais cette gangrène se limite derrière le gland, au niveau de la réflexion de la muqueuse du prépuce ; il en résulte une circoncision naturelle ; cette gangrène commence ordinairement par la partie supérieure du prépuce ; l'escarre s'étend de dedans en dehors, jusqu'à ce qu'elle ait produit une perforation sur le dos du prépuce ; le gland ne tarde pas à passer à travers cette perte de substance, et le plus souvent cette gangrène est superficielle.

La gangrène du prépuce s'arrête ordinairement sur les côtés du frein, là où les vaisseaux et les nerfs arrivent en abondance.

La balano-posthite se complique aussi quelquefois d'une lymphite dorsale qui, par extension, peut occasionner une adénite. Mais un des accidents les plus fréquents est le paraphimosis ; il peut se produire de deux manières :

1° Lorsque les malades ont décalotté de force ; 2° par les progrès de l'inflammation.

Pronostic. — La balano-posthite est une affection le plus souvent simple et très-facile à guérir ; mais si le phimosis est complet, si le mal fait des progrès, il peut y avoir gangrène du prépuce et de la semi-muqueuse du gland, ce qui entraîne sa décortication ; puis, le tissu spongieux peut se gangréner, et si la gangrène arrive aux corps caverneux, on a souvent à craindre des hémorrhagies très-graves, des érysipèles de voisinage et des résorptions purulentes.

Traitement. — Si le gland peut être découvert, si la muqueuse est peu altérée, le traitement est simple et facile. On fera des lotions d'eau froide, et l'on isolera le gland et le prépuce à l'aide de charpie sèche. Ces moyens suffisent pour arrêter la maladie en cinq ou six jours.

Si le mal est plus intense, s'il y a quelques érosions, on fera des lotions deux fois par jour avec le liquide suivant :

℞ Eau distillée	100 grammes.
Azotate d'argent.	3 grammes.
M.	

On isolera toujours les surfaces à l'aide de charpie sèche ou d'un linge fin.

Si la balano-posthite est compliquée d'un phimosis dont la réduction expose, soit à un paraphimosis, soit à des éraillures du limbe du prépuce, il faut avoir soin de faire des injections entre le gland et le prépuce avec la solution à l'azotate d'argent.

On peut aussi se servir du crayon de nitrate d'argent pour cautériser les surfaces muqueuses ; quand il y a complication de chancres, ce traitement est également bon, car il dédouble la maladie.

S'il y a une inflammation phlegmoneuse, érysipélateuse, il faut recourir au traitement antiphlogistique (sangsues appliquées aux régions inguinales, saignées du bras, s'il y a réaction, lotions émollientes entre le gland et le prépuce, légers laxatifs, bains entiers, diète et repos) ; si la gangrène est imminente, il faut se décider à opérer, surtout si le phimosis est congénital.

Lorsque la balano-posthite est compliquée de phimosis, il faut opérer, ou s'en tenir aux moyens ordinaires. Autrefois, le précepte était d'opérer de suite, mais Cullerier s'opposa avec raison à cette pratique, car s'il y a des chancres, la plaie de l'opération peut devenir un vaste ulcère chancreux à marche phagédénique ; mais toutes les fois qu'il y a gangrène, le précepte est d'opérer, car elle neutralise le virus chancreux.

Voici le procédé opératoire employé par M. Ricord, dans les cas inflammatoires.

M. Ricord introduit une sonde cannelée sous la partie supérieure du prépuce, qu'il fend à l'aide du bistouri ; il fait ensuite une incision à la partie inférieure, saisit successivement chaque lambeau latéral au moyen d'une pince placée dans le sens de l'insertion du prépuce, et excise tout ce qui est au devant des mors de l'instrument.

Ce procédé, très-simple, ne laisse aucune difformité.

Lorsque le phimosis n'est accompagné d'aucune complication, M. Ricord donne la préférence au procédé suivant :

Circoncision d'après le procédé de M. Ricord.

On laisse la verge dans sa position naturelle, sans exercer de tiraillements sur la peau ; on trace avec de l'encre, sur le prépuce, à deux lignes au devant de la crète circulaire du gland, une ligne parallèle à sa couronne.

L'opérateur introduit ensuite entre le gland et le prépuce, une longue aiguille, dont la pointe, cachée par une boulette de cire, traverse l'épaisseur du prépuce sur sa ligne médiane et à deux millimètres au devant de la ligne circulaire qu'il a tracée ; de cette manière, la peau et la muqueuse sont fixées et ne peuvent glisser l'une sur l'autre ; il place ensuite derrière cette aiguille les mors de sa pince fenêtrée, et il la confie à un aide. Le chirurgien tranche alors avec un bistouri toute la partie du prépuce située entre l'aiguille et la pince, que l'aide doit fortement serrer.

La pince retirée, l'opérateur lie ou tord les artérioles, réunit les deux bords de l'incision à l'aide de serres fines ; la muqueuse est ainsi amenée au contact de la peau.

Après l'opération, on prescrit le repos et la diète, et ordinairement la plaie se réunit par première intention.

Les résultats de la circoncision, d'après la méthode de M. Ricord, sont plus favorables que ceux obtenus par d'autres procédés. La guérison a lieu vers le douzième jour, et jamais il ne reste aucune difformité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

JOURNAUX ITALIENS.

Nous sommes étrangement en arrière pour le Compte rendu des journaux italiens ; et il n'a rien moins fallu que le surcroît d'occupation que nous a imposé la multiplicité des maladies qui ont régné à Paris cet hiver et ce printemps, pour nous empêcher de nous livrer à notre revue habituelle. Nous allons la faire d'une manière un peu rapide, cette fois, de façon à rattraper de notre mieux le temps perdu.

G. VIGNOLO, *D. M. P.*

GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS-SARDES.

Vaccine. — Des causes qui rendent temporaire la faculté préservatrice de la vaccine,

Par M[el] GOLDONI.

Il est un fait positif et avéré, c'est que, contrairement à l'assertion de l'immortel auteur de la découverte de la vaccine, qui affirme que sa découverte préserve à tout jamais des atteintes de la variole, la vaccination, telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'offre souvent qu'un effet incomplet et temporaire. A quoi faut-il l'attribuer ? Dans un Mémoire plein de considérations éle-

vées, le docteur Goldoni, après avoir constaté ce fait, établit que la cause qui a modifié ainsi les propriétés de la vaccine, réside uniquement en ce que l'on n'emploie plus aujourd'hui le virus vaccin de Jenner, le véritable cow-pox. On sait comment Jenner fut amené à l'application de sa sublime découverte. Bien avant lui, on savait déjà que les individus chargés du soin des vaches atteintes d'une espèce d'affection varioleuse aux mamelles et qui contractaient des pustules aux mains, étaient exempts de la variole. Frappé de ce phénomène, et ne se contentant pas de l'application importante qu'il venait de faire, Jenner voulut remonter à l'origine ou à la source du virus. Il observa que dans son pays, à Glocester, les jeunes chevaux et les vaches étaient conduits et gardés en commun dans les mêmes pâturages, et renfermés dans les mêmes endroits, et que les chevaux, dans les printemps froids et humides surtout, étaient sujets à une maladie aux jambes, d'où s'écoulait une humeur qui, communiquée aux vaches par la voie des gardiens chargés de traire leur lait, déterminait chez celles-ci une éruption de forme varioleuse qui se manifestait au pis et à la mamelle, et qui n'est autre chose que le cow-pox. C'est cette humeur, ou si l'on aime mieux, ce virus, ainsi communiqué du cheval à la vache, transmis ensuite de celle-ci à l'homme et développé chez ce dernier sous la forme régulière et avec les symptômes d'une éruption varioleuse, que Jenner déclare propre à préserver, à tout jamais et d'une manière certaine, de la petite-vérole. Or, on sait que du vivant même de Jenner, et depuis, le vaccin dont on s'est servi n'a plus eu cette double origine, et que dès lors ce n'était plus celui dont l'auteur de la découverte de la vaccine garantissait l'efficacité constante et indéfinie, c'est ce qu'a démontré dans un travail remarquable le professeur Grimelli, de Modène. En effet, tantôt on a transporté directement le virus du cheval à l'homme, ou bien on s'est servi d'un virus provenant de pustules développées spontanément chez les vaches, sans que celles-ci les eussent contractées par contagion, du cheval. Or, d'après les expériences de Jenner lui-même, toute autre éruption de forme varioleuse ou vaccinale, quelque régulier que soit son développement, ne provenant pas originairement de la maladie précitée du cheval et transportée à l'homme par l'intermédiaire de la vache, ne saurait avoir un effet préservatif permanent. En effet, pour appuyer cette assertion, le docteur Goldoni emprunte un certain nombre de citations à l'ouvrage de Jenner, qui démontrent d'une manière irrécusable ce point de doctrine. L'activité du virus provenant des ulcères du cheval, dit Jenner, se modifie et s'accroît par sa transmission aux vaches : il est rare, en effet, que les valets qui soignent et pansent les chevaux atteints de ces ulcères, contractent la maladie, tandis qu'il est très-commun de la voir se développer chez ceux qui sont chargés de traire les vaches infectées. Et il ajoute : Avant d'être communiqué aux vaches, le virus du cheval ne donne lieu qu'à des symptômes variables et incertains ; tandis que par sa transmission aux vaches, non-seulement sa puissance est plus active, mais encore il subit une modification telle, qu'il produit alors constamment, chez l'homme, tous les symptômes d'une fièvre varioleuse ; et, en outre, il acquiert la précieuse prérogative de rendre l'individu incapable d'être atteint désormais par la variole. La même assertion est répétée par Odier, rapporteur d'une commission qui fut chargée de rendre compte des expériences et des résultats obtenus par Jenner. Le docteur Sacco, reprenant en sous-œuvre cette question dans son *Traité de la vaccine,* arrive aux mêmes conclusions, également conformes à celles de Luigi Careno, qui a ajouté à la traduction de l'ouvrage de Jenner, une dissertation sur une maladie de cette nature qui a régné épidémiquement parmi les vaches de la Lombardie. D'après cet auteur, les pustules varioleuses qui affectèrent les vaches ne communiquèrent pas le virus varioleux à ceux qui étaient chargés de traire leur lait, comme cela s'était vu en Angleterre, où elles vivaient en commun avec les chevaux ; et si, dans quelques cas, dit-il, on a vu survenir des pustules aux mains de ces individus, ce n'était jamais qu'une affection locale ; d'où l'on peut déduire entre autres cette conclusion : que le virus des pustules provenant spontanément chez la vache, sans leur avoir été communiqué par voie de contagion du cheval, ne se transmet pas d'ordinaire à l'homme, ou du moins ne détermine pas chez lui une infection générale capable de le préserver ultérieurement de la variole. Ne retrouve-t-on pas précisément dans ces paroles la distinction déjà établie par Jenner d'un vrai et d'un faux vaccin?

A l'appui de ce qui précède, le docteur Goldoni insiste sur ce fait que, depuis qu'on s'est écarté de la pratique de Jenner, on ne retrouve plus dans les vaccinations, de nos jours surtout, les symptômes décrits par Jenner lui-même à la suite de l'inoculation vaccinale, d'où il s'ensuit qu'on observe fréquemment des atteintes de variole chez les sujets vaccinés, et qu'alors, pour suppléer au défaut de l'action préservatrice du vaccin, il faut recourir à la vaccination.

Ce sujet bien établi, l'auteur entre dans des considérations pleines d'intérêt sur la maladie en général. Il démontre que le fléau arabe n'a pas changé de nature, et qu'il est toujours aussi grave et aussi meurtrier chez les sujets non vaccinés, ce que démontre, du reste, suffisamment l'épidémie qui a régné, en 1828, à Marseille.

Le docteur Goldoni ne quitte pas son sujet sans appeler l'attention de l'autorité sur les moyens propres à préserver les populations de ce terrible fléau, et à le faire disparaître de la surface du globe. Ces moyens, discutés avec intelligence, nous nous bornons à les énumérer : 1° vaccination des familles où règne la maladie, et revaccination des membres déjà vaccinés ; 2° vaccination générale extraordinaire, par communes, villages et bourgs, et, dans le cas où sévirait le fléau, revaccination des habitants de la localité entière ; 3° obligation du séquestre et isolement des familles atteintes, sous la surveillance d'agents de l'autorité ; 4° fumigations désinfectantes ; 5° lavages répétés, avec de la lessive bouillante des blanchisseuses, de tous les objets qui ont été à l'usage des varioleux ; 6° destruction, par le feu, de la paillasse et de tous les objets de laine ; 7° râclage des murs et blanchîment avec une double couche de lait de chaux ; 8° en cas de mort d'un varioleux, inhumation prompte, accompagnée de certaines précautions, telles que : enduire le cercueil d'une couche de goudron, creuser une fosse beaucoup plus profonde, et jeter sur le cercueil un lit de chaux-vive.

Outre ces mesures sanitaires, le docteur Goldoni conseille aux gouvernements jaloux du bonheur et de la prospérité de leur nation, des mesures préservatrices plus générales, qui sont : vaccination obligatoire de tous les enfants dans le cours de leur première année ; prendre des mesures pour avoir et répandre au plus vite le véritable cow-pox de Jenner, le seul qui exempte de la nécessité de recourir aux revaccinations : pour cela, n'adopter que du vaccin provenant des vaches qui ont été infectées elles-mêmes par la contagion du *giardone* ou *giavardo* du cheval (eaux aux jambes de nos vétérinaires français) ; ou bien produire artificiellement ce virus, en plaçant les chevaux et les vaches dans des conditions identiques à celles où ces animaux étaient placés à l'époque des expériences de Jenner ; défendre, avec la plus grande sévérité, de se servir des enfants abandonnés, pour la conservation et la propagation de l'humeur vaccinale, à cause de l'impossibilité de connaître les diathèses morbides auxquelles ils peuvent être sujets, eux ou leurs parents ; ne se servir, au contraire, à cette fin, que d'enfants bien portants et de la campagne, appartenant à des familles dont la santé est connue ; enfin, adopter telles mesures plus rigoureuses qu'il conviendra, en cas de variole sporadique, afin d'éviter que la maladie ne devienne épidémique, et empêcher ainsi l'extension d'un fléau aussi meurtrier.

Convulsions tétaniques pendant l'allaitement, à la suite de cinq accouchements successifs, chez la même femme.

La nommée Agnesi, âgée de 32 ans, mariée à 24, à un tisserand, et occupant, à Laudriano, une habitation qui réunissait toutes les conditions d'une bonne hygiène, devint, en peu d'années, cinq fois mère, et accoucha chaque fois à terme. Cette jeune

femme avait été réglée à 16 ans, et, quoique pauvre, elle vivait heureuse dans son ménage, sans jamais avoir éprouvé de la part de son mari, ni de sa famille, ni de qui que ce fût, aucune espèce de contrariété. Elle était, du reste, d'un naturel calme et doux, de mœurs irréprochables, et n'éprouva jamais aucune peur ni aucun effroi. Jamais aussi elle ne fut atteinte d'aucune maladie tant soit peu sérieuse. A chacune de ses couches, la sécrétion du lait s'était parfaitement établie; elle mangeait avec appétit et sobriété, sans que ses digestions fussent accompagnées d'aucun trouble ni d'aucune flatulence.

Cette femme jouissait donc d'une excellente santé, lorsqu'au bout de quelques semaines d'allaitement de son premier enfant, elle commença à éprouver des tiraillements musculaires dans les jambes et les pieds, tiraillements qui se reproduisaient à de fréquentes reprises, mais qui, n'étant point fort douloureux, ne la préoccupèrent pas beaucoup : elle les attribua à un état rhumatique. L'enfant vécut dix mois, et succomba, en juillet 1845, à un pemphygus. Après ce sevrage forcé, la sécrétion du lait diminua, puis cessa tout à fait au bout d'une dixaine de jours, et, avec elle, disparut le mal des jambes.

Un an après (janvier 1846) nouvel accouchement, et renouvellement des mêmes symptômes avec l'allaitement; mais, cette fois, les tiraillements musculaires se montrèrent non-seulement plus pénibles, plus douloureux et plus fréquents aux pieds et aux jambes, mais ils s'étendaient aux cuisses et à la région lombaire. Elle abandonna encore ces souffrances à elles-mêmes.

L'enfant mourut, on ne sait trop de quoi, au bout de sept jours, et avec la disparition du lait, disparut encore l'affection musculaire.

Treize mois après la naissance de ce second enfant, la femme Agnesi accouchait encore d'une fille (mars 1847) de la manière la plus heureuse; mais au moment où s'établit la sécrétion du lait, se manifestèrent de nouveau les mêmes symptômes, plus étendus encore qu'au précédent accouchement, puisque, limités d'abord aux membres inférieurs et aux lombes, ils envahirent, après deux mois, tout le corps, en revêtant un caractère tétanique. Puis, après une forte crise spasmodique, ces symptômes cessèrent brusquement, sans autre reliquat, chez la malade, qu'un accablement général, pour reparaître, dix jours après, de la même manière, et se reproduire périodiquement ensuite tous les dix jours.

Description de l'accès. — Cette observation nous paraît assez intéressante pour traduire textuellement le passage du travail du docteur Barbieri, relatif à la marche de l'accès. La malade, dit-il, commençait par se plaindre de violents tiraillements dans les membres abdominaux, dans les lombes et dans toute la région dorsale, puis dans les parois du ventre, aux membres supérieurs, à la tête; et ce n'est qu'au bout d'une demi-heure environ, que survenait la crise violente de convulsions, qui se portaient alternativement, tantôt sur la mâchoire inférieure seulement, ou sur tous les muscles de la région cervicale; tantôt sur un bras, sur une main, sur une cuisse, sur une jambe; tantôt sur les deux membres thoraciques à la fois, comme aussi sur les deux membres inférieurs. Au bout de quatre à cinq minutes, ce spasme cessait pour se porter isolément sur une autre partie, ou sur plusieurs autres endroits à la fois. Quelquefois il se jetait sur les muscles fléchisseurs, d'autres fois sur les extenseurs, si bien qu'il y avait quelque chose d'extraordinaire à voir la bouche tantôt contractivement fermée comme dans un véritable trismus, tantôt complétement ouverte comme dans un ample bâillement. De même le corps était quelquefois infléchi en avant sur lui-même, et d'autres fois fortement rejeté en arrière, ou fléchi dans le sens latéral, comme cela arrive dans les différentes espèces d'attaques de tétanos. Les extrémités étaient ou roides et étendues, ou complétement ramenées sur elles-mêmes. Au milieu de cet ensemble, il y avait absence de fièvre; seulement le pouls était agité, la respiration plus accélérée, le visage inondé de sueur. Quant aux urines, elles étaient safranées, et peu abondantes.

Une particularité digne de remarque, c'est la douleur qui succédait à chaque changement de scène; d'abord, elle offrait de l'analogie avec une douleur de crampes, mais bientôt elle devenait aiguë, atroce et arrachait à la malade des cris interrompus exactement semblables à ceux qui accompagnent d'ordinaire les douleurs de l'enfantement. Ces crises, loin d'être courtes, se prolongeaient pendant douze heures, vingt-quatre heures et même plus, pendant lesquelles les contractions des membres allaient en augmentant. La douleur, devenue aussi longtemps permanente, empêchait alors la malade de prendre aucune nourriture. Néanmoins, la sécrétion du lait était modérée, les mamelles distendues et fermes, sans qu'il y eût possibilité de les présenter à l'enfant, si ce n'est pendant quelques instants de répit, c'est-à-dire lorsque le mal ne s'y opposait pas absolument. Enfin, la crise arrivait à son terme, pour se reproduire, comme nous l'avons déjà dit, au bout de dix jours, et de la même manière.

Le traitement employé fut pour ainsi dire sans résultat. Pour prévenir l'hypérémie des centres nerveux et la surexcitation générale, on eut recours aux saignées générales et locales, aux dérivatifs externes, et aux dérivatifs sur le tube digestif; pour obvier aux désordres de l'innervation, on essaya les divers antispasmodiques, l'arnica, la valériane, l'assa-fétida, le valérianate de zinc et celui de quinine, etc. La pauvre mère, accablée par un mal si opiniâtre, n'eut d'autre moyen, pour s'y soustraire, que de sevrer prématurément son enfant âgé de 6 mois seulement. Cet enfant ne parut pas souffrir pendant les quatre mois qui suivirent le sevrage, mais il fut ensuite atteint d'une dyssenterie qui le fit dépérir, et aux suites de laquelle il succomba le 10 septembre 1848.

Après la mort de cet enfant, une nouvelle grossesse ne se fit guère attendre, et l'allaitement fut encore accompagné des mêmes accidents que par le passé. Aussi, voulut-elle essayer, au neuvième mois de sa couche, de se faire traiter au grand hôpital de Milan, où elle fut admise avec son enfant au mois de janvier 1851. Elle y passa huit à neuf jours, pendant lesquels elle n'éprouva rien de ses accidents ordinaires; aussi, la renvoya-t-on dans sa famille, à Laudriano; mais à peine la période de dix jours, dont nous avons déjà fait mention, fut-elle écoulée, que les convulsions spasmodiques survinrent et se comportèrent, et pour la durée et pour l'intensité, exactement comme antérieurement, en dépit de toute espèce de traitement. Aussi, fut-elle encore forcée de sevrer sa petite fille qui succomba, comme son dernier frère, à une dyssenterie à l'âge de 15 mois.

Enfin, devenue pour la cinquième fois grosse, la femme Agnesi accoucha, le 8 octobre 1852, d'une fille parfaitement bien portante, qu'elle voulut encore nourrir elle-même, à cause de son état de pauvreté. Les accidents tétaniques sus-mentionnés l'assaillirent de nouveau, et, comme la dernière fois, elle se fit admettre au même hôpital de Milan, avec sa fille, d'où elle fut encore congédiée au bout de huit à neuf jours passés sans crise. Malheureusement, dès le lendemain de sa rentrée chez elle, la même scène se reproduisit et ressembla en tout aux précédentes, en sorte qu'elle renonça de nouveau à allaiter son enfant, qui, chose extraordinaire, succomba aussi à une dyssenterie à l'âge de 9 mois.

Il n'est pas sans intérêt de signaler ici qu'avant d'envoyer cette dernière fois cette femme à l'hôpital, on voulut insister sur l'anti-périodique par excellence, le sulfate et le valérianate de quinine, administrés jusqu'à la dose d'une demi-once pendant l'intervalle des crises, et cela sans amendement aucun du mal. On mit en œuvre aussi la méthode perturbatrice, les vomitifs, les vésicatoires, les aspersions avec l'eau froide et par surprise; on chercha à agir sur son moral, en la menaçant d'user d'un traitement plus rigoureux : tout fut inutile. Le sevrage seul put amener, dans ces différentes circonstances, un amendement favorable à ce mal opiniâtre.

Le docteur Barbieri se propose bien, dans le cas où cette femme, aujourd'hui bien portante, deviendrait encore enceinte, de la surveiller et de l'observer, comme un intéressant sujet d'étude.

Non content d'avoir relaté ce fait dans tous ses détails, l'auteur l'accompagne de quelques réflexions, en faisant ressortir cette loi générale de physiologie, que les diverses propriétés, soit innées, soit acquises, de l'économie animale sont, bien certainement, sous la dépendance exclusive d'un état particulier de l'organisme; mais, ajoute-t-il, quel est cet état? Là est l'inconnu.

Il est évident que, dans l'observation ci-dessus, ce n'est pas la forme du mal qui lui donne de l'intérêt : les exemples de pareilles névroses ne sont pas rares; mais ce qui frappe, ce sont, d'une part, les conditions toujours identiques au milieu desquelles on a vu survenir les crises, et, d'autre part, leur périodicité régulière. Voilà ce dont il serait utile de découvrir la cause. Le docteur Barbieri appelle l'attention des savants sur ce fait, et se demande si, pour les partisans de l'analogie du fluide nerveux et du fluide électrique, il n'y aurait pas lieu à trouver une explication, en admettant l'existence d'un courant de fluide nerveux électrique. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les hypothèses qu'il fait à ce sujet; qu'il nous suffise d'avoir signalé le champ d'observation qu'il ouvre aux recherches des physiologistes.

G. VIGNOLO, *D. M. P.*

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Prurigo formicans (Willan) de l'anus et de la vulve. — Solution spécifique,

Par le Dr RICHART (de Soissons).

Ce prurit est très-commun, tenace; il résiste ordinairement des années à toutes les médications proposées jusqu'à ce jour pour le combattre. Comme il est très-pénible, intolérable même, puisqu'on l'a comparé à des insectes, à des fourmis qui dévoraient la peau, il est donc utile d'en faire connaître le *spécifique;* jamais ce mot n'a été plus justement appliqué, puisque, dès le premier jour qu'on en fait usage, il opère comme par enchantement, il fait cesser complétement cette cruelle démangeaison; et les malades, précédemment troublés toutes les nuits dans leur sommeil, souvent forcés de se déchirer avec les ongles, se réveillent le matin, étonnés de n'avoir pas été éveillés par cette cruelle incommodité; mais il n'en faut pas moins continuer quelque temps l'usage de cette solution, à cause des récidives fréquentes.

Solution spécifique des démangeaisons.

Prenez : Vitriol blanc (sulfate de zinc) et alun, de chaque, parties égales, pulvérisez grossièrement ces substances, mettez-les dans un plat de terre vernissé; placez-le sur un feu doux, laissez-l'y jusqu'à ce que ce mélange ait cessé de produire des bulles d'air et qu'il ait acquis la consistance d'une pierre; retirez le plat du feu, réduisez cette pierre en poudre fine, et jetez-en 16 à 18 grammes par petites parties, à la distance d'une minute (pour éviter une trop forte effervescence), dans un litre d'eau bouillante; ensuite filtrez à travers un papier gris et conservez pour l'usage (1).

Matin et soir, avec une très-petite éponge imprégnée de cette solution, lotionnez la partie malade: ensuite, si c'est l'anus, imbibez un linge ployé en carré, de 4 centimètres, et introduisez un des angles dans l'anus; il est bien entendu qu'après une garde-robe et s'être essuyé légèrement, il convient de se laver avec de l'eau simple et de renouveler le pansement.

Pour la vulve, même pansement.

Cette solution est également utile pour toutes les dartres; si elles sont étendues, il est nécessaire de suivre un traitement interne; le suivant est celui qui m'a le plus constamment réussi.

Prendre, matin et soir, une cuillerée du sirop alcalin suivant :

Pr. : Bicarbonate de soude. . . 15 grammes.
Sirop de fumeterre. . . . 250 —
F. S. A.

Boire tous les jours quatre tasses de tisane nitrée, faite avec les racines de patience, les tiges de douce-amère et la racine de réglisse.

Toutes les semaines, un bain alcalin, et tous les quinze jours, un purgatif. (*Revue de thérap. médico-chirurgicale.*)

(1) On pourrait croire que ces substances sans calcination, dissoutes dans l'eau, pourraient être aussi utiles; l'expérience m'a prouvé le contraire.

Molimen hémorrhoïdal. — Renoncule ficaire.

Le docteur Neuhausen s'est servi avec grand et prompt succès de la petite chélidoine (*ficaria ranunculoïdes,* Haller; *ranunculus ficaria,* Linn.), pour combattre la congestion hémorrhoïdale. La racine de la plante, administrée en infusion, ne tarde pas à manifester ses effets : sous son influence, les selles deviennent régulières; ont lieu sans douleur et s'accompagnent de beaucoup de mucosités; si l'on en continue pendant un certain temps l'usage, l'affection hémorrhoïdale perd de son intensité, et les accidents qui l'accompagnent d'ordinaire finissent par disparaître. — La petite chélidoine a été beaucoup employée, comme on sait, par les anciens médecins chez les sujets affectés d'hémorrhoïdes; les résultats qu'en a obtenus M. Neuhausen prouvent qu'elle ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée.

(*Organ. für die gesamente Heilkunde.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences.* — Cette nomination a eu lieu aujourd'hui. M. Longet a écrit une lettre pour se désister de sa candidature. Le nombre des votants était de 51. Les voix se sont ainsi réparties au premier tour de scrutin : M. Claude Bernard, 42; M. Baudens, 4; M. Jobert, 2; M. Maisonneuve, 1; M. Longet, 1; un billet blanc.

— Nous avons aujourd'hui la triste mission d'annoncer la mort de M. le docteur Fabre, fondateur et ancien rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux,* depuis quelques années, rédacteur en chef nominal du même journal. La triste situation que les accidents d'une vie tourmentée lui avaient faite dans ces derniers temps, l'affligeante attitude qu'on l'avait obligé à prendre vis-à-vis de nous, ne nous empêchera pas de dire notre pensée intime sur ce vétéran de la presse médicale.

M. Fabre avait un cœur bon et généreux; il était incapable de commettre spontanément une action blâmable; il était toujours disposé à soutenir le faible et à flétrir l'intrigue; jamais un malheureux ne s'approcha de lui sans s'en retourner avec des secours ou de sympathiques consolations. Le seul défaut de M. Fabre a été la faiblesse; ce défaut et de tristes nécessités l'ont quelquefois rendu l'instrument de la haine, de l'intrigue et de la spéculation; mais nous sommes profondément convaincu que, dans ces malheureuses circonstances, son cœur repoussait ce que sa main était obligée de signer, et nous sommes heureux de proclamer qu'il est digne d'emporter dans la tombe les sympathiques regrets de tous les hommes qui, sachant faire la part des défaillances humaines, apprécient par-dessus tout les qualités du cœur. H. de Castelnau.

— Des changements importants viennent d'avoir lieu à l'Hôpital militaire de Strasbourg. Un médecin principal, M. le docteur Antoine, et deux médecins-majors, ont été nommés aux hôpitaux de Colmar, de Neuf-Brisach et de Belfort. Un appel a été fait aux médecins civils de Strasbourg, pour le cas où leurs services deviendraient nécessaires. L'intendance a dressé une liste de docteurs en médecine qui s'offrent à servir comme chirurgiens militaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les corps de troupe. Trois docteurs en médecine, MM. Robert, Bernard, Goupil, et plusieurs étudiants, ont déjà été requis pour l'Hôpital militaire.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La séance annuelle de la Société de médecine, réunie à l'Association de prévoyance, aura lieu le jeudi 6 juillet, à midi, au lieu ordinaire de ses séances. MM. les médecins du Haut et du Bas-Rhin sont invités à honorer de leur présence cette réunion confraternelle.

Ordre du jour : Compte-rendu de l'Association de prévoyance;
Allocution de M. le président Forget;
Lecture de M. Michel, sur l'histoire de la chirurgie en Alsace;
Lecture de M. Th. Bœckel, sur l'ozone;
Lecture de M. Wieger, sur l'éclampsie albuminurique;
Lecture de M. Schützenberger;
Lecture de M. Coze fils, sur le traitement de l'entorse par le massage.

(*Id.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 77. 2e année. Jeudi 29 Juin 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie de médecine. — Valeur de l'acarus dans la constitution de la gale. Sur la prétendue génération spontanée de l'acarus, par M. le Dr Bourguignon. — **ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.** — **THÉRAPEUTIQUE** : Paralysie de la vessie. Traitement par les injections de nicotine. — Névralgie sciatique. Traitement par l'acétate de morphine, par M. Gonzalès Abajo. — **VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.** — **BIBLIOGRAPHIE** : L'Algérie médicale : topographie, climatologie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement et colonisation, par M. le Dr Armand.

Paris, le 28 *Juin* 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

M. P. Dubois jouit depuis longues années, et à juste titre, du privilége, lorsqu'il parle, de captiver l'attention publique. Ce privilége, il a su le conserver hier, et, à peu près comme toujours, l'habile professeur a su justifier la faveur de l'auditoire. Nous disons cependant à peu près comme toujours, parce que nous n'avons pas tout à fait trouvé, dans son discours d'hier, la netteté, l'esprit de suite, l'enchaînement logique qui avaient frappé tout le monde dans le discours de 1849.

En ce qui concerne d'abord la question capitale qu'il a traitée, nous n'avons pas trouvé que M. Dubois ait exprimé son opinion d'une façon parfaitement catégorique. Il a commencé par établir que le redresseur est un instrument dangereux, qu'il détermine des inflammations mortelles, qu'il est impropre à atteindre le but auquel on le destine ; puis, il accorde à M. Valleix que cet instrument a produit 78 guérisons sur 108 malades traitées, et 178 guérisons, non pas dans des cas faciles, simples, favorables, mais sur des cas compliqués d'inflammation sub-aiguë ou chronique, sur des cas qui avaient résisté à tous les autres moyens de traitement. En sorte que, pour beaucoup de ces cas, le pessaire intra-utérin, loin de déterminer des phlegmasies utérines, ou de les aggraver quand elles existaient, en a été, au contraire l'agent curatif, et l'agent curatif efficace, quand tous les autres avaient échoué. C'est là une opinion difficile à concilier avec l'idée qu'on se fait généralement du mode d'action du redresseur, idée que M. P. Dubois a d'abord semblé partager en commençant son discours. Cette idée est d'ailleurs à peu près celle qu'il a encore émise en terminant, lorsqu'il a dit que le redresseur devait être réservé pour les cas *d'hystérie locale*, dans lesquels tous les autres modes de traitement *auraient échoué.* Cette conclusion trahit, plus que les théories et les considérations anatomiques auxquelles il s'est livré, le sens pratique de M. P. Dubois ; c'est à cette conclusion légèrement modifiée que conduira inévitablement la discussion actuelle ; nous n'hésitons pas à le déclarer dès à présent, sauf à développer les considérations sur lesquelles nous nous fondons, lorsque la discussion sera terminée.

Nous disons que la conclusion pratique de M. P. Dubois

BIBLIOGRAPHIE.

L'Algérie médicale : topographie, climatologie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement et colonisation,

Par le Dr Armand, *médecin militaire, lauréat de l'Académie de médecine et membre correspondant de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier* (1).

Le livre de M. Armand n'est point un traité, l'auteur n'a pas visé à cette prétention, le titre l'indique suffisamment. Il ne constitue pas dans son ensemble un tout continu, dont le commencement et la fin se trouvent liés par des intermédiaires suivis.

L'*Algérie médicale* est tout simplement un aperçu sur une foule de questions qui touchent à l'hygiène et à la pathologie de nos possessions dans le nord de l'Afrique. De ces questions si variées, il en est quelques-unes cependant que M. Armand traite d'une manière toute spéciale, et on serait tenté de croire que c'est dans le but de les résoudre d'une façon favorable à un système qu'il a adopté, qu'il a groupé avec une certaine symétrie une foule de détails, qui tantôt prennent l'aspect de notions acquises à la science, et tantôt se présentent sous forme de déductions plus ou moins rigoureuses de travaux publiés ou d'observations qui lui sont propres. Assez de médecins militaires ont fait des traités spéciaux, des monographies, des descriptions, des statistiques sur les différentes questions qui se rattachent à l'*Algérie médicale,* et cela souvent avec des résultats bien opposés, pour que M. Armand n'ait pas voulu s'engager dans une voie aussi périlleuse.

Toute difficile que paraisse cette tâche, elle est digne cependant de stimuler un travailleur, car, malgré la multiplicité des travaux qui se sont produits, elle promet encore une ample moisson à une observation rigoureuse.

Ce qu'a voulu surtout M. Armand, nous le dirons sans arrière-pensée, c'est l'attraction du lecteur en touchant à toutes les questions, c'est de se rendre nécessaire à toute une cohorte de médecins militaires qui sont en Algérie ou peuvent avoir mission d'y aller, car ils trouveront dans son livre les notions suffisantes pour guider leurs études et leurs méditations sur place.

Aborder toutes les questions dans un livre, c'est un heureux privilége ! La pathologie interne et externe de l'Algérie nécessiteraient déjà à elles seules plusieurs volumes. Aussi M. Armand, pour s'être appesanti plus particulièrement sur la première de ces deux branches de l'art, ne l'a guère traitée qu'à un point de vue spécial, celui d'une doctrine qu'il veut rénover et établir sur de larges bases.

Disons de suite que si notre confrère n'a pas toujours de son côté le bon droit, en fait de doctrines, il a fait preuve d'une verve remarquable, qui, mise à profit pour une meilleure cause, lui donnerait certainement de brillants succès.

(1) A Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

devra être légèrement modifiée, parce que le savant professeur n'a apporté aucune série de faits, qui prouvent que ce soit plutôt dans ce qu'il a appelé l'hystérie locale que ce redresseur peut être utile, que dans ce qu'il a appelé l'état nerveux douloureux, état qui nous paraît se rapprocher singulièrement de ce qu'on a désigné jusqu'à présent sous le nom de névralgies. Quant à *l'état hystérique local* lui-même, M. P. Dubois n'a fait aucun effort pour démontrer que cet état diffère de ce qu'on appelle vulgairement l'hystérie, encore moins pour démontrer en quoi il en diffère. Or, si par hasard il n'y avait pas de différence entre ces deux états, si la sensibilité des organes génitaux était un simple épiphénomène, comme bien d'autres phénomènes nerveux de l'hystérie, nous croyons qu'il se rencontrerait peu de médecins disposés à croire, que l'introduction d'une sonde dans l'utérus puisse suffire à guérir l'hystérie; nous sommes certain du moins que M. Valleix ne serait pas de ces médecins-là, et, à ce sujet, nous devons défendre M. Valleix, non pas d'une accusation, M. Dubois ne lui a nullement donné ce caractère, mais d'une simple intention que M. Dubois a prêtée à son confrère, et dont par une généreuse bienveillance il a accepté la solidarité, comme pour écarter de ses paroles toute apparence de blâme vis-à-vis de M. Valleix.

M. Valleix, a dit M. Dubois, sait bien que ce n'est pas la déviation qu'il guérit, car il applique le pessaire intra-utérin dans des cas où il n'y a aucune déviation; seulement il déclare le contraire aux malades, dans leur propre intérêt, et pour les engager à se soumettre à un traitement qu'elles ont de la tendance à repousser, et qu'il croit pouvoir leur être utile. Il fait bien d'agir ainsi, et j'agirais de même.

M. P. Dubois a dû s'apercevoir, par l'impression qu'il a produite dans l'auditoire, que non-seulement il avait calomnié M. Valleix, mais encore qu'il s'était calomnié lui-même.

Proclamer, en effet, qu'un médecin fait bien de persuader à un malade qu'il est atteint d'une affection qu'il n'a pas, et surtout d'une affection qu'on croit incurable, fût-ce même dans le but de lui faire accepter un traitement utile, c'est établir un principe que la saine déontologie repoussera toujours. Dans un cas pareil, le médecin doit se contenter d'user de son influence pour faire accepter à un malade ce qu'il croit devoir lui être le plus utile, et se retirer si la confiance qu'il inspire n'est pas assez grande pour faire prévaloir ses conseils. Le principe opposé serait si fécond en graves abus (sur lesquels nous croyons qu'il serait superflu d'insister), que nous aimerions beaucoup mieux, au besoin, accuser M. Valleix d'une erreur de diagnostic que de le supposer soumis à une telle règle de conduite; c'est dire que nous n'acceptons pas l'excès de générosité qui a porté l'éminent professeur de clinique obstétricale à en accepter la solidarité.

Sur la grande question de l'importance des déviations et des inflexions, M. P. Dubois n'a fait que reproduire sommairement l'opinion qu'il défendit en 1849, mais sans apporter à l'appui de cette opinion, comme l'a fait M. Depaul, une série de faits qui constitue un commencement assez important de démonstration. Nous ne pouvons donc juger que par une appréciation générale, l'appréciation générale aussi du savant professeur, et nous dirons qu'en ce qui concerne les inflexions, son opinion nous semble complétement exacte, mais moins généralement vraie en ce qui concerne les déviations.

Après un troisième désistement de M. Velpeau, mais cette fois pour cause d'insuffisance de temps, la parole a été donnée à M. Cazeaux; mais M. Cazeaux lui-même a été obligé de se restreindre. Il est probable que c'est à la précipitation qu'il a voulu mettre dans son débit que son discours a dû un grand décousu qui nous a obligé de demander à l'auteur lui-même une rédaction de son allocution. Cette rédaction, que nous ne pouvons lire qu'à la hâte, différant très-notablement du discours lui-même, il nous serait impossible d'en faire aujourd'hui l'appréciation; ce sera donc pour une occasion prochaine.

La séance a été close par une très-curieuse présentation de M. Larrey, dont nos lecteurs trouveront la description à notre compte rendu. H. de Castelnau.

— L'Académie des sciences n'a reçu dans sa séance du 19 qu'une communication qui puisse nous intéresser; c'est celle de M. Abeille sur le traitement du choléra par le sulfate de strychnine; l'auteur devant prochainement publier son travail *in extenso*, nous nous contenterons d'en donner aujourd'hui l'indication.

Nous ne nous arrêterons point sur les divers chapitres de son livre, consacrés à l'exposition de la topographie et de la climatologie, de l'histoire naturelle, etc., etc., du nord de l'Afrique, parce qu'ils ne contiennent que des données puisées à des sources déjà connues, et par conséquent déjà établies. Nous arriverons de suite à la partie la plus intéressante, suivant nous, de l'ouvrage, celle où l'auteur se montre avec un cachet d'originalité; nous voulons parler des chapitres consacrés à la pathologie interne.

Les fièvres endémo-épidémiques, avec tout leur cortége de complications, constituent la partie dominante de la pathogénie de l'Algérie; c'est d'elles aussi que M. Armand s'occupe d'une manière toute spéciale. Peu satisfait de l'étiologie attribuée a ces fièvres qui, dans certaines saisons et dans certaines contrées de l'Afrique, sont si meurtrières pour les Européens, notre confrère se livre à un examen critique de la doctrine de l'intoxication palustre. Cette doctrine ne lui paraît pas seulement insuffisante, pour expliquer le développement des fièvres; elle est irrationnelle, selon lui, et ne repose sur aucune donnée sérieuse, sur aucun fait palpable. L'intoxication miasmatique est une chimère, une vraie utopie, à défaut d'une étiologie plus satisfaisante; et la preuve la plus concluante, c'est que les fièvres règnent, dans des pays sans marais, sur des points suffisamment élevés pour écarter toute idée d'imprégnation miasmatique, et, comme on peut s'en convaincre, l'auteur cherche à saper jusque dans ses fondements, et avec une profonde conviction, une doctrine qui, à tort ou raison, règne en souveraine depuis l'école de Cos.

Mais si ces fièvres réputées paludéennes ne trouvent pas leur raison d'être dans des émanations miasmatiques, M. Armand a sans doute trouvé une étiologie plus probante. Nous n'avons qu'à le suivre; la solution du problème ne se fait pas longtemps attendre.

C'est dans l'intensité et la variabilité des influences thermo-électro-hygrométriques qu'il place la cause initiale de ces fièvres; elles croissent avec l'intensité et la variabilité de ces influences; cependant, pour qu'elles se développent, il faut deux conditions: la première est l'influence thermo-électro-hygrométrique; la seconde est une modification qui imprime au sang des conditions nouvelles et à l'individu une aptitude spéciale. Si, dans cette double condition, il survient un refroidissement, le corps étant en sueur, le sujet contracte la fièvre dite paludéenne; tandis que, dans le nord de la France, avec le même refroidissement, et par suite d'une aptitude différente, il eût été atteint d'une pleurite ou d'une pneumonie.

D'après ces données, les fièvres sont propres à toutes les altitudes de nos occupations africaines; c'est aussi ce que l'expérience a révélé à l'auteur. Dans cette étiologie complexe, l'élément chaleur prime l'élément humidité; l'insolation est le fait capital. Non content d'avoir ainsi trouvé l'étiologie légitime et palpable, selon lui, des fièvres réputées paludéennes, M. Armand arrive à expliquer les divers types de cette maladie toujours

Valeur de l'acarus dans la constitution de la gale. — Sur la prétendue génération spontanée de l'acarus,

Par le Dr Bourguignon.

Pour M. Devergie, toutes les maladies contagieuses sont dues ou à la génération spontanée ou à la contagion directe; il place sur le même rang que la gale, le favus, l'herpès tonsurant, l'acné punctata, les affections pédiculaires, et cela sans avoir plus pour l'une que pour l'autre de ces maladies procédé par voie d'expérimentation. En ce qui concerne la gale, l'observation bien ou mal faite de son évolution a servi de base à l'application que M. Devergie a faite de sa théorie générale. En effet, la gale est, suivant lui, *une éruption qui a pour caractère des boutons de trois sortes, et les lieux d'élection de leur développement; éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, l'acarus.* Je répondrai à M. Devergie : Le caractère pathognomonique de la gale n'est point une éruption, et encore moins une éruption de *boutons.* Si la gale en tant que maladie était une éruption, cette éruption aurait des caractères spéciaux propres à cette seule maladie, et non des pustules, des vésicules, des papules qu'on trouve sur les mains dans toute autre affection non psorique. D'ailleurs, le mot *bouton* est impropre, il doit être banni du langage dermatologique comme prêtant à plus que l'amphibologie. De votre aveu, un des caractères essentiels de la gale est la contagion, et jamais vous n'avez observé une de ces gales à simple éruption, c'est-à-dire sans acare, qui ait pu se transmettre. Si la gale spontanée produisait, dans certains cas, comme par une poussée vers la peau, une éruption, puis secondairement des acares, elle serait avant tout une affection générale, une sorte de diathèse ou cachexie psorique, comme nous en trouvons des exemples chez les animaux : mais vous ne signalez aucune lésion d'organes ou de fonctions intérieures qui se relieraient étroitement avec cette maladie. Vous faites naître l'acarus dans une vésicule, dans un bouton.... Il y a tout simplement une impossibilité matérielle à ce qu'il en soit ainsi : un acare, une larve, et même un œuf ne saurait vivre enfermé dans une vésicule; il leur faut le contact immédiat de l'air. L'entomologie, la physiologie de l'acarus et la pathologie se prêtent un mutuel concours de lumière. Si je m'en étais tenu aux simples notions pathologiques que vous possédez, j'aurais commis de nombreuses erreurs, et je ne saurais réfuter les vôtres. Mais où sont les faits sur lesquels vous vous appuyez pour dire que le sarcopte peut quelquefois naître spontanément dans des boutons? Quand et sur quelle région avez-vous jamais constaté un pareil phénomène, qui, plus que tout autre, exigeait l'emploi du microscope mobile dont vous n'avez jamais fait emploi? Cet acarus, qui naîtrait spontanément, sous quel état le faites-vous sortir de la peau? Êtes-vous de l'école des *panspermistes* ou des *ovaristes?* Est-ce d'un simple germe impondérable ou d'un œuf? Toutes ces questions capitales ne sont même pas abordées. Vous nous dites que la vésicule ou le bouton qui se relie avec le sillon contenait l'acarus primitivement. Je croyais avoir démontré d'une manière irréfutable qu'il n'y a jamais aucun rapport direct de communication entre la vésicule et le sillon. Il est toujours facile, en effet, de reconnaître, à l'aide du microscope, le point d'entrée de l'insecte ou le commencement du sillon, ce qui n'aurait pas lieu au début de la maladie, si les sarcoptes naissaient dès l'abord sous l'épiderme. Ce point d'entrée est souvent le siége d'une irritation spéciale, en raison du désordre qu'ont causé les palpes ou les mandibules des insectes, ou les ongles du malade; mais il n'y a jamais, au commencement du sillon, de vésicules ou de papules distinctes communiquant avec lui. L'acarus suit les vésicules, qui, si elles venaient à se crever, l'inonderaient, l'agglutineraient et le tueraient infailliblement. Une papule, une vésicule, peuvent se développer éventuellement au-dessous d'un sillon, le soulever, et renfermer ainsi, entre leur paroi supérieure et l'épiderme, l'acarus qui n'a aucune communication directe avec elles.

Un fait capital pour M. Devergie, c'est de voir que dans une gale pustuleuse le nombre des sillons et des acarus est en raison inverse de celui des pustules. Il a peine à concevoir comment, si l'acarus était la cause de l'éruption, celle-ci serait si abondante. Rien de plus facile à accorder pourtant. M. Devergie a saisi mieux que personne l'influence du tempérament sur la forme des éruptions : tout individu lymphatico-sanguin qui gagne la gale voit prédominer sur lui les pustules, comme l'individu nerveux voit prédominer les papules ; mais dix pustules sur les mains préoccupent beaucoup plus un malade, et à juste titre, car elles sont plus gênantes et plus douloureuses que cent papules; elles constituent une maladie de la peau plus manifeste, qui engage à réclamer nos soins alors que la gale est encore à son début et les sarcoptes en petit nombre. De là le rapport variable et souvent inverse qu'on observe entre le nombre des pustules et celui des sillons.

Est-ce qu'il n'y a pas eu un premier galeux, nous dit encore M. Devergie, chez lequel il n'y avait pas eu de transmission; et si la gale s'est déclarée spontanément une première fois, n'a-t-elle pu se montrer une seconde, une troisième, une centième fois? J'hésite vraiment à répondre à une objection si grosse à la fois de simplicité et de controverse. Quant à savoir si la gale, depuis le jour de sa première création, est toujours due à la même cause une fois produite, tout me porte à le croire; mais ce que je sais pertinemment, c'est qu'aucun homme n'a constaté scientifiquement cette génération spontanée.

M. Devergie m'oppose la statistique de M. Bidard, que j'accepte comme régulière, malgré ses erreurs matérielles de chiffres, et qui tend à prouver, contrairement à mon opinion, que la gale se transmet facilement sans aucun contact avec un galeux pendant la nuit. Il s'agit d'un total de 541 malades, parmi lesquels 4 individus avaient gagné leur gale au bal, 3 avec des outils, 1 en soignant un galeux, 1 en couchant sur des chiffons, 1 en portant des chaussures achetées au Temple, 1 en frictionnant un chien, soit 11 galeux sur 541, qui seraient en dehors de la loi relative et non absolue que j'ai posée quant au mode de contagion. Si ces faits avaient la moindre valeur, loin de réfuter mon opinion, ils la soutiendraient; mais je les récuse comme résultant de renseignements donnés par des malades incapables d'apprécier la cause de leur maladie, sans parler de l'inexpérience de M. Bidard, qui croit à la contagion de la gale du chien à l'homme, alors que la psore de cet animal est encore à découvrir.

M. Devergie objecte encore à ceux qui attribuent la gale à l'acarus, que cette affection *se guérit spontanément* à l'occasion d'une maladie aiguë générale, pour reparaître lors de la convalescence. Il se demande ce que deviennent les boutons de l'acarus pendant ce long espace de temps, et pourquoi il survient de nouveau des boutons avec le retour du sarcopte.

Cette objection pèche par sa base : une maladie aiguë, générale et intercurrente ne guérit pas la gale, mais entrave seulement son développement. L'acarus exige un terrain dans des conditions données, où il trouvera des humeurs avec telle ou telle qualité à absorber, une température en rapport avec ses besoins. Certains parasites ne vivent que sur les plantes et les animaux chlorotiques et débiles ; notre acarus, et c'est un fait qu'il

---

la même au fond, et, pour cela, il lui suffit de combiner les effets chimico-dynamiques subis par l'organisme, sous la pression des influences thermo-électro hygrométriques. Ceci l'a naturellement conduit à examiner sérieusement le rôle actif ou passif qu'on a voulu faire jouer à l'intumescence de la rate dans l'évolution de la fièvre d'accès.

Pour lui, ce rôle, de quelque façon qu'on le considère, est tout à fait nul. Pour être aussi radical, il s'appuie d'abord sur des faits nombreux dans lesquels on n'a pas trouvé de changement dans le volume de la rate, et ensuite sur l'extrême variabilité de volume de cet organe à l'état normal.

Malheureusement, notre confrère ne s'appuie point ici, comme il l'a fait en maintes autres occasions, sur son expérience personnelle; il s'en rapporte à des observations dont le plus mince défaut pourrait bien être d'être dépourvues de rigueur.

Et, en effet, depuis que nous avons entendu des médecins avancer hautement qu'ils avaient mesuré plusieurs milliers de rates en un ou deux mois, nous avons pris le parti de la réserve, à l'égard de leur opinion. Pour connaître à fond les variations de volume que cet organe peut présenter dans les divers stades de la fièvre, pendant l'apyrexie, après sa terminaison, etc., examen qui doit se répéter plusieurs fois par jour sur le même malade, il faudrait, avec le peu de temps que laissent, en Afrique, les visites aux médecins traitants, non pas un ou deux mois d'attention soutenue, mais deux ou trois ans, surtout si l'on voulait être rigoureux, et tenir note du résultat fourni à chaque séance de plessimétrie. C'est ainsi que, dans un pays où les fièvres sont, comme en Afrique, endémo-épidémiques (en Corse), nous avons mis plus de deux mois pour nous rendre un compte exact des variations de volume de la rate, depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à leur sortie, sur soixante malades seulement. Il s'agissait d'un travail officiel, et qui appelait toute la rigueur de notre observation. Eh bien! sur ces soixante fébricitants, il n'en est qu'un seul chez qui nous ayons trouvé une rate sans accroissement de volume, et encore ne sommes-nous pas certain de n'avoir pas commis quelque erreur.

L'hypertrophie splénique est donc un fait pleinement prouvé dans la fièvre dite des marais. Le premier argument mis en avant par M. Armand pour repousser le rôle de la rate, nous paraît donc n'avoir aucune valeur. Le second n'en aurait pas beaucoup plus si nous voulions le critiquer au même point de vue, mais peu importe; l'engorgement de la rate ne fait rien à sa nouvelle doctrine, et cela d'autant mieux que cet engorgement pourrait bien ne pas avoir d'autre rôle que la passivité. Mais revenons à cette doctrine de l'étiologie des fièvres dites paludéennes, qui n'a pas pris germe dans la tête de notre confrère, puisque certains médecins de l'École italienne l'ont professée et la professent encore, sauf quelques variantes.

Cette doctrine est-elle une élucubration théorique? M. Armand le nie formellement, et le prouve en rattachant à son édification des faits observés par lui et qui la lui ont révélée; par contre, ces mêmes faits lui

importe de noter, prospère et multiple sur les individus les mieux portants ; il dépérit et n'engendre pas sur les malades. Vous me demanderez pourquoi. Je l'ignore comme vous. Il faut seulement bien établir que l'état pathologique de ceux qui le portent ne va pas jusqu'à causer sa mort, ni probablement celle de ses générations à venir, qui, à l'état d'œufs, restent en puissance de vie et éclosent quand le patient revient à la santé. Il n'y a pas guérison de la gale, et par conséquent la réapparition des sarcoptes ne peut être considérée comme une invasion nouvelle et spontanée. Il est d'ailleurs tout naturel qu'il apparaisse des boutons avec les acarus, puisque ceux-ci en sont la cause indirecte.

M. Devergie veut que la gale résulte, dans certains cas, d'une prédisposition individuelle, et que certaines constitutions soient non-seulement peu favorables à la production spontanée de cette maladie, mais réfractaires à la contagion directe par les acarus. Il cite à l'appui de son opinion, l'exemple de M. Gruby, qui s'offrit un jour à lui pour recevoir des sarcoptes, et qui put leur donner asile sur sa peau pendant huit jours sans être ultérieurement affecté de la gale. Il faut ajouter que les expérimentateurs emprisonnaient quelques sarcoptes sous un *petit* verre de montre solidement maintenu en place par des tours de bande, c'est-à-dire qu'ignorant les besoins de ces parasites, ils les mettaient dans l'impossibilité de transmettre la gale, en les asphyxiant. Je suis convaincu, par les expériences que j'ai faites sur moi-même, que la peau de tout individu en bonne santé est un terrain fertile où nos parasites de la gale, déposés en liberté, sauront bien vivre, et si M. Gruby est prêt à recommencer l'expérience, je lui promets la plus complète réussite.

M. Devergie cite trois observations qui, pour lui, sont la preuve que la gale peut quelquefois apparaître sans contagion directe, ou renaître spontanément après avoir guéri sous l'influence d'une maladie intercurrente.

La première est de M. Levaillé. Il s'agit d'un galeux qui vit disparaître les démangeaisons que lui causait la gale, pendant le cours d'un érysipèle phlegmoneux à l'une de ses mains, et qui, une fois l'érysipèle guéri, sentit renaître ses premières démangeaisons.

Dans la seconde observation, nous avons affaire à un homme vivant de rapines, ayant de fréquents rapports avec les ouvrières d'une blanchisserie, qui lui donnent la syphilis et probablement la gale par surcroît, mais qui vit cette gale remplacée par une affreuse maladie pédiculaire survenue *spontanément,* bien entendu. Les poux détruits, la gale revint de nouveau spontanément ; de telle sorte que ce malade offrit le précieux exemple de deux affections parasitiques *spontanées,* dues, l'une à la génération des acares, l'autre à celle des poux.

La troisième observation a pour sujet un menuisier, quittant les Ardennes, déjà indisposé, pour venir à Paris, où il fut obligé de s'aliter, et qui fut pris, au début, d'une affection psorique masquée bientôt par des affections cutanées générales plus graves. Ces affections étaient guéries, le malade allait très-bien, quand il vit reparaître les vésicules acuminées de la gale. — M. Devergie conclut que, dans ces trois cas, la gale a disparu pour renaître spontanément. Ces observations, pour rester dans les termes d'une réfutation modérée, n'ont point l'importance que M. Devergie leur attribue ; je pourrais même les considérer comme non avenues, attendu que tout diagnostic de la gale doit porter non-seulement sur des boutons, mais sur la présence de sarcoptes dont il n'est jamais question ; elles prouvent que la gale se laisse facilement masquer par d'autres affections plus générales qui, une fois guéries, ne s'opposent plus à la manifestation des symptômes de cette maladie.

M. Devergie appuie enfin sa théorie sur la curieuse observation de M. Boeck, dans laquelle une nouvelle forme de gale s'est présentée en la personne d'une jeune fille qui était couverte de croûtes composées en grande partie d'acarus. Je ne vois pas en quoi cette forme inconnue de gale importe à la génération spontanée. La facilité de la contagion, car la petite malade porta l'infection autour d'elle, *bien qu'on ne pût trouver un sarcopte vivant,* prouverait plutôt le contraire. J'ai, du reste, reçu des croûtes de la malade en question : elles sont bien composées d'amas de pellicules et de sarcoptes identiques avec celui que nous observons tous les jours. M. Boeck vient même de me faire parvenir quelques lignes, par lesquelles il me marque que, sauf la forme, cette gale inconnue dont il a été appelé depuis lors à observer d'autres exemples, est bien la psore ordinaire.

Je pourrais aborder ainsi tous les arguments de M. Devergie, et les réfuter tout aussi péremptoirement, sans en excepter ceux qui ont rapport au lieu d'élection où se trouvent les sarcoptes, ainsi qu'au traitement purement local qu'il nous reproche d'opposer à une affection spontanément générale, attendu qu'au fond, et sauf sa durée, la médication qu'il conseille est la même.

La génération spontanée n'a plus pour elle aujourd'hui que les ontologistes, qui, faute de pouvoir découvrir les causes manifestes de la reproduction des êtres, prêtent à la matière des propriétés, des forces, qui lui permettraient de s'organiser et de créer la vie. On comprend d'ailleurs qu'on ait pu croire à la génération dite spontanée, avant les travaux sur l'helminthologie, qui ont enfin donné l'explication de la génération fort étrange de certains entozoaires qu'on rencontrait dans les cavités closes les plus profondes, sans qu'on pût s'expliquer par quelles voies ils y étaient entrés. Mais depuis qu'on a fait naître à volonté certains vers intestinaux, les cestoïdes, par exemple, dans le péritoine, les muscles et le cerveau, et rapporté au même ordre des helminthes agames qu'on avait considérés à tort comme des individus différents, complétement formés, et qui n'étaient que le même ver à des phases diverses de son développement embryogénique, pourvu, en dernière analyse, de sexualité ; depuis qu'on a suivi les entozoaires dans leur migration, car un grand nombre ont besoin, pour subir toutes leurs évolutions, d'être ingérés successivement dans le corps d'animaux d'un ordre de plus en plus élevé : ce qui se voit pour les helminthes propres aux mollusques qui deviennent la proie des poissons ; puis, avec ceux ci, la pâture des oiseaux ; puis, enfin, avec ces derniers, celle des carnassiers, en suivant régulièrement dans ces divers habitats leur métamorphose et leur complet développement ; depuis qu'on a pu suivre les germes du ténia, qui de l'intestin pénètrent dans le cerveau pour y former le cœnure et causer le tournis des moutons ; depuis que Shawn a démontré, contrairement à l'opinion de Spallanzani, que, de deux infusions, l'une exposée au contact de l'air ambiant, l'autre à celui d'une atmosphère d'air débarrassée de toute matière organique, la première seule produisait des infusoires, etc., etc., personne ne croit plus à la génération spontanée, mais à la génération parasitique résultant de la présence des germes.

Chaque recherche physiologico-pathologique exige une certaine méthode scientifique en dehors de laquelle tout n'est qu'erreur et confusion. Il est clair, par exemple, dans la question qui nous occupe, qu'il faudrait, pour trouver les *lois positives* de la génération parasitique, procéder du simple au composé et connaître toujours préalablement les deux facteurs mis en jeu, savoir, d'une part le parasite, et de l'autre l'individu, plante ou

---

ont prouvé que l'intoxication paludéenne est une chimère dont se sont payés ses devanciers, à bout de meilleures raisons. Ceci est catégorique. Pour que le lecteur soit mieux à même de comprendre, et puisque c'est là d'ailleurs le point culminant de l'ouvrage que nous analysons, nous devons mettre textuellement sous ses yeux les quelques propositions dans lesquelles notre jeune confrère résume toute sa théorie :

1° Les phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère par l'ensemble, l'intensité et la variabilité de leur action, sont les sources fébrigènes que nous appelons causes éloignées de la fièvre ;

2° Les perturbations physiologiques sous leur influence se produisant dans tout l'organisme, et notamment la perversion fonctionnelle du système nerveux sont les causes prochaines de la fièvre.

3° L'état fébrile dans son intensité, sa persistance et son mode de reproduction constitue les différents types et les diverses formes des fièvres d'accès.

L'état fébrile, selon son intensité et sa persistance, constitue les diverses formes d'accès Cependant, l'auteur avoue un peu plus loin que la forme emprunte parfois quelque chose aux complications ; c'est ce qui a lieu le plus souvent dans les fièvres rémittentes dites gastriques. Après avoir fait, de ce que en termes peu techniques, on appelle la gastricité, un élément de toutes les fièvres d'Afrique et surtout de la rémittente, il ne considère généralement ce phénomène que comme sympathique. C'est évidemment la confusion d'idées qu'implique le mot de gastricité qui l'a conduit à cet errement, car les troubles des fonctions digestives sont l'apanage des pays chauds et s'observent communément en dehors des fièvres et dans certaines saisons, ce qui ferait de ce phénomène une complication plutôt qu'un des symptômes liés à la fièvre elle-même ; et notre confrère l'a tellement bien senti, qu'il ajoute, à la page 202 : La fièvre gastrique doit se présenter à des degrés variables d'intensité et de complication, selon les individus et les conditions où ils ont été placés.

Quant à la rémittente à forme dyssentérique, il est très-explicite. Je reconnais chez elle deux affections marchant de pair, seulement l'élément fièvre domine l'élément dyssenterie.

Disons tout de suite que l'auteur est dans la vérité quand il considère l'élément fièvre comme dominant tous les autres états pathologiques qui se développent à côté de lui, mais qu'il s'en écarte quand, dans un état mixte comme la dotynenthérie et la fièvre d'accès, il ne reconnaît plus qu'une forme de la fièvre à laquelle il donne, comme tant d'autres de nos confrères d'Afrique, le nom de fièvre à forme typhoïde. Il y a là plus qu'une forme, il y a deux affections essentiellement distinctes, frappant à la fois le même sujet ; il y a dualité morbide. Et, ici, qu'on nous permette une légère récrimination vis-à-vis d'un de nos confrères, M. Félix Jacquot, qui, tout récemment, rendait compte de l'ouvrage de M. Armand dans l'*Union médicale.* M. Jacquot, au sujet de la même question, la dua-

animal, sur lequel il peut vivre plus ou moins accidentellement. Il va sans dire que, ne pouvant suivre rigoureusement cette méthode, les travailleurs en ont, comme nous, approché autant que leur position le leur permettait, et sans pouvoir résoudre, toutefois, cette immense question dans son ensemble. Quoi qu'il en soit, nos études sur la gale des animaux ont augmenté le nombre des faits sur lesquels repose cette grande loi, à savoir, que les parasites et les sarcoptes en particulier, ne vivent et ne se multiplient que sur des individus pathologiquement troublés dans leur santé. C'est ainsi que nous avons transmis à six moutons de différents âges, *mais tous dans un état parfait de santé,* des centaines d'acares mâles et femelles, isolés et accouplés, sans pouvoir leur donner la gale. Au bout de quelques jours, ces sarcoptes mouraient tous successivement, après avoir vainement essayé de se nourrir en ponctionnant une peau gorgée de sucs en apparence assimilables. Mais ces mêmes moutons, soumis pendant quelques mois à un régime débilitant qui les rendait chlorotiques, et comme frappés d'une cachexie psorique, devinrent prédisposés à la génération parasitique *intrà* et *extrà,* à tel point qu'on trouvait des helminthes dans le parenchyme de leurs organes profonds, et qu'une seule femelle d'acare fécondée, et même seulement des œufs déposés sur leur peau, développaient la gale avec une effrayante rapidité. L'influence des bons pâturages, des soins hygiéniques est telle que les Allemands ont pensé que la psore naissait spontanément, alors qu'elle résultait seulement de l'animation des germes portés en puissance de vie sur la peau des bêtes à laine. La peau des moutons fréquemment exposés aux pluies d'automne ou du printemps, mal nourris, renfermés au milieu de l'atmosphère chaude et étouffée des bergeries, devient souvent le siége d'une sorte de désorganisation particulière. L'épiderme se ramollit, se gonfle; le suint sécrété s'altère, devient rance, acide; des produits ammoniacaux, si favorables à la génération des parasites, se forment, et bientôt la décomposition des tissus et des sécrétions est telle, qu'il en résulte une sorte de fermentation. Si le mouton se trouve débilité et sous le coup d'une cachexie essentiellement favorable à la production des helminthes, un travail pathogénique, semblable à celui qui s'opère sur les muqueuses internes, s'effectue sur son tégument, et la génération parasitique des sarcoptes en est la conséquence. Il se passe là le phénomène que nous voyons tous les jours se produire sur les matières animales et végétales en décomposition, qui développent les principes nécessaires à l'animation des germes et donnent naissance à des acares. On ne peut nier, en effet, qu'il n'y ait une entière identité entre la génération parasitique de tous ces acares, qui ont d'ailleurs la même organisation; et comme les phénomènes de fermentation et de décomposition sont certainement plus prononcés au milieu des divers éléments qui constituent la peau de mouton, on conçoit facilement que la parasitogénie y trouve les conditions les plus favorables à son développement.

Mais M. Devergie répondra : « Si les choses se passent ainsi, notre dissidence est plus dans les mots que dans les idées. Substituons, si vous y tenez, le mot *parasitique* au mot *spontanée,* et alors ma doctrine reste entière, puisque, de votre aveu, les animaux portent sur eux des germes de sarcoptes toujours prêts à éclore et à s'animer; il peut en être de même pour l'homme, qui, dans certaines conditions données, verra naître sur lui les sarcoptes dont il possède les germes, et avoir la gale sans la recevoir d'un autre galeux. Je n'ai jamais voulu dire autre chose. » M. Devergie pourrait avoir raison; mais, malheureusement, les faits sont en opposition avec sa théorie. Les parasites se développent sur les animaux, et par contagion directe et par animation des germes, mais seulement quand ils se trouvent dans certaines conditions pathologiques données; et c'est justement le contraire chez l'homme, dont l'acare exige des conditions opposées pour vivre et se développer, à tel point qu'il végète sur les impotents et prospère sur les individus en parfaite santé; de telle sorte que, suivant les lois spéciales qui président à son développement, s'il pouvait naître par le fait de l'animation des germes cachés sur la peau, c'est sur les hommes bien portants, et non sur les individus débiles, qu'il apparaîtrait. Et comme on n'a jamais scientifiquement constaté la génération parasitique du sarcopte sur l'homme sain ou malade, sans la transmission directe du sarcopte lui-même, on ne peut dire que, chez lui comme chez les animaux, la gale puisse naître sans contagion directe. Cette exception à la loi générale répugne à notre esprit de généralisation. Il nous semblerait plus philosophique de voir l'acare de l'homme soumis à la loi de la génération parasitique; peut-être découvrira-t-on un jour les raisons positives qui le mettent ainsi en dehors du droit commun. Mais nous devons, pour le moment, rester dans le domaine des faits; et alors que la prédisposition pathologique, indispensable pour les animaux que la gale peut atteindre, n'est plus nécessaire pour l'homme, faire provisoirement une exception en sa faveur, jusqu'à ce que des études, méthodiquement instituées, permettent d'affirmer si la génération parasitique qui produit la gale est ou non soumise aux lois générales de la parasitogénie.

(*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Juin 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur trois épidémies de variole qui ont régné dans les trois arrondissements de la Lozère, par M. Monteils, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac;

2° Rapport sur une épidémie de scarlatine, par M. Closmadeuc, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes;

3° M. Sucquet informe l'Académie que la population arabe des environs de Beyrouth, qui repousse la vaccine, n'est pas moins atteinte par la fièvre typhoïde que la population chrétienne, chez laquelle la vaccine est pratiquée. La population arabe a à la fois la variole et la fièvre typhoïde;

4° Échantillons de divers remèdes pour guérir certaines affections de la classe ouvrière;

5° Tableaux de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Blennorrhagie.

Nouvelle réplique de M. Debeney.

Choléra.

M. Bédor, correspondant à Troyes, informe l'Académie que le choléra règne dans cette ville avec une certaine intensité.

Dermatologie.

M. Léonce Malle, élève en pharmacie, adresse un Mémoire sur l'heu-

---

lité morbide dans certaines des fièvres d'Afrique, dit qu'il y a quatre phases par lesquelles a passé la pyrétologie en Algérie. Ces quatre phases sont représentées par des systèmes et des déductions thérapeutiques différents.

Dans la dernière phase, qu'il appelle période analytique, on reconnaît des fièvres de nature continue d'origine palustre, et dictant l'impérieuse médication du sulfate de quinine.

On admet la combinaison fréquente de deux espèces bien différentes en une résultante complexe. Puis M. Jacquot ajoute : « La thérapeutique a singulièrement gagné en certitude, l'étiologie en clarté, la pathologie en précision, depuis que ces doctrines ont commencé à surgir timidement en Algérie et ont été nettement proclamées à Rome. » Et de quelle époque date cette doctrine, quel en est l'auteur ? M. Jacquot l'indique par une annotation qui renvoie à son Mémoire, lu en 1853 à l'Académie de médecine, sur la dualité des affections endémo-épidémiques des pays chauds. Cet auteur, c'est évidemment lui.

N'en déplaise à notre excellent confrère, cette doctrine avait déjà quelque peu germé sous l'observation du célèbre Torti, et, en 1851, c'est-à-dire deux ans avant la présentation du Mémoire à l'Académie, un humble confrère exerçant en Corse l'avait très-carrément et surtout très-expérimentalement posée et soutenue dans un long travail inséré dans la *Gazette des Hôpitaux.* Ce confrère, dont M. Jacquot n'a sans doute pas connu le travail, puisqu'il n'en a jamais dit mot, qu'on veuille bien nous permettre de le faire connaître en nous nommant. Ceci posé, revenons au livre de M. Armand.

Nous disons donc que sous le rapport des formes diverses que revêt la fièvre, il fait jouer parfois un rôle important aux états morbides qui se combinent avec celle-ci ou qui lui sont subordonnés. Il établit que le traitement de ces maladies en sous-ordre n'est autre que celui de la fièvre elle-même, c'est-à-dire le traitement par la quinine. Cette idée, si heureuse au fond, et déjà si ancienne, prend un caractère exagéré dans son esprit, lorsque, passant à certaines complications, il ne les considère plus que comme épiphénomènes; donc, il veut que l'unique traitement soit le sulfate de quinine. La méningite cérébro-spinale, le choléra lui-même, ne réclameraient pas d'autre traitement selon lui. Si, ne tenant compte que des complications les plus ordinaires des fièvres d'Afrique, l'auteur s'était contenté de faire de la quinine un spécifique obligé, il eût été dans le vrai jusqu'à cette limite, qu'une fois l'élément fièvre dompté, il reste à combattre encore convenablement l'affection en sous-ordre, et cela dans le but même de prévenir le retour de la fièvre, ce qui est généralement un peu trop oublié. Mais vouloir faire de la méningite cérébro-spinale une fièvre essentielle qui porterait le nom de fièvre cérébro-spinale, et dont le spécifique serait le sulfate de quinine, c'est pousser peut-être un peu loin l'esprit de généralisation.

reux emploi des semences de staphysaigre dans les diverses maladies de la peau.

Déviations utérines.

M. Gaussail annonce qu'il se trouve avec M. Depaul sur un *terrain opposé*, mais qu'il persiste dans toutes ses rectifications et qu'il fait imprimer ses documents.

Goître.

M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, adresse un Mémoire étendu sur le goître endémique. (Commiss. du goître et du crétinisme.)

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LE REDRESSEMENT INTRA-UTÉRIN.

M. P. Dubois. — L'orateur a constaté d'abord que le débat qui semblait devoir se circonscrire dans la question de savoir si deux personnes qui avaient succombé pendant le traitement par le redresseur utérin, devaient bien la mort à l'emploi de cet appareil, a été élargi d'abord par M. Valleix lui-même, ensuite par M. le rapporteur, annonce qu'il s'efforcera de se maintenir dans ce qui se rapporte à l'emploi du pessaire intra-utérin. Il rappelle en peu de mots les divers résultats qu'on a observés à la suite de l'emploi de cet appareil; puis il continue :

Quels qu'aient été ces résultats, je crois que, dans aucun cas, le but matériel qu'on se proposait n'a été atteint, au moins d'une manière permanente; si l'utérus était infléchi, il n'a pas été redressé; s'il était dévié, il n'a pas été remis dans sa position normale.

Quant aux accidents qui ont été produits par le redresseur intra-utérin, ils sont prouvés; ils sont trop bien connus; je n'y insisterai pas.

Mais il faut prouver que le redresseur ne remet pas en place, au moins d'une manière permanente, l'organe déplacé.

L'utérus est placé dans une cavité beaucoup plus grande que lui, et s'il y était entièrement libre, il y serait couché; s'il se maintient droit, c'est qu'il y a pour cela plusieurs causes.

La première cause, c'est que l'utérus ne se trouve pas seul dans la cavité qui le renferme; la vessie et le rectum, par la pression qu'ils exercent sur lui, le fixent dans une certaine position. Cependant, cette fixité n'est pas absolue, et sans les ligaments qui le soutiennent et bornent ses mouvements, il pourrait encore éprouver des déplacements très-prononcés.

Lorsque les ligaments sont très-relâchés, la vessie et le rectum restent seuls pour soutenir l'utérus, et c'est pour ces cas que le pessaire intra-utérin a été imaginé. Pour qu'il remplisse le but auquel on le destine, il faut non-seulement qu'il remette l'utérus en place, mais encore qu'il l'y maintienne. Or, après deux, trois, quatre et même cinq mois, l'organe reprendra sa place quand il cessera d'être maintenu. Je sais bien qu'on a pu croire que, pendant ce temps, les ligaments relâchés ont repris leur longueur et leur contractilité normales; mais ce n'est là qu'une hypothèse inadmissible. En effet, les ligaments ne présentent que des fibres musculaires rudimentaires; comment ces ligaments pourraient-ils se contracter et se raccourcir? Pour les ligaments larges où des traces même de fibres musculaires n'existent pas, la chose est bien plus difficile encore à concevoir. Je sais que ce n'est là qu'une explication théorique, mais ce qu'elle combat n'est aussi qu'une théorie. Je me suis d'ailleurs assuré que les faits confirmaient mon explication.

M. Valleix m'a invité à suivre les expériences qu'il faisait dans son service et je les ai suivies, je dois le dire, avec un grand intérêt; j'ai constaté, dans tous les cas que j'ai vus, la situation de l'utérus que j'ai représentée par de petits dessins, et jamais je n'ai trouvé qu'il eût été replacé par l'appareil d'une manière permanente; je me suis assuré, en outre, que l'application du redresseur se faisait facilement, qu'elle n'exigeait pas une habitude, une habileté spéciale, et alors je me suis hasardé à l'employer moi-même, ce que j'ai fait sur une vingtaine de malades, chez lesquelles le maximum de la durée d'application a été de deux mois.

Chez aucune d'elles, je n'ai pu constater le redressement complet; chez la plupart, l'utérus est revenu à la position qu'il occupait avant l'application de l'appareil; quelques-unes ont été soulagées. D'autres praticiens que j'ai consultés ont obtenu exactement le même résultat.

En outre, j'ai eu l'occasion de voir quelques malades qui avaient été traitées par M. Simpson, et chez toutes j'ai constaté des déplacements. J'ai vu aussi des malades de M. Valleix, et j'ai pu constater le même fait, notamment sur la malade qui fait le sujet de sa 4ᵉ observation, malade qu'il donne comme guérie et qui a encore une antéversion des plus prononcées, et tout aussi prononcée que lorsque la malade était en traitement à l'hôpital Beaujon, où je l'avais d'abord examinée. Mais à Beaujon, elle avait, outre son antéversion, une inflammation qui rendait la première plus frappante, et qui avait disparu quand j'examinai pour la seconde fois la malade; l'antéversion était donc un peu plus difficile à constater, mais elle était encore telle que je l'avais indiquée dans mon petit dessin. Cependant, M. Valleix a placé ce fait parmi les guérisons complètes. Il peut se rapprocher du fait cité par M. Malgaigne, dans lequel il a cru qu'une rétroversion a disparu avec un engorgement; sans avoir constaté l'état des parties, je crois pouvoir dire que, dans ce cas aussi, la rétroversion persiste, mais qu'elle est seulement plus difficile à constater après la disparition de l'engorgement.

Quant aux inflexions auxquelles d'ailleurs je n'attache pas d'importance, peuvent-elles être redressées? M. Jobert a observé que ces inflexions se liaient habituellement à un vice de structure de l'organe; qu'une de ses parois était plus courte, présentait moins de substance que l'autre; comment le redresseur pourrait-il remédier à un tel état? M. Huguier le pense cependant; et il se fonde sur ce qu'on peut bien redresser un cal vicieux. Mais M. Huguier me semble avoir comparé ici des choses qui ne sont pas comparables; car, dans l'os, à mesure que le redressement s'opère, et on l'obtient par des moyens efficaces, le cal s'enveloppe d'une gangue qui, en se solidifiant, fixe l'os dans la direction qu'on lui a imprimée; rien de pareil n'a lieu dans un utérus infléchi.

Au reste, l'opinion que j'émets en ce moment sera contestée, je n'en doute pas; je n'ai ni le pouvoir, ni l'autorité de l'imposer. Mais je l'exprime pour qu'on en tienne un certain compte; pour que le public qui nous écoute et qui prend intérêt à ces débats, ne se laisse pas aller à la tendance trop grande qu'on a à attribuer aux déplacements et aux inflexions une importance qu'elles n'ont pas; pour que chacun fasse une enquête dans sa propre sphère, pour qu'il examine sans préjugé; le résultat de cette enquête sera, j'en ai la conviction, entièrement favorable à mon opinion; l'avenir décidera si je me trompe.

J'arrive à la partie la plus difficile de ma tâche. J'ai dit qu'on avait soulagé des malades, même d'une manière définitive, par l'emploi du pessaire intra-utérin. M. Valleix a annoncé que dans 108 cas où il l'aurait appliqué, il avait obtenu 78 guérisons définitives. Si ces guérisons devaient s'entendre du redressement de l'utérus, il est bien entendu que je ne pourrais accepter les faits de M. Valleix; mais si ces guérisons doivent

---

Depuis que les médecins militaires ont acquis la conviction que ce qu'on appelle gastro-céphalite est une fièvre rémittente pouvant revêtir la forme méningienne, « la méningite, s'écrie M. Armand, a disparu des Rapports, des Mémoires, des Traités des maladies de l'Algérie. » Aussi, fait-il tout d'une pièce une fièvre rémittente méningienne d'une méningite cérébro-spinale. Pour porter plus de conviction dans l'esprit des lecteurs, il met en présence deux observations qui offrent la plus grande analogie sous le rapport des symptômes et des désordres anatomiques.

De ces deux observations, l'une est due à M. Maillot, qui la donne sous le nom de fièvre quotidienne pernicieuse à forme délirante; l'autre à M. Magail, qui l'intitule méningite. Après avoir posé ces deux observations face à face, M. Armand s'écrie : *Qui vult discere, discat!* Et il affirme ensuite qu'il trouve une identité complète entre la gastro-céphalite d'Afrique, ou fièvre délirante, et la gastro-céphalite qui prit à Lyon, en 1840, le caractère de la méningite épidémique. Les deux observations qu'il a mises en présence sont certainement des observations de méningite, si l'on veut tenir tant soit peu compte des lésions anatomiques : la seule différence qu'il y ait entre elles, c'est que M. Maillot a voulu faire de la sienne une fièvre pernicieuse délirante, tandis qu'il y avait une affection des méninges, dominée par l'élément épidémique, de même qu'il y a des pneumonies qui sont dominées par le même élément, et qu'on se garderait bien d'appeler fièvre pneumonique, comme le voudrait, du reste, M. Armand. Nous croyons pouvoir, par analogie, indiquer la différence qui existe entre la méningite cérébro-spinale et la fièvre délirante méningienne, par les points qui séparent la méningite cérébro-spinale qui a régné sur plusieurs points de la France, et la fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale, dont on a pu, l'an dernier, observer de nombreux exemples à Paris. S'il y a quelque similitude dans leurs phénomènes, ces deux affections diffèrent essentiellement au fond, c'est-à-dire dans leurs tendances et leurs aboutissants. Jamais la fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale, ne donne lieu aux exsudations plastiques et purulentes, quelle que soit sa durée; la méningite cérébro-spinale atteint au contraire ce résultat, dans un temps quelquefois très-court.

En Afrique comme ailleurs, il y a des méningites : il peut arriver qu'elles se combinent avec la fièvre, et alors leur forme peut être nuancée, de même qu'il y a des fièvres délirantes sans méningite; et alors l'anatomie pathologique ne trouve absolument rien, non plus que dans les autres fièvres pernicieuses sans complications.

Nous ne pouvions laisser passer sans conteste ces propositions absolues émises par M. Armand; nous aurions l'air d'abdiquer certains principes franchement proclamés par nous en 1851, principes qui nous ont été révélés par des études sérieuses d'anatomie pathologique, appuyées sur l'observation des malades, et que nous avons eu le plaisir de voir soutenues plus tard par M. Félix Jacquot et plusieurs de nos confrères qui exercent en Italie.

s'entendre du soulagement éprouvé par les malades, je ne trouve rien d'extraordinaire dans cette proportion ; on l'obtient partout aussi bien par d'autres moyens. Il semble seulement qu'à l'aide du redresseur, le soulagement ait été plus prompt.

Dans quelles conditions M. Valleix a-t-il employé le redresseur? Chez des femmes qui avaient des douleurs du sacrum, s'irradiant vers la vessie et le rectum; qui éprouvaient un sentiment de pesanteur augmentant dans la marche et la station, et dont les organes génitaux offraient une vive sensibilité. A ces symptômes s'ajoutaient des déplacements de l'utérus, mais que M. Valleix n'a connus qu'après.

Or, ces symptômes n'appartiennent pas exclusivement aux déplacements; une simple congestion précédant les règles peut les produire; ce qui les produit ordinairement, c'est : 1° la phlegmasie ; 2° un état nerveux.

M. Valleix a-t-il appliqué le redresseur chez des femmes atteintes de phlegmasies? Évidemment oui ; et la femme qui est le sujet de la 4e observation est dans ce cas. La guérison a-t-elle été obtenue dans ce cas par le redressement? Non évidemment, puisque la déviation persiste. La guérison a été obtenue parce qu'on a immobilisé l'utérus, qu'on l'a soustrait à des agitations défavorables ; parce que les ligaments qui le supportent ont été soulagés d'un poids douloureux, comme est soulagé le cordon testiculaire enflammé lorsqu'un suspensoir, sorte de pessaire, soutient le testicule. — En outre, il n'est pas impossible que la situation qu'on a temporairement donnée à l'organe ait été plus avantageuse pour la disparition, conformément aux observations qui ont été faites sur ce sujet par M. Gerdy. — Il est possible encore que l'instrument ait ravivé l'inflammation, en ait changé le type par une influence directe sur les fonctions de l'organe.

Je ne dis pas, bien entendu, que tous ces modes d'action aient eu lieu à la fois sur chaque malade; il est possible que chacun d'eux agisse spécialement suivant les cas.

Une femme de province affectée d'une rétroversion vint me consulter. Je ne la reçus qu'un mois après; M. Valleix, consulté dans l'intervalle, lui avait introduit le redresseur qui avait provoqué des douleurs et n'avait pu être supporté. Une inflammation s'en était suivie, et la malade avait sa rétroversion, plus la phlegmasie. Un traitement antipholgistique fut mis en usage et la malade put retourner chez elle guérie.

L'état nerveux se présente sous deux formes : par des douleurs très-vives, et par une aptitude de l'organe à provoquer dans le système nerveux une excitation convulsive; j'appellerai cette seconde forme forme hystérique.

1° L'état douloureux a été très-peu étudié et n'est pas décrit dans les livres classiques. Chez quelques femmes les parties génitales sont tellement douloureuses, que la simple application du doigt ne peut être supportée; cette sensibilité est quelquefois très-circonscrite, et sur les points douloureux on observe de petites rougeurs. Quelquefois cet excès de sensibilité s'étend à l'orifice vaginal; les rapports sexuels sont rendus impossibles, et certaines femmes sont probablement stériles pour cette seule cause. Dans quelques cas, l'utérus participe à cet état, et aucun point du canal utéro-vaginal ne peut être touché sans qu'il en résulte de vives douleurs.

Dans ces cas, le pessaire intra-utérin produit les accidents dont j'ai parlé ; ordinairement, il ne peut être supporté.

Quelquefois, la douleur est bornée à un point du col de l'utérus, et alors il m'a paru que c'était le plus souvent sur un point de la lèvre postérieure. Dans ces cas, le redresseur peut être supporté, et il n'est pas impossible que, par l'immobilité de l'organe, par le soulagement de poids apporté aux ligaments, par une modification particulière sur la sensibilité, il soulage plus ou moins.

Mais c'est surtout dans l'hystérie locale que le redresseur peut être utile. Dans quelques cas, les réactions de l'utérus hystérique sont purement locales ; elles se bornent à produire une sensation de poids dans la station, qui empêche les malades de marcher. Je connais une femme qui est dans cet état, qui ne peut marcher depuis plusieurs années, et cependant chez elle l'utérus n'est pas dévié; il a une situation normale et même élevée. Une petite opération sur laquelle je reviendrai a produit du soulagement. C'est donc dans ces cas que le redresseur peut être utile, en fixant l'utérus, en l'empêchant de peser sur les ligaments, et surtout en modifiant la sensibilité d'une manière analogue à celle qu'a signalée M. Civiale, qui a fait disparaître des douleurs urétrales et vésicales en introduisant une sonde dans l'urètre. Les faits appartenant à cette dernière catégorie ont sans doute beaucoup grossi la liste de M. Valleix, parce que ces cas sont ceux qui résistent le plus aux traitements ordinaires, et ceux, par conséquent, pour lesquels on s'adresse à des traitements inusités.

J'ajoute, d'ailleurs, que M. Valleix le sait bien ; il le sait par expérience et par réflexion ; et la preuve, c'est qu'il est beaucoup plus réservé dans les applications du redresseur, et qu'il a tellement réduit la longueur de la tige, que tout redressement est maintenant impossible à l'aide de son instrument ; et en outre, c'est qu'il l'applique dans des cas où il n'y a pas la moindre déviation. J'ai vu plusieurs de ses malades, j'en ai du moins examiné trois qui n'avaient pas de déplacement, et une quatrième à propos de laquelle, dans la crainte de me tromper, j'appelai en consultation M. Danyau ; tous les deux nous constatâmes l'absence de tout déplacement, quoique M. Valleix eût conseillé le redresseur pour obvier à cette lésion. (Rumeurs.)

Je n'ai pas l'intention, en exposant ces faits, de jeter le moindre blâme sur M. Valleix. Si M. Valleix a laissé ignorer aux femmes la véritable affection qu'elles avaient, il l'a fait dans une bonne intention ; il a pensé leur être utile avec le redresseur, et il a pensé que s'il ne leur laissait pas croire qu'elles avaient une déviation, elles répugneraient à se soumettre à un traitement qui pourrait les soulager. A sa place, j'en aurais fait autant.

Je me rappelle, à ce propos, une femme de Caen, chez qui l'introduction dans l'utérus d'une simple sonde à demeure amena du soulagement sans qu'aucun redressement eût été produit.

Puisque le redresseur ne peut agir en redressant, il perd évidemment beaucoup de son importance. Peut-il cependant être conservé? Je ne dis pas non. Seulement, il aura pour concurrents d'autres moyens : les curettes, qui, aujourd'hui, n'agissent plus en enlevant des granulations, mais bien en modifiant simplement la sensibilité ; les cautérisations, qui, convenablement pratiquées, sont un puissant modificateur ; les douches ascendantes ; les bougies, etc. Quand on aura employé tous ces moyens, je crois qu'on pourra recourir au redresseur, non pour redresser, mais pour modifier.

En terminant, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que dans toute cette discussion on a fait trop bon marché d'un traitement d'une haute importance. Dans les cas dont il a été question, il existe des troubles de la menstruation qu'on a attribués aux lésions locales, mais qui en sont beaucoup plus souvent la cause que l'effet. La première conséquence de ces troubles, c'est la chloro-anémie. Il ne faut donc pas oublier que les premiers moyens à opposer aux affections qui font l'objet de cette discussion

---

M. Armand passe ensuite en revue la dyssenterie, l'hépatite, toutes les affections qui, toujours subordonnées à la pyrexie africaine, se montrent en plus ou moins grand nombre dans certaines localités. Ses déductions à leur sujet ne sont pas toujours le fruit de ses propres observations. Il y aurait peut-être à lui reprocher d'avoir accordé un peu trop de valeur à des observations qui en perdent beaucoup par leur manque d'exactitude et de précision, nous n'en voulons pour preuve que cette série de lésions hépatiques trouvées à l'autopsie, et qui, au lieu d'indiquer une hépatite réelle, ne révèlent, la plupart du temps, qu'une hypérémie plus ou moins prononcée ou moins étendue du foie.

Il serait arrivé bien certainement à d'autres conclusions, si, au lieu de s'en rapporter à autrui, il avait observé lui-même. Dans les derniers chapitres, consacrés à la pathologie externe, M. Armand a semé une foule de considérations pratiques qui ont une valeur non équivoque. Ici, ce sont les complications des plaies par armes à feu ; là, ce sont les pansements qui sont traités avec l'acquis d'un médecin qui a beaucoup vu et souvent bien vu. L'auteur aborde également les plaies par morsures d'animaux nuisibles, les maladies des yeux, et celles de la peau qui offrent tant d'intérêt en Afrique, par leur cachet spécial. Rien n'a échappé à son active investigation. Nous n'aurions qu'à le louer sur ses propositions en matière d'hygiène, si, moins préoccupé de son idée sur l'étiologie des fièvres, il n'en était pas arrivé à cette conclusion malheureuse, que le desséchement des marais ne produirait jamais qu'une amélioration relative dans l'état sanitaire, et qui, en ruinant l'industrie, ne supprimerait pas les fièvres.

En somme, le livre de M. Armand est une œuvre consciencieuse et de mérite. Écrit correctement, parsemé de saillies fines, de pensées piquantes, il offre de l'attrait, il peut servir de guide à toute une catégorie de médecins; il sera toujours utile à ceux qui, ne voulant pas puiser à des sources multiples, désireront avoir sous la main les notions les plus sommaires de la science sans ce qui a trait à l'Algérie médicale.

La pensée fondamentale de l'auteur a été de faire triompher la doctrine qu'il adopte au sujet des fièvres d'Afrique, doctrine qui s'infiltre même dans les chapitres consacrés à la pathologie externe. Aura-t-il réussi dans cette tâche aussi hardie que difficile? C'est ce que nous n'oserions affirmer. Toujours est-il qu'il aura eu le mérite de rajeunir une doctrine déjà ancienne, et de l'avoir présentée, appuyée d'arguments nouveaux et quelquefois très-séduisants.

ABEILLE.

sont les ferrugineux, les toniques en général, une nourriture substantielle, les bains de mer, en un mot, tout ce qui constitue un traitement général.

La parole est donnée à M. Velpeau ; mais comme il est 4 heures et demie, ce professeur pense que le reste de la séance ne pourrait lui suffire pour exposer ce qu'il a à dire, et il cède la parole à M. Cazeaux. (Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le discours de M. Cazeaux.)

PRÉSENTATIONS.

Exemple de calculs urinaires remarquables.

M. Larrey présente des calculs offrant une disposition singulière et rencontrés chez un ancien officier, affecté depuis longues années d'une maladie complexe des voies urinaires, soumis à une opération heureuse de lithotritie en 1842, par M. Leroy d'Etiolles. Entré récemment au Val-de-Grâce, pour la récidive de la même affection, puis atteint, sous l'influence d'un refroidissement, d'un rhumatisme articulaire compliqué d'une endo-péricardite métastatique sur-aiguë, il succomba presque subitement à cette complication, malgré les secours les plus prompts et les conseils les plus éclairés.

La mort, d'après l'autopsie, paraît s'expliquer par la formation d'un caillot fibrineux qui adhérait à l'orifice mitral et l'obliterait.

Quant aux organes urinaires, à part un rétrécissement valvulaire de l'urèthre, à la base du bulbe, et une hypertrophie considérable de la prostrate, la principale altération résidait dans la vessie, un peu resserrée sur elle-même, offrant un épaississement très-prononcé de ses parois, des anfractuosités de sa face interne et une excavation notable de son bas-fonds. C'est dans cette poche que se trouvaient logés cinq calculs, justaposés, de forme et de grandeur semblables, chacun représentant un tetraèdre régulier, dont chaque face avait un peu plus de deux centimètres de hauteur.

La section de l'un d'eux et l'analyse chimique ont démontré la formation de sels calcaires, urate et phosphate de chaux, phosphate ammoniaco-magnésien et un nucléole d'acide urique.

La disposition de ces calculs, bien plus que leur composition, nous a paru offrir assez d'intérêt pour communiquer ce fait à l'Académie de médecine, ainsi qu'à la Société de chirurgie ; l'on pourrait en déduire des considérations utiles sur l'opportunité comparative de l'opération de la taille et de la lithotritie.

THÉRAPEUTIQUE.

Paralysie de la vessie. — Traitement par les injections de nicotine.

Un homme de plus de 60 ans, atteint de paralysie de la vessie, à la suite de douleurs violentes à la région lombaire, dans les aines et à la région de la vessie, avait eu recours, sans succès, à divers moyens de traitement, entre autres à l'électricité, lorsque M. Pavesi songea aux injections de nicotine, pour rendre à la vessie sa contractilité. La vessie ayant été préalablement vidée et nettoyée, on injecta 15 grammes de la solution suivante :

℞ Nicotine	0,60	grammes.
Eau distillée	360	—
Mucilage	30	—

L'opération fut répétée une seconde fois dans l'après-midi et les jours suivants. Après trois jours, la quantité de la solution fut portée à 30 grammes. En continuant ainsi tous les jours, la vessie reprit graduellement sa puissance contractile, de sorte qu'après quinze jours le malade pouvait se passer complétement du cathétérisme. Jamais les injections n'amenèrent d'effet particulier sur les centres nerveux. Après vingt jours, le malade urinait à plein jet parabolique, sans aucun effort.

(*Bulletin de thérap.*)

Névralgie sciatique. — Traitement par l'accétate de morphine.

Par M. Gonzalès Abajo.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les sels de morphine ont été conseillés, dans le traitement de la sciatique par la méthode endermique ; seulement, les doses auxquelles on emploie ces médicaments sont en général assez faibles. Ce qui distingue la pratique de M. Abajo de celle des autres médecins, c'est qu'il emploie la morphine à haute dose. Il raconte avoir vu, au Collége médical de San-Carlos, couvrir les vésicatoires posés sur le trajet du nerf sciatique, d'une couche d'acétate de morphine que l'on appliquait au moyen d'une spatule. Sans aller ansssi loin dans l'emploi de ce moyen, il rapporte deux observations tirées de sa pratique, dans lesquelles il a guéri des malades atteints de sciatiques graves et durant depuis longtemps, en pansant les vésicatoires avec une pommade composée de 2 grammes d'acétate de morphine pour 30 grammes de cérat simple.

(*El Heraldo medico* et *Revue thérap. du Midi*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nomination de M. Jobert à une chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris.* — Le *Moniteur* d'hier contient dans sa partie officielle la nouvelle suivante, qui n'était plus l'objet d'un doute pour personne : « Par décret du 24 juin, rendu sur le rapport du Ministre de l'instruction publique et des cultes, l'Empereur a nommé M. Jobert (de Lamballe) professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur Roux, décédé. »

— Le choléra a éprouvé depuis quelques jours une assez forte recrudescence à Paris, et une assez grande extension ; l'honorable docteur Bédor a informé hier l'Académie que l'épidémie s'est manifestée à Troyes avec une certaine intensité. Quinze départements au moins sont maintenant envahis par l'épidémie.

— Un jeune médecin, dont la plupart des internes de la génération actuelle ont conservé un excellent souvenir, M. E. Salneuve, vient de succomber inopinément à une scarlatine maligne. M. Salneuve était établi à New-York à peine depuis un an, et déjà il avait été nommé chirurgien de la Société de bienfaisance française. Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, et de la Société médicale d'observation, élève de maîtres expérimentés, de MM. Louis Monod, Ricord, etc., intelligent, laborieux, M. Salneuve justifiait pleinement les premiers et précoces succès qu'il avait déjà obtenus ; tout faisait espérer qu'il parcourrait une longue et utile carrière, lorsque la mort est venue l'enlever brusquement. Nous, qui avions dirigé les premiers pas de Salneuve, qui, à l'hôpital Beaujon, l'avions initié aux premiers éléments de l'art du diagnostic, nous avons assez vécu dans son intimité pour apprécier combien est grande la perte qu'ont éprouvée ses clients et ses amis. H. de Castelnau.

— Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs de la création d'une Société zoologique d'acclimatation, du but important qu'elle se proposait et des faits intéressants qui pourraient ressortir de ses travaux, non-seulement pour la zoologie et l'agriculture, mais encore pour la physiologie comparée, à laquelle la physiologie humaine peut emprunter tant de lumières. Nous sommes donc heureux de pouvoir annoncer que M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a mis 1,500 francs à la disposition de cette Société, pour faire des expériences sur la naturalisation de quelques espèces utiles à l'agriculture.

— La perte de son rédacteur en chef nominal n'empêche pas le *journal des culottières* et son fameux *secrétaire de la rédaction,* dont on n'a jamais pu savoir le nom, de suivre leurs bonnes habitudes : dans le numéro même où ils annoncent la perte du malheureux Fabre, ils nous *empruntent*, sans nous citer, les détails que nous avons publiés sur les questions qui seront discutées dans le sein du Conseil impérial de l'instruction publique, relatives à l'enseignement et à la pratique de la médecine. Il est vrai que lorsqu'un secrétaire de la rédaction, même anonyme, peut compter parmi les illustrations vassales qu'il crée avec ses couronnes, des agrégés de Faculté et des membres d'une Société qui a pris pour devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art,* il peut bien supposer que ceux qu'il dépouille sont trop heureux de pouvoir répéter avec certaine bonne bête de la fable :

Vous nous faites, seigneur,
En nous volant, beaucoup d'honneur.

Erratum. — Page 606, 2e colonne, ligne 14, au lieu de : *vaccination,* lisez : *revaccination.*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon). — Ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or) au Concours de Bordeaux, ouvert par la Société de médecine de cette ville. — 1 vol. in-8 de 444 pages. Prix : 7 francs. — Paris, librairie de Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 78. 2e année. Samedi 1er Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 30 Juin 1854.

A Monsieur H. de Castelnau, *rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.*

Nous avons reçu *lundi dernier, 27 juin, au soir,* une lettre de l'honorable M. Birkett, chirurgien de *Guy's Hospital,* datée du 9 mai, et répondant à un article de notre excellent ami et correspondant, M. Deville, article publié vers la fin de décembre dernier. On s'expliquera donc pourquoi cette lettre ne paraît qu'aujourd'hui dans notre journal.

L'époque tardive à laquelle elle nous est parvenue nous a empêché de la communiquer à M. Deville avant de la publier. Nous devons donc présenter nous-même les réflexions qu'elle nous semble devoir suggérer.

Nous déclarerons d'abord que nous avons pleine confiance dans la parole de l'honorable chirurgien de Guy, et que sa narration nous paraît empreinte du cachet de la vérité. Elle nous persuade, non moins que les bonnes informations qui nous sont parvenues sur M. Birkett, qu'il ne se serait prêté à aucune manœuvre ayant pour but d'expulser M. Deville du Musée ou des services de Guy's Hospital ; nous croyons même que M. Birkett aura fait tous ses efforts dans un but opposé. Mais sa lettre n'en confirme pas moins des faits très-regrettables et qui nous semblent on ne peut plus contraires aux principes de libéralité scientifique qui devraient régner aujourd'hui dans toutes les nations civilisées, comme ils existent en France. Ces faits sont les suivants :

1° On défend, à l'hôpital de Guy, de prendre des dessins des pièces qui y sont déposées ;

2° Il a été dirigé contre M. Deville une imputation mensongère, reconnue telle par l'intendant de l'hôpital, puisqu'on l'a accusé de prendre des dessins, lorsqu'il ne sait pas dessiner ;

3° A la suite de cette imputation mensongère, il a été exigé de M. Deville des formalités qui, nous le voulons bien, sont prescrites par les règlements de l'institution, mais qu'on n'exigeait point auparavant de M. Deville ; qu'on n'exige point, nous le savons pertinemment, des visiteurs ordinaires, et qui, dès lors, constituaient une entrave et une vexation.

Or, d'après l'ensemble de ces trois faits, il nous paraît évident que le procédé dont on a usé envers M. Deville, et dont nous ne rendons pas M. Birkett solidaire, est un procédé injustifiable et qui doit être mis au ban de la civilisation.

H. de Castelnau.

Monsieur,

Mon attention a été appelée sur certains faits mentionnés dans les numéros 151, 152, 153, du *Moniteur des Hôpitaux,* dont vous êtes rédacteur en chef. Puis-je réclamer l'insertion des observations suivantes ?

Sous le titre de *Revue clinique des hôpitaux anglais,* se trouve, dans le numéro 151, un article qui ne renferme aucune observation relative, soit à l'hôpital de Guy, soit à moi, quoique le nom de Guy's Hospital se trouve en tête de l'article. Je n'ai donc aucune remarque à faire sur cet article.

Dans le numéro 152, page 214, je suis, pour la première fois, désigné au lecteur comme l'un des chirurgiens de Guy's Hospital, à qui une lettre fut présentée par l'auteur de l'article. Cette lettre était de M. Lebert, dont le nom doit être partout accueilli avec respect. Cette première entrevue est ainsi décrite par M. Deville : « C'était charmant ; on n'aurait pas mieux fait en France. »

Dans le paragraphe suivant M. Deville écrit : « Bon Dieu ! quelle différence ! M. Birkett était revêtu de cette espèce de froideur absurde que beaucoup d'étrangers se figurent être naturelle aux Anglais. » A cette première allégation, je répondrai seulement que je dois supposer que mon accueil était froid dans l'opinion du docteur D..., car, sans cela, il ne l'eût point remarqué ; mais j'affirme positivement, néanmoins, que rien n'était plus loin de mon intention que de produire une telle impression dans son esprit.

« Je reçois à peine une réponse à mon salut, et M. Birkett me plante là, après m'avoir sèchement indiqué du doigt l'escalier qui conduit à l'amphithéâtre. »

En réponse à cette assertion, je demanderai ce que voulait M. Deville que je disse ? Si je l'ai conduit à l'amphithéâtre, il semblerait au moins que je ne l'ai pas négligé.

M. D... se trouve de nouveau à l'hôpital au mois d'août, l'ayant visité à son gré pendant deux mois, presque tous les mardis. En cette occasion, dit-il, « je suis arrêté *brutalement* par le portier. » Sans chercher à nier que le portier ait demandé au docteur D... où il allait, j'affirme positivement que ni ses paroles ni ses manières ne méritaient d'être qualifiées de la sorte. Le portier n'excède pas sa consigne en demandant à toute personne à lui inconnue l'objet de sa visite, et si M. D... avait conservé le calme parfait dont il vous parle, il vous aurait épargné le récit qui s'ensuivit.

En fait, on *m'assure* que M. D... était dans un tel état d'excitation, que l'intendant dut demander la cause du désordre, et, sur l'explication qu'il reçut, il suivit le docteur au Musée, et là il eut avec lui une altercation assez vive, après laquelle M. D... vint du Musée directement chez moi. A ce sujet, il vous écrit : « M. Birkett m'a écouté très-froidement, sans être le moins du monde surpris, et pour ainsi dire sans me répondre. » Le fait est, monsieur le rédacteur, que le docteur D... est entré dans mon cabinet dans un état d'excitation extrême, et comme j'ai de la difficulté à suivre une conversation en français, surtout si elle est rapide, j'ai cherché à écouter avec toute mon attention, pour avoir une idée (s'il était possible) de la cause et de la nature de l'offense commise par les autorités de l'hôpital ; il est sans doute possible que les mots : « Qu'est-ce que cela signifie ? » aient été proférés par moi, et le docteur D... pouvait ajouter que je l'ai prié de s'expliquer en anglais. Je vous demande, monsieur le rédacteur, s'il y a là quelque chose d'impoli ou d'offensant ? Enfin, étant parvenu à entrevoir le sujet du trouble, je me rendis immédiatement avec M. D... à l'hôpital pour voir l'intendant. Celui-ci me dit qu'il s'opposait à la présence du docteur D... au Musée, vu qu'il prenait des dessins des pièces anatomiques. L'intendant, sur l'assurance du docteur qu'il avait été mal informé, lui livra, selon la coutume, « un billet d'entrée imprimé pour un jour. »

J'ai alors expliqué au docteur D... que, s'il voulait avoir libre accès au Musée, il en devrait former la demande au trésorier, et je crois que je

lui ai donné ma carte, comme moyen d'introduction auprès de ce fonctionnaire.

Pendant le mois de septembre, le Musée est toujours plus ou moins en désordre, et le trésorier informa le docteur D... qu'au 1er octobre, sur sa demande, il lui serait délivré un billet pour visiter le Musée, en se conformant aux règlements ordinaires de l'établissement.

Je n'ai pas revu M. Deville depuis, mais il me sera permis d'ajouter que j'aurais eu beaucoup de plaisir de le voir à l'hôpital de Guy toutes les fois qu'il lui aurait plu d'y venir.

Je ne puis pas terminer cette lettre, sans faire observer que mes collègues MM. Cock et Hilton n'ont jamais été pour rien dans cette affaire, qu'ils ignoraient même la présence du docteur D.... à Londres, et que la manière dont leurs noms ont été introduits dans cette affaire est à la fois injuste et inexcusable.

Quant à moi, j'affirme que je n'ai pas de plus grand plaisir que de recevoir les étrangers qui me font l'honneur de venir visiter l'hôpital de Guy, et que, quant à ce malheureux différend entre l'intendant et le docteur D...., il a été pour moi une source d'ennuis et de regrets.

Il y a un point sur lequel le docteur D...., ainsi que vos lecteurs, monsieur le rédacteur, pourront se détromper immédiatement, à savoir, comme il le dit : « que son expulsion du Musée n'a été qu'un moyen indirect pour lui fermer Guy's Hospital. » Guy's Hospital est ouvert à tout le monde en se conformant à des règlements suivis dans tous les établissements de même espèce, bien dirigés.

Je suis, monsieur le rédacteur, votre très-obéissant serviteur.

John Birkett.

Londres, 9 mai 1854.

Un mot sur une nouvelle doctrine médicale.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

L'enseignement de la médecine, en France, offre sans contredit des lacunes et des imperfections, comme toutes les institutions humaines, et la presse médicale ne s'est pas fait faute de les signaler depuis nombre d'années, et de proposer en même temps divers plans de réforme, plus ou moins bien ordonnés. Mais il en est un, sorti dernièrement d'un journal politico-religieux, l'*Univers*, qui a éveillé, non sans raison, bien des susceptibilités et des réclamations de la part de membres éminents du corps médical. Permettez, monsieur le rédacteur, que j'examine à mon tour ce soi-disant projet de réforme sous certains points de vue qui n'ont pas encore été traités.

Son auteur déclare, d'abord, que sa critique ne porte pas sur le mécanisme administratif des Facultés, mais sur les doctrines qu'on y professe, dit-il, *au nom de l'Etat*. Il y a dans cette première inculpation une erreur matérielle que nous devons relever. Il n'est pas vrai, comme on l'assure, que les professeurs des Facultés de médecine soient subventionnés pour enseigner telle ou telle doctrine. La plus grande latitude, une liberté presque illimitée, sont laissées au contraire à l'enseignement médical, en France, tant au dedans qu'au dehors des écoles du gouvernement. L'écrivain auquel je réponds ne l'ignore pas, lui qui use de cette liberté pour proclamer une doctrine en opposition avec toutes celles qui ont eu cours jusqu'ici dans les chaires officielles, et nous souhaitons qu'il en jouisse pleinement, comme il a fait, persuadé que la libre discussion est le meilleur moyen, le seul légitime, pour anéantir les mauvaises doctrines et propager les bonnes. C'est ainsi que pensaient les chrétiens des premiers siècles, eux qui ne demandaient à l'autorité séculière que la liberté d'exposer leurs principes et d'entrer en discussion avec les philosophes païens.

N'est-ce pas à la faveur de la liberté d'examen et de discussion, que les sciences physiques et naturelles ont fait des progrès remarquables dans les temps anciens, comme dans les temps modernes? Sans sortir de l'histoire de la médecine, comparez ce qu'était cette science sous le régime sacerdotal, dans l'antique Égypte et chez la nation juive, avec ce qu'elle fut dans les écoles de la Grèce et de Rome, lorsqu'elle sortit des temples d'Esculape pour se développer au grand jour de la discussion libre.

Si, quittant les traditions un peu obscures de l'histoire ancienne, nous nous rapprochons des temps modernes, que voyons-nous? quels progrès notre science, contrainte de se faire monacale, a-t-elle accomplis dans la longue durée du moyen âge? A Dieu ne plaise que je veuille jeter du ridicule ou de la défaveur sur ces pieux cénobites qui, au milieu des ténèbres universelles, ont conservé quelque faible lueur de la science antique; mais, quand on prétend nous donner pour modèles les institutions et les doctrines scientifiques de ce temps-là, sur quels monuments s'appuie-t-on? Quelles sont les œuvres médicales où nous irons puiser ces doctrines? Sera-ce dans les écrits de Constantin l'Africain, le seul nom qui ait survécu à l'oubli parmi les médecins de l'école si longtemps célèbre de Salerne; ou bien dans ceux de Gariopontus, de Nicolas Prœpositus, d'Égide de Corbeil, de sainte Hildegarde, de Jean de Godesden, autres célébrités de cette époque?

Quand l'esprit humain voulut de nouveau se dégager de la crasse de l'ignorance, quels obstacles ne rencontra-t-il pas dans le régime théocratique qui dominait alors l'enseignement de toutes les sciences! Que de luttes, que de souffrances n'eut-il pas à essuyer! La liberté de penser et d'enseigner eut ses martyrs, et des plus illustres, à l'époque de la renaissance, comme elle les avait eus aux premiers siècles du christianisme; mais enfin, rendue à son indépendance originelle, l'intelligence prit son essor; et quelles merveilles n'a-t-elle pas opérées, en peu d'années, dans toutes les branches des connaissances humaines? Bien aveugle est celui qui ne les voit pas; bien osé celui qui les nie.

Ainsi, d'après le témoignage constant, irrécusable de l'histoire, la théocratie est mortelle aux sciences; elle n'a pu, en aucun temps, que les rendre stationnaires ou les faire rétrograder. Voilà pourtant le régime vers lequel nous poussent les déclamations du journal l'*Univers*, au sujet de l'enseignement de la médecine : tendance blâmable et dangereuse, si elle n'était pas ridicule et frappée de stérilité, comme nous l'espérons.

« Que peut-on et que doit-on réformer dans l'enseignement de la médecine en France? » demande ce journal. « Ce qu'on doit réformer est évident : c'est l'esprit de l'enseignement; ce sont les doctrines absolument fausses et absurdes dont cet enseignement n'est que le développement et l'application (1). »

Je ne crains pas de le dire, l'écrivain qui taxe avec tant d'outrecuidance toutes les doctrines médicales de fausseté et d'absurdité, sans se donner la peine d'appuyer de la moindre preuve cette inculpation, use et abuse de la liberté de discussion, de cette liberté qu'il voudrait ravir aux autres, moyen très-commode d'avoir raison. Nous n'imiterons pas son exemple, nous allons faire connaître la doctrine qu'il voudrait imposer au monde médical, de par la loi et les prophètes :

« La tradition hippocratique est sans contredit ce qu'il y a de plus élevé, aussi bien dans la théorie que dans la pratique de la médecine. » — « Pour réformer l'enseignement et la pratique de la médecine, il n'y a qu'un moyen, bien simple à exprimer, mais bien difficile à réaliser : c'est de ***baptiser Hippocrate,*** ou, si l'on aime mieux, de rendre la médecine chrétienne. »

Baptiser Hippocrate! Oh! vous avez bien raison de dire que c'est chose plus facile à énoncer qu'à réaliser. En effet, pour baptiser ce patriarche de la médecine, ou, si vous aimez mieux, pour rendre sa doctrine chrétienne, il faudrait, condition première et indispensable, posséder cette doctrine. Or, qui peut nous dire aujourd'hui où elle se trouve; quel monument ancien ou moderne nous l'offre dans sa pureté? Galien se vantait de l'avoir reproduite fidèlement et même perfectionnée; mais on a prouvé surabondamment qu'il l'avait altérée. Foës, qui avait consumé quarante ans de sa vie à l'étude des livres hippocratiques, s'est cru aussi en possession de la véritable doctrine d'Hippocrate; mais il est bien loin d'avoir rallié à son sentiment la majorité des médecins et des érudits; car tous les écrivains qui ont traité le même sujet après lui, ont apporté quelque variante et quelque

(1) Numéro du 24 février 1854.

contradiction à ses opinions. Enfin, M. Littré, qui travaille depuis plus de vingt ans à rétablir la collection hippocratique dans son vrai jour, M. Littré a déjà rencontré des opposants.

Qui donc pourra se flatter, dorénavant, de posséder la véritable doctrine de l'école de Cos? L'école de Montpellier, ayant à sa tête l'honorable M. Lordat, se prétend héritière en ligne directe de cette doctrine. M. Cayol, le savant directeur de la *Revue médicale de Paris*, lui dispute ce titre, en professant des idées différentes. Enfin, l'auteur du projet de réforme publié dans l'*Univers*, affiche une prétention toute pareille, à l'encontre de M. Lordat, de M. Cayol et de tous les autres.

Examinons un peu les titres du dernier venu à la succession hippocratique. « S'il y a de vraies méthodes, dit-il, il y en a de fausses. La vraie méthode, celle d'Hippocrate, la méthode traditionnelle, s'appelle la médecine dogmatique. Les fausses méthodes sont la médecine systématique ou hypothétique, et la médecine empirique. »

Ainsi, pour l'Hippocrate du journal l'*Univers*, la caractéristique de la vraie méthode, c'est d'être traditionnelle, c'est-à-dire d'avoir été transmise par tradition. Voilà une caractéristique bien variable et bien fautive, il faut en convenir : car la tradition n'est qu'un écho lointain et souvent infidèle, qui transmet indifféremment la vérité et le mensonge, qui mêle, qui confond tout, la fiction avec la réalité. Est-ce que la médecine empirique ne s'est point propagée par la tradition, de même que la dogmatique, et que toutes les médecines possibles?

Ensuite ne voyez-vous pas que vous confondez les notions les plus élémentaires de la philosophie et de l'histoire, en opposant la médecine dogmatique à la systématique? Ignorez-vous que le dogmatisme de l'école hippocratique est un système, tout aussi bien que l'empirisme et le méthodisme? Le premier venu des étudiants de nos facultés vous dira que ce sont là trois grands systèmes de médecine que la tradition nous a conservés avec plus ou moins de fidélité. Il vous dira également que toute science humaine n'est autre chose qu'une collection systématique de faits et d'idées; et que s'il y a des systèmes faux, il y en a aussi de vrais.

Entre nous, il est évident que les écrits d'Hippocrate n'entrent pour rien dans les opinions médicales du journal l'*Univers*. Le nom du divin vieillard n'est invoqué là que comme une enseigne pour faire accroire à ses lecteurs qu'il y a quelque idée réellement médicale dans son projet de réglementation de l'enseignement de la médecine. Mais, au fait, les livres hippocratiques sont parfaitement étrangers à la théorie physiologico-médicale ébauchée dans ce journal. A peine l'auteur de cette ébauche a-t-il formulé les singulières propositions qu'on vient de lire, qu'il laisse là Hippocrate et sa doctrine, pour suivre une autre autorité; et devinez laquelle : je vous le donne en cent, je vous le donne en mille, élèves studieux, et vous, médecins érudits, qui vous nourrissez des écrits estimés qui traitent de votre art. Non, vous ne vous douteriez jamais à quelle source l'auteur de la théorie physiologico-médicale du journal l'*Univers* est allé s'inspirer. c'est dans les livres de saint Thomas d'Aquin, surnommé le Docteur angélique par ses contemporains, non pour ses travaux en médecine, comme vous savez bien, mais pour ses dissertations sur des sujets de théologie et de morale.

Je ne pousserai pas plus loin l'examen d'une théorie physiologico-médicale qui est censée découler directement de la révélation divine. Son auteur, en l'insérant dans un journal politique, a bien prouvé par là qu'il ne voulait pas la livrer à l'appréciation de lecteurs compétents. Ce n'est point là le mode de publication qu'ont adopté jusqu'à présent les auteurs sérieux de doctrines médicales. Ils ont toujours adressé leurs productions aux journaux de la spécialité, afin qu'elles fussent jugées par les hommes de la science. Un système de médecine qu'on insère dans un journal politique ne peut être regardé comme une œuvre sérieuse; mais c'est trop souvent une réclame.

V. RENOUARD, *D. M.*

Cas remarquable de monstruosité (monstres homœadelphes ectopages).

Nous recevons de notre excellent et très-distingué confrère et ami, M. l'abbé Moigno, la lettre et l'article suivants, relatifs à un des faits les plus curieux de monstruosité.

Mon cher confrère et ami,

Dans une de mes excursions à Fontenay, j'ai fait connaissance d'un médecin très-distingué, M. Ricoigne, au moment où un accouchement récent venait de le mettre en possession d'un fait vraiment extraordinaire, d'une pièce anatomique extrêmement rare. Il s'agissait de deux jeunes filles jumelles réunies par le sternum, n'ayant qu'un cœur, venues à terme, qui seraient nées viables, et qui auraient sans doute vécu sans le travail excessivement long et pénible de la parturition.

M. Ricoigne, peu de jours après, m'a adressé à Paris le monstre qu'on n'avait pas assez défendu, à Montbard, de la putréfaction (1). Je l'ai déposé entre les mains de M. Boulard, prosecteur, et donné au musée Dupuytren. Il a été l'objet d'une étude très-approfondie, et cette étude a révélé des particularités dignes d'attention. J'avais promis à M. Ricoigne de consigner son observation dans le *Cosmos;* mais la nature de son récit, sa longueur, et la longueur de la note de M. Boulard, hors de toute proportion avec les colonnes d'un journal encyclopédique, réclame un recueil spécial. — Vous m'obligerez beaucoup, en ouvrant les colonnes du *Moniteur des Hôpitaux* à ces documents scientifiques qui intéresseront très-certainement vos lecteurs.

Je suis, dans les sentiments de la considération la plus distinguée, votre très-humble serviteur et ami,

L'abbé F. MOIGNO.

Observation de M. le Dr RICOIGNE. — *Dissection de* M. BOULARD, *prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.*

Anne Lambert, femme Odinot, de Chaumes, accouchée une première fois naturellement, après quatre heures de douleurs, le 9 mai 1852, est arrivée au terme de sa deuxième grossesse ; elle est prise de douleurs, le 18 février 1854, à deux heures du matin. Ces douleurs vont en augmentant jusqu'à deux heures du soir; et à ce moment, à la suite d'une forte contraction, les membranes se rompent et les eaux s'écoulent en grande abondance. Le calme qui succède à cette évacuation est de courte durée, et les douleurs prennent bientôt une nouvelle intensité. C'est alors qu'une des assistantes, voulant essayer de remplir auprès d'elle les fonctions de sage-femme, introduit le doigt dans le vagin et annonce que l'accouchement sera terminé avant un quart d'heure. Vain espoir! et malgré la continuation des douleurs, la tête de l'enfant, qui était arrivée au détroit inférieur, reste là et n'avance plus. A cinq heures, les douleurs cessent tout à coup : on ne s'en inquiète guère; on espère que l'accouchement se terminera aussitôt qu'elles auront reparu. Après six heures d'attente, voyant toujours le même calme et l'affaiblissement progressif de la malade, on se décide enfin, à onze heures, à m'envoyer chercher. Quoique la distance qui me sépare de cette femme ne soit que de 6 kilomètres, je ne puis, à cause des difficultés du chemin, arriver près d'elle qu'à deux heures du matin, vingt-quatre heures après l'apparition des douleurs.

Après avoir pris, le plus lestement possible, une dose de chaleur suffisante, j'aborde cette femme que je connais, du reste, depuis longtemps, et que je sais être d'une constitution et d'une santé excellentes. Je lui palpe tout d'abord le ventre, afin de m'assurer s'il n'existe pas de déchirure à la matrice, comme j'avais lieu de le craindre, d'après le rapport des deux individus qui sont venus me chercher. Je lui touche le pouls; je le trouve petit, concentré, mais résistant encore à la pression du doigt; la face est pâle, les traits tirés, l'abattement très-grand. Malgré cet appareil de symptômes, je rejette bien vite l'idée que j'avais eue d'une rupture de la ma-

(1) Il est fâcheux que la mesure qu'a proposée M. le docteur Luppi, de Lyon, d'avoir dans toutes les mairies une substance conservatrice, comme la mixture de M. Falconi, ne soit pas adoptée. Cette mesure remplirait non-seulement un but hygiénique et humanitaire, celui d'empêcher les inhumations précipitées, mais encore plusieurs autres, en particulier celui d'empêcher la putréfaction des objets que la science à intérêt à conserver intacts.

trice. Je pratique alors le toucher : je trouve la tête de l'enfant en deuxième position au détroit inférieur, là où la matrone l'avait laissée environ douze heures avant ; la matrice est dans un état d'inertie à peu près complet. Je regrette bien de ne pas m'être muni de seigle ergoté : c'est le cas, ou jamais, de l'administrer (j'aurais peut-être eu lieu de m'en repentir plus tard). Après avoir fait prendre à cette femme quelques cuillerées de bon vin, et voyant que les douleurs ne revenaient que faiblement, je crois devoir ne pas différer davantage l'application du forceps : l'instrument est placé sans la moindre difficulté, mais les premières tractions que j'exerce demeurent complétement infructueuses ; ce n'est qu'après de longs et pénibles efforts que la tête franchit enfin la vulve sans léser le périnée. De ce moment, je pensais être au bout de mes peines : ce n'était encore que le commencement. Je croyais toujours que j'avais à terminer un accouchement naturel. Je cherche, au moyen de frictions sur le ventre, et en appuyant fortement sur le coccyx, à rappeler les contractions utérines : je ne puis y parvenir. J'introduis alors deux doigts de la main droite, et je vais à la recherche de l'épaule gauche ; je parviens, non sans peine, à introduire l'indicateur sous l'aisselle. Je fais quelques tractions qui restent sans résultat ; je me dispose alors à saisir l'épaule droite : c'est là, surtout, où commencent les difficultés et où je m'aperçois que je vais avoir beaucoup de peine à terminer l'accouchement. Jugeant même le cas fort grave, j'aurais bien voulu pouvoir réclamer l'assistance d'un confrère, mais les chemins sont encombrés de neige et impraticables à pareille heure ; d'ailleurs, un des plus rapprochés, mon ami Calmeau, est à plus de 12 kilomètres ; je me vois donc réduit à mes propres forces et condamné à agir seul. Ce qu'il me fallut de temps et d'efforts, pour passer un doigt sous l'aisselle droite, nul ne le sait ; j'y parvins cependant, et fis de nouvelles tractions, toujours en ménageant l'enfant. Jusqu'alors, j'avais tenu à ne pas le mutiler ; mais enfin, voyant la femme s'épuiser, l'intérêt de la mère l'emporte : c'est ce qui m'est arrivé plusieurs fois déjà dans des accouchements laborieux. Je soumets à mes collègues mon opinion, qui, peut-être, sera blâmée par certains d'entre eux, mais approuvée, j'en suis sûr, par le plus grand nombre. Voyant que mes tentatives restaient sans résultat, et persuadé qu'il existait sur la poitrine de l'enfant une tumeur qui s'opposait à sa sortie, je disposai, après avoir dégagé les deux bras, tout ce qui m'était nécessaire pour me débarrasser des parties de l'enfant qui étaient hors la vulve, convaincu que je pourrais en faire la version plus facilement, et que j'amènerais, avec le reste du corps, la tumeur, qui me paraissait être volumineuse.

Avant d'en venir à ce moyen, je voulus essayer encore de nouvelles tractions plus fortes que toutes celles que j'avais faites jusqu'alors. Je m'adjoignis une des assistantes, femme à larges épaules. Nous tirâmes de toutes nos forces, mais j'entendis bientôt un craquement. Craignant toujours pour la mère, je voulus m'assurer de la cause qui l'avait produit : j'introduisis de nouveau deux doigts de la main droite sous la symphyse du pubis, et je reconnus que ce que j'avais pris jusqu'alors pour une tumeur n'était autre qu'un second enfant. Du moment où je fus convaincu qu'il était intimement réuni au premier, j'abandonnai l'idée que j'avais eue de le mutiler, et je voulus essayer de les avoir entiers tous deux. Ce ne fut qu'après bien des tentatives accompagnées de fréquentes fomentations avec le mucilage, que je réussis à pénétrer dans le bassin et à introduire, non sans peine, le doigt indicateur dans l'anus de l'enfant, dont la tête était déjà sortie, et à l'amener tout entier au dehors. Je me hâtai de porter de nouveau la main droite dans la matrice, afin de débarrasser au plus vite la femme, dont les forces étaient épuisées ; je parvins, sans difficulté, aux genoux du second enfant ; mais j'avais les doigts si peu libres que je ne pus les saisir. J'eus alors l'idée de me faire serrer fortement l'avant-bras par la femme qui m'avait aidé tout à l'heure, de manière à forcer mes muscles fléchisseurs à se contracter : je fus assez heureux pour les saisir alors et les amener au dehors. Je suspendis, pendant cinq ou six minutes, toutes manœuvres, afin de prendre un peu de repos et dans la crainte d'exposer la femme à une hémorrhagie dans le cas où je débarrasserais trop vite le matrice ; au bout de ce temps, je fis de légères tractions, et le tronc et la tête du second enfant suivirent, presque sans efforts, les parties déjà dégagées.

Après avoir fait la section du seul cordon ombilical qui unissait ces deux enfants à leur mère, et les avoir placés dans un linge, je les confiai à une des assistantes.

J'attendis un quart d'heure, avant de procéder à la délivrance (j'aurais attendu plus de temps, si une petite hémorrhagie ne fût survenue).

Tout ce travail a duré une heure et demie.

Le placenta offrait un volume à peu près double d'un placenta ordinaire ; seulement, il n'en avait pas la forme : il était très-allongé et très-étroit.

Un Rapport sur l'organisation des enfants devant être fait à l'Académie de médecine, je me contenterai de vous dire qu'ils étaient unis depuis le haut du thorax jusqu'au bas de l'ombilic ; qu'ils étaient tous deux du sexe féminin ; qu'ils avaient 50 centimètres de long, et qu'ils pesaient 6 kilogrammes 35 grammes, quarante heures après l'accouchement.

La femme s'est rétablie aussi promptement qu'à la suite d'un accouchement naturel.

Ces deux fœtus nous offrent un exemple fort intéressant de diplogénèse, appartenant à la variété des monstres *homœadelphes, ectopages*. Développés, en apparence du moins, d'une façon complète dans toutes leurs parties, ils appartiennent tous deux au sexe féminin, et sont unis depuis l'ombilic jusqu'au sommet du thorax. L'union n'a pas lieu précisément sur la ligne médiane, mais un peu latéralement, de sorte que ces deux petits êtres semblent placés côte à côte, la région thoracique droite de l'un fondue avec la région thoracique gauche de l'autre.

Chacun des enfants, pourvu de ses quatre membres, semble parfaitement conformé en haut jusqu'à la fourchette sternale, et en bas, à partir de l'ombilic ; points extrêmes entre lesquels la fusion s'est opérée, et entre lesquels existent toutes les anomalies. Pour se rendre compte de ces anomalies, une incision avait été pratiquée par le praticien qui fit l'accouchement, précisément au point de jonction. Cette curiosité, bien légitime d'ailleurs, n'en a pas moins eu pour conséquence fâcheuse de gêner d'une manière très-sensible l'examen ultérieur, et même de le rendre en partie impossible. L'incision pratiquée, la putréfaction, les tentatives de conservation avaient altéré certains organes, compromis l'intégrité du foie et surtout des vaisseaux du cordon ombilical, que l'instrument tranchant avait divisés dans une grande partie de leur étendue.

Ce fait est d'autant plus regrettable que le cordon ombilical présentait une particularité très-digne d'intérêt. Ce cordon, commun aux deux fœtus, pénétrait dans la cavité abdominale par un ombilic unique, mais fort large, au-dessous duquel se faisait la séparation des deux êtres, qui, de cette façon, n'avaient, dans la portion sus-ombilicale, qu'une seule cavité abdominale, tandis qu'ils en avaient deux dans la partie sous-ombilicale.

Les éléments vasculaires du cordon étaient au nombre de cinq, et on reconnaissait aisément que de ces cinq vaisseaux, trois étaient artériels et deux veineux. Comment ces vaisseaux se comportaient-ils après avoir franchi l'ombilic ; comment les veines se dirigeaient-elles à travers la masse hépatique ; lequel des deux fœtus n'avait qu'une artère ? Autant de questions dont la solution a été rendue impossible par l'examen un peu prématuré auquel on avait cru pouvoir se livrer antérieurement. Au-dessous de l'ombilic, les deux fœtus, parfaitement distincts l'un de l'autre et constitués d'une façon tout à fait normale, présentaient chacun l'ensemble des organes génitaux externes du sexe féminin, avec leur développement normal et un anus bien conformé.

Si de l'examen extérieur des deux individus, on passait à l'étude de la configuration intérieure, on constatait l'existence de deux bassins bien développés dans chacun desquels on retrouvait les organes génitaux (utérus, ovaires) et le rectum. Dans la portion sus-ombilicale, et dans l'abdomen unique, au-dessous d'un diaphragme unique, se voyait un foie cordiforme qui remplissait la plus grande partie de cette cavité et qui, par son volume, confirmait l'idée d'une fusion. En arrière de ce foie, et un peu en bas, étaient attachés un mésentère distinct, un tube intestinal flexueux, simple dans sa partie moyenne, et bifurqué dans ses portions supérieure et inférieure. Chaque branche de la bifurcation inférieure plongeait dans l'excavation pelvienne et se dirigeait vers les anus. Mais la portion supérieure du tronc méritait bien plus justement une description détaillée. Malgré l'incision qui avait été faite, il était aisé de reconnaître qu'il n'existait qu'un seul sternum, qui, par chacun de ses bords, s'articulait avec la clavicule et les côtes gauches de l'un des fœtus, et avec les mêmes parties du côté droit de l'autre individu. Derrière ce sternum, et sur la ligne médiane, un péricarde unique, de chaque côté duquel on retrouvait libres et flottantes, les clavicules et les côtes droites et gauches, c'est-à-dire, en d'autres termes, pour chacun des fœtus, ceux des éléments de la cage

thoracique qui ne s'articulaient pas avec le sternum. Pour comprendre cette disposition, il faut se rappeler comment avait lieu l'accollement, la fusion des deux fœtus : du côté où ils s'écartaient le plus l'un de l'autre, c'est-à-dire en avant, toutes les côtes droites de fœtus droit venaient s'articuler avec le bord droit du sternum unique, et toutes les côtes gauches du fœtus gauche avec le bord gauche de ce même os. Mais en arrière, les côtes gauches du premier et les côtes droites du second ne se trouvaient point réunies par un sternum intermédiaire, mais se terminaient librement à la manière des côtes flottantes, derrière le péricarde. Bien plus porté à croire, de prime-abord, à une simple fusion, on se serait attendu à trouver, en arrière comme en avant, un sternum complet; il n'en était rien, aussi est-il nécessaire de faire encore mieux ressortir cette particularité singulière.

Le péricarde formait une très-large poche dans laquelle il n'existait qu'un seul cœur assez peu développé, surtout si l'on songe qu'il devait servir aux deux fœtus, et si, fidèle à la pensée d'une fusion, on espérait retrouver dans cet organe le cœur de chacun d'eux. A droite et à gauche du péricarde, on trouvait deux cavités pleurales et deux poumons pour chaque fœtus.

La conformation du cœur doit surtout fixer l'attention. Placé sur la ligne médiane, et dans une direction verticale, cet organe ne présentait, à l'intérieur, que quatre cavités comparables à celles que l'on trouverait à l'état normal chez un seul individu.

Ces cavités étaient : une oreillette et un ventricule droits, une oreillette et un ventricule gauches. Chaque oreillette recevait le sang des poumons et des veines caves de l'un des fœtus, sans qu'il ait été possible de définir au juste le mode de connexion vasculaire.

Le ventricule droit, à parois beaucoup plus minces que celles du ventricule gauche, offrait une cavité qui, comme à l'état normal, était subdivisée en deux chambres; l'une auriculaire, l'autre pulmonaire. Du sommet de cette dernière, naissait l'artère pulmonaire. L'orifice de celle-ci, muni de trois valvules sigmoïdes, était assez large. L'artère se portait immédiatement de gauche à droite, et se divisait en trois branches ; elle n'avait aucune connexion avec le fœtus placé à gauche, et était uniquement destinée au fœtus placé à droite. Les trois branches qu'elle fournissait étaient une aorte et deux artères pulmonaires proprement dites.

Le ventricule gauche, dont les parois étaient beaucoup plus épaisses, et la configuration à peu près normale en apparence, donnait naissance à deux troncs vasculaires placés l'un au-dessus de l'autre. Le premier naissait immédiatement à gauche de l'orifice auriculo-ventriculaire : c'était une aorte; le second, subjacent au précédent, était une artère pulmonaire : ces deux vaisseaux se portaient immédiatement à gauche, et étaient uniquement destinés au fœtus situé de ce côté.

Les orifices de ces deux vaisseaux, séparés par une languette charnue, se trouvaient munis chacun de trois valvules sigmoïdes. Enfin, l'artère pulmonaire communiquait avec l'aorte par un canal artériel, en sorte que ces deux petits êtres réalisaient physiquement une ingénieuse fiction : ils n'avaient qu'un cœur pour deux, ou plutôt, chacun n'en avait que la moitié, et cette moitié rappelait la disposition que l'on retrouve dans une des classes de l'embranchement des vertébrés.

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 27 Juin 1854.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LE REDRESSEMENT INTRA-UTÉRIN.

M. Cazeaux. — Si notre honorable rapporteur avait seulement démontré que les cas de mort communiqués à l'Académie, par MM. Cruveilhier et Broca, devraient être attribués aux complications qu'avait déterminées l'introduction de la sonde et du pessaire intra-utérin ; si même, après ces communications, il avait cherché à démontrer que ces faits n'étaient pas aussi isolés qu'ils paraissaient l'être, et qu'une foule d'autres observations, jusqu'à présent inédites, témoignaient du danger de la nouvelle méthode, il est infiniment probable que personne, dans cette enceinte, n'eût demandé la parole pour contredire ses assertions. Après avoir, en effet, entendu le très-remarquable rapport de notre collègue, il me paraît impossible de ne pas rester convaincu que, même dans les cas en apparence les plus favorables, le redressement des déviations et des inflexions utérines, par le pessaire intra-utérin, devient souvent la cause d'accidents très-graves, et que, dans plusieurs de ces cas, les accidents ont rapidement entraîné la mort de la malade. Les faits recueillis par M. Depaul ne laissent plus aucun doute à ce sujet, et je me plais à reconnaître qu'il a rendu un véritable service à la science, en démontrant, par des faits nombreux, tout le danger d'une méthode dont jusqu'à présent on ne connaissait guère que les avantages et les prétendus succès.

Mais puisque M. Depaul, élargissant volontairement le terrain de la discussion, introduisait dans son travail des observations autres que celles communiquées à l'Académie; puisqu'il faisait, en un mot, une véritable enquête sur les résultats fournis par le nouveau redresseur, pouvait-il, niant ainsi tacitement les faits publiés par des confrères honorables, ne citer que des revers et ne rien dire des résultats favorables ? Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quelques-uns de ces résultats favorables sont tout aussi incontestables que les cas malheureux cités par notre collègue. Eh bien, c'est à l'interprétation de ces faits que notre honorable collègue aurait pu consacrer une partie de son travail.

Ce que vient de dire M. P. Dubois, à ce sujet, me dispense d'entrer dans de longs développements; j'ajouterai seulement que, dans les cas de rétroversion légère, le redresseur n'a eu d'influence heureuse qu'en corrigeant l'abaissement de la matrice. Il suffit, en effet, de réfléchir à la direction de l'axe pelvien pour comprendre que presque tous les abaissements se compliquent d'une rétroversion plus ou moins prononcée, et j'ai la conviction que bon nombre des observations de M. Valleix, qui portent le titre de rétroversion, seraient plus légitimement désignées sous celui d'abaissement. Cette erreur de diagnostic fait comprendre pourquoi les femmes ont été momentanément soulagées ou guéries par l'application de l'instrument, et pourquoi les symptômes primitifs se sont renouvelés peu de temps après le retrait du pessaire. On comprend enfin comment, dans quelques cas rares où le pessaire a été conservé longtemps, les malades ont pu être complétement guéries, les ligaments suspenseurs ayant repris, pendant ce temps, leur énergie première.

Après ce qu'ont dit plusieurs de nos honorables collègues, je n'insisterai pas davantage sur ce point, et je me hâte d'arriver à la partie théorique du rapport. Je demande à M. le rapporteur la permission de signaler les dissidences qui nous séparent.

Comme je le disais tout à l'heure, M. Depaul ne s'est pas contenté de prouver le danger du redresseur, il a été beaucoup plus loin. Non-seulement, en effet, il a cherché à démontrer, par les observations de MM. Simpson et Valleix, que leur méthode était mauvaise et dangereuse, mais encore qu'ils s'étaient trompés sur la cause et la nature des douleurs auxquelles ils ont voulu remédier.

Rentrant ainsi dans la discussion de 1849, et s'appuyant sur les idées professées à cette époque par M. P. Dubois, notre honorable collègue déclare que, pour lui, les déplacements et les inflexions n'ont qu'une influence très-secondaire sur la production des accidents qu'on leur attribue, et que c'est uniquement aux affections concomitantes qu'il faut faire remonter la cause des troubles locaux ou généraux éprouvés par les malades.

Déjà MM. Malgaigne, Hervez de Chegoin et Huguier, ont protesté contre cette assertion, et pourtant, malgré les faits cités par eux, malgré les raisonnements à l'aide desquels ils ont combattu ceux de M. le rapporteur, la question ne me paraît pas définitivement résolue, et je demande à l'Académie la permission d'y revenir.

La différence d'opinion sur un point de pratique aussi simple en apparence, me paraît surtout tenir à ce qu'on a pris l'habitude de grouper sous un même chapitre, les déviations ou déplacements de la matrice, et les inflexions ou incurvations du même organe. Je sais fort bien qu'anatomiquement on ne confond pas les deux altérations, mais je ne sais pourquoi, et M. le rapporteur lui-même n'a pas évité cet écueil, quand on fait leur étiologie, quand on étudie leurs symptômes et leur traitement, on les réunit sans cesse : pourtant, ce qui est vrai pour les déviations ne l'est pas pour les inflexions, et *vice versâ;* et, pour prendre un exemple dans le rapport lui-même, je serais assez disposé à accepter l'opinion de MM. P. Dubois et Depaul sur l'innocuité des inflexions *simples* et légères, et je la repousse complétement quand cette opinion s'applique aux antéversions et aux rétroversions, etc. Je vais chercher à justifier ma manière de voir, en m'occupant d'abord de ces derniers déplacements.

Les déviations de la matrice connues sous les noms d'anté, rétro, latéroversion et d'abaissement, sont-ils par eux-mêmes, et en dehors de toute autre altération, une cause de souffrance, une maladie en un mot qui réclame impérieusement les secours de l'art?

Je ne reviendrai pas, messieurs, sur tout ce qu'ont dit les précédents

orateurs, mais je tiens à démontrer le peu de valeur des arguments à l'aide desquels notre collègue cherche à faire prévaloir son opinion.

Pour avoir quelque chose de positif sur l'influence des déviations utérines il faut, dit le Rapport, rechercher : 1° si parmi les femmes qui se portent bien, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée ; 2° si chez celles qui ont simultanément une autre affection, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir celle-ci pour voir disparaître tous les accidents, même ceux qu'on attribuait à la déviation ; 3° si des affections utérines, sans aucun déplacement, ne produisent pas souvent tout le cortége des symptômes précédemment indiqués comme appartenant aux déviations.

Oui, parmi les femmes dont l'utérus est dévié, il y en a un certain nombre qui se portent parfaitement bien. Mais qu'est-ce que cela prouve? Est-ce qu'il n'en est pas de même de la plupart des affections utérines? Est-ce que les ulcérations, certains engorgements du col ne sont pas dans ce cas? En conclurez-vous qu'ils sont toujours sans influence sur la santé des femmes? Le cancer lui-même, qui se termine constamment par la mort, n'existe-t-il pas souvent depuis longtemps sans qu'aucun symptôme ait révélé son existence à la malade? Je pourrai citer plusieurs femmes qui sont venues me consulter pour ce qu'elles appelaient de simples écoulements, et seulement, comme le disait une d'entre elles, pour céder aux exigences de leur famille, et chez lesquelles pourtant le toucher me faisait découvrir un vaste encéphaloïde qui, après avoir envahi tout le col, s'étendait encore à toute la cloison vésico-vaginale. C'est qu'en vérité, l'utérus offre sous ce rapport de nombreuses bizarreries, et que la même altération de tissu, la même anomalie de ponction et de direction déterminera chez une femme les troubles locaux ou généraux les plus variés et les plus violents, tandis qu'elle passera inaperçue chez une autre.

Mais, ajoute M. Depaul, chez les femmes qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il suffit de guérir la première pour voir disparaître le second, ou du moins les accidents qu'on est tenté de lui imputer ; et, sur ce point, il fait appel à l'expérience *de tous*.

Jusqu'à présent, disons-le, personne n'a répondu à l'appel de notre collègue. Tous les orateurs qui ont pris la parole depuis le commencement de cette discussion ont maintenu, comme l'expression la plus générale des faits observés par eux, qu'après avoir, par les moyens appropriés, fait disparaître les engorgements avec ou sans ulcérations, les catarrhes du col ou du corps ; après avoir surtout combattu l'état névralgique, ils ont été obligés de recourir aux moyens mécaniques, pour débarrasser les malades des souffrances causées par les déplacements.

Il serait facile, d'ailleurs, de retourner l'argument contre notre collègue ; car s'il a été assez heureux pour voir des déviations disparaître après la guérison de granulations ou de simples névralgies, ce qui, pour le dire en passant, me semble fort étonnant, M. Hervez, et beaucoup d'autres parmi lesquels je pourrai en citer, ont vu, après la réduction d'un utérus dévié, disparaître les engorgements et les altérations que le col de l'utérus offrait auparavant. Et si alors, apportant dans l'interprétation des symptômes, cet esprit philosophique qui, suivant son expression, fait la gloire de notre époque, on venait lui dire : « J'ai réduit l'utérus dans sa position normale ; après cette réduction, tous les symptômes que vous imputez aux altérations, engorgements, etc., ont disparu, » pourrait-il encore conclure que la déviation n'est rien ou peu de chose, et que les autres altérations étaient la cause unique de douleurs qui, pourtant, ont disparu, malgré la persistance de ces mêmes altérations ?

Enfin, ajoute M. le rapporteur, les symptômes assignés aux déplacements se rencontrent dans une foule d'autres maladies non accompagnées de déviations. Je me plais à reconnaître la vérité de cette assertion. Dans la majorité des cas, et quelle que soit la nature de la lésion utérine, les symptômes accusés par la malade sont à peu près les mêmes, et il est bien souvent impossible de porter un diagnostic précis sur les renseignements fournis par elles : le toucher, et quelquefois même l'examen au spéculum, sont pour cela indispensables. Mais quelle conclusion favorable à sa thèse M. le rapporteur croit-il pouvoir déduire de cette similitude de symptômes? Et puisque, dans les altérations complexes de l'utérus, il blâme M. Valleix de faire remonter aux déviations la cause des phénomènes morbides, je ne vois pas, en vérité, ce qui l'autorise à en trouver le point de départ dans une autre lésion. Si, en effet, M. Valleix a tort de ne tenir compte que des déplacements, M. Depaul est-il plus dans le vrai, quand il les considère comme complétement insignifiants ?

Je ne le pense pas, et M. le rapporteur, qui a pu reprocher avec justice à M. Valleix d'être trop exclusif, s'est imprudemment exposé à ce qu'on lui adressât le même reproche.

M. P. Dubois, sur lequel s'appuie avec raison M. Depaul, n'a pas été tout à fait aussi explicite que M. le rapporteur, et, par une de ces sages réserves qui lui sont si familières, il repousse d'avance toute argumentation trop pressante. Quant à l'abaissement et aux déviations, disait-il en 1849, je crois pouvoir leur prêter la même innocuité qu'aux inflexions *toutes les fois qu'elles ne sont pas exagérées,* et c'est le cas le plus commun.

Après cet aveu, je ne comprends pas, en vérité, l'opposition qu'a soulevée l'opinion de mon savant maître, car tout le monde était d'accord. Personne, que je sache, si on en excepte quelques partisans exagérés du redresseur intra-utérin, n'a prétendu que toute altération, si petite qu'elle soit, dans la direction de l'utérus, devenait pour la femme la cause de vives souffrances. C'est certainement pour les déviations exagérées, et seulement pour celles qui portent une atteinte sérieuse à la santé de la femme, que M. Hervez et quelques autres ont proposé leurs nombreux pessaires.

Et puisque j'ai parlé du pessaire de M. Hervez, que l'Académie me permette une courte observation sur l'opinion exprimée par M. Dubois dans la dernière séance, opinion que, du reste, il avait déjà formulée en 1849. Je crois, a dit notre très-honorable collègue, que M. Hervez se fait illusion lorsqu'il affirme avoir remédié aux déviations de l'utérus avec les pessaires dont il se sert. Ces pessaires, ne pouvant agir que sur la portion inférieure de la matrice, il me paraît impossible qu'ils puissent redresser complétement un utérus en rétroversion.

Cette illusion, je le déclare, je la partage complétement, et je suis convaincu, comme M. Hervez, que, dans la rétroversion en particulier, son pessaire a guéri des femmes que rien n'avait pu soulager. Cette conviction, je l'ai puisée dans les faits de ma propre pratique et aux cas nombreux publiés par notre collègue, je prie l'Académie de me permettre d'ajouter le suivant, dont les détails m'ont été communiqués par M. le docteur Fournier, qui m'avait fait l'honneur de m'appeler en consultation.

Madame L. accouchait à 31 ans de son cinquième enfant. L'accouchement fut, à ce qu'il paraît, très-pénible, et depuis cette époque la santé générale fut sensiblement altérée. Depuis cette époque aussi, elle a subi sans succès de nombreux traitements, dirigés successivement contre une maladie supposée de vessie, du rectum, puis enfin contre une affection gastro-hépatique.

Lorsque M. Fournier fut appelé, en 1842, les souffrances étaient toujours les mêmes : impossibilité de marcher, gêne et douleur dans la miction, garde-robes difficiles et souvent douloureuses ; douleurs violentes dans les lombes, les aines et la partie supérieure des cuisses. Lorsque je fus appelé, je constatai comme lui une rétroversion très-prononcée de la matrice, avec un engorgement de la paroi postérieure. Je proposai le pessaire de M. Hervez, qui fut accepté.

Un premier pessaire avec tige est appliqué le 14 janvier 1843 : dix jours après il est remplacé par un pessaire sans tige, et la malade a pu presque immédiatement marcher et se livrer à ses occupations. Depuis cette époque les douleurs lombaires et inguinales, et la gêne de la miction et de la défécation ont disparu. De temps en temps la malade supprime le pessaire pendant trois semaines ou un mois, mais elle éprouve bientôt le besoin de le faire réappliquer, car sans lui, dit-elle, la vie lui est insupportable; elle déclare qu'à l'aide de ce pessaire elle ne s'est jamais mieux portée; elle n'éprouve aucune douleur, peut marcher, danser même impunément. Suivant M. Fournier la matrice est encore engorgée, mais beaucoup moins qu'autrefois.

Ab actu ad posse valet consecutio, dit-on en philosophie, et je ne crois vraiment pas qu'il soit facile de contester la possibilité de pareilles guérisons. Mais en dehors des faits, je n'ai pas très-bien compris, je l'avoue, les raisons sur lesquelles M. P. Dubois appuie sa négation. Dans la situation normale de l'utérus, il est impossible d'atteindre soit avec les doigts, soit avec un pessaire quelconque, le fond de la matrice, et par conséquent il est impossible d'agir sur lui pour changer sa situation ; mais cette impossibilité n'existe plus dans la rétroversion et surtout dans la rétroversion exagérée ; alors, en effet, le col est fortement porté en avant et en haut jusqu'au niveau du bord supérieur de la symphyse du pubis, et le fond de l'organe, fortement renversé en arrière, vient déprimer le cul-de-sac postérieur et repose parfois sur la partie la plus reculée du plancher périnéal. Il suffit alors d'introduire les doigts pour sentir le fond de la matrice rétroversée, et on peut même quelquefois en opérer ainsi le redressement partiel ou complet. Je ne vois pas pourquoi un corps étranger, convenablement dirigé et dont la forme s'adapte tout à la fois et à la concavité sacrée et à la convexité de la face postérieure de l'utérus, n'obtiendrait pas le même résultat.

Mais, dit M. Dubois, la longueur et l'extensibilité des parois vaginales ont des limites qui s'opposeront à ce que vous redressiez complétement l'organe. Si par ces mots : *redresser complétement,* notre savant collègue veut dire que le pessaire lui-même ne pourra pas pousser le fond de la matrice à la hauteur convenable pour la placer dans la direction normale, il a parfaitement raison ; mais je lui demande la permission de lui faire remarquer que cela n'est pas absolument nécessaire. Lorsque, en effet, le pessaire ou les doigts, car le fait est le même dans les deux cas, ont relevé l'utérus à une certaine hauteur, le redressement se complète spontanément et les mêmes organes, qui auparavant tendaient sans cesse à en aggraver la déviation, coopèrent maintenant à la réduction.

Cet incident vidé, je reviens au Rapport : je crois avoir prouvé que les

raisons sur lesquelles se fonde M. Depaul pour croire à l'innocuité presque constante des déviations, ne sont nullement probantes : d'autres avant moi ont cité des faits nombreux contraires à son opinion ; je pense donc que cette opinion n'est pas soutenable.

Voyons maintenant s'il en est de même des *inflexions*.

Sur ce point encore, on se trouve en présence d'opinions complétement opposées. D'un côté, M. Velpeau, qui voit dans les incurvations de l'utérus une cause fréquente de souffrances locales ou générales, et M. Dubois et quelques autres qui les croient sans importance dans la pathologie de la femme.

Pour apprécier l'influence qu'elles peuvent exercer, il faut tenir grand compte, à mon avis, de leur origine et du mécanisme de leur formation.

Quant à leur origine, tout le monde admet qu'elles peuvent être congénitales ou ne se produire qu'à un âge plus ou moins avancé. Eh bien! qui ne voit dans cette distinction l'explication toute naturelle des résultats si différents qu'elles produisent? Les inflexions accidentelles, en effet, sont presque toujours la cause de gêne et quelquefois même de douleurs vives, tandis que les inflexions congénitales ne sont le plus souvent la cause d'aucune souffrance. Le rectum et la vessie se sont peu à peu habitués au voisinage d'un utérus mal conformé, et, à part les douleurs de la dysménorrhée et l'obstacle que parfois ce vice de conformation oppose à la conception, la femme n'a pas autrement à s'en plaindre.

J'ai dit que beaucoup de ces inflexions étaient congénitales, pour être plus exact, j'aurais dû dire que le plus souvent elles ne sont que la persistance d'une disposition presque constante chez la petite fille, et qui, suivant moi, tend à disparaître à mesure que se complète le développement de la jeune fille. J'admets donc, comme on le voit, à peu près complétement l'opinion de MM. Boulard, Follin, Verneuil, etc., sur la disposition de la matrice chez le fœtus et le très-jeune enfant, opinion qu'a essayé de combattre M. le rapporteur.

Suivant les recherches de ces habiles anatomistes, l'inflexion utérine et plus particulièrement l'antéflexion, s'est rencontrée sur la plupart des petites filles qu'ils ont examinées. M. Boulard a fait l'autopsie de 61 fœtus à terme, de 4 enfants avant terme, de 19 jeunes filles de 2 à 13 ans, enfin de 27 femmes adultes n'ayant jamais eu d'enfants : eh bien! sur ces 111 cas, l'antéflexion s'est rencontrée 98 fois. Le nombre des faits exceptionnels était d'autant plus considérable, que les sujets se rapprochaient davantage de la puberté. M. Gillette a constaté le même fait sur 12 petites filles d'âge différent. MM. Verneuil, Broca, Follin, ont confirmé par de nouvelles recherches les résultats obtenus par M. Boulard chez le fœtus, et les faits se comptent aujourd'hui par centaines pour l'état fœtal. Si un fait me semble donc démontré, c'est la presque constance des inflexions de la matrice au moment de la naissance. Eh bien! notre honorable collègue croit pouvoir s'inscrire en faux contre cette question, ou du moins il croit pouvoir considérer cet état comme purement cadavérique, et ne voit pas la la preuve que ces inflexions constatées à l'autopsie existaient avant la mort.

J'avoue ne pas comprendre la prétention de M. Depaul, et, si elle était admise, il faudrait déclarer que nous ne savons rien en anatomie, et qu'il faut recommencer nos études. Jusqu'à présent, c'est sur le cadavre que nous avons étudié la direction, la position des organes et les rapports qu'ils contractent avec les organes voisins: nous avions pris évidemment une mauvaise voie : ces infatigables anatomistes qui ont passé tant d'années à demander à la mort le secret de la vie, n'ont constaté qu'un état cadavérique et ont eu tort de conclure de l'organe mort à l'organe vivant, même quand il s'agissait d'apprécier sa forme, sa direction et sa situation.

En voulez-vous une preuve? dit notre honorable collègue. J'ai examiné l'utérus de trois femmes qui étaient vouées à une mort prochaine, et ayant très-positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, j'ai pu, au moment de l'autopsie, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était antefléchie, et dans les deux autres en rétroversion complète.

J'ai certainement la plus grande confiance dans le talent d'exploration de M. Depaul, mais enfin un toucher pratiqué chez des femmes mourantes offre bien quelques difficultés ; les malades ne s'y prêtent qu'assez imparfaitement, et l'erreur, même de la part d'un praticien expérimenté, se conçoit facilement dans de semblables conditions. Mais l'examen eût-il été, pendant la vie, aussi complet que possible, je n'hésite pas à croire le diagnostic erroné, quand il est démenti par l'autopsie. C'est ce qui arrive tous les jours à chacun de nous ; et lorsque l'examen cadavérique ne vient pas nous montrer l'altération que nous avions cru reconnaître pendant la vie, nous avouons franchement que nous nous sommes trompé. M. Depaul aime mieux croire à un changement *post mortem*. J'avoue ne pas être de son avis.

Les faits de M. Gosselin, sur lesquels s'appuie M. Depaul, ne se rapportent nullement à l'état fœtal; et comme me le disait M. Gosselin lui-même, ils confirment plutôt qu'ils n'infirment la proposition que je soutiens, puisque sur 48 femmes adultes qui n'avaient jamais eu de grossesse, il a trouvé 27 fois l'utérus antéfléchi.

La mollesse du tissu utérin, qu'invoque encore notre collègue, n'est guère plus considérable quelques heures après la mort que pendant la vie, et l'examen a quelquefois été fait à un moment très-rapproché. D'ailleurs, si l'extrême ramollissement était la cause de ces antéflexions fœtales, il serait facile d'infléchir l'utérus dans tous les sens. Eh bien! je me suis assuré, comme M. Verneuil l'avait fait avant moi, que si on tient entre deux doigts un utérus par son col, on peut facilement le redresser; mais si on veut l'infléchir en sens opposé, on rencontre une résistance qui proteste contre un ramollissement exagéré du tissu.

Je n'ai pas le temps de m'étendre plus longuement sur ce sujet, mais il me suffira de rappeler : 1° la différence de longueur du col et du corps chez le fœtus ; 2° la position élevée de ce dernier; 3° l'inclinaison exagérée du détroit supérieur ; 4° enfin, le poids de la masse intestinale, qui presse inévitablement sur la seule partie morbide de l'organe, pour expliquer suffisamment l'antéflexion comme état normal pendant la vie intra-utérine.

Toutes ces dernières conditions, je m'empresse de le dire, disparaissent peu à peu à mesure que la petite fille se développe ; et avec elles tend à s'effacer l'inflexion première dont elles avaient été la cause. Aussi, je suis loin d'admettre que toutes ces inflexions congénitales persistent jusqu'après une première conception. A mesure que la matrice descend davantage dans l'excavation, elle est soumise, de la part des organes voisins, à des pressions qui, peu à peu, effacent l'angle que formaient son corps et son col. C'est pour cela, précisément, que plus la petite fille avance en âge, moins ces inflexions sont prononcées, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se perpétuent indéfiniment.

Comme je l'ai dit plus haut, je les crois alors sans influence fâcheuse sur la santé des femmes.

Quant aux *inflexions accidentelles*, leur origine est toute différente. Elles m'ont paru presque toujours consécutives à une autre lésion. Tantôt elles résultent d'adhérences vicieuses, tantôt d'une altération particulière du tissu utérin, le plus souvent elles sont causées par une antéversion ou une rétroversion préexistante. J'ai vu plusieurs fois ce dernier mécanisme se produire sous mes yeux, en quelques semaines, et le même utérus dont j'avais constaté et fait constater à plusieurs personnes le déplacement, m'offrait, peu de temps après, une inflexion du col sur le corps.

L'étude étiologique à laquelle je viens de me livrer a une importance réelle dans l'étude de la symptomatologie et du traitement.

J'ai déja dit que les inflexions congénitales étaient rarement la cause de souffrances, et qu'il n'en était pas de même, en général, pour les luxations accidentelles. Je n'y reviendrai pas, mais il est facile de pressentir que, dans mon opinion, ces dernières peuvent nécessiter un traitement que les autres ne réclament presque jamais.

Parmi les inflexions accidentelles, les inflexions consécutives à une déviation sont à peu près les seules que nous puissions espérer guérir; en remédiant, en effet, à un déplacement primitif, on a quelque raison de penser qu'on fera cesser l'inflexion qu'il a causée. Quant aux adhérences vicieuses et aux altérations diverses du tissu, nous n'avons guère qu'à déplorer notre impuissance.

Indépendamment, en effet, des raisons invoquées par M. Dubois pour prouver l'inutilité du pessaire intra-utérin, je demande à l'Académie de lui signaler une disposition anatomique qui m'a toujours éloigné de l'emploi de ce moyen. J'ai examiné sept ou huit utérus infléchis, et tous m'ont présenté une des dispositions suivantes au niveau de l'angle d'inflexion, ou bien le tissu utérin était en ce point excessivement ramolli, et on pouvait à l'aide d'une très-légère pression, rendre à l'organe sa direction normale; mais aussitôt qu'on cessait de maintenir le fond de la matrice, il retombait par son propre poids, et la difformité reparaissait : ou bien, au niveau de ce même angle d'inflexion, le tissu utérin offrait une résistance et une dureté très-grandes, à ce point que, saisissant d'une main le col et de l'autre le corps, il fallait déployer une force réelle et déchirer les tissus pour en opérer le redressement. Eh bien, n'est-il pas évident que, dans le premier de ces cas, tout redressement artificiel cessera dès qu'on retirera l'instrument, et que, dans le second, la déchirure presque inévitable des fibres utérines pourra être le point de départ d'accidents formidables.

Je crois donc pouvoir conclure de tout ce que je viens de dire, que :

1° Le redresseur utérin est le plus souvent un instrument inutile, souvent dangereux ;

2° Qu'il importe de distinguer les déviations des inflexions utérines;

3° Que les déviations simples, quelquefois innocentes, sont souvent la cause d'accidents sérieux ;

4° Que la science possède des moyens de les guérir quelquefois, et que ces moyens soulagent presque toujours ;

5° Que les inflexions utérines accidentelles, quand elles ne troublent ni la menstruation ni la conception, ne sont presque jamais accompagnées d'accidents et ne nécessitent aucun traitement ;

6° Que, parmi les inflexions accidentelles, les seules dont on puisse tenter le redressement, sont celles qui succèdent à un déplacement.

Je me proposais de parler encore du cathétérisme utérin, pour lequel M. Depaul m'a paru trop sévère ; mais le temps me presse, et je me contenterai de dire, qu'avec certaines précautions, il est possible d'éviter les accidents signalés par notre collègue, et que, d'un autre côté, cette exploration me paraît pouvoir rendre des services réels.

Encore un mot : on a bien souvent, et dans le Rapport, et dans la discussion, invoqué la métrite comme expliquant une foule de souffrances éprouvées par les malades ; la métrite est décrite partout comme une maladie très-fréquente qui peut exister isolément et peut surtout être liée à d'autres inflammations. Or, à mon avis, cette phlegmasie du parenchyme utérin est excessivement rare.

Rien n'est plus commun que le nom ;
Rien n'est plus rare que la chose.

Entendons-nous bien seulement : quand je parle de la métrite parenchymateuse, je mets de côté tout ce qui a été décrit sous les noms de phlegmon péri-utérin, métrite catarrhale ou inflammation de la membrane muqueuse, péritonite partielle, phlébite et lymphite utérines. Je ne parle évidemment que de l'inflammation du tissu propre ; celle-ci, je ne l'ai jamais constatée anatomiquement. Je sais bien que l'inflammation peut exister sans suppuration ; mais enfin, si la métrite était aussi commune, comment se ferait-il qu'on trouvât si rarement du pus dans les fibres musculaires, dans l'utérus, alors qu'à la suite des couches le pus se forme si facilement dans toute l'économie ? Comment se fait-il que le tissu utérin, qu'on dit être si souvent le point de départ de l'inflammation, n'en offre presque jamais de traces ? Je n'ose pas dire jamais, mais j'affirme qu'après avoir fait un très-grand nombre d'autopsies, je n'en ai jamais vu.

Je n'ai pas le temps, vu l'heure avancée, d'insister plus longuement sur ce point, mais j'appelle instamment sur lui l'attention de mes confrères, et j'ai la conviction qu'après y avoir sérieusement réfléchi, après avoir examiné un très-grand nombre de faits, on arrivera à cette conclusion, que la métrite parenchymateuse, si rare dans l'état puerpéral, est encore plus rare dans l'état de vacuité, et qu'on a eu tort de lui attribuer des troubles locaux et généraux qui, dans l'immense majorité des cas, trouvent ailleurs leur raison d'être.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'hémoptysie par la potion de Chopart,

Par le Dr Wolff.

On sait combien il est quelquefois difficile de suspendre une hémoptysie et combien les moyens recommandés en pareil cas sont susceptibles d'échouer. Mais l'inconvénient le plus marqué de ceux mêmes que l'on regarde comme les plus efficaces, tels que l'alun, l'acétate de plomb, le sulfate de fer et le tannin, c'est de n'agir qu'avec lenteur, tandis qu'il est des cas dans lesquels il est indispensable d'arrêter le plus promptement possible l'écoulement du sang. La potion de Chopart remplirait parfaitement ce but, suivant M. Wolff ; seulement il a fait subir à la formule ordinaire une légère modification, en ce qu'il remplace l'éther nitrique par 2 grammes d'esprit d'éther nitrique.

Depuis deux années, dit M. Wolff, j'emploie ce médicament continuellement ; je ne l'avais employé d'abord que lorsque les autres moyens avaient échoué : aujourd'hui je le donne d'emblée dès qu'une hémoptysie paraît devenir dangereuse, et le succès a dépassé mon espérance ; il est très-rare que ce moyen ait échoué, sauf lorsque, par suite d'idiosyncrasie ou par toute autre cause, les malades n'ont pas pu le prendre d'une manière suivie ; et c'était presque toujours des malades chez lesquels ce traitement avait été déjà employé dans d'autres atteintes et avait produit des vomissements. L'auteur n'en a fait usage que dans des hémoptysies symptomatiques d'une affection tuberculeuse avancée.

Le nombre des faits rapportés par M. Wolff est de 12 cas : or, dans 9 de ces cas, la potion de Chopart a fait rapidement cesser l'hémoptysie ; dans 1 cas ce même but a été atteint plus lentement et deux fois cette potion a été complétement sans résultat ; effet d'autant plus remarquable que, à en juger par les signes de la maladie et l'insuccès des autres moyens, on avait affaire évidemment à des cas peu favorables ; et cet effet a été obtenu sans qu'on ait eu besoin ni de donner de hautes doses, ni d'en faire usage pendant longtemps, comme la chose eût été nécessaire pour d'autres médications.

La plupart des malades et plusieurs d'entre eux à diverses reprises ont pu prendre le médicament sans répugnance, tandis que chez quelques-uns les nausées ont mis obstacle à sa continuation. Dans 3 cas, il y a du resserrement de la gorge et des vomissements, et dans 3 cas de la diarrhée. La dose est d'une cuillerée à bouche matin et soir, plus si cela est nécessaire.

En résumé, dit M. Wolff, ce médicament a une supériorité incontestable sur les autres moyens analogues et en particulier sur les astringents, parce qu'il entre rapidement dans la circulation, et que son action est par suite très-rapide.

(*Union médicale.*)

Du caustique de Vienne dans le traitement des tumeurs érectiles,

Par le Dr L. Allier.

Wardrop et M. Roux ont préconisé la potasse caustique comme moyen curatif. Le seul reproche qu'on puisse adresser à ce traitement, c'est sa longue durée ; on peut l'abréger, en lui substituant la pâte de Vienne. De plus, cette substance n'étend pas son action au delà des parties avec lesquelles elle a été mise en contact. A ce titre encore, elle mérite la préférence. J'ai l'habitude de recouvrir la tumeur d'un morceau de diachylon gommé, percé d'une multitude de petites ouvertures garnies du caustique de Vienne. Je recouvre le tout d'un morceau de sparadrap sans ouverture. J'enlève ce petit appareil au bout de cinq à six minutes, et le pansement se fait avec un simple morceau de toile gommée. Cet appareil est renouvelé tous les huit à dix jours, quand les petites ulcérations commencent à se cicatriser. La durée du traitement ne dépasse guère un mois, six semaines.

(*Revue de thérap. méd.-chirurg.*)

Épilepsie. — Traitement par l'écorce de sureau.

On connaît, depuis longtemps, les propriétés éméto-cathartiques et hydragogues de la seconde écorce du sureau (*sambucus nigra*), ce qui l'a fait employer dans le traitement des hydropisies ; mais il n'est fait nulle part mention de l'emploi de cette substance dans le traitement de l'épilepsie. M. Borgetti rapporte cinq exemples de guérison obtenue à l'aide de ce remède. Pour l'administrer, on prend des branches de sureau d'un ou deux ans ; on enlève l'écorce grise, et on râcle la seconde écorce qui en reste ; on prend ensuite 50 grammes de cette écorce, on verse dessus 150 grammes d'eau commune, chaude ou froide ; on laisse infuser pendant quarante-huit heures. Cette infusion, passée et exprimée, doit être prise à jeun, par moitié, à un quart d'heure d'intervalle. On revient au même médicament tous les six ou huit jours, pendant deux mois. Cette médication ne paraît réussir que dans les épilepsies essentielles.

(*Revue thérap. du Midi.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le public médical s'occupe, depuis quelques jours, d'un cas de *défloration scientifique* qui a eu lieu dans les hôpitaux de Paris, et qui paraît même avoir ému le ministère public. Il nous serait trop pénible d'apprécier ce fait en particulier, pour que nous croyions devoir nous en occuper ; mais il sera pour nous une nouvelle occasion pour traiter une fois de plus une question que nous avons déjà traitée ailleurs, la question de l'expérimentation dans les hôpitaux, et des limites qui sont imposées aux droits de la science par les droits de l'humanité.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu, samedi dernier, dans l'une des salles de l'établissement, et sous la présidence de M. Paul Dubois, membre du conseil de surveillance. Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Monnier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu, en outre, quatre autres nominations.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 79. 2e année. Mardi 4 Juillet 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64, 72 et 76.)

SEPTIÈME LEÇON.

Propriétés des glandes.

Messieurs, la propriété de sécrétion, c'est-à-dire l'aptitude que possèdent certains tissus à produire certains liquides dans les êtres vivants, est une des propriétés les plus importantes à considérer au point de vue de l'étude des phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans l'économie.

Par là, en effet, nous comprendrons comment ces phénomènes chimiques, chez les êtres vivants, offrent des caractères qu'ils n'ont point ailleurs. Ces phénomènes sont comme le lien qui unit les êtres vivants au règne inorganique.

La propriété de sécrétion appartient, en général, à tous les êtres doués de vie, végétaux ou animaux, et le tissu dans lequel elle s'accomplit se réduit constamment à une simple cellule.

Cette cellule, on la rencontre toujours, quel que soit l'être vivant végétal ou animal que l'on examine, quel que soit le produit sécrété, ce qui prouve que la forme du tissu ne suffit pas pour indiquer la fonction ; en effet, nous trouvons des produits de sécrétion variés et agissant de façons diverses, et pourtant, dans tous ces cas, le tissu producteur est le même.

De même que nous avons dit que la fibre était l'élément essentiel du tissu contractile, ainsi nous dirons que dans la cellule réside la propriété de sécrétion. La cellule se compose de deux parties : l'enveloppe vésiculeuse et le noyau. On a discuté pour savoir si la propriété de sécréter appartenait à l'enveloppe ou au contenu, c'est-à-dire au noyau. C'est là un problème qui n'a pour nous qu'un médiocre intérêt ; il nous suffit de savoir que la cellule crée certains produits. Cette cellule a la propriété de se maintenir dans un état organique convenable, par l'attraction de certaines substances prises dans le milieu ambiant; donc elle prend dans ce milieu certains éléments, et agit sur eux de façon qu'ils en sortent sous une autre forme : c'est donc une création, non pas des éléments, mais de la forme sous laquelle sont agrégées ces substances ; elle prend de l'albumine et rend du sucre. Cete transformation, c'est le fait de la cellule glandulaire. Nous avons dit que cette propriété est inhérente à la cellule comme la propriété contractile l'est à la fibre musculaire. Le système nerveux réagit sur l'une et sur l'autre ; il ne leur donne pas leurs propriétés, il les fait seulement entrer en action. Le *curare* détruit la propriété des nerfs, mais il épargne les muscles, et les glandes échappent aussi à son action ; or, si, dans une sangsue empoisonnée par le *curare*, on remplace l'excitation du système nerveux par l'électricité, on voit le mucus se sécréter. (Le professeur prend une sangsue qui a été empoisonnée la veille. L'animal est complétement immobile et incapable de se mouvoir; si l'on vient à promener de chaque côté de son corps la pince galvanique, on voit aussitôt un mucus filant très-abondant se fixer aux deux extrémités de la pince. Nous avons pu voir plusieurs fois, dans son laboratoire, M. Bernard répéter cette expérience qu'il n'avait pas encore rendue publique.)

Si l'on admettait que le système nerveux donne à la glande la propriété de sécrétion, il faudrait admettre autant d'espèces de nerfs différentes qu'il y a de différents produits de sécrétion. Le système nerveux n'est donc, ainsi que nous l'avons dit, qu'un agent excitateur. Les glandes sont, quant à la propriété de sécréter, indépendantes, et, quant au moment de la sécrétion, sous la dépendance du système nerveux.

Les produits de sécrétion sont excessivement variés dans les deux règnes; ce sont quelquefois, chez les animaux, des espèces d'agents nouveaux que nous nommons *ferments*. Par exemple, les glandes de l'estomac sécrètent un liquide qui est le suc gastrique, lequel se compose d'eau et de *pepsine* (la pepsine est un ferment). Plus loin, est sécrété le suc pancréatique, agent chimique. Il y a des poisons sécrétés dans le règne végétal et dans le règne animal. Les serpents sécrètent des venins actifs, analogues, quant à leur action, à des ferments. Dans l'animal, la sécrétion est sous la domination du système nerveux, tandis que, dans les végétaux, elle est sous des influences générales atmosphériques et autres. Cependant, des produits analogues se trouvent dans la cellule végétale et dans la cellule animale ; le sucre et la fécule sont des produits végétaux, et la cellule du foie produit aussi du sucre, comme celle du pancréas produit du sucre pancréatique, comme celle de l'estomac, de la pepsine. Il y a aussi des matières albuminoïdes qui sont sécrétées par les végétaux ; et le lait, produit animal, est composé de caséine et de graisse.

A mesure que la sécrétion s'opère, on voit le produit se déposer dans la cellule, puis la cellule se brise et l'écoulement du produit a lieu. Nous ne prétendons pas énumérer ici tous les produits de sécrétion ; ce qu'il nous importe de savoir, c'est que ces produits sont extraits de la cellule même, c'est que les glandes produisent et ne sont pas seulement des agents d'élimination. D'après les vieilles théories, tous les produits seraient contenus primitivement dans le sang, et les glandes ne joueraient d'autre rôle que de les séparer et de les rejeter au dehors ; c'est là une idée fausse ; les éléments des sécrétions sont dans le sang, mais non leurs produits, et il faut bien qu'il en soit ainsi ; la cellule du foie, qui produit du sucre, doit trouver dans le sang les éléments du sucre, mais elle n'y trouve pas le sucre.

Nous distinguerons deux ordres de sécrétions :

1° *Les sécrétions intestinales.* — La pepsine est produite

par la cellule stomacale et ne se trouve pas dans le sang; le sang qui entre dans le pancréas ne contient pas de suc pancréatique; il en a les éléments, il contient de l'oxygène, du carbone, de l'hydrogène et de l'azote, etc., mais il ne contient pas le produit tout formé. Il en est de même pour les glandes venimeuses des serpents, et cet exemple est saisissant: croyez-vous que ce produit soit contenu dans le sang du serpent? Non, certes, car si on lui introduit son propre venin dans le sang, il meurt.

Non-seulement ces produits de sécrétion ne sont pas dans le sang, mais ils n'y peuvent pas rentrer. Cependant, si le serpent avale son venin, il ne meurt pas; nous pouvons impunément manger des animaux tués par le *curare*, les sauvages de l'Amérique du Sud, au dire de M. de Humboldt, se servent du *curare* comme d'un médicament....; c'est que ce poison ne peut être absorbé par l'intestin; qu'on prenne un chien et qu'on lui introduise de cette substance dans l'estomac, il n'éprouve aucun mal; si on lui en met dans le sang, il meurt.

Le caractère général de tous les produits sécrétés dans le tube intestinal, c'est qu'ils ne sont pas réabsorbés dans l'intestin. Et, en effet, si cela n'était pas, ces produits seraient absorbés à mesure qu'ils seraient sécrétés, avant qu'ils eussent eu le temps d'agir sur les substances venues du dehors et qu'ils doivent modifier. Ces produits sont renfermés dans l'intestin comme en vase clos. Il faut donc renverser l'ancienne opinion et dire que, non-seulement le sang ne contient pas ces produits de sécrétion, mais que même ces produits n'y peuvent pas rentrer.

2° Il y a d'autres produits de sécrétion; ce sont ceux qui se déversent dans le sang et qui n'en sortent point; je ne parle ici que de ce qui se passe chez les animaux; il serait sans doute à désirer que cette question fût étudiée dans le règne végétal et que, sur ce point, la physiologie générale fût plus avancée; mais, préoccupé surtout de nous rattacher à la réalité, nous resterons dans le cercle étroit des faits connus. Ces produits sont ce que l'on appelle les *produits immédiats*: par exemple, le foie sécrète du sucre chez tous les animaux vertébrés et même chez les invertébrés; une cellule qui baigne dans le sang, lequel ne contient point de sucre, prend dans ce sang les éléments de sa sécrétion et les rend groupés sous la forme de sucre.

On peut démontrer que le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, et que celui qui sort du foie en contient, en même temps que l'albumine et la fibrine y sont en moins grande abondance, d'où l'on conclut que c'est aux dépens de ces substances que le sucre s'est formé. Ici encore, il y a un nerf qui agit sur la cellule, et l'on peut diminuer ou augmenter la sécrétion en excitant plus ou moins ce nerf. Chez les vertébrés, le sucre ne se rend pas dans un canal excréteur; il est versé immédiatement dans le sang, tandis que, dans les autres glandes, il y a un cul-de-sac sécréteur et un conduit excréteur. Dans le foie, ce sont les veines qui jouent le rôle de canaux excréteurs. Le sucre ne sort pas du sang, il y reste, afin de servir à la respiration.

Voilà donc un exemple d'une sécrétion dont le produit se déverse dans le sang et non au dehors. Cependant, chez les invertébrés, le sucre sort du sang pour être absorbé de nouveau; il est conduit dans l'intestin par le canal cholédoque, qui alterne entre le sucre et la bile, c'est là une nécessité qui tient à une circulation différente chez ces animaux.

Il y a une infinité de produits de sécrétion qui sont dans le même cas que le sucre, et que nous ne connaissons pas. Autrefois, on ne reconnaissait comme sécrété que ce qui sortait d'un conduit excréteur; aujourd'hui, l'on sait qu'une sécrétion peut se faire sans qu'il y ait de canal excréteur. C'est ainsi que, très-probablement, le corps thyroïde, les capsules surrénales, la rate, agissent sur le sang, mais nous ne connaissons pas encore leurs produits, que l'on découvrira tôt ou tard. Peut-être la fibrine, l'albumine, sont-elles sécrétées et versées dans le sang comme le sucre lui-même.

Nous reconnaissons donc deux ordres de produits de sécrétion:

1° Ceux qui sont versés en dehors du sang et n'y rentrent pas;

2° Ceux qui sont versés dans le sang et qui n'en sortent pas.

S'il arrive que les produits du deuxième ordre sortent du sang, ce ne peut être que par suite d'un état morbide, comme cela se voit dans la glucosurie.

On a longtemps confondu excrétion avec sécrétion. C'est surtout en se basant sur l'excrétion urinaire prise pour exemple, qu'on a dit que les produits des glandes devaient exister primitivement dans le sang. Voici l'expérience sur laquelle reposait cette opinion: on a pris de l'urine et l'on y a trouvé de l'urée et de l'acide urique; on s'est alors demandé si le rein formait ces produits comme les glandes de l'estomac forment la pepsine.

On a enlevé les reins (Prévôt et Dumas), et l'on a retrouvé ces produits dans le sang; on en a conclu naturellement, et avec raison, que l'urée et l'acide urique existaient dans le sang et n'étaient pas produits par les reins; mais on a voulu généraliser le fait et l'on a dit, à tort, que les glandes n'étaient pas des organes formateurs. Or, ce qui est vrai pour les reins n'est pas vrai pour les glandes; la pression n'exerce aucune influence sur la sécrétion, et elle en a une très-grande sur l'excrétion urinaire.

Un produit de *sécrétion* est un corps qui est sécrété pour un certain usage; la *pepsine*, les *venins*, le *suc pancréatique*, le *sucre*, ont des usages déterminés. Un produit d'*excrétion*, au contraire, est un corps qui n'a plus aucun usage dans l'économie, et dont la présence même y serait nuisible. L'acide carbonique ne se forme nulle part; il se produit par suite de la *décomposition* des matières hydro-carbonées. L'acide urique résulte de la décomposition des matières azotées; le poumon élimine l'acide carbonique, les reins expulsent l'urée et l'acide urique.

Les sécrétions sont constamment accomplies par des organes déterminés, spéciaux, et ne peuvent avoir lieu ailleurs que dans ces organes; les excrétions peuvent se déplacer. Chez les chiens, cette métastase est remarquable et est restée longtemps inexpliquée.

L'urée, avons-nous dit, s'accumule dans le sang quand on a enlevé les reins, mais on ne l'y retrouve qu'au bout d'un certain temps et en quantité minime, ce qui tient à ce que l'urée est éliminée alors en grande partie sur le tube intestinal; voilà une excrétion qui s'est déplacée; le tube digestif a remplacé les reins. Que l'on coupe les nerfs qui vont à l'estomac, il n'y aura plus de suc gastrique sécrété, et cette sécrétion ne sera remplacée par rien.

L'excrétion peut se déplacer.

La sécrétion ne se déplace jamais.

On ne saurait donc confondre l'excrétion avec la sécrétion.

(La suite à un prochain numéro.)

Hôpital Saint-Louis. — M. CAZENAVE.

Acné.

Leçon recueillie par M. le Dr CHAUSIT, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

(Suite et fin. Voir le n° 76.)

Nous nous sommes occupés, jusqu'à présent, des formes de l'acné, dans lesquelles l'inflammation des follicules joue le rôle le plus important. Il nous reste à parler de celles dont le caractère principal est une modification de la sécrétion folliculeuse. Elles forment un groupe très-intéressant, encore peu connu, et dont les traits, de jour en jour mieux définis, éclairent un des points les plus obscurs de l'histoire des maladies des follicules. Cette modification varie quant à son mode et aussi quant à ses effets.

Elle peut consister dans une exagération de la sécrétion sébacée.

Elle affecte quelquefois la qualité même de cette sécrétion.

Enfin, et plus rarement, elle consiste dans une diminution de cette fonction.

L'exagération de la sécrétion sébacée donne lieu à divers phénomènes qui forment la variété de l'acné, connue sous le nom d'*acné sebacea*.

Acné sebacea. Cette forme, signalée pour la première fois par Biett, a été observée et décrite avec beaucoup de soin par M. Cazenave, qui a recueilli les données principales de l'histoire de cette variété intéressante, et lui a donné la valeur et aussi la signification qu'elle a aujourd'hui.

Elle est caractérisée par une hypersécrétion plus ou moins abondante, celle-ci peut selon certaines circonstances de marche, de siége, présenter des différences qui constituent des espèces distinctes.

Ou bien la matière hypersécrétée reste contenue dans le follicule qu'elle distend légèrement. Elle se noircit à la partie en contact avec l'air, et comme elle forme un point saillant au-dessus du niveau de la peau, si on presse celle-ci, on fait sortir un appendice blanchâtre, gras, vermiforme : c'est ce qu'on appelle vulgairement *faire sortir le ver*. Ce sont les *tannes* qui compliquent presque toujours les autres variétés de l'acné. Cependant, elles peuvent exister seules et forment ce que Willan appelait l'*acné punctata*. Ce n'est pas, à proprement parler, une maladie; cependant, M. Cazenave a observé des cas où les tannes étaient si abondantes, que la peau en paraissait piquetée : elles constituaient alors une véritable difformité.

C'est, si l'on peut dire ainsi, le premier degré de l'*acné sebacea*. Les tannes siégent surtout au visage, à la poitrine, aux épaules, au dos.

Cette affection ne demande aucun traitement interne particulier. Quant aux moyens locaux, ils sont presque exclusivement négatifs. Ainsi, il faut s'abstenir de presser les *boutons* pour faire sortir le ver. Cette manœuvre a pour effet certain d'ajouter à l'hypersécrétion sébacée une phlegmasie plus ou moins vive du follicule; quelquefois, de déterminer une éruption pustuleuse; dans tous les cas, de favoriser l'extension de la maladie que l'on s'imagine détruire. Il s'agit, le plus souvent, d'ordonner des lotions soit alcalines avec 1, 2 ou 3 grammes de sous-carbonate de potasse dans 250 grammes d'eau distillée; soit ammoniacales par 6, 8, 10 à 15 gouttes au plus d'ammoniaque liquide dans un verre d'eau de son tiède.

L'affection folliculeuse peut se présenter à un degré plus considérable. Le follicule est distendu entièrement par la matière hypersécrétée ; il forme des espèces de verrues que l'on a pu comparer avec raison aux pustules de la variole, à cause de leur forme ombiliquée. Elles sont saillantes, d'un volume qui varie depuis un petit pois jusqu'à la grosseur de l'extrémité du doigt, rarement plus. Elles sont sessiles, semi-transparentes, vasculaires à leur base, d'un blanc sale. Elles siégent ordinairement au visage et sont, en général, peu nombreuses. Cependant, des observateurs ont rencontré cette forme de l'acné sebacea avec un caractère de généralité très-remarquable. C'est ainsi que Tilesuis a rapporté le fait d'un homme qui aurait été couvert de ces sortes de tumeurs contenant un liquide athéromateux.

Cette variété a été longtemps décrite par les auteurs comme une variété du *molluscum*. Son histoire soulève une question qui ne semble pas avoir été encore résolue complétement : c'est de savoir si elle est ou non contagieuse. Malgré les autorités les plus recommandables, il y a au moins doute sur ce point; mais dans le cas où cette acné serait contagieuse, ce serait à la manière de certaines verrues.

En résumé, cette variété de l'acné que M. Cazenave appelle *acné molluscum* est une maladie jusqu'à présent assez rare, bien que dans ces derniers temps on en ait recueilli quelques exemples à l'hôpital des Enfants. C'est une affection idiopathique de la peau, qui exige un traitement purement local. Ainsi, M. Cazenave conseille les lotions alcalines ou ammoniacales. Si les tumeurs sébacées sont confluentes, il peut être utile de conseiller des cautérisations légères avec le nitrate d'argent. Au besoin, on pourrait pratiquer l'ablation.

L'hypersécrétion sébacée peut revêtir un autre caractère et donner lieu à des symptômes dont quelques-uns auraient été complétement méconnus. Non-seulement la matière sébacée est sécrétée en quantité plus grande, mais il semble qu'elle ait été altérée dans sa consistance : elle a une fluidité anormale telle, qu'elle ne peut plus être contenue dans le follicule et qu'elle se répand au dehors. C'est là ce que Biett avait décrit sous le nom générique d'*acné sebacea*. Mais cette hypersécrétion peut se comporter de deux manières bien différentes que M. Cazenave a spécifiées en faisant de chacune d'elles l'objet d'une description distincte.

Dans l'une, extrêmement rare, mais très-curieuse, et signalée pour la première fois par M. Cazenave, la matière sécrétée est si fluide qu'elle a presque la consistance de l'huile ; que, répandue au dehors, elle s'écoule sans se concréter : c'est l'acné sebacea fluente.

M. Cazenave l'a observée plusieurs fois au visage, et, entre autres, chez un malade qu'il a fait voir à une de ses Leçons cliniques. C'était chez un homme de la salle Napoléon, jeune encore, exerçant la profession de marin. Il était, depuis longtemps déjà, atteint d'une éruption siégeant au visage, caractérisée par une rougeur constante et par une humidité particulière résultant de la sécrétion, constante aussi, d'une matière grasse, huileuse, ne se concrétant que très-difficilement, et encore aux confins de l'éruption, où elle formait de petites croûtes lamelleuses, jaunâtres, qui auraient pu en imposer pour un eczéma. C'était une acné sebacea fluente, et le diagnostic reposait sur la rougeur, évidemment congestive, entretenue par des poussées habituelles, sur l'absence de sérosité et l'existence, au contraire, d'un liquide gras qui n'était autre chose que de la matière sébacée.

Cette forme de l'acné se développe aussi au cuir chevelu, où M. Cazenave l'a observée plusieurs fois, et, entre autres, avec M. le docteur Cerise, chez deux Anglaises, sœurs, et toutes deux jeunes et belles. Elle ne paraît être précédée ni accompagnée d'aucun phénomène général appréciable. Peut-être y a-t-il quelquefois, et pour certaines poussées, un sentiment de pesanteur à la tête. Quoi qu'il en soit, la chevelure devient, à un moment, grasse, puis huileuse, puis comme baignée d'une matière fluide, onctueuse, exhalant une odeur assez semblable à celle de la cire, et ne se concrétant jamais de manière à former des croûtes ou même des squammes.

Cependant, et surtout là où la chevelure est longue et bien fournie, ce liquide s'épaissit à mesure qu'il s'éloigne de sa source; il forme une espèce d'empois qui agglutine les poils et peut en rendre la séparation difficile, surtout par masses un peu considérables. Les cheveux sont d'autant plus secs et roides qu'ils s'éloignent de leur base ; et, comme ce symptôme constitue un obstacle presque absolu aux soins de la chevelure, on comprend que cette acné, pour peu qu'elle soit ancienne, détermine chez les femmes une véritable queue, un *trichoma*.

L'observation de ces faits a conduit M. Cazenave à penser que la maladie connue sous le nom de *plique* pourrait bien n'être qu'une acné sebacea fluente. En effet, si l'on exagère, par la pensée, les symptômes de cette dernière maladie; si l'on tient compte de certaines influences climatériques, de certaines habitudes locales, et entre autres de celle de porter des coiffures très-chaudes, de l'absence de soins hygiéniques, de la malpropreté, et enfin de l'emploi de traitements empiriques, on arrive à comprendre une analogie qui existe déjà dans la comparaison des phénomènes. En effet, on retrouve dans les deux formes la même transpiration anormale du cuir chevelu, l'accroissement continu de la sécrétion glutineuse, l'odeur particulière, la marche par poussées. Quant aux accidents que déterminerait la plique, il faut faire la part de l'exagération ; et d'ailleurs, on comprend qu'une hypersécrétion aussi abondante ne puisse avoir lieu, et surtout se continuer pendant un certain temps, sans qu'il en résulte des troubles sérieux des autres fonctions de l'économie.

L'acné sebacea donne le plus souvent lieu à l'hypersécrétion d'une matière moins fluide, se concrétant avec assez de facilité, mais avec des caractères différents qui permettent d'étudier cette forme sous divers aspects.

Quelquefois, elle se manifeste au visage, sous l'aspect d'un point d'abord gras et huileux : celui-ci se recouvre bientôt d'une petite croûte que l'on arrache facilement avec l'extrémité du

doigt et qui laisse à découvert une surface grasse, très-légèrement rouge; l'hypersécrétion continue, la croûte se reforme, s'étend, et peut ainsi envahir des surfaces assez étendues. — M. Cazenave fait observer que Batensau en a publié, dans son ouvrage, un exemple très-remarquable qu'il a présenté sous le nom d'yéthyose de la face: c'est cette variété que Biett avait, le premier, définie et décrite.

Cette variété de l'acné est souvent limitée à un point peu étendu, à un siége particulier; ainsi, on l'observe aux replis des ailes du nez, où elle donne lieu à une hypersécrétion très-abondante.

Dans d'autres cas, elle est fixée à l'extrémité ou au milieu du nez; elle s'y montre sous forme d'une croûte de l'étendue moyenne d'une pièce de un à deux francs. Cette croûte devient de plus en plus épaisse, sèche, noire; elle a d'ailleurs une marche lente, chronique, et peut rester très-longtemps stationnaire. Si elle tombe, ou si on l'arrache, elle laisse après elle une surface d'un rouge pâle, grasse, quelquefois légèrement tuméfiée, sur laquelle la croûte se reforme en présentant les mêmes phénomènes de marche, de durée, etc.: c'est ce que M. Cazenave appelle l'acné sebacea partielle.

Cette forme a été souvent méconnue, et, par son siége, par sa persistance, a fait croire à l'existence d'une maladie tout autrement grave, que l'on a été tenté de combattre par des moyens qui ont pu aggraver le mal. M. Cazenave en fait voir un exemple curieux chez une malade couchée dans ses salles. Cette femme, âgée de 50 ans, d'une constitution peu forte, a été tourière dans un couvent. Interrogée sur ses antécédents, elle ne signale rien qui ait un rapport de causalité ou de filiation avec la maladie actuelle. Seulement, elle a été sujette aux névralgies; il y a quelques années, elle a eu une éruption à l'intérieur et au bord des narines: c'était probablement un eczéma.

L'éruption actuelle date d'un an. Elle a débuté par un petit point bien limité, par un *bouton* que l'on aurait couvert avec le doigt. Enlevé à différentes reprises, ce bouton s'est toujours reproduit et étendu. Aujourd'hui la croûte a les dimensions d'une pièce de deux francs; elle est irrégulière, épaisse, d'un jaune sale, noirâtre çà et là, assez adhérente, grasse à sa circonférence.

L'acné sebacea à forme sèche est fréquente au cuir chevelu et elle s'y présente avec des caractères curieux à étudier. Comme elle se développe sans symptômes locaux appréciables, sans chaleur, sans démangeaison, il arrive que les malades ne s'aperçoivent de son existence et de ses progrès, que par la chute des cheveux, car l'alopécie est un des symptômes presque constants de cette affection.

La matière sébacée se répand sur le cuir chevelu et s'y concrète en lamelles si minces, si unies, qu'on les perçoit à peine en y promenant le doigt; si adhérentes, qu'il est quelquefois difficile de les arracher avec l'ongle. Ces lamelles sont d'un jaune sale, ou brunâtres, mais d'une teinte si uniforme, qu'elle a pu devenir une cause d'erreur dont il faut être bien prévenu. En effet, les parties restées saines du cuir chevelu empruntent, par leur opposition avec les surfaces malades, une coloration si nette, si tranchée, qu'on les a prises quelquefois pour des points décolorés et qu'on les a traitées par des moyens au moins inutiles.

Cette forme de l'acné a ordinairement une longue durée: elle est entretenue, sinon aggravée, par l'emploi de certains cosmétiques; elle siége surtout dans les raies de la chevelure, sous les bandeaux, et il n'est pas rare qu'elle finisse par dégarnir considérablement les plus belles chevelures. Elle est très-commune, surtout dans la jeunesse.

Cette maladie semble se développer sous l'influence de toutes les causes d'excitation directe. Au visage, elle est influencée par l'air, par le froid; au cuir chevelu, elle affecte de préférence les belles chevelures, peut-être par suite de l'excitation naturelle qu'elles déterminent; mais elle y est surtout produite par les soins de la toilette, par l'emploi des cosmétiques, et surtout par l'habitude de teindre les cheveux.

L'acné sebacea exige un traitement un peu plus actif. A l'intérieur, on administre les amers, les préparations alcalines, surtout le bicarbonate de soude. Les moyens topiques consistent dans l'emploi des lotions ammoniacales, des bains, des douches de vapeur, des douches alcalines en arrosoir.

C'est une maladie peu grave, mais très-tenace, et dont il faut bien se garder de dénaturer et d'aggraver le caractère par l'emploi de moyens trop énergiques. En effet, quand elle existe sous la forme d'acné sebacea partielle; quand elle est bornée à un point très-peu étendu, soit à l'extrémité du nez, soit sur la joue, une méprise trop souvent facile, l'impatience du malade, la crainte d'un mal plus sérieux, ont souvent fait recourir à la cautérisation, et ce traitement irrationnel a pu produire ce résultat, de changer une affection guérissable en un mal réellement incurable.

Ou la cautérisation est superficielle, et dès lors elle est impuissante à guérir; ou elle est plus active, plus profonde, et si elle détruit momentanément le mal, c'est à la condition qu'il se reproduit aux confins des cicatrices obtenues et au prix de désordres souvent irréparables. L'extrémité des follicules est détruite; leur orifice, resté béant, devient le siége d'exulcérations qui résistent à toutes les ressources de l'art. La matière sébacée continue à être sécrétée en plus ou moins grande abondance; mais elle est mêlée à une certaine quantité de sérosité purulente ou même de pus. La croûte qui se reforme incessamment est plus épaisse, bombée au centre; elle recouvre des surfaces déchiquetées à leur bord, où l'on remarque de petites croûtes de matière sébacée desséchée.

Comme on le voit, il importe d'être bien prévenu de l'existence de cette forme de l'acné, ne fût-ce que pour s'épargner l'emploi d'un moyen qui peut avoir des suites aussi fâcheuses.

L'acné sebacea peut revêtir encore une autre forme qui n'est pas la moins curieuse à étudier. Au lieu d'être constituée par une hypersécrétion plus ou moins abondante, elle consiste, au contraire, dans une diminution, sinon dans une cessation complète de la sécrétion sébacée.

Elle est annoncée par un état de sécheresse remarquable de la peau, sur un point ordinairement assez limité, et le plus souvent au visage. Il semble que cette modification en moins soit accompagnée d'une lésion de la qualité même de la sécrétion sébacée. On voit, sur les surfaces affectées, se former des croûtes dures, très-adhérentes, qui, en tombant, laissent la peau amincie. Ce dernier phénomène a été attribué à cette circonstance que, par suite de la diminution de la sécrétion sébacée, il y aurait, à la longue, atrophie des follicules qui seraient détruits et remplacés par des cicatrices gaufrées. Il faut noter ici une chose remarquable, c'est que ces cicatrices disparaissent quand la maladie est heureusement modifiée.

Cette forme de l'acné affecte surtout les forgerons, les courriers, les cuisiniers; elle semble ainsi influencée par certaines causes directes, excitantes, comme l'air, le froid, le feu, etc.

Elle a plusieurs siéges de prédilection: ainsi le lobe de l'oreille, les joues et le nez. On l'observe aussi au cuir chevelu, où elle détermine plus ou moins largement l'alopécie.

Ces caractères ont dû faire considérer cette acné comme liée à certaines conditions de tissus qui établiraient une analogie curieuse entre elle et quelques formes peu connues encore du lupus, formes que M. Cazenave a le premier signalées et décrites. Sur ce point d'ailleurs, l'observation n'a pas dit encore son dernier mot; mais les faits recueillis jusqu'à présent doivent faire attacher une importance réelle à cette forme qui n'est pas une des moins intéressantes de la famille des affections des follicules.

Le traitement de cette variété consiste dans l'emploi des moyens qui peuvent activer ou rétablir la sécrétion sébacée. Ces moyens devront être choisis parmi les excitants. Ainsi, on conseillera les boissons sudorifiques; les lotions irritantes, salines, alcooliques, etc.; les frictions mercurielles ou iodurées. Au besoin, on aura recours à des remèdes plus actifs. M. Cazenave s'est servi avec succès, dans ces derniers temps, du bi-

iodure de mercure, dont il a introduit et généralisé l'emploi dans le traitement du lupus.

Telles sont les différentes formes que peut revêtir l'acné, type sous lequel l'observation a réuni les diverses affections dont peut être atteint le follicule sébacé. Elles ont pour caractère commun une lésion de la sécrétion sébacée ; mais elles se divisent en trois groupes principaux : selon qu'il y a, outre cette lésion, des symptômes d'inflammation des follicules ; selon que la sécrétion sébacée est modifiée en plus, c'est-à-dire qu'il y a hypersécrétion ; enfin, selon qu'elle est dénaturée sous l'influence de conditions inconnues ou modifiée en moins, c'est-à-dire qu'il y a diminution ou suppression de la sécrétion sébacée.

L'acné est une maladie très-anciennement connue ; mais les points principaux de son histoire appartiennent à l'observation moderne, qui lui a assigné ses véritables caractères en éclairant la plupart des questions qui touchent à son siége et à sa nature.

Observations d'empoisonnement par l'ammoniaque, ou Note relative à quelques points de l'histoire physiologique et thérapeutique de cette substance,

Par M. A. Imbert-Gourbeyre, *professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.*

Il est d'une grande importance de recueillir les observations d'empoisonnement, parce qu'en général ce sont autant d'occasions précieuses d'étudier l'action physiologique d'une foule de substances toxiques, et de conclure des symptômes qu'elles développent à l'état sain, à leur action thérapeutique dans les maladies : *ubi virus, ibi virtus,* disait Wedel.

Les observations d'empoisonnement par l'ammoniaque sont rares : à cette heure, il n'en existe que deux connus en France. Elles sont citées dans la dernière édition de la *Toxicologie* de M. Orfila. J'en apporte deux nouvelles : l'une m'est personnelle, l'autre est une observation encore inédite que je trouve dans le journal allemand de Hufeland et que je traduis. Je donne en entier ces deux dernières observations, y ajoutant l'analyse des deux observations déjà connues, afin de présenter complète l'histoire de l'action physiologique de l'ammoniaque.

1re *Observation.* — N...., domestique, âgée de 25 ans environ, sous le coup d'un violent chagrin, s'empoisonne, le 18 mai 1853, entre deux et quatre heures du soir, avec de l'ammoniaque. Elle en avait acheté, quelque temps auparavant, pour nettoyer des habits.

Le flacon qui contenait le liquide est un rouleau de la capacité de 100 grammes environ ; il porte sur l'étiquette *alcali volatil ;* il est entièrement vide ; quelques gouttelettes adhèrent encore à la paroi interne, et la fiole exhale une odeur ammoniacale caractéristique. Du reste, la malheureuse fille a avoué s'être empoisonnée avec de l'alcali volatil. Elle a dû en avaler une quantité considérable, car elle s'est servie, pour le boire, d'un verre ordinaire, ce qui fait présumer que 30 grammes au moins de liquide ont été ingérés.

Sur les cinq heures du soir, on la trouve étendue à terre, sans connaissance, les dents crochetées et râlant, ayant rendu beaucoup de mucosités sanguinolentes. Un médecin est appelé, on lui ouvre la bouche de force, et elle rend un liquide sanguinolent. Il est impossible de lui faire avaler le moindre liquide, elle rejette tout. Elle recouvre sa connaissance au milieu de la nuit ; elle sue considérablement, demande sans cesse à boire de l'eau froide ; le liquide ingéré est immédiatement rejeté ; respiration stertoreuse.

Le lendemain, elle est transportée à l'Hôtel-Dieu, à huit heures du matin, où je la vois pour la première fois. Face pâle, décomposée, exprimant une angoisse extrême ; elle rend par la bouche beaucoup de mucosités ; déglutition impossible, langue blanchâtre, épaissie, volumineuse ; soif extrême. La malade demande incessamment de l'eau ; râle trachéal, oppression considérable ; à l'auscultation, râle sonore, ronflant, mélangé de gros râle muqueux, s'entendant sur tous les points du thorax ; l'asphyxie est évidente ; elle sue considérablement dans la soirée et meurt dans la nuit.

Autopsie. — Langue volumineuse, recouverte d'une couche épaisse et blanchâtre ; épiglotte injectée et tuméfiée.

Sur toute la portion inférieure du pharynx et sur le tiers supérieur de l'œsophage, muqueuse rouge violacée, considérablement épaissie, semée çà et là de larges plaques noirâtres. Le tiers supérieur de l'œsophage est presque entièrement noirâtre. Cette coloration est due à de larges ecchymoses. Le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré d'un sang noirâtre, qui forme une couche de deux à trois lignes d'épaisseur. En ce point, l'œsophage est notablement rétréci ; il est injecté à l'extérieur.

Estomac rempli d'un liquide jaune verdâtre, à odeur fétide, mais non ammoniacale : rides prononcées de la muqueuse au niveau de la grande courbure, avec plaques noirâtres. Près du pylore, plaque de quatre centimètres, entourée du bourrelet saillant formé par la muqueuse ; il n'y a d'ulcération nulle part ; rien aux intestins.

Les deux poumons, à l'extérieur, sont uniformément colorés en rouge très-vif ; en les incisant dans tous les sens, même coloration ; il n'y a qu'une très-petite portion des deux sommets qui ne présente point cette coloration ; il n'existe aucune trace d'engorgement. Je ne puis pas mieux comparer cette injection générale des poumons avec coloration uniforme d'un rouge vif et intense, qu'à celle que l'on rencontre quelquefois sur les poumons et les intestins chez les individus qui succombent promptement à de vastes brûlures. Les bronches sont obstruées d'un liquide sale et écumeux.

Sur le cerveau, injection vive, uniforme de l'arachnoïde.

2e *Observation.* — Une jeune fille, âgée de 20 ans, de forte constitution, était atteinte de diarrhée depuis quelques jours, lorsque le 17 novembre au matin, après avoir vomi sa tasse de café, elle prend par mégarde une pleine petite cuillerée d'ammoniaque liquide.

L'erreur est immédiatement reconnue, et, pour calmer ses souffrances, on lui fait avaler du lait. Le médecin arrive une demi-heure après : il constate une pâleur extraordinaire. La langue, tout l'intérieur de la cavité buccale et le pharynx, sont blancs et couverts de vésicules ; le visage accuse les plus grandes souffrances. — On lui fait prendre successivement, par cuillerées à bouche, une tasse d'huile d'olive, puis un looch nitré avec eau de laurier cerise, puis des boissons mucilagineuses sucrées et vinaigrées.

Pendant ce temps, le pouls était très-petit et peu fréquent, mais il devient plus fréquent d'heure en heure ; soif violente ; bientôt, anxiété précordiale intense, avec constriction de la poitrine, prodrômes de vomissements qui ne tardent pas à arriver ; matières vomies blanchâtres, liquides, épaisses, brûlantes au passage, semblables à un liniment composé de mucus, de lait, d'huile et d'ammoniaque. A chaque ingestion de boisson, les vomissements se répètent de temps à autre, constitués uniquement par des mucosités. A ces vomissements succèdent plusieurs évacuations alvines avec brûlure violente au fondement, ce que la malade n'avait pas encore ressenti.

Dans la soirée, cessation des vomissements et de la diarrhée ; pouls très-petit ; régime épigastrique très-sensible. Sur les quatre heures, frisson considérable.

La nuit du 18 se passe pleine d'anxiété. La malade se plaint surtout d'une grande oppression et de manque d'air ; elle est obligée de faire souvent des inspirations profondes, mais elle en est empêchée par une douleur violente dorsale correspondant visiblement à l'œsophage ; peau sèche. — Potion avec eau de laurier cerise.

Dans la soirée du 18, grande excitation ; pouls très-petit et très-fréquent ; oppression plus forte ; région précordiale douloureuse et tuméfiée. — Saignée de 12 onces ; vésicatoire épigastrique.

La nuit du 19 est meilleure et plus tranquille ; le pouls se relève ; la peau commence à transpirer.

Le 20, amélioration progressive et sueur. La langue et la bouche se dépouillent de leurs pellicules blanchâtres ; les muqueuses apparaissent rouges et saines. La malade se plaint encore de douleurs au bas-ventre, au dos et au sacrum.

La nuit du 21 est agitée ; les règles apparaissent avec grande violence : elles avaient eu lieu quatorze jours auparavant, et n'avaient jamais présenté cet avancement et cette abondance insolites.

Les jours suivants, rétablissement définitif et graduel. (H.-J. Better ; *Journal de Hufeland,* 1834.)

3e *Observation.* — Grande gêne dans la respiration ; râle trachéal, toux, expectoration de mucosités abondantes, face altérée ; soif très-vive, déglutition difficile ; chaleur brûlante à la gorge, dans la poitrine et l'estomac ; pouls faible, déprimé. Le malade a pris 4 grammes environ d'ammoniaque ; mort en vingt-quatre heures ; l'empoisonnement a été involontaire.

A l'autopsie, muqueuse de la trachée et des bronches d'un rouge vif, et tapissée par endroits d'une couche membraniforme ; poumons crépitants en avant, mais gorgés de sang en arrière.

Suivant Nysten, le malade a succombé à une inflammation très-aiguë de la muqueuse du larynx et des bronches, causée par l'ammoniaque, et que l'on peut comparer à un croup aigu.

Cette observation de Nysten, publiée dans la *Gazette de santé,* le 21 mai

1846, a la plus grande ressemblance avec la première, citée plus haut (voir *Toxicologie* d'Orfila).

4e *Observation.* — N...., âgé de 39 ans ; empoisonnement volontaire avec une quantité considérable d'ammoniaque, 50 à 100 grammes.

Face pâle comme de la cire ; vomissements ; soif très-vive ; ventre rétracté, siége d'une douleur brûlante ; respiration fréquente sans être embarrassée ; pouls petit, misérable ; peau glacée ; selles d'abord séreuses, puis sanguinolentes, involontaires, presque continuelles ; mort en six heures.

A l'autopsie, mêmes altérations dans l'œsophage que celles relatées dans notre 1re observation ; idem pour l'estomac, qui, de plus, est ulcéré en un point limité ; traces évidentes de phlegmasie dans tout l'intestin ; voies aériennes saines ; poumons crépitants.

L'auteur de cette observation, M. Chapplain, dit avec raison n'avoir trouvé aucun fait d'empoisonnement par l'ammoniaque, comparable à celui qu'il a rapporté. Aux symptômes ordinaires de la gastro-entérite, viennent s'ajouter pour lui des caractères spéciaux tirés des vomissements et des selles sanguinolentes.

Tels sont les seuls faits connus jusqu'à présent d'empoisonnement par l'ammoniaque sur l'homme à l'état sain : ce sont les seuls éléments que nous possédions pour étudier l'action physiologique de cette substance, ou, en d'autres termes, son action pathogénétique.

Quant aux expériences directes sur les animaux, celles de M. Orfila sont les seules qui existent (*Traité de toxicologie,* 5e édit., t. 1er, p. 321). Elles se réduisent à trois.

1re *Expérience.* — Injection de 8 grammes d'ammoniaque dans la veine jugulaire d'un chien ; roideur tétanique ; excrétion involontaire d'urine ; poumons crépitants d'un rouge livide ; caillots dans l'oreillette gauche ; sang non coagulé dans le ventricule gauche.

2e *Expérience.* — 2 grammes d'ammoniaque liquide concentrée, introduite dans l'estomac ; inspirations excessivement profondes ; mort au bout de vingt-quatre heures ; poumons sains, crépitants.

3e *Expérience.* — 8 grammes dissous dans 300 grammes de lait, introduits dans l'estomac. Aucun symptôme n'est relaté. L'expérience n'a été faite que pour constater, après la mort, la présence de l'ammoniaque dans les liquides et les tissus.

M. Orfila conclut de ces expériences, et de deux observations de Nysten et de Chapplain, que l'ammoniaque agit en excitant le système nerveux, et particulièrement la colonne vertébrale, et que presque tous les chiens qu'il a empoisonnés ont présenté des épanchements sanguins variables par leur siége et leur quantité. Les expériences de l'illustre toxicologiste sont, il faut l'avouer, bien limitées, et ses conclusions sont loin de jeter un grand jour sur la question. Ces résultats vagues et incomplets sont un peu inhérents à la matière, ou plutôt aux sujets d'observation ; tant il est vrai qu'une hécatombe de chiens ne vaudra jamais un seul cas bien observé d'empoisonnement sur l'homme.

Tels sont les faits connus résultant de l'expérimentation à l'état physiologique tant sur l'homme que sur les animaux ; il faut les résumer en groupant les symptômes et les lésions les plus caractéristiques.

Symptômes. — Vomissements (1re, 2e, 4e *obs.*) ; impossibilité d'avaler (1re, 3e, 4e *obs.*) ; toux et expectoration de mucosités (4e *obs.*) ; soif très-vive (1re, 2e, 3e, 4e *obs.*) ; dyspnée (1e, 2e, 3e, 4e *obs.*) ; inspirations profondes (2e *obs.*, 2e *exp.*) ; râle trachéal (1re, 3e *obs.*) ; pouls faible, petit (2e, 3e, 4e *obs.*) ; ventre douloureux (4e *obs.*) ; diarrhée sanguinolente (4e *obs.*) ; diarrhée avec brûlure au fondement (2e *obs.*) ; pâleur de la face (1re, 2e, 3e, 4e *obs.*) ; peau chaude, sèche (3e *obs.*) ; peau froide, glacée (4e *obs.*) ; sueurs (1re, 2e *obs.*) ; règles avancées, plus abondantes (2e *obs.*).

Lésions. — En dehors des lésions de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac, qui sont le résultat évident de l'action chimique, on a constaté : congestion intense des poumons (1re *obs.*) ; inflammation vive de la trachée et des bronches avec pseudo-membranes en certains points ; poumons gorgés de sang en arrière (3e *obs.*) ; traces évidentes de phlegmasie dans tout l'intestin (4e *obs.*).

De la lecture attentive et de l'analyse des observations et des expériences précédentes, il résulte, comme fait dominant et principal, que l'ammoniaque exerce une action élective sur les organes de la respiration ; qu'elle cause de la dyspnée à tous les degrés, depuis la respiration fréquente jusqu'au râle trachéal et à l'asphyxie. Deux autopsies viennent confirmer ce fait par des lésions réelles et concordantes. Sur quatre observations, il n'y en a qu'une, celle de Chapplain, où l'action élective sur les poumons a été peu marquée. Mais, dans les trois autres cas, cette action a été des plus tranchées et pour ainsi dire immédiate.

Quant à l'action sudorifique de l'ammoniaque, elle a été variable ; ce qui arrive également à la plupart des médicaments dits sudoriformes.

Enfin, la 2e observation, seul cas d'empoisonnement connu chez la femme, semble nous apprendre *à priori* que l'ammoniaque agit aussi comme emménagogue.

Si l'expérimentation sur l'homme sain, quelque limitée qu'elle soit, nous amène déjà à quelques résultats importants, nous trouvons un plus grand enseignement dans l'expérimentation sur l'homme malade, c'est-à-dire dans l'histoire thérapeutique de l'ammoniaque.

L'ammoniaque a été adminitrée dans le tétanos par Fournier, Pessay, François d'Auxerre ; dans l'épilepsie, par Martinet ; la chorée, par Sebarn ; le delirium tremens, par Brachet ; les convulsions, par Chambon. Elle a été administrée également avec succès par divers médecins, dans l'aménorrhée, la dysménorrhée et autres affections de l'utérus. On conçoit en outre son application vulgaire et contestée dans le cas de morsure de la vipère.

Je laisse de côté tous ces faits, pour appeler l'attention sur l'application qu'on a faite de l'ammoniaque dans le cas d'asthme, il y a quinze ans environ, application qui eut alors une espèce de retentissement dans le monde étranger à la médecine, à raison d'une illustre malade qui fut ainsi traitée : c'était la sœur du feu roi Louis-Philippe. La méthode de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque, méthode inventée par M. Ducros, n'est au fond qu'une méthode palliative ; elle a été vérifiée par divers médecins : MM. Layer, Beau, Monneret, etc., et M. Smee, en Angleterre (*Lond. med. Gaz.*, 1843). Il y a là, certainement, plutôt une action dynamique qu'une action chimique ou révulsive, et bien certainement l'alcali volatil n'est doué de propriété anti-asthmatique qu'à raison de son action élective sur l'appareil pulmonaire. La cautérisation pharyngienne n'est au fond qu'un procédé d'inhalation, et il est probable qu'on arriverait également aux mêmes résultats, en se contentant d'*éthériser* les asthmatiques avec de l'ammoniaque, au lieu de les cautériser avec la même substance.

Du reste, l'application de l'ammoniaque comme anti-asthmatique n'est point du tout nouvelle. Sans parler de Foucroy (*Hist. de la société de médecine,* t. 5, p. 268), qui la recommandait dans l'asthme humide, ainsi que Fuller, il y a bientôt deux cents ans que Wedel disait : « *Spiritus salis ammoniaci eximie prodest in tussi, asthmate et catarrhis suffocativis.* » Wedel connaissait déjà son action sur les poumons, puisqu'il la plaçait parmi les *remedia thoracica.*

Ainsi, à l'état physiologique, nous voyons l'ammoniaque produire de la dyspnée, de la suffocation ; en un mot, des accidents semblables à l'asthme ; et, à l'état pathologique, nous voyons cette même substance jouir de propriétés anti-asthmatiques réelles. Ce rapport singulier entre un agent qui produit une maladie, et ce même agent qui guérit une maladie semblable, constitue ce qu'on a appelé la loi de similitude qui fait le fondement des doctrines hahnemaniennes, ou la loi de substitution, synonyme, inventée par M. le professeur Trousseau. Il résulte donc des faits que l'ammoniaque, comme beaucoup d'autres médicaments, vient se ranger sous le niveau de la loi homœopathique.

Il n'est pas étonnant que ces faits aient été invoqués par les disciples d'Hahnemann à l'appui de leur thèse. M. Jahr, dans son *Manuel de médecine homœopathique* (5e édit.), a fait aussi l'histoire de l'action physiologique de l'ammoniaque, ou, pour parler le langage de cette École, il en a donné la patho-

génésie. Cette pathogénésie, comme du reste toutes les autres, a un grand défaut à mes yeux : c'est qu'elle n'indique nullement les sources où elle a été puisée. Et pourtant elle n'a été faite qu'avec les expériences sur les chiens de M. Orfila, l'observation de Nysten, citée plus haut, et surtout, en grande partie, avec l'observation du docteur Better, que j'ai traduite du journal de Hufeland. Je m'en suis assuré en comparant avec soin la pathogénésie de l'ammoniaque du docteur Jahr avec les expériences et les observations précitées. En matière scientifique, il est important de citer ses auteurs et d'indiquer les sources, pour que le lecteur puisse apprécier la véracité et la valeur des faits. Je ne fais ici qu'un reproche touchant la forme, car je n'entends nullement contester la fidélité et l'exactitude de la pathogénésie de M. Jahr; elle n'est autre chose que le dépouillement ou le catalogue des symptômes fournis par les observations dont j'ai déjà parlé, et que j'ai analysées ou données moi-même. L'École hahnemanienne est d'autant plus intéressée à indiquer les sources où elle puise ses pathogénésies, qu'elle sait très-bien que ses adversaires traitent, la plupart du temps, tous ses travaux de rêveries hypochondriaques; il n'en serait point ainsi, si elle n'avait pas l'insigne maladresse, qu'on me passe le mot, de taire la plupart du temps les sources et les nombreux auteurs de toutes les Écoles auxquels elle s'est adressée pour confectionner et améliorer ses pathogénésies. Ainsi, elle ferait tomber bien des préventions aveugles et ignorantes et fournirait aux médecins studieux et indépendants de toute passion, de sérieux motifs de crédibilité.

J'estime cette École solidement établie sur le terrain de la loi de similitude; mais il n'en est point de même sur celui du dynamisme médicamenteux. Sans être disciple d'Hahnemann, je me rallie pourtant complétement à cette loi, et plus je l'étudie, plus je la trouve vraie et féconde en applications thérapeutiques. Il est fâcheux qu'elle ne soit pas mieux étudiée et démontrée dans tous nos traités de matière médicale. Que les disciples d'Hahnemann nomment cette loi, loi homœopathique, ou que M. le professeur Trousseau l'appelle loi de substitution, peu importe : le nom ne fait rien à la chose; les faits existent, qui en démontrent l'existence par l'étude comparative de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments. Je l'ai moi-même démontré dans un mémoire récent sur l'huile essentielle d'oranges amères, publié dans les nos 10 et 13 de ce journal (janvier 1854), en prouvant que le médicament le plus vulgaire, comme la feuille d'oranger, était soumis aussi à la loi de similitude.

Et maintenant, à côté de cette loi qui *n'explique pas*, mais qui *constate*, que deviennent toutes les explications que l'on donne dans notre École, si École il y a, sur le mode d'action des médicaments en général, et sur celui de l'ammoniaque en particulier?

Depuis quelque temps, nous avons pris en faveur les deux mots hypersthénisants et hyposthénisants. Ce sont deux beaux mots grecs inventés par l'École italienne. On en disait autant autrefois avec le *strictum* et le *laxum*, avec l'*acide* et l'*alcalin*, les *irritants* et les *tempérants*, etc. Les mots seuls ont changé, et les cadets ne valent pas mieux que les aînés.

Et pour ne parler que de l'ammoniaque, on soutient avec Giacomini qu'elle est hypersthénisante ; mais qu'on lise attentivement les quatre observations que j'ai citées, et ce sont là les seuls monuments véritables de l'action physiologique de ce médicament, n'y voit-on pas plutôt les caractères de l'hyposthénie? Est-il possible, du reste, de mesurer au thermomètre l'action multiple et très étendue de chaque médicament, pour en induire l'hyposthénie ou l'hypersthénie? Comment vouloir baser toute une classification de médicaments sur un caractère aussi variable, aussi minime que celui de la caloricité, de la sensation de frisson ou de la pâleur de la face? Mais il est des médicaments, comme l'aconit, qui présentent tout à la fois des symptômes d'hyposthénie et des symptômes d'hypersthénie ; et ceux qui n'accusent ni l'un ni l'autre, où les classer? Donc l'explication de l'action des médicaments par cette classification dichotomique est inacceptable.

Quant à l'ammoniaque, M. Delioux a proposé d'autres explications (*Archives génér. de médecine*, 1851). Il combat Giacomini, qui fait de l'ammoniaque un hypersthénisant : il y voit, lui, un hyposthénisant ; puis, il le considère tour à tour comme un irritant, un stimulant, un antispasmodique, un altérant et un neutralisant. Cette classification multiple atteste évidemment la polyphénoménie du médicament, et l'impossibilité formelle d'expliquer son action.

Enfin, MM. Duméril, Demarquay et Lecointe, dans leurs *Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des ammoniacaux,* Mémoire plus riche de travail que de résultats, finissent par attribuer au système nerveux la *réceptivité* thérapeutique de l'ammoniaque, et précisent même le système nerveux ganglionaire. Cette explication n'est qu'une pure ontologie : quel est le médicament qui n'est pas *reçu* par le système nerveux et même le système nerveux ganglionaire?

N'expliquons donc pas ce qui est et ce qui sera toujours inexplicable : toutes ces explications ne sont que de l'*inspiration* pure, pour me servir d'un mot récent, devenu célèbre. Contentons-nous de bien voir et bien observer les faits, et en matière de médicaments, d'étudier et de constater les résultats de leur action physiologique et thérapeutique. C'est là où il faut faire une statistique exacte ; car tout médicament est polyphénoménique, d'action très-étendue et variable suivant les doses et les individus. La loi de similitude sous la bannière de laquelle ils paraissent la plupart se ranger, n'est nullement une explication : ce n'est qu'un fait général, un rapport commun qui ressort naturellement de tous les faits particuliers.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. — M. A. UYTTERHOEVEN, *chirurgien en chef.*

De l'emploi du tannin dans un cas d'albuminurie coïncidant avec une hypertrophie du cœur,

Observation recueillie par M. HENRI VAN HOLSBEEK, *interne.*

Le 6 décembre 1853, Declerck (Marie), âgée de 41 ans, lymphatique, cuisinière, entra à l'hôpital. Elle fait remonter l'origine de sa maladie à deux mois, époque à laquelle les menstrues ont cessé de fluer.

Les symptômes observés sont les suivants : la peau est d'un blanc mat, rénitente, se laissant déprimer par une pression forte ; elle est douloureuse au toucher, et la dépression produite disparaît promptement. Céphalalgie, insomnie, syncope, palpitations du cœur, accablement extrême, dyspnée très-grande, toux, expectoration de crachats blancs, muqueux, peu abondants ; douleurs dans différents points du thorax, surtout à sa base et à la région précordiale.

Dilatation de la poitrine, moins sensible à l'application de la main ; les battements du cœur sont plus forts, la matité précordiale plus étendue que dans l'état normal, les bruits du cœur plus sonores. On observe, de plus, de la matité à la base du thorax, à droite et à gauche ; l'absence du bruit respiratoire à la base des deux poumons, du souffle broncho-hydrique, et une légère égophonie à droite.

Lèvres pâles, décolorées ; bouche mauvaise ; haleine fétide ; langue décolorée à sa pointe et à ses limbes, couverte d'un enduit blanc jaunâtre à sa base ; soif, anorexie, pesanteur épigastrique, coliques légères, selles plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Chaleur générale diminuée ; pouls petit, fréquent.

Urines peu abondantes, pâles, à peine odorantes, précipitant abondamment de l'albumine quand on les traite par l'acide nitrique.

On prescrit les diurétiques.

Tous les symptômes vont en s'aggravant, et il y a imminence d'une fin prochaine.

Sachant que le tannin jouit d'une action spécifique et arrête les hémorrhagies des divers tissus, nous pensâmes qu'il pourrait

bien prévenir le passage de l'albumine du sang par les reins; que, de plus, par la propriété qu'il a de diminuer la force et la fréquence des contractions du cœur, il conviendrait dans le traitement de l'hypertrophie de cet organe; nous nous décidâmes à tenter son administration.

Le 14 décembre, la malade prend 20 grains de tannin dans une potion.

Pour activer l'évacuation du liquide épanché, on prescrit le régime lacté et des frictions répétées, deux fois dans le jour, avec :

Infusi artemisiæ absinthii.	℔j.
Tinct. laur. camphoræ	℥j.
Alcool 30°	℥ij.

La potion est bien supportée.

La dose de tannin est augmentée tous les jours de 5 grains.

Le 30 décembre, la malade prend 40 grains de tannin. Amélioration notable : respiration facile, appétit, selles régulières, urines plus abondantes, moins albumineuses; anasarque sur le point de disparaître.

Le 5 janvier 1854, la malade prend 1 gros de tannin. Le moment paraît convenable pour prescrire un régime tonique et l'usage des pilules suivantes :

Pulv. scillæ	3ij.
Sulphatis ferri ad albidin. calcin. .	3ij.
Nitratis potass.	3s.
Olei anisi	gutt. xv.
Extr. gent.	Q. S.

Ut fiat mas. pilul. ex quâ formantur pilul. N° LX.

A prendre 10 pilules par jour.

Le 1er février, la malade entre en pleine convalescence. L'anasarque a complétement disparu; les urines ne contiennent plus qu'une très-faible quantité d'albumine.

Le 15, la malade se dit guérie et demande son *exeat*.

Les urines sont en quantité normale, bien qu'elles soient encore un peu pâles et faiblement odorantes; traitées par l'acide nitrique, elles ne donnent plus de précipité, ce qui porte à croire qu'elles ne contiennent plus d'albumine.

Les symptômes de l'affection organique du cœur sont en partie dissipés.

Cette observation nous a paru intéressante, au point de vue de la thérapeutique d'une maladie contre laquelle échouent la plupart des médications. Nous ne voulons pas, de ce fait unique, tirer des conclusions générales : notre but sera atteint si, en attirant l'attention des praticiens sur une médication nouvelle, nous les décidons à l'expérimenter de leur côté.

(*Journal de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Créosote.

M. Weber, chirurgien à Trueburg, a publié quatre observations de guérison de choléra sur des enfants âgés de moins de deux ans, en leur faisant prendre, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe d'une décoction de salep additionné d'une goutte de créosote par 100 grammes de décoction; les mêmes doses ont été employées avec succès chez un adulte.

(*Journ. des conn. méd. prat. et de pharm.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le fait suivant, constaté dans le dernier tableau du commerce extérieur, rédigé par les soins du Ministre de l'agriculture et du commerce, prouve jusqu'à quel point la question de l'élève des sangsues est digne de toute l'attention des agronomes et de l'administration. Le prix des sangsues à l'importation, qui, en 1849, était de 150 fr. le mille ou 15 c. pièce, a été, en 1853, de 240 fr., soit de 24 c. pièce.

— *Les écorcheurs germaniques.* — Sous le prétexte plus ou moins fondé, d'aller à la recherche de l'inconnu en physiologie, il y a en France un certain nombre de savants réels et une foule de satellites écorcheurs qui se livrent à l'écorchage des lapins, des chiens, des cochons d'Inde et autres martyrs de cette triste et cruelle manie de l'expérimentalisme. Il faut dire, toutefois, que nous sommes sous ce rapport bien inférieurs à nos voisins d'outre-Rhin, d'où nous est surtout venue cette déplorable manie, bien digne de l'attention de la Société protectrice des animaux, et peut-être justiciable de la loi que les généreux efforts de cette Société sont parvenus à faire édicter. La *Presse* reproduit l'extrait suivant d'une lettre adressée au journal la *Lumière*, et qui montre à quel excès est portée en Allemagne la boucherie scientifique. Si l'on songe que, dans cette boucherie, les animaux sont tués, non pas instantanément d'un coup de massue, mais lentement, en plusieurs jours ou plusieurs semaines, à l'aide de sections de nerfs, de perforations de viscères, d'injections caustiques et autres dans les vaisseaux et ailleurs, etc., etc., on comprendra l'urgence qu'il y aurait à mettre les véritables besoins de la science en harmonie avec les sentiments de compassion que devraient inspirer de malheureux animaux.

« On estime, dit la lettre en question, d'après un relevé fait avec le plus d'exactitude possible, que le nombre des animaux que la physiologie a enlevés à Vienne (Autriche), en 1850, 1851, 1852, s'élève à 56,000, — savoir : chiens, 26,000; — chats, lapins, 15,000; — grands mammifères, 5,000. — Ces animaux ont été ouverts autant pour recueillir les vers intestinaux que pour étudier les fonctions animales, etc. »

— Après avoir publié le projet de modifications dont est saisi le Conseil impérial de l'instruction publique, que le *Bulletin de thérapeutique* a bien voulu nous emprunter, l'honorable rédacteur de ce recueil ajoute :

« La conséquence de cette dernière mesure est la suppression des jurys médicaux, mais elle n'entraîne pas, *comme on l'a dit,* l'abrogation de la loi qui interdit aux officiers de santé de n'exercer la médecine que *dans un seul département.* Ces prochaines modifications doivent être l'objet d'un décret; or, *un décret ne peut abroger une loi.* »

Nous regrettons qu'avant de rectifier le *on dit,* lequel nous appartient en propre, l'honorable rédacteur du *Bulletin* n'ait pas fait un plus sérieux appel au jugement plein de rectitude qui le guide en général.

Il se serait convaincu :

1° D'abord qu'il y a décrets et décrets, et que certains décrets abrogent des lois, parce qu'ils sont eux-mêmes des lois. Nous accordons toutefois que les décrets dont seront l'objet les modifications en question, ne seront pas de ceux qui peuvent se substituer à une loi;

2° Qu'il n'y a pas de loi qui prescrive à un officier de santé de n'exercer que dans *un seul* département, mais seulement dans le département où il a été reçu; de sorte que, s'il avait été reçu dans 86 départements, l'officier de santé pourrait exercer dans toute la France, y compris la Corse;

3° Que, si l'on supprime les jurys médicaux pour les remplacer par des jurys examinant seulement dans les villes où existent des Facultés ou des Écoles préparatoires, il faut nécessairement, ou qu'on abroge la loi d'interdiction, ou qu'on interdise aux officiers de santé tous les départements non pourvus d'une Faculté ou d'une École préparatoire, c'est-à-dire à peu près les trois-quarts. Nous ne pensons pas que notre honorable confrère veuille attribuer cette dernière intention au gouvernement;

4° Enfin, notre honorable contradicteur, une fois convaincu des trois propositions qui précèdent, se serait probablement dit que l'administration, ne pouvant ignorer qu'un décret (comme celui dont il est question) ne saurait abroger une loi, a sans doute fait examiner par des jurisconsultes si la mesure qu'elle se proposait de prendre était possible. C'est, en effet, ainsi que l'administration a procédé, et des jurisconsultes plus expérimentés que nous, et même que M. Debout, ont répondu de façon à autoriser la mesure que nous avons annoncée. Si donc cette mesure est prise, comme cela est très-probable, les officiers de santé pourront, à l'avenir, exercer dans tous les départements.

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 80. 2e année. Jeudi 6 Juillet 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 5 Juillet 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 26 Juin.

Nous savions que signaler à M. Thénard un oubli, c'était en obtenir d'avance la réparation, et nous étions certain que, dans le futur travail qu'il s'est proposé de rédiger pendant la prochaine saison des eaux, l'illustre savant ne manquerait pas de mentionner le premier pas qu'avaient fait plusieurs savants, et notamment MM. Chevallier et Gobley, dans la voie que M. Thénard vient d'étendre. Le scrupuleux, nous devrions presque dire le chevaleresque académicien, n'a pas voulu attendre aussi longtemps, et dès le lundi qui a suivi la publication de nos lettres, il est venu rendre à ses prédécesseurs la justice qu'ils méritent. Il a fait plus encore : dans la dernière moitié de sa communication, que nous rapportons, il est venu faire part à l'Académie d'un projet qu'il avait dans le temps soumis à M. de Martignac et qui avait été mis à exécution par ce Ministre éclairé dont l'administration et tous les hommes d'intelligence ont conservé un si bon souvenir.

Ce projet, M. Thénard le signale aujourd'hui à la sollicitude du gouvernement; nous ne pouvons que joindre notre faible voix à la sienne. Disons de plus que ce projet avait en quelque sorte été repris à nouveau et sur une plus vaste échelle par M. Dumas, lorsque ce savant institua, pendant son passage au ministère, une commission pour rédiger un annuaire des eaux de la France. Après le départ de M. Dumas, cette commission tomba en langueur, par des raisons extra-scientifiques; cependant elle n'a jamais cessé de fonctionner complétement; elle a récemment publié un deuxième fascicule de recherches, et tout permet d'espérer que si M. Dumas veut user avec persévérance de l'influence légitime qu'il peut avoir, le vœu de M. Thénard, qui est celui de la science, sera accompli sous peu d'années.

Terminons ces courtes remarques en citant le passage suivant du livre d'un médecin distingué, M. le docteur Lhéritier, médecin inspecteur des eaux de Plombières, qui prouve que l'action de l'arsenic n'avait pas non plus échappé à tous les thérapeutistes, avant les savantes investigations du célèbre professeur Thénard.

H. de Castelnau.

.... Mais c'est surtout de l'action thérapeutique de l'arsenic, employé isolément contre les maladies nerveuses en général, que nous pouvons déduire *l'action altérante élective* dont il est le principe dans les eaux de Plombières. Quelles maladies guérit-il? D'abord, la fièvre intermittente, dont plusieurs patho-

FEUILLETON.

Mémoire sur la digitaline et la digitale

de MM. Homolle et Quevenne.

Le Mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitaline et la digitale n'est pas une simple brochure, mais bien un livre de près de 400 pages in-8°. Ce n'est pas non plus la compilation des divers Mémoires que ces auteurs ont présenté antérieurement à la Société de pharmacie et à l'Académie de médecine, avec les rapports de ces Sociétés à la suite; c'est plus que cela, c'est un livre parfaitement bien pensé, riche de recherches, d'analyses exactes, d'observations consciencieuses et de déductions toujours logiques. Bien différent de ces élucubrations de notre siècle qui tombent dans l'oubli aussitôt qu'elles ont vu le jour, ce livre restera; il fera époque dans la science, et tous nous voudrons le lire et le consulter.

Les premiers travaux des auteurs sur la digitaline, remontent au mois de décembre 1837. Ils ont été repris au mois de juin 1840, et ce n'est qu'à la fin de décembre 1844, après quatre concours successifs, que la Société de pharmacie décerna au docteur Homolle le prix de mille francs, qu'elle avait voté pour la découverte du principe actif de la digitale.

C'était beaucoup sans doute d'avoir découvert la digitaline et d'en avoir étudié les propriétés, MM. Homolle et Quevenne eussent pu s'en tenir là; mais *noblesse oblige*, et, pour répondre, comme ils le disent, aux objections des personnes mêmes les plus convaincues de l'importance de cette découverte, les auteurs durent rechercher quels étaient les autres corps qui accompagnent la digitaline dans la digitale; s'assurer si la digitaline représente bien, à elle seule, l'action sédative et diurétique de la digitale, ou s'il n'y a pas, parmi les corps qui entrent dans la composition de la plante, certains d'entre eux qui contribuent plus ou moins à cette double action. Il fallait qu'ils démontrassent que ce principe immédiat, d'une fixité constante, est toujours identique à lui-même. Enfin, il n'était pas moins important de prouver, une fois de plus encore, que l'énergie de ce produit, loin d'être un obstacle à son introduction dans la thérapeutique, était au contraire un bienfait, car, au lieu d'avoir à ingérer une masse de substance toujours trop considérable lorsqu'il s'agit de médicaments, le malade n'a à avaler *qu'un granule*, et il est tout aussi aisé au médecin de prescrire par milligramme que par gramme, ou multiple de celui-ci.

Quelques chimistes prétendaient encore que la digitaline, principe amorphe, pouvait ne pas être un produit pur, et qu'il serait possible de le débarrasser de quelque corps retenu en combinaison, et de l'obtenir par suite avec des propriétés nouvelles et mieux définies.

De toutes ces objections, plusieurs ne sont que spécieuses, et ceux qui sont familiarisés avec les difficultés de ces questions à la fois chimiques et médicales, comprendront aisément que le seul point véritablement impor-

logistes placent le siége dans l'appareil cérébro-spinal et ganglionnaire. Ensuite viennent les maladies chez lesquelles la *racine* nerveuse n'est pas douteuse. Ce sont des névralgies périodiques, des tics douloureux de la face, quelques espèces de migraines, des angines de poitrine, des asthmes, des coqueluches, puis des hauts spasmes, des épilepsies, des chorées, des tétanos, etc., toutes maladies, en un mot, dont nous plaçons habituellement le siége dans les centres nerveux.

Il ne faut pas s'étonner que nous concentrions pour ainsi dire l'action altérante de l'arsenic sur le système nerveux; car en admettant, et nul ne peut le nier, qu'un médicament absorbé et porté dans le torrent de la circulation, cause des changements chimiques dans la masse des liquides, nous sommes cependant forcés de placer les effets *ultimes* de ce médicament sous la dépendance du système nerveux, à moins qu'on ne suppose, chose impossible, que les modifications survenues dans la sécrétation soient tout à fait indépendantes du principe vital?

En résumé, l'eau de Plombières et l'arsenic, expérimentés isolément, agissent à la manière des *médicaments altérants.* Si ce simple rapprochement n'implique pas une parfaite similitude d'action, il permet, du moins, d'en soupçonner la possibilité, et ce soupçon ne présente rien d'étrange à l'esprit de celui qui se reporte à l'analogie existante entre les maladies guéries par nos eaux, considérées comme médicament composé, ou par l'arsenic, étudié à l'état de médicament simple.

Dans tous les cas, si l'on se refuse à croire avec nous que l'arsenic contenu dans les eaux de Plombières, soit par le principe de *propriétés altérantes électives,* si l'on ne veut pas non plus que ces eaux lui doivent leurs vertus *altérantes générales,* si l'on se croit mieux fondé à les faire résider exclusivement dans leur température, dans leur composition mixte, ou dans quelque autre principe insaisissable, sinon imaginaire, on nous concédera, du moins, que ce médicament énergique possède par lui-même des propriétés bien capables de seconder ces eaux dans l'action *altérante générale* qu'elles possèdent, et que tous les thérapeutistes leur ont reconnue (*Clinique médicale des eaux de Plombières*, p. 91 et suiv.).

Ne pouvant publier aujourd'hui le discours de M. Velpeau, nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro l'appréciation de la séance de l'Académie de médecine, qui a été presque entièrement occupée par le savant professeur.

Hôpital Lariboissière. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur l'altération des liquides dans les maladies.

(*Suite. Voir le n° 74.*)

Diminution de la fibrine.

Le chiffre de la fibrine peut être considérablement diminué, ou bien cet abaissement peut être léger.

A. Diminution considérable de fibrine. — Lorsque la diminution est considérable, elle est comprise entre les chiffres 1,5 et 0,8; elle se rencontre dans des affections aiguës et dans des affections chroniques.

Parmi les maladies aiguës, nous mentionnerons en première ligne la fièvre typhoïde; toutefois, ce n'est pas au début de la maladie qu'on remarque cette diminution dans la proportion du chiffre de la fibrine, mais à mesure que la maladie se prolonge, et spécialement dans la forme adynamique. Cet abaissement peut être porté très-loin, puisque dans un cas, il était à 0,8.

Il se remarque aussi dans cet état particulier qu'on a désigné sous le nom d'état typhoïde, état qu'on rencontre dans une multitude de maladies, et qui, vous le savez tous, en rend le pronostic toujours plus grave.

A l'état chronique, on trouve le chiffre de la fibrine diminué dans le scorbut, dans l'état scorbutique, qui survient par complication, dans les maladies chroniques, et en particulier dans les cachexies paludéennes, les cachexies mercurielles.

B. Diminution peu considérable de fibrine. — Dans ce cas, le chiffre de la fibrine oscille entre 2,5 et 1,5. On le rencontre: 1° chez les individus qui restent pendant longtemps sans alimentation, ou qui ont une alimentation insuffisante; 2° chez les fébricitants, toutes les fois que la fièvre se prolonge. Dans la cachexie, c'est plutôt une diminution légère, surtout dans les maladies du cœur à la seconde période.

Du reste, que la diminution de la fibrine soit produite d'une manière aiguë ou chronique, elle se traduit au dehors par un phénomène qui lui est propre: c'est la tendance à la production d'hémorrhagies par diverses voies. Car en même temps que la fibrine diminue de quantité, souvent aussi elle est altérée dans ses qualités; sa consistance est diminuée; elle se coagule moins facilement et permet une libre filtration des globules à travers les parois vasculaires.

C'est ce que nous remarquons, par exemple, dans le scorbut, et en particulier dans celui qui affecte une marche aiguë: peut-être en est-il de même aussi dans le scorbut chronique, mais nous n'avons pas d'expériences sur ce point.

Dans le choléra, où le sang a la consistance d'une gelée de

---

tant à établir, était de bien préciser la similitude d'action de la digitaline et de la digitale sur l'économie.

Quoi qu'il en soit, MM. Homolle et Quevenne, dominés par la volonté de n'introduire dans la thérapeutique qu'un médicament bien étudié, ne se sont pas appliqués seulement à cette comparaison; ils se sont remis à l'œuvre, ont varié leurs procédés, multiplié à l'infini leurs expériences, étudiant leur nouveau produit dans ses rapports physiologiques et chimiques, ils n'ont laissé aucune question indécise et ont détruit jusqu'à la dernière des objections qui leur avaient été faites. C'est ainsi qu'ils ont été amenés à publier tout un volume comme je vous le disais en commençant.

Ne nous en plaignons pas; la science y aura gagné, et les auteurs seront suffisamment récompensés de leurs travaux, car ils auront fait une œuvre méritoire dont nous leur serons les premiers reconnaissants.

Ce livre se divise en deux grandes parties: la première, *partie chimique et pharmaceutique*; la deuxième, *partie physiologique et thérapeutique*.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire les différents modes d'extraction de la digitaline. On la retire ordinairement de la poudre des feuilles desséchées de la digitale. MM. Homolle et Quevenne l'ont extraite encore, mais dans de très-minimes proportions, et dans un état de pureté infiniment moindre, du suc de la plante fraîche, de la racine, des semences, et aussi de l'extrait aqueux de la digitale. Vous connaissez les caractères physiques et chimiques de ce principe immédiat; je ne crois pas utile de les reproduire. Mais une chose essentielle à bien déterminer, dans un médicament qui agit à dose aussi fractionnée, c'est le moyen d'en assurer la *qualité* et l'*identité*. L'énergie de la digitaline se reconnaît à l'intensité de son amertume. Pour apprécier son degré de pureté, les auteurs ont proposé la *méthode de dilution,* qui consiste à dissoudre une quantité donnée de digitaline dans une minime proportion d'alcool que l'on étend d'eau jusqu'à disparition entière de la saveur amère. Un centigramme de digitaline pure exige 2 litres d'eau pour arriver à la disparition de son amertume, autrement dit, 5 centigrammes demanderont 10 litres d'eau.

Si donc, au lieu de 10 litres, on trouvait, en répétant cette expérience si facile à faire, qu'il n'en fallût que 5 pour faire disparaître l'amertume, on en conclurait que la digitaline est de moitié moins pure, et ainsi serait fait pour une digitaline qui n'aurait qu'une amertume de 2, de 3, de 4, etc. Ce mode d'essai n'est pas nouveau; on s'en est servi depuis longtemps, pour apprécier la qualité de l'eau de fleurs d'oranger, et M. Personne, dans son travail sur les extraits, l'a employé avec avantage, pour apprécier la qualité comparative des extraits retirés de certaines teintures très-amères, comme celles d'absynthe, de gentiane, de rhubarbe, etc.

Par ce moyen, les auteurs ont pu constater des différences très-grandes entre des digitalines de provenances diverses, qui, goûtées pures, semblaient avoir une amertume également intense. Mais, ne vous y trompez

groseilles, la fibrine est certainement altérée dans ses qualités et profondément modifiée. C'est ainsi que dans nos expériences, nous n'avons pu obtenir la fibrine par le battage et la filtration, mais seulement par expression du sang : la fibrine que nous avons obtenue par ce moyen était molle et visqueuse ; mais à mesure que la réaction s'opère, cet élément reprend ses qualités premières.

D'après M. Magendie, la fibrine s'altère par le fait seul de la saignée, elle devient plus molle et moins coagulable. Nous ne prétendons pas contester les résultats obtenus par ce physiologiste; mais nous ferons remarquer qu'il a fait ses expériences sur des animaux, et que sur l'homme un pareil résultat n'arrive jamais. D'après M. Andral, la fibrine qu'on voit se former dans les phlegmasies, serait moins coagulable que la fibrine normale; il n'est pas démontré que les choses se passent toujours ainsi, et nous avons observé bon nombre de faits contraires à l'opinion de l'honorable professeur. Cet élément du sang ne nous paraît en aucune manière influencé par la saignée, il reste ce qu'il était avant, c'est-à-dire sous l'influence de la maladie et en rapport avec sa nature et son intensité.

DEUXIÈME LEÇON.

Des globules.

Messieurs, nous ferons, dans cette Leçon, l'histoire clinique des globules; cependant, avant d'entrer en matière, je vous indiquerai rapidement les procédés à l'aide desquels vous pourrez reconnaître le poids de cet élément du sang, comme je l'ai fait dans la première Leçon, pour la fibrine. On s'est exagéré beaucoup les difficultés de cette analyse ; mais vous allez voir qu'elles sont moindres qu'elles ne le paraissent au premier abord. Avant tout, il faut admettre comme vraie une hypothèse qui ne l'est pas, c'est que les globules sont anhydres. Mais en définitive, comme la même supposition se trouvera dans tous les cas, s'il y a une erreur, elle sera la même partout et les lois n'en seront pas moins vraies. Pour extraire les globules, le seul procédé exact est le suivant : On dessèche 100 grammes de sang défibriné ; on en prend le poids avant et après la dessiccation ; on dessèche aussi 100 grammes de sérum isolé de ce même sang, on en prend également le poids avant et après la dessiccation, et le raisonnement et le calcul suivant permettent de déduire le poids exact des globules supposés anhydres.

En supposant les globules anhydres, il faut attribuer l'eau tout entière aux parties solides du sérum. Supposons donc des chiffres :

100 grammes de sang défibriné renferment 20 grammes de parties solides, 100 grammes de sérum en contiennent 8. Pour savoir donc combien il y a de parties solides du sérum dans les 20 grammes de sang défibriné et desséché, il n'y a qu'à faire la proportion suivante :

$$100-20=80:x::100-8=92:8$$
$$\text{ou } 80:x::92:8$$
$$\text{d'où } x=6,9$$

Sur les 20 parties de sang défibriné et desséché, il y a donc 13 1/10 de globules et 6 9/10 de parties solides de sérum et, rapportant le tout à 1000,131 de globules et 69 parties solides du sérum.

2ᵉ *procédé*. — Il est approximatif et repose sur la densité. Des expériences préliminaires m'ont démontré : 1° que la densité du sérum ne dépasse presque jamais 1035 à 1040 ; 2° que chaque augmentation de la densité, à partir de 1000, correspond à une augmentation de 3/000 ou 3 grammes sur 1000 de parties solides du sérum. D'un autre côté, les analyses m'ont démontré que la densité du sang défibriné ne dépasse pas 1065 et que chaque degré d'augmentation correspond à 4gr7 sur 1000 grammes de sang.

Partant de là, on détermine la densité du sang et du sérum et on en déduit la composition.

Voici un exemple chiffré : Supposez que la densité du sérum ait donné 1030 et la densité du sang défibriné 1060 ; examinons quelle est la composition de ce dernier. On commence par déterminer le sérum 1060 correspondant à 3×30 ou 90. Maintenant pour 1060, il faut commencer par retrancher les 1030 correspondant au sérum, le reste est pour les globules; il en reste 30. Le poids des globules est donc $30\times4,7$; c'est encore 131 de globules.

Pour déterminer la densité, il y a deux procédés : le premier, le plus exact, irréprochable, consiste à prendre la densité à l'aide du flacon à densité, successivement pesé vide, plein d'eau distillée, plein de sérum, plein de sang fibriné, le tout à la même température. Le deuxième procédé, moins exact, est plus commode pour le médecin ; il consiste à se servir d'un densimètre bien gradué, qui, par sa seule immersion, donne la densité des liquides.

Enfin, un dernier moyen d'obtenir les globules a été préconisé par M. Figuier ; il consiste à prendre du sang frais et privé de fibrine, à délayer ce sang avec trois ou quatre fois son volume d'une solution saturée de sulfate de soude et à filtrer ; mais ce procédé a le désavantage d'être à peu près impraticable : la matière est très longue à filtrer et se dessèche sur le filtre.

Tels sont, messieurs, les divers procédés mis en usage pour connaître la quantité des globules contenus dans le sang. Le plus simple d'entre tous est, comme je vous le disais tout à l'heure, le procédé du densimètre ; il ne donne pas une exactitude rigoureuse, mais seulement un à peu près qui pourra toujours vous suffire.

---

pas, messieurs, il convient, pour bien faire, de s'entourer de quelques précautions ; il est indispensable : 1° d'avoir un échantillon type ; 2° d'opérer par comparaison avec cet échantillon ; 3° et de goûter plusieurs fois les diverses solutions, à des intervalles très-longs, à des heures éloignées des repas, et surtout le matin, lorsque le sens du goût n'est pas encore émoussé.

Les divers principes autres que la digitaline, retirés de la digitale sont : 1° la *digitalose*, qui est très-abondante dans la plante ; 2° le *digitalis*, que M. Kosmann faisait connaître en 1846, en même temps que MM. Homolle et Quevenne, et 3° la *digitalide*.

Ces trois principes se classent, avec la digitaline, parmi les substances neutres. Viennent ensuite quatre acides désignés sous les noms de *digitalique*, d'*antirrhinique*, de *digitaléique* et de *tannique*. On trouve aussi dans la digitale, comme dans toutes les plantes herbacées, de l'amidon, du sucre, de la pectine, de la chlorophyle, etc., etc. Ces différents principes sont inertes ou à peu près ; je ne vous les cite que pour mémoire : ils n'ont aucun emploi thérapeutique.

Je vous ai dit, dans une autre circonstance, que les extraits aqueux et alcooliques de la digitale étaient des préparations infidèles ; que la teinture éthérée n'agissait le plus souvent que par son véhicule ; que la teinture alcoolique pouvait varier dans son efficacité, en raison du degré de l'alcool que l'on avait employé pour la préparer. Reste, en fin de compte, comme vous voyez, la poudre de la feuille desséchée de digitale. Tous les thérapeutistes et les pharmacologistes la regardent comme la meilleure des préparations de la digitale.

C'est aussi l'avis des auteurs de ce Mémoire, qui, naturellement, sont arrivés à faire l'examen comparatif de cette poudre avec la digitaline, et arrivent ensuite à poser et à résoudre cette question capitale, celle qui domine tout dans l'histoire de la digitaline : *Ce principe offre-t-il sur la digitale un avantage marqué? doit-il lui être préféré pour l'usage médical?*

Vous savez quelle importance on doit attacher au choix de la plante ; ses propriétés varient selon le climat et le terrain où elle a pris naissance, l'âge et la saison où on l'a récoltée, etc. Son mode de dessiccation et de pulvérisation influe également sur sa qualité. MM. Homolle et Quevenne ont examiné et pesé toutes ces circonstances avec le plus grand soin.

Ils ont fait choix de plusieurs échantillons représentant à peu près toute la digitale qui se trouvait sur la place de Paris. Ces échantillons, parfaitement desséchés, pulvérisés et passés au tamis de soie, ont été distingués par sept lettres, *A*, *B*, etc., et voici ce qu'ils ont reconnu :

Classés d'après l'intensité de la couleur verte, les sept échantillons de digitale pulvérisée se sont subdivisés ainsi :

La première classe comprenait une seule des poudres, celle de la digitale triée, pulvérisée au 6/7, et considérée par eux comme type. Dans

Dans l'état physiologique, la quantité des globules contenus dans le sang est extrêmement variable ; il n'y a pour ainsi dire rien de fixe dans les proportions de cet élément du sang. Chaque individu à l'état sain a une somme de globules qui, chez tout autre, serait un cas pathologique, de même qu'on voit les battements du cœur, le pouls, varier dans des chiffres très-éloignés chez des individus différents et actuellement jouissant de la meilleure santé. Aussi, il n'y a pas là, comme pour la fibrine, la moyenne à donner en tant que moyenne absolue : à l'état normal, on rencontre 120, 130, 140 ; cependant, si l'on voulait absolument avoir une moyenne, on aurait 140 chez l'homme, 127 chez la femme. Les oscillations à l'état physiologique sont donc très-grandes, et l'observation nous a montré qu'entre 120 et 150, la somme des globules n'a rien de pathologique. Un dernier fait important à connaître, c'est que les globules ne sont en aucune façon influencés par les autres éléments du sang : ils en sont tout à fait indépendants ; tandis qu'au contraire l'albumine et la fibrine sont, l'une vis-à-vis de l'autre, dans une espèce de dépendance qui fait que les modifications de l'une sont répercutées sur l'autre.

Je vous disais donc, messieurs, que les globules varient de 120 à 150, mais ces variations sont certainement influencées par les conditions où se trouve tel ou tel individu ; c'est ainsi qu'une alimentation riche, fortement azotée, élève les globules, tandis que la condition contraire les diminue ; que, chez les lymphatiques, la moyenne est moins élevée ; que, pendant la menstruation, la moyenne est moins forte que quand elle n'est pas encore établie ou qu'elle a cessé ; que l'âge, enfin, a peut-être aussi une certaine influence, car, d'une manière générale, les globules sont moins abondants dans l'enfance que dans la vieillesse.

Dans la grossesse, qui n'est cependant pas un état pathologique, la diminution des globules peut être énorme ; cette diminution se fait graduellement, et d'une manière incessante, jusqu'à l'accouchement, et c'est à peu près au chiffre 100 que ce principe arrive à cette époque. La grossesse est un état physiologique ; mais les modifications du sang sont tellement notables qu'à chaque instant la maladie est sur le point de se développer, et que la plus légère impulsion la fait éclater. La grossesse est une véritable imminence morbide.

Par opposition à la variation des globules dans des limites extrêmement éloignées à l'état sain, nous rencontrons des états pathologiques où l'élément globulaire reste normal, comme, par exemple, dans beaucoup de maladies aiguës légères et d'affections nerveuses, de maladies chroniques dont les effets sont peu tranchés, ou qui n'ont pas lésé les organes essentiels à la vie. Il en est encore ainsi dans plusieurs affections cérébrales.

État pathologique. — Dans beaucoup de maladies, les globules s'élèvent ou ils diminuent.

Augmentation des globules (au-dessus de 150). — Cette augmentation est très-rare. On la remarque dans certains cas de pléthore, mais pas dans tous ; car, le plus souvent, les globules occupent seulement les limites supérieures que nous avons assignées. Cela vous surprend, messieurs ; vous êtes habitués, depuis les belles recherches de MM. Andral et Gavarret, à entendre dire que, dans la pléthore, il y a augmentation des globules ; il n'en est rien le plus souvent. quand je vous ferai l'histoire de la pléthore, je vous dirai pourquoi ces observateurs se sont trompés, quoiqu'ils aient bien observé.

Enfin, les globules augmentent parfois à la suite d'excès, de fièvre éphémère, d'ictère simple chez des individus non pléthoriques ; ils augmentent chez les paraplégiques, dont l'alimentation est conservée ; dans le choléra, mais là l'élévation des globules n'est que relative, elle tient à la diminution de l'eau ; enfin, on voit parfois les globules augmenter sans cause appréciée, mais cela est rare.

Diminution des globules.

Si l'augmentation des globules est un fait rare à l'état pathologique, il n'en est pas de même de la diminution, qui est un fait très-fréquent. Pour l'étudier, nous établirons trois degrés :

1er degré, entre 100 et 120 ;
2e degré, entre 80 et 100 ;
3e degré, au-dessous de 80.

A. Diminution légère (chiffre compris entre 100 et 120). C'est l'anémie commençante. — Les accidents qui sont la conséquence de cette diminution sont les suivants : débilité musculaire légère, et des fonctions digestives ; pâleur de la face ; constipation, palpitations, essoufflement ; pas de bruits cardiaques. Cette anémie légère est très-fréquente : on la rencontre chez les individus convalescents de maladies aiguës qui ont présenté un certain degré d'intensité ; chez les personnes qui sont soumises à la diète ; à la suite d'une perte de sang, sous l'influence de l'emploi répété des purgatifs, d'une diarrhée abondante, d'un flux urinaire très-considérable, d'une suppuration très-longue ; toutes les fois, en un mot, qu'il y a une évacuation considérable. On voit encore ces premiers symptômes d'anémie apparaître dans les affections du cœur, quand la peau prend une coloration jaunâtre ; dans certaines maladies nerveuses, bien qu'il n'y ait ni affection organique, ni suppression de l'alimentation, comme dans l'hystérie, dans toutes les cachexies, les diathèses.

B. Diminution médiocre des globules (chiffres entre 80 et 100). — Cette modification du sang se traduit par les mêmes symptômes que ceux que nous avons notés tout à l'heure ; seulement ils sont plus tranchés. La peau est pâle, légèrement jaunâtre ; il y a des palpitations, de la dyspnée, de la courbature,

---

une deuxième catégorie, se rencontraient quatre échantillons à peu près égaux ; les deux derniers étaient tout à fait inférieurs, à en juger par l'aspect.

Dans un deuxième classement, d'après le procédé de Halken, qui consiste à apprécier la qualité d'une digitale par le trouble plus ou moins grand produit dans l'infusion par le soluté de cyanure ferroso-potassique, ils ont trouvé : dans la première classe, cinq digitales *ex æquo ;* dans la deuxième classe, une digitale ; dans la troisième classe, une digitale.

Le troisième classement, d'après le dépôt formé spontanément dans l'infusé aqueux de digitale, a fourni : dans la première classe, deux digitales ; dans la deuxième classe, quatre digitales, dans la troisième classe, une digitale.

Ces trois essais concordent seulement sur deux points : une des digitales est toujours placée sur la première ligne ; une autre se trouve toujours la dernière. Pour les autres, il n'y a vraiment pas la moindre concordance.

Déjà vous pouvez juger de la difficulté de reconnaître une bonne d'une mauvaise digitale ; ce n'est pas tout encore, et vous serez suffisamment édifiés lorsque je vous aurai exposé les essais d'appréciation de la digitale d'après l'action physiologique.

On a administré à des chiens de la poudre de digitale provenant de ces mêmes échantillons, jusqu'à produire des vomissements, et après avoir constaté auparavant qu'il suffisait de 25 milligrammes de digitaline pour faire vomir un chien, on s'est assuré qu'il ne fallait pas moins de :

1,20 de digitale *A ;*
2,00 de digitale *F, B ;*
2,50 de digitale *D,*

pour parvenir au même résultat.

Il ressort de cette série d'expérimentations :

1° Que la digitale *D,* classée la dernière par les autres procédés, s'est montrée cent fois moins active que la digitaline ;

2° Que la digitale *A* (de qualité supérieure et exceptionnelle) a paru moitié plus active que la précédente, et par conséquent, cinquante fois moins que le principe pur ;

3° Enfin, que les digitales *B* et *F,* comparées à la digitale *A,* sont, pour l'énergie, comme 6 est à 10 ; ou en d'autres termes, que 6 grains de digitale *A* représentent 10 grains de l'une des deux autres.

Je vous ai rapporté tous ces essais pour mieux vous faire comprendre combien il est difficile de faire un beau choix parmi ces digitales de provenances diverses et d'âges différents, qui ont toutes, cependant, le même aspect et à peu près la même odeur. Vous savez combien il importe aux médecins d'avoir un médicament toujours identique. Vous voyez la différence qui, sous ce rapport, sépare la digitaline de la digitale : votre choix ne saurait plus être douteux. Je ne suivrai pas plus avant les auteurs dans

des accidents nerveux de diverses natures, et spécialement du côté du tube digestif, de la céphalalgie. A cette époque aussi apparaissent des bruits vasculaires intermittents dans les carotides, il n'y a jamais de souffle continu; rarement aussi le souffle se propage à d'autres artères.

Les causes qui donnent lieu à cette diminution du chiffre des globules sont fréquentes et nombreuses : ce sont les mêmes que celles que nous avons énumérées en parlant de la diminution légère, seulement elles sont exagérées.

Toutefois, nous devons signaler, comme causes plus particulières en première ligne, la chlorose, puis les accidents paludéens, enfin les maladies organiques du cœur avancées, la maladie de Bright et la dernière période des maladies chroniques.

C. Diminution considérable des globules (chiffres au-dessous de 80). — Les conséquences de cette altération sont : la pâleur de la peau, qui devient verdâtre, de la dyspnée, des palpitations, des douleurs musculaires, des vertiges, etc. La syncope est un symptôme fréquent; les battements du cœur sont fréquents et précipités. Le cœur présente un bruit de souffle au premier temps et à la base. Un bruit intermittent se remarque dans les carotides, un souffle continu dans les veines. Plusieurs personnes ont prétendu qu'à cette époque les extrémités inférieures peuvent s'infiltrer; il n'en est rien : l'hydropisie tient à une altération de l'albumine; jamais à une diminution des globules.

Que dire des causes qui amènent cette modification? Ce sont les mêmes que celles que j'ai déjà énumérées; je n'y reviendrai pas.

Quant au traitement à employer lors de cette diminution globulaire, il doit consister dans les ferrugineux, à moins de contre-indication. L. PERRET, *interne des hôpitaux;* MAURIN.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Juillet 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Spécifique contre le choléra, par M. Chevalier, pharmacien à Amiens;

2° Echantillons de *sirops iodhydriques* et d'*iodhydrate,* par M. Galy, pharmacien;

3° Mémoire sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. Jobert, médecin à Guyonvelle;

4° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Balme du Garray, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy; — *id.* par M. Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol;

5° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Note sur la transmission de l'épidémie cholérique, par M. A. Legrand, médecin à Paris.

Vaginite.

M. de Tournemire, médecin à Creteil, adresse un porte-mèche et une mèche vaginale destinés à faciliter le traitement local de la vaginite.

Variole.

M. Delaporte, médecin de l'hospice de Vimoutiers (Orne), adresse un Rapport sur la variole et la vaccine dans le canton de Vimoutiers.

DISCUSSION SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. Gibert. — Messieurs, tout en reconnaissant pleinement que le rapporteur était dans le droit et dans la logique en restreignant au sujet précis du Rapport sa première conclusion, je me propose, en partant d'un point de vue plus général, de demander qu'elle soit plus étendue, plus développée, et pour cela il me suffira d'y ajouter seulement quelques mots.

Sans doute, vous avez tous été frappés, comme moi, de l'argumentation solide et pour ainsi dire *anatomique* de notre laborieux collègue, M. Huguier, de la discussion éminemment pratique de M. Hervez de Chégoin, du discours circonscrit avec soin dans les limites étroites du sujet qui est particulièrement en question, prononcé par M. le professeur P. Dubois, ainsi que de la réplique de M. Cazeaux.... Et cependant, vous n'avez pu vous empêcher, comme moi, d'applaudir à l'argumentation brillante du professeur Malgaigne, qui n'a pas craint, lui, d'envisager dans toute son étendue la question des *maladies utérines,* déjà traitée en 1849 dans cette enceinte.

Eh bien! sans vouloir rentrer d'une manière pour ainsi dire subreptice dans cette question qui n'a pu cette fois être mentionnée qu'incidemment, je demande la permission d'en dire quelques mots à l'appui de la légère et toutefois importante addition que je propose de faire à la première conclusion du savant et judicieux Rapport de notre honorable collègue, M. Depaul.

La discussion de 1849, comme celle de 1854, a prouvé que la plus grande divergence d'opinions pouvait se produire entre les hommes les plus éminents et les plus éclairés, même à l'occasion de lésions matérielles appréciables à la vue et au toucher.

Les *déviations* de l'utérus, à peine mentionnées dans la discussion académique de 1849, et contestées à cette époque ou même niées par quelques-uns de nos collègues, du moins comme espèces pathologiques engendrant le cortége de symptômes signalés chez un si grand nombre de femmes.... sont devenues le point culminant de la discussion de 1854.

Or, si nous nous rappelons l'importance prédominante attachée tour à tour, depuis une trentaine d'années, par divers chirurgiens, d'abord à la *métrite* chronique, puis aux *ulcérations* du col de l'utérus, un peu plus tard aux *engorgements* du col et même du *corps* de la matrice, aux *granulations* de la face interne....; enfin, en dernier lieu, aux *déviations* de l'organe, on peut prédire que ces dernières n'occuperont pas longtemps non plus le rang élevé où l'on s'est efforcé de les placer dans la pathologie utérine.

D'autre part, si l'on réfléchit aux graves et désastreuses conséquences qui suivent dans la pratique ces théories étiologiques plus ou moins

---

leurs essais comparatifs quant à l'action de la digitaline et de la digitale sur la circulation et sur les reins, et je vous renvoie au parallèle entre ces deux produits, qu'ils ont si bien établi et si nettement formulé à la fin de la première partie de leur Mémoire.

J'aborde à présent la partie physiologique et thérapeutique du Mémoire sur la digitaline et la digitale. Cette deuxième partie ne vous offrira pas moins d'intérêt que la première.

De tous les effets que produit la digitale, le plus remarquable est celui qu'elle imprime à la circulation. Il n'a pas fallu moins de 250 ans pour arriver à la constatation de ce phénomène physiologique. C'est en 1535 que la digitale a été employée pour la première fois en médecine, et jusqu'en 1770 tous les observateurs n'avaient reconnu dans cette plante que des propriétés éméto-cathartiques.

En 1775, le docteur Withering signale le premier le ralentissement du pouls en même temps que la diurèse après l'administration de la digitale. Plus tard, Hamilton, Darwin et quelques autres démontrent ses propriétés hydragogues. Beddoes vient ensuite et vante les succès de la digitale dans les affections tuberculeuses du poumon et dans les fièvres intermittentes. Corrignan et Crampton disent avoir guéri l'épilepsie par ce moyen et le docteur Currie assure avoir obtenu plusieurs guérisons de manie aiguë avec cette même plante, etc., etc.

Après être restée si longtemps ignorée, la digitale finit donc par opérer des prodiges. On l'applique à tout, on l'administre dans toutes les maladies et chaque praticien la vante outre mesure. Vous la verrez bientôt tomber en discrédit et reprendre enfin entre les mains d'observateurs habiles le rang qu'elle s'est définitivement acquis en thérapeutique. Ne nous en étonnons pas, c'est le sort de toutes les choses d'ici-bas.

Bientôt arrivent effectivement les docteurs Sanders, Joerg et Hutchinson, qui soutiennent, contrairement à l'opinion de leurs confrères, qu'au lieu de diminuer les battements du cœur et de les affaiblir, la digitale en augmente la fréquence et la force. Rasori et Tommassini, qui classent la digitale parmi les contre-stimulants les plus propres à combattre la diathèse du stimulus; enfin, Alibert et Laennec, qui nient complétement, ou à peu près, la vertu sédative et l'action diurétique de cette précieuse plante; mais, d'un autre côté, le docteur Vassal lui reconnaît, après de longues études, cette double action sédative et diurétique niée par Laënnec. Bidault de Villiers remarque que ses effets sédatifs semblent exclure son action diurétique, et *vice versâ.* Enfin, MM. Sandras et Bouillaud l'ont expérimentée à leur tour, et considèrent la digitale : le premier, comme agissant tout à la fois sur les voies digestives, les centres nerveux et la circulation; le deuxième, comme produisant un véritable narcotique du cœur. C'est pour lui, comme pour la plupart des médecins, le meilleur sédatif auquel on puisse recourir.

Pour ma part, les quelques essais que j'ai tentés autrefois, à l'hôpital de

hasardées qu'adoptent avec empressement et qu'appliquent avec quelque légèreté bien des praticiens forcés de s'en rapporter à l'expérience spéciale de ceux qu'ils peuvent regarder à bon droit comme des maîtres de l'art, on sentira l'utilité de quelques paroles d'avertissement sanctionnées par un Corps aussi éclairé et aussi respecté que le vôtre.

Quand on a vu, en effet, de grands chirurgiens se laisser entraîner à des illusions telles, que l'*amputation* du col de l'utérus a pu être proposée ou même pratiquée à des femmes qui n'avaient *aucune lésion*, ou du moins aucune lésion sérieuse de la matrice....; que, chez d'autres femmes, les simples commencements d'une grossesse ordinaire et naturelle ont été regardés comme les indices d'une maladie grave de l'utérus, contre laquelle on ne craignait pas de proposer les médications les plus énergiques.... Quand on a rencontré si souvent de prétendues malades qui, après avoir été soumises aux cautérisations, aux pessaires, à la ceinture hypogastrique, au repos absolu, et quelquefois à tout l'arsenal de la pratique spéciale de *Lisfranc*...., ont continué de souffrir jusqu'à ce qu'elles aient eu la sagesse de renoncer à la fois à leurs craintes peu fondées et à toute espèce de traitement chirurgical...., on est bien obligé de reconnaître qu'il s'est introduit d'énormes abus dans le traitement des maladies des femmes, et que, signaler ces abus, devient pour une compagnie comme la vôtre un droit, peut-être même un devoir.

Mettre en garde les savants contre leurs propres illusions; désabuser les ignorants qui ajoutent une foi trop aveugle aux théories que les premiers cherchent à faire prévaloir; indiquer au charlatanisme l'écueil contre lequel il peut venir se briser; enfin, prévenir le public lui-même contre les dangers auxquels peut l'exposer trop de crédulité....: voilà le but multiple que je cherche à atteindre en proposant ce léger changement de rédaction dans les termes de la première conclusion générale du Rapport :

« On a considérablement exagéré, *de nos jours*, l'influence des déviations, *ainsi que celles de beaucoup d'autres lésions utérines, telles que ulcérations, engorgement, granulations*, etc., sur la santé des femmes.»

J'ajoute que, pour que la seconde conclusion se trouve en harmonie avec la première, il devient nécessaire de supprimer les deux mots qui la terminent, en sorte qu'elle se trouvera réduite aux termes suivants :

« Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on a fait remonter jusqu'à ces lésions sont produits par un autre état pathologique. »

Il serait trop long de mentionner ici tous les faits sur lesquels je pourrais appuyer cette proposition ainsi généralisée.

Je me bornerai à signaler les *diathèses nerveuse, lymphatique* ou *strumeuse, dartreuse, syphilitique, rhumatismale, goutteuse, hémorrhoïdale*, comme étant celles qui engendrent le plus souvent les divers accidents attribués aux lésions utérines qui avaient fixé particulièrement l'attention de Lisfranc et de ses élèves...., lésions qui, lorsqu'elles existent réellement, deviennent ainsi purement secondaires.

En pareil cas, sans doute, très-fréquemment, je le reconnais, une lésion locale coexiste avec la diathèse générale; la plus ordinaire est le *catarrhe utérin*, auquel viennent incidemment s'ajouter des rougeurs, des ulcérations superficielles, des tuméfactions, des congestions passives du col de l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants... Et c'est ce qui peut expliquer en partie les illusions et les abus que nous nous sommes bornés à rappeler très-sommairement.

Mais rien de plus variable que le degré d'importance qui doit être attribué à ces lésions, soit temporairement, soit d'une manière durable. Cette importance, en effet, tient à une foule de circonstances locales et générales; dans plusieurs cas même, elle relève uniquement de l'influence du moral sur le physique : c'est ainsi qu'on peut se rendre compte de certaines guérisons obtenues par les moyens les plus bizarres et les plus variés; c'est encore ainsi qu'on voit la cessation de quelque phénomène local qui suffisait à entretenir chez la femme ce que j'appellerai la *monomanie utérine*, être bientôt suivie de la disparition de tous les accidents nerveux provoqués par cette monomanie.

Qu'il me soit permis, à ce propos, de rapporter en terminant un seul exemple de ces guérisons singulières auxquelles, selon moi, l'influence morale a la plus grande part, mais qui prouvent aussi qu'il ne faut pas négliger l'état local, et que je suis bien loin de méconnaître l'utilité des moyens de prothèse proposés par plusieurs de nos savants collègues (1).

Une dame d'une constitution lymphatico-nerveuse très-prononcée, affaiblie et amaigrie, très-alarmée par le récit de traitements qu'on faisait subir à plusieurs de ses amies atteintes, disait-on, de *maladie de matrice*, offrait comme lésions locales, un catarrhe utérin, une antéversion de l'utérus, d'ailleurs mobile dans un large bassin (il y avait eu deux accouchements à intervalle assez rapproché), une antéflexion assez prononcée du col de l'utérus..., et de plus, tout le cortége des accidents attribués à l'*engorgement* par Lisfranc, gastralgie, accidents hystériques, douleurs gravatives dans les reins et dans les cuisses, pesanteur sur le siége, portées parfois au point de rendre la marche impossible.

Après diverses alternatives d'amélioration et de rechutes, survint une métrorrhagie qui mit le comble aux terreurs de la malade et la força à s'aliter tout à fait. L'écoulement de sang se suspendait et se reproduisait fréquemment depuis un an, et la malade gardait presque constamment le lit ou le repos horizontal sur un canapé depuis plusieurs mois, lorsque je m'avisai, pour combattre l'état local, de recourir à une sorte de pessaire qu'employait avec succès notre ancien collègue Devilliers.

Je veux parler d'une orange verte qu'on introduit dans le vagin, et dont la surface douce et polie, la forme arrondie, rendent le séjour très-innocent, bien que je sois très-porté à croire que, grâce au suc que fournit l'écorce, elle jouit en même temps d'une action astringente qui peut être fort utile.

Je priai M. Devilliers fils de placer cette orange, en profitant d'un moment de suspension de la métrorrhagie. Dès le lendemain, la malade se leva; le sang ne reparut plus qu'aux époques régulières et en quantité modérée; les douleurs cessèrent. Cette dame put subir les fatigues d'un déménagement, reprendre toutes les habitudes ordinaires de la vie. Pen-

(1) Sous ce rapport, je me permettrai de faire remarquer que, quelque restreinte que soit la part faite au *redresseur intra-utérin* par MM. Cazeaux et P. Dubois, elle me paraît encore trop forte.

M. le docteur Gillebert-d'Hercourt (de Lyon), connu déjà par de curieuses recherches en hydrothérapie et en orthopédie, me paraît avoir parfaitement démontré, par ses expériences sur le cadavre, la grande supériorité des pessaires à réservoir d'air, en caoutchouc, que l'on insuffle sur place, sur tous les autres moyens mécaniques, pour remédier aux déplacements utérins. (Voir ses *Études sur le mode d'action des pessaires*, Mémoire lu à la Société de médecine de Lyon; broch. in-8°. Lyon, 1854.) (*N. de l'orateur.*)

Nous nous permettrons d'ajouter à cette note du savant académicien, que la grande supériorité des pessaires à réservoir d'air a été démontrée bien avant M. Gillebert, non pas sur le cadavre, mais sur les malades, ce qui vaut mieux, par M. le docteur Gariel. (*N. du R.*)

---

la Pitié, sous l'habile direction de M. le professeur Andral, m'ont démontré que le plus ordinairement la digitale diminuait progressivement les battements du cœur, tout en produisant la diurèse.

Vous le voyez, messieurs, la digitale a eu bien des phases à parcourir, pour prendre un rang définitif dans la thérapeutique. Si nous comptons bien, nous trouvons :

1° Les partisans de l'accélération primitive;
2° Les partisans du ralentissement progressif;
3° Les détracteurs de sa double action sédative et diurétique.

J'ai hâte de vous le dire, les deux camps extrêmes ne forment qu'une bien petite minorité, et les 7/8 des médecins français et anglais s'accordent à regarder cette plante comme un sédatif de la circulation.

Après avoir ainsi exposé, d'une manière complète, les opinions diverses des médecins sur la valeur de la digitale, MM. Homolle et Quevenne passent à l'étude de la digitaline et nous en font connaître sa valeur thérapeutique. C'est surtout dans les chapitres qui vont suivre qu'ils se sont montrés prodigues de preuves : leurs expériences ne se comptent plus par chiffres, mais par séries de chiffres.

Pour ne rien diminuer de la valeur scientifique de leurs expérimentations, ils se sont entourés de toutes les précautions nécessaires à l'observation la plus stricte. Avant d'administrer la digitaline, soit par l'estomac, soit par voie d'absorption par le tissu cellulaire et par la peau dénudée, ils ont préalablement fait une étude spéciale du pouls normal, en tenant compte de l'action de la température, du régime alimentaire et du genre de vie; pendant plusieurs années, chaque jour, le matin, à midi et le soir, ils ont noté la différence de leurs pulsations, et ce n'est jamais qu'après s'être parfaitement assurés du rhythme du cœur, qu'ils ont procédé à leurs expériences sur l'homme et sur les animaux. C'est ainsi qu'ils ont été amenés à nous indiquer, d'une manière aussi exacte que possible, les phénomènes produits par la digitaline à dose thérapeutique; le temps nécessaire pour arriver au maximum d'action après chaque dose de médicament, et à établir enfin, d'une manière précise, l'action comparée de la digitale et de la digitaline.

Dr JORET.

(*La suite à un prochain numéro.*)

dant les deux années qui suivirent, il n'y eut plus d'accident du côté de l'utérus.

Or, il faut remarquer que madame, habituellement constipée, avait, dans un effort pour rendre un lavement, vu s'échapper le pessaire qui n'était resté en place que cinq jours, et elle n'avait pas jugé nécessaire d'en demander une nouvelle application.

J'avoue que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, j'attribue surtout la cessation des accidents à la réaction morale qui s'opère par suite du retour du calme de l'imagination, qui n'est plus fixée d'une manière constante sur l'utérus. Inutile d'ajouter que l'*antéversion* et l'*antéflexion* reconnues dans l'exemple cité ont persisté après la guérison.

Il ne faut pas oublier, messieurs, qu'il y a vingt ans à peine, l'amputation du col de l'utérus était pratiquée pour de simples ulcérations, et que si cette opération n'avait pas entraîné des conséquences désastreuses aussi immédiates, quelques chirurgiens, sans doute, la pratiqueraient encore (1). Or, nous avons sous les yeux aujourd'hui des femmes qui se sont refusées jadis à cette opération, et qui, depuis la cessation naturelle des fonctions utérines, ont vu cesser aussi toutes les incommodités éprouvées à une époque antérieure. On en est arrivé maintenant au *redressement intra-utérin*; j'espère que ce procédé, dont plusieurs de nos savants collègues, et notamment notre habile rapporteur, nous ont si bien signalé les dangers, sera abandonné à son tour....; mais, en attendant, je persiste à croire qu'il y a utilité et opportunité à donner un avertissement salutaire au public médical, en signalant les abus de la pratique chirurgicale au sujet des affections utérines en général, et c'est pourquoi je propose la mention de ces diverses affections dans la conclusion du Rapport, appliquée si judicieusement, par M. Depaul, aux *déviations* seules de l'utérus.

M. Velpeau a la parole. — Nous publierons son discours dans notre prochain numéro.

La séance est levée à 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 Juin 1854. — Présidence de M. Combes.

Eaux minérales.

M. Thénard lit une Note dont nous extrayons ce qui suit :

C'est beaucoup, sans doute, que de faire connaître, dans une eau minérale, les matières actives qui y sont dissoutes, surtout quand ces matières sont de nature, comme l'arsenic, à exercer une puissante action sur l'économie animale ; mais il est nécessaire de savoir sous quel état elles y sont, et surtout pour combien elles entrent dans la composition de l'eau minéralisée.

Aujourd'hui, nos moyens d'analyse nous permettent d'entreprendre ce travail avec succès. Le chimiste qui nous ferait connaître, indépendamment des substances qui se rencontrent dans presque toutes les eaux minérales, les quantités d'arsenic, d'iode, de brome, de fer, d'hydrogène sulfuré, de sulfures alcalins, d'acide carbonique et de bicarbonate de soude qu'elles pourraient contenir, rendrait un grand service à l'art de guérir.

Peut-être découvrirait-il encore d'autres substances très-énergiques dans quelques-unes d'entre elles.

Aussi, lorsque, en 1827, j'eus l'honneur d'être élu, malgré moi, député dans le département de l'Yonne, je saisis la première occasion qui se présenta pour monter à la tribune et démontrer qu'un travail de ce genre méritait d'être encouragé.

M. de Martignac n'hésita pas à appuyer ma demande. Des fonds furent votés ; quelques analyses furent faites ; mais bientôt ce Ministre, qui a laissé de si honorables souvenirs, quitta le ministère. Je cessai moi-même d'être député, et les analyses ne furent pas continuées.

Il serait digne du gouvernement de reprendre l'exécution de ce projet.

L'Académie des sciences pourrait même y consacrer une partie des fonds Montyon ; il serait difficile, je pense, d'en faire un meilleur emploi, et qui fût plus d'accord avec les vœux du noble et généreux fondateur. Si cette idée se réalisait, j'en serais d'autant plus heureux, que l'oubli involontaire que j'ai commis, et que je répare aujourd'hui, autant qu'il m'est possible de le faire, donnerait lieu à des recherches dont les résultats auraient de l'importance, puisqu'elles pourraient être si utiles à la médecine.

Pour moi, qui n'ai plus que du zèle, je me bornerai à faire, comme je l'ai annoncé, l'analyse des sources qui sont voisines de celles du Mont-Dore.

Mon âge et mes forces ne me permettent pas de faire plus.

(1) Le livre du *docteur Pauly* contient plusieurs exemples de commencement de grossesse ou de suites d'accouchement pris pour une maladie de l'utérus qui motivait l'amputation du col.

J'ai, de mon côté, deux exemples de commencement de grossesse chez de jeunes femmes, regardés, à cause de l'état turgescent et comme un peu fongueux du col de l'utérus, comme une maladie qui nécessitait des remèdes actifs : chez l'une de ces femmes, on avait conseillé les procédés *Lisfranc*; à l'autre, on voulait pratiquer la cautérisation au fer rouge. La grossesse a suivi son cours régulier chez toutes deux.

Je possède deux autres exemples de dames âgées aujourd'hui de plus de 60 ans, et auxquelles avait été prescrite, il y a trente ans environ, l'amputation du col de l'utérus comme une opération urgente et indispensable.

THÉRAPEUTIQUE.

Chlorure ammonique. — De son emploi dans la bronchite chronique.

Le chlorure ammonique (sel ammoniac, chlorhydrate d'ammoniaque), a été fort usité jadis comme agent thérapeutique. Ainsi, il entrait dans la composition du vin antiscorbutique, de la poudre de Leayson, etc.

Le chlorure ammonique est élastique et se laisse difficilement pulvériser. Pour l'obtenir en poudre très-fine, on peut en faire une dissolution bouillante concentrée, qu'on refroidit le plus promptement possible, en l'agitant continuellement ; on produit ainsi un précipité cristallin qui se réduit en une poudre très-fine quand on le dessèche.

Le chlorure ammonique a une saveur fraîche et piquante, assez désagréable et comme urineuse. Appliqué sur la peau, il y détermine de la rougeur, suivie de l'éruption de vésicules. Si l'on fait fondre dans la bouche 5 à 10 centigrammes de ce sel, il augmente, d'une manière notable, l'action des glandes salivaires. Introduit dans l'estomac, à la dose de 1 gramme, il produit une sensation de chaleur intense, et augmente la sécrétion de l'urine et l'exhalation cutanée.

Muys, Stoll, etc., l'ont administré avec succès dans les fièvres intermittentes.

On en a également préconisé l'usage dans les affections scrofuleuses, les engorgements chroniques des glandes, des ganglions lymphatiques ; dans la goutte, le rhumatisme (Kortunn; Kuntzmann) ; dans certaines maladies de la peau lentes et rebelles.

Le chlorure ammonique est quelquefois appliqué à l'extérieur, soit étendu d'eau ou en poudre, sur les ulcères chroniques et sanieux ; soit en lotion et en fomentation, dans les cas de contusion, de fracture, d'entorse, d'engorgements chroniques, etc.

Introduit dans l'estomac, à haute dose, d'après des expériences faites sur les chiens, le chlorure ammonique détermine les accidents les plus graves et même la mort. A l'ouverture du corps des animaux soumis à ces essais, on trouve la muqueuse stomacale parsemée d'un grand nombre de petites ulcérations gangréneuses.

Dans ces derniers temps, j'ai souvent employé le chlorure ammonique, et j'ai été frappé des bons effets qu'il produit dans la bronchite chronique.

Dans plus de 20 cas que j'ai observés, durant l'hiver dernier, j'ai obtenu sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations des plus notables.

Les individus soumis à l'action du chlorure ammonique étaient atteints de bronchite chronique depuis longtemps.

Un amaigrissement plus ou moins considérable, de la dyspnée, une toux fréquente par quintes, ne laissant aucun repos au malade, l'expectoration abondante, des râles ronflants, sibilants et muqueux dans toute la poitrine, perte d'appétit : voilà, en général, les symptômes qui se présentaient.

Le chlorure ammonique est administré à la dose de 1 gramme à 3 grammes dans les vingt-quatre heures.

Avant son emploi, je donne toujours un purgatif, et je prescris un régime plus ou moins sévère, pendant un ou plusieurs jours.

Sous l'influence du chlorure ammonique, la dyspnée diminue, la toux devient moins fatigante, l'expectoration plus facile, moins abondante ; l'appétit ne tarde pas à reparaître.

Les malades que j'ai soumis à l'action du chlorure ammonique ne se sont jamais plaints de douleurs d'estomac ou de dérangements gastro-intestinaux.

Mais une forte transpiration, des urines abondantes, ne tardaient pas à se montrer après les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivaient l'ingestion du médicament.

Parfois, après plusieurs jours de son emploi, un léger mouvement fébrile, avec excitation générale, se fait sentir. En supprimant, pendant un temps plus ou moins long, l'usage du sel ammoniac, ces phénomènes morbides disparaissent.

Le chlorure ammonique peut être administré en pilules, en électuaire, en potion :

Pilules avec le chlorure ammonique.

Chlorure ammonique . . . 5 grammes.
Miel. . . . . q. s.
Poudre d'althea . . . . . q. s.

Pour faire 20 pilules.

A prendre de 4 à 8 pilules dans les vingt-quatre heures.

Électuaire avec le cammonique. hlorure

Rob de sureau . . . . . 120 grammes.
Chlorure ammonique . . . 1, 2, 3 grammes.

A prendre par cuillère à café, d'heure en heure.

Potion avec le chlorure ammonique.

Eau de tilleul. . . . . 200 grammes.
Chlorure ammonique . . 1, 2, 3 grammes.
Sirop de pavot blanc. . . 16 grammes.

A prendre une cuillère à soupe, d'heure en heure.

On prescrit en même temps des boissons émollientes.

(*Presse méd. belge.*)

Chlorure de fer sublimé, pour combattre la diarrhée et les vomissements,

Par MM. les D[rs] CAFFE et VICENTE.

Le symptôme le plus grave du choléra est, sans contredit, le vomissement et la diarrhée qui restent très-souvent incoercibles, ce qui rend inefficace toute espèce de traitements, puisque toutes les substances introduites dans les voies digestives en sont immédiatement expulsées.

Considérant avec raison ce grave symptôme comme une véritable hémorrhagie de la partie séreuse du sang, MM. les docteurs Vicente et Caffe ont tout récemment combattu avec succès les vomissements et la diarrhée cholérique spéciale, par des lavements et des potions au perchlorure de fer sublimé, en commençant par un, puis deux centièmes de cette substance, en dissolution dans l'eau distillée.

(*Journ. des conn. méd. prat. et de pharm.*)

Emploi de la scrofulaire aquatique dans les ulcérations scrofuleuses,

Par M. SÈRE (de Muret).

Un homme de 45 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une corpulence grêle, portait depuis des années, sur les parties latérales du cou, un certain nombre de ganglions indurés. En 1836, plusieurs de ces ganglions s'enflammèrent et donnèrent lieu à un foyer purulent. M. Sère, consulté au mois de juin 1838, apprit que des remèdes très-divers avaient été mis en usage sans beaucoup de succès : à cette époque, en effet, quatorze ulcérations, présentant le caractère scrofuleux, dévoraient les régions jugulaires. Présumant que le nom de la *scrofulaire* provenait peut-être d'une propriété antiécrouelleuse, M. Sère résolut de s'en assurer. Il fit préparer un extrait de scrofulaire, qui fut journellement pris par le malade sous la forme de pilules et à dose croissante; en même temps, des feuilles, fraîchement écrasées, étaient localement appliquées sous forme de cataplasmes. Le résultat en fut heureux, car, à la fin du mois d'août, c'est-à-dire en moins de trois mois, toutes les ulcérations étaient cicatrisées. (*Revue de thérapeutique médico-chirurg.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le journal de médecine militaire des Etats-Sardes publie le résumé suivant d'une dépêche au Conseil supérieur militaire de santé :

« L'article 22 du décret royal du 9 juin 1853, qui réorganise le Conseil supérieur militaire de santé, a fait ac e de justice, en conférant au président le grade de colonel par assimilation, et aux inspecteurs celui de lieutenant-colonel. En outre ces fonctionnaires, après un service actif et non interrompu de dix années dans le même grade, seront promus à un grade supérieur.

« Le professeur commandeur Alexandre *Riberi*, président du Conseil supérieur militaire de santé, ayant dépassé cette période, a droit à l'assimilation de major général, et l'inspecteur baron D[r] Pierre Massara de Previde a droit à celui de colonel. » (*Gaz. méd. ital. di St-Sardi.*)

— Nous lisons dans la *Gazette piémontaise :* « Le docteur Jean-Baptiste Borelli vient d'être nommé membre titulaire de l'Académie Cesarea-Leopoldina-Carolina des naturalistes, séant à Breslaw (Silésie).

« Suivant une ancienne coutume de cette célèbre Académie, qui applique aux nouveaux membres le nom de quelque illustre membre défunt, elle a donné au docteur Borelli le nom du célèbre Tommasini, que la science et l'humanité ont perdu il y a peu d'années.» (*Id.*)

— *Hôpitaux de Lyon.* — L'augmentation annuelle de la population, de l'agglomération lyonnaise, rend de jour en jour plus insuffisants nos établissements hospitaliers. Toutefois, on ne saurait trop rendre justice à la sollicitude vigilante et éclairée du Conseil d'administration de nos hospices pour lutter contre cette fâcheuse disproportion. Ainsi, par une délibération récente, elle vient d'annexer à l'hospice de l'Antiquaille un vaste bâtiment qui sera occupé jusqu'à ce que les circonstances permettent d'ajouter à l'Antiquaille l'ancien couvent des Chazeaux affecté actuellement au dépôt de mendicité. Nous savons que M. le conseiller d'État Vaïsse désire cette annexion, qui est aussi facile qu'elle est indispensable. A la Croix-Rousse, le Conseil d'administration fait mieux encore. Les négociations avec la communauté des Trinitaires ayant échoué, le Conseil a dû porter, quoiqu'à regret, ses vues ailleurs, et il a fait l'acquisition des propriétés Chazal et Guillot, rue de Cuire. Le terrain de ces deux propriétés réunies forme un ensemble de vingt-cinq bicherées lyonnaises environ. Nous parlerons avec quelques détails de la situation et de l'étendue du nouvel hôpital qui contiendra, dit-on, six cents lits environ. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— *Nécrologie.* — Le docteur Guillemaut de Mailly vient de mourir à Louhans (Saône-et-Loire). Comme intelligence et comme caractère, il fut sans contredit l'un des hommes les plus distingués du pays. Comme praticien, son savoir, sa prudence, son dévouement et son noble désintéressement honorent et le corps médical et l'humanité. Sous l'apparence de l'impassibilité dont l'homme de l'art a besoin de s'envelopper, il recélait une sensibilité exquise et profonde. La fermeté judicieuse de son esprit, la sage indépendance de sa nature droite et énergique, la modération de ses principes sur les points qui divisent et passionnent les hommes ordinaires, firent de lui, dans les temps difficiles, un administrateur et un député qui ne fut jamais qu'au service de l'équité, de la raison et du bien général. C'est un hommage qu'aujourd'hui toutes les opinions se plaisent à lui rendre. (*Id.*)

— Nous avons reçu deux lettres, l'une de M. Deville, l'autre de M. Tessier. Nous sommes obligé de les renvoyer à un prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur quelques points obscurs des maladies de la moelle épinière, par MEURISSET, docteur. — Brochure in-8. Prix : 1 fr. 75 c. — Chez LECLERC, libraire, 14, Ecole-de-Médecine.

Considérations sur les anomalies cardiaques et vasculaires qui peuvent causer la cyanose, par le docteur P. L. PISE. — Thèse de Paris, 1854.

— Les éditeurs GAGNE et GRIGNÉ viennent de mettre en vente le deuxième volume d'une nouvelle **Histoire de Paris**, par M. A. MEINDRE. — Cette histoire est écrite à un point de vue tout à fait nouveau, celui de l'*influence exercée par* PARIS *sur la civilisation et les maux de la* FRANCE, à toutes les époques de notre histoire; elle ne laisse dans l'obscurité aucun des événements qui se sont accomplis dans la capitale, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Son exécution typographique ne laisse rien à désirer et les gravures dont elle est ornée sont des plus remarquables. Nous en rendrons un compte plus détaillé lorsque nous aurons reçu le troisième volume que les éditeurs annoncent être sous presse.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C[ie], RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 81. 2e année. Samedi 8 Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du pannus et de son traitement par l'inoculation blennorrhagique,

à propos d'un Mémoire publié sur cette question

Par M. le Dr WARLOMONT (1).

Nous venons de lire, avec le plus grand intérêt, une brochure qui se recommande à l'attention des médecins, à la fois par la haute importance du sujet qu'on y traite, et par la manière juste et pratique dont ce sujet y est envisagé. Les praticiens liront donc avec intérêt l'exposé des résultats consignés dans cet utile travail.

M. Warlomont a rassemblé, dans ses quatre premiers chapitres, ce qui concerne :

1° L'*historique* du pannus ;

2° L'*anatomie* et l'*anatomie pathologique ;*

3° L'*étiologie ;*

4° La *symptomatologie,* les *formes* diverses, le *diagnostic,* le *pronostic,* etc.

Le cinquième chapitre est réservé au *traitement ;* c'est là que se résume toute la pensée de l'auteur, qui, dans une sage mesure, a recherché dans les considérations qui précèdent non un déploiement d'érudition que la connaissance qu'il possède des auteurs anciens et modernes pouvait lui rendre facile, non de pures querelles de détails théoriques, mais tout spécialement ce qui lui a semblé le diriger vers ce but suprême du praticien : la guérison.

On remarque, principalement dans le chapitre de l'anatomie, les expériences de M. Warlomont sur la lame élastique antérieure, qu'il a le premier, dit-il, réussi à séparer, opération qui pourra servir à trancher cette question longtemps controversée : si la conjonctive passe au-devant de la cornée. Neuf figures gravées sur bois, intercalées dans le texte, donnent aux recherches de l'auteur la plus grande clarté.

Forcé, dans la seconde division de ce chapitre, de déduire l'anatomie pathologique de l'anatomie normale de la cornée, faute d'avoir eu l'occasion d'examiner sur le cadavre des yeux qui portassent des traces de cette affection, l'auteur a été là moins précis et moins positif dans ses appréciations.

Dans l'étiologie, il prend le parti de la modération entre les opinions extrêmes qui veulent, ou nier absolument l'influence dyscrasique dans la production du pannus (Martini), ou lui attribuer une part excessivement large (la plupart des auteurs

(1) *Du pannus et de son traitement,* avec trente observations de cure radicale de cette affection par l'inoculation blennorrhagique, par Evariste Warlomont, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, ancien médecin militaire, médecin des pauvres de la ville de Bruxelles, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, rédacteur et directeur-gérant des *Annales d'oculistique.* — Broch. in-8.

FEUILLETON.

Société médicale du IVe arrondissement.

Séance du 13 Juin 1854. — Présidence du Dr ÉDOUARD ROY.

Compte rendu du Mémoire sur la digitaline et la digitale

de MM. HOMOLLE et QUEVENNE.

(Suite et fin. Voir le n° 80.)

Permettez-moi, messieurs, de revenir avec quelques détails sur chacune de ces propositions : elles méritent de fixer votre attention.

Dans une série d'expériences faites avec une patience dont peu d'hommes sont capables, et que vous trouverez à la fin de leur livre résumées en tableaux synoptiques, ils ont établi :

Qu'une première fois, en 1842, sous l'influence et pendant l'administration de la digitaline à dose thérapeutique chez l'homme, le pouls s'est abaissé de 6,60 en moyenne, et que cet abaissement, après la cessation, a été de 1,76 ;

Qu'une deuxième fois, en 1843, on a remarqué un abaissement de 5,60 en moyenne pendant l'administration du médicament, et de 9,33 après sa cessation ;

Qu'une troisième fois, en 1847, l'abaissement du pouls a été de 2,97 pendant l'administration, et de 4,70 après la cessation ;

Qu'une quatrième fois, en 1850, l'abaissement a été de 3,21 pendant l'administration, et de 4,01 après ;

Que la poudre de digitale a fait baisser le pouls de 3,04 en moyenne pendant son administration, et de 5,28 après ;

Que, dans une deuxième expérience, l'abaissement du pouls, pendant l'administration de la poudre de digitale, a été de 3,06, et de 4,44 pendant les dix jours qui ont suivi la cessation du médicament ;

Que, chez un chien appelé *Digitalin,* qui a pris pendant trois mois de la digitaline, dans six périodes différentes, d'une durée moyenne de dix jours chacune, on a obtenu un abaissement final de 8,72 puls. par minute, en moyenne ;

Que, chez un second chien appelé *Mars,* qui a pris la digitaline durant trois mois seulement, et à quatre périodes différentes, d'une même durée à peu près que le premier, l'abaissement final a été de 17,37 puls. par minute, en moyenne. D'où il résulte que, tandis que *la poudre de digitale* administrée à dose thérapeutique ne produit, en moyenne, qu'un abaissement de 3,82 puls. pendant et après son usage, *la digitaline* donne, dans les mêmes circonstances, 4,72 d'abaissement. En prenant ces chiffres à la lettre, l'avantage resterait donc à la digitaline.

Ce n'est pas là le seul fait important qui ressorte de ces expérimentations, il s'en rencontre un autre très-remarquable aussi, c'est que le minimum d'abaissement des pulsations ne correspond pour ainsi dire jamais à la période d'administration de la digitale et de la digitaline, mais bien à celle de repos, après la cessation du médicament. Jusqu'à présent, tous les observateurs avaient bien constaté la persistance d'action après la cessation de la digitale, mais il n'en est que quelques-uns qui aient éveillé l'attention sur *l'accroissement d'effet* dans la période du repos, après la ces-

allemands). Il pense, avec Hasner, que les dyscrasies (scrofuleuse, herpétique, rhumatismale, etc.) doivent être rangées, sans hésiter, parmi les causes prédisposantes, mais que, dans l'immense majorité des cas, la maladie est déterminée par des causes productrices ou occasionnelles. D'accord avec nous sur ces dernières, il mentionne l'apparition d'une ophthalmie aiguë chez les individus atteints des dispositions précédemment énumérées, et accorde une influence étendue aux corps irritant le globe de l'œil, comme les cils dans le trichiasis et l'ectropion, et surtout les granulations.

Quant aux différentes formes dn pannus, « ne trouvant véritablement heureuses que les divisions dont il est possible de tirer quelque parti pour la thérapeutique, » il fonde les siennes sur les causes d'où le pannus est issu, et admet en conséquence trois variétés : le pannus constitutionnel, le pannus traumatique et le pannus trachomateux.

Mais tout l'ouvrage n'est, nous l'avons déjà dit, que l'encadrement obligé d'une seule pensée déjà indiquée par le titre : le traitement du pannus par l'inoculation blennorrhagique.

Les expériences faites par M. Warlomont, nous les avons faites aussi, et avec les mêmes résultats. Nous ne pouvons donc que l'approuver, lorsque surtout nous voyons que son enthousiasme pour cette méthode ne l'empêche pas de rester dans de justes limites, puisqu'il ne conteste point leur valeur à des moyens dont les heureux résultats nous sont connus, et qu'il déclare qu'on doit recourir à l'inoculation seulement lorsque la maladie est arrivée à un haut degré, et principalement lorsque le pannus, affectant les deux yeux, les couvre d'une trame épaisse, serrée, ne laissant plus apercevoir aucune trace du miroir de la cornée. L'opération est contre-indiquée, ajoute-t-il, lorsque le pannus est partiel, qu'il n'affecte qu'un segment de la cornée, ou que, en ayant envahi toute la surface, il laisse apercevoir des espaces respectés par le mal, ou bien lorsqu'il existe des ulcérations sur la cornée.

M. Warlomont rapporte ensuite 30 observations d'inoculations du pus blennorrhagique dans le pannus, et je suis heureux d'affirmer que les résultats que j'ai obtenus par l'inoculation sont exactement conformes à ceux de l'auteur. Il y a trois ou quatre mois à peine, j'ai inoculé sur l'œil d'un jeune homme, complétement aveugle de l'œil droit, le pus d'une blennorrhagie urétrale dont le sujet m'avait été amené par M. le docteur Clerc, et, dès la fin de la quatrième semaine, le malade commençait à lire avec facilité.

Tel est le résumé du Mémoire de M. Warlomont, résumé qui, nous le croyons, dit assez que l'auteur a atteint ce but vers lequel il dirigeait ses désirs dans son introduction : « Avoir, en contribuant à répandre la connaissance et l'application de ce remède, bien mérité de la science et de l'humanité ! »

D[r] Desmarres.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Leçons cliniques sur les polypes fibreux naso-pharyngiens.

M. Nélaton a attaché son nom à une méthode opératoire pour la cure des polypes naso-pharyngiens. Plusieurs cas où cette méthode trouvait son application se sont présentés cette année à l'hôpital des Cliniques; c'est à cette occasion que M. Nélaton a fait les Leçons cliniques qui suivent et dans lesquelles on trouvera un traité complet sur la question.

LEÇON DU 27 FÉVRIER.

Messieurs, je pratiquerai tout à l'heure devant vous une opération dont je vais discuter l'opportunité; il s'agit d'enlever une tumeur qui occupe la partie supérieure du pharynx et des fosses nasales; le malade qui en est affecté est âgé de 31 ans; jusqu'à présent, il a continué à se livrer journellement à des travaux ruraux. J'ai dû, après avoir reconnu la présence de cette tumeur, interroger la vie passée de ce malade pour savoir s'il avait éprouvé des symptômes précurseurs de sa maladie; je lui ai demandé s'il était depuis longtemps sujet aux épistaxis; sous ce rapport, nous avons obtenu plus que nous ne supposions : à partir de l'âge de 10 ou 12 ans, nous dit-il, il eut des épistaxis tellement fréquentes, que deux ou trois fois par jour, à certaines époques, il était obligé d'employer des moyens assez actifs, tels que les affusions d'eau froide, pour arrêter l'hémorrhagie nasale, aussi est-il arrivé à une anémie profonde. Depuis quelques années, les pertes de sang devinrent un peu moins abondantes, mais elles se montrèrent cependant tous les huit ou tous les quinze jours. Pour le malade, il n'y a point de relation entre les accidents précédents et l'affection présente : mais nous ne pensons pas de même. Pour lui, une chute qu'il fit il y a trois ans, serait la cause de la production du polype; nous ne croyons pas cela; le sommet de la tête heurta le sol dans cette chute; dès lors, dit-il, commencèrent à se montrer des symptômes tenant à la présence d'une tumeur dans les fosses nasales. Il y a dix-huit mois, un médecin, consulté par lui, examina les fosses nasales et y reconnut un polype; des tentatives d'arrachement furent faites; cette opération fut répétée plusieurs fois et l'on y mit une certaine énergie, ainsi que le raconte le malade, qui fait un tableau singulier de la manière dont les choses se passèrent : le chirurgien, saisissant le polype, l'attirait à lui, tandis que le malade, se reculant vive-

---

sation du médicament. MM. Homolle et Quevenne en rapportent plusieurs exemples tirés des auteurs qui les ont précédés, et ajoutent avec raison que si l'expérience ultérieure vient en confirmer la réalité, ce fait est de nature à fournir un nouvel et puissant argument en faveur des praticiens qui, dans le but de moins fatiguer l'estomac du malade, administrent la digitale pendant dix ou quinze jours, en suspendent l'usage plus ou moins longtemps, et y reviennent ensuite.

Dans la plupart des expériences, nous voyons que la digitaline atteint son maximum d'effet quatre à six heures après son ingestion dans l'estomac, rarement plus tôt, et quelquefois plus tard. MM. Hervieux et Sandras sont arrivés au même résultat que MM. Homolle et Quevenne. L'alcoolé et le sirop de digitaline ne produisent pas leur effet plus vite que la digitaline. Des expériences répétées plusieurs fois sur les auteurs eux-mêmes et sur d'autres personnes jouissant d'une bonne santé, ont fait voir que si l'on compte le pouls vingt minutes après l'ingestion de ces médicaments, on ne trouve que des variations de 1 à 2 pulsations. Rien ne prouve que ces variations si légères soient dues à la substance administrée.

On s'est beaucoup exagéré, dans le monde médical, l'action émétocathartique et toxique de la digitaline; il faut bien que je vous en dise un mot. L'action émeto-cathartique ne se fait ressentir qu'alors qu'on élève la dose de la digitale et de la digitaline. Sur plus de 100 personnes auxquelles les auteurs l'ont administrée, ils ne l'ont notée que trois fois, et dans ces trois cas, qui n'ont consisté qu'en nausées suivies deux fois de vomissements, il leur a suffi de suspendre la digitaline, ou seulement d'en diminuer la dose, pour faire cesser aussitôt tout accident. Quant à l'action toxique, nous n'en connaissons que les cas cités par MM. Bouchardat et Sandras, qui, ayant injecté de la digitaline dans les reins, ont vu succomber promptement les animaux sujets de leurs expériences; mais autre chose est d'injecter la digitaline dans les veines ou de l'administrer par l'estomac. Ces phénomènes toxiques ne se sont jamais offerts à notre observation, quand le médicament a été pris par la bouche, et ce qui vient encore diminuer nos craintes à cet endroit, c'est qu'alors que la digitaline a été administrée à trop haute dose, les vomissements qui surviennent débarrassent l'estomac du médicament non encore absorbé, et mettent obstacle au développement des accidents véritablement toxiques.

Quant à l'action de la *digitalose*, du *digitalin* et de la *digitalide*, qu'il me suffise de vous confirmer que les auteurs les ont essayés sur eux-mêmes et sur d'autres personnes, et qu'en aucun cas ils n'en ont observé d'effet physiologique appréciable.

Bien des théories ont été émises au sujet du mode d'action de la digitale et de la digitaline sur la circulation ; aucune d'elles ne nous paraît satisfaisante. Certains auteurs croient que la digitale, en diminuant le nombre des pulsations, ralentit le cours du sang dans les vaisseaux. Pour ceux-là, la digitale est un *ralentisseur* de la circulation.

D'autres, tout en admettant que la digitale diminue le nombre des pulsations, prétendent qu'alors celles-ci sont plus fortes, plus énergiques, et qu'elles ont en définitive pour résultat, de faire circuler dans l'économie le sang du malade, avec plus de vitesse et d'une manière plus en rapport avec l'état normal. Pour ceux-ci, la digitale est un *régulateur* et un *accélérateur* de la circulation.

ment, aidait de son côté à l'extraction. Cinq fois cette opération fut pratiquée; il paraît qu'à diverses reprises des portions de polype furent arrachées. Bref, la tumeur fit des progrès et devint ce que nous la voyons aujourd'hui.

Le malade s'est présenté à nous il y a quelques jours, et nous n'avons pas eu de peine à reconnaître immédiatement un polype des fosses nasales; tout concourt à ce diagnostic : d'abord, si l'on examine la face, on voit, à l'extérieur, la déformation suivante : la moitié latérale droite du nez est saillante, beaucoup plus large que l'opposée; à partir de la racine jusqu'à l'aile du nez, la moitié droite est repoussée en dehors. Si l'on regarde le malade avec attention, on voit que l'œil droit semble un peu plus chassé en dehors que le gauche, mais cette saillie est peu prononcée, et il faut, pour la constater, une grande attention. Du reste, à l'angle interne de cet œil, il y a une dilatation du sac lacrymal résultant de la compression exercée au-dessous et de la stase des larmes.

Si l'on examine l'intérieur des narines, on voit que la fosse nasale du côté droit est remplie par un corps d'une couleur violette foncée, présentant quelques ulcérations à sa surface. L'exploration de cette région permet de reconnaître une particularité sur laquelle j'attirerai votre attention : ce corps, contenu dans la fosse nasale, est libre dans toute sa circonférence, il n'est que l'expansion d'une tumeur plus profonde qui envoie un appendice en avant; cela se reconnaît de la manière suivante : le petit doigt, introduit dans la fosse nasale et promené en haut, en bas, en dehors et en dedans, glisse partout facilement entre la paroi et la tumeur, il n'y a donc que contact et non adhérence entre la paroi et la tumeur. En même temps, on peut reconnaître que le squelette du nez a éprouvé certaines modifications; en effet, il est facile de reconnaître que l'os propre du nez du côté droit offre une rainure longitudinale qui se prolonge jusqu'à l'union de l'os nasal avec le frontal, rainure qui provient de ce que l'os a disparu en ce point; là le nez se compose seulement de la peau, des couches sous-cutanées et des membranes de l'intérieur des fosses nasales.

Si l'on observe l'intérieur de la cavité buccale, on voit, vers la partie antérieure de la voûte palatine, une tumeur occupant complétement l'intervalle des deux arcades dentaires; elle est rose, ulcérée en certains points, disposée à saigner; elle se compose de deux parties distinctes, l'une qui est mise à nu, l'autre qui est recouverte par la membrane palatine. C'est donc une partie de la tumeur qui s'est échappée hors des fosses nasales en perforant la voûte palatine et qui est venue former un champignon saillant dans la bouche. Si l'on porte le doigt en ce point, il s'y engage et entre directement dans les fosses nasales; on reconnaît ainsi que la tumeur passe par l'ouverture palatine sans y adhérer; en outre, si l'on ouvre la bouche, on est frappé de la position du voile du palais; il fait un relief extrêmement volumineux, occupant transversalement toute l'étendue de la bouche, et, par suite de cette projection en avant, il est très-peu éloigné des dents incisives. On ne peut pas apercevoir la luette, parce qu'elle est située trop bas et cachée par la langue. Il est facile de reconnaître que cette position du voile du palais tient à la présence de la tumeur placée derrière; si on le touche, on sent une résistance, il est soutenu par un corps dur qui empêche qu'il ne cède à la pression. Va-t-on plus loin, cherche-t-on à passer par derrière, alors on rencontre le polype lui-même; c'est un corps globuleux irrégulier assez ferme, saignant au moindre contact; on voit qu'il se dirige en haut vers la voûte du pharynx.

Voilà un ensemble de signes qui ne laissent pas le moindre doute sur l'existence d'une tumeur développée en arrière des fosses nasales, qui a perforé la voûte palatine, et qui est descendue dans le pharynx.

Le diagnostic est des plus faciles; il ne faut, il n'est convenable d'établir le diagnostic qu'entre les maladies suivantes : ou un cancer, ou un polype fibreux. Je dis immédiatement que je crois à une tumeur fibreuse, et je me fonde sur 1° l'âge, 2° surtout la consistance de cette tumeur; en effet, elle saigne facilement, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit dépourvue de résistance: elle saigne parce qu'on l'écorche, mais on reconnaît qu'elle offre une très-grande dureté. Lorsqu'on a affaire à un cancer, au contraire, on trouve une tumeur d'une très-grande mollesse, très-friable, se déchirant sous le doigt, qui y entre, pour ainsi dire, sans effort et en ramène des parcelles au dehors. Ici la tumeur est disposée à saigner, il est vrai, mais elle est très-ferme, très-résistante, c'est une véritable tumeur fibreuse; cela posé, nous avons à nous demander quelles conséquences résultent de ce diagnostic, et quel traitement nous devons employer.

Quelles sont les conséquences de cette maladie? Lisez les observations de polypes fibreux de la base du crâne, et vous verrez qu'elles ont été recueillies, pour la plupart, sur des sujets jeunes; celui-ci est un des plus âgés que j'aie vus : il a 31 ans. Il y a à tirer, de ce que je viens de dire, deux conséquences : la première, c'est que la maladie se développe dans la jeunesse; la deuxième, bien autrement importante, c'est qu'avec un polype fibreux naso-pharyngien, on n'arrive pas à la vieillesse, pas même à l'âge adulte, à moins qu'il ne se soit développé un peu tard. Toutes les observations ont pour sujets des jeunes gens de 15, 18, 20 ans. Je le répète, le malade que nous avons sous les yeux me paraît être une exception, si nous considérons son âge.

Bidault de Villiers émet une opinion en quelque sorte mixte. M. Briquet pense que la digitale, au lieu de diminuer la force du cœur, l'augmente d'une manière notable, tout en diminuant le nombre des pulsations.

Ce désaccord sur l'effet réel et ultime que la digitale exerce sur la circulation, ne doit pas vous étonner: la même incertitude règne sur une infinité d'autres médicaments. Sait-on, par exemple, comment agit le quinquina dans les fièvres d'accès? le mercure dans la syphilis? Il en est bien d'autres encore! Le quinquina coupe la fièvre, et la digitale fait respirer plus librement l'anévrismatique : voilà ce que nous savons. Quant au mode d'action intime, il faut bien avouer que nous ne le connaissons pas. L'un des auteurs a essayé de jeter quelque jour sur cette question obscure. Vous trouverez sa théorie exposée tout au long dans le Mémoire que nous examinons.

Il n'en est plus ainsi des effets obtenus à la suite de l'administration de la digitale. Tous les observateurs ont reconnu à cette plante : 1° une action éméto-cathartique, lorsqu'elle est donnée à haute dose; 2° une action diurétique; 3° une action spéciale sur la circulation. Tous ont encore remarqué qu'elle provoquait une légère excitation cérébrale, et qu'elle imprimait, aux sécrétions et au mouvement de résorption interstitielle, une suractivité d'où résultait l'amaigrissement.

MM. Homolle et Quevenne ont étudié comparativement la digitaline, et, dans neuf observations qu'ils rapportent avec détails, ils ont noté *cinq fois* une action régularisatrice du cœur; *quatre fois* un effet diurétique très-marqué; *une fois*, une excitation cérébrale; *deux fois*, une action altérante.

La digitaline a été essayée aussi par la méthode endermique. Bien qu'employée à une dose très-minime, elle a produit une irritation locale tellement forte, qu'on a été obligé de renoncer à son usage. Vous savez que la poudre de digitale, employée de la même manière, a présenté les mêmes inconvénients. C'est un degré de ressemblance de plus entre ces deux substances.

La digitaline n'a pas été employée avec avantage dans les maladies du cœur et les hydropisies idiopathiques seulement, on en a retiré de très-bons effets encore dans des affections de plus d'un genre.

M. L. Corvisart a consigné, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1853, et l'*Union médicale* de la même année, trois cas de spermatorrhée guéris par la digitaline.

M. Laroche en rapporte un autre, traité avec le même succès et par le même moyen. (*Bulletin thérapeutique*, 1854.)

En Angleterre, bien des praticiens ont retiré des avantages marqués de la digitale dans la phthisie tuberculeuse. M. Hervieux, dans des cas pareils, est parvenu, avec la digitaline, à diminuer les souffrances des phthisiques et à leur rendre du repos. M. le docteur Mandl, qui s'est fait un nom par ses importantes recherches de micrographie, assure qu'ayant inutilement combattu par les calmants et les narcotiques ces rêves pénibles, ces véritables cauchemars qui accompagnent d'habitude le lourd sommeil des phthisiques, il a obtenu, dans plus de 75 cas, des résultats très-favorables de la digitale, à la dose d'un ou deux granules tous les soirs. Il ajoute qu'alors que ces fâcheux symptômes persistaient depuis plusieurs mois, ils disparaissaient comme par enchantement avec la digitaline.

En examinant les observations de cette nature, dont les sujets sont des hommes ayant atteint l'âge adulte, on sent naître des doutes sur la nature de l'affection dans ces cas. Entre autres observations de ce genre, je citerai celles de M. Michaux (de Louvain), chirurgien très distingué : il s'agit, dans un cas, d'un homme de 42 ans. Eh bien ! la lecture de cette observation m'a laissé des doutes ; je ne sais pas si l'on n'aurait pas eu affaire là à un cancer. Ce doute est fondé sur plusieurs raisons : M. Michaux fait son opération et perd son malade de vue ; quelque temps après, il survient une récidive dans les fosses nasales, et en même temps se produisaient des tumeurs dans la région cervicale. Or, vous savez, messieurs, que les polypes fibreux revégètent sur place, mais ne produisent pas d'infection ; les malades peuvent être minés, débilités, de plusieurs façons, par les progrès de la maladie, mais ces produits morbides ne repullulent pas en différents points du corps. C'est justement le fait de repullulation dans ce cas qui fait naître, dans mon esprit, des doutes sur la réalité d'un polype fibreux.

Quelles sont les conséquences de cette maladie ? Elles sont très-graves : la plupart des sujets qui en sont atteints meurent jeunes, soit à la suite d'hémorrhagies répétées, soit par une asphyxie lente. Ainsi, messieurs, regardez notre malade, et voyez avec quelle difficulté se fait chez lui la respiration : l'air ne peut arriver à ses bronches que par deux petits passages ouverts sur les côtés de la langue et des piliers du voile du palais; sa respiration est gênée, longue, sifflante ; sa parole est inintelligible. Il y a beaucoup d'autres causes de mort : voici un malade qui ne peut pas se nourrir; c'est à peine s'il peut avaler quelques liquides ; le bol alimentaire même le plus petit ne saurait franchir l'isthme rétréci du gosier. Vous l'avez entendu nous dire que, depuis longtemps, il ne pouvait plus avaler. En outre, la tumeur s'ulcère à la surface ; elle produit un pus sanieux qui tombe forcément dans les voies alimentaires ; elle répand une odeur infecte qui ferait supposer qu'il existe, en certains points, des escarres. Il y a, du côté gauche, une suppuration qui se fait jour par l'oreille ; de plus, ces sortes de tumeurs peuvent se propager vers le crâne et donner lieu à des accidents cérébraux. Voilà les éventualités auxquelles est exposé ce malade.

J'ai donc dû penser à un moyen de traitement; j'avais un choix à faire, je l'ai fait et je vais le motiver. Le mode d'opération doit nécessairement être choisi en vue du cas particulier. Il ne suffit pas de dire : étant donné un polype, il faut l'opérer ; il y a telle situation, telle forme, et telle méthode, par conséquent ; par exemple, si le pédicule est fin, ténu, l'arrachement convient ; on peut employer aussi la ligature ; si le polype a une large base, s'il est hémisphérique, on ne peut pratiquer ni l'arrachement ni la ligature ; on ne peut pas le saisir avec une pince ; si les tumeurs sont multiples, si la tumeur est simple, mais qu'elle ait des embranchements, il faudra porter les instruments dans plusieurs régions et dans certaines directions. Examinons donc ce polype au point de vue du traitement, c'est-à-dire de la médecine opératoire ; demandons-nous d'abord quelles sont ses insertions. Par le nez, on aperçoit une tumeur que contourne le doigt et autour de laquelle glisse la sonde, mais c'est là un moyen de diagnostic infidèle ; en effet, le doigt ne peut pas aller très-profondément dans les fosses nasales ; l'introduction de la sonde ne peut pas nous éclairer davantage, car les fosses nasales sont déformées et les parties n'ont pas conservé leurs rapports normaux ; ainsi, je le répète, l'exploration par les fosses nasales ne nous donne que peu de renseignements utiles. Du côté du pharynx, on peut introduire un ou deux doigts et les recourber derrière le polype ; j'ai exécuté cette manœuvre ; j'ai trouvé une tumeur volumineuse, saillante ; je suis remonté assez haut entre la tumeur et la colonne vertébrale, mais je ne saurais dire au juste jusqu'où. Il va sans dire que je n'ai pas pu reconnaître l'orifice postérieur des fosses nasales, masqué par la tumeur ; il est donc impossible de limiter anatomiquement le polype ; tout ce que je puis dire, c'est qu'il est inséré très-haut, à la partie supérieure des fosses nasales et du pharynx ; eh bien ! messieurs, il est bon que vous le sachiez, le point exact où s'insèrent ces polypes fibreux naso-pharyngiens n'est pas bien connu.

Beaucoup d'observations sont entachées d'erreur, parce que l'on n'a pas assez présentes, en général, à l'esprit, les dispositions anatomiques normales de cette région ; la pièce que je vous présente est destinée à vous faire bien connaître cette disposition. Ainsi, plusieurs observations portent le titre de « tumeur fibreuse insérée à la base du crâne et à plusieurs vertèbres; » on en aurait même vu s'insérant aux quatre premières vertèbres cervicales ; vous verrez, messieurs, si cela est possible.

(M. Nélaton met sous les yeux des élèves une pièce anatomique offrant une coupe verticale de la tête et de la colonne vertébrale, faite d'avant en arrière sur la ligne médiane. Sur cette pièce, on voit les deux moitiés latérales symétriques de la tête, de la face et du col. M. Nélaton montre que, un plan horizontal, passant par la bouche, aboutit non pas aux premières vertèbres cervicales, mais bien à l'articulation occipito-atloïdienne, tandis que la quatrième vertèbre répond au larynx.)

Cette disposition anatomique n'est pas très-bien connue de la plupart des chirurgiens ; on introduit le doigt sous le voile du palais et l'on croit toucher une partie assez basse, tandis qu'en réalité, on touche une partie très-élevée. L'extrémité du doigt

---

D'après ce même médecin, la digitaline procurerait aussi un soulagement presque instantané aux malades atteints d'*asthme idiopathique nerveux*.

M. le professeur Bouillaud a traité avec succès, dans son service, 40 ou 50 cas de fièvres intermittentes avec la digitale ou la digitaline.

M. Brughmans rapporte encore, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1853 (page 424), huit observations à l'appui des bons résultats que les praticiens peuvent attendre de l'emploi de la digitale dans les affections des organes génitaux. Nous avons vu la digitale être employée avec succès, en Angleterre, dans l'épilepsie et la manie. A leur tour, les auteurs nous citent une observation d'*épilepsie accidentelle* suivie de guérison, et un cas de *délire maniaque* rapidement calmé par la digitaline à haute dose.

Tous ces faits témoignent qu'il y a là un sujet d'études digne d'intérêt, et d'où peuvent naître des applications importantes pour la thérapeutique.

J'aurais à vous entretenir encore de l'intolérance de la digitaline; de son action lentement ou rapidement toxique, selon les doses auxquelles on l'a administrée. Ces expériences toxicologiques de MM. Bouley et Reynal sont longuement exposées dans le Mémoire de MM. Homolle et Quevenne. Vous pourrez les consulter, elles offrent un intérêt réel aux physiologistes. Je crois vous en avoir dit assez pour vous prouver ce que les auteurs vous ont d'ailleurs si bien démontré :

1° Que l'action de la digitale et de la digitaline sur le cœur est la même;

2° Que ces deux substances ont pour effet de ralentir le pouls ;

3° Que ce n'est guère qu'après quatre ou six heures que le maximum d'effet de la digitaline se manifeste ;

4° Qu'administrée en granules, c'est-à-dire à l'état solide, ou à l'état liquide, dans une solution alcoolique ou dans un sirop, l'effet de la digitaline n'est ni plus prompt ni plus lent;

5° Que le ralentissement imprimé au pouls par la digitale et la digitaline est susceptible non-seulement de se prolonger après qu'on en a discontinué l'usage, mais même de s'accroître à partir de ce moment ;

6° Que la digitalose, le digitalin et la digitalide n'exercent aucune action sur les organes de la circulation ni sur les reins. J'en conclus, avec M. le professeur Bouillaud (1), *que la digitaline est le principe auquel la digitale doit la précieuse et admirable propriété de ralentir et de régulariser les battements du cœur, comme le quinquina doit à la quinine la propriété non moins précieuse et non moins remarquable de guérir les fièvres intermittentes.*

Cette monographie est la plus complète que nous possédions sur l'une des plantes les plus actives et les plus usitées en médecine. Si les principaux agents de la matière médicale étaient successivement le sujet de travaux aussi consciencieux, la thérapeutique pourrait acquérir enfin un degré de certitude qu'elle est malheureusement loin de présenter. Félicitons MM. Homolle et Quevenne d'être entrés dans cette voie. Ils ont bien mérité de la science par leur excellent travail, je vous propose de leur voter des remerciements.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité. Dr Joret.

(1) Rapport de la commission de l'Académie de médecine, février, 1851.

ainsi introduit sent un plan résistant ; on croyait toucher la colonne vertébrale, et c'est la base du crâne que l'on touche.

Quand on explore cette région sur les malades, on leur fait étendre fortement la tête ; ce qu'on touche alors au fond de la bouche, c'est l'atlas ou l'apophyse odontoïde. Si l'on porte le doigt plus haut, on rencontre l'apophyse basilaire ; ainsi s'explique l'erreur de plusieurs chirurgiens. M. Michaux, dans une de ses observations, parle d'un polype qui s'insérait à la quatrième vertèbre.... Eh bien ! messieurs, vous comprenez qu'on n'extrait pas par cette voie, et qu'on ne voit même pas un pareil polype ; il y a là une impossibilité anatomique contre laquelle on ne peut pas lutter.

Je crois, pour ma part, que ces polypes fibreux naso-pharyngiens ne s'insèrent jamais sur les vertèbres, qu'ils ne s'insèrent jamais plus bas que l'apophyse basilaire. Je vais plus loin : j'ai quelque tendance à croire qu'on s'est souvent mépris sur les insertions de ces tumeurs, à cause d'une disposition dont il est bon d'être prévenu ; en effet, si le polype descend vers la partie inférieure du pharynx, en se développant, il soulève la membrane muqueuse du pharynx, s'insinue entre cette membrane et la paroi musculaire pharyngienne, et l'on peut alors très-bien croire que cette tumeur naît des parois latérales du pharynx, quand elle est seulement appliquée contre la muqueuse pharyngienne.

Quels sont les points d'insertion véritables de ces polypes? C'est à la face inférieure de l'apophyse basilaire, la face inférieure du sphénoïde, les parties adjacentes de la face interne des rochers, et la face interne des apophyses ptérygoïdes. Je ne crois pas même que ces polypes puissent être implantés ailleurs. Cependant, il existe une observation qui tendrait à faire croire que je suis en contradiction avec moi-même : M. Botrel, un de mes élèves, a publié une observation, recueillie dans mon service, de polype fibreux inséré à l'apophyse basilaire et à l'atlas. A cette époque, je n'avais pas encore étudié cette question comme je l'ai fait depuis, et peut-être cette détermination du siége de la maladie a-t-elle été faite un peu légèrement. Je n'avais pas alors bien réfléchi à la position de l'arc de l'atlas ; dans tous les cas, le jeune homme qui fait le sujet de l'observation est guéri et il n'y a pas eu de confirmation anatomique.

Que conclure de cela ? Que, jusqu'à présent et à ma connaissance, nous ne possédons pas de fait bien authentique (et pour qu'il soit bien authentique, je veux que l'on ait les pièces en main) de polype fibreux naso-pharyngien inséré même sur la première vertèbre.

Ces polypes peuvent envoyer des embranchements en diverses régions éloignées de leur point de départ ; par exemple, dans les fosses nasales, dans la fosse zygomatique, dans la fente sphéno-maxillaire, qui s'élargit, ou bien dans le sinus maxillaire. Ici, il n'y a rien de semblable ; il n'y a, ni dans la fosse zygomatique, ni dans le sinus maxillaire, de prolongement de ce polype. La très-légère saillie de l'œil droit s'explique par le refoulement de la fosse nasale de ce côté. Je crois donc à l'existence d'un polype naso-pharyngien inséré à la face inférieure de l'apophyse basilaire. Quel sera le traitement ?

Mon intention n'est pas de passer en revue toutes les méthodes anciennement employées. L'arrachement ne peut produire de résultats satisfaisants ; il ne peut être fait qu'incomplètement, si toutefois il peut se faire. Cette opération ne saurait être pratiquée que sur la partie qui a été saisie ; on dilacère, on mâche la partie, mais on n'énuclée pas la base ou le pédicule. La ligature est une opération très-difficile, qui ne convient que pour les tumeurs pédiculées, et qui n'est pas sans danger quant à ses suites. J'ai vu Dupuytren pratiquer plusieurs fois cette ligature en pareil cas ; c'était, avec l'arrachement, la seule méthode usitée alors. J'ai vu quelques-uns de ces malades mourir, probablement par intoxication putride. Une tumeur fibreuse ne se coupe pas facilement ; elle se putréfie, ses détritus tombent dans les voies alimentaires. J'ai vu mourir des malades, les uns avec des accidents cérébraux, les autres par intoxication putride. Aussi, dans ces derniers temps, l'idée de l'ablation complète de ces tumeurs est-elle née ; mais il s'est élevé une dissidence entre les chirurgiens.

En 1849, un chirurgien de Rouen, M. Achille Flaubert, a proposé une voie nouvelle pour cette opération. Ayant affaire à une tumeur des fosses nasales qui se prolongeait dans le sinus maxillaire, M. Flaubert enleva tout le maxillaire de ce côté. Cette opération eut un plein succès. Depuis, elle a été pratiquée par plusieurs chirurgiens. M. Michaux, de Louvain, l'a faite deux fois avec succès. A Paris, MM. Robert, Huguier et Maisonneuve ont fait cette même opération. J'avoue que je n'ai jamais été, quant à moi, séduit par cette opération ; il me semblait que, si l'on pouvait obtenir le même résultat sans infliger au malade une déformation aussi regrettable, on rendrait un véritable service. Alors j'ai pensé à l'opération suivante : à la fin de 1847, il m'a paru qu'on pourrait détruire ces polypes par une voie autre que celle qui avait été suivie jusqu'alors : j'ai cru pouvoir les extraire par la bouche.

Vous savez qu'autrefois un chirurgien d'Avignon, M. Mane, avait donné le conseil d'ouvrir le voile du palais ; mais, de son temps, on ne pratiquait que la ligature ou l'arrachement. Le conseil m'a paru bon et je l'ai suivi. J'ai donc fendu le voile du palais ; mais, par ce moyen, l'on met à jour seulement la partie inférieure du polype ; ce qu'il importe de découvrir, c'est sa partie supérieure. Enlever le polype n'est rien, le détruire jusqu'à sa racine est tout. Tel est le point de vue qui domine toute la question : si vous pouvez enlever, par ce moyen, le polype à son point d'implantation, tant mieux ; mais si le polype est implanté sur l'apophyse basilaire, vous ne le pouvez pas. Il faut poursuivre énergiquement le polype jusque dans ses dernières racines. En effet, on ne saurait comparer ces polypes à ceux des autres régions, par exemple à ceux de l'utérus. Là les polypes sont composés de parties fibreuses enveloppées, roulées, sorte de noyaux développés au milieu d'autres tissus ; une fois leur coque ouverte, il n'y a plus qu'à les énucléer. Mais les polypes de la base du crâne n'offrent pas cette disposition ; ce sont des parties fibreuses implantées solidement et formant comme une espèce de velours à la surface de l'os ; ces tissus sont aussi solides que les disques inter-vertébraux. Si on laisse les adhérences, le polype renaîtra. Or il s'agit d'obtenir une voie libre, toujours ouverte, par laquelle soit mise à nu la base du crâne.

C'est à la suite de ces réflexions que j'ai pensé à pousser plus loin l'opération de M. Mane, et à ouvrir une large voie en prolongeant l'incision profondément dans le tissu osseux de la voûte du palais. J'ai donc divisé la membrane palatine et mis à nu la voûte osseuse. Avec un grattoir, je décolle la membrane palatine, ce qui est chose facile ; mais ici se présente une difficulté : le voile du palais a deux couches membraneuses adossées, l'une nasale, l'autre buccale ; on ne peut renverser le voile du palais en dehors, parce qu'il est retenu par son feuillet supérieur : c'est là un obstacle facile à écarter. Je coupe avec des ciseaux ce feuillet, et je refoule alors aisément le voile du palais en dehors. Par cette opération, j'ai mis à nu la partie inférieure de la voûte palatine : il faut l'enlever. A cet effet, j'implante un perforateur à droite, un autre à gauche ; j'introduis, dans ces deux perforations, une pince de Lyston ; je coupe l'intervalle osseux, et avec lui la cloison. Cela fait, on voit s'éclater les parties latérales de l'os, et toute cette partie de la voûte tombe : il en résulte une vaste perforation à travers laquelle le regard pénètre dans la partie postérieure des fosses nasales. On aperçoit, par conséquent au fond la partie correspondante de l'ethmoïde, la face inférieure du sphénoïde et de l'apophyse basilaire. Le polype étant mis ainsi en évidence, il s'agit de prendre un parti ; il faut l'exciser : c'est ce que j'ai fait.

Dans ma première opération, j'ai donc amené en avant le polype et je l'ai coupé. Mon malade a guéri, non pas par la simple excision, car la simple excision ou la ligature ne sont rien, mais j'ai conservé la voie ouverte pendant huit, dix, douze, quinze jours, et, chaque jour, soit par le fer rouge, soit par la rugine, soit par les caustiques, par tous les moyens de destruction dont je pouvais disposer, j'ai ruginé, brûlé, détruit le polype.

Le jeune homme que j'ai opéré vit aujourd'hui dans de très-bonnes conditions, et l'opération a été faite en 1847. Depuis, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer la même opération. Vous avez pu voir, l'an dernier, un jeune homme qui est resté très-longtemps dans notre service : chez lui, l'opération a été un peu modifiée, de même que chez notre malade actuel, parce que, par suite des progrès du polype, la voûte avait subi une perte de substance très-considérable. Chez lui, nous avons cautérisé, je ne sais combien de fois, les restes de ce polype. Il est aujourd'hui parfaitement guéri. Son père m'a écrit, il y a quelques jours, de la Bretagne, et il me dit que rien n'indique la repullulation du mal. Or, cela est facile à constater, car je n'ai pas fermé la voie que j'avais ouverte, et l'on peut facilement s'assurer de l'état des parties.

Voilà donc deux opérations en présence; dans l'une, on fait l'ablation du maxillaire supérieur; dans l'autre, on fait la résection de la voûte palatine; par l'une et par l'autre, on arrive à ses fins. Mais M. Michaux dit que la résection de la voûte n'est pas applicable à la cure des polypes qui ont des ramifications; cela n'est pas prouvé le moins du monde. Le jeune homme qui était, l'an dernier, dans notre service, avait une procidence de l'œil droit et un gonflement de la joue du même côté. Chez lui, la tumeur, développée à la partie supérieure des fosses nasales, envoyait des ramifications en plusieurs sens; eh bien! la guérison a eu lieu malgré cela. Je sais bien que je n'ai pas eu ici la démonstration anatomique de la voie suivie par le polype, mais qu'importe! si le pédicule est détruit, les lobes meurent.

Je crois donc que, même pour ces polypes à embranchements, la résection de la voûte est applicable. Je le crois, parce qu'il m'a paru certain que, par cette résection, on met aussi complétement les insertions du polype à nu que par l'ablation du maxillaire supérieur. Or, qu'est-ce que la résection de quelques petites lamelles osseuses dont la perte n'entraîne pas de graves inconvénients et qui se fait sans danger immédiat? C'est une opération autrement grave, celle qui consiste à enlever le maxillaire supérieur tout entier! Enfin, quels sont les résultats définitifs? Est-ce donc une chose indifférente que de conserver la moitié de l'arcade dentaire et d'éviter ainsi la vaste excavation qui résulte de l'ablation d'un os entier? Pourra-t-on, par l'application d'un obturateur, remédier à ces inconvénients? Non, il n'y faut pas songer. Il n'y a pas, pour les résultats définitifs, de comparaison possible entre ces deux opérations. Que disent les partisans de l'ablation du maxillaire supérieur? Qu'il est des cas où l'on ne peut pas faire autrement. Eh bien! messieurs, c'est justement là leur erreur; on peut tout aussi bien obtenir le résultat complet dans la simple résection de la voûte, mais il faut pour cela employer beaucoup de temps; il faut de la persévérance, il faut ne pas craindre de revenir chaque jour, pendant plusieurs semaines, à la cautérisation.

Pourrons-nous appliquer ici ce procédé régulier? La voûte est en partie détruite par le polype lui-même; le principe est qu'il faut ouvrir, dans la direction que nous avons indiquée, une voie aux moyens de destruction. Il faut inciser le voile du palais, cela nous permettra de manœuvrer plus facilement, et je ferai quelques incisions transversales. Diviser le voile du palais dans toute son étendue, cela nous permettrait de voir plus facilement le polype; mais il est peut-être plus avantageux, pour l'avenir du malade, de laisser la luette entière.

P. LORAIN et CADET-GASSICOURT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Nous aurions désiré que notre bien cher correspondant s'en tînt aux commentaires dont nous avons cru juste de faire précéder la lettre de M. Birkett; nous pensons qu'ils suffisaient pour permettre à tout lecteur attentif d'apprécier sainement des faits dont il y était question; mais puisqu'il en a jugé autrement, M. Deville étant dans une position à ce que nous ne puissions lui rien refuser, nous devons insérer sa lettre.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher ami,

Ma surprise a été grande, je l'avoue, en trouvant ce matin, dans le *Moniteur des Hôpitaux,* une lettre de M. Birkett, relative à des faits qui se sont passés il y a onze mois, le 8 août 1853. Je ne puis que vous remercier avec effusion pour l'appui que vous, Broca et quelques autres amis m'avez prêté dans cette circonstance difficile, au grand désappointement de plus d'un individu qui aurait pu, par suite de ma position actuelle, me croire plus isolé, plus abandonné que je ne le suis réellement. En particulier, je vous envoie mes remerciements pour les quelques mots dont vous avez fait précéder la lettre de M. Birkett, et qui résument parfaitement une grande partie de la question.

Une seule de vos déclarations m'impose le pénible devoir de répondre à M. Birkett, et de m'occuper une dernière fois de cette désagréable affaire. Vous déclarez que « la narration du chirurgien de Guy's Hospital « vous paraît empreinte du cachet de la vérité. » La lettre est en effet rédigée sur un ton doucereux calculé avec grand art, pour faire naître cette idée dans l'esprit du lecteur. Malheureusement, elle renferme à peu près autant de mensonges que d'assertions, juste le contraire par conséquent de ce que vous avez cru y voir. Il est évident que je ne puis avoir la prétention d'intervenir en rien dans le jugement que le public pourra porter dans cette affaire, mon seul rôle consistant à raconter les faits dans toute leur vérité; mais pour que chacun puisse tirer de l'exposé des faits telle conclusion qui lui paraîtra la plus satisfaisante, il devient nécessaire que j'empêche une exposition insidieuse de dénaturer les faits, alors surtout que ceci tend, par de petites insinuations des plus perfides, à jeter un faux-jour sur mon caractère. Je viens donc vous prier de vouloir bien insérer, dans l'un des prochains numéros du *Moniteur des Hôpitaux,* la rectification suivante et bien nécessaire des faits si habilement défigurés par M. Birkett :

1° M. Birkett dit : « Si j'ai *conduit* M. Deville à l'amphithéâtre, il semblerait au moins que je ne l'ai pas négligé. » La réponse à ceci est dans les lignes même que M. Birkett a citées précédemment sans les contester. M. Birkett ne m'a certes pas *conduit* à l'amphithéâtre. Il venait d'arriver sous le vestibule d'entrée de l'hôpital. Je me suis approché en le saluant, et lui ai rappelé qu'il m'avait engagé à venir ce jour-là. M. Birkett ne m'a même pas répondu, et, du bout du doigt seulement, m'a indiqué la porte qui *conduit* à l'escalier qui *conduit* à l'étage élevé où se trouve un nouveau détour qui *conduit* enfin à l'amphithéâtre. Si M. Birkett appelle cela conduire quelqu'un, j'avoue que je resterais sans réponse; évidemment, les mots n'auraient pas la même signification pour nous deux.

2° M. Birkett ajoute : « Sans chercher à nier que le portier ait demandé « au docteur D.... où il allait, j'affirme positivement que ni ses paroles, « ni ses manières ne méritaient d'être qualifiées de la sorte (*brutales*). » Je regrette fort que cette assertion de M. Birkett, qui n'était pas présent à la scène inqualifiable subie par moi, vienne si tard; en ce moment, je ne puis m'empêcher de dire qu'elle est juste le contraire de la vérité. Voici les faits, du reste, tels qu'ils se sont passés, et que j'avais simplement résumés, pour ne pas fatiguer les lecteurs.

L'entrée du vestibule de Guy's Hospital est traversée dans le sens de sa largeur par une frêle balustrade en bois, avec une toute petite porte mobile qui permettrait au plus à deux personnes de passer de front.

A mon arrivée, le 8 août, le portier que je n'avais jamais jusqu'alors vu placé contre la petite porte d'entrée, était là debout, comme un piquet. Il me laissa avancer sans me rien dire. Puis, au moment où je franchissais paisiblement la petite entrée, il glissa brusquement son bras droit allongé au ras de ma poitrine, et fixant sa main sur le côté opposé de la balustrade, il m'arrêta net, comme un policeman arrêterait un voleur dans la rue, en me demandant d'une voix impérieuse :

« Où allez-vous? »

Stupéfait de cet acte et de ce ton, je reculai d'abord sans répondre, et revenant enfin de ma surprise, je répondis :

« Au Musée, comme d'habitude. »

Là-dessus le portier, d'un ton beaucoup moins brusque cette fois, se mit à me débiter de longues explications auxquelles je ne comprenais rien du tout, relativement aux heures d'entrée, à je ne sais quel changement d'heures, etc.

Je l'arrêtai net au milieu de son débit, en lui disant :

« Je ne puis pas entrer dans tous ces détails, dans toutes ces explications. Je suis venu pour étudier au Musée, à l'heure habituelle. Puis-je « entrer oui ou non? C'est tout ce que je vous demande. »

Sans me répondre, le portier se dérangea de sa place et me laissa le passage libre.

J'hésitai un instant avant d'entrer. Mais réfléchissant que je venais de faire plus d'une lieue pour arriver, qu'il m'en fallait faire autant pour me retirer, j'aimais mieux ne pas avoir entièrement perdu mon temps; j'en-

trai et me dirigeai tranquillement, de mon pas rapide ordinaire, vers le Musée.

Voilà, moins la transcription du discours du portier en second lieu, et moins les détails de l'entourage, tels que je les ai exposés ailleurs, la scène dans son intégrité.

3° Que signifie alors cette indigne insinuation de M. Birkett : « Si « M. D.... avait conservé le calme parfait dont il vous parle, il vous aurait « épargné le récit qui s'ensuivit? » Je vais tout à l'heure montrer comment M. Birkett lui-même contredit cette menteuse insinuation. Et cette autre : « On m'*assure* que M. D.... était dans un tel état d'excitation, que « l'intendant dut demander la cause du *désordre*, et, sur l'explication « qu'il reçut, il suivit le docteur au Musée? » Il est impossible d'apporter plus de perfidie dans l'exposé d'un fait. Quel désordre y a-t-il eu à la porte? Je défie M. Birkett de citer rien au delà de la scène que je viens de raconter. S'il y avait eu l'ombre d'un désordre à la porte, M. Birkett en aurait parlé depuis longtemps; il ne serait pas resté silencieux en présence des interrogations directes du *Medical Times* en août et septembre 1853. Il aurait été trop enchanté de pouvoir, au moins vis-à-vis de ses compatriotes, pour lesquels l'ordre et la tranquillité sont les premiers besoins, citer une excuse ou une apparence d'excuse pour l'acte si grave commis à mon égard. Non; c'est après onze mois, après être resté sourd à toutes les sommations, que M. Birkett cherche à venir injurier mon caractère, en parlant de désordre commis par moi, et insinuant que, si j'étais resté calme, le reste n'aurait pas eu lieu. Quelle indigne audace! Et vous trouvez que cette calomnieuse assertion « paraît empreinte du cachet de « la vérité! »

Le vrai dans ceci, c'est qu'on s'attendait en effet que, devant un acte de provocation aussi inouï, je n'aurais pas pu conserver mon calme, j'aurais prononcé de vives paroles; et un groupe de témoins était là, comme j'ai eu occasion de le dire, prêts à s'amuser de la scène. Si le simple respect de ma dignité blessée n'avait pas suffi pour me commander un calme absolu, la seule presence de ces témoins à figure railleuse (ou ayant l'intention d'être railleuse) me l'aurait imposé. Aujourd'hui, contrariés d'avoir manqué leur coup, ces messieurs viennent, avec une audace incroyable, changer leurs désirs en réalités, et raconter, comme ayant eu lieu, ce qu'ils avaient espéré. Je ne m'en serais jamais douté; mais il paraît qu'on peut se tromper de cela. Mensonge d'un bout à l'autre. Il est vrai qu'il y a si longtemps de cela : la mémoire leur aura peut-être fait défaut!

4° Voulez-vous la preuve, d'ailleurs, du mensonge? Elle va vous être fournie par M. Birkett lui-même. Un moment après mon expulsion, fondée, rappelez-vous le bien, uniquement sur ce que le Musée n'était pas fait pour les étrangers « *The Museum is not for foreigners,* » *sans autre motif,* aucun du moins que le steward ait osé exprimer devant moi, M. Birkett vient parler au steward. « Celui-ci lui dit qu'il s'opposait à la présence « du docteur D.... au Musée, vu qu'il prenait des dessins des pièces ana- « tomiques. » Ainsi, M. Birkett déclare lui-même que c'était un plan *déjà arrêté* par le steward, de s'opposer à ma présence dans le Musée; et, malgré cela, il n'a pas craint d'affirmer quelques lignes plus haut, que « l'intendant avait dû demander la cause du *désordre,* et m'avait alors « suivi au Musée, » et que « si j'avais conservé mon calme, je vous au- « rais epargné le récit qui s'ensuivit, » (c'est-à-dire mon expulsion du Musée?) Décidément, M. Birkett, ce n'était pas la peine de vous abaisser à me calomnier, en me faisant supposer capable d'occasionner un désordre quelconque à la porte d'un hôpital, pour vous contredire vous-même aussitôt d'une manière aussi malheureuse. Vous aviez gardé le silence onze mois, parce que vous n'aviez rien de sérieux, en effet, à dire pour votre justification, ainsi que je vous l'ai annoncé publiquement dans le *Medical Times*, septembre de l'année dernière; vous auriez bien fait de continuer à suivre cette marche prudente, au lieu de vous réduire à l'emploi d'aussi vilains moyens.

5° Je passe rapidement sur plusieurs autres mensonges, pour arriver à un point capital. Qu'on me permette de dire seulement une chose en passant : il est radicalement, matériellement impossible que le steward, homme âgé, vrai Anglais à la démarche lente et pesée, ait eu le temps de s'informer à la porte de ce qui s'était passé, et m'ait suivi au Musée, de façon à pouvoir y entrer juste en même temps que moi, qui m'y suis dirigé tout droit et d'un pas très-rapide.

6° Un point capital, dans tout ceci, un fait grave, qui met mon expulsion hors de Guy's Hospital bien au-dessus de toutes les personnalités, c'est que l'explication, fondée sur la résolution du steward parce que j'aurais pris des dessins, est elle-même un mensonge, un prétexte inventé après coup, pour tâcher de se tirer du pas difficile dans lequel on venait de s'engager. Non, le steward n'avait même pas pris d'avance la résolution de s'opposer à mon entrée au Musée, sous prétexte que j'y faisais des dessins.

Si cette résolution avait été prise, le portier, en m'arrêtant brutalement à la porte, m'en aurait donné avis; il ne se serait pas rangé, pour me laisser entrer tranquillement après son acte brutal; le steward ne serait pas venu me demander grossièrement ce que je venais faire au Musée, ne m'aurait pas dit : *The Museum is not for foreigners;* au lieu de cette bêtise, il m'aurait simplement communiqué sa résolution, etc. Cela saute aux yeux, sans compter l'absurdité dans laquelle on est tombé, en me parlant de dessins, à moi qui ne sais pas dessiner, et qui n'ayant jamais pris une note par écrit au Musée, n'ai fourni aucun prétexte, même à une apparence d'imputation de ce genre. La malheureuse imputation mensongère des dessins n'est venue qu'après coup, alors que le calme parfait, gardé par moi en présence d'une provocation scandaleuse, avait déjoué tous les calculs et rendu impossible toute explication honorable, vis-à-vis du public scientifique, de l'acte brutal en lui-même et en ses détails, de l'acte archi-brutal de mon expulsion.

7° Reste donc le fait en lui-même, en dépit des brutalités des employés de Guy's Hospital et des calomnies de M. Birkett : sans aucune cause qu'on puisse m'imputer, j'ai été indignement expulsé de Guy's Hospital. Or, un acte d'une pareille gravité a nécessairement sa raison d'être, car il n'est pas d'homme, pour si peu doué qu'il soit de raison, qui se hasardât à en commettre de pareils, à en subir la responsabilité, sans un motif sérieux.

Ce motif, quel est-il? Tout mon article de décembre dernier répond à chaque instant à cette question; je n'ai rien à y retrancher. Je pourrais aisément y ajouter des faits à l'appui, des montagnes de faits, si je ne craignais d'abuser de la patience des lecteurs, en parlant de la manière dont moi et bien d'autres avons été traités ici. Si je me suis décidé à m'appesantir sur quelques détails qui me sont personnels, c'est que la question était bien plus grave qu'une question personnelle, et passait bien haut au-dessus de ma tête, pour aller atteindre à un des principes les plus graves et les plus sacrés de la science.

Un jugement porté récemment dans une occasion curieuse, par un journaliste anglais influent et habile, pourra peut-être aider plus d'un lecteur à se former une opinion un peu exacte à ce sujet. Voici le fait :

Dans l'exposition des tableaux de l'Académie royale de peinture, cette année-ci, à Londres, il y a eu peu de tableaux provenant d'une École qui s'agite assez dans ce pays, et qu'on appelle l'École des Pré-Raphaélistes. L'un de leurs tableaux, cependant, intitulé la lumière du monde « *the light of the world,* » peint par Hunt, a fait une grande sensation. Ce tableau renferme une terrible critique, une cruelle satire de la société anglaise. Peu l'ont compris, ou ont voulu faire semblant de le comprendre, quoique pas tous, comme vous allez voir. La foule s'accumulait empressée tout autour, et d'une manière continue, sous le prétexte apparent que c'était un tableau de l'École Pré-Raphaélique.

Le tableau représente Jésus-Christ, une lanterne à la main, frappant à une porte dont les gonds sont rouillés, et qui n'a pas été ouverte depuis bien longtemps, car elle est encombrée par des ronces ou autres mauvaises herbes. La figure du Christ est très-triste, portant une sombre expression de mécontentement et de désappointement. Il a bien des fois frappé en vain à cette porte : on ne veut pas lui ouvrir.

« *The possessor keeps it,* dit un journaliste anglais, *as an Englishman* « *keeps his castle, and such as carry the light have no admission into it.* » Le propriétaire de la maison la tient fermée, comme un Anglais garde sa maison; quiconque apporte la lumière avec lui, n'est pas admis.

Jusqu'à quel point ce jugement, porté par un Anglais sur son pays, est vrai dans la généralité des cas, je ne puis le décider. Mais je connais plusieurs cas particuliers dans lesquels il est profondément juste, et, dans ma conviction absolue, basée sur les faits que j'ai exposés, c'est là qu'il faut chercher l'explication de la conduite de Guy's Hospital. Nous en avons une preuve nouvelle dans les insinuations mensongères auxquelles ces messieurs ne craignent pas d'avoir recours, pour tâcher d'empêcher les hommes de science d'arriver à cette même conclusion.

Maintenant, si mon appréciation est juste, je laisse au lecteur le soin de décider si l'introduction des noms de *MM. Cock* et *Hilton* est « à la fois injuste et inexcusable, » telle que je l'ai faite dans les termes suivants (*Monit. des Hôpit.*, déc. 1853, p. 1216) : « On n'a qu'à venir en Angle- « terre, dans le pays qui est, avec la France, à la tête de la civilisation, « et en plein Londres, dans l'un des hôpitaux les plus importants, on trou- « vera un trio de chirurgiens, Cock, Hilton et Birkett, qui dirigent un éta- « blissement dans lequel se passent des actes dont un homme d'un peu « d'éducation rougirait. »

8° M. Birkett déclare qu'il ne m'a pas revu depuis, et qu'il aurait eu beaucoup de plaisir à me voir à l'hôpital de Guy, toutes les fois qu'il m'aurait plu d'y aller. Il fait preuve ici de sa véracité habituelle. M. Birkett m'a revu déjà plusieurs fois; je vais lui en citer deux, puisqu'il a la mémoire si mauvaise, bien que, d'après sa simple mémoire, et sur un ouï dire, il n'hésite pas à calomnier un confrère : une fois, c'était au cours de M. Owen; l'autre fois, c'était sur le bateau à vapeur qui nous a transportés ensemble de Blackfriars bridge à Suspension bridge, et où son attention, ainsi que celle de deux dames qu'il accompagnait, ont été à d'assez nombreuses reprises dirigées sur moi, pour que ma présence lui fût parfaite-

ment connue. Certes, si M. Birkett avait à exprimer des regrets, comme il le dit à présent, il ne pouvait trouver de meilleures occasions que celles-là, et n'avait pas besoin, au bout de onze mois, de venir rompre un silence prudent, de réveiller une question presque assoupie et à peu près jugée, je crois.

9° Mais enfin, se sera peut-être demandé quelque lecteur étonné, quel étrange motif a pu pousser M. Birkett à rompre le silence après tant de temps? M. Birkett et les autorités de Guy's Hospital, assez nettement provoqués dans le *Medical Times* des mois d'août et septembre 1853, n'ont pas osé répondre un seul mot. Mon article du *Moniteur des Hôpitaux* leur a été envoyé d'ici, par moi-même, et ils se sont tus. L'excellent article par lequel mon ami Broca a bien voulu me défendre, leur a été envoyé également, et n'a pu les secouer de leur léthargie, malgré l'impression produite par cet article. Puis, au bout de onze mois, alors que personne ne parle plus de l'affaire, tout d'un coup, voilà M. Birkett s'éveillant et trouvant moyen, pour simuler une défense impossible, de lancer contre moi des insinuations calomnieuses. Quelle démangeaison lui a pris?

Le fait est assez singulier, en effet, au premier abord. Toutefois, si le lecteur veut bien reprendre avec moi le fil conducteur qui nous a servi à sortir de ce labyrinthe des explications hasardées, au sujet de mon expulsion, je lui promets une explication des plus satisfaisantes.

Si les présentes déclarations (moins les calomnies bien entendu) de M. Birkett avaient paru plus tôt, j'aurais été capable de le prendre au pied de la lettre, et sauf à courir le risque d'une nouvelle expulsion, de revenir à Guy's Hospital, qui m'aurait été ouvert, où j'aurais pu voir ce qui se passe.

Au lieu de cela, on a gagné du temps. Pendant ce temps, ma situation a profondément changé. Aux dépens d'une vie de privations, entremêlée des luttes les plus pénibles, j'avais résolu, en me trouvant dans un grand centre accepté par moi dans ce but, de continuer à me livrer entièrement à mes travaux scientifiques. Ce projet, Guy's Hospital et bien d'autres dont j'aurai à reparler ailleurs (car il faut que chacun porte la responsabilité de ses actes), l'ont rendu totalement impossible. Pressé par les nécessités de l'existence, il a fallu me jeter dans les soucis, les embarras, les préoccupations d'une clientèle petite et difficile, que je suis obligé de subir pour vivre, et que je ne pourrais pas satisfaire, si je voulais suivre les hôpitaux avec la même assiduité que dans les premiers temps. Par une étrange coutume, les visites des hôpitaux ici se font entre midi et une heure; pour aller à Guy's Hospital, il me faut partir de chez moi à onze heures du matin, et je ne puis être de retour au plus tôt qu'à trois heures de l'après-midi, et ainsi de presque tous les autres hôpitaux. Je puis assurer qu'il m'a fallu une rude patience pour les suivre chaque jour pendant quatorze mois. Or, maintenant que cette situation est telle, que j'y suis trop engagé pour pouvoir reculer, après que ceci a pu être vérifié, après onze mois, M. Birkett rompt le silence, et déclare que je puis revenir à son hôpital. Le rusé malin sait bien qu'il me serait difficile d'y revenir. Il n'est pas absolument rassuré pourtant, car de crainte que je ne me décidasse, il prend bien soin de semer des calomnies qui rendraient impossibles des relations scientifiques et des relations confraternelles entre lui et moi. Réussira-t-on ainsi à tromper le monde scientifique? J'en doute fort pour mon compte, du moment que le masque est arraché.

10° M. Birkett termine par une petite pointe qui ne peut s'adresser qu'à Saint-Bartholomeo's Hospital, le seul que j'avais cité, et où j'avais fini par être si complétement bien accueilli. « Guy's Hospital, dit-il, est ouvert à « tout le monde, en se conformant à des réglements suivis dans tous les « établissements de même espèce, bien dirigés. » J'engage fort M. Birkett, sous le rapport de l'accueil cordial des étrangers, comme sous tous les autres rapports, à veiller à ce que Guy's Hospital soit dirigé aussi bien que celui de Saint-Barthélemy, le premier des hôpitaux de Londres, certes, sur tous les points; il n'aura pas à craindre alors d'être dévoilé, et n'aura pas à s'engager dans des voies tortueuses pour n'arriver à tromper personne, en définitive.

Je laisse tomber la plume de dégoût, en demandant pardon aux lecteurs de les avoir occupés si longtemps de moi. S'il ne s'était agi que de moi seulement, et bien que le désir de réfuter d'indignes calomnies ait un peu contribué cette fois à me faire prendre la plume, cela seul ne m'aurait pas décidé à demander une nouvelle place dans les colonnes de ce journal. La position que j'ai acceptée, j'ai calculé cela d'avance, m'expose à toute espèce de calomnies, et je suis ma foi bien au-dessus de ça. Mais il y a bien plus ici. Arrivant à Londres, animé du désir d'être utile à la science, professant toujours le plus grand respect pour les personnes, sans me laisser arrêter cependant par des considérations personnelles, lorsqu'il s'agit de la vérité, j'ai voulu examiner et étudier avec attention. Il y a des questions sur lesquelles la chirurgie française et anglaise diffère profondément : celles, par exemple, du *granular swelling* du testicule, du cancer des ramoneurs, etc. Or, pour le fongus bénin du testicule, j'ai eu bien vite trouvé que c'était là une erreur de diagnostic, qu'il ne s'agissait que d'une complication du tubercule testiculaire. Pour le cancer des ramoneurs, j'en ai cherché vainement un exemple pendant quatorze mois sur le vivant; cette lésion pleuvait ici avant mon arrivée à Londres, et il n'y en a plus depuis; singulier remède, comme on voit; je n'ai donc pas pu mettre la main sur un cas, mais d'après de nombreuses pièces déposées dans les Musées, je puis assurer les lecteurs qu'il s'agit là tout simplement d'accidents syphilitiques les plus ordinaires et variés, comme : plaques muqueuses simples, plaques muqueuses ulcérées, chancres phagédéniques. Au milieu de ces travaux, dont tout le monde aurait dû se réjouir, car de deux choses l'une : ou j'ai tort et alors la vérité jaillira de la discussion, ou j'ai raison et l'on devrait se réjouir de voir dissiper des erreurs ; — au milieu de ces travaux, dis-je, j'ai dû subir les entraves les plus extraordinaires, jusqu'au fait final de Guy's Hospital, qui, moins habile et moins patient que d'autres, m'a expulsé. J'ai dû alors, malgré le regret que j'éprouvais à mettre ma personne en avant, faire une exposition publique des faits. Après avoir passé onze mois sans oser me contredire soit à Londres, soit à Paris, Guy's Hospital cherche maintenant à parer le coup en dénaturant les faits. Je l'en défie.

Londres, 3 juillet 1854. A. DEVILLE, *D. M. P.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Au moment où nous allons mettre sous presse, on vient appeler notre attention sur la version du discours de M. P. Dubois, publiée par un autre journal, et dans laquelle version le passage relatif à une question déontologique, est reproduit dans des termes tout différents de ceux que nous nous sommes cru obligé de critiquer, dans notre numéro du 29 juin dernier. Au lieu de dire que M. Valleix avait jugé utile de faire croire à ses malades qu'elles étaient atteintes d'une déviation, quand au contraire elles avaient tout autre chose, M. P. Dubois, dans la nouvelle version, s'exprime ainsi qu'il suit :

« Je n'ai *aucune raison* pour penser que notre confrère eût exprimé à « ses malades aucune opinion qui fût en contradiction avec le résultat de « mon examen » (lequel examen avait fait constater l'absence de toute déviation) « sans autre explication il se sera contenté de les soumettre à « un traitement qu'il pensait devoir leur être profitable, et il a pu ne pas « se croire tenu de leur expliquer par quel mode particulier d'action de « son procédé opératoire, il se proposait de les soulager, et loin de trou- « ver matière à critique dans cette conduite, je déclare que j'aurois fait « comme lui. »

Évidemment, si M. P. Dubois avait prononcé ces paroles, notre critique n'aurait pas eu d'objet, et, pour user du mot consacré, nous nous serions escrimé contre des moulins à vent, ce qui entre peu dans nos habitudes. Mais les paroles que nous avons critiquées sont bien celles qu'a prononcées M. P. Dubois, et que nous avons reproduites dans notre numéro du 29 juin. La nouvelle version du discours de l'habile professeur, publiée dix-huit jours après la nôtre, prouve donc seulement que M. P. Dubois, frappé de la justesse de nos remarques, s'est empressé, avec cette rectitude de jugement qui le caractérise, d'abandonner la fausse voie dans laquelle il s'était engagé. A ce point de vue, loin de trouver à redire aux corrections qu'il a faites à son discours, nous ne pouvons que l'en féliciter.

— Un de nos lecteurs veut bien nous demander si l'interruption que nous avons dû faire subir à la publication des Leçons de M. Malgaigne doit être une suspension. Nous nous empressons d'informer nos lecteurs que cette publication n'est qu'interrompue, qu'elle sera très-prochainement reprise, et que les paroles de l'éminent professeur seront toujours reproduites avec la scrupuleuse fidélité dont les rédactions de notre excellent collaborateur ont seules eu le mérite.

— *Errata.* — Plusieurs erreurs se sont glissées dans l'impression du dernier Feuilleton ; à part celles que la sagacité du lecteur aura rectifiées, nous signalerons les suivantes : page 634, colonne 1re, ligne 7, au lieu de : *chimiques*, lisez : *cliniques;* page 635, colonne 1re, ligne 8, au lieu de : *digitalis*, lisez : *digitalin;* même colonne, ligne 13, au lieu de *digitaléique*, lisez : *digitoléique;* même page, colonne 2, ligne 5, au lieu de : *arrivés*, lisez *amenés;* p. 636, colonne 1re, ligne 4, au lieu de : *Halken*, lisez : *Falken;* même page, colonne 2, ligne 17, au lieu de : *beau*, lisez : *bon;* page 637, colonne 2, ligne 19, au lieu de : *narcotique*, lisez : *narcotisme.*

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. PAYEN. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez JANET, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 82. 2e année. Mardi 11 Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 10 Juillet 1854.

Discussion sur le redresseur utérin.

A monsieur le professeur Velpeau.

Monsieur et très-éminent professeur,

Si j'ai le regret de ne pouvoir partager toutes les opinions que vous avez émises à propos du traitement des déviations utérines, j'espère du moins que nous tomberons, vous et moi, d'accord sur ce point, que votre discours, par son étendue et par la source dont il émane, mérite un examen particulier. Les allusions que vous avez cru utile de faire à mes critiques passées m'imposeraient presque, d'ailleurs, le devoir de me livrer à cet examen. Vous trouverez donc très-naturelles les remarques que je vais avoir l'honneur de vous soumettre. Délivrons-nous d'abord de quelques questions accessoires que vous avez effleurées dans ces allusions, et nous entrerons ensuite dans le cœur du débat.

Vous vous êtes plaint qu'on ait souvent prêté à vos paroles un sens qu'elles n'avaient point, et, partant, qu'on eût combattu des opinions qui n'étaient point les vôtres; vous avez cité à ce propos l'infection purulente, l'introduction de l'air dans les veines, la lithotritie et l'engorgement utérin.

En ce qui concerne ces deux dernières maladies, je suis un de ceux qui vous ont attribué les opinions dont vous vous défendez, et j'ajoute que j'ai cru, que je crois encore avoir raison.

Je sais que le malheur peut arriver à tout le monde d'être compris à contre-sens, et de passer pour un apologiste de la Ligue alors qu'on est un défenseur du Roi ; croyez cependant qu'en principe général, lorsqu'on se fait mal comprendre de tout le monde, c'est qu'on ne s'exprime pas avec une clarté sans nuage. Pour ne parler que de la lithotritie, en voici une preuve :

Sans doute vous n'avez dit nulle part, comme vous le faisiez très-bien observer dans la séance du 16 septembre 1847 : *La lithotritie a-t-elle été utile à l'humanité ?* — Vous vous êtes demandé, comme vous le faisiez observer encore : « *jusqu'à quel point la lithotritie a été utile à l'humanité, ce qui n'est pas la même chose.* »

Cela n'est pas la même chose, en effet ; mais ce qui est la même chose, ce sont les paroles suivantes, que vous avez prononcées dans la même séance : « *Je ne sais pas s'il meurt aujourd'hui moins de calculeux qu'avant la découverte de la lithotritie.* »

Et les suivantes, que vous avez prononcées dans la séance du 5 janvier de la même année : « *Y a-t-il aujourd'hui moins de morts parmi les calculeux ?* Je ne le crois pas. »

Or, entre une phrase à double entente comme : *jusqu'à quel point*, et des propositions parfaitement catégoriques comme les deux dernières, les esprits droits, obligés de choisir, vont nécessairement au plus clair, et ils se disent : « *Évidemment, puisque M. Velpeau ne croit pas qu'il meure moins de calculeux depuis la découverte de la lithotritie, cette découverte, pour lui, n'a été bonne à rien.* » — Pardonnez-moi de m'être classé parmi ces esprits-là, ce que j'ai pu faire sans trop de vanité, car je n'ai pas été le seul de mon avis, à beaucoup près.

Le même raisonnement est absolument applicable à l'engorgement utérin, car, lorsqu'un homme de votre expérience dira : *Je n'ai* jamais *vu d'engorgement, quoique j'en cherche depuis trente ans ; et ce qu'on décrit comme engorgement était tout autre chose*, il n'est personne qui ne croie qu'un tel homme nie l'engorgement ; votre savant et perspicace secrétaire, M. Gibert, ne s'y est point trompé, quand il a écrit, dans le procès-verbal de la séance du 9 octobre 1849 : « *Ces engorgements existent-ils? M. Velpeau le* nie. »

Oui, pour tout homme qui comprend le français, vous niez les engorgements de l'utérus ; vous niez l'utilité de la lithotritie ; seulement, malgré votre haute et bien légitime position, vous tombez dans la faute que vous reprochez à tort à M. Depaul, et au lieu que ce soit lui qui n'ait pas le courage de nommer l'engorgement, c'est vous qui n'avez pas le courage de le rayer carrément de la liste des maladies.

Ceci posé, et la situation de chacun bien établie, comme il convient entre argumentateurs loyaux et qui se respectent, arrivons au fond de la question.

En débutant, vous avez fait de M. Valleix un éloge qui, dans votre bouche, pourrait satisfaire l'ambition des plus difficiles. Ce n'est point là ce dont je me plaindrai : quelque bien que vous eussiez dit de M. Valleix, vous n'en auriez pu dire plus que je n'en pense, et je crois que notre sentiment, à tous les deux, est tellement général, que cet éloge lui-même était à peine utile. Mais précisément, quand on pense, à juste titre, beaucoup de bien de quelqu'un, il faut se garder, à mon avis du moins, de louer dans lui ce qu'il peut y avoir de défectueux, et c'est là ce que je vous reprocherais d'avoir fait, si le mot de reproche pouvait être de mise dans un débat où nous ne cherchons tous qu'à nous redresser mutuellement la vue et à nous montrer réciproquement la vérité.

Oui, vous avez eu raison de dire que M. Valleix appartient à une École justement connue par la sévérité de ses principes en fait d'observation ; oui, vous avez eu raison de dire que M. Valleix est un de nos meilleurs observateurs ; mais ce que vous n'avez pas eu raison de proclamer, c'est que les vingt observations de M. Valleix soient dignes de lui, et puissent être avouées par l'École à laquelle il appartient et à laquelle j'appartiens comme lui ; ce que vous n'avez pas eu raison de faire, c'est de défendre ces observations (1). D'où vient qu'elles laissent tant à

(1) Cette défense, il est vrai, a en grande partie disparu dans votre discours écrit.

désirer? Je ne le saurais dire ; peut-être, probablement même, de ce que M. Valleix, par suite d'une habitude que nous avons, lui et moi, cent fois condamnée par nos paroles et dans nos écrits, aura fait comme tant d'autres, et qu'absorbé par des préoccupations pressantes, il aura confié à des observateurs subalternes le soin de recueillir des faits dont la constatation et la description demandent toute la sagacité du maître. Mais quelle qu'en soit la cause, le fait n'est que trop certain, et M. Valleix sera le premier à en convenir, vous en conviendrez vous-même, comme tout le monde, quand vous aurez médité la quatrième observation, dont vous avez parlé, dont on a beaucoup parlé ; une de celles que l'on a considérées comme les plus concluantes parmi toutes celles qu'a publiées le très-distingué restaurateur du pessaire intra-utérin.

Voici cette observation :

Marie S..., âgée de 28 ans, couturière, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution primitivement assez forte, a été réglée à 15 ans, et convenablement dès le début. Sa santé a toujours été parfaite jusqu'à 17 ans. Elle eut alors une première grossesse très-pénible et avorta au troisième mois. L'avortement, dont la cause nous échappe, fut suivi de coliques, de douleurs vives dans les lombes et les aines, avec fièvre et délire.

Au bout de huit jours, on la transporta à l'Hôtel-Dieu, et, dit-elle, le médecin lui introduisit la main entière dans le vagin, après quoi les douleurs cessèrent, l'hémorrhagie seule persista. La malade resta trois semaines à l'hôpital.

Depuis, elle a eu quatre nouvelles grossesses qui ont été menées à terme ; le dernier accouchement a eu lieu en 1849. Chacun de ces accouchements, bien que peu laborieux, a été suivi d'accidents graves, d'inflammations qu'il fallait combattre par des applications de sangsues, et qui nécessitèrent un traitement de quinze à dix-huit jours. Dans les intervalles, les règles ont été irrégulières, douloureuses, souvent abondantes, et il y a eu de la leucorrhée.

C'est six mois avant que nous ne la vissions que les métrorrhagies devinrent plus fréquentes et plus abondantes. En même temps, la malade éprouva dans les seins et dans la fosse iliaque droite de la douleur qui s'étendit, le mois suivant, jusqu'à l'hypogastre. Il y eut ensuite des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre, des douleurs vives pendant la marche, qui était très-difficile et très-pénible, de l'inappétence, des douleurs épigastriques après les repas ; la malade maigrit, perdit ses forces, et ne pouvant se tenir debout, se traînait courbée en deux lorsqu'elle marchait. Deux fois elle fut obligée d'entrer à l'Hôtel-Dieu ; une première, dans le service de M. Horteloup, d'où elle sortit au bout de quinze jours, un peu soulagée par l'application de ventouses scarifiées ; une deuxième, chez M. Louis qui reconnut sa maladie et me l'adressa sans avoir commencé de traitement.

Je la reçus à l'hôpital Beaujon le 16 octobre 1851, et constatai l'existence d'une antéversion avec légère déviation latérale gauche ; la face antérieure du corps n'était pas horizontalement étendue, mais décrivait une légère courbe à concavité antérieure, comme s'il y eût eu un commencement d'antéflexion. Le col, volumineux, présentait quelques granulations. La sonde pénétrait jusqu'à 7 centimètres 1/2. Après deux cathétérismes, dont un fut douloureux et fatigant pour elle, car ce jour-là, l'exploration fut faite successivement pendant près de vingt minutes par M. Dubois, madame Charrier et d'autres personnes qui confirmèrent mon diagnostic, la malade éprouva de la courbature, de légers frissons, et ses règles apparurent en avance de trois jours. Elles furent abondantes et durèrent jusqu'au 23, accompagnées de douleurs dans les reins et à l'hypogastre.

Le sonde, introduite le 24 et le 25, donne lieu à un écoulement de sang peu abondant. Néanmoins, le redresseur est appliqué le 25 ; il reste sept jours et on l'enlève parce qu'il survient une hémorrhagie assez abondante. Il est réappliqué quatre autres fois : la deuxième le 22 ; il reste trois jours seulement et il se produit une nouvelle hémorrhagie ; à la troisième application, qui a lieu le 28, il reste quatre jours, et cette fois il est enlevé à cause de l'apparition des règles à leur époque habituelle ; elles durent quatre jours, ne sont pas douloureuses, et quand elles ont cessé, l'utérus est moins lourd, mais sa déviation n'a pas changé.

A la quatrième application, le redresseur reste treize jours ; on le retire dès qu'il apparaît un peu de sang, et, cette fois encore, ce sont les règles qui surviennent en avance de cinq à six jours. L'utérus est encore un peu oblique en avant, mais non plus transversal.

Le 7 janvier, le redresseur est placé une cinquième fois ; il reste quinze jours sans causer d'accidents. La malade va, vient, se trouve mieux, reprend son embonpoint, et lorsqu'on enlève l'appareil, l'utérus se trouve maintenu dans sa direction normale.

J'ai revu la malade depuis, le 27 mars et le 2 mai. La santé générale était parfaite, et l'antéversion ne s'était pas reproduite.

Pour ne pas abuser de votre patience et de celle du lecteur, passons sur les antécédents, prenons l'observation à l'époque du premier examen, le 16 octobre 1851 et ne parlons que de ce qui est relatif aux règles.

Les règles, dit l'observation, apparurent après deux cathétérismes, le 16 *octobre*, *en avance de* TROIS *jours*.

Il résulte de là :

1° Que l'époque normale des règles était le 19 ;

2° Que les règles étaient d'une *extrême régularité*, car comment aurait-on pu, s'il en avait été autrement, constater soit une avance, soit un retard de *trois* jours ?

Ainsi, les règles doivent apparaître très-régulièrement le 19 de chaque mois. Combien doivent-elles durer ? C'est ce que ne dit pas l'observation ; elle constate seulement que cette fois elles ont duré jusqu'au 23, c'est-à-dire sept jours. Admettons que ce soit là leur durée normale.

Malgré l'existence d'un léger écoulement de sang, le 24 et le 25, on applique, ce dernier jour, le redresseur, qu'on laisse pendant *sept* jours, c'est-à-dire jusqu'au 1er *novembre*, et qu'on enlève à cause d'une hémorrhagie assez abondante.

Combien a duré cette hémorrhagie ? Silence de l'observation.

Tout ce que nous savons, c'est que (après l'hémorrhagie sans doute), le redresseur est appliqué de nouveau une première fois (pendant combien de jours ?) puis retiré (on ne dit pas pourquoi) ; puis réappliqué une deuxième fois le 22, laissé, cette deuxième fois, pendant *trois jours*, c'est-à-dire jusqu'au 25, et retiré encore pour une nouvelle hémorrhagie dont on ne dit ni la *gravité* ni la *durée*.

Cette durée toutefois ne paraît pas excéder trois jours, puisqu'on fait une troisième application du redresseur le 28. Cette fois on laisse l'instrument pendant *quatre* jours, c'est-à-dire jusqu'au 2 *décembre*, et on le retire *à cause de l'apparition des règles*, A LEUR ÉPOQUE HABITUELLE ! Comme les règles durent habituellement sept jours, nous voilà donc au 9 *décembre*.

Ce jour-là, sans doute (car l'observation ne s'explique pas à cet égard), on fait une quatrième (c'est-à-dire plus exactement une cinquième) introduction du pessaire ; l'instrument reste *treize jours* en place, ce qui nous conduit au 22, et ce jour-là, on le retire, *à cause de l'apparition des règles*, EN AVANCE DE CINQ A SIX JOURS.

Ainsi, un écoulement menstruel *d'une extrême régularité* devait apparaître, *normalement*, *le* 19 *octobre* ;

Il revient, *normalement*, le 2 *décembre* suivant ;

Il reparaît encore, *en avance de cinq à six jours*, le 22 de ce même mois de décembre, c'est-à-dire qu'il aurait dû revenir, *toujours normalement*, le 16 ou le 17 !

Évidemment, M. Valleix, non-seulement n'a pas recueilli une telle observation, mais encore, trop confiant dans ses aides, il ne l'a même pas lue avant de la faire imprimer.

L'observation 19, sur laquelle vous avez spécialement insisté dans votre discours écrit, n'est guère plus irréprochable que la précédente, et presque toutes les autres sont dans le même cas.

Si vous aviez dit qu'en dehors même de toutes les observations de M. Valleix, l'opinion d'un homme comme lui conserve un certain poids, j'aurais grandement abondé dans votre sens ; mais défendre son opinion avec ses observations est chose impossible ; M. Depaul ne les a peut-être pas jugées avec..... comment dirai-je ?.... avec toute la mansuétude qu'on aurait pu désirer ; mais il les a jugées sainement, et je ne doute pas qu'après cette discussion, M. Valleix n'en fasse le sacrifice, et qu'il ne se résigne désormais à recueillir, ou du moins à dicter lui-même ses observations.

En voilà assez sur le compte d'un homme que j'estime et que j'aime trop pour ne pas regretter vivement l'obligation où je me trouve de critiquer des œuvres qui portent son nom ; parlons de celles d'un homme que je n'estime pas moins, quoique je n'aie pas le droit de l'aimer autant, parlons des vôtres.

Ce que vous avez paru caresser avec le plus d'amour dans votre allocution, c'est le progrès que vous croyez s'être accompli depuis la discussion de 1849, touchant les inflexions. Ce progrès

a été pour vous l'occasion d'un assez vif et double reproche à M. Malgaigne; reproche, parce que votre collègue avait nié le progrès, reproche, parce qu'il vous avait attribué, touchant l'importance desdites inflexions, une opinion que vous n'auriez jamais eue. Permettez-moi de vous dire qu'ici encore les apparences ne vous sont pas favorables. Non-seulement tout le monde a cru que vous aviez accordé une grande importance aux inflexions, mais encore, tout en la repoussant, vous semblez confirmer de nouveau cette opinion générale, en considérant comme un progrès signalé l'acceptation, par les praticiens, de ces inflexions pathologiques qu'on niait généralement il y a cinq ans; or, en quoi consisterait le progrès, si ces inflexions n'avaient aucune importance pathologique? Comme disposition anatomique, ces inflexions n'avaient-elles pas été signalées depuis longtemps?

Si un pas est fait, je dois donc avouer que ce pas me paraît avoir été fait en arrière. L'opinion qu'ont fait naître les recherches de M. Boulard d'abord, puis celles de M. Verneuil, opinion que vous avez considérée comme une exagération de la vôtre, en est au contraire la condamnation manifeste, car une disposition anatomique qui existerait chez tous les individus ne saurait évidemment constituer un état morbide, et il y aurait vraiment absurdité à un praticien de vouloir changer une telle disposition.

Au reste, que les inflexions existent dans tous les cas, comme tendent à le faire admettre les recherches de MM. Boulard et Verneuil, qu'elles n'existent que chez quelques personnes, comme l'avait très-bien signalé M. le professeur Jobert, dans la discussion de 1849, toujours est-il qu'on ne saurait physiquement concevoir ces inflexions autrement que comme des vices de conformation congénitaux, ou comme des altérations de nutrition, qui ont plus ou moins diminué la substance d'une des parois de l'utérus, ou plus ou moins accru la substance de la paroi opposée. En dehors de ces deux causes, les inflexions sont absolument impossibles à comprendre, et il n'y a pas dans le bassin de force qui puisse couder l'utérus en deux, comme vous dites en avoir vu des exemples. Dans le premier cas, l'inflexion est un vice de conformation sans aucune importance pathologique; dans le second cas, c'est une lésion secondaire et accessoire, qui cessera si l'on parvient à rétablir l'épaisseur normale des parois utérines, soit en régularisant la nutrition, soit en détruisant des inflammations partielles qui auraient gonflé une seule des parois de l'utérus. Dans tous les cas, il serait de la plus grande imprudence de chercher à redresser par des moyens mécaniques un utérus infléchi.

Passons maintenant aux déviations.

(La suite au prochain numéro.)

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 4 juillet 1854.

Discours de M. Velpeau.

Je devrais peut-être commencer par demander pardon à l'Académie d'avoir eu l'air de la faire attendre pour prendre la parole. Mais j'aurais bien aussi quelques justifications à lui présenter. D'abord je ne croyais pas être inscrit. Quand j'ai entendu l'excellent Rapport de M. Depaul, j'espérais qu'un confrère, particulièrement attaqué dans ce Rapport, serait défendu; et quand j'ai vu que personne ne se faisait inscrire, j'ai fait remarquer qu'il pouvait être dangereux de laisser passer sans discussion un Rapport de cette nature et les questions qu'on y traite. J'ai dit alors que, pour mon compte, j'en avais long à exposer sur les questions dont il s'agit, me proposant moins par là de traiter moi-même ces questions que d'empêcher le vote immédiat des conclusions du Rapport. Une fois que des orateurs se sont présentés, je n'ai pas été fâché, je l'avouerai, de voir comment les opinions que j'avais professées depuis longues années seraient attaquées ou défendues; voilà pourquoi, ayant été inscrit d'office, j'ai autant tardé à prendre la parole.

J'espérais, ai-je dit, que le confrère dont la pratique était mise en jeu serait défendu; il n'en a pas été ainsi; il a été attaqué par tout le monde, à divers points de vue. Pour ne parler que du Rapport, j'ai été étonné que l'examen de M. Depaul ait été fait presque tout entier en dehors du cercle de M. Valleix. Il y avait, suivant moi, quelque chose de mieux à faire, c'était de suivre M. Valleix dans sa pratique, d'observer tous les cas, bons ou mauvais, qui se rapportent au redresseur intra-utérin et de nous apporter ensuite un jugement qui aurait été réellement impartial. Mais il n'en a point été ainsi, et nous devons craindre qu'en nous exposant quelques faits qu'il n'a point vus, M. Depaul n'en ait pris le côté le plus favorable à sa thèse, et que nous n'ayons vu qu'une des faces du tableau. Or, en supposant même que M. Valleix ait eu de la tendance à voir la face opposée, j'avoue que je ne puis abandonner l'opinion de ce confrère qui a vu, pour l'opinion d'autres confrères qui n'ont pas vu, pas même pour l'opinion de M. le rapporteur.

Je connais M. Valleix depuis trente ans, je l'avais pour élève alors; je ne l'ai jamais perdu de vue, et j'ai par conséquent été à même, autant que qui que ce soit, d'apprécier la loyauté, la droiture de son esprit et son extrême probité scientifique. Tout le monde sait en outre que c'est une intelligence très-étendue, un observateur rigoureux et distingué autant que capable, un des médecins les plus estimables de notre temps, en un mot. Il me présente donc toutes les garanties suffisantes pour qu'on ne puisse pas juger légèrement ses opinions, et pour qu'on doive examiner si ses observations ont bien la signification qu'on a voulu leur donner. C'est ce que j'ai l'intention d'examiner.

La question qui s'agite devant nous est vaste; elle comprend en grande partie la pathologie de l'utérus; avec les seules déviations, la question renferme déjà une catégorie très-riche de lésions qui ont dû être toutes touchées par le rapporteur; par la raison qu'elles sont pour la plupart connexes, et qu'il est presque impossible de traiter de l'une sans s'occuper aussi des autres. Ainsi, avec les déviations il faut aussi songer aux déplacements. Les déplacements et les déviations touchent plus ou moins à de certaines irritations, à de certains écoulements, à de certaines altérations des organes voisins. J'aurais voulu, pour ma part, que, d'une manière générale, on parlât des déplacements plutôt que des déviations dans cette discussion.

En effet, les déviations sont ordinairement accompagnées d'abaissement, quoique l'abaissement puisse exister sans qu'il y ait déviation.

Pour les déviations elles-mêmes, il est difficile de ne pas les séparer en deux classes : les déviations par rapport à l'axe du bassin et les déviations par rapport à l'axe de la matrice. C'est ici que je commence à avoir besoin de quelques explications, eu égard au travail de M. Depaul, travail dans lequel je vois une foule de choses que j'accepte très-volontiers, qui concordent parfaitement avec mes propres opinions, mais dans lequel j'en remarque aussi qu'il ne me paraît pas possible d'adopter. Je commence par les premières propositions, ou premières conclusions, qui découlent assez logiquement l'une de l'autre.

La proposition, porte, en effet, qu'on s'est trompé (p. 3), en attribuant aux déviations de l'utérus des accidents qui ont habituellement une tout autre origine. Et la première conclusion porte qu'on a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes. Eh bien! ici je demanderai d'abord qui s'est ainsi trompé, qui a exagéré de la sorte? Et puis, pour quelle espèce de déviations ces exagérations-là sont-elles indiquées? S'il s'agit des déviations par rapport à l'axe de l'utérus, des inflexions, je me trouve mis en cause, et j'ai besoin de donner à l'Académie quelques renseignements. J'ai dit, sous ce rapport, le pour et le contre, et je le maintiens. M. Malgaigne paraît croire, a-t-il dit dans son remarquable discours, que, contrairement à Lisfranc, qui attribuait tout aux engorgements, je rapportais presque tout, moi au contraire, aux déviations de l'utérus; et M. Cazeaux m'a prêté, ou à peu près, la même opinion mardi dernier. Ceci pourtant n'est rien moins qu'exact, et en voici la preuve. Les inflexions de matrice n'étaient guère connues, on le sait, avant que j'eusse appelé sur elles l'attention des médecins; et ce sera pour moi une occasion de faire plaisir, j'en suis sûr, à notre collègue, M. Malgaigne, qui se plaignait l'autre jour de ce que la pathologie utérine n'avait pas fait un pas depuis la dernière discussion en 1849. Cette question a si bien marché qu'alors l'Académie montra une incrédulité assez marquée, quand j'annonçai que les inflexions, que les flexions de la matrice étaient très-fréquentes, que c'étaient elles qui en avaient imposé pour les engorgements qui servaient, depuis tant d'années, de base à toute la doctrine de Lisfranc. M. Malgaigne, tout le premier, surpris de ma proposition, dit qu'il n'avait jamais vu d'exemple de ces inflexions. Bientôt après, il vint à cette tribune annoncer, il est vrai, qu'en y regardant de plus près, il en avait déjà rencontré quelques exemples. Eh bien! qui doute aujourd'hui de l'existence, de la fréquence même de ces sortes de flexions? Non-seulement elles sont admises par tout le monde, mais encore on est arrivé à prétendre qu'elles existent toujours chez toutes les femmes, que c'est une difformité en quelque sorte naturelle. Notez bien que cette opinion extrême n'est pas la mienne. Mais il est arrivé là ce qui arrive souvent, ce qui arrive à tous les hommes qui vieillissent en suivant le mouvement de la science; c'est que leurs opinions sont reprises par des élèves qui vont beaucoup plus loin que le maître. Ainsi, c'est M. Boulard que j'avais pour interne, il y a une dizaine d'années, qui est maintenant prosecteur à la Faculté, un jeune chirurgien des plus distingués, en un mot, qui, par des recherches nombreuses et variées sur le

cadavre, a signalé ce résultat : d'après lui, donc, l'utérus est à peu près constamment et naturellement coudé sur sa face antérieure. Il est vrai que M. Depaul, qui a repris ces expériences, explique le fait d'une autre façon et l'attribue à une réaction cadavérique, à la pression que la distension du ventre porte les intestins à exercer sur la matrice après la mort.

Mais, sans admettre, comme M. Boulard, que toutes les matrices sont ainsi infléchies dans le jeune âge, je ne crois pas non plus que les observations de cet anatomiste, non plus que celles de M. Verneuil, qui plaident dans le même sens, soient un simple phénomène cadavérique. J'ai, pour vérifier le fait ou savoir à quoi m'en tenir, touché un grand nombre de femmes qui n'avaient point de symptômes de déviation utérine, et j'en ai certainement trouvé une assez forte proportion parmi celles qui étaient encore vierges, ou qui n'avaient point eu d'enfant et dont la matrice était parfaitement droite. J'ai constaté la même chose sur des cadavres de femmes mortes d'affections étrangères au système utérin, quand j'ai pu les examiner peu de temps après la mort, ou quand le cadavre n'avait subi aucun travail de décomposition du côté du bas-ventre. Après tout, que ces inflexions soient très-fréquentes ou seulement assez communes, toujours est-il que leur existence comme lésion ordinaire n'est plus contestable aujourd'hui. Comme je le disais en commençant, sous ce point de vue au moins, la question des maladies de l'utérus a donc marché, est en progrès véritable.

Maintenant, est-il vrai que j'aie rattaché à ces déviations une foule d'accidents qui ne leur appartiennent pas ? Il y a bien près de trente années que ce genre de lésion m'occupe, que j'en parle une ou deux fois par semaine à ma clinique, que j'en parlais alors que personne ne paraissait y songer, car je n'en ai vu qu'un seul exemple, cité avant 1830. C'est celui qu'on trouve dans la thèse de M. Ameline (Thèse 1827, n° 55). Encore est-ce un fait qui lui avait été communiqué par madame Boivin et qui avait été recueilli sur le cadavre d'une jeune fille. Or, voici quelques passages tirés d'articles publiés dans les journaux et extraits de mes leçons à l'hôpital, entre autres par M. Pajot : « Bon nombre de praticiens, disais-je en 1845, par exemple (*Gazette des Hôpitaux*), bon nombre de praticiens les ignorent, ces faits de déviations, parce que ce sont souvent des dérangements sans gravité, dont les conséquences sont ordinairement subordonnées à la constitution, à la condition, et surtout au caractère des femmes qui en sont atteintes. » Cette dernière remarque, comme on le voit, est déjà corroborée par ce que vient de dire notre honorable secrétaire, M. Gibert. « Cette maladie, disais je en 1839 (V. *Clinique*, t. 3, p. 458), c'est-à-dire cette difformité, est très-commune. Beaucoup de femmes l'ont sans s'en plaindre ; cela se voit surtout dans les classes pauvres où les femmes n'ont pas le temps de se plaindre de symptômes légers, d'une gêne peu grave de ce côté. Il n'en est pas de même des femmes du monde, qui prennent souvent au sérieux des phénomènes insignifiants, qui s'alarment d'autant plus que les médecins qu'elles consultent leur annoncent facilement une maladie qui n'existe réellement pas. » J'ajoute, un peu plus loin : « D'ailleurs, les accidents que les femmes éprouvent alors ne sont pas d'une nature bien formidable ; elles s'y habituent peu à peu, et finissent par oublier cet état qui, à la longue, ne les gêne plus. Des moyens simples doivent être employés, moins peut-être pour guérir que pour diminuer un état morbide d'ailleurs fort supportable. »

On le voit donc, je ne faisais pas et je n'ai jamais fait des inflexions de l'utérus une maladie très-grave, la source d'accidents qu'il fallait attribuer à autre chose. Mais s'ensuit-il que, comme deux de nos collègues, je sois disposé à regarder les déviations de l'utérus comme incapables de faire naître des accidents réels, et qu'il soit raisonnable d'accepter la première proposition de notre honorable rapporteur ? Je ne le crois pas. Rien ne prouve, selon moi, que les médecins prudents parmi ceux qui se sont occupés de la question, aient exagéré outre mesure l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes. Qu'est-ce donc, après tout, que l'on a pu rapporter aux déviations et qui tiendrait, en fait, à autre chose ? Quel est donc cet état pathologique dont on n'a pas tenu compte et auquel il faudrait rapporter les accidents généralement attribués aux déviations ?

J'avoue qu'il y a là pour moi un certain degré d'obscurité dans le Rapport. En dehors des maladies malignes, des maladies organiques, des cancers, des tumeurs, des inflammations aiguës ou subaiguës dont il ne peut être question ici, je ne vois guère, comme maladies de l'utérus, que les écoulements, les irritations chroniques de la membrane muqueuse, puis cet état du col *intùs* et *extrà*, de la cavité même de l'utérus qui se présente sous l'aspect de granulations rougeâtres, que beaucoup de praticiens englobent sous le titre d'ulcérations superficielles, et que je désigne, moi, sous celui de granulations simples. En dehors donc de ces états, de l'état catarrhal, selon quelques autres, de l'hypertrophie ou de l'engorgement, je ne vois pas ce qui pourrait donner le change. Mais qui pourra s'y tromper et attribuer aux déviations ce qui appartient aux écoulements, par exemple quand il y a un écoulement utéro-vaginal ? En ce qui me concerne, du moins, c'est à lui qu'on s'adresse d'abord et non à la déviation, si elle existe concurremment. Il en est de même évidemment des granulations, du catarrhe utérin, des hémorrhagies ; et jamais pour personne ces accidents n'ont été, que je sache, donnés comme une dépendance formelle des déviations, ni traités comme elles. D'ailleurs, quel est le praticien qui, pour son diagnostic, s'en rapporte alors au dire des femmes ? Est-ce que, avant d'établir son opinion, on n'explore pas la matrice de toutes façons, de manière à s'assurer qu'elle est ou non déviée ? Ce n'est donc pas par là que la confusion me paraît possible. Cet état, qu'on sous-entend dans la deuxième proposition, ne doit être que de l'hypertrophie, de la métrite chronique ou de l'engorgement.

Mais voyez à ce sujet un autre pas qu'a fait la pathologie utérine depuis la discussion rappelée par M. Malgaigne. Je vins soutenir alors dans cette enceinte, comme j'essaie de le démontrer depuis vingt-cinq ans à l'hôpital, qu'il n'y a point d'engorgements, que l'engorgement dont on parlait tant et partout, qui semblait constituer à lui seul la moitié des maladies de l'utérus, était très-rare, et que partout où on croyait l'avoir trouvé, il s'agissait de déviations, de simples inflexions de la matrice. Je ne craignais pas de dire en terminant, dès cette époque, que la discussion à laquelle nous venions de nous livrer, serait, eu égard aux engorgements de la matrice, le plus puissant résolutif qu'on eût jamais vu ; que cette discussion aurait mille fois plus d'influence dans l'avenir sur ces prétendus engorgements que toutes les préparations iodées du monde.

Eh bien ! voyez où nous en sommes aujourd'hui ! On n'ose même plus en prononcer le nom. Personne jusqu'ici n'en a eu le courage, dans la discussion actuelle, et si on l'aperçoit poindre quelque part dans une ou deux des phrases du rapport de M. Depaul, c'est avec une humilité telle qu'il n'ose pas se laisser voir sous son nom, et qu'on est obligé de deviner en quelque sorte. N'est-ce pas là un progrès, un véritable progrès que j'aie fait disparaître une maladie qui passait pour être si commune et qui en réalité n'existe pas...? N'existe pas, entendons-nous toutefois. Quand j'ai soutenu qu'il n'y avait point d'engorgements, j'ai voulu dire et j'ai dit que là où l'on trouvait journellement des engorgements, il n'y avait que des déviations. Et je n'ai jamais eu la pensée, on me fera bien la grâce de me croire, de nier la possibilité, ni même l'existence des engorgements de l'utérus. Voici la preuve que telle a toujours été ma pensée. Dans les articles que j'ai déjà rappelés et qui datent de dix, quinze à vingt ans, je m'exprimais comme il suit : « Ce que je viens de dire des déviations utérines congénitales ou acquises ne doit pas faire croire que je nie l'existence des engorgements chroniques dans le corps de l'utérus, j'ai voulu simplement montrer que ces maladies sont moins fréquentes qu'on l'a soutenu dans ces derniers temps, et faire pressentir l'inutilité des traitements auxquels sont soumises beaucoup de femmes, qui, en définitive, n'ont rien ou presque rien. » — Dans un autre passage je dis : « On ne trouve pas d'exemple sur le cadavre de ces prétendus engorgements, des engorgements purs et simples, bien entendu, c'est-à-dire une hypertrophie constituant un état pathologique, mais seul, sans dégénérescence, sans maladie notable de l'organe. » Certes, de ceux-là, on n'en trouvera pas un sur cent.

J'insiste sur ce fait, parce qu'il est si difficile à ceux qui l'entendent de prendre dans les expressions d'un homme son opinion pure, de ne pas la rendre, dans un sens ou dans un autre, plus absolue qu'elle n'est, qu'on arrive souvent à faire dire aux gens le contraire de ce qu'ils pensent. C'est ce qui est arrivé souvent pour moi. Ainsi jadis, j'ai soutenu que le sang s'infectait par le pus, soit par absorption directe, soit par la phlébite. Eh bien ! presque tout le monde croit, et presque tous ceux qui ont parlé depuis du phénomène ont écrit que je n'admettais l'infection purulente que par le fait de l'absorption directe du pus ; si bien que, pour me donner tort, on a soutenu dans une foule d'écrits que l'empoisonnement purulent tenait à la phlébite. C'est ainsi avec un des faits avancés par moi, faits dont on s'est emparé sans me le rapporter, que l'on me combat comme si j'avais soutenu qu'il n'existe pas. J'ai dit, à une autre époque, que la lithotritie, en dehors d'un certain cercle que je lui ai tracé, n'était guère moins dangereuse que la taille ; et voilà que l'on m'a toujours combattu comme si j'avais dit que la taille est toujours préférable à la lithotritie. Une autre fois je disais, eu égard à la mort par l'entrée de l'air dans les veines, que les observations invoquées n'étaient pas concluantes, et depuis lors on m'a partout donné comme niant la possibilité de la mort par l'entrée de l'air dans les veines.

On voit ici comment j'entends les engorgements de la matrice. Cela n'empêchera pas les partisans de cette affection de me combattre comme si j'en avais nié d'une manière absolue la possibilité. Mais, qu'il existe ou non, toujours est-il qu'il ne peut pas donner lieu à des méprises réelles en regard des déviations utérines. Avant que je n'eusse fixé l'attention sur les inflexions de matrice, les méprises étaient à la rigueur possibles. Touchant par le vagin, on portait le doigt sur le col, autour du col, et bientôt on rencontrait, soit en arrière, soit en avant, soit sur le côté, une partie saillante, une tumeur. Avec les doctrines du temps, il n'en fallait pas davantage : on avait un cas d'engorgement sous les yeux. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi. L'éveil étant donné, on examine l'utérus par le vagin et par

l'hypogastre en même temps. On peut, en s'y prenant bien, saisir ainsi la matrice entre les deux mains, en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme, tous les caractères physiques en un mot, avec la même certitude que si on l'avait sur la table, simplement enveloppée de linges ou de tissus souples. Il suffit pour cela, la femme étant couchée, de lui faire fléchir les cuisses, de lui mettre les muscles dans le relâchement. Le doigt, porté dans le vagin et soulevant la matrice, la pousse en avant, à droite, à gauche, en arrière même, l'amène bientôt vers les doigts de l'autre main, qui, appuyée et promenée sur l'hypogastre, plonge, en déprimant les parois du ventre, au-dessus du pubis, dans le petit bassin, dans les régions iliaques jusques au bas du sacrum, et de manière à ne laisser aucun doute sur tout ce qui concerne l'état matériel de l'utérus. Tout ce qu'on peut objecter, c'est qu'il est certaines femmes dont l'organisation se refuse à un pareil examen : ce sont les femmes grasses ou replètes, les femmes dont les parois du ventre sont épaisses, roides, ou trop fermes pour se laisser déprimer. Mais, croyez-le, le nombre de ces cas exceptionnels est fort restreint, surtout aux époques de la vie qui peuvent réclamer ce genre d'exploration, chez les femmes qui ont eu des enfants surtout. A une époque déjà éloignée j'avais entrepris une statistique à ce sujet. Je me suis arrêté au chiffre de 400, et sur ce nombre je n'avais trouvé que 100 cas réfractaires, et encore ne l'étaient-ils pas d'une manière absolue. Il est donc permis d'affirmer que ce genre d'exploration donnera des résultats complets chez les trois quarts au moins des femmes. Ainsi, voilà 75 femmes sur 100 chez lesquelles il n'est pas possible de prendre un engorgement, une hypertrophie, une métrite chronique, en supposant qu'il y en ait, des tumeurs de diverses sortes pour une déviation de la matrice. Après cela, je me demande où sont donc ces états capables de faire naître les symptômes, les accidents qu'on attribue aux déviations.

Maintenant voyons si les déviations sont de nature, par elles-mêmes, à faire naître des accidents.

Pourquoi l'a-t-on nié ? Parce que, pour les abaissements, par exemple, on a vu les femmes avec une matrice en état de prolapsus ne rien éprouver de fâcheux, ou d'autres femmes avec une antéflexion ou rétroflexion, une antéversion ou rétroversion, des déviations très-prononcées enfin, ne pas s'en douter. Mais tout le monde a vu de ces faits. Ça se voit pour toute autre maladie ; il n'y a pas de maladie, ordinairement grave même, qui n'existe quelquefois sans être accompagnée de son cortége ordinaire d'accidents, et personne cependant n'en conclut que les accidents qui les caractérisent n'en soient l'accompagnement ordinaire. Il y a des organismes ainsi faits ; rien ne les trouble, rien ne les dérange ; mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même partout. Les déviations de matrice peuvent faire naître des accidents. Le raisonnement le fait prévoir et l'explique sans peine. L'observation, d'ailleurs, le démontre tous les jours. Que la matrice soit infléchie, se coude sur son axe, si la courbure est légère ou allongée, il se peut qu'aucun trouble n'en soit la conséquence ; à l'exception toutefois de la fonction menstruelle et de la fécondité peut-être. A ce sujet, j'aurais beaucoup de choses à dire. Mais la stérilité est une question si délicate, que j'ose à peine la signaler en passant, comme une dépendance de certaines déviations de matrice. Si, au contraire, cette inflexion est portée plus loin, il en résultera deux choses : coudée à angle, la matrice n'est plus libre dans le canal qu'elle parcourt ; puis elle est nécessairement déplacée ; des tractions, des tiraillements alors sont exercés sur les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments de l'ovaire, tous les replis qui entourent l'utérus. Ces organes sont tous remplis de filets nerveux qui appartiennent au grand sympathique, qui se continuent avec les nerfs du mésentère, des intestins, des reins, de tout le ventre enfin. Qu'y a-t-il dès lors d'étonnant qu'une lésion pareille soit le point de départ de troubles dans l'innervation de la femme, dans les fonctions digestives ou des différents organes de l'abdomen, puis dans les déviations, quelle qu'en soit l'espèce, n'y a-t-il pas des frottements, des pressions inusitées ? Le fond de l'utérus appliqué contre la vessie, derrière le pubis, sur le rectum, du côté du sacrum, pressant, tiraillant les plexus nerveux du bassin, ne va-t-il pas troubler plus ou moins et le cours des urines et la défécation ? N'est-il pas tout simple que les femmes éprouvent alors des besoins fréquents d'uriner, de la constipation, des douleurs hémorrhoïdaires, de la pesanteur dans le bassin, des douleurs dans les reins, des tiraillements dans les aines ? Et avec ces présomptions, si l'on arrive à l'observation directe, comment conserver des doutes ?

Une femme vous consulte ; elle indique qu'un jour, il y a un, deux, dix ans, à l'occasion d'un effort fait pour atteindre un objet, soit pour soulever son enfant, soit pour élever les bras, etc., elle a senti quelque chose s'opérer dans son bas-ventre, et bientôt après les phénomènes que je viens de signaler. Depuis lors, elle ne marche qu'avec peine, qu'avec douleur. Elle se couche, et à l'instant tout disparaît ; elle se lève, et tous les accidents reviennent. Cette succession, je l'ai rencontrée une infinité de fois. Au toucher, vous constatez la déviation. On parvient à redresser la matrice, et la femme se sent aussitôt soulagée. L'utérus retombe, les mêmes angoisses, les mêmes difficultés renaissent. Peut-on trouver quelque chose de plus concluant, de plus mathématique ? Et quel besoin a-t-on alors d'aller chercher la source des accidents éprouvés par la femme dans de prétendues métrites, catarrhes, hypertrophies, engorgements, dans ces états névralgiques dont on nous a beaucoup parlé, que je ne nie pas, sans doute, mais qui me paraissent bien rares, et avoir été peut-être inventés un peu pour n'être pas obligé d'admettre ce qui me paraît à moi la vérité, à savoir les inconvénients réels des déviations utérines ?

Si rien dans d'autres états pathologiques ne permet de confondre les accidents des déviations avec une maladie différente, serait-ce donc dans les complications qu'il faudrait chercher la source de cette confusion ? Mais là encore je nie qu'un praticien expérimenté puisse s'y méprendre. Qui peut compliquer, en effet, les déplacements de matrice des inflammations, des tumeurs, des adhérences, des gonflements ? Ce que j'ai dit déjà du diagnostic permettra-t-il jamais de ne pas distinguer ces états morbides d'une déviation simple ? Et qui donc attribuerait à la déviation les accidents après avoir constaté l'existence ou d'une inflammation, ou d'une tumeur, ou d'adhérences et de brides appartenant à l'utérus ? Puis, ces complications elles-mêmes sont-elles la cause, sont-elles l'effet de la déviation ?

Pour moi, je ne doute pas que ce puisse être tantôt l'un, tantôt l'autre. Il est certain, et il suffit d'énoncer le fait pour que tout le monde l'accepte ; il est certain, dis-je, qu'un corps fibreux, qu'un kyste, qu'une tumeur quelconque développée dans le bassin, dans le tissu autour de l'utérus, est de nature à faire naître des déplacements, des déviations de la matrice. Qu'une inflammation partielle, aiguë ou lente, s'établisse dans le péritoine pelvien et après la guérison des adhérences, des brides allant d'un organe à l'autre pourront aussi dévier, déplacer l'utérus dans divers sens. Qu'une inflammation sourde se soit établie dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le ligament large, dans l'un des ligaments quelconques des organes génitaux de la femme, et il en résultera un raccourcissement tel des tissus après la guérison, que là encore se trouvera la source de certaines déviations.

Ainsi, toutes sortes de maladies peuvent être la cause comme la complication des déplacements utérins. Mais ces déplacements, à leur tour, sont évidemment de nature à produire la plupart de ces lésions. Est-ce que le fond de l'utérus frottant, pressant contre la vessie, le rectum, ou un point quelconque du péritoine, ne peut pas devenir aussi la source d'inflammations qui seront suivies d'adhérences, de brides, de suppuration, d'épaississement, de tumeurs même ? Reste, il est vrai, la question des épaississements de l'utérus, et c'est là que reviendraient les engorgements. En admettant, en effet, avec quelques-uns de nos collègues, que la matrice soit le siége d'un engorgement partiel, d'une sorte d'hypertrophie locale, on trouverait tout simple que, plus volumineuse et plus lourde dans ce point que partout ailleurs, la matrice fût ainsi entraînée dans un sens plutôt que dans l'autre et déviée de son axe. Alors il faudrait donc attribuer à l'engorgement les accidents qu'on rapporte aux déviations de la matrice. Mais, outre que ce genre d'engorgement, d'hypertrophie pure n'a point été constaté d'une manière évidente, il n'y aurait pas de raison, s'il existait, de l'attribuer aussi bien à la déviation elle-même que de l'en regarder comme la cause. Et, encore une fois, il ne s'agit point dans tout ce que je dis des déviations, de symptômes, d'accidents qui se rapportent aux complications dont elles peuvent être accompagnées, mais bien d'accidents chez des femmes qui n'ont eu que des déplacements simples de l'utérus. La preuve, au surplus, que les accidents dont on parle ne tiennent ni aux complications des déviations utérines, ni à des maladies étrangères à ces déviations, c'est que chez les malades mortes avec ces accidents ou de maladies intercurrentes tout à fait différentes, on n'a rien trouvé sur le cadavre que la déviation proprement dite.

Permettez-moi de rappeler ici l'un des premiers faits qui m'aient ouvert les yeux à ce sujet, et que j'ai, dès longtemps, signalé dans mes *Leçons* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1845) : « Une dame de la connaissance du professeur Pelletan, et qui me consulta en 1828, avait été traitée, depuis dix à douze ans, par une foule de praticiens de la capitale. Elle était atteinte, selon quelques-uns, d'une affection organique de la matrice ; pour d'autres, c'était un simple engorgement. Le plus grand nombre la disait affectée d'un gonflement de matrice et de névropathie générale. Je la crus moi-même en proie aux conséquences d'un engorgement utérin notable, par la raison que j'avais trouvé chez elle, en la touchant par le vagin et par le rectum, une tumeur notable, derrière le col de la matrice. Cette dame, d'ailleurs vive et d'une impressionnabilité extrême, finit par succomber. A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune lésion dans les viscères, et au lieu d'engorgement, il ne fut possible de constater dans l'utérus aucune altération quelconque, si ce n'est une rétroflexion complète. La matrice était littéralement en double, et c'était sa paroi antérieure et son fond proéminent vers la paroi recto-vaginale qui nous en avait imposé pour un engorgement. »

Il est donc parfaitement exact de dire que les déviations utérines causent par elles-mêmes une série d'accidents, et qu'à la longue elles peuvent

même entraîner de véritables dangers, accidents et dangers qui varient naturellement selon une foule de circonstances, selon l'expressionnabilité, la constitution plus ou moins nerveuse des femmes. Là-dessus, et pour prouver à M. Gibert que ce qu'il a dit aujourd'hui n'est point négligé par les chirurgiens, il me suffira de rappeler ce que j'en dis moi-même depuis vingt ou vingt-cinq ans. Voici, en particulier, un passage tiré de mes *Leçons* d'il y a longtemps : « Il ne faut pas oublier que chez beaucoup d'entre elles (les femmes) l'imagination joue un rôle qui vient s'ajouter aux véritables douleurs physiques. Chez celles qui, comme on le dit vulgairement, ne s'écoutent pas, l'inflexion ne donne presque aucun signe de son existence ; chez les autres, soit par organisation, soit par désœuvrement, le besoin de s'examiner, d'étudier ce qui se passe en elles est irrésistible ; celles-là s'écoutent vivre pour ainsi dire et s'exagèrent la moindre souffrance. Quand ces femmes en sont arrivées à se persuader qu'elles sont ainsi malades, si l'on vient à parler devant elles de cancer, de tumeurs, d'ulcères, plus elles vont, plus s'enracine en elles la croyance d'un état sérieux. » Puis je termine par une proposition générale : « D'une manière absolue, sans aucun doute, hors l'état de grossesse et dégagées des troubles exagérés de l'imagination, les inflexions pures de l'utérus sont d'un pronostic peu grave. Mais, en y joignant le rôle joué par le cerveau, elles amènent des dangers réels. »

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne sont-ils pas de nature à faire disparaître, en grande partie, la nécessité des quatre premières conclusions du Rapport ?

Arrivons maintenant à un point plus essentiel, à ce qui concerne la thérapeutique des déplacements utérins.

Il a été dit, dans cette discussion, que, dans un très-grand nombre de cas, il suffit de faire disparaître les complications pour que la déviation n'exerce plus sur la santé aucune influence fâcheuse. Ceci me paraît d'abord facile à dire, et nous ramène à l'une des questions déjà discutées, la question de savoir si les accidents qu'on observe dépendent de la déviation ou de tout autre état pathologique. Je l'ai déjà dit : s'il y a des complications, et qu'on ait pu les constater, personne ne nie qu'il ne soit rationnel de les combattre, de les détruire d'abord, si on le peut. Mais encore un coup, c'est de la déviation et de ses accidents qu'il doit être question, quand on parle du traitement des déviations. Or, M. Depaul dit et soutient qu'à ce sujet la pratique est loin d'être désarmée, qu'elle a des moyens de guérison nombreux et variés. Voyons donc où en sont nos richesses sous ce rapport. Par ce que j'ai vu, par ce que je sais, il me semble pourtant qu'on ne parvient guère à guérir les déviations de matrice, et j'avoue même ne point comprendre comment on peut guérir les inflexions en particulier ; une rétroflexion, par exemple, à angle droit ou à angle aigu, qui date de plusieurs années, ne me semble guère susceptible de guérison. Notre collègue, M. Malgaigne, nous a bien dit qu'il en avait vu disparaître, en quelque sorte spontanément, et d'un jour à l'autre. C'est là un fait que je n'oserais point nier, que je ne sais point expliquer, pourtant auquel je crois, puisque M. Malgaigne affirme l'avoir vu ; mais je ne puis m'empêcher d'ajouter que si je l'avais vu moi-même, il me serait difficile de ne pas conserver quelques doutes sur la réalité.

Quelles sont, d'ailleurs, ces armes si puissantes ? Dans un temps, à une époque qui n'est pas encore très-éloignée, des praticiens ne trouvaient rien de mieux que de tenir les femmes couchées pour redresser les matrices, couchées sur le ventre en cas de rétroversion, sur le dos pour les antéversions, et couchées ainsi pendant des mois, des années même, ainsi que j'en ai vu un certain nombre. Mais, franchement, est-ce là un traitement que d'assujettir une pauvre femme à rester ainsi immobile pendant plusieurs années, et qui, en général, ne sera pas plus guérie à la fin qu'au commencement ; qui retrouvera sa déviation à la moindre marche, au moindre effort qu'elle fera en sortant de son lit ? Cette invention du repos, associée aux petites saignées répétées, aux pilules de ciguë, aux lavements froids avec bains prolongés, qui faisait la base de la thérapeutique de Lisfranc, et qui, à la rigueur, se comprenait avec l'idée d'engorgements, ne serait-elle pas ridicule aujourd'hui que chacun sait qu'il s'agit de déviations de matrice ?

Les moyens généraux sur lesquels vient encore d'insister M. Gibert ; — mais les moyens généraux sont un accessoire ou un traitement à part, qui ne s'applique point évidemment à la déviation, mais à d'autres états, à la constitution de la malade ou à des complications de la maladie. Est-il besoin d'ajouter, d'ailleurs, que ces moyens généraux ne sont perdus de vue par aucun praticien raisonnable, et que si nous n'en parlons point dans nos discussions, c'est qu'il est parfaitement inutile de refaire un traité de pathologie générale à l'occasion de chaque question spéciale, et quand il est bien entendu, comme ici, qu'on s'occupe uniquement de la thérapeutique locale des déplacements de la matrice.

Parlons donc des moyens locaux, et en particulier, des moyens mécaniques. Or, de tout temps on a fait usage, à ce dernier titre, des instruments connus sous le nom de pessaires ; mais ces pessaires, depuis la pomme de reinette, inventée par quelques paysannes, ou les pommes d'orange, signalées tout à l'heure, jusqu'aux pessaires en caoutchouc vulcanisé, que font-ils, si ce n'est de pallier en partie la maladie ? Est-ce qu'ils guérissent définitivement les inflexions ou même les simples déviations ? A quelques exceptions près, non. Ils soulèvent, ils soutiennent la matrice, ils l'immobilisent dans certains cas, ils la redressent quelquefois. C'est quelque chose sans doute. On est heureux de les avoir, mais ce n'est pas tout, et ils laissent évidemment beaucoup à désirer. Ils ont d'ailleurs des inconvénients sérieux. D'abord, ils ne sont pas eux-mêmes sans danger. Est-ce qu'ils n'ont pas été cent fois la source d'inflammations, d'irritations de toutes sortes, d'écoulements ichoreux, d'ulcérations ? Est-ce que je ne les ai pas vus perforer la cloison recto-vaginale ou la cloison vésico-vaginale ? Est-ce qu'on n'est pas parfois obligé de pratiquer des opérations graves pour les retirer des organes ? Est-ce que toutes les femmes peuvent les supporter ? Et puis la malade a-t-elle lieu d'être satisfaite d'un pareil remède, même quand il la soulage et semble la guérir ? Comment ! voilà une femme, jeune encore, qui a 20, 25 ou 30 ans, et qui ne pourra marcher, prendre part à la vie commune qu'à la condition de porter indéfiniment dans le vagin un corps étranger, un pessaire, et cela pendant un grand nombre d'années, toute la vie peut-être ! Pour se contenter d'un pareil remède, il faut, convenez-en, ne pas être difficile à satisfaire.

Pourtant, je suis loin de proscrire les pessaires, ils rendent de véritables services, ils peuvent même, quoiqu'on ait soutenu le contraire dans cette enceinte, redresser et retenir droite la matrice dans certains cas, non pas dans les inflexions, il est vrai, mais dans les antéversions ou rétroversions ; non pas toutes les matrices, mais celles dont le col est un peu long et d'un certain volume ; non pas tous les pessaires indistinctement, mais quelques-uns d'entre eux. Ainsi, le pessaire en gimbelette, les pessaires en cupule ou en bilboquet, les pessaires en virole, que préconise surtout M. Chomel, les pessaires en cuiller ou en bourrelet, de M. Hervez de Chégoin, embrassent souvent assez bien le col de la matrice, que la pression des viscères y enfonce de plus en plus après le redressement, pour que la déviation y trouve un appui suffisant, un obstacle très-efficace. Mais avec tous ces avantages, le pessaire n'en est pas moins un pis-aller, et ne mérite d'être employé que faute de mieux.

On a parlé de moyens mécaniques portant sur l'intestin, sur le rectum ou sur la vessie. Mais est-ce sérieusement que l'on vante comme une médication utile de tenir un bouchon dans le rectum d'une femme pour que ses matières stercorales, retenues pendant huit, quinze et trente jours, redressent la matrice ? Quel est donc ce traitement, qui consiste à recommander à la malade de n'uriner que toutes les douze ou vingt-quatre heures, afin que l'urine accumulée dans la vessie repousse la matrice en arrière ? Mais non, ce ne sont pas là des moyens sérieux ; et si la science n'en avait pas de meilleurs, celui qui est en cause aujourd'hui ne mériterait que bien peu de reproches.

Agir par le rectum ; beaucoup de praticiens y ont pensé, soit avec des vessies, soit avec des sacs de linge, soit avec des poches de caoutchouc. Avant qu'il en fût question de nouveau, j'en avais même essayé un, que j'ai signalé en 1849. Je portais dans le rectum, à une certaine hauteur, un long cylindre d'éponge préparée et desséchée, enveloppée d'une large chemise de mousseline. Cette éponge, s'imbibant, se gonflait sur place, faisait assez bien disparaître les rétroversions et les rétroflexions ; mais la plupart des femmes ne supportaient pas ce corps étranger dans l'intestin ; il les fatiguait, il causait des douleurs, il provoquait des envies d'aller à la garde-robe ; bref, la plupart d'entre elles refusaient de s'y soumettre ; et l'on conçoit, après tout, qu'il serait encore cent fois plus pénible de garder une sorte de pessaire dans le rectum que dans le vagin.

Tourmenté, comme tous les praticiens un peu répandus, du besoin d'agir autrement contre les déviations utérines, j'ai imaginé, depuis près de vingt-cinq ans aujourd'hui, la ceinture dite hypogastrique ; cette ceinture, qui porte principalement sur l'hypogastre, de manière à relever le bas-ventre au moyen de plaques, de bourrelets ou de coussins particuliers. Je ne sais si l'invention de ces ceintures m'appartient réellement ; ce qu'il y a de sûr, c'est que j'en ai popularisé, généralisé l'emploi plus que personne ; c'est que j'en faisais usage dès 1835, avant que l'on connût, je crois, la ceinture de M. Hull, ainsi que celle de Bienaimé, de Béchard et de quelques autres qui ont été construites depuis à mon instigation. Ce qu'il y a de sûr encore, c'est que je donnais le dessin de l'une d'entre elles dans ma *Médecine opératoire* de 1849, et que personne encore n'en a fait mention dans la pratique. Eh bien ! ces ceintures, qui rendent de véritables services aux femmes, qui en soulagent un très-grand nombre, un si grand nombre que, dans une statistique où je me suis arrêté au chiffre de 200, je trouve 165 femmes qui s'en sont bien, très-bien trouvées ; ces ceintures, que j'emploie journellement et de plus en plus, sont pourtant loin encore de me satisfaire pleinement. D'abord, et d'une manière générale, elles ne guérissent pas, elles ne redressent pas la matrice ; elles ne font, comme les pessaires, que pallier ; en second lieu, elles sont un embarras, une sujétion, une source d'ennui qu'il n'est pas possible de nier, d'autant plus que les malades sont obligées de les porter, comme les pessaires, presque indé-

finiment. Puis il est une certaine proportion de femmes qui ne veulent pas s'y astreindre, ou qui ne peuvent pas les supporter. Moi-même, qui parviens à les faire supporter plus souvent que d'autres praticiens, j'accorde qu'elles ne conviennent pas partout, qu'il faut y renoncer quelquefois.

Qu'elles agissent en soutenant les viscères, en soustrayant l'utérus à la pression des organes contenus dans le ventre, comme je le crois, malgré la dénégation de certains confrères, ou bien en contribuant à l'immobilisation de la matrice, peu importe ; elles soulagent, elles redonnent de la vie, de la force aux femmes affectées de déviations, de déplacements de l'utérus. Comme elles n'agissent, comme elles ne portent qu'à l'extérieur, elles sont sans danger réel. A ce titre, elles n'ont pas l'inconvénient des pessaires, elles doivent leur être préférées ; elles peuvent même, dans certains cas, leur être utilement associées. Mais, je le répète, ce n'est pas encore là une arme dont on doive être pleinement satisfait ; c'est un moyen à employer uniquement faute de mieux.

C'est parce que j'avais senti ce vide de la science ou de la pratique que je m'étais évertué, il y a une vingtaine d'années, à trouver un redresseur direct de la matrice, ce redresseur à l'examen duquel nous voici enfin arrivés.

Voici celui que j'avais imaginé. J'ai eu beaucoup de peine à le retrouver ; il était perdu depuis longtemps. Mais on a enfin remis la main dessus en nettoyant le coin d'une vieille armoire de l'hôpital. C'est une moitié de disque, surmontée d'une tige un peu flexible et creuse, longue de 4 à 5 centimètres. Je portais cette tige dans la cavité utérine, et le disque, moitié de pessaire, devait être tourné en avant pour remédier aux rétroversions et rétroflexions, en arrière pour les déviations contraires. Mais ne voulant pas, ou n'osant pas pénétrer de force avec cette tige dans la cavité utérine, je commençais par dilater les isthmes de l'organe au moyen de sondes ou de bougies, comme pour les rétrécissements de l'urètre. Voici une sorte de mandrin à brisure articulée qui, près de son extrémité, se courbe ou se redresse à volonté par le moyen d'une vis de rappel. Ce mandrin, armé d'une sonde élastique, porté courbé dans l'utérus infléchi, redresse très-bien l'organe dévié. Il me servait de même pour l'introduction de mon pessaire à tige, que j'introduisais ainsi courbé, et que je pouvais dès lors redresser sur place et laisser ainsi dans les organes.

Je ne sais si je m'abuse, mais cet instrument, imaginé bien avant que M. Simpson et les autres aient parlé du redresseur intra-utérin, vaut au moins ceux qu'on lui a substitués. Il est souple et non métallique ; sa tige peut être introduite courbée et redressée ensuite ; abandonné dans le vagin et l'utérus, il ne gêne guère plus qu'un pessaire, et ne fait pas courir les mêmes risques, ce me semble, que le redresseur de M. Simpson ou de M. Valleix.

Peut-être me permettra-t-on cette petite tendresse paternelle pour un instrument dont je suis loin cependant de méconnaître les défauts, et dont je me suis si peu exagéré l'utilité, qu'après cinq ou six mois j'ai cessé d'en faire usage. J'ai cessé d'en faire usage, parce que toutes les objections qu'on a faites ici au redresseur intra-utérin, je me les étais faites moi-même. Je craignais d'irriter ainsi l'intérieur de l'utérus ; d'excorier, d'ulcérer le tissu de cet organe ; de faire naître des métrites, des péritonites. Une première fois, quelques-uns des accidents survinrent, sans être très-graves toutefois. Une deuxième fois, la malade s'en trouva très-bien. Chez une troisième, des douleurs et de l'impatience de la malade m'empêchèrent d'insister. Dans un quatrième cas, l'instrument soulagea beaucoup, mais la femme voulut retourner chez elle au bout de quelques jours ; je la perdis de vue. Dans deux autres cas, le résultat fut si peu concluant, que je n'insistai pas davantage. D'ailleurs, pour essayer un moyen avec quelque suite, il faut avoir la conviction qu'il doit être bon. Or, cette conviction me manquait, j'étais arrêté par cette pensée : Supposons, me disais-je, que la matrice soit ainsi tenue redressée ; tant que l'instrument restera en place, la femme sera guérie. Mais il ne sera pas possible de le laisser indéfiniment dans le vagin et les organes, et quand il sera enlevé, qui empêchera l'utérus de tomber dans son état de déviation primitive ? Voilà pourquoi, sans y renoncer absolument, j'avais en quelque sorte oublié cette médication des déviations de la matrice.

J'ajouterai un mot, pour qu'il n'y ait point de confusion dans l'évolution de cette thérapeutique. Ma pensée n'était point la même que celle de M. Amussat, qui dès 1827 introduisait, lui aussi, une sonde, une tige dans la cavité utérine, pour remédier aux déviations, et qui paraît avoir renoncé bien vite, de son côté, à l'usage de ce moyen. M. Amussat, en effet, me paraît n'avoir songé qu'aux antéversions et s'être contenté d'une tige fixée à l'extérieur. Mon instrument, à moi, était imaginé surtout en vue des inflexions, et se composait d'une simple moitié de pessaire surmontée d'une broche souple, broche susceptible d'être courbée et redressée à volonté par un instrument particulier.

Nous voilà donc maintenant en présence du système pur de M. Valleix. Qu'a-t-on dit de ce système, en définitive, pour en demander la proscription absolue ? Qu'il est inutile, qu'il est dangereux ; qu'après avoir réussi même, il n'empêche pas le mal de revenir. Inutile, je ne puis l'admettre. Nous venons de voir que ces armes dont on gratifie la science laissent en réalité beaucoup à désirer et qu'il y a lieu de rechercher quelque chose de mieux. Il y a donc, sous ce point de vue, un vide véritable à remplir. Le redresseur utérin, sous ce rapport-là, n'est donc pas à dédaigner. Il est inutile, parce que, dit-on, il ne redresse pas même la matrice.

Vous avez entendu notre honorable collègue, M. P. Dubois, soutenir qu'il ne peut pas redresser l'utérus, attendu que la tige de l'instrument de M. Valleix n'a plus que 3 centimètres, et que 3 centimètres ne suffisent pas pour pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine ; ce qui est vrai.

Mais il y a là une erreur matérielle. La tige employée par M. Valleix a généralement 4 à 5 centimètres ; il n'en emploie point qui aient moins de 3 centimètres 1/2, 4 centimètres ; c'est qu'en effet, avec 3 centimètres, la tige n'occuperait que le col, et elle s'en échapperait même bientôt. Il est inutile, parce que, dit-on, même alors qu'il semble avoir guéri, ce n'est point en redressant la matrice qu'il réussit. Ceci ne me paraît nullement démontré. M. Valleix possède une infinité de faits, il en a publié un grand nombre ; il affirme, lui qui les a examinés de très-près, que le redressement a été opéré franchement, complétement par son instrument, chez bon nombre de femmes. M. Dubois, qui semble le contester, racontait l'autre jour une observation qui a paru impressionner vivement l'Académie, et au fond de laquelle il m'a semblé, à moi, je lui en demande pardon, apercevoir autre chose que ce qu'il y a vu. La malade qu'il cite avait une déviation très-prononcée. Elle se soumet au redresseur, et les accidents qu'elle éprouvait disparaissent ; elle le dit, on la croit guérie. — M. Dubois l'examine de nouveau, et il retrouve la déviation ; mais, ajoute-t-il, une déviation moins facile à constater que la première fois, la matrice étant plus élevée et moins inclinée. Eh bien ! si la matrice était plus élevée et moins penchée qu'avant le traitement, il s'était donc opéré là un changement mécanique dans le rapport des organes ; et qui dit que l'utérus ait besoin d'être mis absolument droit pour cesser de troubler l'organisme, quand il a été longtemps et fortement dévié ? Pour moi, je suis persuadé, pour l'avoir constaté bien des fois, qu'il suffit de dégager une matrice dont le fond appuie fortement derrière les pubis ou sur le rectum, et de la remonter au-dessus du détroit, pour que la plupart des accidents disparaissent. Si donc le redresseur amenait au moins ce résultat, il serait loin d'être inutile, et il n'y aurait pas lieu, pour ce motif, d'en rejeter l'emploi. Le redresseur de la matrice est si loin d'être inutile, que tous les praticiens ont été à même d'en constater au moins momentanément l'efficacité.

A qui n'est-il pas arrivé un grand nombre de fois de replacer pendant une simple exploration une matrice déviée dans la position normale, de constater qu'à l'instant même les femmes se sentent soulagées, et de s'assurer presque aussitôt, que la gêne et les embarras reparaissent au moment où on laisse la matrice retomber dans la déviation première ? Ces faits sont d'ailleurs si vulgaires, si bien connus, qu'il serait parfaitement superflu d'insister sur leur possibilité.

Presque toutes les observations de M. Valleix témoignent de l'utilité de son redresseur. Voyez, au surplus, on ne le conteste pas, seulement on l'interprète autrement. Au lieu d'attribuer les guérisons au redressement de l'organe, on les attribue, à quoi ? Au repos, aux moyens accessoires, à l'immobilisation de l'organe, que sais-je ? à la disparition de certaines névralgies, à tout enfin, excepté à la cause réelle, je crois, de ces améliorations ; car, si ce n'était pas au redresseur, comment s'expliquer ces guérisons subites, pour ainsi dire instantanées ? Est-ce que c'est une inflammation, une hypertrophie, un engorgement, un état catarrhal, qui pourraient disparaître comme une vapeur par le fait d'un agent mécanique, si la déviation n'avait pas été la cause des accidents, et si la cessation de cette déviation n'était pas l'explication de ces guérisons parfois comme miraculeuses ? Non, non, il n'est pas possible que le redresseur utérin n'agisse pas d'une manière utile, au moins dans un certain nombre de cas.

Quant au danger, voyons sur quelles preuves il repose. *A priori*, et d'après les quelques essais auxquels je me suis livré, j'avais moi-même pensé que le redresseur utérin pouvait faire naître des douleurs, des inflammations, des ulcérations utérines. Mais c'est par l'observation et l'expérience que de pareilles questions pouvaient être jugées. Interrogée à ce sujet par M. Depaul, l'expérience a prouvé, j'en conviens, que, dans quelques cas au moins, l'instrument pouvait causer de graves accidents, et même la mort. Mais en réfléchissant que ces cas malheureux sont au fond en petit nombre ; que, dans la pratique de M. Valleix, on n'a pu en trouver que deux ou trois de bien authentiques, j'ai peine à concevoir que ce soient là des résultats bien effrayants, attendu que deux, trois ou même cinq cas malheureux sur cent soixante observations que possède aujourd'hui l'auteur, sont, en définitive, une très-faible proportion. Ce qui me rassure encore, c'est que ces faits malheureux pourraient bien tenir autant à des erreurs de pratique ou de diagnostic, à un défaut d'habitude ou de précaution de la part du praticien, qu'à la nature même de la médication. Ce n'est, je crois, faire injure à personne, que de soupçonner un peu d'inex-

périence et la possibilité de quelque erreur, de quelque maladresse passagère chez ceux qui emploient une telle ressource, alors qu'on est encore au commencement d'une méthode pareille. Je suppose, par exemple, que la tige de l'instrument, tige métallique, inflexible, ait été introduite dans le col d'une matrice infléchie au lieu d'une matrice simplement déviée, n'est-il pas possible que, rencontrant le coude de l'organe, que, poussée avec peu de ménagement, elle ait heurté contre le tissu de l'organe, au point d'irriter, d'excorier, d'ulcérer ou de perforer même les tissus? Ne conçoit-on pas aussi que, poussée trop loin dans le corps de la matrice, que, tenue trop loin dans le corps de cet organe, elle soit devenue cause d'accidents réels; et alors, est-ce à la méthode qu'il faut s'en prendre de ces résultats fâcheux, plutôt qu'à ceux qui l'ont mal appliquée?

On a cité des cas d'avortement provoqué par elle. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve contre l'instrument? Est-ce la faute du redresseur, si on l'applique là où il ne convient pas, pour tout autre chose que des déviations? Qui me dit qu'on ne l'a pas appliqué aussi dans des cas de déviations compliquées déjà, ou d'inflammation, ou d'adhérences, ou de quelque autre maladie du voisinage de l'utérus? Qui oserait affirmer enfin que ces différents cas malheureux ne peuvent pas être rapportés, soit à des erreurs de diagnostic quelconques, soit à une mauvaise manœuvre dans l'application du redresseur?

Pour moi, il me semble probable que, sur un chiffre de 160 cas, M. Valleix lui-même aurait bien pu commettre quatre ou cinq erreurs de ce genre, sans qu'on fût en droit d'en accuser la médication proprement dite. Chacun de nous ne le sait-il pas, que dans toutes médications mécaniques, qui sont si complétement subordonnées aux soins qu'on leur accorde, à la main qui les dirige, il y a toujours une part d'inconvénients qui dépendent du chirurgien et non du moyen en lui-même, de telle façon que le même instrument ou le même appareil produira d'excellents résultats entre les mains de celui-ci, et des résultats mauvais sous la direction de celui-là. Ne savons-nous pas tous aussi que, dans les expérimentations, il se mêle toujours quelques faits de négligence? Ainsi, on essaie un nouvel appareil dans le traitement des fractures, je suppose; une fois, deux fois, vingt fois, le chirurgien y met toute l'attention, toute la surveillance nécessaires; mais à la longue, il oublie un instant; il néglige quelques précautions, puis un accident arrive; et qui oserait nier que chacun de nous n'y a pas été pris, ne se soit pas dit dans son for intérieur: tel accident, tel malheur, qui vient de m'arriver, je l'aurais évité si je n'avais point omis telles ou telles précautions, si j'avais surveillé de plus près ce qui devait être réellement surveillé.

Quand je vois, d'un autre côté, un si grand nombre de femmes être soulagées ou guéries, n'éprouver aucun inconvénient sérieux de l'emploi du redresseur utérin, je suis, je l'avoue, fort tenté de supposer que les accidents dont on nous a parlé auraient, à la rigueur, pu être évités, et qu'avec une connaissance plus approfondie de la méthode, avec plus de réserve ou plus de prudence dans son emploi, ils pourront être évités à l'avenir.

On m'accordera bien au moins qu'il est aussi raisonnable de prendre la question à ce point de vue qu'au point de vue où s'est placé le rapporteur, et que de ce côté, au moins, il n'y a pas de quoi faire proscrire le redresseur.

Sortons d'ailleurs des observations de M. Valleix. Je puis invoquer aussi ma propre expérience, et des expériences d'un autre ordre, quoi qu'elles aient, avec les précédentes, une grande analogie. Si je n'ai tenté qu'un petit nombre de fois le redressement de l'utérus par le pessaire que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie, cela ne m'a pas empêché de pénétrer très-fréquemment dans le canal utérin, pour remplir d'autres indications.

Avant 1840, et depuis, j'avais entrepris de traiter les rétrécissements de l'isthme, qui sépare la cavité du col de la cavité du corps de la matrice, comme l'on traite les rétrécissements de l'urètre. J'y ai donc porté des bougies, des sondes, soit en gomme élastique, soit en métal, à titre de simples dilatateurs, comme j'y ai porté des crayons de nitrate d'argent, des pinceaux chargés de nitrate acide de mercure. Avec ces instruments ou ces objets, je suis allé dans la cavité du col, dans l'orifice interne du col, dans la cavité même de l'utérus, soit pour cautériser, soit pour dilater, soit pour injecter, certainement plusieurs centaines de fois. Je puis affirmer, pourtant, et je ne crains pas qu'aucun fait puisse me démentir, n'avoir jamais produit de la sorte d'accidents véritablements graves. Trois ou quatre fois, les femmes ont éprouvé des coliques, quelques angoisses, des nausées, des apparences de péritonite, accidents qui ont fini par se calmer et qui n'ont amené la mort de personne.

Une seule fois, une dame, qui habite rue d'Arcole, et à laquelle je pratiquais la dilatation avec une sonde, une algalie à urètre de volume ordinaire, fut prise, quelques heures après une troisième séance, d'accidents assez vifs pour que la famille envoyât chercher des médecins de tous côtés. Quand j'y arrivai, deux confrères s'y étaient déjà rendus. La malade éprouvait de violentes douleurs dans l'hypogastre et les flancs; son ventre était d'une sensibilité extrême; elle avait des nausées, jetait des cris et ne pouvait rester en place. Mais le pouls était tranquille; il n'y avait ni soif, ni chaleur anormale de la peau.

Les confrères étaient fort alarmés et parurent convaincus que nous avions sous les yeux le début d'une péritonite générale. Sans être très-rassuré moi-même, je ne partageai pourtant point assurément leur terreur. Une potion laudanisée, des petits lavements de même nature et des bains généraux ramenèrent bien vite le calme, et, dès le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Ce n'est pas moi seulement qui puis invoquer des résultats semblables. Je sais qu'une foule de praticiens de la ville portent ainsi journellement des corps étrangers jusqu'au fond du col de l'utérus et quelquefois même du corps de l'utérus, soit pour y faire des injections, soit pour en cautériser la surface, et qu'en agissant ainsi ils occasionnent rarement des accidents graves. Qui ne connaît à ce sujet la pratique de Récamier? On sait que ce praticien n'y allait pas de main morte; que non-seulement il introduisait de vive force ses longues curettes dans la cavité de l'utérus, mais encore qu'arrivé là il distendait l'organe, en râclait violemment la surface, au point de le récurer pour ainsi dire à la manière d'une casserole. Des malheurs ont suivi quelquefois cette pratique, je le sais; mais aussi avec quelle imprudence n'a-t-elle pas été souvent employée! Et qui peut nier aussi que, malgré tout, elle restait souvent sans en produire, sans entraîner la moindre suite sérieuse?

Tout cela ne prouve-t-il pas que l'utérus est, en réalité, très-patient, qu'il supporte avec une extrême facilité l'action des corps étrangers, les actions mécaniques en général? Qui ne sait, d'un autre côté, qu'il jouit d'une assez faible sensibilité, qu'on peut le couper, l'inciser, le brûler, le cautériser avec les substances chimiques, avec le fer rouge, le morceler, le torturer en quelque sorte de toutes façons, sans qu'il ait, pour ainsi dire, l'air de s'en apercevoir. Et que ne lui a-t-on pas fait subir sous ce rapport depuis moins d'un demi-siècle! C'est qu'en effet, les anatomistes l'ont démontré, le tissu de l'utérus, le col de cet organe en particulier, renferme une assez faible proportion de nerfs, de nerfs rachidiens surtout, et que, dès lors, il ne doit pas jouir d'une grande sensibilité, être très-impressionnable à l'action des violences qu'on exerce sur lui.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Quarantaine pour le choléra.* — Encore une de ces mesures dictées par l'opinion contaginiste du choléra, et dont *tous* les faits, sans aucune exception, ont démontré la parfaite inutilité. Le *Siècle* annonce que les provenances de France seront mises en quarantaine de dix jours, pour suspicion de choléra, dans le royaume des Deux-Siciles.

— Les disciples de Hahnemann se félicitent de leur progrès, et ils n'ont pas tout à fait tort; après avoir vu la doctrine professée à Montpellier, et pratiquée dans les hôpitaux civils et militaires de Paris, l'Académie impériale de médecine elle-même vient de lui donner un abri. L'honorable bibliothécaire de la Compagnie prescrit, en effet, les globules avec beaucoup de succès, mais il est vrai sans l'assentiment de M. le secrétaire perpétuel, du moins nous croyons en être certain.

— L'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle le 11 juin, en présence de M. Migneret, préfet de la Haute-Garonne, et de M. Vallès, adjoint au maire.

M. Gaussail, président, a ouvert la séance par la lecture d'un discours *sur la nécessité de vulgariser les préceptes de l'hygiène et sur les moyens les plus efficaces pour y parvenir.*

Une Notice sur Arago, qui appartenait à l'Académie en qualité de membre associé honoraire, a été lue ensuite par M. Petit.

L'Académie rappelle que le sujet du prix à accorder en 1855 est la question suivante :

Déterminer, à l'aide des travaux déjà publiés, et par des expériences nouvelles, le rôle que joue la composition chimique de l'air, des aliments, de l'eau potable et du sol dans la production du goître endémique.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

L'Académie propose pour sujet de prix de l'année 1857, la question suivante :

Faire connaître, à l'aide de bonnes descriptions et de figures, les mousses et les lichens qui croissent dans un des départements du bassin sous-pyrénéen.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 500 fr.

Les Mémoires, écrits *lisiblement* en français ou en latin, devront être adressés, dans les formes académiques, et avant le 1er janvier de l'année pour laquelle le concours est ouvert, à M. Vitry, secrétaire perpétuel.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 83. 2e année. Jeudi 13 Juillet 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 12 Juillet 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 3 Juillet.

Plusieurs communications faites dans cette séance méritent de nous arrêter, et avant tout, celles d'un jeune et laborieux chimiste, M. Alvaro Reynoso, dont les *Comptes rendus* n'ont donné qu'un résumé insuffisant, et dont nous avons l'avantage de pouvoir présenter ci-après le tableau complet.

La première particularité que nos lecteurs remarqueront dans cette communication, sera sans nul doute le temps assez long qui s'est écoulé, dans les expériences de M. Reynoso, entre le moment de l'inoculation du curare et la mort des animaux.

Depuis les curieuses expériences de M. Claude Bernard, nous nous étions habitué à considérer le curare comme la quintessence des poisons actifs, et l'habile physiologiste nous avait représenté ce poison comme sidérant les animaux avec la rapidité de la foudre, dès que la pointe de la lancette toxifère était insinuée sous l'épiderme. Nous nous rappelons bien qu'à l'époque où ces expériences furent rendues publiques, un des esprits les plus judicieux, les plus modestes (et malheureusement trop peu féconds), montra une certaine incrédulité ; c'était notre excellent ami, M. le professeur Parise de Lille, qui se refusait à admettre qu'un poison pût suspendre la vie avant d'être transporté par la circulation, d'abord dans le ventricule droit, de celui-ci dans le poumon, du poumon dans le ventricule gauche, et enfin, de ce dernier ventricule dans le centre cérébro-spinal ; c'est-à-dire, par conséquent, qu'il fallait à tout poison, pour tuer, un temps qui, bien qu'assez court, est néanmoins très-appréciable et nullement comparable à celui qu'il faudrait à une forte décharge électrique pour produire le même effet. Cette opinion nous paraissait à nous-même assez plausible, et notre confiance dans l'exactitude de M. Bernard pouvait seule nous empêcher de la partager complétement. La première expérience de M. Reynoso semble démontrer non-seulement que M. Parise pourrait bien avoir raison, mais encore que le curare n'est pas, à beaucoup près, le poison le plus violent ; car il est certain qu'il ne faudrait pas à l'acide prussique douze minutes pour tuer un cochon d'Inde, dans les conditions où s'est placé M. Reynoso dans sa première expérience.

La seconde particularité qui appelle notre attention dans les expériences de M. Reynoso, c'est la différence d'action du brome et de l'iode, et la complète impuissance de ce dernier, contrairement aux assertions de MM. Brainard et Greene, à détruire les propriétés toxiques du curare. Les résultats de M. Reynoso sont même, sous ce rapport, assez inattendus pour mériter d'être confirmés par d'autres expérimentateurs, malgré toute la confiance que doivent inspirer l'habileté et l'exactitude bien connues de l'habile observateur havanais.

Un troisième résultat, que nous signalerons encore d'une manière spéciale, est celui que M. Reynoso a obtenu en inoculant le curare à des serpents. Ce résultat positif semble bien prouver, en effet, que le curare n'est point un virus provenant de quelque serpent, comme quelques personnes l'avaient supposé, mais probablement un extrait de quelque plante, ainsi que les renseignements fournis à l'Académie par M. Boussingault doivent le donner à penser.

Les recherches de M. Reynoso, malgré leur grand intérêt physiologique, apporteront-elles une arme puissante à la thérapeutique? A cet égard, nous conservons tous nos doutes, et nous ne pouvons que rappeler ici ce que nous disions à propos de la communication de MM. Brainard et Greene, à supposer que leurs assertions fussent démontrées exactes.

Pour qu'un contre-poison soit bon, thérapeutiquement parlant, il faut, comme l'a du reste très-bien rappelé M. Reynoso lui-même, qu'il puisse neutraliser l'action du toxique quand celui-ci est ou absorbé, ou en voie d'absorption. C'est pourquoi, il est bien clair qu'une substance qui tuerait instantanément, comme semblait le faire le curare, d'après les expériences de M. Bernard, qu'une telle substance ne saurait servir de contre-poison. Quand un poison ou un virus, en effet, est introduit sous l'épiderme, c'est ou par accident ou dans des intentions coupables ; or, il est assez visible que, dans ces deux cas, le poison ou le virus ne sera pas mélangé d'avance à une substance neutralisante. Aussi, à moins d'enlever, *à l'instant même,* les tissus inoculés, il est certain qu'aucune force ne peut empêcher l'absorption d'avoir lieu ; il faut donc de toute nécessité que le contre-poison soit porté dans la circulation et agisse par voie d'absorption à son tour. Pour ces raisons, nous aurions vivement désiré que l'habile expérimentateur dont nous examinons les recherches, eût suivi le programme

que nous avions tracé et qu'il eût constaté si l'iode, le brome et d'autres substances encore, prises à l'intérieur, ralentissent ou empêchent l'action du curare. C'était dans cette direction que M. G. Dumont avait autrefois entrepris avec les cédrons des expériences malheureusement restées incomplètes; c'est dans cette direction qu'il faut les répéter pour être utile à la thérapeutique.

Des communications, cette fois d'un vif intérêt, ont été faites sur l'évolution des nématoïdes et des cœnures par MM. Ercolani et Vella, d'une part, et par M. Van Beneden, de l'autre. Ce dernier naturaliste semble s'étonner que nous ayons pu craindre une simple coïncidence dans l'observation dont il avait entretenu l'Académie il y a quelques semaines, et il espère qu'il n'en sera pas de même cette fois. Son espoir ne sera pas plus trompé que celui de tout observateur qui saura se mettre à l'abri d'erreurs que notre devoir est de signaler aux auteurs qui prennent trop souvent des désirs bien naturels pour des démonstrations. A supposer les observations de M. Van Beneden exactes, et sur ce point nous avons peu de doutes, nous reconnaissons sans aucun regret et même avec satisfaction, car le progrès réel nous est toujours agréable, que ces observations sont concluantes, et qu'elles mettent en évidence un fait très-intéressant d'histoire naturelle, qui pourra n'être pas sans application dans la médecine comparée et même dans la médecine humaine.

Une dernière communication, très-digne d'intérêt, a été faite par M. Herpin (de Genève), sur l'allongement des os après les fractures, chez les enfants. H. DE CASTELNAU.

Hôpital Lariboissière. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur l'altération des liquides dans les maladies.

(*Suite. Voir les nos 74 et 80.*)

TROISIÈME LEÇON.

Du sérum.

Messieurs, après l'étude de la fibrine et des globules, il nous reste à faire celle de la poche liquide du sang ou du sérum. Cet élément du sang doit être étudié à part ; il faut toujours le comparer au sérum physiologique, abstraction faite des globules. Sans doute, si on ne voulait que connaître la quantité de matériaux solides tenus en suspension ou en dissolution dans ce liquide, il n'y aurait qu'à en dessécher une certaine partie, et à rapporter le tout à 1,000 ; mais cela n'aurait pas grand avantage, à cause de sa composition, qui est très-complexe. Le sérum, en effet, contient : 1° de l'albumine ; 2° des matières extractives ; 3° des matières grasses ; 4° des sels inorganiques.

Il est donc nécessaire d'isoler ces divers éléments, afin d'en connaître les proportions.

1° *Albumine.* — De quelle manière faut-il s'y prendre pour extraire, pour doser la quantité d'albumine contenue dans le sérum ? Nous avons deux procédés : l'un est chimique, l'autre physique.

a. Procédé chimique. — On prend un certain poids de sérum ; on le traite par quatre fois son volume d'alcool rectifié, puis on filtre la liqueur : l'eau et l'alcool passant à travers le filtre, entraînant avec eux les matières extractives, les matières grasses et les sels, l'albumine coagulée, blanche et très-pure reste sur le filtre ; on la dessèche et on pèse, en rapportant le tout à 1,000. Ce procédé est très-expéditif; toutefois, la filtration s'opère encore plus rapidement quand on a ajouté de l'éther à la liqueur.

b. Procédé physique. — Cette manière d'opérer est plus rapide encore. Elle consiste à déterminer la déviation que fait subir le sérum au rayon de lumière polarisée. L'instrument qui sert à cette opération porte le nom de polarimètre. Nous ne pouvons le décrire ici. Nous dirons seulement : 1° qu'en raison de la coloration rouge du sérum pris en masse, on ne peut se servir que du polarimètre dit à *extinction ;* 2° que les liquides albumineux dévient la lumière à gauche ; 3° que chaque minute de déviation correspond à $0^{gr},18$ d'augmentation d'albumine sur 1,000 grammes de sérum.

Dans le cas où le liquide est troublé par la présence de quelques globules, on y ajoute du sulfate de soude et l'on obtient, par la filtration, du sérum parfaitement pur.

Dans le cas, enfin, où le sérum, bien que non mélangé de globules, est coloré comme il vient d'être dit, on l'étend de moitié son poids d'eau distillée ; on opère sur le mélange, puis on double le résultat obtenu par le polarimètre.

Tels sont les deux procédés mis en usage pour doser l'albumine du sérum. Ces procédés sont très-simples, le dernier surtout ; mais il a le désavantage de nécessiter un instrument assez incommode et d'un prix élevé. Aussi, pour parer à cet inconvénient, mon frère, M. Edmond Becquerel, a inventé un petit polarimètre qui, par ses dimensions, peut être facilement transporté, et dont le prix est presque minime.

Abordons maintenant l'histoire de l'albumine. Dans l'état physiologique, 1,000 de sérum contiennent, en moyenne, 80 d'albumine. Mais vous sentez que ce chiffre 80 peut osciller dans des limites d'une certaine étendue, et, de même que pour les globules, les variations physiologiques sont assez considérables.

Nous admettons le chiffre 75 comme minima et le chiffre 85 comme maxima. Cependant, il n'est pas rare de rencontrer une oscillation beaucoup plus grande dans les limites extrêmes, et les chiffres maxima et minima être représentés par 70 et 90.

D'une manière générale, le minimum physiologique se rencontre chez les individus d'une faible constitution, chez les jeunes sujets, chez ceux qui n'ont pas une nourriture suffisamment réparatrice. Est-il besoin de dire que le chiffre maximum se présente dans des conditions opposées ?

État pathologique. — A l'état pathologique, la quantité d'albumine contenue en dissolution dans le sérum du sang monte tantôt au-dessus de la limite maximum, tantôt s'abaisse et quelquefois de beaucoup au-dessous du chiffre 70.

A. AUGMENTATION DU CHIFFRE DE L'ALBUMINE. — L'élévation du chiffre de l'albumine est un fait rare et tout à fait exceptionnel, bien plus rare encore que l'élévation des globules. On ne peut guère rattacher cet état du sang à aucune loi précise. Nous l'avons rencontré chez des paraplégiques, dont les fonctions digestives étaient intactes quand il n'y avait pas de complications, telles que de la diarrhée, des ulcérations. Nous avons vu, dans ces cas, l'albumine s'élever à 100, 108, une fois, entre autres, le chiffre avait été porté à 119.

Dans le choléra, la proportion d'albumine paraît aussi augmentée; nous avons rencontré 108, 110, 111; mais c'est là un fait purement relatif.

B. DIMINUTION DU CHIFFRE DE L'ALBUMINE. — Si l'augmentation du chiffre de l'albumine est, comme nous le disions tout à l'heure, un fait extrêmement rare, il n'en est plus de même de sa diminution ; celle-ci est aussi fréquente que la première est exceptionnelle. En admettant le chiffre 70 comme limite physiologique inférieure, on peut voir la proportion de l'albumine descendre au chiffre 40. Entre ces deux extrêmes, nous devrons, comme pour les globules, admettre trois degrés d'abaissement de cet élément.

1er degré, chiffre compris entre 60 et 70 ;
2e degré, — entre 50 et 60 ;
3e degré, — entre 40 et 50.

a. Diminution légère de l'albumine. — Les effets qui résultent sur l'organisme de cette modification du sang, sont variables suivant qu'elle a été produite d'une manière aiguë ou chronique. Produite d'une manière aiguë, cette diminution légère de l'albumine a pour conséquence la manifestation d'une

hydropisie générale; c'est ce qui a lieu dans la maladie de Bright aiguë, ou à la suite d'un brusque refroidissement, comme à la suite d'une scarlatine, et même quelquefois sans qu'on en puisse découvrir la cause. En général, ces diminutions aiguës de l'albumine s'effectuent indépendamment des globules : parfois aussi, on ne trouve aucune trace d'albumine dans les urines.

Quand la modification de l'albumine s'est produite d'une manière chronique, il est assez difficile de juger quels peuvent être ses conséquences, car il arrive presque toujours en même temps une diminution des globules. La faiblesse et la pâleur peuvent aussi bien être le fait de l'une ou de l'autre ; très-souvent, aussi, il n'y a pas d'hydropisie.

Voici, du reste, les circonstances où l'on rencontre cette diminution légère de l'albumine du sérum :

Elle se rencontre dans toutes les maladies aiguës fébriles que l'on a traitées par les saignées, la méthode contre-stimulante ou même la méthode expectante ; elle est une conséquence de la diète ; des maladies de l'estomac, de la diarrhée, de la dyssenterie chronique, de la fièvre typhoïde, de maladies anciennes présentant des accès de fièvre, telles que la phthisie pulmonaire avec fièvre hectique, bien que l'alimentation soit conservée ; enfin elle découle de l'anémie, quelle qu'en soit la cause, pourvu que cet état soit porté à un haut degré. Les maladies organiques du cœur peuvent encore abaisser l'albumine, et cela, indépendamment des globules et quelle que soit l'élévation de leur chiffre. Alors, dans ces cas, si les globules sont ou élevés, ou à l'état normal, la faiblesse du sujet, la pâleur un peu jaunâtre de la peau, sont, sans contredit, produites par l'altération de l'albumine, ainsi que l'hydropisie légère qu'on remarque à cette période. Aussi, que faire dans ces circonstances? Suivre une bonne hygiène, prescrire au malade une alimentation bien entendue, administrer le quinquina, et l'albumine se reconstituera.

b. Diminution notable de l'albumine. — On voit apparaître alors de la pâleur, de la faiblesse, et surtout des hydropisies. Cette altération se manifeste d'une manière aiguë ou chronique, comme la première : d'une manière aiguë, dans les fièvres puerpérales graves ; d'une manière chronique, dans quelques grossesses, dans la maladie de Bright chronique, dans les maladies avancées du cœur, dans les cachexies paludéennes.

c. Diminution considérable de l'albumine. — Le chiffre de l'albumine peut tomber à 40. Une telle diminution se voit bien rarement. Elle se montre aiguë dans quelques cas de fièvre puerpérale, sans s'accompagner d'hydropisie : d'une manière chronique, dans l'albuminurie très-intense et dans quelques maladies du cœur très-graves et déjà anciennes. L'hydropisie coïncide toujours avec cet état : elle se montre alors, si elle n'existait pas avant ; elle augmente, si elle s'était déjà manifestée. A. Perret, *interne des hôpitaux;* Maurin.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare,

Par M. Alvaro Reynoso.

(*Communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du* 3 *juillet* 1854.)

Le véritable contre-poison du *curare* doit remplir au moins l'une des conditions suivantes : 1° ralentir l'absorption du poison soit en réagissant sur les tissus avec lesquels il est mis en contact, soit en portant son action sur le curare ; 2° détruire le curare, et dès lors le rendre inerte ou l'engager dans une combinaison, de manière à ce qu'il devienne inoffensif, ou incapable d'être absorbé ; 3° lorsque le curare a été absorbé, arrêter et empêcher son action toxique ; 4° enfin, le contre-poison par excellence serait une substance qui, tout en ne causant pas de profondes altérations dans l'économie, aurait la propriété de prévenir les accidents survenus par suite de l'absorption du poison. J'ai fait quelques expériences qui remplissent, je crois, les deux premières conditions.

Procédés pour ralentir l'absorption du curare. — Les procédés de ce genre ont pour but d'empêcher qu'une trop grande proportion de poison pénètre dans l'économie, de permettre à celle-ci de l'éliminer au fur et à mesure, de telle sorte qu'il ne s'accumule jamais en quantité suffisante pour déterminer la mort de l'animal. Les moyens qu'on peut surtout employer sont : la ligature, les caustiques et les ventouses.

Ligature. — Nous avons pratiqué une ligature sur la cuisse d'un cochon d'Inde et introduit sous la peau, au-dessous de la ligature, $0^{gr},060$ de curare. Pendant 3/4 d'heure, l'animal n'éprouva rien, nous défîmes alors la ligature; 8′ après, le poison commença à agir et l'animal mourut 12′ plus tard.

Caustiques. — Nous croyons devoir ranger, dans cette catégorie, l'iode proposé dernièrement par MM. Brainard et Greene comme contre-poison du curare.

Iode et iodure de potassium.— 1re *expérience.*— $0^{gr},060$ de curare, mélangés avec $0^{gr},5$ d'iodure de potassium et $0^{gr}4$ d'iode, dans 8^{cc} d'eau, ont été injectés sous la peau d'un cochon d'Inde. Pendant les 4 premières heures, l'animal se porta très-bien, mais il périt 2 heures plus tard.

2e *expérience.* — Nous avons mélangé $0^{gr}5$ d'iodure de potassium ; $0^{gr}4$ d'iode et $0^{gr},060$ de curare avec de l'eau. Nous avons ajouté goutte à goutte de l'hyposulfite de soude, jusqu'à disparition complète de l'iode ; pour avoir une liqueur franchement alcaline, il convient d'y verser quelques gouttes d'une dissolution concentrée de carbonate de soude. Nous avons injecté le mélange, et l'animal est mort au bout de 28′.

3e *expérience.* — Pendant 20′, nous avons maintenu un mélange de $0^{gr},4$ d'iode ; $0^{gr},060$ de curare et $0^{gr},5$ d'iodure de potassium à la température de 50°, nous avons fait disparaître l'iode, comme dans l'expérience antérieure, et le mélange résultant injecté a déterminé la mort au bout de 20′.

Iode dissous dans l'alcool. — 4e *expérience.* — Nous avons injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, sans que l'animal mourût, un mélange composé de $0^{gr},060$ de curare, $0^{gr},4$ d'iode et de l'alcool.

5e *expérience.* — Nous avons maintenu à 56°, pendant 40′, un mélange de $0^{gr},060$ de curare, $0^{gr},4$ d'iode et d'alcool en quantité suffisante pour dissoudre l'iode. Nous avons traité par l'hyposulfite de soude, etc., et le mélange résultant injecté fit périr l'animal au bout de $1^h40'$, l'action ayant commencé 5′ après l'injection. Nous avons répété une autre fois la même expérience ; dans celle-ci, l'action commença 4′ après l'injection, et l'animal mourut au bout de 1 heure 1/4.

On peut conclure de ces expériences que l'iode ne détruit pas le curare, mais qu'il l'altère, et, de plus, que la même proportion de ce corps est plus efficace lorsqu'elle est dissoute dans l'alcool, qu'en dissolution aqueuse à la faveur de l'iodure de potassium. Peut-être la combinaison nouvelle formée dans ce dernier cas, diminue-t-elle les propriétés caustiques de l'iode sur les tissus, et son action chimique sur le curare. L'altération que ce dernier subit dans cette circonstance est moindre qu'elle ne paraît l'être au premier abord, à l'inspection des 2e et 3e expériences. En effet, le retard dans la mort de l'animal peut s'expliquer en partie par l'action des iodures de potassium et de sodium mélangés au curare, comme le prouve l'expérience suivante :

6e *expérience.* — Nous avons mélangé $0^{gr},4$ d'iode avec $0^{gr},5$ d'iodure de potassium, fait disparaître l'iode libre au moyen de l'hyposulfite de soude, ajouté au mélange $0^{gr},060$ de curare, et injecté ce dernier sous la peau d'un cochon d'Inde, qui périt au bout de 11′.

Hypochlorite de soude. — 7e *expérience.* — $0^{gr},060$ de curare ont été triturés avec de l'hypochlorite de soude. Nous avons décomposé l'hypochlorite au moyen de l'hyposulfite de soude ; le mélange avait une réaction très-alcaline, et injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, il détermina la mort au bout de 4′.

8e *expérience.* — Nous avons injecté sous la peau d'un cochon d'Inde $0^{gr},060$ de curare, mélangés avec de l'hypochlorite de soude, et l'animal périt au bout de 7′.

Ainsi, l'hypochlorite de soude n'altère pas le curare, mais il en retarde sensiblement l'absorption.

CHLORE A L'ÉTAT NAISSANT. — 9ᵉ *expérience.* — Nous avons mélangé de l'hypochlorite de soude avec $0^{gr},060$ de curare, nous y avons ajouté quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Après avoir mis dans le mélange un peu de carbonate de soude, nous y avons versé de l'hyposulfite de soude; la liqueur présentait une réaction alcaline, et injectée sous la peau d'un cochon d'Inde, elle ne détermina aucun accident.

CHLORE A L'ÉTAT DE LIBERTÉ. — 10ᵉ *expérience.* — $0^{gr},060$ de curare ont été triturés avec de l'eau de chlore; nous avons ensuite ajouté au mélange un peu de carbonate de soude et quelques gouttes d'hyposulfite de soude. Le mélange présentait une réaction alcaline, et injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, il ne détermina aucun accident. Cependant, quelquefois les animaux périssent au bout d'un temps plus ou moins long, par suite de la blessure.

Ainsi le chlore, soit à l'état naissant, soit à l'état de liberté, détruit complétement le curare.

Le sel marin qui se forme dans ces réactions n'empêche pas l'absorption du curare; ainsi, $0^{gr},060$ de curare, mélangés avec une dissolution saturée de chlorure de sodium, furent injectés sous la peau d'un cochon d'Inde, qui mourut au bout de 7'.

BRÔME. — 11ᵉ *expérience.* — Nous avons trituré $0^{gr},060$ de curare avec 7^{cc} d'eau, et ajouté 10 gouttes de brôme. A l'instant, le mélange prit un aspect particulier, qui annonçait qu'une réaction avait eu lieu. Nous avons ajouté du carbonate de soude et quelques gouttes d'hyposulfite de soude. Le mélange présentait une réaction très-alcaline; il fut alors injecté sous la peau d'un cochon d'Inde: l'animal ne parut pas souffrir pendant 8 heures, mais, au bout de vingt-quatre heures, il se trouvait dans le collapsus complet qui caractérise l'empoisonnement par le bromure de sodium, il périt 30 heures après l'injection. La mort, dans ce cas, était due simplement au bromure de sodium et non pas au curare. Nous avons répété plusieurs fois cette expérience et toujours obtenu le même résultat.

Pour bien nous convaincre de la part qu'on devait faire à l'action du bromure de sodium, nous avons fait les deux expériences suivantes :

12ᵉ *expérience.* — 1 gramme de bromure de sodium dissous dans l'eau, et injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, détermina, au bout de 24 heures, une mort accompagnée des mêmes caractères que ceux de la 11ᵉ expérience, caractères qui sont entièrement différents de ceux que présente l'empoisonnement par le curare. Dans ce dernier, les animaux perdent, vers la fin, le mouvement; tandis qu'avec le bromure de sodium, en les excitant, ils sentent et se débattent.

13ᵉ *expérience.* — Après avoir ajouté le brôme au curare, et laissé la réaction s'accomplir, nous avons mis le mélange aux bains-marie, jusqu'à ce que le brôme fût évaporé complétement. Ensuite, nous avons ajouté quelques gouttes de carbonate de soude et de l'hyposulfite de soude. Le mélange injecté ne détermina aucun accident.

Le brôme détruit donc complétement le curare, comme le chlore, et il présente, sur ce dernier, l'avantage d'être d'une conservation et d'un emploi faciles. Son action est bien réellement décomposante. En effet, dans les substitutions régulières du chlore, du brôme et de l'iode à l'hydrogène des composés organiques, les corps résultants possèdent le même volume, la forme, la couleur, la capacité de saturation, le même pouvoir rotatoire, et les propriétés chimiques fondamentales ne changent pas. De plus, comme l'a prouvé Laurent pour la strychnine chlorée, l'espèce résultant de la substitution agit sur l'économie animale, à égale dose, de la même manière que l'alcaloïde normal. Il paraît donc probable que la curarine, principe actif du curare, n'a pas éprouvé un simple remplacement de l'hydrogène par le chlore ou par le brôme, car elle aurait dû rester vénéneuse. On pourrait, à notre avis, employer le brôme, probablement avec avantage, et bien certainement avec autant de succès que tout autre moyen, pour cautériser les plaies où des venins auraient été déposés. D'abord, c'est un caustique très-actif, et cependant, on peut en arrêter les effets; de plus, il est probable qu'il détruit les venins comme il détruit le curare. Nous espérons faire des expériences sur des chiens mordus par des chiens enragés, et alors nous reviendrons sur cette question.

ACIDE SULFURIQUE. — 14ᵉ *expérience.* — Fontana avait déjà fait quelques expériences avec cet acide, mais il en concluait que l'acide sulfurique « enlève au poison américain ses qualités nuisibles. » Mais comme ils le pressent lui-même, il était dans l'erreur; lorsqu'il croyait avoir enlevé tout l'acide au curare, celui-ci en avait retenu probablement une certaine quantité, ou bien il avait été détruit par l'action de la chaleur, employée pour l'évaporation de l'acide. Il résulte de plusieurs expériences que nous avons faites, que l'acide sulfurique, suivant la dose, peut ralentir l'action du curare, qui alors ne détermine la mort qu'au bout d'un temps plus ou moins long, ou même opère un tel ralentissement que l'animal ne meurt pas.

15ᵉ *expérience.*— Nous avons abandonné pendant 24 heures, un mélange de 24 gouttes d'acide sulfurique à 65° de $0^{gr},060$ de curare et de 6 gouttes d'eau, Au bout de ce temps, le mélange fut traité par le carbonate de soude, et la liqueur ayant une réaction très-alcaline, fut injectée sous la peau d'un cochon d'Inde, qui périt dans 6'. Dans une autre expérience, disposée de la même manière, l'animal mourut au bout de 4'. Ainsi, *l'acide sulfurique n'altère pas le curare.*

ACIDE NITRIQUE. — 16ᵉ *expérience.* — Nous avons mis 66^{cc} d'acide nitrique à 36° avec $0^{gr},060$ de curare, et saturé l'acide par le carbonate de soude. L'injection faite, l'animal mourut au bout d'un quart-d'heure. Comme ni le nitrate de soude, ni le carbonate de soude, nous en avons fait l'expérience, ne retardent pas l'action du curare, il faut conclure que *l'acide nitrique altère un peu le curare.*

La potasse caustique, qui empêche la rapide absorption du curare, et par là retarde ou prévient l'empoisonnement, altère aussi un peu ce poison. L'eau de chaux retarde très-peu l'absorption du curare. L'ammoniaque se trouve dans le même cas.

Enfin, il existe des sels qui, sans être de véritables caustiques, retardent l'absorption du curare. L'iodure de sodium et le brômure de sodium retardent peu l'absorption, tandis que le bromure et surtout l'iodure, la retardent même pendant 20'. Et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'iodure de potassium, à partir de 1 gramme, produit les mêmes effets, quelle que soit la quantité employée (2, 3, 4 ou 5 grammes), la dose du curare restant la même ($0^{gr},060$). Nous pensons que ce retard dans l'empoisonnement provient d'un effet local et non pas d'une réaction générale, car l'iodure de potassium, introduit préalablement dans l'économie, ne retarde pas l'action du curare.

ACTION DU CURARE SUR LES VIPÈRES. — Le curare empoisonne, dans un espace de temps très-court les vipères et par là il se distingue du venim de ces reptiles, qui n'est pas un poison pour eux, d'après Fontana.

ACTION SUR LES POISSONS. — Un petit poisson a vécu pendant 4 jours dans un kilogramme d'eau où l'on avait mis $0^{gr},6$ de curare; au bout de ce temps, on lui fit une petite blessure, et alors il mourut 8' après avoir été remis dans l'eau contenant le curare; cette expérience montre que les membranes des branchies ne sont pas endosmotiques pour le curare.

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 4 juillet 1854.

(Suite et fin. Voir le n° 82.)

Discours de M. Velpeau.

De toutes ces remarques, il me semble naturel de conclure que la question des dangers du redresseur utérin a été notablement exagérée dans cette discussion, et qu'elle a besoin d'être examinée de nouveau avant d'être jugée définitivement. Reste donc la question de savoir si, après l'emploi de cet instrument, les guérisons sont réelles et persistantes. On l'a nié, comme chacun sait, et tout le monde semble le nier ici. Mais comment l'a-t-on nié? A peu près comme je l'ai fait moi-même; *à priori,* par la théo-

rie. On s'est dit que cela était impossible; que, débarrassée de la tige à redressement, la matrice retomberait d'elle-même. Ceci, je l'ai toujours craint, je le crains encore. Mais par l'observation, nous ne le savons réellement pas. Les quelques faits invoqués par M. Depaul, par M. P. Dubois ne me paraissent point concluants, surtout en présence des faits si nombreux que rapporte M. Valleix, mieux en mesure, je le répète, que tout autre pour décider une pareille question. Un fait me frappe et frappera tout le monde, quoi qu'on en puisse dire, c'est qu'une foule de femmes traitées de cette façon ont été débarrassées des accidents qu'elles éprouvaient. Et il est bien difficile que, dans ce nombre, il n'y en ait pas plusieurs dont l'utérus soit resté redressé.

Il en résulte donc qu'à mon sens cet instrument ne doit pas être proscrit, qu'il a manifestement été utile, qu'il a rendu des services à beaucoup de malades déjà; que, mieux appliqué, mis en usage avec plus de réserve, avec plus de prudence et d'après un diagnostic préalable plus précis, il sera possible de le débarrasser dans l'avenir des quelques dangers qu'on lui a reprochés. Je ne voudrais pas, pour ma part, qu'on l'appliquât avant d'avoir traité les écoulements, les granulations, l'état catarrhal, les symptômes d'irritation ou d'inflammation, quand il en existe, chez les femmes atteintes de déviation ou de déplacement de l'utérus. Avant d'en faire usage, je voudrais, en outre, qu'on se fût assuré qu'il n'y a en même temps, avec les déviations, ni adhérences, ni gonflements, ni tumeurs, ni lésions matérielles d'aucune sorte de l'utérus. Je voudrais aussi qu'au lieu de se servir d'une tige droite, fixe ou métallique, on procédât plutôt au redressement de la matrice par degrés, avec une tige élastique, légèrement flexible, en caoutchouc ou en baleine, par exemple, en un mot, avec un instrument susceptible de se courber ou de se redresser sous la main du chirurgien, et agissant à peu près dans le sens de l'instrument que je viens de montrer à l'Académie. Je voudrais, enfin, que cette tige ne fût pas laissée longtemps en place, qu'on la retirât de temps et temps, quitte à la réappliquer plusieurs fois, afin d'éviter les irritations qu'elle pourrait faire naître.

Malgré tout ce que je viens de dire au profit du redresseur intra-utérin, il ne faudrait pas croire cependant que, dans mon esprit, c'est là le *nec plus ultrà* de la thérapeutique des déviations utérines. Loin de là, je dis que, comme la plupart des pessaires, cet instrument ne sera encore, je le crains bien, qu'un moyen palliatif. C'est toujours avec regret, avec le désir de trouver quelque chose de mieux, que je vois le chirurgien réduit à laisser ainsi dans les organes un corps étranger, un corps étranger qui doit être porté longtemps, qui cause au moins de la gêne, qui doit inspirer une véritable répugnance aux malades, qui met les femmes, on est bien forcé d'en convenir, dans un état tout particulier, et qui ne leur permet point à elles-mêmes de se croire revenues à la santé.

En somme, ce que l'on pourra retirer de cette médication, personne, selon moi, ne pourra mieux le dire que M. Valleix. Ce praticien a toute la science, toutes les qualités nécessaires pour apporter dans cette question les éléments d'un bon jugement. Ce n'est point pour lui une spécialité lucrative; personne n'a plus d'expérience que lui à ce sujet; personne n'a pu mieux en saisir, en étudier le bon et le mauvais. Qu'on le laisse faire donc, et, connaissant sa loyauté, sa probité scientique, je suis parfaitement sûr qu'il fera connaître, sans réserve, la vérité sous ce rapport.

Me sera-t-il permis, en terminant, de faire remarquer que les conclusions du rapport en discussion ne me semblent guère de nature à être discutées ou votées par l'Académie? De quoi l'Académie a-t-elle été saisie, en effet, De deux faits, communiqués l'un par M. Broca, l'autre par notre collègue, M. Cruveilhier. Or, on ne vote point sur les faits que communiquent les membres de l'Académie, et les conclusions du rapport sont étrangères à l'observation de M. Broca. Elles portent donc sur une méthode qui n'a point été soumise à notre jugement. Mais enfin je suppose qu'il y ait eu à juger la méthode. L'Académie est-elle en mesure de le faire? Qui donc parmi nous pourrait dire, avec une certitude complète, qu'il est plus apte à la juger que M. Valleix? Toutes choses étant égales, loyauté, bonne foi, probité, capacité, talent, qui peut le mieux décider d'un fait, de celui qui l'étudie depuis cinq ans, qui l'a vu, examiné, tourné et retourné sous toutes ses faces un grand nombre de fois, ou de celui qui l'a à peine entrevu, qui ne peut en avoir aperçu que quelques-uns des éléments? Et quand vous aurez décidé que le redresseur utérin ne vaut rien, est dangereux, croyez-vous que les praticiens, convaincus du contraire, cesseront d'en faire usage? Votre jugement, une fois porté, y a-t-il une puissance qui vous permettra d'en faire l'application? Non. Il faut prendre garde à ces sortes de jugements. Ils compromettent les Académies. Nous discutons ici les questions scientifiques, nous émettons nos opinions, et le public, qui nous écoute ici ou ailleurs, se décide d'après les impressions qu'il reçoit de nos discours. Mais il n'attend pas de nous des jugements, et en définitive, quand on parle des opinions de l'Académie, cela veut dire tout au plus l'opinion de tel ou tel membre.

Pour éviter tout embarras de ce genre, je voudrais donc que les conclusions de ce rapport fussent supprimées, qu'on laissât à M. Valleix le soin de poursuivre ses recherches, d'étudier avec tout le zèle dont il est capable la médication qu'il a mise en vogue, et qu'on l'engageât à en faire connaître, en temps opportun, les résultats définitifs.

En place de toutes ces conclusions, j'en accepterais une seule, qui serait relative à l'observation de M. Broca, et que l'on rédigera dans un sens que je laisse à M. le rapporteur le soin de formuler.

M. Depaul. — Je ferai remarquer à M. Velpeau qu'il s'est mépris sur la portée de ce qu'il appelle les conclusions de mon rapport. Ces conclusions ne sont autre chose que le résumé des faits et arguments contenus dans le corps du rapport. J'aurai à soumettre au vote de l'Académie, à la suite de cette discussion, d'autres conclusions qui seront convenues et arrêtées par la commission.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Juillet 1854. — Présidence de M. COMBES.

Développement et vie des nématoïdes.

M. Serres présente, au nom de M. le prince Bonaparte, qui n'a pu assister à la séance, de *Nouvelles observations sur le développement et la vie des nématoïdes,* par MM. Ercolani et Louis Vella, de Turin. Les auteurs ont résumé leurs recherches dans l'extrait suivant :

« 1° Les embryons des nématoïdes ovovivipares n'atteignent pas un complet développement (c'est-à-dire ne se pourvoient pas d'organes génitaux) là où les dépose leur mère, bien qu'ils paraissent dans les conditions les plus favorables pour bien se développer. Les œufs des nématoïdes ovipares, ainsi que les embryons des ovovivipares, doivent sortir de l'endroit où ils ont été déposés et vivre en liberté pendant un certain temps pour se compléter en rentrant dans le corps des animaux ;

« 2° Les œufs de quelques nématoïdes demeurent stationnaires dans le mucus intestinal des animaux chez lesquels leurs mères les ont déposés ; les phases de développement de ces œufs, tirés du mucus, se succèdent avec une grande rapidité aussitôt qu'on les place dans l'eau ;

« 3° De deux à cinq jours, nous avons assez facilement obtenu le développement des œufs du *strongle auriculaire* de Zeder, en dépit de la putréfaction complète qui s'était emparée du corps des mères, que nous avions recueillies en même temps qu'eux ;

« 4° Les embryons qui en sont résultés vivent depuis vingt jours dans l'eau, sans s'accroître cependant ni développer leurs organes génitaux.

« 5° Des embryons analogues de nématoïdes se présentent souvent dans les flaques d'eau des basses-cours où se trouvent des gallinacées et des tas d'excréments de mammifères domestiques ;

« 6° Quelques infusoires, rapportés par Ehrenberg et autres naturalistes aux genres *vibrio* et *anguillula*, ne seraient que des nématoïdes à l'état embryonnaire ; et, en effet, quelques-uns appartiennent décidément au genre *oxyuris*. »

Telles sont, ajoute le prince Bonaparte, les conclusions d'un important Mémoire que les auteurs s'empresseront de communiquer à l'Académie. Je laisse aux naturalistes qui se sont occupés plus spécialement que moi de recherches helminthologiques, à en tirer des conséquences philosophiques et rigoureuses. Ils seront frappés de l'analogie que montrent avec ceux en question d'autres embryons vivant communément dans les eaux stagnantes, et qui passent pour des animaux parfaits. Mais combien de prétendus genres d'infusoires devons-nous éliminer de la science? La classe entière des infusoires doit-elle disparaître ou se scinder en plusieurs? Tel est le vaste champ qui s'ouvre aux méditations de zoologistes.

Développement des cœnures.

M. de Quatrefages communique les extraits suivants de deux lettres dans lesquelles M. Van Beneden lui fait connaître les nouveaux résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur les cœnures.

« Vous savez que M. Kuchenmeister avait un chien qui était nourri avec des cœnures de mouton au commencement de mars de cette année et qui rendait des proglottis.

« Ce chien a été tué, le 24 mai, à Bauzen, et M. Kuchenmeister a envoyé des ténias du cœnure à Louvain, à Copenhague, à Giessen.

« Ils sont arrivés ici vivants le 27. Ils étaient dans un blanc d'œuf. Je les ai tenus en vie pendant huit jours, en renouvelant le blanc d'œuf d'un jour à l'autre.

« Le même jour, 27, à neuf heures du matin, deux jeunes moutons, de deux mois environ, ont pris chacun un demi-proglottis ; l'après-midi, chacun a pris un proglottis entier, et le 3 juin, un des deux, marqué n° 1, a avalé encore un proglottis entier.

« Le 13 juin, les premiers symptômes du tournis apparaissent ; le 15, au matin, on vient m'annoncer que celui marqué n° 2 va mourir. La tête était brûlante, les yeux rouges; les pattes fléchissaient sous le corps; il donnait de la tête contre le treillage, et il la tournait toujours dans un sens. Je le fais abattre.

« La surface des deux hémisphères en dessus et en dessous offre des sillons très-irréguliers ; on dirait des tubes abandonnés de certaines annélides : M. Kuchenmeister en a déjà parlé. Il y en a une douzaine.

« Au bout de ces tubes, se trouvent autant de cœnures, presque tous logés dans la substance corticale du cerveau. Quelques-uns sont enlevés avec les membranes du cerveau. Ils ont à peu près la même grosseur, environ 3 à 4 millimètres. Ces cœnures ne consistent encore que dans une simple vésicule d'un blanc lactescent, remplie de liquide. On ne voit pas encore de têtes (scolex). C'est l'embryon *hexacanthe* (proscolex) un peu plus développé qu'à la sortie de l'œuf.

« Ces observations s'accordent entièrement avec celles de M. Kuchenmeister.

« J'ai trouvé ensuite dans les muscles, et surtout dans le diaphragme, des corps d'un blanc jaunâtre, que l'on distingue fort bien à l'œil nu, au milieu des fibres musculaires rouges, et qui ne sont, comme l'a dit M. Kuchenmeister, que des individus égarés et qui ne peuvent plus rien devenir.

« Le mouton n° 1 vit encore, mais il est aussi malade que le premier. Je le tiendrai en vie quelques jours encore, pour avoir les scolex développés, et en obtenir de nouveau des ténias dans le chien.

« Voici ce que M. Eschricht m'écrit de Copenhague, à la date du 20 :

« Les *tœnia cœnurus* tirés du chien, le 24 mai, à Bautzen, sont arrivés « à Copenhague, le 26 avant midi, de sorte qu'ils ont pu être avalés par « trois moutons, quarante-huit heures après leur sortie de l'intestin du « chien. L'un des moutons n'en a pas été affecté, mais les deux autres « sont devenus malades le quinzième et le seizième jour. Ils tenaient la « tête tournée, par nécessité, à droite, et l'un ne voulait et ne pouvait « rester que sur le côté gauche, sans être attaqué par des spasmes violents. « L'inflammation du cerveau était très-prononcée ; les yeux très-rouges. « L'un et l'autre ont succombé le quatrième jour, et j'ai trouvé grande « quantité de petites vésicules (2-3 millimètres) dans la pie-mère et dans « la substance corticale. En outre, il y avait dans les muscles en général « et dans les parois du cœur, ainsi que sous la peau, des vésicules « pleines d'une matière jaunâtre, qui sont probablement, comme le sup- « posent MM. Kuchenmeister et le professeur Harchner, des individus « échoués. »

« J'ai fait abattre hier matin, 29 juin, le second mouton : il présentait à peu près les mêmes symptômes que le premier ; les derniers jours, la patte droite antérieure était constamment fléchie, et en marchant il ne pouvait appuyer sur ses sabots.

« En enlevant le cerveau de la boîte crânienne, un cœnure de la grosseur d'une petite noisette est tombé sur la table de dissection.

« Dans les hémisphères du côté droit se trouvent, en dessus et en arrière, deux autres cœnures de la même grosseur, et en séparant les hémisphères du cervelet, j'en découvre encore deux autres qui touchent les tubercules quadrijumeaux. Le cervelet en renferme un aussi dans le lobe gauche. J'en trouve huit en tout.

« Ces cœnures ont à peu près tous la même grosseur, sauf deux ou trois qui ne sont guère plus gros qu'un grand noyau de cerise.

« A travers les parois, on distingue à l'œil nu, dans les plus grands, de petits flocons blanchâtres, séparés les uns des autres, qui indiquent autant de têtes (scolex). Ceux qui n'ont que la grosseur d'un noyau de cerise ne montrent pas encore de têtes, ni même la place où elles surgiront.

« Les cœnures sont enveloppés d'une membrane de nouvelle formation, produite par l'inflammation des surfaces voisines. Cette membrane est formée de tissu fibro-plastique ou de tissu cellulaire embryonaire, recouvert d'une multitude de granulations élémentaires, d'après mon savant collègue et ami, M. Vanlhempen, qui a bien voulu examiner ce tissu à ma demande.

« Ces vers sont très-curieux à cette période de leur développement. Les scolex commencent à se former ; mais, comme je m'y attendais, ils n'ont encore ni crochets ni ventouses. Ce n'est que dans huit jours que la tête, avec les crochets et les ventouses, aurait commencé à s'ébaucher.

« En retirant un de ces vers de sa cavité, et en le portant immédiatement sur le porte-objet du microscope, on est tout surpris de voir combien la contractilité des parois du ver vésiculaire est grande. La surface se ride, les bords se frangent, et le ver exécute des mouvements fort étendus, qui expliquent son action sur la masse cérébrale ; la substance cérébrale, en effet, cède à la pression du parasite. On voit distinctement des cellules dans la composition des parois de la vésicule, et c'est à leur contraction que sont dus tous les mouvements.

« En dessous des parois du ver vésiculaire, on voit très-distinctement des vaisseaux, anastomosés comme un réseau capillaire ; ils correspondent à l'appareil excréteur ordinaire des cestoïdes et des trématodes.

« Quand un scolex va se former sur la vésicule mère, la surface de la vésicule se ride dans un endroit déterminé ; ces rides deviennent circulaires ; le centre ensuite se déprime ; une éminence apparaît au milieu de la dépression, et le futur scolex se montre.

« Déjà, aussi, on voit autour des rides circulaires, des corpuscules calcaires, semblables à ceux qui incrustent le corps des scolex, mais qui ne se trouvent pas sur les embryons hexacanthes ou proscolex.

« Depuis ma dernière lettre, j'ai eu des nouvelles de Giessen. M. R. Leuckaert a vu les symptômes surgir en même temps, et il a trouvé les cœnures au même degré de développement.

« A ceux qui pourraient croire à une simple coïncidence dans les résultats précédents, je ferai remarquer que le cœnure est loin d'être commun ici, et que j'ai attendu trois ans avant de pouvoir m'en procurer un pour ma collection ; que, pouvant dire d'avance, je vais trouver des cœnures de telle grosseur et à tel degré de développement, il ne peut plus être question de coïncidence. Autant vaudrait dire : les plantes que l'on sème ne proviennent pas des graines que l'on a jetées en terre. »

M. Rayer communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a écrite M. Austin Flint, professeur de médecine à Louisville (États-Unis) :

« Dès l'année 1851, M. Austin Flint a eu l'occasion d'étudier les bruits que produisaient les soi-disant *esprits frappeurs,* et s'est convaincu que ces bruits étaient déterminés par le déplacement volontaire de certaines parties osseuses ou tendineuses.

« Les recherches de M. Austin Flint furent entreprises à l'occasion des deux jeunes filles Fox, de Rochester, qui disaient pouvoir mettre les vivants en relation avec les morts au moyen des esprits frappeurs.

« A la même époque, M. Austin Flint vit une dame qui avait la faculté de produire volontairement et sans douleur, sur elle-même, des bruits tout à fait semblables, par leur nature et leur intensité, à ceux que faisaient entendre les jeunes filles Fox. Ces bruits se passaient dans l'articulation du genou, à la suite d'une contraction musculaire. Quelque temps après, M. Austin Flint observa, sur une autre femme, le même phénomène physiologique. Pour produire les *frappements,* ces deux personnes devaient avoir le pied fixé ou arc-bouté contre le sol. Suivant M. Austin Flint, les frappements s'opéraient par le même mécanisme chez les jeunes filles Fox, car elles ne pouvaient les produire lorsque le pied n'avait pas un point d'appui suffisant.

« M. A. Flint a vu, comme M. Schiff, un cas dans lequel les frappements étaient déterminés par le tendon du muscle long péronnier latéral.

« En résumé, l'observation des faits a conduit M. Austin Flint à penser que les soi-disant *esprits frappeurs* sont des bruits de frappement produits par des déplacements brusques de parties osseuses ou tendineuses. »

Toxicologie.

M. Alvaro Reynoso communique des expériences sur ce sujet (*voir* ci-dessus).

Sur le retour à leur longueur naturelle des os raccourcis à la suite de fractures chez les enfants.

M. Th. Herpin (de Genève), à l'occasion d'une communication récente de M. Baizeau, adresse une Note que les *Comptes rendus* résument ainsi :

« . . . Il y a plus de vingt ans, au milieu d'un hiver rigoureux (je pratiquais alors la médecine à Carouge, petite ville du canton de Genève), je fus appelé le même jour, dans deux familles différentes, auprès de deux enfants, un petit garçon et une petite fille, l'un de cinq, l'autre de six ans environ, qui, en glissant sur la glace, s'étaient fracturé le fémur dans son tiers supérieur.

« Après avoir, chez mes deux blessés, réduit la fracture, je mis, suivant le procédé de M. Dupuytren, le membre en demi-flexion sur un oreiller ; un lacs fixé au pied du lit maintenait, tant bien que mal, l'extension. Le petit garçon fut docile, et son membre garda bien la position ; la petite fille remuait sans cesse, et il fallait à chaque visite replacer l'appareil.

« Après la consolidation, je constatai chez l'un et l'autre un raccourcissement de près de 3 centimètres chez la petite, un peu moindre chez le petit garçon ; tous deux boitèrent quand ils purent marcher.

« Je les avais perdus de vue depuis plus d'un an, quand, ayant été appelé dans la famille de mon indocile cliente, j'appris avec surprise qu'elle ne boitait plus du tout ; je m'en assurai de mes propres yeux ; mais, soupçonnant qu'elle dissimulait adroitement sa claudication, je la fis mettre nue sur un lit, et je constatai, par un examen minutieux, que le membre fracturé avait exactement la même longueur que l'autre. Si ma mémoire ne me trompe pas, on sentait encore la difformité du cal. J'eus hâte de vérifier le fait chez le petit garçon, et le même examen me fournit le même résultat.

« Dans une séance de la Société médicale du canton de Genève, je fis part à mes confrères de ce phénomène remarquable. Parmi les assistants était M. le docteur Olivet, chirurgien ayant une nombreuse clientèle d'enfants. Il nous apprit que le résultat qui me surprenait était un fait général : il

avait constamment vu les raccourcissements, suite de fractures dans l'enfance, disparaître assez vite dans le cours de l'année.

« Ayant renoncé bientôt après à la pratique de la chirurgie, je n'ai pas eu l'occasion dès lors de vérifier cette loi de physiologie pathologique; mais j'ai vu avec intérêt M. Baizeau lui donner la sanction d'un examen anatomique et d'expériences sur les animaux. »

Cette Note est renvoyée à l'examen des commissaires nommés pour le Mémoire de M. Baizeau : MM. Flourens, Velpeau, Rayer.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur V. Renouard a pris la peine d'examiner *à son point de vue* une série d'articles que j'ai publiés dans le journal *l'Univers* sur l'enseignement de la médecine en France, à propos d'un projet de réforme exposé par le docteur Dechambre dans le journal la *Patrie*. J'accepte avec reconnaissance les critiques dont on veut bien honorer mes opinions, à la condition toutefois que ce soient mes opinions que l'on critique, et non des fantômes éclos dans l'imagination de mes adversaires, et que l'on me prête avec une munificence inqualifiable depuis quelques jours.

Qu'ai-je dit dans cet opuscule? 1° que je n'étais pas assez éclairé ni assez compétent pour discuter et apprécier en détail les questions administratives en fait d'enseignement, que, du reste, j'acceptais toutes les réformes administratives dont l'expérience justifierait l'utilité; 2° que la réforme la plus importante à mes yeux était la réforme des doctrines médicales que l'on enseigne, attendu la fausseté et la stérilité de ces doctrines; 3° que cette réforme était possible, en se plaçant au point de vue du spiritualisme chrétien; 4° que cette réforme ne pouvait être imposée par l'état aux professeurs qui enseignent en son nom dans les facultés et les écoles; 5° qu'elle était réalisable au moyen de la création d'un enseignement supérieur libre, comme certains établissements d'instruction secondaire sont libres, et que la société ne trouverait de garantie pour la durée, la tenue, la dignité et les doctrines de ces établissements *libres*, qu'autant qu'ils seraient sous la direction de l'épiscopat, de l'Église, pour parler d'une manière plus absolue.

Ce que je propose est donc bien simple : améliorer l'enseignement de la médecine en France en créant une concurrence aux facultés actuelles, et opposer des doctrines chrétiennes aux doctrines rationalistes et antichrétiennes que l'on enseigne au nom de l'État, dans les facultés qui ne relèvent que du ministère de l'instruction publique, et qui ont le monopole de l'enseignement de la médecine en France.

L'honorable docteur Renouard a vu dans ces propositions précisément le contraire de ce qu'elles renferment, et il a cru que le mot *théocratie* le dispenserait de comprendre et de raisonner.

Il prétend que les facultés n'enseignent point au nom de *l'État*. Il aurait dû nous dire au nom de qui elles enseignent, confèrent les grades et les diplômes, prélèvent des droits d'inscription et d'examen. Équivoquant sur les mots, il nous fait remarquer que chaque professeur est libre d'enseigner les théories qui lui conviennent, et que ces théories ne lui sont point imposées par *l'État*. C'est probablement là ce que M. Renouard appelle la liberté d'enseignement : il entend par là le droit avec monopole de dire en chaire tout ce que l'on veut; et il me reproche d'attaquer cette liberté. Bien loin de là, je la déclare inattaquable, et j'affirme que si l'État avait la fantaisie d'imposer des doctrines aux professeurs qu'il nomme et qu'il rétribue, il n'y parviendrait pas, attendu qu'il est toujours possible d'éluder de semblables prescriptions. D'ailleurs, je ne crois pas qu'il y ait un professeur assez dépourvu de dignité pour enseigner des doctrines auxquelles il ne croirait pas, parce qu'il lui serait enjoint de les enseigner. Je crois donc l'État dans l'impossibilité de réformer *d'autorité* les doctrines médicales que l'on enseigne, et d'en faire enseigner d'autres par le *personnel* de l'enseignement. De là découlent la nécessité, ou du moins, les avantages d'une concurrence libre, partant de la liberté dans l'enseignement supérieur. Or, avec quel corps constitué l'État peut-il partager l'enseignement? quel est le corps qui présente des garanties de science et de moralité? Je laisse à M. Renouard le soin de conclure. Quant au régime prétendu *théocratique* qui a étouffé les lumières, ce sont là des choses au-dessous de M. Renouard. Depuis l'ère chrétienne, il n'y a jamais eu de régime *théocratique;* c'est le christianisme qui a détruit ce régime; il n'existe en fait qu'en Russie et dans les États séparés de la chrétienté. Le moyen âge, c'est le temps, le beau temps de la liberté en général, et de la liberté d'enseignement en particulier. La renaissance rationaliste a substitué, partout où elle l'a pu, le despotisme et le monopole à la *liberté contenue*, dont nos ancêtres jouissaient dans ces temps chrétiens que les rationalistes appellent barbares ou gothiques par hostilité ou par ignorance.

J'arrive à l'idée de rendre la médecine chrétienne, sujet de tant de scandale, surtout à cause de la métaphore dont je me suis servi pour rendre ma pensée. On dit chaque jour : Saint Thomas a *baptisé* Aristote; saint Augustin a *baptisé* Platon, en ce sens que saint Thomas et saint Augustin ont corrigé Aristote et Platon de leurs erreurs, et ont substitué des vérités chrétiennes, en gardant et en fécondant les vérités que nous ont léguées les deux maîtres de la philosophie et de la théologie naturelle. J'ai pensé qu'on pouvait dire dans le même sens : *baptiser* Hippocrate, ou si l'on aime mieux, rendre la médecine chrétienne. C'est de l'éclectisme purement et simplement. Il s'agit de prendre dans la tradition médicale ce qu'il y a de vrai, et de substituer aux doctrines fausses des principes vrais, des principes chrétiens, des théories chrétiennes.

M. Renouard nous cherche une querelle d'Allemand sur la difficulté de reconnaître dans les livres hippocratiques ce qui est d'Hippocrate et ce qui n'en est pas. Mais c'est là une affaire d'archéologues et non d'artistes, une besogne d'érudits et non une besogne de médecins.

Que la doctrine de la force médiatrice de la nature soit ou non d'Hippocrate II, il s'agit de savoir si cette doctrine peut servir de base à la coordination des faits médicaux et des sciences médicales. Que la systématisation médicale, que M. Lithé appelle la *prognose,* soit l'œuvre de qui on voudra, la question est de savoir si cette systématisation est suffisante ou non. Que les érudits mettent les noms d'auteurs sur les traités de la collection hippocratique, c'est une œuvre assurément très-digne d'occuper leurs loisirs, mais cela ne fait rien à la vérité ou à la fausseté des doctrines hippocratiques, de l'École immédiate d'Hippocrate.

M. Renouard s'étonne qu'après avoir fait l'éloge du patriarche de la médecine, du grand homme qui donna la *forme scientifique* à l'art médical, préparé par les observations des Asclépiades, les théories des philosophes et les études des gymnastes, je me sépare et ne parle plus de lui. Mais cela est tout simple : la doctrine d'Hippocrate me paraît radicalement fausse, si bien coordonnée, si habilement présentée qu'elle soit. Pourquoi m'appuierais-je sur une erreur? Mais bien que je repousse la doctrine d'Hippocrate, pourquoi ne rendrais-je pas hommage au fondateur de la médecine scientifique? Il était impossible qu'Hippocrate fît mieux qu'il n'a fait, et il a fait aussi bien qu'il lui était possible de faire. C'est donc un homme admirable qu'Hippocrate. Mais, en présence de la science chrétienne d'une part, et d'autre part du progrès des connaissances médicales, la doctrine d'Hippocrate ne suffit point; elle est même positivement erronée dans ses principes. Donc, après tous les éloges donnés au génie d'Hippocrate, il est permis d'abandonner et même de réfuter les erreurs de ce grand homme, si l'on est convaincu que ses théories sont erronées. J'en vais citer un exemple.

L'École d'Hippocrate croyait à l'*unité absolue* des maladies, ou, si l'on aime mieux, à un type absolu renfermant toutes les maladies, qui ne seraient que des variétés de ce type absolu. Cette idée est la base de la pathologie et de la thérapeutique hippocratiques.

Cette idée me paraît absolument fausse : je crois à la distinction absolue, fondamentale des maladies. J'enseigne que chaque maladie a son essence propre, et qu'elle est radicalement distincte et indépendante de tout autre état morbide analogue. Et je crois que ce principe neuf, et cependant traditionnel, de l'*essentialité* des maladies doit servir de base à la pathologie et à la thérapeutique.

Voilà certes deux principes bien différents l'un de l'autre. Avec les essences morbides distinctes, je réfute l'unité absolue des maladies; mais cela ne m'empêche pas d'admirer l'art avec lequel Hippocrate a coordonné les faits médicaux à l'aide de ce principe, et constitué cette méthode, que M. Littré appelle la *prognose.*

M. Renouard ne voit, dans les éloges que je donne à Hippocrate, qu'une *enseigne.* C'est faire preuve d'un goût médiocre en fait d'arguments. Reformer une chose, c'est lui rendre sa *forme.*

Il faut donc imiter Hippocrate, sans le copier, pour reformer la médecine.

Or, qu'est-ce qu'imiter Hippocrate sans le copier? C'est ce que je vais exposer le plus clairement qu'il me sera possible, en quelques mots :

1. Hippocrate (1) a constitué l'art médical dogmatiquement, c'est-à-dire sur les vérités qu'il croyait les plus inébranlables, touchant la nature de l'homme.

2. Imiter Hippocrate, c'est constituer l'art médical dogmatiquement, c'est-à-dire sur les vérités que l'on croit les plus inébranlables, touchant la nature de l'homme.

3. Hippocrate a considéré l'homme comme composé de deux êtres complets, l'un qu'il appelle la nature ou l'âme, et l'autre qui est le corps. Ces deux êtres sont accidentellement unis l'un à l'autre, et forment une asso-

(1) Sous le nom d'Hippocrate, je désigne l'École de Cos, au temps d'Hippocrate et immédiatement après lui. C'est la collection des écrits de cette École qu'on appelle les Œuvres d'Hippocrate. Il y règne, sous plusieurs rapports, un véritable *syncrétisme.*

ciation dans laquelle l'âme ou la nature commande, tandis que le corps obéit.

4. Ne pas copier Hippocrate, c'est considérer l'homme comme un seul être résultant de l'union substantielle d'une âme et d'un corps, union si entière et si complète qu'elle constitue une seule et même personne, un tout réel de chaque membre de la famille humaine; c'est enfin considérer l'âme non pas comme la maîtresse du corps, mais comme la *forme* du corps, comme ce qui en détermine la figure et les fonctions, par conséquent comme le principe vital, comme le principe animateur de la matière du corps, inerte par elle-même, ou du moins réduite aux simples phénomènes des corps bruts dont il provient originairement.

5. Hippocrate a pris pour dogme fondamental la doctrine du *dualisme*, celle dans laquelle on croit que l'âme est parfaite et que le corps seul est susceptible d'imperfection par accident et par nature.

6. Ne pas copier Hippocrate, c'est prendre pour dogme fondamental la doctrine chrétienne, qui nous enseigne que l'homme est altéré, dégradé dans son âme comme dans son corps, originellement.

7. Hippocrate a déduit la théorie des maladies de la théorie de la nature de l'homme.

8. Imiter Hippocrate, c'est déduire la théorie des maladies de la théorie de la nature de l'homme.

Ne pas copier Hippocrate, c'est déduire la théorie des maladies, non de la théorie d'Hippocrate sur la nature de l'homme, mais de la théorie que nous venons d'exposer sur le même objet.

9. Hippocrate a déduit de sa théorie de la nature de l'homme le principe de l'unité absolue des maladies dans un seul type, dont les maladies ne sont que des variétés.

10. Ne pas copier Hippocrate, c'est déduire de la théorie chétienne de la nature de l'homme le principe de l'essentialité des maladies, c'est-à-dire de l'essence propre, de l'unité propre de chaque maladie.

11. Hippocrate a basé toute la constitution de la médecine pratique sur le principe de l'unité absolue des maladies.

12. Imiter Hippocrate sans le copier, c'est baser toute la constitution de la médecine pratique sur le principe de l'essentialité des maladies.

13. Hippocrate a constitué, sur les indications en thérapeutique, la médecine des indications.

14. Imiter Hippocrate, c'est constituer en thérapeutique la médecine des indications.

15. Hippocrate déduisait les indications, 1° de la cause prochaine imaginaire de la maladie; 2° des efforts médicateurs de la nature.

16. Ne point copier Hippocrate, c'est déduire des médications, 1° des phénomènes réels et positifs de la maladie; 2° des tendances de la maladie vers la guérison ou vers la mort.

17. Hippocrate remplissait les indications par des médications incomplétement et très-imparfaitement connues dans leurs effets sur l'homme sain.

18. Ne point copier Hippocrate, c'est remplir les indications avec des médications dont les effets sur l'homme sain aient été étudiées expérimentalement.

19. Hippocrate déduisait le rapport des indications aux médications de l'*imitation de la nature.*

20. Ne point copier Hippocrate, c'est déduire le rapport des indications aux médications d'une loi ou de lois qui soient l'expression de l'expérience universelle des médecins, au lieu d'imiter la nature, qui est trop sujette à se tromper et qui est trop féconde en catastrophes.

21. Hippocrate a constitué l'art médical sur les données incomplètes ou fausses que lui fournissait la tradition en idées générales, physiologiques, pathologiques et thérapeutiques.

22. Baptiser Hippocrate, c'est constituer l'art médical sur les vérités fondamentales de la science chrétienne, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique, que la tradition nous apporte et nous transmet à l'état de dissémination, et que des liens logiques, des rapports inaperçus, permettent de réunir dans un même corps de doctrine présentant les trois caractères de l'unité, de la vérité et de l'utilité: *Tres sunt entis cujuscumque dotes, scilicet unitas, veritas, bonitas.*

Enfin, M. Renouard me reproche d'avoir publié le travail dont il est question dans un journal politique; mais ce travail répondait à un article du journal *la Patrie,* qui, je crois, n'est pas un journal de médecine. Je ferai remarquer à M. Renouard que, dans ce travail, je n'ai nommé personne, que j'ai évité avec le plus grand soin de parler des idées thérapeutiques que je crois les seules vraies dans leur ensemble, soit en théorie, soit en pratique. Il est de mauvais ton de supposer à ses adversaires des intentions qu'on rougirait soi-même d'avoir; les injures les mieux méritées d'ailleurs ne prouvent rien contre la vérité ou la fausseté d'un théorème. Que M. Renouard veuille bien m'indiquer le journal de médecine qui eût imprimé le travail que j'ai publié dans *l'Univers*, et dont je publierai la suite dans la même feuille? Ces messieurs parlent beaucoup de liberté de discussion, mais tous font une réserve, c'est que la discussion roulera sur des objets qui conviennent à leurs opinions ou à leurs passions. Au dehors de ce qu'ils croient être la vérité (et bien souvent ils se font de grandes illusions), ils n'admettent plus la liberté de parler, la liberté scientifique, la liberté de controverse, la liberté de discussion. Cela prouve simplement qu'ils ne savent point ce que c'est que la véritable liberté, pas plus qu'ils ne savent ce que c'est que la véritable indépendance. Ils croient avoir tout dit, quand, après avoir dénaturé nos opinions de manière à les rendre absurdes et méconnaissables, ils ont appelé partisans de la *théocratie* les vrais représentants de la liberté dans les institutions et de l'indépendance dans les opinions en médecine.

J'espère, monsieur le Rédacteur, que cette lettre trouvera l'hospitalité dans vos colonnes, et je profite de cette occasion pour vous exprimer toute mon estime pour vous et pour votre recueil.

J.-P. Tessier, *médecin de l'hôpital Beaujon.*

Le prochain numéro de la *Revue médicale* vous apprendra comment on observe la liberté de la controverse dans ce journal, après les engagements les plus formels et les plus solennels.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. le professeur Godelier, du Val-de-Grâce, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans le comité secret qui a suivi la séance publique de l'Académie de médecine d'hier, la section d'anatomie pathologique a présenté la liste suivante des candidats à la place vacante dans cette section: 1° M. Barth; 2° M. Beau; 3° M. Moreau, de Tours; 4° M. Sestier; 5° M. Ménière; 6° M. Bayle.

Malgré sa nouvelle couronne plus ou moins nationale, nous pensions franchement qu'on ferait à M. Morel-Lavallée l'honneur de mettre ses travaux avant ceux de M. Ménière, et nous pensions aussi que les titres de MM. Chassaignac et Bayle étaient un tant soit peu supérieurs à ceux de l'honorable traducteur, ou du moins éditeur, de Kramer.

— *Société hygiénique d'alimentation.* — La *Presse* publie les faits suivants, d'après le *Pilote du Calvados:*

« On se rappelle que d'importantes saisies de viandes salées destinées à l'exportation, et reconnues complétement insalubres, ont eu lieu, il y a peu de jours, dans l'arrondissement de Lisieux. Les individus qui faisaient trafic de ces viandes avec des commerçants du Havre ont comparu, le 27 juin, devant le tribunal correctionnel de Lisieux.

« Ce sont: 1° les nommés Élie Chaumont, âgé de 56 ans, marchand de salaison, demeurant à Saint-Loup-de-Fzibois, prévenu de vente de viande en état de putréfaction, et expédiée au sieur Delalonde, rue d'Estimauville, au Havre, et au sieur Boulanger, également du Havre; 2° le sieur Pierre-Grégoire Lautour, tanneur, né à Cheffreville et y demeurant, prévenu aussi d'avoir expédié sciemment, à diverses maisons du Havre, de la viande corrompue.

« Les sieurs Chaumont et Lautour ont été condammés chacun à trois mois de prison, 5 fr. d'amende, 100 affiches du jugement, dont 50 seront apposées au Havre et 50 à Lisieux, à l'insertion de l'extrait du jugement dans les deux journaux de Lisieux, le *Lexovien* et le *Normand*, et dans les journaux du Havre désignés à cet effet. »

Les faits de cette nature, que toute la vigilance de l'administration ne peut empêcher de se reproduire journellement, font sentir chaque jour davantage l'extrême utilité qu'il y aurait à fonder une Société dont le but serait de signaler à l'autorité les falsifications antihygiéniques que chacun est à même de constater chaque jour, et qu'une Société organisée constaterait avec bien plus de facilité encore. Nous avons déjà dit qu'une semblable Société existe et fonctionne à Londres.

— Dans un article publié dans le *Cours général des Actions,* par M. Jacques Bresson, et reproduit par *la Presse,* l'auteur insiste avec raison sur plusieurs améliorations à apporter dans la construction des wagons. Parmi beaucoup de ces améliorations sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, il en est une que nous avons déja signalée à l'attention des administrations des chemins de fer, et même de l'administration supérieure, c'est celle relative à la création de cabinets hygiéniques qui permettent de satisfaire aux exigences de la nature. Plusieurs fois, déjà à notre connaissance, des accidents des plus désagréables et quelquefois dangereux, ont eu lieu en chemin de fer, faute d'avoir songé à la précaution qu'a signalée de nouveau dans son article M. Bresson.

— N'ayant pu recevoir à temps les discours de MM. Amussat et Malgaigne, nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 84. 2e année. Samedi 15 Juillet 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

L'importance et l'étendue des deux discours de MM. Amussat et Malgaigne nous obligent à remettre à notre prochain numéro la suite de notre lettre à M. le professeur Velpeau.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Juillet 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Depaul demande la parole. — Je prierai M. le secrétaire de vouloir bien rectifier le dernier paragraphe du procès-verbal, qui me concerne : je n'ai pas dit que je présenterais à l'Académie *de nouvelles* conclusions sur le fait de M. Broca ; j'ai dit qu'à la fin de la discussion, j'aurais l'honneur de présenter à l'Académie *des* conclusions, car je n'en ai pas présenté encore.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol ;

2° Échantillons d'une pommade propre à guérir les brûlures, plaies, etc.;

3° États de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

1° M. Bédor, correspondant de l'Académie à Troyes, adresse le relevé des cholériques traités à l'Hôtel-Dieu de cette ville ; ils sont au nombre de onze ; tous les malades ont succombé ;

2° M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan, pense que le choléra tient à une augmentation ou à une diminution du fluide électrique, et conseille de le traiter, dans le premier cas, par l'eau froide sur la tête et des croûtes de pain grillé à l'intérieur ; dans le second cas, en entourant le malade de laine, de verre, de cristal, etc. ;

3° M. Juy-Gauthier, de Nogent-sur-Seine, adresse la formule suivante, qui lui a très-bien réussi contre le choléra :

a. « Dès les premiers symptômes, faire prendre au malade, *par le bas :*

« La valeur de 1 à 2 cuillerées à café (selon l'âge et la force du sujet) de poudre de capsicum, délayée dans un verre et demi d'eau chaude, dans laquelle on aura infusé de la poudre de chêne.

b. « Immédiatement après, faire prendre par le haut, une cuillerée à café également de poudre de capsicum dans une tasse d'infusion de feuilles de framboisier.

« En cas de besoin, on peut réchauffer le malade avec un bain de vapeur, et ensuite, quand la soif se déclare, on donnera au malade *à discrétion* une *infusion d'avoine grillée.* »

M. le président annonce que M. Warren, de Botson, est présent à la séance.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. Amussat. — La question qui s'agite devant l'Académie est toute nouvelle et fort importante, mais comme elle a déjà pris une grande étendue, j'ai préféré, pour être plus court, présenter par écrit quelques considérations sur le redressement des déviations de l'utérus.

Pressé par le temps, je n'ai pas pu rédiger ce travail comme je l'aurais désiré, et je réclame toute l'indulgence de l'Académie.

La connaissance exacte des déviations de l'utérus ne date pas d'un grand nombre d'années. C'est, je crois, Récamier, notre maître à tous sur la pathologie utérine, qui a le mieux étudié, classé et dénommé les différentes espèces de déviations et de flexions.

Avant lui, ces affections étaient très-peu connues et on les confondait toutes ensemble sous le nom d'abaissement ; ce qui le prouve, c'est que peu de temps après ma nomination à l'Académie, c'est-à-dire en 1824, ayant fait une communication sur la rétroversion de l'utérus, dont j'avais déjà observé quatre exemples, Deneux prit la parole pour dire que c'était fort extraordinaire, et que, dans sa longue pratique, il n'en avait pas vu autant. Je fus très-surpris de cette assertion et du ton d'autorité avec lequel ce vénérable collègue cherchait à me réfuter. Je craignis vraiment de m'être trompé. Mais bientôt je fus rassuré par Evrat, qui vint à mon aide, en disant qu'il ne fallait pas se hâter de taxer d'exagération ce que venait de dire le jeune collègue ; que pour sa part, il avait observé bon nombre de rétroversions, et qu'il croyait que ce genre de déviation était plus fréquent qu'on ne le pensait généralement.

Notre collègue, M. Moreau, qui était alors secrétaire de la section, et d'autres collègues de la même époque peuvent se rappeler ce que je viens de dire.

Depuis cette première communication à l'Académie, la connaissance des déviations a fait de rapides progrès. On en trouve des preuves dans les ouvrages de chirurgie qui ont été successivement publiés sur les maladies de la matrice. Comme on le comprend, le traitement a été établi sur des bases plus exactes. En effet, avant qu'on eût distingué les déviations de l'abaissement, on n'employait que les mêmes moyens contre ces deux espèces de déplacements, c'est-à-dire des pessaires, des ceintures, etc. Bientôt des moyens spéciaux furent appropriés au redressement des déviations, et avant 1826, j'essayais déjà d'introduire des tiges dans l'utérus.

On connaît maintenant toutes les tentatives diverses qui ont été faites depuis, dans le même but, et je n'insisterai pas sur leur énumération, qui serait beaucoup trop longue.

L'utérus, par sa destination, devait être très-mobile et très-peu fixe dans le fond du bassin ; par conséquent, une foule de causes que je n'ai pas besoin d'énumérer devaient l'exposer à être repoussé et refoulé, soit dans un sens, soit dans un autre.

De là, les déviations, les abaissements si fréquents de cet organe, qui remplit des fonctions si importantes et si difficiles.

Et, il ne faut pas croire que ces états pathologiques de l'utérus soient plus fréquents qu'autrefois. On en parlait peu, sans doute, parce qu'ils étaient peu étudiés et peu connus.

Aussi, avant les connaissances acquises sur les divers déplacements de l'utérus, on n'opposait à ces affections que des ceintures et des pessaires seulement, qu'on appliquait indistinctement dans tous les cas. Mais depuis l'appréciation exacte des diverses espèces de déviations, on est enfin entré dans une voie thérapeutique plus rationnelle. Et cependant, que de tentatives, la plupart inefficaces, ont été faites pour remédier d'une manière permanente aux déviations ! A cette occasion, je demande à l'Académie la permission d'exposer brièvement devant elle le résultat de mes recherches sur ce sujet.

La première idée d'introduire des tiges dans le col de l'utérus pour agir contre les déviations de cet organe, me fut suggérée en 1826 par le cathétérisme utérin, que j'avais vu pratiquer par notre célèbre et ingé-

nieux Récamier, pour établir le diagnostic de certaines affections de l'utérus.

Encouragé par cette idée nouvelle, je fis d'abord avec tâtonnements quelques essais timides, puis je me hasardai à placer dans l'utérus des tiges à demeure. Après avoir vaincu les difficultés de les placer et de les maintenir, je constatai qu'en général, elles pouvaient être temporairement assez bien supportées. Mais, chez une jeune femme atteinte d'une antéversion très-forte et très-gênante, et chez laquelle j'avais plusieurs fois pratiqué sans accidents le cathétérisme utérin, je fus loin d'être aussi heureux. Je me décidai, chez elle, à placer dans l'utérus une tige d'ivoire à demeure ; je la laissai marcher avec cet instrument redresseur. La course était un peu longue. En arrivant chez elle, elle était très-fatiguée et souffrait déjà beaucoup dans le bassin ; des accidents inflammatoires se développèrent, et malgré tous les soins dont elle fut entourée, elle succomba promptement.

On comprend tout le regret que me causa cet événement, et alors je me reprochai mon excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus.

A dater de ce malheur, je renonçai à ce moyen, et après y avoir beaucoup réfléchi, je compris ce que j'avais déjà soupçonné, c'est-à-dire que l'uterus n'était pas un organe creux, analogue à la vessie, au rectum, etc.; que c'était un organe à part, dont la membrane interne tient le milieu entre une muqueuse et une sereuse, et surtout qui a des rapports directs, par les trompes, avec le péritoine.

Je me bornai donc pendant longtemps à des essais de redressement de l'utérus, en dehors de la cavité de cet organe, c'est-à-dire en agissant seulement sur ses parois. J'employai, à cet effet, de grands pessaires en cône, puis des espèces de ventouses en ivoire. Ces derniers moyens attiraient l'utérus et le redressaient ; mais ils étaient douloureux, et produisaient une sensation d'arrachement : d'ailleurs, on le comprend, ils convertissaient en un abaissement plus supportable la déviation, qui redevenait plus forte dès qu'on retirait cet instrument.

Les principaux instruments que j'aie pu retrouver, et que j'ai imaginés, il y a bientôt trente ans, pour redresser l'utérus, sont de deux espèces. Je les désignerai sous les noms d'*intra* et d'*extra-utérins*.

Les premiers, les *intra-utérins*, sont :

De petites bougies élastiques en cire, de la longueur de l'utérus, auxquelles s'adaptent des cordonnets, et que l'on soutient avec des éponges ;

De petites sondes, munies de mandrins d'acier ou d'ivoire ;

Des dez avec des sondes et des tiges d'acier ou d'ivoire ;

Des tiges d'ivoire vissées ;

Des tiges articulées en ivoire et en acier.

Les autres, instruments *extra-utérins*, sont :

Un doigt en buis, présentant plusieurs articulations, et destiné à soulever l'utérus par le rectum ;

Des pessaires d'ivoire, en forme de gobelet ;

Des pessaires en caoutchouc qu'on peut insuffler, et qui ont la plus grande analogie avec ceux de M. Gariel : ils sont incontestablement bien imparfaits, relativement aux siens ;

De grands pessaires en cône ;

Des cônes creux en ivoire, pouvant servir de ventouses utérines.

Notre honorable président actuel, M. Magendie, et plusieurs de nos collègues, ont vu ces divers instruments à leur origine.

Enfin, après beaucoup d'autres essais tout aussi peu satisfaisants, et puisés toujours dans les moyens mécaniques les plus variés, j'étais, je dois le dire, entièrement découragé, et je déplorais le manque de moyens efficaces à opposer aux déviations si fréquentes que j'observais, lorsqu'enfin je constatai par hasard, et successivement, plusieurs cas de guérisons spontanées de déviations de l'utérus, survenues consécutivement à des inflammations locales, à des ulcérations légères suivies d'adhérences solides entre le col et le vagin, soit par le fait de cautérisations du col, pour détruire des granulations ou des ulcérations, soit par le séjour prolongé de pessaires ou d'éponges imbibées d'une forte solution d'alun ou d'acétate de plomb.

En présence de ces faits, que j'étudiai avec la plus grande attention, je me demandai alors si on ne pourrait pas avec avantage chercher à imiter la nature, en provoquant, par une cautérisation légère et méthodique de la partie postérieure du col, des brides et des adhérences capables de redresser, d'une manière permanente, l'utérus dévié.

Plusieurs essais de ce genre d'opération m'ayant fourni des résultats satisfaisants, je l'appliquai ensuite à un grand nombre de cas de rétroversion dans l'état de vacuité, et les résultats que j'en ai obtenus ont dépassé mes espérances.

J'ai déjà publié un certain nombre de faits qui ne laissent aucun doute sur la guérison durable obtenue par ce moyen nouveau, exempt, d'ailleurs, de toute espèce d'accident actuel ou consécutif, et beaucoup de nos honorables collègues ont pu constater la permanence des résultats (J. Cloquet, MM. Bouillaud, Mêlier, Roche, etc.).

Je suis donc autorisé à indiquer ce moyen comme préférable à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Je me hâte de dire, cependant, que quelques complications rendent plus difficiles l'application et le succès de ce moyen : par exemple, l'affaiblissement, le relâchement des parois du vagin, l'abaissement de l'utérus. Mais alors, il faut s'aider de la position et du redressement avec les doigts, avec le cathétérisme intra-utérin, et avec les doigts par le rectum. Les moyens toniques, astringents ; les boules, les pessaires en bondon recouverts d'agaric bollet, peuvent être employés avantageusement dans ces cas, ainsi que les pinces à griffes, et mieux la cautérisation des replis du vagin.

Ce que je viens de dire rend trop explicitement ma pensée sur les déviations de l'utérus pour que je veuille entrer dans de plus grands développements, qui fatigueraient l'attention de l'Académie sur un sujet qui a déjà été discuté longuement devant elle.

Cependant, je ne dois pas oublier d'indiquer un moyen de diagnostic avec le spéculum, dans les cas où le col est fortement incliné en arrière, en avant ou sur les côtés. On sait que, dans les cas difficiles, Simpson et d'autres chirurgiens ont proposé d'introduire d'abord une tige dans l'utérus, pour placer plus sûrement le spéculum ; mais j'emploie un moyen beaucoup plus simple, qui consiste à toucher l'utérus et à s'assurer de la position précise du col, avant de placer le spéculum.

A part cette remarque sur le diagnostic, je laisse de côté ce qui regarde ce point important, ainsi que le pronostic, et je veux me borner maintenant à donner en abrégé quelques observations sur les déviations.

1re *Observation. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ; accidents graves au troisième mois. — Réduction difficile causée par des adhérences péritonéales au rectum, par des brides dans le fond du bassin. — Grossesse et accouchement sans accidents. — Nouvelle grossesse. — Avortement. — Récidive de la rétroversion plus insupportable qu'avant. — Redressement par des adhérences de l'utérus au vagin, déterminées par la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique de Vienne solidifié. — Guérison.*

La femme qui fait le sujet de cette observation est ici présente, et après ma communication, je prierai quelques-uns de mes collègues de l'examiner.

Madame G..., âgée de 45 ans, est l'une des deux malades dont j'ai publié l'observation dans mon mémoire sur la rétroversion dans l'état de grossesse (1843).

Depuis plusieurs années elle avait de la gêne en marchant, et des douleurs dans les aines, qui étaient survenues consécutivement à une métro-péritonite à la suite d'un accouchement en 1835.

En 1839, étant alors enceinte de trois ou quatre mois, elle éprouva les accidents graves et bien connus de la rétroversion. Après avoir constaté cet état, je fus assez heureux de pouvoir réduire l'utérus par le procédé que j'ai décrit dans mon mémoire. La grossesse continua son cours et l'accouchement eut lieu sans le moindre accident.

Cette réduction fut très-difficile, à cause des adhérences qui s'étaient formées entre l'utérus et le rectum, à la suite de la métro-péritonite dont nous venons de parler.

Après l'accouchement, persistance des pesanteurs sur le siége, et des tiraillements dans les aines plus forts qu'auparavant.

En 1841, nouvelle grossesse ; avortement à deux mois, après avoir soulevé avec efforts un malade. La rétroversion existe toujours.

Pendant plusieurs années, je ne revois plus cette femme. Enfin, au mois d'avril 1851, elle vient me consulter de nouveau, parce qu'elle a encore plus de peine à marcher qu'avant la grossesse, et qu'elle souffre plus qu'autrefois. Je constate avec plusieurs confrères, entre autres avec M. Chassaignac, une rétroversion très-forte. Le fond de l'utérus est très-sensible et placé dans le fond de la concavité du sacrum. Cette fois, la menstruation a cessé depuis dix-huit mois, par conséquent, je suis bien certain de la vacuité de l'utérus. Je pratique une cautérisation légère sur la lèvre postérieure du col, afin d'obtenir consécutivement à l'inflammation ulcérative que je viens de provoquer, des adhérences pouvant redresser l'utérus.

Ce résultat étant obtenu, et les symptômes de la rétroversion ayant disparu, madame G... peut reprendre ses occupations de garde-malade, qu'elle avait été forcée d'abandonner.

J'ai prié plusieurs de nos collègues de constater l'état de cette femme ; ils ont reconnu les brides qui retiennent l'utérus dans sa position normale.

Un fait à noter et facile à comprendre, c'est que les adhérences, suite de la métro-péritonite après le premier accouchement, n'existent plus ; elles ont été allongées et détruites par une nouvelle grossesse.

Ce fait offre donc, comme on le voit, un grand intérêt au point de vue :

A. De la réduction de la rétroversion dans l'état de grossesse ;

B. De la reproduction de cet état après l'accouchement ;

C. Et de la guérison complète de ce déplacement dans l'état de vacuité.

Malgré les adhérences péritonéales qui existaient entre l'utérus et le rectum, la rétroversion a pu disparaître à trois ou quatre mois de la grossesse, et cette femme a été soustraite ainsi aux accidents graves qui au-

raient nécessairement compromis l'existence de son enfant et peut-être la sienne, comme on en connaît des exemples.

Quant à la rétroversion dans l'état de vacuité, qui s'est reproduite après les deux grossesses, avec un cortége de symptômes fâcheux, on a vu le résultat heureux et permanent qui est survenu par la cautérisation de la face postérieure du col.

Cette malade a été examinée ces jours derniers par plusieurs confrères, qui ont constaté les brides formées derrière le col. Sa santé est excellente ; autrefois, nous dit-elle, je ne pouvais pas marcher; maintenant, je fais les plus longues courses sans me fatiguer.

2e *Observation.* — *Ulcération et engorgement de l'utérus compliqués d'une très-forte rétroversion, méconnue pendant longtemps.* — *Symptômes graves; santé profondément altérée; marche très-difficile.* — *Redressement de l'utérus au moyen de la cautérisation de la partie postérieure du col avec le caustique solidifié de potasse et de chaux.* — *Guérison permanente.*

Cette malade a été traitée de concert avec MM. Chassaignac et Mélier.

Madame A..., âgé de 42 ans, mariée à 22, a eu quatre enfants et une fausse couche; elle éprouvait depuis longtemps tous les symptômes d'une affection de l'utérus, et elle avait été traitée sans succès pendant six ans à Nantes, et pendant plusieurs mois à Paris. Un confrère, appelé en dernier lieu, avait conseillé de faire des cautérisations avec le fer rouge, et il n'avait pas fixé son attention sur la rétroversion qui existait. Plusieurs cautérisations furent pratiquées, mais l'état de la malade n'ayant subi aucun changement favorable, mon honorable confrère, M. Chassaignac, voulut bien m'appeler auprès de cette dame, dans le mois d'avril 1851.

Alors madame A... pouvait à peine marcher et se tenir debout, à cause des douleurs qu'elle éprouvait dans les reins et dans les aines. Obligée de rester étendue, presque toujours sur un canapé, cette inaction forcée avait causé dans son état général une perturbation fâcheuse; les digestions étaient difficiles, et un amaigrissement notable était survenu.

Nous reconnûmes une rétroversion très-prononcée et les traces d'ulcérations en partie cicatrisées sur le col, qui conservait encore un volume assez considérable.

Quelques jours après, cet état fut constaté de nouveau par nous et par M. Mélier. Il fut convenu qu'on essaierait d'abord de réduire l'utérus avec les doigts, et de le maintenir avec des éponges et des pessaires appropriés. Cette manœuvre réussit assez difficilement, car le fond de l'organe était comme enclavé dans la cavité du sacrum, et je ne pus le remonter qu'en me faisant pousser le coude, pour avoir plus de force et pénétrer plus profondément.

Malgré toutes les précautions prises après la réduction, le repos horizontal, les éponges, etc., la rétroversion se reproduisit au même degré, et la gêne et la douleur devinrent insupportables comme autrefois. Il n'y avait plus alors à hésiter; nous fîmes ce que nous avions décidé, c'est-à-dire la cautérisation légère de la partie postérieure du col, et nous la répétâmes deux fois dans le courant des mois de mai et juin. Cette cautérisation du col avait aussi pour but de faire cicatriser quelques ulcérations légères.

Le 8 juillet, l'amélioration dans l'état de la malade est déjà très-évident; le col de l'utérus se présente beaucoup mieux qu'autrefois dans le spéculum. Nous remarquons aussi que la lèvre postérieure du col et le repli vaginal correspondant semblent venir au-devant l'un de l'autre dans le sens transversal.

Quelques jours après, pour arriver plus sûrement encore à un résultat complet, nous faisons une très légère cautérisation de la lèvre postérieure du col.

Au mois d'octobre, nous constatons, avec MM. Chassaignac et Mélier, des brides au fond du cul-de-sac vaginal, et le redressement de l'utérus. La marche est beaucoup plus facile, et l'amaigrissement a diminué. Avec le spéculum, on voit la bride qui se bifurque, et dont une des branches se porte du côté du rectum.

A la fin de novembre, madame A..., qui est retournée dans son pays depuis quelque temps, nous écrit que sa santé est infiniment meilleure qu'elle ne l'était depuis plus de dix ans, et que toutes les personnes qui la voient sont étonnées de son état actuel. Enfin, elle me dit que je l'ai rendue à ses enfants et à son mari.

Il y a un an, ayant été appelé à Nantes pour une affection du même genre, j'ai pu constater combien la marche était facile; je me suis fatigué, avant elle, à l'accompagner dans des courses très-longues.

Depuis cette époque, et tout récemment encore, j'ai appris que la guérison s'était maintenue.

Ce dernier fait est plus simple que le précédent : il ne s'agit ici que d'une rétroversion dans l'état de vacuité ; mais il est aussi très-concluant en faveur de la cautérisation de la partie postérieure du col, dans le but de provoquer des adhérences capables de redresser l'utérus.

J'aurais pu citer un plus grand nombre de faits du même genre, dans lesquels j'ai obtenu des résultats aussi complets ; mais j'aurais craint d'abuser de l'attention de l'Académie, et d'ailleurs, pour plusieurs d'entre eux, je n'aurais pas pu invoquer le témoignage de confrères aussi compétents que MM. Mélier et Chassaignac, qui m'ont beaucoup encouragé dans le second fait que je viens de résumer.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que de la rétroversion. Je dois cependant dire quelques mots des autres déviations, pour compléter mon opinion et pour indiquer ce que je fais dans ces cas.

Les autres espèces de déviations sont l'antéversion et les latéroversions ; elles sont moins douloureuses et moins graves que la rétroversion, et ne peuvent pas se guérir par le même moyen, par celui que j'ai décrit, et dont j'ai cité des exemples.

Les déviations en avant ou les antéversions sont moins gênantes pour les femmes, et beaucoup plus supportables que la rétroversion ; elles sont aussi beaucoup moins graves ; mais, il faut le dire, les degrés d'antéversion et d'obliquités de l'utérus, directement en avant ou obliques sur les côtés, influent beaucoup sur les symptômes. C'est là ce qui explique les opinions si opposées qui existent sur l'importance de ce genre de déviations.

Les moyens anciens, les pessaires destinés à redresser l'utérus, tendent à augmenter la déviation.

Les nouveaux moyens, les tiges intra-utérines ne sont, en général, que palliatives ; elles sont dangereuses, comme j'en ai cité un exemple.

La cautérisation de la partie antérieure du col ne m'ayant pas réussi pour l'antéversion, comme la cautérisation de la partie postérieure pour la rétroversion, j'ai eu recours à un autre moyen, qui consiste à placer l'utérus dans un petit pessaire en gobelet, et à le faire basculer en arrière pour le remettre à sa place. De cette manière, on parvient à vaincre la rétraction des ligaments ronds, mais bientôt la matrice revient en antéversion. Alors, il faut convertir l'antéversion en latéroversion, en forçant l'utérus à rester à gauche ou à droite. Dès qu'on y est parvenu, on obtient une grande amélioration.

Les déviations simples à droite ou à gauche ou les latéroversions sont encore beaucoup plus supportables que l'antéversion, puisque, comme je viens de le dire, ne pouvant maintenir l'utérus fixé directement en arrière, je convertis l'antéversion en latéroversion, parce qu'il est plus facile de vaincre un des ligaments ronds que les deux.

Quelquefois, la rétroversion et l'antéversion sont compliquées de latéroversions, alors j'emploie les mêmes moyens que pour les antéversions et les rétroversions. J'en ai observé quelques exemples.

En résumé, la discussion actuelle mérite une très-sérieuse attention, et tous nos collègues l'ont compris ainsi. Elle servira, j'espère, à fixer l'opinion médicale sur une classe d'affections encore peu étudiées et en général mal appréciées. En effet, quelques chirurgiens, et c'est le plus grand nombre, pensent que les déviations de l'utérus ne méritent aucune importance par elles-mêmes, qu'elles produisent peu ou point d'accidents, et que les symptômes qu'on leur attribue sont dus le plus souvent à des complications, etc.; d'autres, au contraire, en plus petit nombre, accordent peut-être une importance trop exclusive aux déviations. Comme on le voit, c'est par un examen approfondi qu'il faut chercher à fixer la limite qu'on doit établir entre ces opinions contraires.

Enfin, pour ce qui regarde la thérapeutique, je pense que le traitement établi primitivement, sans distinguer les différentes espèces de déviations, et qui consistait dans l'usage des pessaires, tendait en général plutôt à augmenter la maladie qu'à la diminuer.

Quant au traitement nouveau, par les tiges intra-utérines, il ne peut donner que des résultats temporaires dans le plus grand nombre des cas, et il est dangereux dans quelques-uns.

Le redressement de l'utérus par les moyens que j'ai indiqués est exempt de danger et les résultats sont permanents, excepté après la grossesse.

M. Malgaigne. — Lorsque l'un des premiers j'ai pris la parole dans ce débat, je m'étais étonné que depuis la grande discussion qui a eu lieu, il y a cinq années, sur les affections utérines, cette question, si importante et encore si obscure, n'eût pas fait un seul pas. M. Depaul et M. Velpeau se sont récriés contre cette assertion; M. Depaul m'a répondu que la discussion de 1849 lui avait appris beaucoup de choses; M. Velpeau a rappelé tout ce qu'il nous avait appris à moi-même et à d'autres; ce que je me plais à reconnaître. Oui, cette discussion a eu sa valeur et son utilité, comme j'espère que celle-ci aura la sienne; mais enfin, au delà de ce qu'elle nous a enseigné, avons-nous fait quelque acquisition nouvelle? Aujourd'hui, après tous les orateurs qu'elle a entendus, l'Académie peut voir que je n'avais que trop raison.

Il y a cinq ans, ce qui avait frappé tout le monde, c'était le profond dissentiment qui séparait les praticiens, et sur la pathologie et sur la thérapeutique, chacun défendant sa doctrine et repoussant la doctrine des autres. Ce dissentiment est-il moins profond aujourd'hui? S'est-on seulement occupé de chercher un fil conducteur propre à nous diriger entre tant de doctrines contraires?

Je prends d'abord M. Hervez de Chégoin. M. Hervez de Chégoin soutient aujourd'hui, comme en 1849, que les déviations de l'utérus sont une cause fréquente de souffrances; bien plus, que lorsqu'elles s'accompagnent d'engorgement, l'engorgement est *souvent* le résultat de la déviation,

et, loin de contre-indiquer la réduction, la réclame et disparaît avec elle. Cependant il n'est point exclusif; il admet donc des engorgements qui ont une existence indépendante de la déviation, et qui veulent être directement combattus. Jusque-là, je pense que M. Hervez a raison, et je partage complétement sa doctrine. Mais puisqu'enfin il y a des affections indépendantes de la déviation, et exigeant un traitement spécial, comment M. Hervez s'y prend-il pour les reconnaître? Il est tout aussi peu avancé à cet égard aujourd'hui qu'autrefois; d'où il résulte qu'en face d'une déviation compliquée d'un engorgement, il s'adresse au hasard, tantôt à l'un, tantôt à l'autre; heureuse la malade s'il a rencontré juste; sinon, elle est obligée de passer par un premier traitement, qui seul apprendra à son médecin s'il était ou non dans l'erreur. Est-il possible de voir une confusion plus regrettable?

M. Gibert, lui non plus, n'a pas changé. Il insiste toujours sur l'importance d'un traitement général; et puisqu'il a cru voir que je n'en avais pas assez parlé, je suis bien aise de réparer ma faute; je reconnais avec lui l'utilité du traitement général. Il va plus loin; et, à la place des deux premières conclusions de M. Depaul, qui ne regardaient que les déviations, M. Gibert propose de substituer les suivantes :

« On a considérablement exagéré de nos jours l'influence des déviations, *ainsi que celles d'autres lésions utérines, telles que ulcérations, engorgements, granulations,* etc., sur la santé des femmes.

« Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à ces lésions sont produites par un autre état pathologique. »

C'est bien d'ailleurs la même doctrine qu'il professait en 1849; et, dans les termes que je viens d'exposer, j'estime que M. Gibert a parfaitement raison. Seulement, je lui demanderai d'abord quel est cet autre état pathologique? Il répond en énumérant sept diathèses qu'il faut combattre; soit, j'accepterai encore ses diathèses. Mais enfin, si ces diathèses sont la cause du mal *dans beaucoup de cas,* il y a donc des cas où il faut accuser et combattre la lésion locale? Or, comment distinguer ces cas? Et puis, l'affection reconnue locale, comment déterminer la nature de cette affection? Ici M. Gibert s'arrête, comme il s'était arrêté en 1849; pas de diagnostic différentiel; nul moyen pour le praticien de se reconnaître; la confusion est toujours la même.

Nous pouvions du moins espérer de la voir dissiper, lorsque nous avons vu prendre part au débat l'un de nos collègues dont la voix se fait entendre trop rarement dans cette enceinte, et à qui nul ne conteste en pareille matière la double autorité de l'expérience et du talent. Mais, à mon grand regret, et sans doute aussi au regret de l'Académie, M. P. Dubois s'est restreint dans le cercle trop étroit de l'application du redresseur; sauf pourtant la description toute nouvelle de la névralgie de la vulve et du vagin. J'avais rencontré, pour mon compte, deux cas qui me paraissent se rattacher à cette affection; et, je le confesse, la rareté et l'étrangeté des symptômes m'avaient fait croire que j'avais affaire à quelqu'une de ces névralgies anormales, comme la pratique en offre de temps à autre, sans que l'on soit en droit, pour un ou deux exemples, de créer un type pathologique. Mais puisque M. P. Dubois l'a trouvée assez fréquente, ce sera donc une affection spéciale qui prendra place dans le cadre nosologique, et qui ne devra plus être confondue avec d'autres.

L'Académie sait que j'ai exposé les signes caractéristiques de deux autres névralgies, celle du col et celle des annnexes de l'utérus. Cela me remet en mémoire que, dans la réponse qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser, M. Depaul m'a demandé ce que je faisais de l'utérus même. M. Depaul avait raison à un certain point de vue; il est probable que l'utérus a aussi ses névralgies propres, et je crois même avoir vu un cas qui pourrait s'y rapporter. Mais, messieurs, ce n'est pas avec un seul cas qu'il est permis de faire l'histoire d'une maladie; la névralgie de l'utérus est donc encore pour moi à l'état d'hypothèse; et si M. Depaul, qui m'a pris là en flagrant délit d'ignorance que je ne conteste pas, avait bien voulu m'apprendre ce qu'il en sait (s'il en sait quelque chose), je lui en aurais eu une profonde reconnaissance.

Mais M. Depaul, je ne sais pourquoi, semble vouloir garder pour lui seul ses connaissances en fait de diagnostic différentiel. C'est surtout à l'occasion de son remarquable Rapport (remarquable surtout à d'autres égards), que j'avais trouvé que la question pathologique n'avait pas fait un pas, et que ses doctrines portaient l'empreinte et comme la date de 1849. M. Depaul m'a répondu deux choses : premièrement, qu'il n'était nullement tenu, dans son Rapport, de s'occuper du diagnostic différentiel; et, deuxièmement, qu'en plusieurs parties de son Rapport il s'en était occupé. Sur le premier point, je lui en demande pardon; mais lorsqu'il reproche à M. Valleix d'avoir commis, dans toutes ses observations, des erreurs de diagnostic, d'avoir attribué aux déviations des accidents provenant d'une autre cause, il était tenu, ce me semble, d'en donner la preuve; de montrer à M. Valleix en quoi et pourquoi il s'était trompé; de lui faire, en un mot, une leçon de diagnostic différentiel. Faute de quoi, voyez ce qui arrive : M. Depaul prétend que M. Valleix se trompe; M. Valleix lui renvoie ce reproche à son tour; et comment sortir d'une pareille difficulté? Je crois, pour moi, que M. Valleix s'est trompé plus d'une fois en attribuant à la déviation seule ce qui était dû à la complication d'une métrite ou d'une névralgie; mais je crois que M. Depaul ne se trompe pas moins en niant la part que la déviation peut prendre dans la production des symptômes morbides. Je le crois, et du moins ai-je une raison plausible pour le dire : c'est que j'ai donné des règles pour distinguer ces diverses affections, et que M. Depaul n'en a pas. Car, quant à sa deuxième réponse, que son Rapport contiendrait les éléments de ce diagnostic différentiel, d'autres que moi les y ont vainement cherchés, et ne se sont pas fait faute de le lui dire; et moi j'affirme qu'il n'y en a pas le premier mot. Que M. Depaul les possède, je le veux bien croire; mais j'espère au moins qu'il ne les cachera pas plus longtemps à l'Académie.

Cela est d'autant plus urgent que, tout en gardant pour lui les signes caractéristiques qu'il peut connaître, il déclare qu'il n'est pas content des miens. J'ai dit, par exemple, et je maintiens, non pas par des vues théoriques, mais après une expérience qui remonte déjà à plus de sept ans, je maintiens que les déviations pures de l'utérus ne donnent lieu qu'à des douleurs mécaniques, que dissipent les moyens mécaniques; et par exemple, le décubitus a pour effet certain de dissiper immédiatement la douleur. Voilà donc un signe caractéristique, pathognomonique, des douleurs produites par les déviations pures; il n'est pas sujet à erreur, il ne manque jamais; et je puis le recommander en toute sécurité aux observateurs. Que dit M. Depaul? Que si l'on admettait mon opinion, les trois quarts des femmes malades *pourraient être considérées comme parfaitement saines; combien de fois, en effet, le repos au lit ne calme-t-il pas les douleurs même phlegmasiques de l'utérus!* — A merveille. Je commencerai par mettre M. Depaul en mesure de me trouver un autre signe que celui-là; mais ensuite, avant de le rejeter, je le prierai de l'examiner avec un peu plus d'attention qu'il n'a fait. Le repos au lit calme les douleurs phlegmasiques! Cela est vrai, et je l'ai dit moi-même. Mais il ne s'agit pas de *calmer* les douleurs, il s'agit de les faire disparaître; en sorte que si la douleur est seulement calmée, il y aura autre chose que la déviation; mais si la douleur est complétement dissipée, elle devra être attribuée à la déviation même.

Quant aux signes que j'ai établis pour les névralgies du col et des annexes, M. Depaul fait ses réserves. Je le comprends, cela est sage; et je serai ravi qu'il cherche à les vérifier. Je ne demande pas autre chose.

Mais si M. Depaul rejette mes signes pour les douleurs mécaniques, mes signes pour les douleurs névralgiques, comme personne, jusqu'à présent, n'en a donné d'autres, comment s'y prendra-t-il pour les distinguer? J'espère, encore une fois, qu'il ne nous dérobera plus son secret, et je me promets d'en profiter comme les autres.

Est-ce cependant, messieurs, une chose à peu près inutile, de savoir distinguer tous ces états morbides; et la pratique ne risque-t-elle rien à s'en passer? Une telle question n'a besoin ici que d'être posée pour être résolue; cependant, il ne sera pas inutile de montrer comment M. Depaul, que je tiens pour un très-habile et très-consciencieux praticien, comment, dis-je, il s'en tire au lit des malades.

Je me suis donc assuré, en appliquant ce diagnostic, que les déviations sont beaucoup plus fréquemment la cause de souffrances que ne le croit M. Depaul, par exemple. Et, comme un petit débat s'était ému entre nous sur ce point, il m'invita à lui en faire voir. Je n'en avais pas pour le moment dans mon service, du moins à l'état pur et simple; et M. Depaul de triompher, prétendant, puisqu'elles étaient si communes, que je devais en avoir. Je devais!.. . Mais enfin, poussé à bout par son insistance, je me rappelai qu'une de mes malades, qui avait souffert à la fois d'une phlegmasie utérine et d'une névralgie des annexes, bien guérie de ces deux complications, gardait encore une antéversion pour laquelle je lui avais promis une ceinture. J'invitai à mon tour M. Depaul à la venir voir; je l'attendis vainement plusieurs jours; bref, la malade, qui se trouvait très-bien avec sa ceinture, ne voulut pas attendre plus longtemps, et sortit de l'hôpital.

Mais, à quelques jours de là, deux femmes m'arrivent, l'une avec une antéversion et abaissement de la matrice, l'autre avec une légère rétroflexion, toutes deux n'ayant que des douleurs mécaniques. J'en avertis M. Depaul, qui me fit la faveur de les venir voir avec moi. Ayant touché la première : Oh! me dit-il, il y a là un abaissement notable; il est inutile de la passer au spéculum. — Quant à la seconde, après avoir constaté une déviation de l'utérus en arrière, il la soumit au spéculum, et trouva, quoi? — Sur la lèvre antérieure du col, une légère excoriation de l'épithélium, qu'il qualifia d'ulcération, et qu'il signala comme la cause de tous les accidents. Je connais ces soi-disant ulcérations; et combien a raison M. Gibert, quand il se plaint qu'on en a exagéré l'importance! Ayant donc vu l'une de mes femmes atteinte et convaincue d'ulcération, je prétendis avoir ma revanche, à peu près certain que l'autre, celle que M. Depaul avait jugé inutile de passer au spéculum, devait en avoir pour le moins autant. Et en effet, messieurs, la lèvre antérieure et la lèvre postérieure étaient occupées par une ulcération bien autrement étendue que chez la

première. Or, la première, suivant M. Depaul, aurait dû être traitée de son ulcération par les cautérisations et tout ce qui s'ensuit; moyennant quoi, il promettait de la délivrer de ses douleurs, sans toucher à la déviation. Mais la seconde? La seconde, comme ayant un abaissement, fut déclarée n'avoir qu'une ulcération insignifiante, bien que, je le répète, cette ulcération fût quatre fois plus étendue que l'autre.

En vérité, est-ce donc là du diagnostic? Mais si l'on examine toutes les femmes qui ont eu des enfants, la plupart auront de ces prétendues ulcérations, on ira donc les soumettre au cautère? Elles ne souffrent pas cependant; heureusement pour elles, elles n'ont rien qui fournisse à un chirurgien le moindre prétexte de leur appliquer le spéculum; le spéculum! l'instrument dont on abuse le plus peut-être, et dont l'abus est la source la plus féconde d'erreurs de diagnostic!

Voyez maintenant, messieurs, l'importance du diagnostic en cette affaire. Je maintins, pour mon compte, en vertu de mon signe pathognomonique, que la seule cause des douleurs chez mes deux femmes était leur déviation; j'annonçai, sans crainte de me tromper, que la ceinture hypogastrique, ou tout autre moyen mécanique les débarrasserait de leurs douleurs, et il en a été ainsi. M. Depaul applique le spéculum, il est frappé d'une ulcération; voilà une femme condamnée à être cautérisée une fois, deux fois la semaine, pendant un mois, deux mois, peut-être davantage; et quand l'ulcération sera guérie, qu'aura-t-elle gagné? M. Depaul assure qu'elle ne souffrira plus. Mais si grande que soit son expérience, nous avons tous la nôtre; et je rappellerai ici l'observation dont j'ai fait part à l'Académie dans mon premier discours, touchant cette femme qui, affectée d'une antéversion, fut traitée, pendant trois mois, d'une ulcération insignifiante, renvoyée comme guérie, bien que souffrant toujours, et que je délivrai enfin de ses douleurs cinq ou six mois plus tard, avec le seul secours de la ceinture hypogastrique.

Cependant, messieurs, tous les orateurs qui se sont succédé à cette tribune n'ont pas fait si bon marché du diagnostic différentiel; et vous avez encore présentes à l'esprit les belles considérations présentées à cet égard par mon ami et collègue, M. Huguier. Je l'ai écouté avec un grand plaisir; mais, parmi beaucoup de choses intéressantes et pratiques, je crains, messieurs, qu'il n'en ait mêlé quelques-unes où l'imagination a eu plus de part que l'observation. Il a expliqué, par exemple, comment les déviations légères, au premier degré, ne causaient point de douleur; comment la douleur survenait lorsqu'elles devenaient plus prononcées; et par là se serait trouvé résolu ce problème qui semblait si difficile, pourquoi tant de femmes portent des déviations sans en souffrir. Je suis bien disposé à croire qu'il y a là un certain fond de vérité; du moins la chose est tellement spécieuse et vraisemblable, que j'en ai d'abord été séduit. Mais ne serait-ce pas là pourtant une de ces théories que j'ai appelées *plus belles que nature?* En fait, messieurs, les accidents des déviations ne se mesurent pas à leur étendue, mais bien plutôt à la susceptibilité spéciale des malades; j'ai vu, par exemple, des abaissements énormes de l'utérus portés sans douleur, tandis que de très-légères antéversions étaient intolérables.

Puis, M. Huguier a voulu trouver le diagnostic différentiel des accidents déterminés non pas seulement par les déviations en général, mais par tel ou tel genre de déviations. Dans l'antéversion, le fond de l'utérus presse contre la vessie; les fonctions de la vessie seront troublées; dans la rétroversion, c'est la défécation qui sera entravée. Quoi de plus simple et de plus séduisant? Et il faut bien ajouter qu'il en est quelquefois ainsi; mais combien d'exceptions, peut-être plus nombreuses que la règle! D'abord, il y a des antéversions des plus fortes qui laissent parfois la vessie parfaitement indifférente; et je viens d'en voir une tout à l'heure dans mon cabinet, qui ne produit rien de ce côté, qui entraîne au contraire une constipation opiniâtre. D'ailleurs, combien de fois aussi une phlegmasie de l'utérus, une névralgie, déterminent-elles dans les fonctions vésicales les troubles que M. Huguier rapporte uniquement à l'antéversion!

Enfin, il a cherché des caractères différentiels dans la douleur; et, selon lui, dans les déviations, la douleur *augmente* dans la station, dans la marche, etc. Je lui en demande bien pardon; c'est le propre de la douleur phlegmasique d'*augmenter* dans la station et dans la marche; la douleur mécanique n'augmente pas, elle *renaît*, ce qui est tout différent; et avec le caractère donné par M. Huguier, il serait impossible de reconnaître, à la douleur, une déviation de toute autre affection utérine.

Aussi, quand M. Huguier en vient au traitement, il répète, après tout le monde, que la ceinture hypogastrique est bien supportée par certaines femmes, mal par d'autres, par celles, par exemple, qui n'ont qu'un médiocre embonpoint, dont les parois abdominales sont fermes, résistantes, etc.; et il en donne une explication très-séduisante. Mon Dieu! messieurs, je ne voudrais rien exagérer; une bonne explication est bonne; mais si je ne m'étais retenu, j'aurais dit tout à l'heure que j'ai en horreur ces explications qui viennent à chaque instant se mettre à la place du fait. Le fait brut, et sans explication, le voilà: toutes les femmes se trouvent bien de la ceinture hypogastrique, quand elles n'ont absolument que des douleurs mécaniques. Petites, grandes, grasses, maigres, cela n'y fait rien; quand elles ne la supportent pas, je l'affirme avec toute la conviction que peuvent donner sept ans d'expérience, c'est qu'il y a, avec la déviation, une autre affection méconnue.

Mais pour montrer dans tout son jour le danger de ces explications hypothétiques, quand il s'agit de quelque chose d'aussi positif que le diagnostic, je prendrai une dernière assertion de M. Huguier. Selon lui, ce sont les flexions qui troublent le plus les fonctions utérines; la rétroflexion, par exemple, *est souvent cause de stérilité, de dysménorrhée, tranchées, coliques utérines*, etc. L'explication en saute aux yeux, l'utérus plié en deux, son canal interrompu, etc., etc. Voilà qui va bien. Mais est survenu M. Cazeaux, qui, parmi d'excellentes remarques, auxquelles je m'associe de tout mon pouvoir, a aussi cherché à distinguer les déviations simples des flexions. Or, il est arrivé à des conclusions fort différentes. J'aurais craint, en citant ses paroles, de me fier à ma mémoire; mais des journalistes indiscrets nous ayant appris qu'il avait lui-même rédigé son discours publié, je puis m'y appuyer en toute confiance. Or, selon M. Cazeaux, *il faut bien distinguer les déviations des inflexions utérines;* et pourquoi? C'est que *les déviations simples, quelquefois innocentes, sont souvent la cause d'accidents sérieux;* tandis que les inflexions, *quand elles ne troublent ni la menstruation ni la conception, ne sont presque jamais accompagnées d'accidents.* Je pourrais bien opposer l'un à l'autre nos deux honorables collègues; mais à quoi bon? Je me bornerai à dire que je n'ai pu, jusqu'à présent, saisir de différence notable dans les accidents produits par les déviations ou par les flexions. Si quelqu'un de mes collègues veut bien m'en montrer, je suis tout prêt à les admettre; mais il ne s'agira pas d'un fait unique, bien entendu, puisque nous sommes tous d'accord que même pour des déviations de nature semblable, les accidents peuvent différer du tout au tout; il faudra une série d'observations assez nombreuses pour conclure; et j'aurai la liberté, quand on m'aura fait voir des rétroflexions avec moins d'accidents que des rétroversions, de montrer à mon tour des rétroversions avec moins d'accidents que des rétroflexions.

M. Cazeaux a eu une autre idée à propos des flexions, idée ingénieuse, et qui faisait concurrence à celle de M. Huguier pour expliquer l'innocuité de bon nombre de déviations. M. Cazeaux distingue les inflexions congéniales des inflexions accidentelles. Selon lui, *les inflexions congéniales ne sont, le plus souvent, la cause d'aucune souffrance;* tandis que *les inflexions accidentelles sont presque toujours la cause de gêne et quelquefois même de douleurs vives.* Si je ne citais, je serais quelque peu embarrassé d'accorder cette dernière assertion avec une autre que j'ai relevée tout à l'heure; mais je m'en tiens aux inflexions congéniales. L'explication ne manque, ici, pas plus qu'ailleurs; si elles sont si bénignes, c'est que, *le plus souvent, elles ne sont que la persistance d'une disposition presque constante chez les petites filles*, etc. Mais, messieurs, je me défie des explications; et avant de les admettre pour l'assertion de M. Cazeaux, je voudrais lui demander seulement cette petite chose, la démonstration. Je ne saurais même me figurer comment il a pu s'y prendre pour reconnaître chez ses malades les inflexions congéniales. Ou bien il a fallu qu'ayant reconnu l'inflexion à la naissance, il l'ait suivie jusqu'à l'époque de la maladie; ou bien, trouvant la matrice infléchie, il aura donc demandé à la malade: Madame, est-ce que vous portiez cette inflexion depuis la naissance? Car, en vérité, pour s'assurer de la congénialité d'une affection quelconque, je ne connais pas de troisième moyen.

J'arrive, messieurs, à un autre discours, que je ne saurais laisser sans réponse; et ce sera bien la partie la plus périlleuse de ma tâche. M. Velpeau fait à bon droit autorité parmi nous; et je suis bien plus assuré d'avoir raison quand je me trouve de son côté que d'un autre. Mais précisément à cause de cette haute et légitime autorité, il est plus important d'arrêter au passage ses erreurs, quand il lui en échappe, parce qu'elles se propageraient plus vite et plus loin.

M. Velpeau demande d'abord à qui s'adresse ce reproche du Rapport, d'avoir attribué aux déviations des accidents qui ont habituellement une autre origine; et comme j'avais cru et j'avais dit qu'en effet, il rapportait presque tout aux déviations, il déclare que cela *n'est rien moins qu'inexact.* M. Cazeaux avait à peu près pensé comme moi; nous nous sommes trompés tous les deux. J'aurais bien à dire ici quelque chose, et peut-être cela viendra plus tard. Mais enfin cela ne touche en rien au fond de la question; et que M. Velpeau ait eu autrefois des opinions qu'il n'a plus aujourd'hui, il nous a dit lui-même qu'il avait professé à cet égard le pour et le contre; l'important est de savoir à quelles doctrines sa longue expérience l'a conduit aujourd'hui. Mais il prend aussi en main la défense des autres; rien ne prouve, selon lui, que des médecins prudents aient exagéré outre mesure l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes.

M. Velpeau n'y prend pas garde. Toute la pratique de ceux qui emploient le redresseur est fondée sur cette exagération. M. Depaul a reproché, et fort justement à M. Valleix, de ne traiter que des déviations quand

la matrice était le siége d'affections pour le moins aussi graves. Je n'ai pas bien compris, pour mon compte, cette partie de l'argumentation de M. Velpeau. Il demande qui est-ce qui attribuera à une déviation un écoulement vaginal, quand celui-ci sera constaté; et qui est-ce qui prendra autre chose pour une déviation, quand la déviation aura été constatée également? Là n'est pas la question. La question est de savoir, quand une femme porte une déviation et accuse des souffrances plus ou moins vives, si la présence de la déviation suffit seule à les expliquer, et si elles ne seraient pas dues à une toute autre affection coexistant avec une déviation inoffensive. Et pour résoudre le problème, il n'y a d'autre ressource que le diagnostic différentiel.

M. Velpeau a donc essayé d'aborder ce diagnostic. Il l'a fondé sur le raisonnement et sur l'expérience. Sur le raisonnement, il explique comment la déviation détermine des tiraillements *sur les ligaments ronds et les ligaments larges, sur les ligaments de l'ovaire*, etc., *tous remplis de filets nerveux qui appartiennent au grand sympathique, qui se continuent avec les nerfs du mésentère*, etc., etc. Je m'arrêterai ici un moment, messieurs. Il faut donc que la tentation des explications hypothétiques soit bien forte pour avoir eu prise, ne fût-ce qu'un moment, sur un esprit aussi ferme et aussi éclairé! Le tiraillement des ligaments! M. Velpeau n'avait donc pas ouï le procès intenté avec tant de raison par M. P. Dubois à ces prétendus ligaments de l'utérus, qui n'on jamais rien lié de leur vie, confusion de mots des anatomistes, prise malheureusement au sérieux par les chirurgiens. Non, les ligaments ronds ne sont pas des ligaments; les ligaments larges ne sont autre chose qu'un mésentère. Et s'il m'était permis d'adresser ici une prière à notre excellent collègue, M. Hervez de Chégoin, dont les doctrines et la pratique m'ont prêté, dans ce débat, un appui si solide, je voudrais l'engager à bien considérer ces prétendus ligaments, qu'il se figure avoir relâchés avec de la belladone, avoir contractés avec de la strychnine, à s'assurer qu'ils ne jouent pas, qu'ils sont incapables de jouer le rôle qu'on leur attribue, et que si sa strychnine ou sa belladone ont fait quelque chose, ce n'a pas été du moins sur ces ligaments. Eh bien! je crains que M. Velpeau n'ait été séduit par des idées du même genre. Si les ligaments étaient tiraillés, toutes les femmes souffriraient, ce qui n'est pas; si les filets nerveux étaient tiraillés, on aurait des points névralgiques qui n'existent jamais dans les simples déviations utérines. Aussi M. Velpeau, laissant ce point, en arrive à l'observation clinique, et pour reconnaître les déviations pures, il y a un signe, un signe pathognomonique: la femme se couche, et tout disparaît; elle se lève, et tous les accidents reviennent. A la bonne heure; voilà, s'il m'est permis de parler ainsi, de vraies et justes observations; voilà un diagnostic à l'abri de tout reproche. Ce signe pathognomonique, si vous voulez bien vous le rappeler, messieurs, c'est le mien; et dès que M. Velpeau en reconnaît la valeur, un tel suffrage en entraînera bien d'autres. Pourquoi faut-il qu'au même moment nous nous trouvions plus séparés que jamais?

Avec ce signe, M. Velpeau reconnaît donc la déviation. « Mais quel besoin, ajoute-t-il, a-t-on alors d'aller chercher la source des accidents éprouvés par la femme dans *de prétendues métrites, catarrhes, hypertrophies, engorgements, dans ces états névralgiques dont on nous a beaucoup parlé, que je ne nie pas sans doute, mais qui me paraissent bien rares, et avoir été peut-être inventés un peu pour n'être pas obligé d'admettre,* CE QUI ME PARAIT A MOI LA VÉRITÉ, les inconvénients réels des déviations utérines? »

Ici, messieurs, je n'y suis plus; et tout ce passage me jette en une perplexité étrange. M. Velpeau se défendait tout à l'heure du reproche de trop attribuer aux déviations; mais si vous retranchez du cadre des affections utérines, les *métrites*, les *catarrhes*, les *hypertrophies*, les *engorgements*, les *névralgies*, c'est une table rase, sur laquelle il ne reste que les déviations; jamais peut-être personne n'a été aussi loin. M. Velpeau me permettra aussi de l'avertir que, quand on sait distinguer les déviations pures, on ne les confond plus avec tant d'autres choses, et que les névralgies, dont il fait si bon marché, sont beaucoup plus communes qu'il ne le pense. C'est à lui que je dois d'avoir reconnu la fréquence des inflexions utérines; je serais bien heureux de lui payer ma dette en lui apprenant à reconnaître et l'existence et la fréquence des névralgies du col et des annexes de l'utérus.

Cependant, par un retour heureux, M. Velpeau accorde que quelques-unes de ces *prétendues* métrites ou autres existent quelquefois à titre de complications. Comment distinguer alors ce qui revient aux unes ou aux autres? — *Je nie*, a dit M. Velpeau, *qu'un praticien expérimenté puisse s'y méprendre*. Mais la meilleure preuve de la possibilité de ces méprises, n'est-ce pas cette discussion tout entière? Je ne veux pas rappeler le jugement différent que nous avons porté d'un même fait, M. Depaul et moi; mais placez en face d'une même malade M. Depaul et M. Hervez de Chégoin, qui sont assurément des praticiens expérimentés, vous êtes à peu près certains qu'ils ne parviendront pas à s'entendre. Et après tout, s'il y a des praticiens qui soient si sûrs de leur diagnostic, qu'on nous dise donc sur quoi ils le fondent. Sans cela, ce sont des assertions pures, qui ne font pas faire un seul pas à la question.

L'Académie me trouvera bien téméraire, sans doute; mais je crois pouvoir montrer que M. Velpeau lui-même n'est pas toujours sûr de son diagnostic. Cela me conduit à la question du traitement. M. Velpeau fait un grand usage des ceintures hypogastriques, dont la première idée paraît même lui appartenir; et il a ainsi rendu un immense service à la pratique. Quelques femmes ne peuvent les supporter; mais, dit M. Velpeau, je parviens à les leur faire supporter plus souvent que d'autres, en insistant sur leur emploi jusqu'à ce qu'elles s'y accoutument. Sur ce premier point, je suis encore obligé de me mettre en désaccord avec lui. Il a été un temps où j'appliquais aussi les ceintures à tous les cas de déviations, sans me soucier des affections concomitantes; et quand je rencontrais des femmes qui ne pouvaient pas les supporter, dont elles accroissaient les douleurs, fort surpris d'un pareil résultat, je m'en prenais aux malades; j'estimais que la ceinture n'était pas bien mise; je leur aurais dit volontiers qu'elles avaient tort de souffrir. Bref, j'insistais aussi pour en faire continuer l'emploi; et je dois confesser que cela m'a fort mal réussi. Non, quand une malade ne peut pas supporter la ceinture de prime abord, elle ne s'y accoutume pas, à moins que, notez bien ceci, à moins que la lésion qui empêchait la ceinture d'être supportée n'ait été amendée ou guérie. D'ailleurs, M. Velpeau a aussi rencontré des malades rebelles aux ceintures: *J'accorde*, a-t-il dit, *qu'elles ne conviennent pas partout, qu'il faut y renoncer quelquefois*.

Eh bien! je trouve là la preuve irréfragable que M. Velpeau confond quelquefois les déviations compliquées et les déviations simples. Je répète encore, qu'en cas de déviation simple et douloureuse, la ceinture convient toujours, est supportée toujours; je n'hésite pas, à ma clinique, à annoncer par avance que les femmes la supportent bien; je l'avais annoncé pour les deux malades qu'a vues M. Depaul; et avec le signe que j'ai indiqué, j'estime qu'il n'y a jamais de chance d'erreur.

Il y a un autre point que je ne saurais non plus concéder: c'est sur le traitement des complications. Quand on a constaté des complications, dit M. Velpeau, *personne ne nie qu'il soit rationnel de les combattre, de les détruire d'abord si on peut*. Et quand un écoulement utéro-vaginal existe concurremment avec une déviation, c'est à l'écoulement qu'il s'adresse d'abord. Eh bien! je suis de ceux qui nient qu'il faille toujours commencer par là; et vous avez ouï M. Hervez de Chégoin affirmer, répéter que souvent il a vu une complication céder à l'application d'un pessaire. Je dis donc que quand un écoulement, une ulcération, un engorgement si l'on veut, ne donnent pas signe de leur existence autrement qu'à l'aide du spéculum, quand il n'y a que des douleurs mécaniques, on peut parfaitement s'en tenir aux moyens mécaniques. M. Depaul, aussi, aurait soumis mes deux femmes à un traitement spécial pour leurs ulcérations; et combien n'ai-je pas vu de pauvres malades, pour des ulcérations tout aussi insignifiantes, soumises à des traitements pénibles et prolongés, barbouillées de nitrate d'argent, une fois, deux fois par semaine, pendant des semaines, pendant des mois, pour se retrouver, après leur guérison prétendue, aussi souffrantes qu'auparavant! En un mot, lorsqu'il ne s'agit que de douleurs (nous écartons de cette discussion les dégénérescences), allez à la source des douleurs; attachez-vous d'abord, et avant tout, à la lésion qui les cause; ensuite, si vous le voulez, vous vous occuperez du reste; mais cela n'est même pas nécessaire; et si on voulait cautériser toutes les femmes qui ont des excoriations au col utérin s'en s'en douter, il n'y a peut-être pas le quart des femmes qui ont eu des enfants qui échapperaient à la nécessité d'un traitement.

J'arrive maintenant au redresseur et à sa manière d'agir. J'avais dit dans mon premier discours qu'il pouvait bien avoir pour effet de dissiper des douleurs névralgiques; j'avais même essayé le cathétérisme du col utérin sur deux femmes atteintes de névralgies des annexes; et je suis bien aise de dire à l'Académie que le succès a été complet et s'est maintenu jusqu'à présent. M. Depaul m'a entrepris à ce propos. M. Malgaigne, s'est-il écrié, veut qu'on abandonne l'empirisme; et quel empirisme plus flagrant que d'employer contre des névralgies une opération dont on ne saurait s'expliquer l'action! M. Depaul me paraît avoir ici confondu deux choses. Il y a deux sortes d'empirisme qu'il ne faut pas confondre. Nous savons empiriquement que l'opium fait dormir; quant à en donner la raison, nous ne sommes pas plus avancés qu'au temps de Molière. Qu'un ignorant prétende cependant mettre un terme avec l'opium à l'insomnie d'une fièvre ardente; ce sera là un empirisme grossier, brutal, et l'on pourra dire à ce praticien qu'il ne sait ce qu'il fait. Au contraire, l'expérience nous ayant appris à utiliser l'emploi de l'opium, à reconnaître les cas où il convient, alors, bien que son mode d'action nous demeure inconnu, son emploi régularisé est devenu un empirisme raisonné; et dans les sciences d'observation, c'est cet empirisme raisonné, élevé à la hauteur d'un fait général ou même d'une loi, qui constitue la science même. Je dis donc qu'appliquer le redresseur utérin à toutes sortes de cas, déviations, métrites, névralgies, c'est un empirisme déplo-

rable dont il faut se hâter de sortir; c'est en ce sens que j'ai dit qu'il faut *savoir ce qu'on fait* et *pourquoi on le fait.* Mais quand les cas sont bien précisés, bien distingués, lorsque je sais que j'ai affaire à une névralgie pure, je suis en droit rationnellement de m'adresser aux agents que l'expérience m'a montré avoir le plus d'action; je ne sais pas mieux le mode d'agir en pareil cas de l'opium que du cathétérisme du col utérin; il me suffit d'avoir des indications nettement posées, et de suivre les leçons de l'expérience.

J'aurais voulu traiter encore d'autres questions qui se rattachent au traitement, mais l'heure me presse; et ce que j'omettrai sera beaucoup mieux dit par d'autres; je désire seulement dire quelques mots du redressement des déviations. Les déviations peuvent-elles être redressées? Et la matrice peut-elle se maintenir redressée? Voilà les deux questions que je veux agiter.

Pour moi, qui ai vu trois cas de rétroflexions qui se sont redressées spontanément, la première question ne fait pas doute. Il est vrai qu'à ce propos, M. Velpeau s'est un peu égayé aux dépens de quelqu'un que je connais; M. Malgaigne l'ayant vu, dit-il, je le crois; mais si je ne l'avais vu moi-même, je ne le croirais pas. La plaisanterie est de bon goût, et je l'accepte; seulement, après comme avant, le fait reste; et je le maintiens d'autant mieux qu'en ayant été fort surpris moi-même, j'ai mis à le constater l'attention la plus rigoureuse. D'ailleurs, je ne suis déjà plus seul à l'avoir observé, et M. Depaul se trouve de mon côté dans cette affaire.

Mais est-il bien vrai que M. Velpeau soit si incrédule qu'il le veut dire? *Il ne comprend pas,* nous a-t-il dit, *comment on peut guérir les inflexions*, mais quand il arrive aux faits de M. Valleix, il se récrie contre ceux qui ont nié ses guérisons, comme si M. Valleix n'avait pas redressé autant d'inflexions que de déviations simples!

Après tout, messieurs, est-il si difficile de concevoir le redressement de l'utérus soit dévié, soit réfléchi? J'ai eu entre les mains une matrice rétrofléchie à un degré extrême : je m'attendais à trouver dans son tissu des indurations, des rétractions des fibres; ou bien, en dehors de l'organe, des brides, des adhérences; il n'y avait rien de semblable; mais, du côté de la flexion, un amincissement de la paroi utérine, qui permettait de plier et de redresser l'organe comme je plie et je déplie cette feuille de papier. Pour les déviations simples, la chose est plus facile encore; bien plus, en y regardant de près, je m'étonne qu'il n'y ait pas plus souvent de ces redressements spontanés. Après toutes les remarques excellentes qui ont été communiquées à l'Académie, touchant la mobilité de l'utérus dans le bassin, j'ai voulu aussi faire quelques recherches, quelques expériences. Si l'on ouvre l'abdomen sur une femme, on voit la matrice inclinée en avant sur la vessie, séparée du rectum par une masse d'intestins; c'est l'interposition de ces intestins qui la maintient dans la direction qu'on lui assigne comme naturelle. Retirez doucement ces intestins, la matrice n'étant plus soutenue s'incline et tombe en arrière, à l'instant, sous vos yeux, et de son antéversion naturelle passe à une rétroversion qui ne l'est pas. Saisissez-la avec des pinces, elle se laisse ramener en avant; laissez glisser les intestins entre elle et le rectum, la voilà maintenue. Sur le vivant, que faut-il donc pour redresser un utérus dévié en arrière? Que la femme vienne à se coucher sur le ventre, qu'une anse d'intestin se glisse entre la matrice et le rectum, que des fèces s'accumulent dans l'S iliaque; et, d'un autre côté, on peut s'étonner aussi que les déviations ne soient pas encore plus fréquentes.

Cela, messieurs, nous conduit à mieux apprécier l'action mécanique du redresseur. Qu'on l'insinue dans l'utérus, on redresse l'organe à l'instant, sans effort; je parle des cas ordinaires, et non des déviations avec adhérences, qui peuvent passer pour rares et extraordinaires. Voilà ce que fait le redresseur; il ne peut pas davantage. Cependant, M. Simpson, M. Valleix et d'autres ont jugé à propos de le laisser à demeure des jours, des semaines, des mois entiers : voilà ce qui ne se conçoit pas, ce qui me paraît tout à fait irrationnel. Qu'espère-t-on avec ce séjour prolongé? Rendre du ton aux ligaments? Ce ne sont pas les ligaments qui retiennent la matrice dans sa direction normale. Mais si ce sont les intestins, ne suffit-il pas de reporter l'utérus en sens opposé, pour que les intestins se glissent entre elles et le rectum, par exemple? Et comme il ne faut pas pour cela plus d'un moment, comme il n'y a pas de vide dans le ventre, et que la matrice ne peut être reportée en avant sans que sa place soit aussitôt occupée en arrière, j'estime que le redresseur, en tant qu'agent mécanique, ne doit pas être laissé dans l'utérus au delà de quelques instants, de quelques minutes tout au plus, et qu'un plus long séjour est tout à fait déraisonnable.

Mais si le redressement se fait à si bon marché, peut-on espérer qu'il se maintiendra solidement? Cela est peu probable; rien n'empêche l'utérus qui a chassé une première fois les intestins, de les chasser encore; et en fait, lorsqu'on a examiné des femmes soi-disant guéries par le redresseur, plus tôt ou plus tard on a retrouvé la déviation primitive. Je crois donc qu'on a pu obtenir par hasard quelques guérisons; mais je crois que jamais la guérison n'est assurée; c'est là, à mon avis, le côté faible de la méthode, et pour mon compte, c'est ce qui m'a détourné jusqu'à présent d'y recourir.

Où en sommes-nous, en effet, messieurs, où en est la pratique en face des déviations? M. Depaul prétendait que la science avait des moyens de les guérir, nombreux, efficaces; il s'est étonné de mes dénégations à cet égard. Or, après la critique vive, pénétrante, irréfutable de M. Velpeau, il ne saurait rester de doute à personne; nous avons bien des moyens palliatifs, nous n'avons aucun moyen de cure radicale. Si donc la cure radicale était assurée à l'aide du redresseur, je comprendrais qu'on fît courir aux malades, en vue d'un aussi grand bienfait, les dangers très-réels, trop réels dont M. Depaul nous a déroulé la déplorable histoire; l'emploi du redresseur rentrerait dans le cadre des opérations chirurgicales ordinaires. Mais si ce n'est qu'un palliatif, quoi! exposer une femme à tant d'accidents, à la mort même, pour la laisser, si elle en réchappe, dans le même état qu'auparavant? Cela n'est ni prudent ni raisonnable. M. Velpeau, bien que frappé des mêmes périls, bien que contraire à l'emploi du redresseur à demeure dans l'utérus, bien que reconnaissant la nécessité d'établir des indications et des contre-indications, semble pourtant se révolter encore contre une expérience si chèrement acquise; il ne veut pas nous permettre d'en porter un jugement; il demande qu'on laisse faire M. Valleix, qu'on s'en rapporte à M. Valleix. Non, non, messieurs, quelque estime que je professe pour M. Valleix, personne n'est juge compétent dans sa propre cause; et la cause a été suffisamment instruite devant l'Académie, pour qu'elle soit en mesure de la juger. Je n'ajouterai plus qu'un seul mot : si j'avais, par malheur, à traiter ma femme ou ma fille d'une déviation utérine, entre deux moyens palliatifs, ce ne serait pas au plus dangereux que je donnerais la préférence; et, très-assurément, je ne les soumettrais pas au redresseur intra-utérin.

THÉRAPEUTIQUE.

Diarrhées glaireuses. — Emploi du sous-nitrate de bismuth en lavements.

Il y a eu, dans ces derniers temps, beaucoup de flux diarrhéiques, de catarrhes intestinaux avec production de selles glaireuses et sanguinolentes. Chez les adultes, on s'est bien trouvé de l'emploi de l'ipéca et des sels neutres. Parmi les enfants, nous en avons vu deux, dans la salle Saint-Bernard, qui ont été guéris par un moyen très-simple. Il s'agissait d'enfants à la mamelle. L'un d'eux avait eu le choléra, caractérisé par des vomissements, de la diarrhée, du refroidissement et une émaciation notables; on lui a donné de l'opium, du nitrate d'argent, du vin de Bagnols mêlé à du lait et à une émulsion de jaune d'œuf; les vomissements se sont arrêtés, mais la diarrhée continuait. Chez l'autre il n'y a pas eu de vomissements, mais il y avait une diarrhée glaireuse, indiquant que son mal était borné au gros intestin. M. Trousseau leur a prescrit un lavement ainsi formulé :

℞	Sous-nitrate de bismuth.	2 grammes
	Eau de lin très-épaisse.	q. s.

Faites un mélange ayant la consistance de la bouillie.

Ce lavement a été administré, et immédiatement la diarrhée s'est arrêtée.

On sait que M. Monneret donne, en pareil cas, aux enfants jusqu'à 60 et 80 grammes de sous-nitrate de bismuth par jour. M. Trousseau ne va pas ordinairement, dans l'administration de ce sel, au delà de 4 grammes, et il le donne très-souvent à la dose de 1 à 2 grammes, sous forme de pastilles ou délayé dans un peu d'eau. C'est M. le docteur Lassègue, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, qui a eu l'idée d'employer en lavement, contre la colite, une bouillie de bismuth, dont il avait constaté l'efficacité dans les maladies de la peau. Du sous-nitrate de bismuth mélangé avec de l'albumine ou de l'eau de lin épaisse était étendu sur des cataplasmes de fécule rendue humide par l'addition d'un peu de glycérine (principe des graisses), et mis en contact avec les parties malades. M. Lassègue a donc fait quelque chose d'analogue sur le gros intestin, et il a obtenu des résultats qui méritent d'autant plus d'être signalés, que ce petit remède, étant parfaitement innocent, peut être appliqué sans danger à tous les cas de colite. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

CORRESPONDANCE.

Gorgement des sangsues.

A Monsieur de Castelnau, *rédacteur en chef du journal le Moniteur des Hôpitaux.*

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans la *Presse* du mardi 4 juillet courant, que M. Borne, de Claire-Fontaine, venait d'obtenir une médaille d'argent pour ses procédés d'élève des sangsues.

Maintenant qu'il est avéré que l'on récompense par des médailles d'argent les gorgeurs les plus adroits, le commerce doit s'attendre à recevoir de belles marchandises et la médecine à retirer de beaux résultats de l'emploi des sangsues.

Puisqu'un des professeurs de l'École de pharmacie est arrivé, bon gré mal gré, à faire rendre des honneurs à M. Borne, il devrait bien profiter de son influence pour faire indemniser et donner réparation à MM. Barthe et Genty, négociants du passage de Venise, n° 4, à Paris, chez lesquels une commission *composée de professeurs de l'École spéciale de pharmacie,* fit couper 20,000 *sangsues, parce qu'elles contenaient du sang,* et fit jeter en prison les détenteurs : ce serait, en vérité, une bonne action, puisque l'on ne trouve plus de crime à gorger les sangsues.

Daignez agréer, etc. Laigniez, *ph.-ch. P.*

Laval, le 5 juillet 1854.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le Congrès scientifique de France se réunira cette année à Dijon le 10 août prochain.

— On se rappelle que la Société de chirurgie avait mis au concours la question du *traitement des varices par les injections de perchlorure de fer.* Dans la séance du 5 juillet, ce prix a été décerné à un chirurgien déjà honorablement connu par plusieurs travaux cliniques intéressants, M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— Le concours pour le prosectorat des hôpitaux s'est terminé aujourd'hui. Après une série d'épreuves, dans lesquelles MM. Triquet et Eugène Legendre ont fait preuve des connaissances les plus étendues et de beaucoup de talent d'exposition, ce dernier a été nommé prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux.

— Après avoir rapporté notre petite chronique sur les écorcheurs germaniques, l'honorable rédacteur des *Annales de clinique de Montpellier* ajoute les réflexions suivantes :

« Sans être aussi irrité que l'honorable rédacteur contre la manie des expériences trop souvent puériles faites sur les animaux, surtout par nos confrères d'outre-Rhin ou d'outre-mer, nous n'y reconnaissons pas moins une tendance abusive sous plusieurs rapports. Elle découle principalement de la grande erreur qui fait assimiler les animaux à l'homme, quant au plan d'organisation et de vitalité. Aussi nous range-t-on dans la classe des *hoministes.* Ces principes d'anatomie et de physiologie sont non-seulement faux, mais ils conduisent à des pratiques thérapeutiques trop de de fois déplorables. Ainsi, A. Cooper, James d'Exeter, Murray, Monteiro, etc., n'ont pas craint d'aller lier l'aorte chez l'homme, parce que le chien supporte sans périr cette effroyable opération ! Ainsi MM. Tenger, Sédillot, etc., viennent d'ouvrir le ventre et l'estomac d'hommes mourant d'un cancer de l'œsophage, d'après le succès de pareilles folies obtenues sur des mammifères ! »

Nous ferons d'abord observer à notre savant confrère que notre article pouvait, hélas ! comme bien d'autres sortis de notre plume, un peu trop franche peut-être, porter l'empreinte de la vivacité, mais qu'il n'avait aucun caractère d'irritation. Nous croyons même, qu'en fait de vivacité, l'honorable professeur Alquié n'est pas resté en arrière sur nous, car nous sommes loin d'avoir porté nos qualifications jusqu'au degré *folie.* Mais à cela près d'un peu plus ou d'un peu moins de chaleur, nous n'en sommes pas moins heureux de voir M. Alquié s'associer à nos sentiments, comme nous sommes heureux de nous associer en partie aux siens. Nous disons en partie, car tout en professant, comme notre honorable confrère, qu'il serait téméraire de conclure rigoureusement des animaux à l'homme, nous sommes loin de méconnaître les services réels que les vivisections ont rendus aux sciences médicales, et en particulier à la toxicologie et à la physiologie. Tout ce que nous avons voulu établir dans notre article, c'est qu'on abuse singulièrement des prétendus besoins de la science pour faire subir à de malheureux animaux les plus cruelles et les plus inutiles tortures.

Quant à ce que le savant professeur de Montpellier dit de son collègue de Strasbourg, nous ne saurions nous associer à sa critique. Quoique nous ayons une confiance très-limitée dans l'avenir de la gastrostomie, nous croyons cependant qu'il serait très-injuste de considérer la tentative de M. Sédillot, non-seulement comme une folie, mais même comme une témérité analogue à celle de la ligature de l'aorte. Non seulement la gastrostomie a été pratiquée dans des cas de mort imminente, alors que presque tout est permis, mais encore rien ne démontre, *à priori*, que cette opération ne puisse réussir, et ne réussît-elle qu'une fois sur vingt, ou même moins encore, que ce serait, à nos yeux, une conquête chirurgicale précieuse.

— C'est aujourd'hui la quatrième fois que nous constatons, avec un vif regret, l'humeur rectificatrice de la *Gazette hebdomadaire*, et c'est avec non moins de regret que nous avons constaté, trois fois déjà, que si elle aime les rectifications simples, elle n'aime guère les rectifications de rectifications. Le constaterons-nous une quatrième fois ? Nous l'ignorons ; nous osons cependant encore espérer le contraire, confiant que nous sommes dans la loyauté du rédacteur en chef de ce journal ; que si notre espérance était une quatrième fois déçue, par suite de la situation de dépendance dans laquelle la *Gazette hebdomadaire* vient de se placer, nous croirions de notre devoir de chercher à caractériser nettement cette situation, afin que le public médical n'attache pas à l'avenir plus d'importance qu'il ne convient aux rectifications d'un journal, très-honorable d'ailleurs, mais qui se trouverait dans la fâcheuse position de ne pouvoir sonner qu'une cloche, et, par conséquent, de ne pouvoir faire entendre qu'un son à ses lecteurs.

Voici la lettre que publie aujourd'hui la *Gazette hebdomadaire*.

« Monsieur le rédacteur,

« Plusieurs journaux de médecine, faisant allusion aux améliorations qui vont être introduites dans l'institution des officiers de santé, ont avancé qu'elles auraient pour conséquence d'affranchir les médecins du second ordre de l'obligation de subir de nouveaux examens, quand ils voudraient s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils se seraient fait recevoir. Il est bien vrai qu'on s'occupe d'imposer aux candidats pour le titre d'officier de santé une scolarité plus sérieuse et des examens plus forts que par le passé ; mais je suis autorisé à affirmer que les réformes projetées ne touchent en rien aux conditions actuelles de la pratique médicale. Elles ne pourraient donc conférer aux officiers de santé un privilége que la loi réserve aux docteurs en médecine : celui d'exercer l'art de guérir sur tous les points du territoire français.

« Agréez, etc.

« Bérard, *inspecteur général de l'enseignement supérieur.* »

Malgré l'imposante autorité de notre savant maître en physiologie et confrère en journalisme, nous persistons à dire que la réception des officiers de santé dans les Facultés et écoles secondaires exclusivement, aura pour conséquence d'octroyer à ces praticiens la faculté d'exercer la médecine dans tous les départements de la France, et nous persistons, parce qu'il est impossible qu'il n'en soit pas ainsi. En effet, la loi de ventôse dit que l'officier de santé ne pourra exercer la médecine hors du département **où** il a été reçu. Or, il est par trop clair que, si l'on ne reçoit des officiers de santé que dans les Facultés et dans les Écoles secondaires, c'est-à-dire dans *vingt-quatre* départements, il faudra bien que ces praticiens exercent hors du département **où** ils ont été reçus, à moins de les exclure des *soixante-deux* départements privés d'Écoles ou de Facultés. Or, nous ne pensons pas qu'une telle idée ait pu entrer dans les intentions de l'administration ; nous sommes même certain du contraire.

Si la *Gazette hebdomadaire* a pu conserver, comme elle nous l'assure, toute son indépendance, elle jugera sans doute indispensable de faire connaître à ses lecteurs les détails qui précèdent. H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Dernières publications de la librairie Victor Masson.

L'Algérie médicale. Topographie et climatologie ; pathogénie et pathologie ; prophylaxie ; hygiène ; acclimatement ; colonisation, par le docteur Armand. — Paris, 1854. — 1 vol. in-8, avec une carte de l'Algérie. — Prix : 8 fr.

Traité de l'épilepsie. Histoire, traitement, médecine légale, par M. Delasiauve. — Paris, 1854. — 1 vol. in-8. — Prix : 7 fr. 50 c.

Traité pratique des maladies de la peau, par le docteur A. Devergie. — Paris, 1854. — 1 beau vol. in-8, avec planches gravées et coloriées, représentant 24 types de maladies. — Prix : 12 fr.

De la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par M. P. Diday. — Paris, 1854. — 1 vol. in-8. — Prix : 7 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 85. 2e année. Mardi 18 Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 17 Juillet 1854.

Discussion sur le redresseur utérin.

A monsieur le professeur VELPEAU (1).

Monsieur et très-éminent professeur,

En examinant, dans des paragraphes tout à fait séparés, les inflexions et les déviations, je montre assez qu'il me semble utile de ne point confondre ces deux états sous la dénomination commune de *déviations ;* une telle confusion pourrait avoir des inconvénients réels, et je n'y vois absolument aucun avantage. S'il me paraît parfaitement démontré, en effet, que les inflexions ne peuvent être des lésions pathologiques primitives, produisant par elles-mêmes des accidents, je suis loin de croire qu'il en soit ainsi des déviations et des abaissements ; vous savez, au contraire, que s'il ne m'est pas possible de partager complétement votre opinion relativement à ces derniers états, et de reléguer dans les régions imaginaires les névralgies, les ulcérations, les phlegmasies, voire même les engorgements, je crois du moins très-fermement qu'un certain nombre de déplacements sont la cause de tous les accidents qui tourmentent certaines femmes, et qu'on peut, par l'usage d'un simple moyen mécanique, remédier quelquefois instantanément à ces accidents.

Est-ce à dire que le diagnostic des cas de cette espèce soit aussi facile que vous l'avez proclamé, et peut-on, doit-on admettre, comme on serait forcé de le faire en interprétant rigoureusement vos paroles, que MM. Paul Dubois, Depaul, etc., en soient encore à ne pas faire la différence d'une déviation et d'un écoulement? En y réfléchissant, vous trouverez certainement que ce serait accorder trop peu d'instruction et de sagacité à ces hommes distingués, et sous ce rapport, je serai entièrement de votre avis. Il est donc bien évident que si des hommes de cette valeur n'attachent pas la même importance que vous aux déviations, c'est que le diagnostic est loin d'être aussi facile que sembleraient l'indiquer les raisonnements auxquels vous vous êtes livré, raisonnements fort ingénieux d'ailleurs, mais qui s'évaporent à l'apparition des faits, comme une joyeuse sarabande de démons à l'aspect d'un goupillon. M. Malgaigne a déjà agité ce goupillon magique (*voir* le dernier numéro du *Moniteur*, p. 670), je ne le brandirai pas après lui ; mais j'ajouterai à ses justes réflexions une remarque qui semble, je ne sais pourquoi, avoir échappé à tous les orateurs qui vous ont succédé.

(1) *Voir* le n° 82, 11 juillet 1854.

Pour prouver combien le diagnostic est facile, vous avez évoqué, monsieur et très-éminent professeur, une statistique de laquelle il résulterait que sur 400 femmes dont vous auriez exploré l'utérus à l'aide des deux mains, il s'en est trouvé 300 chez lesquelles l'organe a pu être saisi et manipulé exactement comme s'il s'était trouvé sur une table de dissection, entouré de deux ou trois couches de linge ; c'est-à-dire que vous en avez parfaitement apprécié toutes les dimensions, longueur, largeur et épaisseur.

Quand M. Malgaigne vous a raconté qu'il avait vu disparaître en vingt-quatre ou quarante-huit heures une rétroflexion, vous vous êtes écrié, et suivant moi avec raison : « Puisque M. Malgaigne a vu le fait, je le crois vrai ; mais si je l'avais vu, je n'y croirais pas. » Eh bien ! je crois que la même réflexion viendra à l'esprit de tous ceux qui liront votre statistique.

Pendant mes deux années de séjour à Lourcine et mes trois années de séjour à Saint-Lazare, j'ai fait aussi quelques explorations de la nature de celles qui servent de base à votre statistique, et j'avoue que rien ne m'a semblé plus rare que les conditions que vous croyez exister trois fois sur quatre. Je suis même tellement convaincu de l'illusion que vous vous êtes faite sur ce point, que je n'hésite pas à vous proposer l'épreuve suivante :

Nous nous rendrons à l'École pratique, et là, en présence des aides et prosecteurs de l'École, vous renouvellerez sur 20 cadavres pris au hasard (et l'exploration, vous le savez, y est beaucoup plus facile que sur le vivant), l'expérience que vous avez faite sur 400 femmes ; si vous parvenez, non pas trois fois sur quatre, mais seulement *une* fois sur quatre, à déterminer avec exactitude les dimensions de l'utérus, je m'engage à publier pendant quinze jours, en tête du *Moniteur des Hôpitaux,* que les professeurs ont toujours raison, les journalistes toujours tort ; si, au contraire, vous échouez dans votre entreprise, vous commencerez pendant quinze jours votre clinique en déclarant que, si les journalistes se trompent souvent, il en est bien aussi quelquefois de même des professeurs.

Jusqu'à la réalisation de cette épreuve, je continuerai à croire qu'il est souvent fort difficile de spécifier la cause à laquelle on doit rapporter certains accidents utérins, et que c'est aux difficultés du diagnostic différentiel qu'on doit attribuer des dissentiments aussi radicaux que ceux qui se sont produits dans la discussion à laquelle vous avez pris une part si brillante, et qui pourraient donner au public (j'entends le grand public) une si triste idée de la science, si le public s'occupait de nos discussions. Donc, sous le rapport du diagnostic différentiel, l'opinion défendue avec tant d'insistance et de talent par M. Malgaigne me paraît parfaitement vraie, à cela près d'une légère nuance d'exagération. L'habile orateur a-t-il été aussi heureux en accordant à la persistance ou à la disparition de la douleur pendant le repos horizontal, la valeur *pathognomonique* qu'il a donnée à ce signe? J'avoue que dans ce point son opinion me paraît avoir un peu franchi le cercle de la vérité : pour mon compte,

j'ai vu des femmes dont les douleurs ne disparaissaient pas, et même se calmaient à peine pendant le repos au lit, et qui se trouvaient parfaitement de l'usage d'une ceinture ou d'un pessaire; j'en ai également vu quelques-unes, mais en plus petit nombre, qui se trouvaient dans des conditions opposées, parce qu'il y a, en effet, un certain nombre de douleurs qui disparaissent *complétement* par le repos au lit, au moins à certains jours, sans que ces douleurs soient exclusivement dues à des causes mécaniques.

Aussi, ainsi que je l'ai déjà dit depuis le commencement de cette discussion, le meilleur signe diagnostique est-il dans ce fameux et vulgaire aphorisme : *Naturam morborum ostendit curatio,* et je ne doute pas que ce ne soit lui qui serve le plus souvent de guide à votre judicieuse thérapeutique et à l'application de la ceinture hypogastrique, que vous avez été obligé quelquefois d'interrompre, ainsi que vous nous l'avez déclaré, malgré la rationnalité de votre diagnostic. — Je crois inutile d'insister sur le mode d'action de cette ceinture hypogastrique, que vous avez si heureusement vulgarisée, action que vous croyez toujours pouvoir expliquer, comme M. P. Dubois, par une diminution de pression des autres viscères sur l'utérus. Je n'aurais qu'à répéter à cet égard ce que j'ai déjà dit : c'est que cette diminution de pression est *physiquement impossible* à obtenir à l'aide d'une ceinture; les premières notions de physique et quelques reflexions suffisent pour se convaincre de cette impossibilité.

Voilà, monsieur et très-éminent professeur, les remarques que j'ai cru devoir présenter sur celles de vos opinions qu'il me paraissait dangereux, vu votre grande et juste autorité, de laisser circuler sans commentaires dans le public scientifique. Je n'ai rien cru devoir dire, pour le moment, de votre jugement sur le redresseur utérin, quoique ce jugement ne m'ait pas paru porter l'empreinte de cette netteté d'esprit, de cette rigueur de logique que je me suis plu souvent à signaler dans vos discours. J'ai réservé pour le résumé de la discussion mon appréciation sur cet instrument; alors peut-être aurai-je à revenir sur la vôtre. S'il en était ainsi, j'ose espérer que vous me permettrez d'en user avec la même franchise qu'aujourd'hui, et que vous ne verrez pas, dans les quelques critiques que ma position pourra m'imposer, l'affaiblissement du profond sentiment d'estime que m'inspire votre grand talent. H. DE CASTELNAU.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63 *et* 64 *du tome* 2.)

SEIZIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance, nous nous sommes occupés d'établir le diagnostic différentiel des hernies crurales et des hernies inguinales, point essentiel, sans lequel nous n'aurions rien compris à l'histoire de la hernie crurale, qui fait l'objet de notre étude en ce moment : après cela, nous avons d'abord examiné la marche de la hernie crurale : 1° Elle commence par un léger enfoncement du péritoine dans l'anneau crural, c'est la *pointe;* 2° à mesure qu'elle marche, elle s'avance dans le canal crural ; 3° elle traverse toute l'étendue du canal crural, et sort soit par l'un des trous du fascia cribriforme, soit par l'orifice de la veine saphène interne.

Maintenant, revenons sur les autres points de l'histoire de la hernie crurale ; recherchons-en les causes, puis nous en verrons les symptômes.

Causes. — Il y a des prédispositions pour la hernie crurale comme pour la hernie inguinale : ainsi, la hernie crurale est plus commune chez la femme que chez l'homme; mais il serait très difficile d'en établir la proportion dans les deux sexes : on ne peut le faire que comparativement.

Chez l'homme, les hernies crurales ont toujours paru si rares, que Arnaud les estimait à peine à 1/100.

Morgagni, dans ses dissections, déclare, chose remarquable, n'avoir jamais rencontré une hernie crurale chez l'homme ; cela est bien surprenant, quand on songe que Morgagni n'était pas chirurgien, et ne s'occupait guère de l'état des viscères.

Mais Sandifort dit n'en avoir trouvé qu'une seule; Walter également.

Quant à Scarpa, dont le mémoire était un véritable progrès, il ne semble pas avoir disséqué plus d'une hernie crurale.

Pour vous montrer la différence qu'il y a entre les résultats des dissections faites au point de vue chirurgical et les chiffres que je viens de vous rapporter, je vais passer en revue, avec vous, les résultats qui ont été obtenus depuis :

Sur 258 hernies dans le pli de l'aine, M. J. Cloquet avait trouvé, chez l'homme, 55 hernies crurales ; c'est 1/5, ou une hernie crurale contre 4 inguinales : c'est une proportion telle, qu'on ne l'a jamais trouvée sur le vivant, et il est très-probable que le pur hasard avait mis entre les mains de M. J. Cloquet une série de hernies crurales.

Dans les recherches que je fis à ce sujet, en 1835, au Bureau central, j'ai trouvé des séries très diverses :

Sur 330 hernies dans le pli de l'aine, il y avait 5 hernies crurales simples, 9 hernies crurales d'un côté, avec une hernie inguinale de l'autre, ou une hernie crurale contre 23 hernies inguinales. Dans une autre série j'ai trouvé, sur 515 hernies, 16 hernies crurales, ou une hernie crurale contre 32 hernies inguinales.

A Bicêtre, en faisant mes premières recherches, je trouvai, sur 200 vieillards, 104 hernies dans l'aine ; il y avait 14 hernies crurales. La proportion était de une hernie crurale contre 6 hernies inguinales; c'est une très-grande proportion; mais en prenant la proportion de la totalité des hernies que j'avais examinées, je ne trouvai plus qu'une hernie crurale sur 19 ou 20 hernies inguinales.

Mais de pareilles séries vous trompent, et cela d'autant plus, que les chiffres sur lesquels on opère sont moindres. Si, par exemple, vous devez trouver 2/100 et que vous trouviez 4/100, la proportion est doublée : il faut donc, pour éviter cette cause d'erreurs, opérer sur un grand nombre de séries. Il faut, de plus, laisser de côté la proportion des hernies dans l'enfance.

Mathey, d'Anvers, avait trouvé chez l'homme :			
	309 h. ing.	7 h. crur.	2 %.
Mennikoff :			
	1424 h. ing.	33 h. crur. (+12 ing. et cr.)	3 %.
Société des bandagistes de Londres :			
	6218 h. ing.	121 h. crur.	2 %.
Nouvelle Société des bandagistes, à Paris :			
	3346 h. ing.	34 h. crur.	1 %.
Tale :			
	394 h. ing.	19 h. crur.	5 %.

La proportion des hernies crurales, chez l'homme, peut aller à 4 ou 5 pour cent des hernies inguinales ; telle est, à mon sens, la proportion véritable.

C'est ici le moment de revenir un peu sur la série déjà assez considérable qu'a trouvée M. J. Cloquet. J'ai dit que, si considérable qu'elle paraisse, elle ne l'est pas encore de manière à tant l'emporter sur ce que nous avons trouvé chez le vivant. En effet, s'en rapporte-t-on aux chiffres que donnent les sociétés de bandagistes, où les relevés sont faits sans la moindre attention, on trouve que la proportion des hernies crurales est de 1 p. 100 : si c'est un bandagiste un peu instruit qui fasse ce travail, nous trouvons déjà une proportion de 2 et même de 3 p. 100; lorsque, de mon côté, avec des éléments de diagnostic meilleurs, je viens étudier cette proportion, je trouve qu'elle est de 5 p. 100. Mais M. J. Cloquet a un moyen de diagnostic bien plus sûr encore :

son scalpel; il trouve un chiffre quatre fois plus fort que le mien. Je pense, en effet, que, sur le vivant, grand nombre de hernies crurales échappent à nos moyens de diagnostic et non au scalpel; et puis, sur ce nombre de hernies crurales, trouvé par M. J. Cloquet, il y a une certaine quantité de hernies guéries. Enfin M. J. Cloquet compte comme une hernie crurale un petit sac de hernie crurale du volume d'un pois. Si, sur le vivant, nous avons affaire à un cas de ce genre, comment, s'il vous plaît, pourrons-nous le reconnaître? ce qui fait que le résultat donné par M. J. Cloquet est beaucoup trop fort.

Vous voyez donc que les hernies crurales sont déjà assez rares chez l'homme; joignez à cela qu'elles sont souvent méconnues, et vous saurez pourquoi les bandagistes ont si rarement à appliquer un bandage crural.

Quelle est la proportion des hernies crurales *chez la femme?* Ici, je n'ai que mes propres chiffres, car, pour messieurs les bandagistes, le diagnostic est beaucoup trop difficile :

En mai 1835, chez la femme, j'ai trouvé :

53 h. ing.	8 h. crur.	Prop. 1/6

Cette proportion est trop faible; peut-être n'avais-je pas des moyens assez sûrs de diagnostic, car je commençais alors :

En 1840, je trouvai :

32 h. ing.	22 h. crur.	Prop. 2/3

A la Salpêtrière :

54 h. ing.	35 h. crur.	Prop. 2/3

Ceci est très-remarquable qu'à la Salpêtrière, comme au Bureau central, je trouvai 2 hernies crurales contre 3 inguinales : c'est là, à mon sens, la proportion véritable. Il y a, je crois, chez la femme, un tiers, ou au moins un quart pour les hernies inguinales en plus que pour les hernies crurales.

Ici, nous retrouvons encore les chiffres de M. J. Cloquet, qui sont bien plus remarquables : le savant professeur a trouvé, sur le cadavre, 79 hernies crurales et 42 hernies inguinales; mais ceci s'explique très-bien. De même que, chez l'homme, il avait trouvé un chiffre quatre fois plus fort que le mien, il pouvait bien, chez la femme, obtenir un résultat différent d'autant; et d'ailleurs, vous le savez très-bien, il notait tout, jusqu'aux sacs du plus petit volume. Je n'admets donc pas son chiffre comme réel.

Enfin, M. J. Cloquet n'a pas fait le compte des sujets portant les hernies, il a seulement fait celui des hernies; de sorte qu'un sujet qui portait 2 hernies crurales comptait à ses yeux comme 2 : on pourrait dire qu'il en était de même pour les hernies inguinales; du reste, j'ai voulu simplement vous faire remarquer la manière de noter de M. J. Cloquet.

Donc la proportion des hernies crurales et inguinales est de 5 pour 100 chez l'homme, et de 66 pour 100 chez la femme; et si, maintenant, vous vous rappelez que les hernies sont quatre fois moins nombreuses chez la femme que chez l'homme, vous voyez quelle est, chez celle-ci, la quantité des hernies crurales.

La prédisposition qui résulte de l'âge est très-curieuse.

J'ai trouvé, sur 23 hommes :

De la naissance à 20 ans.		1
De 20 ans à 30 ans.		6
30	40	5
40	50	4
50	60	3
60	70	4
70	80	0

de sorte qu'avant 20 ans, nous ne trouvons qu'une seule hernie crurale : c'est une exception.

Si j'osais raisonner d'après cette série, je dirais que l'influence de l'âge est presque nulle après 20 ans; mais la série est un peu petite pour tirer des conclusions.

Chez la femme, la hernie crurale se développe comme la hernie inguinale.

Sur 72 femmes, j'ai trouvé :

De la naissance à 20 ans. . .		1 h. crur. (à 8 ans).
De 20 ans à 30 ans.		6
30	40	18
40	50	18
50	60	19
60	70	4
70	80	6

Pour ces deux séries de chiffres, j'ai pris celles que j'avais vues moi-même au Bureau central et à la Salpêtrière, et dans ces tableaux se trouvent les deux seuls faits que j'aie vus de hernie crurale avant l'âge de 20 ans. Astley Cooper n'en a vu que trois : 1 à 5 ans, 1 à 7 ans et 1 à 19 ans. M. Nivet, à la Salpêtrière, en a vu 5 qui étaient arrivées dans le bas âge; mais vous savez qu'il n'était pas sûr de son diagnostic, et il pourrait bien se faire que, sur ce nombre, il y eût quelques hernies inguinales.

Chose curieuse, nous avons vu qu'il n'y a pas de hernies inguinales avant la naissance; au contraire, nous connaissons un fait de hernie crurale chez un très-jeune fœtus; elle était très-volumineuse : c'est M. Depaul qui l'a montrée.

Les hernies crurales existent-elles plutôt à droite qu'à gauche, comme les hernies inguinales? Sur 65 femmes (j'ai laissé les hommes de côté, le chiffre était trop faible), 36 hernies crurales primitives à droite, 25 à gauche, 6 doubles à la fois.

L'hérédité a-t-elle de l'influence? Sur 14 hommes, 5 comptaient des parents hernieux; et sur 9 femmes il y en avait 3. L'action de l'hérédité est donc démontrée.

Quant à la taille et aux professions, les recherches étaient fort difficiles, car les femmes n'ont pas de professions très-pénibles, et chez elles la taille est trop petite pour avoir de l'influence.

Pour ce qui est de la forme du ventre, il m'a semblé que le ventre plat prédisposait.

Un point assez intéressant était de savoir si la hernie crurale était plus fréquente chez les femmes qui ont une plus grande largeur du bassin; or, j'ai vu des sujets hernieux chez qui l'intervalle entre les deux épines iliaques était très-étroit, et d'un autre côté, j'ai vu nombre de femmes à bassin très-large, qui ne portaient pas de hernie.

J'arrive maintenant à une chose à laquelle on a voulu faire jouer un rôle tout spécial. En effet, du moment qu'il n'y a pas de hernies crurales avant l'âge de 20 ans, n'est-il pas rationnel de les attribuer à la grossesse, qui, comme dit Arnaut, « éraille le ventre? » Aussi Arnaut lui fait-il jouer un très-grand rôle dans la production des hernies crurales, et nombre de chirurgiens ont suivi son exemple.

Examinons un peu : une chose doit vous frapper; les hernies crurales sont aussi rares chez l'homme que chez la femme avant 20 ans; et maintenant, voyons l'influence de la grossesse. Si elle éraille les anneaux, elle doit érailler bien plus l'anneau inguinal que l'anneau crural, car le ventre est bien plus bombé en avant que sur les côtés, il semble donc que cette disposition ne doit pas être exclusive à la hernie crurale.

J'ai comparé le développement des hernies inguinales chez la femme en rapport avec la grossesse et le développement des hernies crurales. Sur 102 hernies inguinales chez la femme, 26 (plus du quart) étaient venues chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants : je parle de l'époque où la hernie était arrivée, car il peut se faire des hernies longtemps après une grossesse : 26 femmes avaient donc eu leur hernie sans avoir eu d'enfants, une femme l'avait eue après une fausse couche. (Vous savez que la fausse couche arrive avant sept mois, époque à laquelle l'enfant est viable.)

J'ai trouvé les chiffres suivants, pour des femmes ayant eu des enfants :

1 enfant.	15	75 sur 102.
2 —	13	
3 —	13	
4 à 6.	15	
8 à 12.	13	
15 à 18.	6	

Il n'y a donc pas les trois-quarts des femmes de cette série qui aient eu leur hernie inguinale après la grossesse.

Sur 61 femmes ayant une hernie crurale, j'ai trouvé les chiffres suivants :

Sans enfant.	14	15 sur 61 ou 1/4.
Fausse couche.	1	
1 enfant.	8	46 sur 61 ou 3/4.
2 —	8	
3 —	5	
4 à 6.	10	
7 à 12.	13	
15 à 18.	2	

L'influence de l'absence de grossesse est donc la même pour les hernies inguinales et crurales, et sur un chiffre donné de hernies crurales et de hernies inguinales, la proportion sera à peu près la même chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfant : la spécialité de la cause de la grossesse est donc ruinée.

Mais j'ai voulu savoir à quelle époque étaient arrivées les hernies chez les femmes qui avaient eu des enfants, car, si une femme a une grossesse et que la hernie arrive vingt ou trente ans après, il me semble que cette prédisposition perd une grande partie de son influence : la vieillesse a une bien autre influence ; sur ces 46 accouchées, 22 avaient eu leur hernie passé 50 ans ; ce n'était donc pas dans le temps de leur grossesse, ni sous l'influence de la grossesse, puisque ces femmes avaient passé le temps où elles pouvaient faire des enfants ; la prédisposition de la grossesse aux hernies est donc très-faible ; il est beaucoup plus probable que l'âge avait eu la plus grande part dans le développement de ces hernies. Mais il est fort curieux que ce sont précisément les femmes les plus fécondes qui sont le moins sujettes aux hernies ; ce sont celles qui avaient eu le plus d'enfants qui ont eu leur hernie le plus tard. Exemple : j'ai pris 5 femmes qui avaient eu de 12 à 18 enfants (c'est quelque chose !) : une seule avait eu sa hernie à 40 ans ; 2 autres l'avaient eue de 50 à 60 ans, et les 2 dernières de 76 à 78 ans, près de quarante ans après la cause ; il faut donc convenir que les 15 ou 18 enfants que ces femmes avaient eus n'avaient plus une grande influence sur la production de ces hernies.

Il est encore remarquable que les hernies inguinales viennent plus vite après la grossesse que les hernies crurales, de sorte que la grossesse amène une proportion égale de hernies crurales et inguinales en nombres, plus grande en chiffres pour les hernies inguinales, mais plus tard pour les hernies crurales.

La grossesse donne-t-elle naissance à des hernies qui arrivent pendant la grossesse même ? J'ai vu 3 femmes qui avaient eu une hernie crurale vers 7 mois.

A cette question du développement de hernies crurales par la grossesse, s'en rattache une autre, également curieuse : Ast. Cooper s'est demandé si la grossesse ne pouvait pas faire disparaître des hernies ; il a cité le cas d'une femme portant une hernie crurale et une hernie inguinale : les 2 hernies disparurent pendant la grossesse. Cela est facile à comprendre, car l'utérus, refoulant les viscères en haut, les retire des anneaux.

J'avoue que je n'ai pas songé à cette question ; j'ai simplement examiné si les hernies étaient venues pendant la grossesse.

En somme, ces prédispositions sont très-peu de chose, comparativement aux causes déterminantes.

Les causes déterminantes sont les mêmes pour les hernies crurales que pour les hernies inguinales, tellement les mêmes d'une façon générale, que beaucoup de chirurgiens n'en ont pas parlé. Ast. Cooper seul en fait mention : il dit qu'il n'a jamais vu une hernie crurale déterminée par un coup sur l'abdomen. Sur 310 hernies inguinales chez l'homme, je n'en ai trouvé que 9 produites par un coup. Sur 83 hernies crurales chez l'homme et la femme, j'ai vu, chez un homme, une hernie crurale déterminée par la chute, sur le ventre, sur le bord d'un bateau ; et une femme avait eu sa hernie à la suite d'un coup de sabot dans le ventre : la proportion serait donc, ici, de 3 pour cent. Cette cause a donc à peu près la même influence pour les hernies crurales et pour les hernies inguinales.

Du reste, dans l'un et l'autre cas, les causes sont semblables : sur 83 hernies crurales, il y en avait 14 spontanées, ou 1/6 : 14 étaient survenues en portant des fardeaux ; 10 en soulevant un poids ; 5 pendant l'action de tirer un fardeau ; 7 par des efforts des membres supérieurs ; 7 en toussant ou en criant ; 4 en frottant un appartement ; 6 à la suite d'une chute.

Nous arrivons maintenant à une cause spéciale à la femme : les efforts pendant les accouchements ; il est facile de constater si la hernie s'est produite pendant l'accouchement ou pendant les suites de couches ; j'ai trouvé 8 hernies crurales arrivées à la suite de couches, mais il est très-difficile de savoir à quel moment juste la hernie a paru ; les femmes ne le savent généralement pas.

Voilà donc une cause spéciale.

Lorsque j'ai parlé des hernies inguinales chez la femme, je me réservais d'en parler, à propos des hernies crurales. Toutes ces causes spéciales à la femme produisent plus de hernies inguinales que de crurales.

Sur 102 hernies inguinales, 23 étaient la suite de couches : c'est presque 1/4.

Sur 83 hernies crurales, il n'y en avait que 8, ou 1/10.

La grossesse, les efforts du travail, les suites de couches, enfin toutes ces causes propres à la femme, amènent donc plus de hernies inguinales que de crurales.

Mais je n'ai encore parlé que des hernies crurales primitives ; voyons un peu les hernies crurales secondaires : sur 61 hernies crurales primitives, je n'en ai trouvé que 12 existant avec des hernies secondaires. Sur ces 12 hernies secondaires, il y en avait 9 crurales ; les 3 autres étaient inguinales.

Voilà un premier exemple de hernie composée, une hernie inguinale secondaire s'unissant à une hernie crurale primitive. Plus tard, messieurs, je consacrerai un chapitre entier aux hernies multiples, car il y a des sujets qui à eux seuls ont de quoi faire un cours complet de hernies.

Voyons maintenant le développement de la hernie crurale.

J'ai déjà dit qu'elle passe par trois degrés, et qu'elle se développe lentement ; jamais elle ne se produit brusquement. Vous trouverez beaucoup de malades qui diront que leur hernie est venue à la suite d'un effort : c'est faux ; c'est qu'ils ne s'en sont aperçus que quand la hernie était sortie. Ils ne s'en aperçoivent pas, je ne dis pas quand elle est à l'état de pointe, mais même quand elle est dans le canal.

Mais la hernie qui a été vue une fois par M. Laugier et par M. Cruveilhier, qui s'était faite à travers un trou du ligament de Gimbernat, comment s'était-elle produite ? M. Laugier a interrogé la malade : elle ne se souvenait pas à quelle époque remontait sa hernie ; elle ne disait donc pas qu'elle s'était faite brusquement. Celle que M. Cruveilhier a vue, c'est en faisant une autopsie qu'il l'a trouvée ; le sac herniaire présentait à l'intérieur un entonnoir : c'est la pointe de hernie crurale qui subsiste encore après que la hernie s'est développée. Je dis donc que la hernie crurale ne se développe pas brusquement.

Il y a nombre de hernies crurales qui sont arrivées à leur développement d'une façon spontanée, sans cause commune, mais il y a aussi un bon nombre de cas où, la hernie étant arrivée dans le canal, le sac se précipite à travers un trou du fascia cribriforme et peut s'étrangler subitement. Dans ce cas, nous n'avons pour nous renseigner que le dire des malades ; mais, comme ils l'affirment très-fortement, nous pouvons présumer qu'il y a des cas, peut-être pas très-rares, où la hernie, déjà dans le canal, peut brusquement passer au troisième degré.

Quels sont les signes auxquels donne lieu la hernie crurale? Nous avons déjà vu quelles étaient les principales espèces de hernies crurales, et comment elles se présentaient au toucher et à l'œil. La hernie crurale donne lieu à une douleur vague, à de la gêne, de la pesanteur dans l'aine, digestions pénibles, sensation de faiblesse, développement de gaz, etc. : c'est la même série de phénomènes que pour la hernie inguinale. Mais il y a quelque chose de spécial à la hernie crurale : la hernie traverse l'anneau crural ; or, cet anneau se trouve rempli par l'artère et la veine crurales; la hernie crurale ne peut-elle pas agir sur ces vaisseaux? Il y a en outre le nerf crural, et, un peu plus loin, le nerf saphène. Quels sont les accidents que la hernie crurale peut produire et même produit?

Ast. Cooper disait que les sujets atteints de hernie crurale éprouvent de la douleur pendant l'extension de la cuisse : j'examinai à ce point de vue tous les malades du Bureau central pendant un espace de deux ans : aucun n'accusa cette douleur. Pourtant, depuis, j'ai vu des individus qui n'ont que des pointes de hernie, et qui, lorsqu'ils sont debout, éprouvent une grande gêne, surtout dans l'aine. S'ils restent la cuisse légèrement fléchie, cette gêne est notablement diminuée, mais ce n'est pas, comme dit A. Cooper, une douleur s'étendant à tout le membre, du moins je ne l'ai jamais rencontrée : cela ne veut pas dire qu'on ne la trouvera pas.

Voilà les accidents du côté des muscles, voyons maintenant du côté des vaisseaux : j'ai vu des sujets qui accusent une faiblesse dans le membre inférieur du même côté, d'autres disent avoir le pied enflé le soir; il y a donc compression de la veine? Dans deux cas, j'ai vu des varices se développer à la suite de la hernie crurale; mais la hernie ne cause pas nécessairement les varices, et l'on pourrait même fort bien objecter que les varices seraient venues tout de même.

J'ai vu la faiblesse de la jambe, l'œdème du pied le soir, mais est-ce à la suite de la compression de la veine? Il pourrait bien se faire que non, car un grand nombre d'individus ont une hernie crurale sans jamais avoir éprouvé ces phénomènes, qui, du reste, se rencontrent beaucoup plus rarement avec la hernie crurale chez les gens aisés.

J'ai trouvé aussi, mais dans des cas trop rares pour en faire une règle, des douleurs vagues dans la jambe suivant le trajet de la veine ou du nerf saphène interne, comme vous voudrez. C'est une certaine susceptibilité que l'on ne peut guère rapporter à la hernie crurale.

Nous arrivons maintenant au diagnostic, au pronostic et au traitement de la hernie crurale. Le diagnostic de la hernie crurale, ainsi que son diagnostic différentiel, ont déjà été exposés en grande partie ; nous avons donc seulement à distinguer la hernie crurale réductible de la varice du pli de l'aine, la hernie crurale irréductible du ganglion. Enfin nous avons à reconnaître une hernie crurale que l'on fait rentrer, et qui ne sort plus, ce qui quelquefois est très-embarrassant. Nous le verrons dans la prochaine leçon.

A.-P. Doumic.

Hôpital des Cliniques. — M. Nélaton.

Leçons cliniques sur les polypes fibreux naso-pharyngiens.

(*Suite. Voir le n° 80.*)

Une erreur s'est glissée dans la rédaction de la Clinique de M. Nélaton sur les polypes naso-pharyngiens, publiée le samedi 8 juillet. — A la page 645, lignes 18 à 24, lisez ainsi qu'il suit :

« En effet, si le polype descend vers la partie inférieure du pharynx, en se développant, il s'insinue *derrière le pharynx, le soulève, le pousse en avant,* et l'on peut alors très-bien croire que cette tumeur naît des parois du pharynx, ou des vertèbres situées derrière lui, quand elle est seulement placée entre le pharynx et la colonne vertébrale. C'est peut-être une disposition analogue qui a pu induire en erreur, quand on a signalé des polypes insérés aux vertèbres cervicales. »

Leçon du 1er mars.

Messieurs, vous vous rappelez sans doute quel était le but que je m'étais proposé en pratiquant l'opération dans la dernière séance. Je me proposais d'abord d'ouvrir une large voie à la cautérisation, et de m'en tenir là pour le moment; mais, séance tenante, j'ai pensé qu'il serait plus favorable de débarrasser immédiatement le malade, et qu'il fallait enlever au moins une partie du polype, afin de diminuer la dyspnée. Depuis l'opération, il ne s'est rien passé de fâcheux ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie ni d'accidents du côté de la tête, bien que le malade y fût prédisposé, car il éprouvait souvent des douleurs céphaliques. Aujourd'hui, j'ai examiné l'intérieur de la bouche, et j'ai pu voir la portion restante du polype se présentant sous forme de lobes irréguliers au niveau de l'ouverture que j'ai faite. Ces lobes présentent déjà une surface noirâtre, irrégulière, sanieuse ; il y a un commencement de gangrène, un écoulement de liquide putride, et il est à craindre que ce liquide, se répandant dans les voies alimentaires, ne produise une intoxication qui amènerait bientôt une terminaison funeste. Il s'agit maintenant, pour parer à ce danger, de transformer toutes ces parties, au moyen de la cautérisation, en escarres sèches, qui ne pourront causer aucun des accidents que nous avons à redouter.

Voici comment nous procéderons : nous emploierons le caustique le plus énergique que nous pourrons trouver, l'acide azotique mono-hydraté. Mais vous savez que cet acide répand des vapeurs épaisses et délétères quand il est exposé à l'air. Vous comprenez que si nous conduisions au fond de l'arrière-bouche un pinceau imbibé de cette liqueur, les vapeurs se répandraient dans la bouche, les voies aériennes, provoqueraient la toux, et qu'on serait bientôt obligé de suspendre la cautérisation. Il fallait donc éviter cet inconvénient. Le procédé que nous emploierons est des plus simples ; il y a ici une double indication : empêcher les vapeurs de se répandre dans la bouche, et localiser l'action du caustique. Pour ce faire, on introduit dans la bouche un tube en verre dont la coupe peut être plus ou moins inclinée, de telle sorte que toute l'aire de sa section s'applique exactement sur la tumeur. Par l'intérieur de ce tube, on conduit le caustique, au moyen d'un pinceau, jusque sur le polype; toute la portion polypeuse contenue dans l'aire du tube, et cette portion seule est cautérisée ; de plus, la vaporisation se produit, il est vrai, mais le tube sert de cheminée de dégagement, et permet ainsi aux vapeurs de sortir de la bouche. De cette façon, on peut agir aussi longtemps qu'on le veut, sans crainte d'accidents. Ici, je dois vous prémunir contre un petit inconvénient : si le pinceau est trop gros, il bouche presque complétement le tube, à la manière d'un piston dans un corps de pompe, et refoule du côté de la gorge les vapeurs, qui passent alors intérieurement dans la bouche par les côtés du tube. Il faut donc que le pinceau ne remplisse pas toute la cavité du tube.

Par cette opération, nous atteindrons un double but : nous enlèverons cette odeur de gangrène qui fatigue le malade, car l'escarre produite par la brûlure ne répand pas cette odeur, et nous détruirons en même temps le polype. Nous soutiendrons en même temps les forces du malade par de la tisane vineuse et un régime fortifiant.

Le lendemain du jour où M. Nélaton s'exprimait ainsi, l'état du malade devenait très-alarmant ; tous les accidents qu'on avait redoutés, et dont la possibilité avait été annoncée, se développaient ; et la gangrène, continuant à envahir le polype, le liquide putride s'écoulait de sa surface en grande abondance, et se répandait dans les voies alimentaires. L'état général devint même si grave, qu'on dut renoncer à la cautérisation qu'on se proposait de tenter. La faiblesse, l'abattement, tous les signes d'une intoxication putride se manifestèrent rapidement. Cependant, le chirurgien chercha à combattre ces accidents si graves au moyen d'un régime tonique : des bouillons, du thé, du rhum lui furent ordonnés, mais sans grand espoir de succès.

En effet, le lendemain, 3 mars, ces symptômes s'aggravèrent encore, la gangrène du polype fit de nouveaux progrès ; aucun aliment, aucune boisson ne purent être avalées sans entraîner avec

elle une grande quantité du liquide septique qui empoisonnait le malade ; l'affaissement devint extrême. Cet état désespéré se prolongea encore toute la journée du 4 mars. Enfin, le malade mourut le 5, dans l'après-midi.

Cette mort fut causée, sans doute, par la putréfaction du polype des fosses nasales, qui a empoisonné le malade. Du reste, on doit noter ici qu'avant l'opération, cet homme avait présenté des symptômes d'intoxication putride. Cependant, ces symptômes n'étaient pas une contre-indication formelle, et il fallait tenter une opération qui donnait une chance favorable au malade, malgré les circonstances défavorables qui se présentaient.

Un fait avait attiré l'attention de M. Nélaton avant l'opération : ce professeur avait appris que cet homme éprouvait des douleurs vives dans la tête, ce qui avait fait craindre une perforation de la voûte des fosses nasales ; on devait la redouter, d'abord, à cause de ces douleurs, et à cause aussi de la dilatation inégale des deux pupilles, la pupille droite étant plus large que la gauche, et immobile. Ces symptômes faisaient penser à une compression des filets nerveux de la troisième paire ; et cette opinion fut, en effet, émise par M. Nélaton.

On comprend l'intérêt immense de l'autopsie dont nous allons donner la description, car elle servira à fixer un point anatomique de la plus haute importance, l'insertion exacte des polypes naso-pharyngiens. La veille du jour où cette autopsie a été faite, M. Nélaton s'exprimait ains dans sa leçon clinique :

« J'ai insisté sur les différents points d'implantation qui ont été signalés ; je crois que des erreurs nombreuses ont été commises, car le diagnostic n'a été fait que par le toucher. Il reste donc à déterminer si l'implantation existe vers la face inférieure du sphénoïde et vers la base des apophyses ptérygoïdes. Je ne crois pas qu'elle existe à la colonne vertébrale. Quant aux sinus sphénoïdaux et maxillaires, je crois que cette tumeur s'y étend, mais qu'elle n'y prend pas son origine. »

Description de la pièce anatomique.

La famille n'ayant permis l'autopsie qu'à la condition expresse qu'on ne toucherait pas à la face, nous avons dû recourir, pour obtenir les pièces anatomiques qui nous intéressaient, à un artifice qui a nui à l'aspect de cette pièce, et lui a enlevé une partie de l'intérêt qu'elle aurait pu présenter, si l'on avait conservé les rapports anatomiques. Cependant, nous avons enlevé complétement les parties malades, et cette pièce est aujourd'hui déposée au *musée Dupuytren*. La dissection a été faite d'abord par M. Nélaton lui-même, et continuée par nous, sur ses indications. Nous allons en donner la description :

Le premier résultat de l'examen qui en a été fait a été la constatation du siége réel du polype, et la certitude acquise que les vertèbres du col ne participaient en rien à la maladie. Ce premier point établi, nous avons pu fixer exactement les limites du polype, et le suivre, à travers le sphénoïde et l'ethmoïde, jusque dans la cavité crânienne.

Le polype naît à 1 centimètre au-devant du trou occipital de l'apophyse basilaire de cet os, sur la ligne médiane, et sa largeur est exactement celle de l'apophyse basilaire; il ne s'étend pas sur les trous déchirés postérieurs ou antérieurs ; les deux rochers ont été respectés par la maladie. Suivant la ligne médiane, le polype se prolonge en avant, entre les deux orifices des trompes d'Eustache et les deux apophyses ptérygoïdes, qui forment, de chaque côté, deux colonnes entre lesquelles il est circonscrit ; il s'insère donc sur l'apophyse basilaire et sur le sphénoïde qui lui fait suite, et cette insertion a lieu, non pas seulement à la partie de cet os que l'on nomme le corps et qui est limitée entre les deux apophyses ptérygoïdes, mais à la base de la face interne de ces deux apophyses.

Ici, nous rencontrons deux embranchements, l'un, qui remonte vers la partie supérieure des fosses nasales et la cavité crânienne, l'autre, qui se prolonge en avant, dans les narines, au-dessus de la voûte palatine. Nous décrirons à la fin la partie qui se prolongeait dans les fosses nasales, et nous poursuivrons la description des parties implantées sur la base du crâne.

Le polype a donc suivi une marche ascendante, de la face inférieure du sphénoïde jusque dans l'intérieur de cet os, qu'il a traversé de part en part ; et il a pénétré jusque dans l'ethmoïde. En un mot, il a suivi une ligne qui passerait par le corps du sphénoïde et viendrait aboutir en arrière de l'apophyse *crista galli*. Une coupe verticale antéro-postérieure nous a permis de mettre à découvert les parties intérieures de cet os. Ayant donc séparé par un trait de scie en deux portions à peu près égales, et sur la ligne médiane, la base du crâne et les vertèbres cervicales, voici ce que nous avons vu ; le polype a pénétré au milieu du sphénoïde, se logeant dans les sinus de cet os, en occupant la place, pour ainsi dire, par substitution, et atrophiant par compression les lamelles osseuses.

Un fait digne de remarque, c'est que le polype a chassé devant lui les lamelles osseuses qui tapissent le sinus, et les a refoulées, aplaties contre les parois, *sans y prendre insertion ;* il a pénétré dans les cavités osseuses des sinus, mais en dehors de la muqueuse, qui est, ainsi que nous l'avons dit, refoulée. L'amincissement des lames osseuses est tel, qu'elles se rompent facilement sous le doigt.

Mais l'action destructive du polype a été plus loin : une perforation complète a eu lieu dans un point qui correspond à l'apophyse d'Ingrassias du côté droit, au niveau du canal osseux du nerf optique; là, un léger relief du volume d'une petite noisette soulève la dure-mère, et, cette membrane incisée, on voit à nu le polype, qui comprime légèrement le nerf optique du côté droit. Ainsi s'explique la dilatation de la pupille de l'œil droit, observée pendant la vie.

Le polype a, ainsi que nous l'avons dit, perforé de part en part le sphénoïde. Les cellules ethmoïdales ou masses latérales sont pénétrées par le polype de toutes parts et confondues avec lui, on ne saurait les en détacher; la lame perpendiculaire ne se retrouve pas, et le vomer lui-même semble avoir été détruit et s'être résorbé. Cependant, la partie supérieure de l'ethmoïde, celle qui porte le nom de lame criblée et fait partie de la cavité crânienne, est intacte.

Si nous examinons de quelle manière le polype s'implante, et quel est son mode d'action sur les os, nous voyons qu'il s'implante sur le périoste, avec lequel il se confond, et *dont il a la structure*, et que nulle part il n'a d'insertion directe sur le tissu osseux ; il n'y a pas fusion de l'os avec le polype, il n'y a pas altération de structure de l'os, il y a atrophie de l'os, et cette production morbide s'est comportée à la manière des tumeurs qui agissent par compression et produisent la raréfaction et l'atrophie des tissus voisins. L'os est donc anfractueux, excavé, aminci, mais non dégénéré.

Notons que c'est surtout du côté droit qu'existent les lésions, et que le sphénoïde et l'ethmoïde sont presque intacts dans une très-petite partie qui correspond au côté gauche, le polype ne s'insérait pas exactement sur la ligne médiane,

Du côté des fosses nasales, voici ce que nous voyons : la narine gauche est aplatie, et les deux faces de la muqueuse sont au contact ; on peut à peine introduire une sonde dans cette cavité, tandis qu'un doigt pénètre aisément dans la narine droite dilatée. Le polype ne se montre pas dans la narine gauche. La narine droite est encombrée en arrière par la masse fibreuse, qui ne peut en être chassée, parce qu'il s'est établi entre le polype et la muqueuse des adhérences nombreuses. Ces adhérences ont lieu, non pas par de larges surfaces, mais par des brides ou filaments que l'on peut comparer aux brides qui unissent aux séreuses pariétales les tumeurs développées dans le péritoine, ou aux adhérences établies entre les poumons et la plèvre costale à la suite des pleurésies. Tout nous porte à croire que ces adhéreaces sont *consécutives*, qu'elles ont eu lieu à la suite de petites escarres détachées du polype, si longtemps tiraillé par des tractions et des opérations de tout genre, et que la muqueuse phlegmasiée en même temps, a fini par adhérer dans ces points, deux surfaces phlegmasiées se trouvant ainsi en contact.

Les cornets sont intacts, le canal nasal est perméable, l'antre d'hygmore est sain ; ce n'est qu'à la partie postérieure des fosses

nasales que se voit le polype, et le sommet des fosses nasales est intact. La maladie n'occupe donc que la région postérieure des fosses nasales, et la fosse nasale droite seule contient le polype.

Cette tumeur a été examinée au microscope par M. Robin, qui l'a trouvée constituée uniquement par des faisceaux de tissu fibreux parallèles, lesquels ne se distinguent de ceux du périoste qu'en ce que ces derniers sont entre-croisés en tous sens. L'élément anatomique est identique ; la texture seule est differente.

Résumé de l'autopsie.

Résumons en quelques mots cette description, dont les détails sont nombreux, et qui pourrait ainsi laisser dans l'esprit quelque confusion.

Point d'implantation du polype. — Le polype est implanté à 1 centimètre au-devant du trou occipital, sur l'apophyse basilaire de cet os, à la face inférieure du sphénoïde, qui lui fait suite, et à la face interne des apophyses ptérygoïdes. Cette implantation se fait sur le périoste, et nulle part sur le tissu osseux.

Prolongements du polype. — 1° Le polype se prolonge dans les sinus sphénoïdaux, sans y prendre insertion, et il reste toujours en dehors de la muqueuse ;

2° Il a perforé l'apophyse d'Ingrassias du côté droit, au niveau du canal osseux du nerf optique ; ce nerf est légèrement comprimé ;

3° Il a détruit presque complétement la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et les masses latérales, excepté dans une petite étendue, à gauche ; le vomer ne se retrouve plus, la lame criblée de l'ethmoïde est intacte ;

4° La masse fibreuse se prolonge dans la partie postérieure de la narine droite, et y a contracté des adhérences consécutives avec la muqueuse.

Histologie. — Le polype est formé par des faisceaux de tissu fibreux parallèles, semblables à ceux du périoste.

Nous publierons incessamment l'histoire d'un second malade qui est encore actuellement dans nos salles, et chez lequel la même opération a été pratiquée pour une affection semblable. Il ne reste plus actuellement à détruire qu'une petite portion du polype ; et ce jeune homme, dont la santé générale est excellente, est dans les conditions les plus favorables pour espérer une guérison rapide. P. LORAIN et CADET-GASSICOURT.

Ligature de l'artère fémorale à la partie supérieure de la cuisse. — Guérison,

Par M. le Dr DEMEAUX, *de Puy-Lévêque.*

Plaie de l'artère fémorale à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse; hémorrhagie considérable; épanchement dans presque toute l'étendue du membre; ligature des vaisseaux au sommet du triangle de Scarpa.

Le nommé Réné Andrieux, âgé de 40 ans environ, d'une constitution athlétique, était occupé à découper un cochon qu'il avait égorgé la veille, lorsque tenant à deux mains un énorme couteau, par une manœuvre imprudente, il s'enfonça dans la cuisse droite la pointe de cet instrument. A l'instant même, les vêtements furent inondés de sang, l'écoulement était si rapide, que la vie de cet homme eût été en danger sans un prompt secours. Un de ses domestiques, garçon fort intelligent, s'empressa en toute hâte de faire descendre le pantalon et de mettre ses doigts sur la plaie. L'hémorrhagie fut donc arrêtée momentanément et le blessé fut placé dans son lit. La nouvelle de cet événement se répandit bien vite dans le voisinage, chaque commère arriva, portant son remède pour *arrêter le sang;* on employa divers moyens, entre autres, le *crotin de cochon,* hémostatique bien vanté, dont on bourra la blessure ; tous ces moyens étaient inefficaces, le jet était tellement fort, qu'il entraînait hors de la plaie toutes ces substances, on ne devint maître du sang que par une forte compression circulaire, appliquée au niveau de la blessure. Un médecin du voisinage fut appelé en attendant, et, à son arrivée chez le malade, l'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, il crut prudent de ne pas toucher l'appareil.

La nuit suivante, le malade ayant voulu changer de position pour uriner, le sang reparut avec la même abondance que la veille ; l'appareil fut enlevé en toute hâte, et une compression plus forte fut établie de nouveau et de la même manière ; le médecin qui avait vu le malade la veille, fut informé de cet accident, il supposa dès lors que l'artère pouvait être ouverte, il fut convenu que je serais mandé sur-le-champ.

Je vis le malade le 24 février, la blessure avait eu lieu le 22.

Le facies du malade, l'état du pouls, me firent présumer *à priori* que la perte de sang avait dû être très-considérable, cette opinion se trouva confirmée par les renseignements qui me furent transmis.

Avant de procéder à l'examen de la blessure, je voulus m'entourer de tous les documents qui pourraient m'aider à bien établir mon diagnostic ; je me fis raconter tout ce qui s'était passé depuis le moment de la blessure ; je me fis représenter le couteau, pour mieux apprécier la gravité, la direction, la profondeur de la plaie ; pendant que je me livrais à ces investigations préliminaires, le malade voulut se mouvoir pour uriner, et subitement l'hémorrhagie se reproduisit.

Je fus presque satisfait de cette circonstance, qui dut me servir à établir un diagnostic précis, j'enlevai bien vite l'appareil ; le sang ruisselait déjà dans tous les sens ; lorsque la plaie fut à découvert, j'en vis sortir un jet de sang vermeil, rutilant, s'échappant avec force, par saccades, isochrones aux battements du pouls. La nature du sang, la manière dont il sortait de la plaie, ne pouvaient faire supposer que j'avais affaire à du sang veineux, c'était évidemment du sang artériel ; le volume du jet ne pouvait me laisser croire à la lésion d'une petite artère ; c'était le vaisseau principal qui était ouvert.

Immédiatement je porte mes doigts à la partie supérieure de la cuisse, pour comprimer l'artère dans ce point, l'hémorrhagie s'arrête ; je suspends la compression, l'hémorrhagie recommence. Je comprime la plaie extérieure avec ma main gauche, et cherche à percevoir les pulsations dans les artères de la jambe, je ne pus en constater ni dans la poplitée, ni dans la tibiale postérieure, ni dans la pédieuse. Après cet examen, je diagnostiquai une plaie de l'artère fémorale, peut-être la section complète de ce vaisseau.

La plaie extérieure était située à la partie antérieure de la cuisse, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, le couteau avait pénétré perpendiculairement à l'axe du membre, le tranchant dirigé en haut et en dedans et à plusieurs centimètres de profondeur. Au niveau de la plaie il y avait une dépression circulaire causée par la compression, mais au-dessous et surtout au-dessus de la dépression, le membre était presque doublé de volume, tant l'épanchement de sang dans les tissus avait été considérable.

Dans ces conditions, l'indication était bien formelle, il fallait faire la ligature de l'artère fémorale.

En présence d'un cas aussi grave, d'une opération aussi importante, et d'ailleurs pour donner à la famille plus de sécurité et plus de garanties, je demandai le concours de plusieurs de mes confrères ; il fallut donc renvoyer l'opération au lendemain, c'était pourtant avec peine, car le malade était bien faible ; une nouvelle hémorrhagie pouvait l'entraîner, et l'épanchement dans la cuisse était déjà très-considérable. Il fallait donc, en attendant l'opération, parer à ces deux accidents.

Je pris le parti de réunir la plaie extérieure par trois points de *suture entortillée;* j'appliquai ensuite un bandage roulé depuis les orteils jusqu'à la racine du membre ; ces précautions prises, je quittai le malade jusqu'au lendemain en pleine sécurité.

Le 25, à neuf heures du matin, cinq de mes confrères se trouvèrent avec moi auprès du malade ; je leur exposai ce qu'on m'avait raconté, et que j'avais observé la veille ; ils partagèrent tous ma manière de voir, il ne se manifesta pas la moindre divergence d'opinions, nous disposâmes tout pour l'opération.

Depuis la veille, le bandage que j'avais appliqué n'avait pas été dérangé, l'épanchement dans le membre ne parut pas plus considérable.

Je soulevai moi-même la question de savoir s'il convenait de lier le vaisseau à la partie supérieure du membre, ou dans le lieu même où il avait été lésé. Dans ce dernier point, le gonflement était si considérable, que l'opération eût présenté de très-grandes difficultés ; d'ailleurs, de puissants motifs nous firent opter pour la ligature à la partie supérieure de la cuisse.

Une autre observation me parut aussi devoir être soumise à mes confrères. Je croyais convenable de lier le vaisseau aussi bas que possible, pour ménager plus de branches collatérales, mais aussi pour se ménager la possibilité d'amputer la cuisse en cas de gangrène ; d'un autre côté, une vaste suppuration me paraissait inévitable dans la plaie primitive, à cause des corps étrangers qui avaient été introduits ; je voulais lier aussi loin que possible de la blessure, pour éviter que ce foyer de suppuration ne vînt communiquer avec la plaie de l'opération ; je me tins donc dans un *juste milieu,* qu'on me passe l'expression.

Le malade, étant couché dans son lit, je fis sur le trajet du vaisseau une incision de 8 centimètres d'étendue environ : dans ce point, l'artère était placée assez profondément ; d'ailleurs, le malade avait un certain embonpoint. L'opération ne présenta pourtant aucune complication ; en quelques minutes, l'artère fut mise à découvert, isolée et soulevée dans la courbure d'une aiguille de Deschamps ; je fis constater à mes confrères que c'était bien l'artère, et l'artère seule, que j'avais saisie en retirant l'aiguille ; j'entraînai sous l'artère un ruban de trois-fils, et par un double nœud fortement serré, je liai le vaisseau ; pendant l'opération, une seule artériole donna un peu de sang, mais ne nécessita pas même de ligature.

Je procédai ensuite au pansement : je réunis la plaie de l'opération par première intention ; j'enlevai la suture que j'avais appliquée sur la plaie extérieure. Je fis envelopper le membre de sacs de son bien chauds. Je revis le malade quatre heures après l'opération, et j'eus la satisfaction de constater que, sous l'influence des applications chaudes, le membre opéré avait une température presque normale ; le pied n'était pas engourdi, seulement, l'ensemble présentait cette *pâleur* presque cadavérique qu'on observe ordinairement à la suite de l'oblitération des principaux vaisseaux.

Après l'opération, il n'y a eu à signaler aucun phénomène sérieux ; la plaie de l'opération s'est réunie, moins toutefois l'ouverture qui donnait passage au ruban de fil ; l'épanchement de sang a disparu avec une rapidité incroyable, la suppuration de la plaie primitive a été toute superficielle ; après le quatrième jour, tous les moyens artificiels ont pu être supprimés pour maintenir la chaleur dans le membre ; le dix-huitième jour, la ligature est sortie d'elle-même, et trois jours après, la cicatrisation était complète ; dès le mois de mai, cet homme a pu reprendre ses occupations et se livrer impunément aux travaux les plus pénibles.

Ce fait m'a paru présenter de l'intérêt sous plusieurs rapports, dans un moment surtout où une méthode nouvelle a semblé un instant bannir de la pratique chirurgicale la ligature des artères ; j'ai cru opportun de démontrer, par l'exposé de ce fait, que si, dans quelques cas particuliers, le perchlorure de fer a produit de beaux résultats, la ligature, de son côté, procure des guérisons aussi promptes, par des moyens plus sûrs et peut-être moins dangereux.

THÉRAPEUTIQUE.

Glossalgie intermittente,

Par M. Buisson.

Les recherches de l'auteur ne lui ont fait trouver aucun fait qui eût de l'analogie avec celui qu'il a observé, et dont voici les circonstances principales. Une femme de 33 ans, sans enfants, d'un tempérament lymphatique et très-nerveux, jusque-là bien portante, fut atteinte le 9 juillet 1853, vers une heure et demie de l'après-midi, d'une horripilation légère sur la portion radiale de l'avant-bras gauche, qui dura à peine quelques minutes ; à ce sentiment douloureux succéda celui de piqûres sur l'extrémité de la langue. Un goût poivré très-désagréable se fit également sentir ; la salive était abondante et s'écoulait par les commissures des lèvres ; la déglutition était difficile. Si la malade essayait de parler, elle mordait involontairement sa langue, dont le volume ne permettait pas qu'elle restât complétement renfermée derrière l'arcade dentaire inférieure. Vers neuf heures du soir, toutes ces souffrances diminuèrent et disparurent. Les jours suivants, les mêmes symptômes se reproduisirent avec une régularité parfaite. M. Buisson, consulté, ordonna, le jeudi (6e jour), des pilules ainsi composées :

℞ Valérianate de quinine. . . .	0,40	centigr.
Extrait mou de quinquina. .	0,50	—
— de belladone. . . . } — de jusquiame. . . . }	0,02	—
— gommeux d'opium. .	0,05	—

pour six pilules à prendre avant l'accès. Il était trop tard ce jour-là pour que la malade pût les prendre toutes ; aussi l'accès ne fut-il conjuré qu'en partie. Le vendredi, même prescription, l'accès fut infiniment moindre ; le samedi, continuation des pilules, point d'accès ; dimanche et lundi, trois pilules chaque jour par précaution. A dater de cette époque, la santé redevint parfaite. (*Journal de méd. de Bordeaux et revue thérap. du Midi.*)

Essence de térébenthine, par la méthode iatraleptique,

Par M. le Dr Élie Bellencontre.

Frictions sur la colonne vertébrale d'abord, et ensuite sur tout le corps. A l'intérieur, eau chaude sucrée avec addition d'environ 20 gouttes d'essence de thérébenthine. On continue ce traitement jusqu'à ce que la peau soit rubéfiée et la réaction obtenue. Dans un cas dont l'auteur rapporte l'histoire, cas des plus graves, la dose de l'essence employée a été de 250 grammes pendant l'intervalle de quatre à cinq heures.

« Le premier effet que produit cette essence, dit M. Bellencontre, et qui est instantané, est un sentiment de chaleur, même de cuisson, qui se répand promptement par toute l'économie, surtout quand les frictions sont administrées avec persévérance et avec rapidité. Ces frictions térébenthinées ont, entre autres propriétés, celle d'agir immédiatement sur la circulation et de la favoriser, d'empêcher la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, où il se noircit et devient impropre aux fonctions plastiques, d'activer la circulation dans le système veineux, et de reporter vers l'appareil circulatoire central ce sang altéré, qui de là va se vivifier dans les organes de l'hématose ; de plus, ces frictions restituent à l'organisme les fonctions plastiques et ramènent ainsi la production du calorique, suspendue en partie chez les sujets cholériques. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. Frère, ancien pharmacien aux ambulances de la Garde impériale, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— En annonçant que la Société de chirurgie a décerné à M. Desgranges le prix sur la question du traitement des varices, nous avons omis d'ajouter qu'elle avait accordé une mention honorable à M. Valette, également chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— Nous prions ceux de nos lecteurs qui auront quelques renseignements à nous demander, de vouloir bien nous mettre à même de leur répondre directement, pour nous éviter de publier dans le journal des explications qui prendraient de la place en pure perte pour les lecteurs que ces explications ne concerneraient pas.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 86. 2e année. Jeudi 20 Juillet 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 19 Juillet 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Quelque prévue que fût la nomination de M. Barth, la majorité immense qu'il a réunie au premier tour de scrutin a été presque un événement ; cette majorité a produit une de ces sensations profondes et bienfaisantes que laissent après elles les bonnes actions ; elle a prouvé que, même dans les Académies, quoi que en aient dit des esprits par trop pessimistes, les caractères purs de toute intrigue peuvent arriver triomphalement à leur place, quand ils ont pour appui un talent au-dessus de toute contestation. L'Académie, en s'associant M. Barth, n'a pas donc fait seulement un acte de justice, elle a fait, nous le répétons, une bonne action, qui encouragera les jeunes travailleurs à imiter un modèle qui, sous tous les rapports, mérite d'être imité. Au reste, l'Académie sera la première à profiter de ce qu'elle a fait, car personne n'aurait pu lui apporter, en anatomie pathologique, un plus grand tribut de lumières que M. Barth, et personne, nous n'hésitons pas à le proclamer d'avance, ne mettra plus de zèle à l'accomplissement de ses devoirs.

Avant de procéder à cette nomination, l'Académie a entendu un très-bon Mémoire d'un homme qui en produit beaucoup trop rarement, de M. Blache. Nous aurons à revenir sur ce très-intéressant travail.

Après la nomination, la parole a été donnée à M. Bonnafont sur la discussion ouverte depuis plusieurs séances ; mais l'Académie, tout entière à la satisfaction que lui causait l'élection nouvelle, s'est abandonnée aux conversations particulières, et la séance a été levée au milieu de l'inattention générale. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 10 Juillet.

Cette séance ne nous a offert d'intéressant que la communication d'un honorable ecclésiastique de Boulogne-sur-Seine, qui a communiqué à l'Académie trois observations des plus curieuses de surdi-mutité guérie par l'emploi d'un corps propre à mettre en vibration les parties solides du crâne. Ces observations, toutefois, auraient gagné à être exposées avec plus de détails. Ce n'est pas que les faits signalés par l'honorable abbé soient aussi nouveaux dans la science qu'il semble le croire. On sait, au contraire, que les faits de cette nature formaient la base du Rapport fait il y a un an à l'Académie de médecine, et que M. Blanchet a depuis longtemps proposé et mis en pratique des moyens semblables à ceux qu'a employés avec succès M. l'abbé.... Mais sa communication n'en aura pas moins une grande utilité, si, comme il est probable, elle parvient à provoquer de la part de l'Académie des sciences un Rapport dans lequel pourront être abordées et résolues des questions, qui n'ont pu sortir de la discussion de l'Académie de médecine qu'entourées d'une obscurité répandue avec et sans intention sur tout le sujet par des orateurs incompétents ou mal inspirés. Nous ne saurions donc trop engager M. l'abbé.... à solliciter un Rapport qui peut avoir la plus grande comme la plus heureuse influence sur l'éducation des sourds-muets. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Hydrocèles spermatiques.

L'hydrocèle est une maladie commune, mais il en est peu qui présentent un aussi grand nombre de variétés, d'ailleurs très-intéressantes. Depuis longtemps, on savait que, dans certains cas, le testicule, au lieu de faire partie de la tumeur, se trouve isolé et forme une petite saillie surajoutée à la masse principale : c'est là l'hydrocèle dite du cordon. L'observation a montré, de plus, que le liquide évacué par la ponction présentait des caractères différents de ceux que l'on rencontre dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. Au lieu d'un liquide transparent, citrin, c'est, le plus souvent, un liquide blanc, transparent, très-brillant. Dans quelques cas très-rares, c'est un liquide lactescent : c'est alors la variété des kystes du cordon désignée sous le nom d'hydrocèle spermatique. Cette variété, observée aujourd'hui par tout le monde, a été mentionnée par Curling, dans un appendice à son grand ouvrage sur les *Affections du testicule.* M. Gosselin, puis M. Sédillot, ont depuis, et le plus souvent, parfaitement étudié ce point de pathologie. J'ai eu cette année l'occasion d'observer cette maladie, et je me suis appliqué à déterminer, autant que possible, la position précise du kyste, par l'épididyme au testicule et au cordon spermatique. Toutes les fois, j'ai constaté, d'une manière positive, que le kyste était en connexion avec au moins deux de ces organes, et partant toujours avec

l'épididyme. Toutefois, j'ai entendu dire à M. Velpeau qu'il avait observé des hydrocèles spermatiques dans la longueur du cordon, à une distance notable de l'épididyme et du testicule. S'il en est ainsi, je pense que c'est au moins l'exception.

Le plus souvent, et ainsi que M. Gosselin l'a démontré anatomiquement, le kyste occupe l'intervalle compris entre le bord postérieur du testicule et le corps ou la tête de l'épididyme. Dans la 2e observation, l'hydrocèle nous a paru occuper l'espace qui sépare l'épididyme du cordon. Ces relations avec l'épididyme donnent aux hydrocèles spermatiques un caractère que nous ne retrouvons pas dans les kystes du cordon ; c'est une fixité absolue, tandis que ces derniers jouissent d'une grande mobilité.

Les kystes spermatiques sont ordinairement peu volumineux, et, dans presque toutes les observations, on note que le kyste avait à peu près les dimensions du testicule ; si bien que le malade semblerait avoir deux testicules dans la même bourse.

Quant à l'état des animalcules, les observations qui suivent montrent qu'ils sont bien conformés, mais que toujours ils semblent privés de mouvements, quoique, dans tous les cas, le liquide ait été examiné immédiatement après la ponction.

1re *Observation.* — Salle Sainte-Vierge, lit 22. — Butet, âgé de 61 ans, journalier. Cet homme est bien constitué, n'a jamais eu d'affection vénérienne. Il raconte que sa maladie remonte à vingt années. A la suite d'une contusion des bourses pendant une course à cheval, il a vu se développer simultanément une tumeur dans chaque bourse. Celles-ci ont augmenté graduellement sans causer la moindre douleur et en allant du testicule vers le canal inguinal, c'est-à-dire de bas en haut.

État actuel. — Les bourses, dont les téguments ont conservé leurs caractères normaux, ont augmenté de volume. Du côté gauche, on trouve une hydrocèle, qui remonte jusque dans le canal inguinal, mais qui laisse le testicule tout à fait indépendant. Du côté droit, au contraire, il y a également une tumeur transparente, kystique, mais en connexion évidente avec le testicule. Il est, en effet, très-facile de constater que le kyste est situé entre le corps du testicule et la tête de l'épididyme, qui est écartée. On peut, d'ailleurs, suivre l'épididyme depuis sa queue jusqu'à sa tête. Le cordon est normal. L'hydrocèle à gauche renfermait un grand verre de liquide transparent, argentin. A droite, la ponction a donné issue à quelques cuillerées de liquide lactescent, contenant des animalcules privés de mouvement.

L'injection iodée a été suivie d'une guérison radicale.

2e *Observation.* — Salle Sainte-Vierge, lit 12. — Catelle, âgé de 37 ans, broyeur. Ce malade, qui se porte ordinairement bien, prétend n'avoir eu qu'une gonorrhée il y a douze ou quinze ans ; il dit qu'il y a huit ou dix mois, il constata, pour la première fois, la présence d'une petite tumeur ayant le volume d'une petite noisette et occupant la partie supérieure du testicule gauche. Il affirme n'avoir reçu aucun coup, n'avoir subi aucun traitement, n'avoir jamais éprouvé la moindre douleur dans cet endroit ; en un mot, il ignore complétement la cause de sa maladie.

La petite tumeur a augmenté graduellement de volume jusqu'à ce jour.

État actuel. — Le malade semble avoir trois testicules ; en effet, du côté gauche, on voit deux tumeurs superposées, à peu près de même volume et de la même consistance. La tumeur inférieure est formée par le testicule ; elle est douée d'une sensation spéciale, ne laisse pas traverser les rayons lumineux ; la deuxième tumeur est transparente, a tous les caractères d'un kyste du cordon. Ses connexions sont les suivantes : elle est unie au testicule d'une manière fixe et par l'intermédiaire d'un corps notablement plus dur. Au bord postérieur du testicule, on trouve l'épididyme normal dans sa portion caudale, mais en le suivant vers sa tête, on le sent qui devient plus résistant et que c'est lui qui forme le trait d'union entre le testicule et le kyste. Quant au cordon, il part de l'épididyme, contourne la tumeur en arrière d'elle et un peu en dehors. D'après cela, il est évident que le kyste occupe l'espace compris entre l'épididyme et le cordon. La ponction donne issue à quelques cuillerées d'un liquide lactescent, renfermant au microscope un nombre considérable d'animalcules bien conformés, mais privés de mouvement (l'examen a été fait immédiatement).

Injection iodée : guérison.

3e *Observation.* — Salle Sainte-Vierge, lit 41. — Aubice charron, âgé de 55 ans. Cet homme paraît d'une forte constitution et n'a pas eu d'affection vénérienne. Il ignore la cause de sa maladie ; il signale cependant certains frottements sur les bourses, résultat de sa profession. Du côté gauche, il porte une hydrocèle de la tunique vaginale datant d'une année et ayant le volume du poing. A droite, tumeur du volume d'une grosse noix, occupant l'intervalle compris entre le testicule et la tête de l'épididyme. Dans ce dernier kyste, la ponction a démontré la présence d'un liquide contenant des zoospermes.

Injection iodée : guérison.

4e *Observation.* — Salle Sainte-Vierge, lit 35. — Hautier, cocher, âgé de 43 ans. Cet homme portait, depuis quinze ans, une hydrocèle volumineuse du côté gauche. En 1853, il en fut opéré par la méthode ordinaire, il guérit parfaitement. Plusieurs mois après, il nota du même côté deux nouvelles tumeurs et se présenta dans le service de M. Velpeau.

État actuel. — Le testicule gauche semble altéré dans sa forme, il est plus volumineux que de coutume et présente deux bosselures fluctuantes, non douloureuses. Ces bosselures sont indépendantes ; l'une est située en arrière du testicule, entre cet organe et la tête de l'épididyme ; l'autre occupe la partie inférieure du cordon dans le point où la queue de l'épididyme se recourbe pour former le canal déférent. La ponction donne issue pour la première à un liquide lactescent contenant des animalcules ; la deuxième, un liquide transparent et argentin.

Comme on peut le voir, l'un des kystes occupe la même position que celle mentionnée dans la 2e observation. Remarquons que l'un ne renfermait plus d'animalcules, tandis que l'autre en contenait un grand nombre.

La lecture des observations qui précèdent montre que les hydrocèles spermatiques reconnaissent quelquefois pour cause une violence extérieure, mais que, le plus souvent, elles se développent spontanément.

Quant à leur diagnostic, on peut, le plus souvent, le porter avant la ponction. La situation d'un kyste peu volumineux entre le testicule et l'épididyme est une grande raison de croire à l'existence d'une hydrocèle spermatique, surtout si la tumeur a succédé en une douleur vive survenue à l'occasion d'une violence ; toujours la tumeur est non mobile.

Les observations montrent également que ces hydrocèles guérissent comme toutes les autres, par l'injection de teinture d'iode ; aussi serait-on tenté de nier, au moins pratiquement, l'utilité d'un diagnostic précis. Toutefois, si l'on remarque que toujours ces kystes ont des rapports avec l'appareil excréteur du sperme ; que, par leur présence, ils peuvent gêner la circulation de ce liquide, on comprendra l'utilité d'un diagnostic précis. Nous avons vu que c'est le plus souvent, si ce n'est toujours, entre le testicule et la tête de l'épididyme que se développait le kyste ; l'accroissement de celui-ci a pour résultat forcé l'écartement de la tête de l'épididyme et par suite l'allongement des vaisseaux efférents du testicule, et, en définitive, leur rupture.

A propos du traitement de l'hydrocèle, je dirai deux mots de l'emploi du collodion dans cette maladie. Depuis bien longtemps, on a préconisé la compression comme moyen de favoriser la résorption du liquide épanché après l'injection. M. Velpeau a, dans cette intention, employé plusieurs fois le collodion. L'observation a démontré que ce moyen était peu efficace, que le collodion avait surtout pour résultat de constituer pour les bourses un excellent suspensoir.

Un moyen excellent de hâter la guérison des hydrocèles, serait d'empêcher la reproduction du liquide après l'injection. Déjà, dans sa *Médecine opératoire*, M. Velpeau propose de comprimer le scrotum pour empêcher la reproduction du liquide.

La compression des bourses est difficile par les moyens ordinaires; peut-être, en appliquant le collodion immédiatement après la ponction et l'injection, arriverait-on au résultat que la théorie indique. Déjà, dans le service de M. Velpeau, nous avons vu guérir complétement des hygromas du genou, traités par la compression au moyen du collodion, après évacuation du liquide et sans injection. F. DOLBEAU, *interne du service.*

Hôpital des Enfants malades. — M. BLACHE.

Remarques et observations sur le pemphigus héréditaire.

En 1807, Jacquemin, faisant partie du Conseil de recrutement pour la ville de Paris, eut à examiner un conscrit qui se présentait dans les conditions suivantes :

Ce jeune homme offrait, aux pieds, aux cuisses et aux mains, « des ampoules séreuses semblables à celles que produit le vésicatoire ou la brûlure. » Ces ampoules, remplies d'une sérosité limpide, avaient de 8 à 10 lignes de diamètre, et, sur diverses parties du corps, principalement aux mains, l'épiderme avait conservé une coloration jaunâtre, indiquant le siége de semblables ampoules, développées précédemment et actuellement en voie de guérison.

La première pensée qui vint à l'esprit des membres du Conseil, ce fut que cette prétendue maladie était artificielle : aussi, Jacquemin et le président du Conseil furent-ils d'avis de s'entourer de toutes les précautions capables de faire éviter une mystification.

Cependant, le jeune homme affirmait qu'il était atteint de cette maladie depuis sa naissance, mais qu'elle ne l'empêchait pas de se bien porter d'ailleurs, et que jamais même il n'avait tenté aucun remède pour la guérir. Puis il ajouta que cela l'inquiétait d'autant moins que sa mère en était également atteinte sans en souffrir davantage, ainsi que son jeune frère.

On fut aussitôt d'avis de faire venir la mère : celle-ci présenta en effet, sur différents points du corps, des ampoules semblables à celles de son fils. Elle déclara que jamais elle n'en avait souffert autrement que comme d'une incommodité; qu'elle tenait cette maladie de sa mère, et que, sur quatre enfants qu'elle avait eus, elle n'avait pu élever que les deux sur lesquels les ampoules étaient sorties, attribuant la mort des deux autres au défaut d'éruption de la maladie.

Le Conseil ne s'en tint pas là, il voulut voir le jeune enfant dont son frère et sa mère avaient parlé. Il fut en effet amené, et l'on put constater sur lui le même développement d'ampoules.

Jacquemin, rapportant ce fait singulier d'un pemphigus, maladie réputée si grave, se présentant avec des caractères si inoffensifs, termine en disant (1) : « Si les caractères assignés au pemphigus par les auteurs qui en ont traité ne nous permettent pas de douter que la maladie de la famille *Falaise* ne soit elle-même un véritable pemphigus, du moins il résulte de nos recherches qu'aucun, jusqu'à ce jour, n'a connu le *pemphigus héréditaire habituel.* »

Malgré les garanties dont l'auteur de cette remarquable observation s'était entouré avant de l'insérer dans les annales de la science; malgré toute l'autorité attachée à son nom, à peine s'il fut jugé digne de créance, tant était extraordinaire l'anomalie encore inouïe dont il embarrassait l'histoire du pemphigus.

Si bien que Gilibert, rédigeant, cinq ou six ans plus tard, sa *Monographie du pemphigus*, où il trace de cette maladie un tableau plus précis qu'aucun de ses devanciers, ne peut se décider à faire entrer en ligne de compte l'histoire en question; et voici comment il s'exprime à ce sujet :

« La précaution qu'a prise M. Jacquemin pour s'assurer que cette maladie n'avait pas été produite artificiellement doit dissiper les doutes qu'on pourrait concevoir sur son origine. Cependant cette affection offre des caractères si différents de ceux que présente le pemphigus chronique, qui dans aucun cas ne s'est encore montré, ni *héréditaire*, ni *habituel*, que je crois devoir, non pas nier la réalité du fait, mais le présenter comme ayant besoin d'être appuyé par des faits analogues, pour qu'on puisse légitimement en conclure que le pemphigus est susceptible de se transmettre héréditairement et de dégénérer en affection aussi longue que la vie (1). »

(1) *Journal gén. de méd.*, t. 30, p. 264.

Depuis l'époque où ces lignes furent écrites, plusieurs faits de pemphigus inoffensif, habituel même, ont été signalés : mais je ne sache pas que le desideratum de Gilibert ait encore été comblé sous le rapport de l'hérédité.

Récemment encore, M. Saurel (2) signalait, parmi les marins employés au lavage du pont des navires, c'est-à-dire qui ont les pieds constamment en contact avec l'eau de la mer, une variété toute spéciale de pemphigus, qui se montre toujours avec la plus complète innocuité.

Et M. Cazenave parle d'un malade du service de Biett (3), qui était âgé de 30 ans, et qui, « depuis son enfance, était affecté d'un pemphigus, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, » sans que cela paraisse avoir troublé le moins du monde sa santé générale.

Dans l'état d'obscurité où se trouve encore l'histoire du pemphigus, peut-être l'observation suivante ne paraîtra-t-elle pas dépourvue d'intérêt. Nul doute que, jointe à d'autres faits analogues et réputés normaux, elle n'agrandisse le genre éminemment complexe du pemphigus.

Le 14 juin 1854, est entré dans le service de M. Blache (salle Saint-Jean, n° 35), un jeune garçon de 13 ans, C. Cam..., né à Chaumont (Meuse) et pâtissier aux Batignolles, se plaignant de courbature, de sueur et de fièvre. Le même état se prolongeant avec des intermittences, on administre quelques doses de sulfate de quinine, et, au bout de peu de jours, le malade peut se lever et manger.

C'est alors qu'on procède à une enquête sur l'état singulier de sa peau, dont on a été frappé le premier jour.

Il paraît d'abord étonné de l'attention qu'on met à cette exploration, et commence par déclarer que *ce n'est pas là une maladie,* qu'il a seulement *la peau tendre,* et que d'ailleurs sa mère et son frère sont dans le même état que lui. On s'assure en effet, plus tard, que sa mère est, depuis son enfance, sujette aux ampoules, et que, sur quatre enfants encore vivants, elle en a deux, l'aîné et le dernier, qui ont hérité d'elle cette singulière disposition.

Quoi qu'il en soit, voici dans quel état il se trouve actuellement et habituellement :

La peau du visage et du cou est intacte. Celle de la poitrine et du ventre est couverte, de plus en plus abondamment, à mesure qu'on descend, d'une multitude de petites taches comme cicatricielles, ridées, blanches, superficielles, et de grandeur variable, depuis les dimensions d'une lentille jusqu'à celles d'une petite pièce de monnaie.

Les mêmes apparences de cicatrices apparaissent sur le dos et aux fesses, où elles forment de très-larges taches confluentes.

Ces taches, qu'on retrouve en plus grande abondance sur les membres que sur le tronc, rappellent, sinon par leur forme et leur grandeur, du moins par leur couleur et leur nombre, les lignes cicatricielles qui couvrent le ventre des femmes mères.

A la pointe des deux coudes, ainsi qu'à la partie antérieure des genoux, c'est-à-dire sur le siége habituel du proriasis, on trouve trois ou quatre plaques rouges, arrondies et sillonnées de plis épidermiques, mais non recouvertes de squames. Ces plaques, de la grandeur d'une pièce de cinq francs au plus, ne présentent pas un contour très-nettement limité : elles se confondent par les points communs de leur circonférence, et se distinguent les unes des autres par les degrés divers de la coloration. Les unes sont d'un rouge très-vif, d'autres plus pâles, d'autres plus pâles

(1) *Monog. du pemph.* Paris, 1813.
(2) *Rev. thérap. du Midi*, 15 mai 1852.
(3) *Abr. prat. des mal. de la peau*, 4e édit., p. 205.

encore, si bien que, par gradations insensibles, on en voit qui se confondent complétement, par leur aspect, avec les taches blanches du tronc et de la continuité des membres.

C'est sur ces plaques rouges, non douloureuses, comme chagrinées à leur surface, que s'élèvent de temps en temps des bulles d'aspect rougeâtre, remplies d'une sérosité limpide, et n'occupant, en général, par leur base, qu'une partie de la plaque où elles se développent.

A la partie externe et supérieure du genou droit, en effet, on trouve une de ces bulles parfaitement caractérisées.

Sur les avant-bras, et surtout en avant du tibia, de semblables taches rouges, plus ou moins colorées, se succèdent jusqu'au poignet d'une part, et jusqu'aux malléoles de l'autre.

La face palmaire des deux poignets, ainsi que la face dorsale des doigts, est presque complétement couverte de ces stigmates rouges, présentant des débris épidermiques soulevés et déchirés. On croirait voir sur chaque doigt les suites d'innombrables tournioles en voie de guérison.

La face palmaire des mains est parfaitement saine, et le malade affirme que jamais, en effet, il ne s'y forme d'ampoules.

Les ongles ont presque tous subi une altération fort singulière. Quatre seulement sont à peu près intacts. Deux semblent soulevés sur leur matrice épaissie, de façon à être séparés, par un disque épais, de plusieurs millimètres, de la pulpe du doigt qu'ils revêtent. Deux autres n'adhèrent à la matrice que par leur extrémité supérieure, et s'avancent jusqu'au niveau de l'extrémité digitale sans adhérer à la phalange par leur face profonde : ce sont de véritables griffes plates, mais dépourvues de solidité. Enfin, les deux autres manquent complétement, ou du moins n'apparaissent qu'à l'extrémité supérieure de la phalange, sous forme de tubercules cornés grisâtres. La face postérieure de la phalange est recouverte d'une fine peau rouge, sur laquelle se dessinent quelques filaments qui rappellent l'aspect de la substance onguéale absente.

Une disposition tout à fait analogue se retrouve aux pieds. Plusieurs taches colorées entourent les malléoles, principalement les malléoles internes, et s'étendent à la face dorsale des pieds.

Les orteils sont moins affligés que les doigts, mais les ongles présentent, là comme aux mains, une déformation qui semble avoir pour type un décollement de la face profonde de ces appendices.

A ces taches, d'aspect assez uniforme, qui servent de base aux bulles de pemphigus qui s'y développent successivement (1), se joint un autre élément non moins extraordinaire : ce sont de petits amas de vésicules extrêmement ténues, profondes et persistantes, qui apparaissent soit sur les plaques elles-mêmes, soit sur une surface saine et parfaitement décolorée.

A la naissance des doigts de la main gauche, par exemple, se voient deux ou trois de ces petits groupes, moins grands qu'une pièce de 20 centimes, et composés d'une dixaine de petites vésicules blanches, recouvertes d'un épiderme très-épais et reposant sur une surface exempte de toute coloration.

Au contraire, à l'avant-bras du même côté, se voit un groupe analogue, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, rappelant parfaitement, par son aspect, une plaque d'herpès.

Enfin, on aperçoit çà et là, surtout aux jambes, de semblables amas de vésicules, ou bien des vésicules isolées, siégeant au beau milieu de l'une de ces plaques érythémateuses, destinées au développement des bulles.

Rien de tout cela ne cause au malade ni douleur, ni chaleur, ni démangeaison.

Que si l'on cherche à savoir comment toutes ces altérations dans la couleur et dans la vitalité de la peau se développent, on apprend, tant du malade lui-même que de sa mère et de son frère, que les choses se passent invariablement de la manière suivante :

A la suite d'un coup, d'une piqûre, ou de toute autre lésion insignifiante, souvent même sans raison appréciable, la peau devient rouge sur une surface plus ou moins étendue. Cette rougeur persiste, et, tôt ou tard, il s'y élève une ampoule qui, au bout de deux ou trois jours, se crève ou se dessèche, laissant un épiderme fendillé, ridé et plissé, comme s'il était trop étendu pour la surface qu'il recouvre. Puis cette rougeur persiste encore plusieurs semaines, donnant lieu à des poussées successives de bulles de pemphigus. Enfin, ces taches pâlissent insensiblement, conservent un aspect de cicatrice, et sont remplacées par d'autres.

Et cela se passe absolument de la même façon, avec le même aspect et sur le même siége, sur la mère, qui est âgée de 40 ans, et sur les enfants, qui en ont l'un 13 et l'autre 19.

Il n'y a pas jusqu'à la déformation des ongles, qui est encore la même chez ces trois malades, et qui manque entièrement sur les deux autres enfants dépourvus de l'héritage maternel.

Lorsque le frère aîné de notre malade se présenta lui-même à notre examen, il offrait non-seulement cette déformation des ongles, ces plaques érythémateuses et ces taches essentielles, mais aussi une large bulle à parois transparentes, et remplie d'une sérosité légèrement sanguinolente. Cette bulle occupait la partie antérieure de la rotule, et laissait voir, dans son voisinage, les débris épidermiques de celles qui l'avaient précédée.

Quant à la mère, elle ne s'est jamais présentée à l'hôpital, mais la description que font ses enfants de son état habituel ne permet pas de douter qu'il diffère du leur.

En remontant aux ascendants de la famille, nous apprenons que la grand'mère de notre malade, par sa mère, portait la même affection, et que deux sœurs et deux frères de cette même grand'mère en étaient également atteints.

Cependant, la grand'mère est morte à 45 ans ; de ses deux sœurs, l'une a vécu 48 ans, et la seconde, encore vivante, a atteint sa 68e année. Ses deux frères vivent encore : le premier ayant 65 ans et l'autre 72.

Enfin, au dire des deux jeunes gens que nous pouvons seuls interroger, la plupart de leurs cousins par la ligne maternelle sont, comme eux, sujets aux ampoules et à toutes les autres lésions dont ils sont eux-mêmes affligés.

Somme toute, c'est là un état pathologique de la peau aussi habituel et aussi héréditaire que possible, apparaissant dès les premiers temps de la vie, n'altérant en rien la santé, n'abrégeant pas non plus la durée de l'existence, frappant presque tous les membres d'une même lignée, et justifiant pleinement la désignation de *pemphigus héréditaire habituel*, sous laquelle il fut indiqué pour la première fois par Jacquemin, en 1807.

Ch. Mahieux.

(1) M. Rayer rapporte l'observation d'un malade atteint de pemphigus, chez lequel, également, les bulles ne s'élevaient que sur des plaques érythémateuses préexistantes.

JOURNAUX ITALIENS.

Double calcul urinaire chez une petite fille de 5 ans. — Ecrasement et extraction en une seule séance. — Guérison.

Quoique les cas de cette nature ne soient pas rares, celui-ci ne laisse pas que d'offrir de l'intérêt. Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, qui, depuis l'âge de 3 ans, accusait, en urinant, des douleurs excessivement vives, accompagnées d'hématurie, devenues, depuis un an, insupportables, au point de ne laisser de repos à l'enfant ni le jour ni la nuit ; ces douleurs étaient même provoquées par la marche. Depuis quelque temps, en outre, l'émission de l'urine ne pouvait plus se faire que goutte à goutte, et avec des souffrances inouïes.

Amenée à l'hôpital Saint-Maurice, le docteur Borelli confirma, par son examen, le diagnostic du médecin de la famille, qui avait annoncé l'existence d'un calcul ; en effet, en introduisant une sonde métallique dans le canal de l'urètre, il constata immédiatement la présence du calcul tout près du méat. Nul doute que ce corps étranger ne fût la cause de le strangurie qui accom-

pagnait si cruellement l'émission de l'urine, puisque, pour sortir, ce liquide était obligé de se frayer un passage douloureux et forcé entre le calcul et la paroi inférieure du canal.

Profitant de l'extensibilité naturelle de l'urètre et de sa dilatation mécanique produite par le calcul lui-même, le docteur Borelli voulut tenter de l'extraire au moyen d'une pince à polype. D'après l'écartement des mors, ce calcul offrait un diamètre de 1 centimètre 1/2, c'est-à-dire le volume d'une petite noisette. Désireux de l'extraire entier, sans recourir à aucune incision, le chirurgien exerça sur lui des tractions méthodiques et modérées qui ne l'amenèrent pas et qui le brisèrent. Il fallut recourir à la curette articulée de Leroy d'Étiolles, dont malheureusement l'articulation se brisa sous les efforts tentés pour extraire le fragment le plus volumineux. Force fut alors de substituer à cet instrument une pince, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine et de difficultés qu'on parvint à extraire ce premier fragment. Le canal fut ensuite exploré, et l'on rencontra, vers sa partie la plus profonde, en avant même du col de la vessie, un deuxième calcul. En cherchant à le saisir, il fut repoussé dans la vessie, où néanmoins il put être saisi; il offrait le même volume que le premier, et fut brisé par les manœuvres mêmes opérées pour son extraction, dans le trajet du canal. M. Borelli put en extraire successivement tous les fragments, et l'opération fut ainsi terminée en dix ou douze minutes. Une injection fut ensuite poussée dans la vessie, afin d'en expulser les moindres débris qui auraient pu rester, comme aussi pour s'assurer, par une exploration minutieuse, qu'il n'y avait aucun autre calcul. La petite malade rendit naturellement elle-même le liquide de l'injection, et se mit à marcher comme elle n'avait pu le faire depuis plusieurs mois. Elle fut renvoyée quelques heures après chez elle. Un mois après cette opération, le médecin de la famille donnait à M. Borelli les nouvelles les plus satisfaisantes de cette enfant, qui n'avait plus rien ressenti du côté de la vessie, et dont les fonctions urinaires étaient parfaitement rétablies.

Cette observation offre ceci d'intéressant sur celles du même genre rapportées par d'autres auteurs, que l'expulsion du calcul a été ici opérée par l'art, au lieu de l'être par les contractions naturelles et la dilatation des voies urinaires, comme on le voit dans les cas cités par Eister, Velpeau, les deux Cooper et d'autres, dans lesquels les malades avaient rendu naturellement des calculs, même plus volumineux.

A ce sujet, le docteur Borelli passe en revue les différents procédés imaginés et mis en pratique pour l'extraction, sans opération sanglante, des corps étrangers de la vessie et de l'urètre, tels que : la dilatation forcée de l'urètre, pratiquée il y a environ deux siècles par Toleto, à l'aide d'un instrument d'acier composé de deux branches mâle et femelle, entre lesquelles il faisait glisser le doigt ou des pinces : cet instrument a subi depuis diverses modifications; la dilatation lente, graduée, progressive, au moyen de substances capables d'acquérir plus de volume sous l'influence de l'humidité, l'éponge préparée, la racine de gentiane desséchée, par exemple, introduites dans le canal de l'urètre. Ce procédé est dû à Douglas et a été perfectionné par d'autres. Repris en sous-œuvre, dans ces derniers temps, par Astley Cooper, qui a publié, de 1817 à 1822, une série de Mémoires sur *l'extraction des calculs vésicaux sans recourir à l'instrument tranchant*, le procédé de Douglas a eu d'heureux résultats entre ses mains, puis il l'a abandonné à cause des nombreux inconvénients que lui a offerts le séjour permanent de ces corps dans le canal, et lui a substitué d'autres instruments, entre autres, une espèce de spéculum, analogue au spéculum de l'anus et de la bouche, à l'aide duquel il est parvenu à extraire d'assez gros calculs. D'abord, Astley Cooper maintenait préalablement cet instrument appliqué pendant plusieurs heures avant d'en venir à l'extraction du calcul; il se décida ensuite à opérer la dilatation en quelques minutes, et arriva au même but. En thèse générale, ce chirurgien célèbre recommande d'employer la dilatation forcée quand on a affaire à de petits calculs, et de recourir à la dilatation progressive quand il s'agit de calculs volumineux.

Dans l'observation qui précède, le docteur Borelli a eu recours, comme on a pu le voir, à la combinaison de ces deux procédés. G. Vignolo, *D. M. P.*

(*Gazetta med. di Stati Sardi.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Trisulfure de potasse (foie de soufre),

Par M. le Dr de Fromentel (de Gray).

Ce médecin assure avoir obtenu de nombreux succès de la préparation suivante :

℞ Foie de soufre.	50	grammes
Eau distillée.	50	id.

Faites dissoudre, filtrez, et conservez dans un flacon bouché à l'émeri.

Quant à la manière d'administrer le remède, nous allons laisser parler l'auteur :

« Employez cette solution à la dose d'une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau de menthe, dont on fera prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant l'âge et la force du sujet, et l'intensité de la maladie.

« Sous l'influence du sulfure de potasse, employé seul, j'ai vu les vomissements cesser, les selles blanches s'arrêter, les crampes et la cyanose, qui était complète, disparaître; le pouls, devenu imperceptible, se relever rapidement; enfin le froid glacial de la peau faire place à une chaleur humide et de bon augure. Mais lorsque la réaction se manifeste, il faut suspendre l'emploi du sulfure ou le modérer suivant les circonstances, si l'on veut éviter les accidents qui peuvent être la suite d'une réaction trop énergique.

« Il peut arriver que le sulfure, rejeté par les vomissements, n'étant pas absorbé, ne puisse agir convenablement; il faut alors avoir recours au moyen dont s'est servi M. Julien, docteur-médecin dans notre arrondissement, et administrer au début 1 gramme, 1,20, et même 1,50 de poudre d'ipéca. Sous l'influence de ce médicament, un vomissement copieux est suivi d'un moment de repos, dont on profite pour administrer le sulfure. C'est cette méthode qui nous a procuré les succès les plus heureux et les plus inattendus.

« Le sulfure de potasse a été aussi administré sur du sucre, et a procuré les mêmes résultats.

« L'odeur forte et fétide de ce médicament, fait qu'il n'est pas facilement accepté par les malades et ceux qui les soignent; il a fallu tous les heureux résultats que nous avons obtenus, pour en répandre l'usage.

« J'ai déjà pensé à remplacer ce médicament par le sulfite de carbone, qui se donnerait à moins forte dose, ou par le sulfhydrate de soude cristallisé, qui n'a presque pas d'odeur; mais je n'ai pas eu le temps d'expérimenter ces deux médicaments. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Juillet 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillon d'une source minérale située à Alet (Aude);
2° Échantillon d'une source située à Sarcey (Rhône);
3° Échantillon d'une source située à Soulzbach (Haut-Rhin);
4° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Sclafer, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarreguemines;
5° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par MM. Allard, Godefroy et Gaillard, médecins des épidémies du département de l'Isère;
6° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Plessimètre.

M. Lecouppey fait hommage à l'Académie d'un plessimètre qu'on pourrait, suivant l'auteur, appeler *tympanoïde*. C'est une petite caisse en métal, destinée à renforcer les sons produits par la percussion.

Maladies de la prostate et de la vessie.

M. Leroy-d'Étiolles adresse une nouvelle réclamation relative aux affections de la vessie et de la prostate.

Rapports arriérés.

M. de Lignerolles se plaint qu'on n'ait pas encore fait de rapport sur une observation d'opération césarienne, et sur une nouvelle méthode pour opérer les hernies. M. Laugier est rapporteur de la commission nommée pour examiner cette dernière communication.

Choléra.

Formule contre le choléra, par M. Naudier, pharmacien à Faye-Billet (Haute-Marne).

M. Goupil, de Nemours, informe l'Académie que le choléra a envahi cette ville pour la troisième fois.

Asthme.

M. le docteur Frary, médecin à Tracy (Oise), informe l'Académie qu'il emploie contre l'asthme le datura stramonium qu'il fait fumer *d'une manière toute particulière.*

LECTURES.

Emploi de la gymnastique contre la chorée.

M. Blache lit sur ce sujet un Mémoire que nous publierons plus tard.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

Au premier tour de scrutin, les suffrages se répartissent ainsi :

Nombre de votants, 73. — Majorité, 37.

M. Barth.	65 voix.
M. Beau.	5
M. Moreau (de Tours)) .	2
M. Ménière.	1

En conséquence, M. Barth est élu membre de l'Académie ; sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

La parole est donnée à M. Bonnafont, qui lit quelques remarques au milieu de l'inattention générale.

La séance est levée à 4 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Juillet 1854. — Présidence de M. Combes.

Transmission des sons par l'intermédiaire des corps solides.

M. l'abbé Le Cot, curé de Boulogne-sur-Seine, adresse la Note suivante :

« Frappé depuis longtemps de la difficulté qu'éprouvent les sourds-muets à se faire comprendre dans les usages ordinaires de la vie, et considérant qu'ils peuvent presque tous entendre quelques sons, j'ai cherché le moyen d'utiliser cette aptitude en profitant de ce phénomène connu, que le son est transmis d'une manière bien plus énergique par les corps solides que par les gaz. Le résultat a dépassé mes espérances.

« Voici le moyen que j'emploie. Je prends un porte-voix ordinaire, fait en zinc ou en fer-blanc, j'en fais saisir entre les dents, par le sourd-muet, l'extrémité à petit diamètre et j'articule les sons distinctement, mais sans effort, en plaçant ma bouche au centre du pavillon. Obligé, pour appliquer ce procédé à un grand nombre de sujets, de le faire connaître aux personnes naturellement chargées des enfants, je l'avais décrit dans un paquet cacheté que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, et qu'elle a bien voulu recevoir dans sa séance du 20 mars dernier; j'ai su depuis qu'Itard, longtemps avant moi, avait eu la même idée et l'avait publiée dans son ouvrage; mais, comme les résultats obtenus d'après les indications fournies par ce savant médecin paraissent avoir été peu importants, puisque sa méthode a été complétement abandonnée; que ceux qu'il m'a été donné d'obtenir sont, au contraire, très-marqués, je crois pouvoir m'adresser à l'Académie pour lui soumettre le résultat de mes travaux.

« J'ai essayé ce procédé déjà sur un assez grand nombre d'enfants, certainement plus de vingt, et presque tous ont immédiatement répété les sons qu'on leur faisait entendre; mais trois enfants pauvres ont été spécialement l'objet de mes efforts.

« Le premier, Aimée Rollet, jeune fille âgée de 10 ans, sœur de trois autres sourds-muets, sourde de naissance, n'ayant reçu aucune espèce d'instruction et n'articulant aucun son, a été soumise à ce procédé au mois de février dernier; aujourd'hui elle épelle, écrit tous les mots qu'on lui dicte et prononce un bon nombre de mots usuels; l'intelligence de cette enfant s'est considérablement développée depuis le commencement de ces exercices; le sens de l'ouïe s'est tellement amélioré, qu'on peut aujourd'hui lui faire entendre tous les mots qu'elle connaît sans l'aide du porte-voix, et qu'elle perçoit des sons tout à fait inattendus, tels que celui d'une sonnette éloignée.

« Le deuxième, Hérit, garçon de 10 ans, également sourd de naissance, dans les mêmes conditions d'instruction que le premier, soumis au mois de mars dernier à ce procédé, m'a donné les mêmes résultats ; il parle mieux que le précédent, mais écrit moins bien, ce qui paraît tenir à ce qu'il a moins d'intelligence.

« Enfin le troisième, Eugène Rollet, âgé de 8 ans et demi, frère du premier sujet, a commencé à suivre les exercices à la fin de mai ; aujourd'hui, il lit l'alphabet et articule déjà un certain nombre de mots.

« Je ne crois pas, monsieur le président, parvenir ainsi à faire entendre des enfants absolument sourds, cette prétention serait ridicule; mais je crois fermement qu'on peut ainsi considérablement développer le sens de l'ouïe, et qu'on parvient, après un certain temps, à faire entendre, sans le secours du porte-voix, des phrases entières à des enfants qui d'abord paraissaient ne percevoir aucun son. Les méthodes savantes employées avec tant de zèle et de dévouement à l'Institution des Sourds-Muets pour apprendre à ces malheureux enfants à articuler les sons, réussissent, il est vrai, mais d'une manière imparfaite : on parvient à les faire parler, mais sans qu'ils aient conscience des sons qu'ils émettent; il en résulte, d'abord, que les élèves ont besoin de faire un grand effort d'attention et d'intelligence qui n'est pas à la portée de tous; il en résulte ensuite que, ne comprenant pas parfaitement ce qu'ils font, sortis de l'école et rentrés dans la famille, lorsqu'ils en auraient le plus besoin, ils s'en dégoûtent, ne s'exercent pas et oublient; il en résulte, enfin, que les sons qu'ils rendent sont souvent faux et discordants, sans qu'ils puissent même concevoir le vice de leur prononciation.

« Si je ne m'abuse pas sur la valeur du procédé que j'emploie, il pourrait, entre les mains des personnes exercées dans l'art si difficile d'instruire les sourds-muets, venir puissamment en aide aux méthodes actuellement en usage, et abréger considérablement le temps des études; mais, de plus, il peut être appliqué par les personnes les plus étrangères à l'éducation des sourds-muets, de sorte que la mère peut commencer elle-même l'éducation de son enfant, et l'instituteur primaire la continuer.

« Mais, pour qu'une méthode autrefois essayée, puis presque immédiatement abandonnée, puisse être reprise, il faut qu'elle soit sanctionnée par une autorité irréfragable ; voilà pourquoi, monsieur le président, je viens m'adresser à vous.

« J'ai l'honneur de demander que l'Académie veuille bien nommer dans son sein des commissaires qui constatent les résultats déjà obtenus, qui m'indiquent les expériences qu'ils jugeront utile de faire sur des sujets entièrement neufs, et qui puissent ainsi formuler leur opinion sur cette intéressante question. Je regarderais comme une faveur que l'Académie voulût bien accueillir ma demande, et je me mettrais entièrement à la disposition des commissaires qu'elle aurait nommés. »

Une commission, composée de MM. Rayer, Velpeau et Bernard, est invitée à se mettre en communication avec M. l'abbé Le Cot, de manière à pouvoir répéter les expériences et à en faire l'objet d'un Rapport à l'Académie.

CORRESPONDANCE.

Une réclamation de M. Gallard,

interne des hôpitaux, vice-président de la Société médicale d'observation.

Tu l'as voulu, Georges Dandin....

M. Gallard, dont nos lecteurs ignorent le nom, que nous ne connaissons guère plus qu'eux, et à qui il ne nous était jamais arrivé de songer, a eu la fantaisie de nous écrire il y a quelques jours :

1° Pour faire beaucoup de malice et un peu d'esprit ;

2° Pour s'appliquer la qualification de subalterne, tout en attachant à cette dénomination une signification injurieuse ou peu s'en faut ;

3° Pour revendiquer la responsabilité de la 4e observation, publiée par M. Valleix, et dont j'avais cru indispensable de faire la critique dans ma lettre à M. le professeur Velpeau ;

4° Pour prouver que cette observation est concluante, excellente, et tout à fait digne de la Société dont M. Gallard s'intitule ***vice-président.***

Considérant :

1° Que ledit M. Gallard n'avait réussi qu'à faire assez peu de malice et point du tout d'esprit ;

2° Que la qualification de subalterne n'a jamais passé pour une injure, puisqu'il y a eu des héros subalternes, et qu'on peut être, quoique subalterne, un homme fort intelligent, moyennant qu'on fasse convenablement son service ;

3° Qu'il ne pouvait y avoir aucun profit à revendiquer la responsabilité d'une mauvaise observation ;

4° Que les additions et explications dudit M. Gallard, loin d'améliorer la 4e observation de M. Valleix, en renforçaient, au contraire, le ridicule ;

Considérant, en outre, que M. Gallard prenait dans sa lettre le titre d'interne des hôpitaux et de vice-président de la Société médicale d'observation, deux institutions qui ont droit à toutes mes sympathies, à tous mes respects ; qu'il m'est toujours très-pénible de mettre à nu les faiblesses d'un de leurs membres ;

J'avais cru devoir refuser la lettre de M. Gallard, pour m'éviter la dure nécessité de lui prouver qu'en l'écrivant, il avait manqué de bon goût, de logique, d'instruction et de français.

Puisqu'il m'a imposé cette tâche pénible en publiant sa lettre dans l'*Union médicale,* je vais m'en acquitter le plus brièvement et le plus onctueusement possible.

M. Gallard croit que, pour devenir maître en médecine ou en chirurgie, il faut être décoré du bonnet de docteur ; cela prouve qu'il ne connaît guère mieux l'histoire de la médecine que celle de la menstruation : sans remonter plus haut, MM. Peysse et Littré n'ont pas encore quitté le ***tablier,*** suivant le vocabulaire de cuisine de M. Gallard, et le candidat perpétuel à la présidence de la République, le célèbre docteur Watbled, est un niais proverbial, affublé du bonnet dont M. Gallard pourra se coiffer quand il lui plaira.

M. Gallard déclare qu'il n'a publié que des résumés d'observations, et qu'il a écrit pour des *gens* intelligents, ce qu'il reconnaît avoir eu grand tort de faire. C'est toujours un bon sentiment que de supposer des qualités à son prochain, et il est fâcheux que ce sentiment ne soit pas plus invétéré dans le cœur de M. Gallard, car il s'en est dépouillé bien facilement ; mais en tout, il faut de la mesure, et la générosité envers le public ne doit pas aller jusqu'à croire qu'il comprendra des choses incompréhensibles, et qu'il considérera comme des chefs-d'œuvre des choses qui ont tout aussi bien les caractères de l'absurdité dans les résumés que dans les observations.

Ainsi, quand M. Gallard écrit (car il paraît que c'est lui qui a écrit) : « ***Je la reçus à l'hôpital le*** 16 ***octobre, et constatai l'existence d'une antéversion..... Le col, volumineux, présentait quelques granulations.... Après deux cathétérismes, dont un fut douloureux et fatigant pour elle, car*** CE JOUR-LA, ***l'exploration fut faite....,*** etc. » M. Gallard veut que le public comprenne que *ce jour-là* signifie, non pas le 16, mais AU PLUS TÔT *le* 18 OU *le* 19 ! En vérité, c'est faire trop d'honneur à la sagacité du public. Acceptons toutefois cet honneur en son nom, et comprenons que les règles (1), que nous avons cru avoir été attendues le 19, ne l'aient été, comme l'avait ***compris*** M. Gallard, que le 22. Voilà donc une menstruation TRÈS-RÉGULIÈRE, dont l'époque est fixée au 22. C'est bien.

Mais M. Gallard ne borne pas là sa libéralité : il veut encore que le public comprenne que les règles ayant dû paraître *le* 22 ***octobre,*** elles devaient être attendues pour « ***les premiers jours de décembre,*** et ***la preuve,*** dit-il, ***que c'était bien là l'époque*** RÉGULIÈRE (le chatouilleux subalterne accorde que le mot ***habituel*** n'était pas le mot technique), ***c'est que le redresseur étant appliqué en décembre, reste*** 13 ***jours et est enlevé*** VERS LA FIN DU MOIS, ***à cause de l'apparition des règles,*** EN AVANCE DE 5 A 6 JOURS. »

(1) Ceux de nos lecteurs qui voudront contrôler l'exactitude de nos remarques et celles de M. Gallard, sont priés de se reporter à l'observation que nous avons publiée textuellement dans notre numéro du 11 juillet, p. 650.

Pour le coup, je déclare que si le public doit comprendre cela, il faut absolument désespérer de lui, et qu'il sera dans la nécessité de classer M. Gallard parmi les génies incompris, et de plus parmi les génies qui ont perdu la mémoire, car :

Ce n'est pas dans ***les premiers jours*** de décembre que les prétendues règles (non plus ***habituelles,*** mais désormais ***régulières***) ont paru : c'est le 2 *décembre.* Or, dans l'observation, M. Gallard nous dit qu'elles ont duré 4 jours ; pour le public peu intelligent, mais calculateur et point oublieux, 4 et 2 font 6.

Le redresseur, toujours d'après l'observation, a été appliqué, non pas en *décembre*, mais après la cessation des règles, c'est-à-dire au plus tard le 7, et il est resté en place pendant 13 ***jours.*** Or, pour le public, toujours peu intelligent, mais toujours calculateur, 7 et 13 font 20 ; donc le redresseur n'a pas été enlevé ***vers la fin du mois,*** mais bien le 20 décembre, époque où les règles ont paru, en avance de 5 à 6 jours, c'est-à-dire que la nouvelle époque ***régulière*** était, pour M. Gallard, le 14 ***ou le*** 15 !

Nous croyons qu'il serait extra-superflu, même pour les gens peu intelligents, de pousser plus loin une analyse qui conduit à de tels résultats.

M. Gallard nous demande si, lorsqu'un subalterne ne commet pas un plus grand crime que ces erreurs légères, nous pensons qu'il faille lui retirer toute confiance. Tel n'est pas notre sentiment ; mais, avec la franchise qui nous caractérise, nous lui dirons que, si nous avions sous nos ordres un tel subalterne, nous l'enverrions apprendre l'addition d'abord, et ensuite l'histoire de la menstruation.

C'est dire combien nous avions eu de sollicitude pour M. Gallard en refusant d'insérer sa lettre, et à quel degré nous poussons la condescendance en prenant aujourd'hui la peine de la discuter et en l'insérant ***en entier,*** ainsi que cet intelligent observateur a eu le triste aveuglement de l'exiger. H. de Castelnau.

A Monsieur DE CASTELNAU, *journaliste, rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.*

Monsieur,

J'avoue qu'il me semble très-déplacé à un *élève en médecine,* fût-il ou eût-il été interne des hôpitaux, d'intervenir avec le ton tranchant employé par certaines personnes dans les discussions académiques, auxquelles les professeurs et les maîtres seuls ont le droit de prendre part. Peut-être serai-je moins timide, lorsque j'aurai échangé mon tablier d'interne contre le diplôme de docteur ; mais, jusque-là, je regarderai comme un devoir impérieux de rester dans la réserve que je me suis imposée et qui convient à un *subalterne.* Vous n'ignorez pas que, pour devenir maître en médecine ou en chirurgie, il faut au moins être docteur, et comme tout en conservant l'espoir, perdu pour certains autres, de le devenir un jour, je ne le suis pas encore, je me dispenserai, pour le moment, de faire connaître mon opinion, dont les académiciens se soucient autant que de la vôtre, me bornant à relever la critique que vous avez jugé convenable de faire de la 4e observation citée dans les Leçons cliniques de M. Valleix.

Bien que cette observation n'ait pas été recueillie par moi, puisque j'étais interne de M. Valleix en 1852, à la Pitié, et que la malade a été traitée à l'hôpital Beaujon, en 1851, je crois pourtant en avoir donné un résumé assez complet pour mettre un lecteur intelligent à même de suivre l'histoire de la maladie dont il s'agit. Il paraît, du reste, que tout en la critiquant, vous avez trouvé ma version publiée dans l'*Union médicale* meilleure que celle d'un autre journal dont vous étiez alors rédacteur en chef, puisque c'est la première que vous avez préféré reproduire.

Si vous aviez lu toutes les leçons de M. Valleix sur les déviations utérines (celles reproduites par l'*Union médicale*, j'entends), vous auriez vu que, dans une note insérée au bas de la 2e observation (p. 44), j'annonce ne pouvoir donner tous les détails de chaque fait et devoir me contenter d'un résumé, le plus succinct possible, dans lequel seront relatées surtout les particularités à l'occasion desquelles chaque cas aura été cité pour exemple. Vous qui dites savoir comment M. Valleix et les élèves de l'École à laquelle il appartient recueillent et rédigent les observations, vous auriez dû être un des premiers à comprendre les raisons qui me faisaient agir ainsi, et comme journaliste vous auriez pu vous expliquer l'obligation qui m'était imposée, de condenser en quinze ou vingt lignes des observations qui auraient pu remplir une ou deux feuilles d'impression, et qui étaient au nombre de vingt. Vous n'avez donc qu'un résumé, j'ai pris la peine de vous le dire, en publiant la 2e observation, et M. A. Latour vous l'a répété dans le n° du 29 juin 1854 de l'*Union médicale.*

En lisant votre critique de ce matin, je me suis étonné d'une chose, c'est que vous ne m'ayiez pas reproché de ne pas avoir indiqué que la deuxième application du redresseur, faite le 22, a eu lieu en novembre et non pas en octobre, quand la première avait eu lieu le 25 octobre. J'avoue qu'il y à là une omission impardonnable, à laquelle un lecteur intelligent pourrait suppléer, mais qui tourmente peut-être certains esprits.

Permettez-moi de vous le dire, vos autres critiques portent sur des points aussi importants que celui-là, et je vois combien j'ai eu tort de me figurer que j'écrivais pour des gens intelligents. Ainsi, quand je vous dis (dans un résumé) qu'une malade entre à l'hôpital le 16 octobre, et que les règles apparaissent après deux cathétérismes dont un fut douloureux, vous allez penser que ces deux cathétérismes ont été pratiqués justement le 16 octobre, comme si vous ne saviez pas que d'habitude les malades entrent à l'hôpital après la visite du matin, et, par conséquent, ne sont ordinairement examinés par le chef de service que le lendemain. Il est vraiment de ces choses que l'on croirait à peine avoir besoin d'indiquer. Ce n'est donc pas le 16, mais au plus tôt le 18 ou le 19, que le cathétérisme a été pratiqué, en présence de M. Dubois, et c'est le même jour que les règles sont survenues en avance de trois jours : elles étaient donc attendues pour *le* 22 et non pour *le* 19.

Quoique mon résumé soit très-court, trop court, peut-être, j'en conviens, il vous indique néanmoins très-nettement que tout en diminuant, l'écoulement sanguin ne cesse pas tout à fait le 23 juin, qu'il se prolonge le 24 et le 25. Cependant, le redresseur est appliqué le 25, mais il reste sept jours; l'hémorrhagie continue, légère d'abord, puis assez abondante pour forcer à retirer l'instrument (1). Cette hémorrhagie, comme vous le dites vous-même, nous mène jusqu'aux premiers jours de novembre. Les règles suivantes DEVAIENT DONC être attendues dans les *premiers jours de décembre*, il me semble du moins, et si ce n'était pas leur époque HABITUELLE, ce devait être leur époque RÉGULIÈRE. La deuxième expression, je l'avoue, eut été préférable à la première, et je reconnais avoir eu grand tort de ne pas la choisir en écrivant; mais, réellement, lorsqu'un *subalterne* ne commet pas de plus grand crime, croyez-vous qu'il y ait lieu de lui retirer toute confiance? La preuve que c'était bien là l'époque régulière de l'apparition menstruelle, c'est que le redresseur était appliqué en décembre, reste treize jours, et est enlevé vers la fin du mois, à cause de l'apparition des règles en avance de cinq ou six jours, et que le 7 janvier, ces mêmes règles ont cessé depuis assez longtemps pour qu'on puisse introduire l'instrument une cinquième fois.

Vous attaquez aussi mon observation, relativement au nombre d'applications du redresseur qui ont été faites. Il y en a eu cinq, et non six, comme vous paraissez le croire. Personne autre que vous ne s'y sera trompé et ne trouvera à critiquer une phrase comme celle-ci : « Le re- « dresseur est appliqué le 25 octobre ; il reste sept jours..... Il est réap- « pliqué quatre autres fois : la deuxième le 22 novembre..... » Pour tout le monde, excepté pour vous, cette deuxième est la première des quatre autres, et le total général est *cinq*.

Je crois user de mon droit de défense en vous adressant cette rectification. Je ne vous somme ni ne vous prie de l'insérer dans votre journal ; les sentiments d'équité que vous savez si bien exprimer suffiront, je crois, à vous faire considérer cette insertion comme un devoir auquel vous manqueriez, si vous ne faisiez pas paraître ma lettre *en entier*.

T. GALLARD, *interne des hôpitaux, vice-président de la Société médicale d'observation.*

Paris, 11 juillet 1854.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous avons la profonde douleur d'annoncer que le malheur dont était menacé notre savant, notre excellent maître, M. Louis, est consommé.

Son fils unique vient de succomber à une phthisie dont toutes les ressources de l'art, dont tout le dévouement paternel et maternel n'ont pu arrêter les funestes progrès.

Puisse la douloureuse sympathie avec laquelle tous ceux qui connaissent M. Louis accueilleront cette triste nouvelle, apporter quelque adoucissement au désespoir d'un père et d'une mère, qui, entre tous, méritaient d'être heureux !

H. de Castelnau.

— *Nouvelles du choléra.*— Un si grand nombre de départements sont aujourd'hui envahis par le choléra, qu'il nous serait impossible de tracer le tableau de l'épidémie. Nous pouvons dire seulement, qu'à l'exception d'un petit nombre de localités, la maladie sévit avec une très-faible intensité. Presque tous les grands centres sont à peu près complétement épargnés. Marseille seul, jusqu'à présent, fait exception. Voici les renseignements qui ont été transmis, de cette ville, à un de nos amis, par M. le docteur Melchior Robert :

« Mon excellent ami, M. le docteur Melchior Robert, vient de m'envoyer quelques détails sur la marche du choléra à Marseille, je crois bien faire, dans l'intérêt de la science et de vos abonnés, en vous les communiquant.

« Le choléra a éclaté à Marseille, depuis sept ou huit jours, avec une grande intensité, puisque le chiffre des décès a flotté entre 40, 50, 70 par jour, et s'est même élevé à 100 et au delà.

« La maladie a débuté et sévi avec intensité dans la vieille ville (quartier des Carmes, la Major, place de Linche), et aujourd'hui elle commence à gagner des quartiers moins populeux et surtout plus salubres. Les quartiers neufs de la plaine Saint-Michel, le quai de la Rive-Neuve et le faubourg de Rome sont envahis.

« La population de la ville a diminué de moitié par suite de l'émigration de ses habitants dans les villes environnantes, et il faut compter le nombre des décès sur un chiffre moindre de 100,000 habitants, au lieu de 200,000 que Marseille a ordinairement.

« M. le docteur Robert a observé que la diarrhée prodromique jouait un rôle très-important dans cette épidémie, car il l'a toujours rencontrée, et il l'a regardée comme l'avant-garde certaine du fléau. Il cite aussi des personnes qui, en se la donnant gratuitement, l'un par l'ingestion d'une bouteille d'eau de sédlitz, l'autre par une indigestion, ont promptement été enlevées par cette maladie.

« Les caractères de cette épidémie semblent différer de ceux de 1849. Les réactions sont lentes et difficiles; les crampes sont moins fréquentes, les cyanoses manquent chez les personnes âgées.

« Les diarrhées sont tenaces, et les malades qui en sont atteints s'éteignent le plus souvent graduellement sans présenter aucun caractère bien tranché des épidémies antérieures.

« En somme, l'épidémie semble plus grave et plus meurtrière, car elle enlève, en moyenne, 70 individus sur 100 atteints par le fléau.

« Voilà, monsieur le rédacteur, les quelques détails que je dois à l'obligeance de mon ami, le docteur Robert, et je me ferai toujours un devoir de vous transmettre les nouveaux renseignements qu'il m'a promis de m'envoyer. D. CALVO (*de Marseille*).

18 juillet 1854.

— L'honorable M. Deguise vient d'obtenir sa retraite et de cesser ses fonctions de chirurgien en chef de la maison de Charenton. Il est remplacé par M. Deguise fils, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie.

— Un de nos excellents correspondants, M. le docteur Pignant, du Creusot, nous adresse une ordonnance délivrée à Lyon par une somnambule, et signée *Henri Blanc, D. M. P.* — Il suffit, dit notre correspondant, d'envoyer une mèche de cheveux et un bon sur la poste de six francs, pour recevoir un papier en tout semblable à celui que je vous adresse. — Ce papier, comme on peut bien le croire, est de la force de tous ceux qui se délivrent en pareilles circonstances ; le nombre en est malheureusement si grand, que ce serait inutilement noircir du papier que de les imprimer. En présence de l'impunité qui règne à cet égard, nous ne pouvons qu'engager les médecins à suivre l'exemple qui a été donné par l'Association médicale de Toulouse, qui se charge elle-même de faire poursuivre les exploiteurs de la sottise publique.

BIBLIOGRAPHIE.

(1) Notez que M. Valleix en était encore, à cette époque, presque au début de ses tentatives de redressement, et que M. Simpson laisse son pessaire pendant la période menstruelle ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on ait attendu aussi longtemps sans l'enlever.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 87. 2e année. Samedi 22 Juillet 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Un père affecté d'une syphilis constitutionnelle peut-il la transmettre par hérédité à ses enfants? — Modifications apportées au traitement du choléra par la strychnine, par M. Abeille. — **CLINIQUE CIVILE** : Observations sur quelques cas de chirurgie. Plaie par arrachement, par M. A. Thierry. — **JOURNAUX ITALIENS** : Issue de vers, par le nombril, chez un enfant de 10 ans, par M. G. Vignolo. — **THÉRAPEUTIQUE** : Traitement du choléra. Sulfure de mercure. — Guérison d'un goître systique sans opération, par M. Frédéric Betz. — **VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 21 Juillet 1854.

Un père affecté d'une syphilis constitutionnelle peut-il la transmettre par hérédité à ses enfants?

Voilà une question qui surprendra singulièrement les praticiens habitués à tenir compte des faits qu'ils observent dans leur pratique et à suivre le mouvement que le travail de chaque jour imprime à la science. Si, en effet, une foule de questions extrêmement délicates et difficultueuses que soulève l'histoire de la syphilis sont encore aujourd'hui enveloppées d'une profonde obscurité, les praticiens croyaient pouvoir à bon droit considérer comme définitivement établie cette proposition : *La syphilis peut être transmise héréditairement aux enfants, indifféremment par le père et par la mère.*

C'est cependant cette proposition que M. Cullerier est venu mettre en question à la Société de chirurgie, ou plutôt nier positivement dans un travail dont la forme a été généralement goûtée, et, suivant nous, à juste titre. Le fond a-t-il la même valeur? C'est ce que nous allons examiner brièvement.

Un mot d'abord sur quelques questions préalables ou accessoires qui se rattachent ou que M. Cullerier a rattachées à la question principale.

L'honorable chirurgien a abordé quelques points de l'histoire de la syphilis, tels que l'influence du traitement sur le développement des accidents secondaires, l'époque d'apparition des accidents héréditaires, etc., qu'il serait beaucoup trop long de discuter ici et qui ne pourraient d'ailleurs éclairer en rien la question principale. Nous les laisserons de côté ; mais nous ne passerons pas sous silence une remarque qui a dû être faite par le plus grand nombre des auditeurs de M. Cullerier, et qui ne laissera peut-être pas que de jeter quelque jour sur la solidité, et par conséquent, un peu sur le poids des convictions du très-honorable chirurgien de Lourcine.

M. Cullerier, on le sait, avait reçu par héritage direct et collatéral une doctrine à peu près entièrement opposée à celle qu'a si brillamment en partie réédifiée, en partie créée notre ancien, aimable et spirituel adversaire, M. Ricord. Répudiant cette succession, M. Cullerier avait embrassé la doctrine de l'ennemi de sa famille (ennemi scientifique bien entendu) avec une ardeur et un abandon qui faisaient sans aucun doute le plus grand honneur à ses sentiments d'impartialité, mais que n'expliquaient peut-être pas suffisamment alors ses études et ses travaux spéciaux.

Dans les différentes questions qu'il a traitées ou effleurées, M. Cullerier a fait, presque sur tous les points, à la doctrine de M. Ricord, une opposition nécessairement pleine de convenance, on n'en saurait attendre d'autre de sa part, mais néanmoins d'une énergie qui nous a quelque peu étonné. A ne voir que cette vivacité d'argumentation, on eût dit que M. Cullerier secouait un joug devenu trop pesant. Certes, nous sommes bien loin de croire que tel ait été le but de sa communication ; nous connaissons trop son caractère pour n'être pas convaincu que, dans le retour qu'il vient de faire sur lui-même, l'amour de la science a été son seul mobile. Mais il est néanmoins de ces marques extérieures que l'observateur attentif ne doit pas laisser échapper, parce qu'elles trahissent souvent des dispositions intérieures ignorées de ceux mêmes qui les éprouvent et qui aident à comprendre et à apprécier des faits difficiles à expliquer tout d'abord.

En entrant dans le cœur de la question et en étudiant la manière dont se forment les convictions de M. Cullerier, nous allons voir que les remarques précédentes semblent être dans la circonstance actuelle d'une parfaite opportunité.

Avec tout le monde, par conséquent avec M. Ricord, M. Cullerier croyait, il y a peu de temps encore, qu'un père syphilitique pouvait transmettre sa maladie à ses enfants ; M. Cullerier le croyait même plus que tout le monde, car il ne se contentait pas de croire que cela *se pouvait*, il croyait que cela *se devait* nécessairement.

En effet, deux futurs époux masculins, atteints de syphilis constitutionnelle, étant venus demander à M. Cullerier s'ils pouvaient se marier sans inconvénient, l'honorable chirurgien leur répondit d'abord négativement, et quand ils furent mariés sans son consentement, il leur conseilla de ne pas faire d'enfants, parce que, A COUP SUR, ceux-ci seraient atteints de la syphilis. Mais, comme il arrive trop souvent, les deux époux ne furent pas plus que les fiancés dociles aux conseils de leur médecin ; ils eurent des enfants, mais des enfants qui, contrairement à la prédiction, naquirent et vécurent dans le plus bel état de santé.

« Ces deux faits, dit M. Cullerier, m'impressionnèrent

vivement, *puisqu'ils donnaient un démenti* COMPLET *à la théorie généralement adoptée.* » Cependant, il ajoute que ces deux faits pouvant être une de ces exceptions que subissent les règles les mieux établies, il dirigea son attention sur les faits de cet ordre, et qu'il trouva un *certain nombre d'exemples* qu'il ne décrit pas autrement, et qui lui démontrèrent qu'au lieu de se transmettre *toujours* des pères aux enfants, la syphilis ne se transmet *jamais*.

C'est, comme on le voit, se montrer un peu facile à l'évolution ; car tout ce que M. Cullerier aurait pu conclure de ses deux observations, pour rester dans de justes limites, c'est que la syphilis héréditaire ne se transmet pas toujours, ainsi qu'il l'avait cru et qu'il avait d'ailleurs été seul à le croire jusque-là.

M. Cullerier ne s'est cependant pas contenté de ces deux faits ; il a invoqué, à l'appui de sa doctrine, d'autres faits et quelques considérations que nous allons apprécier sommairement :

1° Suivant M. Cullerier, lorsqu'on observe la syphilis héréditaire dans les hôpitaux spéciaux (ce qui veut sans doute dire à Lourcine, car M. Cullerier n'a pas observé ailleurs), on trouve que la mère est ou a été malade, « sauf quelques cas de dénégations systématiques ou d'oubli. Je suis convaincu, ajoute-t-il, qu'on arriverait aux mêmes résultats en ville, si l'on n'était pas retenu par des considérations morales dans la recherche des antécédents. » — Qu'à l'hôpital de Lourcine, ou de Saint-Lazare, on trouve malades les mères des enfants syphilitiques, cela ne peut pas tirer à grande conséquence, et ce qui pourrait paraître plus étonnant, c'est qu'on y rencontre encore des dénégations systématiques ou des *oublis ;* mais que l'on conclue de ces observations à celles qu'on pourrait faire dans la pratique civile, c'est une conviction qu'on ne peut défendre à M. Cullerier d'avoir, mais qu'il ne fera certainement partager à personne, tant qu'elle ne se fondera que sur une supposition.

Pour prouver que les hommes qui sont en puissance de vérole ne peuvent pas la transmettre à leurs enfants, M. Cullerier, qui n'a pas fait de relevé numérique à cet égard, rapporte une statistique de M. Legendre, portant sur 14 hommes, lesquels, depuis la guérison des symptômes primitifs jusqu'au développement des accidents consécutifs, c'est-à-dire pendant qu'ils portaient en eux la syphilis constitutionnelle en germe, ont eu un total de 68 enfants ; 33 étaient parvenus, lorsque la statistique a été dressée, à l'âge de 17 ans, 35 étaient morts à un âge moyen de 7 ans, et aucun n'avait eu la vérole.— D'abord, M. Cullerier en est-il bien certain? Est-il même bien sûr que M. Legendre ait observé tous ces enfants depuis leur naissance jusqu'à leur mort, ou jusqu'à l'âge de 14 à 15 ans? M. Cullerier nous a laissé dans le doute. Si quelque induction pouvait être tirée de ces faits, nous serions même porté à croire que les 68 enfants n'étaient pas tous sains, car sur une population d'enfants sains, et jusqu'à un âge moyen de 17 ans, on ne devrait pas avoir 35 morts sur 68. Donc le relevé de M. Legendre ne peut absolument rien prouver du tout. M. Cullerier croit que si l'on faisait un pareil relevé sur les enfants de 14 femmes sous l'imminence de la vérole constitutionnelle, on trouverait *très-certainement* une plus grande proportion d'enfants malades. Malgré le très-certainement, c'est là une supposition qui ne repose sur rien.

M. Cullerier a vu des femmes qui n'étaient point malades en apparence, qui donnaient le jour à des enfants syphilitiques, et qui, plus tard, devenaient malades elles-mêmes. Il ne saurait donc, dit-il, y avoir de soupçon contre le père. —Nous ne voyons vraiment pas le nœud du syllogisme, et il nous est difficile de comprendre la raison pour laquelle le père, s'il était syphilitique, ne pourrait pas partager avec la mère aussi bien la responsabilité morbide que la responsabilité physiologique.

Enfin, M. Cullerier, se fondant sur cette considération, « *qui,* pour lui, *est capitale,*» que certaines femmes sujettes aux fausses couches cessent d'avorter à la suite d'un traitement bien dirigé, en conclut que c'était évidemment la syphilis latente de la femme qui causait les avortements.— Ici nous sommes entièrement, absolument de l'avis de M. Cullerier; seulement, nous prendrons la liberté de lui demander pourquoi concluant si bien, lorsqu'il s'agit de la femme, il conclut si mal lorsqu'il s'agit de l'homme, et pourquoi il n'attribue pas à la syphilis de ce dernier la cessation des avortements, lorsqu'elle est consécutive à un traitement subi par l'homme seulement. Pourquoi? le voici : c'est que, suivant M. Cullerier, il n'existe pas d'observation qui prouve pour l'homme ce qu'il considère comme démontré pour la femme, et pour convaincre ses lecteurs qu'une telle observation n'existe pas, et presque même qu'elle ne peut exister, M. Cullerier cite le fait suivant :

Une jeune femme, de la clientèle de M. Danyau, fit une fausse couche à six mois ; notre estimable et aimé collègue, soupçonnant la cause de l'avortement dans des maladies vénériennes anciennes du père, me l'adressa. Je constatai chez lui une syphilis constitutionnelle à symptômes superficiels, et je n'hésitai pas à lui dire qu'il devait avoir eu, six ou huit mois auparavant, une ulcération à la verge. Il m'avoua alors, avec une grande candeur, qu'effectivement, quatre ou cinq semaines avant son mariage, il avait eu une petite plaie très peu profonde, tout à fait indolente, et qu'un médecin ayant déclaré qu'elle était de nature simple, il s'était contenté de la panser avec de la charpie et de la poudre de thuya ; que le jour même de son mariage, elle était le siége d'un peu d'humidité, et qu'elle ne s'était entièrement cicatrisée qu'une quinzaine de jours après. Quant à la roséole et aux ulcérations qu'il portait actuellement sur la gorge, il n'y avait pas fait la moindre attention, et il s'étonna de l'importance que j'y attachais.

Je fis part à M. Danyau de ce que j'avais observé, et de la conviction dans laquelle j'étais que sa cliente était elle même entachée du principe syphilitique. Au bout de peu de temps, notre collègue put constater sur elle des plaques muqueuses aux commissures des lèvres buccales, et une éruption papulo-tuberculeuse à la naissance des cheveux, sur le front, et à la partie postérieure du cou. L'incertitude n'était plus possible, et un traitement mercuriel put être fait à l'insu de la malade et de la famille.

Dans cette observation, l'accident primitif de la mère, qui a donné lieu à l'infection générale, a passé inaperçu ; mais il remontait évidemment au moment des premières approches conjugales, puisque le mari avait, à cette époque, une ulcération qui n'était pas cicatrisée. Cependant si, d'un côté, le mari n'avait pas avoué cette ulcération, et si je n'en avais pas retrouvé la trace ; si, d'un autre côté, un œil moins exercé que celui de M. Danyau n'avait pas reconnu les accidents secondaires de la mère, comme, à l'instant de l'avortement, le père portait des accidents secondaires de même nature, *à coup sûr, c'est à son influence morbide qu'eût été attribuée la fausse couche.*

Au premier abord, on se demandera sans doute à quoi bon cette observation, et de quel droit M. Cullerier attribue uniquement à la mère une prérogative que le père peut revendiquer à tout aussi juste titre, puisqu'il était au moins aussi malade que sa femme. Mais la dernière ligne des

remarques montre le principal but de cette observation ; ce but, le voici : si, dans ce cas, la sagacité de M. Cullerier a découvert la syphilis de la mère, il en sera nécessairement ainsi toutes les fois qu'on cherchera bien ; lorsqu'on ne la découvrira pas, c'est qu'on aura mal cherché, ou que des circonstances particulières auront couvert la vérité d'un voile impénétrable.

C'est là ce qu'en bon français on appelle une fin de non-recevoir, parce qu'il sera toujours possible de dire à un observateur qu'il a mal vu, surtout lorsqu'on est disposé, comme M. Cullerier semble y être assez enclin, à appeler à son aide les mystères de l'alcôve.

Que peut donc prouver une telle fin de non-recevoir, qui est d'ailleurs une arme à deux tranchants ? Que la question est hors de notre portée ? Non ; M. Cullerier est un homme trop raisonnable pour avoir consacré un long Mémoire à la solution d'un problème insoluble. Ce que M. Cullerier a voulu prouver, nous l'ignorons ; mais ce qu'il a prouvé en réalité, c'est qu'ayant été converti trop facilement une première fois, il ne veut, à aucun prix, l'être une seconde.

Aussi, n'est-ce point dans cet espoir que nous exposerons les faits et les arguments qui vont suivre, mais uniquement dans le but d'éclairer les esprits impartiaux qui, n'ayant point de parti pris, sont disposés à juger, sans crédulité aveugle comme sans scepticisme systématique.

Disons, afin que le reproche de naïveté ne vienne à l'esprit de personne, qu'au nombre de ces esprits se sont trouvés, dans la Société de chirurgie : MM. Ricord, Voillemier, Vidal (de Cassis), Hervez de Chégoin, etc.

La doctrine de M. Cullerier peut-elle trouver quelque appui dans les lois de la physiologie et de la pathologie ? Y a-t-il quelque fait dans la science qui puisse donner à penser que l'hérédité peut s'exercer exclusivement de la part du père et de la mère ? En aucune façon. En physiologie, depuis les traits du visage, la taille, la couleur de la peau et des cheveux, jusque dans le caractère moral ; en pathologie, depuis la scrofule, qui altère profondément tout l'organisme, jusque dans la folie, dont la cause matérielle échappe presque toujours aux plus attentives investigations, l'influence héréditaire provient également du père et de la mère. Il faudrait donc admettre que la nature a fait une loi spéciale pour l'hérédité syphilitique, ce qui, l'on en conviendra, semble assez peu probable.

Les faits qui tendent à prouver que l'hérédité a lieu de la part des deux parents doivent donc être prévus *à priori*, puisqu'ils sont en harmonie avec les lois organiques connues, qu'ils en sont même une conséquence presque forcée. Reste à savoir seulement si ces faits se présentent sous des apparences trop peu probables, ou avec des garanties insuffisantes pour être acceptés par des esprits raisonnablement difficiles.

En voici un, que nous puisons dans un livre remarquable trop peu connu, et que nous espérons pouvoir concourir à faire connaître prochainement, comme il le mérite :

Un jeune homme de 28 ans est atteint pour la première fois d'un chancre, au commencement de l'été 1839, après avoir eu des rapports avec une fille publique. Le chancre ne dura que six semaines ; le malade fit soixante-dix jours de traitement mercuriel, et se maria au mois d'octobre de la même année, sans avoir présenté aucun symptôme de syphilis générale.

La jeune femme devint enceinte dans le courant de janvier 1840.

Le mari eut, au mois de mars de la même année, des plaques muqueuses sur les amygdales. Il consulta le médecin qui avait traité son chancre, qui lui fit faire un nouveau traitement mercuriel de quatre mois.

Au printemps de 1845, ce jeune homme vint me consulter pour un groupe de tubercules secs, qui commençait à se développer à l'insertion du deltoïde droit. Ce groupe, qui en s'étalant prit la forme d'un cercle de 4 centimètres de diamètre, fut guéri par un traitement de trois mois, pendant lequel j'administrai concurremment le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Enfin, au mois de novembre 1845, ce même sujet a été atteint d'une exostose au tibia droit. Les douleurs et le gonflement de l'os ont cédé à l'administration de l'iodure de potassium.

Cet homme, qui se maria, comme je l'ai dit, au mois d'octobre 1839, deux mois environ après la cicatrisation d'un chancre, a eu successivement, de son mariage, trois enfants entachés de syphilis héréditaire. J'ai assisté dans ses trois couches la jeune femme, qui n'a jamais présenté aucun symptôme de syphilis.

Premier enfant. — Il est né à terme, dans le mois de septembre 1840. Le troisième jour de sa naissance, des taches rouges ont commencé à manger la peau du front et des joues. Le quatrième jour, un coryza s'est manifesté. Le huitième jour, les taches, d'un rouge terne, couvraient tout le corps ; elles étaient surtout remarquables sur le front, où elles présentaient la coloration cuivrée et la saillie légère qui caractérise l'érythème papuleux syphilitique. Le coryza était accompagné d'une sécrétion jaunâtre, épaisse, mais transparente. Cet enfant, né dans un grand état de faiblesse, n'a pu prendre le sein et a péri vers le quinzième jour.

Deuxième enfant. — Il est né à terme, en avril 1845. Quoique très-chétif, il a pris le sein et s'est fortifié le premier mois. Cependant, le quinzième jour de sa naissance, de petites tumeurs de la grosseur de grains de chènevis, adhérentes à la face interne de la peau, se sont manifestées dans les membres inférieurs, probablement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Ces petites tumeurs, sorte de tubercules sous-cutanés, sont devenues rapidement fluctuantes, et se sont ouvertes sur la peau amincie et violacée. Dans les jours qui ont suivi la rupture de ces petites tumeurs, la peau bordant leur ouverture s'est ulcérée ; le fond du foyer a été mis à découvert. A voir ces petites ulcérations, à fond grisâtre, limitées par des bords taillés en pic, on eût dit autant de chancres phragédéniques pultacés. Dès que je vis apparaître ces tumeurs sous-cutanées, je soumis la nourrice, qui n'était pas la mère de l'enfant, à l'usage de l'iodure de potassium (50 centigrammes par jour). Après que les tumeurs se furent ouvertes, je les pansai avec le calomel en poudre et de la charpie sèche, ce qui les cicatrisa rapidement. La dose d'iodure de potassium que prenait la nourrice, fut progressivement élevée jusqu'à 1 gramme par jour. Cette femme a continué ce traitement durant six mois, sans fatigue, je dirai même avec avantage pour sa santé, qui est devenue meilleure. L'enfant n'a jamais subi aucun traitement immédiat : il n'a jamais eu de récidive. Délicat en apparence, il n'est cependant jamais malade.

Troisième enfant. — Il est né à terme, en janvier 1849 ; une grande faiblesse l'empêchait de prendre le sein dans les dix premiers jours. Ensuite l'allaitement a eu lieu ; mais, vers le vingtième jour de la naissance, on a vu paraître, en arrière de l'avant-bras gauche, de petites saillies rouges. Vers le trentième jour, l'éruption se développait rapidement, formait un groupe elliptique de gros tubercules syphilitiques érodés, d'un rouge cuivré, occupant la moitié postérieure de l'avant-bras. La nourrice, que je mis, dès l'apparition de ces symptômes, à l'usage de l'iodure de potassium, ne prit que quelques grammes de ce médicament, aimant mieux partir que de se soumettre à ce médicament. Je commençai alors sur cet enfant les frictions par la méthode de Cirillo ; mais il s'affaiblit de jour en jour et périt le cinquantième jour de sa naissance. (Bassereau, *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 540.)

Autre fait qui nous est propre :

Un épicier en gros de la rue M.... se maria, en 1843, avec une jeune personne qui, ayant perdu ses parents dans son enfance, avait été placée, à l'âge de 7 ans, dans un couvent d'où elle n'était jamais sortie jusqu'au jour de son mariage, qui eut lieu à 17 ans et demi. Elle était d'une parfaite santé, qui ne s'est jamais altérée depuis. Le mari avait eu simultanément, en 1840, un chancre volant, qui se cicatrisa en une quinzaine de jours, et une blennorrhagie qui dura environ six semaines. Une légère roséole syphilitique, que j'eus occasion de voir vers la fin de l'année fut traitée, pendant quelques jours seulement, par le proto-iodure de mercure ; mais la maladie s'étant dissipée très-promptement, le malade ne continua pas son traitement pendant plus de huit à dix jours, et il continua d'ailleurs toujours à se bien porter.

Je le vis de nouveau en octobre 1845. A cette époque, sa jeune femme avait déjà fait trois fausses couches de deux à six mois, sans aucune cause connue, et un enfant, qui était venu à terme, mais avec tous les caractères d'une cachexie profonde à un très-faible degré de développement, succomba quelques jours après sa naissance.

D'après la conversation que j'eus avec M. le docteur T..., son médecin ordinaire, un traitement fut administré pendant sept mois, en différentes fois, à M. X... Sa femme devint de nouveau enceinte en 1846, et elle accoucha d'un enfant bien portant, qui vit encore aujourd'hui, ainsi que de deux autres qui sont nés depuis. Le père n'a d'ailleurs jamais eu aucune manifestation syphilitique, et la jeune femme, que M. le docteur T... voyait presque tous les jours, s'est constamment bien portée, et elle a toujours eu une conduite que toutes les apparences doivent faire considérer comme irréprochable.

Ces faits, quoique rares et nécessairement très-rares, parce que les conditions nécessaires pour qu'ils aient toute l'authenticité désirable sont, on le conçoit sans peine, extrêmement difficiles à réunir, ces faits ne sont cependant pas les seuls que possède la science. Dans la dernière discussion académique, sur la syphilis, M. Moreau en a rappelé trois qu'il a cités presque à propos de toutes les discussions sur le même sujet ; M. Voillemier en a cité deux à la Société de chirurgie, observés, l'un d'après M. Mayr, médecin en chef d'un hôpital d'enfants à Vienne, l'autre par M. Hervez de Chégoin, qui a confirmé, en ce qui le concernait, les détails donnés par M. Voillemier. M. Ricord en a cité un autre, que M. Cullerier a d'abord révoqué en doute, mais qu'il nous paraît difficile de ne pas accepter, après les explications fournies par le célèbre syphiliographe. Enfin, si ce n'est pas là une indiscrétion, nous croyons pouvoir affirmer que M. Danyau, à la sagacité de qui M. Cullerier a rendu, avec raison, tant de justice, pourrait en citer au moins un, si ce n'est deux, tout à fait semblables à celui que j'ai observé moi-même.

Maintenant, les faits de cette nature sont-ils, d'une manière absolue, très-fréquents, et doit-on croire que tous les hommes qui ont eu, qui ont ou qui auront la syphilis héréditaire, procréeront nécessairement des enfants syphilitiques ? Nous sommes loin de le croire. Si la syphilis est héréditaire, elle l'est, fort heureusement, dans une mesure bien plus restreinte que ne le croyait autrefois M. Cullerier, et même qu'on ne le croit généralement ; elle l'est même dans une assez faible proportion pour qu'on ne doive pas, à mon avis, s'opposer au mariage d'un malade, à moins que les symptômes dont il est atteint ne soient très-graves ; dans le cas contraire, le médecin consulté devra répondre que les enfants que procréera son client pourront bien être syphilitiques ; mais que cette probabilité n'est pas suffisante pour être un obstacle au mariage. H. DE CASTELNAU.

Modifications apportées au traitement du choléra par la strychnine.

Depuis que nous avons adressé à l'Académie des sciences une note sommaire sur notre méthode de traitement du choléra par la strychnine, appuyée des résultats de notre clinique, un certain nombre de confrères de Paris nous ont suivi dans cette voie.

Un professeur de la Faculté de médecine aurait eu, dans sa clinique, à l'Hôtel-Dieu, si nous sommes bien informé, des résultats au moins égaux aux nôtres.

Avec la propagation de l'épidémie dans certains départements, il est hors de doute que nos confrères de province voudront essayer cette nouvelle méthode, qui se présente avec d'aussi sérieuses garanties de succès.

Dans cette prévision, et en attendant que nous puissions lire devant l'Académie notre travail complet basé sur un nombre considérable d'observations, ce qui n'est retardé que par une contre-expérimentation officielle qui se fait en ce moment et qui laisse pressentir à peu près les mêmes résultats, nous croyons devoir appeler l'attention sur quelques modifications que nous avons fait subir à notre méthode. Chacun sait qu'au moment où nous écrivions à l'Académie, nous n'avions employé la strychnine que dans des cas de choléra algide.

C'est sur des cas de même nature que se fait en ce moment la contre-expérimentation.

Dans cet état d'algidité, la circulation et les fonctions d'hématose sont profondément atteintes, les malades sont menacés d'asphyxie.

Le sang est alors à son maximum d'altération ; le sérum est diminué dans une fort grande proportion, et les globules sont portés relativement à un chiffre très-élevé. La fibrine elle-même, quoique ne variant point en quantité, a perdu de sa cohésion, elle est plus diffluente. Avec de semblables conditions du sang, la circulation, déjà si gravement atteinte, devient impossible dans les capillaires, qui se trouvent gorgés par le tassement des globules rouges. Les organes principaux de la vie sont hypérémiés passivement.

Supposons un instant que, dans cet état de choses, un agent médicamenteux, la strychnine, par exemple, ait la puissance de stimuler l'action du cœur, d'imprimer une certaine activité à la circulation ; que doit-il arriver ?

Du moment que l'impulsion du cœur augmente, cet organe relance, dans un moment donné, une plus grande quantité de sang dans l'arbre circulatoire. Avec les conditions que nous connaissons à ce liquide, le premier effet de ce surcroît d'activité du cœur est de pousser dans les capillaires qui ne peuvent se désemplir, une nouvelle quantité de globules qui viennent se tasser derrière ceux qui les gorgent déjà. Cette accumulation de globules continuant, il peut y avoir rupture des parois des capillaires, par suite de la pression, et cela précisément dans les organes où ces capillaires trouvent dans les tissus qui les entourent une faible résistance : dans les poumons, par exemple. Si la déchirure s'effectue, on a des foyers apoplectiques ; et ces foyers sont un mal sans remède, en raison de leur multiplicité.

Alors, le médicament, qui est si précieux par son action sur la circulation, peut devenir funeste aux malades. Nous avons dû chercher à éviter cet écueil.

Lors donc que nous donnons la strychnine dans la période algide, nous nous hâtons de faire un vide dans la circulation capillaire. La saignée générale est impuissante pour atteindre ce but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine.

Nous faisons appliquer 30 à 40 sangsues, suivant la force des sujets, à la base de la poitrine, sur les points correspondant aux bases des poumons. A mesure que, sous l'influence de la strychnine, la circulation se rétablit, et qu'il se montre de la réaction, nous réitérons l'application de sangsues ; nous ouvrons même alors la veine, pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang.

Un peu plus tard, nous faisons plonger les malades dans un

bain chaud, avec la précaution de leur tenir de la glace ou de l'eau froide sur la tête.

L'action du bain, dans ce cas, facilite la circulation autant par l'imbibition des tissus, par la pénétration de l'eau dans le sang, par voie d'endosmose, que par l'élévation de la température cutanée.

Ces deux points nous ont paru de la plus grande importance, et nous les signalons.

On s'abuserait étrangement, si l'on pensait que la strychnine n'a d'action que dans la période algide; qu'elle ne tend qu'à relever la circulation affaissée.

Ce n'est que dans ces cas désespérés que, consciencieusement, nous avons dû la donner d'abord; ce n'est que dans ces cas que la contre-expérimentation officielle se fait en ce moment, et il le fallait pour prouver sa valeur.

Mais elle a une propriété bien autre, et que nous prouverons facilement plus tard dans notre travail.

Ainsi, dans le choléra non algide, où la chaleur est encore conservée, où la circulation se fait assez librement, qui se caractérise par les selles et les vomissements blancs, les crampes, un léger degré de cyanose, la suspension de la sécrétion urinaire; dans ces cas, la strychnine fait diminuer rapidement tous ces symptômes, et son action est bien autrement prompte et décisive.

Dans quelques cas de ce genre, nous n'avons donné que la strychnine et les boissons chaudes, et les malades qui ont guéri dans les 5/6 des cas sont arrivés promptement à la convalescence.

Ce médicament nous a paru ne pas produire moins d'effet chez les femmes que chez les hommes, et sur les enfants que sur les adultes.

Nous n'avons eu que fort peu de ces malades à traiter. Dans notre pratique civile, nous avons tout récemment administré la strychnine à deux femmes arrivées à l'état algide.

L'une, 58, rue de la Pépinière, est entrée assez promptement en réaction sous son influence, et est arrivée à une convalescence franche au cinquième jour. L'autre, 29, rue de la Bienfaisance, éprouvait, au bout de vingt-quatre heures, un commencement bien tranché de réaction, lorsque, chose incroyable à énoncer, elle a été soumise à un traitement dicté par une somnambule. Elle a succombé.

Chez un jeune garçon de 12 ans, rue de Laborde, arrivé à l'algidité, la strychnine a entraîné la réaction complète en trente-six heures. Cet enfant est entré en convalescence au quatrième jour.

Tels sont les seuls malades que nous ayons eu à traiter dans la pratique civile.

En somme, nous croyons que nous sommes sur la voie d'un traitement qui obtiendra, dans le choléra, autant de succès que nous en obtenons dans certaines maladies graves par des traitements devenus classiques.

La fièvre paludéenne a un spécifique incontesté dans le sulfate de quinine. Cependant, ce médicament ne guérit qu'une fois sur cinq, quand on a affaire à un accès pernicieux algide.

Dans le choléra algide, la strychnine donne des résultats supérieurs.

Qu'on vienne nous contester le progrès!

Depuis qu'il a été nettement établi que le choléra est précédé de diarrhée dans l'immense majorité des cas, son traitement est devenu plus simple, plus facile.

On a fait de cette diarrhée un prodrome de la maladie; nous disons que c'est son premier symptôme, sa première manifestation.

M. Jules Guérin est l'auteur qui a le plus insisté sur le phénomène diarrhéique de début et qui en a le mieux tracé le traitement.

Il est tellement vrai que la diarrhée précède presque toujours les autres symptômes, que sur 46 cas que nous avons observés avec une très-grande rigueur, la diarrhée s'est montrée 44 fois de 1 à 15 jours avant le développement des autres phénomènes cholériques.

Nous estimons que le traitement préconisé par M. Guérin dans cette première manifestation de la maladie, la diarrhée, est très-rationnel et fournit d'excellents résultats.

Purger ou faire vomir les malades alors, autant pour expulser de l'économie les principes infectieux qui ont été absorbés que pour arrêter le dévoiement, comme dans toutes les autres diarrhées qui ne traduisent qu'un trouble de fonctions, calmer ensuite par l'opium la trop grande excitation intestinale, c'est de la plus rigoureuse logique, c'est du gros bon sens.

Cette manière de procéder empêche bien souvent et sans contredit la maladie d'arriver à un plus haut degré.

Quand, avec ou sans ce traitement, les phénomènes cholériques éclatent, la strychnine, administrée aussitôt, les modifie avantageusement et avec rapidité, parce qu'elle agit sur le système le premier atteint (les nerfs sensitifs).

Si les malades sont arrivés à la période algide, le même médicament suscite une réaction plus ou moins prononcée, 19 fois sur 23, et procure la guérison 10 fois sur 23, résultat bien supérieur à celui que donne le sulfate de quinine dans les accès pernicieux algides.

La strychnine doit être administrée à l'état de sulfate, dans 60 grammes de solution de gomme, à la dose de 0,015 à 0,03, en quatre heures, par quart de la potion.

Pour empêcher que les malades la rejettent par le vomissement, il est important de leur faire avaler un morceau de glace après. S'ils ne vomissent pas pendant dix minutes, le médicament a eu le temps d'être absorbé; s'ils vomissent de suite, il ne faut pas craindre de répéter la dose.

Les doses indiquées du médicament sont répétées le matin et le soir.

Quand le pouls et la chaleur reparaissent, il faut diminuer et ne plus donner qu'une dose par jour, et s'arrêter définitivement dès que la réaction est établie.

Il reste alors à continuer les boissons chaudes aux malades et les surveiller pour combattre les phénomènes typhoïdes qui ne se montrent que trop souvent dans le choléra pendant la période de réaction.

Ces phénomènes, qui se traduisent par une tendance au sommeil, le coma, sont le résultat de l'hypérémie cérébrale, d'abord passive, puis active sous l'influence de la réaction; chacun sait la manière dont il convient de les attaquer. ABEILLE.

CLINIQUE CIVILE.

Observations sur quelques cas de chirurgie. Plaie par arrachement.

L'usage, maintenant, des machines à vapeur, des roues d'engrenage et des arbres qui les soutiennent, a donné lieu à un nouvel ordre de lésions qui, jusqu'à nos jours, n'avaient pas encore été observées. C'est sur des plaies par arrachement de cette nature que je désirerais attirer un moment l'attention de mes confrères.

1[er] *fait.* — Dans le courant du mois de janvier de cette année, le propriétaire d'une machine à vapeur du faubourg Saint-Antoine fut pris par le pied, dans les courroies de la machine. Il se cramponna par ses mains à l'arbre de la machine, contre lequel il replia son corps pour le préserver; mais, pendant que le corps tournait avec une rapidité effrayante, le pied était demeuré fixé dans les courroies, et peu à peu les muscles, les nerfs et les os même de la jambe et de la cuisse étaient dévidés par la machine dans sa course, à la façon d'un écheveau de fil. M. le docteur Piégu, appelé aussitôt, donna ses premiers soins au malade, qui, dès que la machine eut été arrêtée, avait été transporté sur une table, dans l'atelier même de la fabrique, qui était un atelier de scierie. M. Piégu venait de comprimer l'artère fémorale, quand j'arrivai pour être témoin de cette scène

de désolation. J'essayai sur-le-champ de remédier au mal : c'était chose peu aisée. Il n'y avait pas de peau pour faire un lambeau à la partie postérieure et interne de la cuisse, car la jambe avait été broyée, et il restait à peine, pendant à la cuisse, quelques débris de nerfs et de muscles, toute la peau s'étant rompue un peu au-dessus du grand trochanter. Je conseillai l'amputation de la cuisse et la pratiquai sur-le-champ. Je taillai un lambeau avec ce qui restait de peau vers la partie interne ; je le fis remonter en derrière et en dehors, et le maintins avec des points de suture, et le fémur ayant été scié au-dessous du petit trochanter, l'artère fémorale étant liée, je tentai la réunion par première intention. Le malade, qui n'avait pas repris connaissance et était resté dans un état de stupeur complète pendant toute l'opération, revint alors à lui, et il put être couché dans son appartement, où, peu à peu, des infusions chaudes le réchauffèrent, et un état d'amélioration très-sensible se manifesta pendant quelque temps. Malheureusement, le froid était en ce moment dans toute sa rigueur, et pendant une nuit des plus rudes de la saison, le tétanos survint et amena la mort au bout de quelques jours. Tout, pourtant, m'avait fait espérer un résultat plus heureux, d'autant mieux que je venais d'amputer le bras d'un jeune enfant, sans faire de ligatures d'artères (ici, l'artère avait été parfaitement liée) et que l'enfant se portait à merveille. Une fois le malade mort, j'examinai la plaie et je constatai qu'en effet la réunion par première intention était déjà complète, et que l'état sanitaire de la plaie elle-même, au moment du tétanos, était très-satisfaisant. Ces réunions par première intention, que l'on obtient assez souvent dans la pratique civile, sont bien rares dans les hôpitaux, et la plupart des malades qui meurent dans les hôpitaux, quel qu'ait été le procédé d'amputation et de pansement employé à leur égard, succombent tous à la suite de l'infection purulente. Dans la ville, au contraire, on sauve assez souvent les malades qui ont subi l'amputation de la cuisse. Tout me portait donc à espérer la guérison de celui-ci, sans le fâcheux accident qui est survenu tout à coup.

J'ajouterai, à ce propos, qu'une fois l'opération faite, j'avais cherché sur le lieu du désastre le pied et la jambe de la victime, et les avais trouvés sous un établi situé à plusieurs mètres de l'endroit même de l'opération. Le pied, qui n'était plus reconnaissable, tenait à un bout de peau amincie et roulée sur elle-même, dont la longueur était d'une douzaine de pieds au moins. Cette pièce a été remise par moi à M. Suckay, pour le musée de la Faculté de médecine, et elle y sera déposée dès qu'elle aura été suffisamment préparée.

2e *fait*. — Dernièrement, je fus appelé dans la rue des Juifs, pour un homme horriblement mutilé aussi par une machine à vapeur. Il avait été enlevé par le bras, pris dans une courroie sur un arbre de machine, et avait eu tout d'abord l'avant-bras et les premières côtes gauches broyées par le choc ; puis, comme les jambes étaient un obstacle au passage entre l'arbre et la voûte de la machine, et qu'il fallait qu'elles passassent dans un espace très étroit, il y eut une double luxation du genou, luxation telle de chaque côté que les tibias étaient à angle droit avec les fémurs. Appelé sur-le-champ, je fis la réduction des deux luxations. Le genou du côté droit n'offrait pas de plaie outre la luxation ; le gauche présentait une plaie longitudinale assez considérable. Immédiatement après la réduction, une hémorrhagie eut lieu. Elle ne fut arrêtée que par la compression de l'artère fémorale ; mais après m'être bien assuré que la compression était insuffisante, je dus appliquer sur la plaie quelques petits bourdonnets, imbibés de perchlorure de fer à 35°; alors l'effusion du sang cessa complétement, et il ne fut plus besoin de comprimer l'artère. Le malade fut dirigé vers la Clinique : tout d'abord se passa bien ; puis, la jambe droite s'étant gangrénée, il fallut amputer la cuisse, et le malade succomba à l'opération. A voir succomber ainsi dans les hôpitaux, quelque bonne que soit d'ailleurs leur disposition hygiénique ; à voir succomber la plupart des amputés de la cuisse, on se demande s'il ne faudrait pas mettre dans des chambres à part ceux qui auraient à subir d'aussi graves opérations.

Le point principal sur lequel j'insisterai dans ce nouveau cas de plaie par arrachement, c'est sur la propriété, parfaitement mise en usage ici, qu'a le perchlorure de fer d'arrêter l'écoulement du sang. On ne saurait plus nier ses vertus hémostatiques ; et ce fait, répété, je l'espère, par les élèves du service de M. Nélaton, et livré à la publicité, sera une preuve de plus à l'appui de tout ce que j'ai dit de cet agent hémostatique.

J'ajouterai, qu'après les informations prises sur le malade en question, j'ai appris qu'il avait eu constamment, pendant sa vie, des pertes de sang par le nez et par l'anus, et qu'on avait beaucoup de peine à les arrêter. De quelle utilité eût été, dans toutes ces circonstances, le perchlorure de fer ! Et combien peut-il venir en aide à la pratique chirurgicale ! Que d'hommes, en effet, chez qui la rupture du moindre petit vaisseau occasionne d'abondantes hémorrhagies ! Je me rappelle, à ce propos, l'histoire d'un homme dont je parlai dans le journal *l'Expérience,* il y a quelques années. Il mourut d'une hémorrhagie qui s'était déclarée à la suite d'une amputation du bras, et qu'on n'avait pu arrêter par tous les moyens connus. Déjà, une fois, il avait failli succomber à une hémorrhagie, après l'extraction d'une dent.

Hernies. — Étant revenu, à propos de plaies par arrachement, sur les vertus hémostatiques du perchlorure de fer, que j'avais eu déjà l'occasion de signaler dans ce journal, je vais revenir sur une autre série d'observations que j'y ai faites dernièrement, et qui concernent les hernies.

Depuis que M. le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux* a eu la bonté d'insérer dans ce journal mon article sur la pince à hernies, j'ai eu l'occasion de l'employer plusieurs fois avec succès ; et en même temps, chez des personnes qui n'avaient pas pour le chloroforme l'appréhension qui s'est si fortement manifestée dans ces derniers temps, j'ai usé avec le même bonheur des agents anesthésiques pour réduire des hernies étranglées.

J'avais lu avec beaucoup d'attention l'article de M. le professeur Seuten sur la réduction des hernies étranglées, et j'avais tâché d'appliquer son procédé ; mais n'ayant pas bien compris sans doute les indications qu'il avait données, je ne pus parvenir, malgré tous mes efforts, à engager mon doigt dans l'intérieur du canal, et je fus obligé d'en revenir à mon procédé habituel : l'usage du chloroforme et de l'éther, quand les personnes ne se refusaient pas à ce mode de traitement, et la pince à hernies pour le taxis.

Je fus appelé dernièrement par M. le docteur Ricard de Morny, pour réduire une hernie crurale étranglée chez une femme de 75 ans. La tumeur était de la grosseur des deux poings ; elle était très-dure et résistait à toute tentative de réduction. Après avoir essayé à plusieurs reprises l'usage de ma pince à taxis, en employant, les fenêtres ouvertes, des lotions modérées d'éther, je dus avoir recours à l'opération (l'étranglement datait de soixante heures, et la malade, qui avait vomi beaucoup de matières bilieuses et stercorales, était très-affaiblie). J'incisai la peau, et, arrivé au sac herniaire, j'enlevai les différentes couches de tissu cellulaire qui le recouvraient, puis je l'ouvris et vis s'écouler une très-grande quantité d'un liquide transparent, qui pouvait remplir un grand verre. Dans le fond de la cavité, je trouvai l'intestin avec l'épiploon ; l'intestin était rouge. J'introduisis mon doigt, je fis des débridements multiples sur le collet du sac en haut ; et alors toute la partie de l'intestin engagée dans l'orifice herniaire put rentrer. Quelques parcelles d'épiploon seulement restèrent dans le canal. Les vomissements cessèrent, la malade alla à la selle abondamment. Tous les symptômes de l'étranglement avaient disparu, et elle s'acheminait vers une prompte guérison, quand la double attaque d'une péritonite et d'une pneumonie vinrent l'enlever. Que j'aie opéré cette hernie étranglée et que la malade ait succombé, il n'y a là rien que de très-ordinaire. Mais je veux appeler l'attention sur le fait même de la résistance obstinée de cette tumeur herniaire à toutes les tentatives de taxis. A quoi faut-il l'attribuer? Je pense que c'est à la grande quantité de liquide que contenait le sac et qui pro-

tégeait l'intestin contre les efforts multipliés faits pour le réduire.

Il y a quelques jours, je fus appelé par le docteur Frémineau, à Ménilmontant, rue des Amandiers, pour un autre cas de hernie crurale étranglée. L'étranglement datait de trente-six heures; il était accompagné de vomissements de matières porracées, avec suppression d'évacuations alvines. J'employai aussitôt le chloroforme avec modération, les fenêtres étant ouvertes; et en même temps, saisissant avec ma pince la partie la plus étroite de la tumeur, j'essayai de modifier la direction de l'intestin. Au bout de quelques minutes de tentatives continues de taxis sous l'influence du chloroforme, la douleur cessa et la hernie fut réduite. Je pourrais citer encore d'autres cas, qui n'ont rien de plus important, mais qui pourraient plaider en faveur du chloroforme et du taxis pour la réduction des hernies étranglées. Une chose assez intéressante serait de faire le relevé de tous les cas d'étranglement de hernie qui se présentent dans les hôpitaux. On y verrait que l'opération des hernies devient de plus en plus rare. Cependant, j'ai lu avec le plus grand intérêt le Mémoire de M. le docteur Guyton, interne des hôpitaux de Paris, et je suis convaincu que, si l'opération de la hernie est rare, elle ne peut cependant être complétement abandonnée.

Il en est de même de tous les procédés anciens, et de la lithotomie, par exemple. Quelque avantage que présente la lithotritie, il est évident qu'on ne pourra arriver à ne plus pratiquer du tout la lithotomie, et qu'elle sera toujours nécessaire pour obvier à des inconvénients qu'aurait produits un broiement incomplet de la pierre. Ainsi j'ai vu, à la suite d'une opération de lithotritie, un malade souffrir cruellement de débris de calculs urinaires restés dans la vessie. Ces débris se sont fait passage peu à peu à travers les parties vivaces, et sont venues faire saillie dans le rectum. On pouvait toucher du doigt une tumeur assez volumineuse, dont la fluctuation était manifeste. La taille fut pratiquée par le rectum; et après l'extraction de vingt-cinq fragments pierreux, le malade fut complétement guéri. La lithotomie avait suppléé à la lithotritie. C'est la deuxième fois que pareil fait s'est présenté dans ma pratique.

Tous les procédés, donc, sont à la fois bons et mauvais. Le perchlorure de fer, dont les vertus sont si nombreuses et si efficaces dans certains cas, peut être sans efficacité et nuisible dans d'autres. Le taxis et l'emploi du chloroforme sont excellents pour les réductions des hernies, mais ne peuvent servir à la réduction de toutes. Enfin, la lithotomie et la lithotritie peuvent se remplacer avantageusement l'une par l'autre. En un mot, comme je le disais dans une thèse pour un concours de la Faculté de médecine : « Ce qui nuit surtout à l'art, c'est que chacun montre au « grand jour le beau côté de sa médaille, et en cache soigneuse- « ment le revers. Chacun fait grand bruit de ses succès et des « insuccès d'autrui, et on garde le silence dans le cas contraire.»

A. Thierry.

JOURNAUX ITALIENS.

Issue de vers, par le nombril, chez un enfant de 10 ans.

Les cas analogues à celui dont il va être question, sans être rares, ne laissent pas que d'être un sujet intéressant d'étude et de méditation pour le médecin. On sait qu'un des accidents les plus graves occasionnés par la présence des vers consiste dans la perforation des tissus avec lesquels ils sont en contact. Borsieri dit en avoir vu un cas dans lequel des vers s'étaient frayé un passage de l'œsophage dans la cavité de la poitrine. Haller et Herbin ont observé celui de lombrics qui se sont introduits de l'arrière-gorge dans le larynx et la trachée. On trouve, dans le Recueil de l'Académie de médecine de Paris, l'observation d'une dame qui, en 1817, rendit des lombrics par l'ombilic. Agniti cite le fait d'une tumeur dans l'aine droite, prise pour une hernie, et qui, venue à suppuration, donna issue à des ascarides lombricoïdes. Le docteur Vanderbergh de Veghel a fait parvenir à la Société de médecine d'Anvers l'observation d'un homme qui rendit un lombric par l'anneau inguinal du côté droit. Brilman raconte l'histoire d'un enfant dont le nombril s'ouvrit pour donner issue à 96 vers. Cotagno cite également l'histoire d'une dame atteinte d'une tumeur située au-dessous de l'ombilic, d'où s'échappèrent un certain nombre de ces helminthes. Gauthier de Claubry a également observé différentes perforations de l'estomac et des intestins produites par des vers. Tulpius, enfin, Mécauly, Jacquin, etc., ont consigné des faits semblables dans les annales de la science.

A ces différents cas enregistrés par la science, le docteur Bottini, de Menton, joint le suivant, qui s'est présenté à son observation : Il s'agit d'un enfant de 10 ans, qui avait traversé heureusement les diverses maladies éruptives de l'enfance, et qui jouissait d'une excellente santé, lorsqu'il fut pris de douleurs dans le ventre. Appelé à lui donner des soins, le docteur Bottini constata les symptômes ci-après : ventre tendu, douloureux au toucher, surtout au niveau de l'ombilic; langue sèche, soif ardente, vomissement de tout liquide ingéré; fièvre, avec fréquence quelquefois excessive et petitesse du pouls. Diagnostiquant une gastro-entérite aiguë, il prescrivit deux saignées, une le matin, l'autre le soir, la diète la plus rigoureuse, des fomentations d'eau de camomille tiède sur l'abdomen, et de petits lavements émollients. La nuit fut très-agitée, et, le lendemain, l'état notablement aggravé. Des crampes atroces, avec grincement de dents, étaient survenues, et les vomissements n'avaient pas discontinué d'avoir lieu. Le surlendemain, malgré deux nouvelles saignées, aucune amélioration; tout au contraire, de la céphalalgie et de la roideur dans les membres s'ajoutèrent aux autres symptômes. L'état du pouls ne paraissant pas autoriser une nouvelle saignée, le docteur Bottini fit appliquer vingt-quatre sangsues autour du nombril, où la sensibilité était plus grande. Tout fut inutile, le mal fit de rapides progrès : les douleurs abdominales devinrent intolérables, arrachant des cris au malade, et ne laissant quelque moment de répit que pour faire place à d'affreuses convulsions. Le pouls devint imperceptible, une sueur froide se répandit sur le corps, la respiration se ralentit. En présence d'un danger imminent, on eut recours à une potion antispasmodique par cuillerées, mais elles étaient aussitôt rejetées, pendant la nuit, par le vomissement; des sinapismes furent appliqués aux extrémités; on administra un lavement avec les gommes fétides. Le matin, il y avait une légère amélioration; il y avait autour du nombril une tuméfaction circonscrite, avec de la rougeur, sur laquelle on appliqua des cataplasmes. Dans l'après-midi, le docteur Bottini retourna, accompagné d'un confrère, auprès du petit malade, et trouva l'amélioration plus prononcée encore : il était évident qu'il y avait une résolution dans la marche de la maladie. Mais quel ne fut pas l'étonnement des deux médecins, lorsque la mère leur montra trois lombrics qui étaient sortis par le nombril? L'ombilic présentait, en effet, une perforation d'où s'échappèrent encore, le soir, deux autres vers, et un troisième le jour suivant. A partir de ce moment, tous les accidents cessèrent; mais il était certain qu'il y avait en même temps une perforation intestinale, puisqu'il sortit quelques débris de matières fécales par la plaie. Néanmoins, tous les accidents généraux se dissipèrent, et le mal se localisa autour de la perforation. Le docteur Bottini fit appliquer un bandage compressif; mais il fallut en outre recourir à des cautérisations dans ce trajet fistuleux dont la guérison fut complète au bout d'un mois.

En présence de semblables faits, l'auteur de l'observation se demande comment il se fait que les naturalistes s'accordent à dire que la forme de la bouche des vers lombrics n'est pas propre à déchirer les tissus, et à traiter de fables les observations semblables recueillies par des hommes dignes de foi. On dira peut-être qu'il y avait ramollissement inflammatoire au point où existe la perforation; mais, dans ce cas, l'inflammation ne peut-elle pas être produite par les vers eux-mêmes, dont la tête s'est engagée dans les orifices dilatés des glandes de Peyer? ou bien la présence de ces helminthes est-elle étrangère à la production de l'inflammation, et ne font-ils alors que déchirer les points déjà atteints par le ramollissement. L'auteur laisse à d'autres le

soin de trancher ces questions, qu'il se contente de poser ; mais il n'hésite pas à établir, qu'en pareilles circonstances, il s'établit une péritonite circonscrite qui, par les adhérences qu'elle provoque autour de la perforation, empêche les matières contenues dans l'intestin de s'épancher dans la cavité du péritoine. (*Gaz. med. di Stati Sardi*). G. VIGNOLO, *D.-M.P.*

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du choléra. — Sulfure de mercure.

Dans un long travail publié dans la *Revue de thérapeut. médico-chirurg.*, M. le docteur Debreyne préconise le sulfure de mercure rouge (cinabre) en fumigations, et le sulfure de mercure noir (éthiops minéral), par les voies digestives.

« Comme il paraît certain que le virus cholérique entre, à l'état aériforme, dans l'économie, par les voies respiratoires, il est rationnel, ce me semble, dit ce praticien, de l'attaquer par les mêmes voies, et d'administrer le remède à l'état de vapeur, afin que, respiré sous cette forme, il agisse directement et promptement sur le sang, pour le guérir de l'intoxication virulente, à peu près de la même manière qu'agit sur lui l'oxygène de l'air, pour le purifier et le revitaliser.

« D'ailleurs, comme les effets du choléra sont souvent prompts et foudroyants, il faut aussi un remède qui agisse instantanément et qui foudroie et tue le virus animé qui est la cause de la sidération cholérique. »

« Pour le traitement dans l'espèce présente, le choléra, objet de cette notice, on projette de la poudre de cinabre sur des charbons rouges, à la manière ordinaire des fumigations médicamenteuses. On pourra confectionner tel appareil fumigatoire que l'on jugera le plus convenable et le plus approprié aux temps, aux circonstances, aux lieux et aux personnes. On administrera le sulfure noir de mercure par les voies digestives, à titre de moyen auxiliaire.

« Peut-être, au moins par mesure prophylactique, on pourra fumer le cinabre en cigarette ou à la pipe, mêlé à quelque excipient approprié, ou à quelque substance balsamique et aromatique, comme benjoin, storax, etc.; ou peut-être encore pourra-t-on fumer des cigarettes avec du papier cinabré fait exprès pour cela. *Experire.* »

Guérison d'un goître cystique sans opération,

Par FRÉDÉRIC BETZ (de Heilbronn).

OBS. Un jeune paysan de 27 ans, portait depuis deux ans un goître volumineux ; il avait employé à plusieurs reprises, sans succès, l'iodure potassique. L'opération ayant été rejetée, l'auteur prescrivit un mélange de teinture d'iode et d'éther sulfurique, dont on devait mouiller matin et soir le goître, à l'aide d'un pinceau.

Au bout de trois semaines, le goître était réduit à la grosseur d'une prune.

L'auteur attribue ce succès à la présence de l'éther, qui, en dissolvant la graisse, permet à l'iode de mieux pénétrer dans les tissus. (*Medicinisches Correspondenz-Blatt.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Actes officiels.* — Un arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique modifie ainsi qu'il suit les matières qui font l'objet du 1er examen de fin d'année :

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté du 7 septembre 1846, relatif aux examens de fin d'année dans les Facultés de médecine ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. Le premier examen de fin d'année dans les Facultés de médecine aura pour objet : 1° la physique, la chimie et l'histoire naturelle, considérées dans leurs applications à la médecine, conformément aux programmes des leçons professées dans le courant de l'année par les professeurs de la Faculté ; 2° les premières parties de l'anatomie (ostéologie, articulations, myologie) et les prolégomènes de la physiologie. L'anatomie et la physiologie, dans toutes leurs parties, continueront d'être la matière du second examen de fin d'année.

Art. 2. MM. les recteurs des Académies départementales de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 8 juillet 1854. H. FORTOUL.

Les dispositions de cet arrêté ne seront exécutoires qu'à partir du 15 juillet 1855.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours pour 1855 la question suivante, proposée par la section de médecine : « *Des paralysies qui paraissent indépendantes de toute lésion appréciable des centres nerveux.* » Les concurrents apprécieront la valeur réelle des faits par lesquels on a cherché à établir l'existence de ces maladies. Ils en traceront un historique raisonné, signaleront leurs formes, et déduiront les conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui intéressent plus spécialement la pratique médicale. Le prix consistera en une médaille d'or de 500 francs ; il pourra être divisé. Les Mémoires devront être adressés *franco* à M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie à Montpellier. (*Rev. thérap. du Midi.*)

— La Société d'hydrologie médicale de Montpellier est définitivement constituée. Elle a formé son bureau ainsi qu'il suit : président, M. Boyer; vice-président, M. Dupré ; secrétaire général, M. Bourdel ; secrétaire des séances, M. Sorel ; trésorier, M. Farrat. (*Id.*)

— M. le préfet de la Meurthe a eu la bonne pensée de faire insérer l'avis suivant dans le journal l'*Espérance* de Nancy :

« Des bruits exagérés circulent dans le département au sujet du choléra. Il est du devoir de l'administration de faire connaître la vérité. Le choléra a effectivement envahi l'arrondissement de Toul depuis un mois; une seule commune de l'arrondissement de Nancy a été atteinte.

« Neuf communes, présentant ensemble un population de 6,063 habitants, ont été attaquées ; le nombre des décès s'élevait, au 16 juillet, à 160. Aucun cas n'a été signalé dans les arrondissements de Lunéville, Château-Salins et Sarrebourg.

« Dans les communes envahies, des secours ont été organisés, des médecins envoyés sur les points où le service médical n'était pas complétement assuré ; des mesures seront prises pour l'organisation de commissions de secours qui fonctionneraient immédiatement, si, contre toute attente, la maladie prenait un caractère d'intensité et de développement.

« Dans le plus grand nombre des communes atteintes, l'épidémie paraît être parvenue à une période de décroissance. »

— M. le docteur Renouard nous a proposé une réponse à M. Tessier, que nous aurions volontiers insérée si nous avions pensé que le débat en restât là ; mais comme cette réponse en pourrait provoquer une autre, et ainsi de suite, nous espérons que nos lecteurs ne nous sauront pas mauvais gré d'avoir borné là une discussion qui aurait pu prendre des proportions peu en harmonie avec son utilité pratique.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. PAYEN. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez JANET, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Dernières publications de la librairie VICTOR MASSON.

Essai sur quelques points de pathogénie et de classification médicale, par M. P.-E. GARREAU. — Paris, 1854. — 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr. 50 c.

Histoire de l'électricité médicale, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, un choix d'observations, par M. J. GUITARD. — 1 vol. gr. in-18, avec six planches. — Toulouse, 1854. — Prix : 3 fr. 50 c.

Hygiène publique, considérée principalement dans ses sujets les moins abstraits et le plus à la portée des gens du monde, par M. LE BORGNE. — Paris, 1854. — In-8. — Prix : 4 fr. 50 c.

Traité théorique et pratique des maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, par M. MOREL. — Ouvrage auquel l'Académie des sciences a accordé, dans sa séance du 30 janvier 1854, une récompense de 2,000 francs. — Paris, 1853. — 2 vol. in-8, avec 24 portr. et 3 tab. — Prix : 16 fr.

Des principes à suivre dans la fondation et dans la construction des asiles d'aliénés, par M. PARCHAPPE. — Paris, 1853. — 1 vol. grand in-8, avec 20 plans des principaux asiles d'aliénés en France et à l'étranger. — Prix : 20 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 88. 2e année. Mardi 25 Juillet 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose.

Mon cher rédacteur,

Vous avez inséré dans quelques-uns de vos derniers numéros des considérations sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose dans les affections diarrhéiques. Je vous envoie quelques lignes sur le même sujet : voyez si elles méritent d'être publiées ; je n'ai d'autre but, en vous les adressant, que d'appeler l'attention des praticiens sur une médication que je crois très-avantageuse, dont tout l'honneur revient à M. Monneret, et qui, je le regrette, n'a pas pris dans la science le rang qu'elle mérite, selon moi, d'y occuper.

Dans les derniers jours du mois de janvier 1852, je reçus du Val-de-Grâce, dans la salle de clinique, un sergent de marine qui, depuis trois ans, était atteint d'une dyssenterie chronique, contractée aux colonies, et pour laquelle il avait été envoyé en congé de convalescence en France : en débarquant, il avait dû entrer dans un hôpital de la marine ; ensuite, à Paris, il avait reçu les soins d'un de nos praticiens les plus éclairés, M. Rochoux, qui était un des amis de sa famille. A son entrée dans mon service, je le mis à un régime tonique, aux préparations de ratanhia, de quinquina et d'opium : de quinze à dix-huit selles qu'il avait par jour, il n'en eut bientôt plus qu'une douzaine ; mais près d'un mois déjà s'était écoulé, et l'amélioration était restée stationnaire. Je me décidai alors à prescrire le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 8 grammes, puis de 12, en suspension dans une potion gommeuse : en quelques jours, le mieux fut des plus marqués ; il n'y eut plus de selles pendant le jour, et deux ou trois seulement pendant la nuit. Une circonstance indépendante de ma volonté m'ayant forcé de suspendre la prescription du médicament, les accidents reparurent immédiatement avec leur ancienne intensité. Reprise du bismuth ; cessation rapide des selles ; retour prompt des forces ; et en moins de quinze jours, le malade se trouve tellement bien, que nous avons beaucoup de mal à le conserver à l'hôpital assez de temps pour pouvoir nous assurer qu'il n'y aura pas de nouvelle rechute.

J'ai observé, l'automne dernier, en Algérie, un fait non moins concluant. Un vétérinaire des spahis, en garnison à Nemours, était atteint, depuis quatre mois, d'une dyssenterie contre laquelle on avait en vain employé les médications dont nos collègues de l'armée d'Afrique ont une si grande habitude, et qu'ils dirigent avec tant d'habileté. Je conseillai le sous-nitrate de bismuth de 8 à 12 grammes,

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire, de P.-H. Nysten.

Dixième édition, entièrement refondue par E. Littré et Ch. Robin (1).

Sous ce titre, vient de paraître un ouvrage très-digne d'attention ; il se compose de deux parties, dont la première est mise en vente ; la seconde partie sera publiée avant la fin de l'année courante.

Nous nous sommes proposé de rendre compte sommairement de l'esprit du livre et d'en apprécier le caractère scientifique ; et d'abord nous dirons en quoi cette édition diffère des précédentes. Le titre de Dictionnaire de Nysten nous paraît avoir été conservé ici dans le but de mettre l'ouvrage sous la protection d'un nom qui est, depuis longtemps, en possession de la faveur des étudiants et des médecins ; derrière ce nom, pour ainsi dire populaire, se cache une œuvre autrement importante que le modeste dictionnaire de 1806.

(1) Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Depuis que les premières éditions de ce livre ont paru, la science a marché, des découvertes nombreuses sont venues s'adjoindre aux découvertes anciennes, des erreurs ont été rectifiées, des sciences qui n'étaient alors qu'à leur origine, l'anatomie générale et l'anatomie pathologique, ont pris un développement rapide et ont occupé la place qu'elles tiendront désormais dans les études médicales.

Le nouveau Dictionnaire a profité de toutes ces découvertes, et il les résume dans des articles dus à M. Ch. Robin, qui devait traiter toutes ces questions nouvelles avec d'autant plus de compétence, qu'il avait pris une part plus active à un très-grand nombre de travaux récents en histoire naturelle et en anatomie générale, normale et pathologique. C'est ainsi qu'une foule de recherches éparses dans des Mémoires ou dans les Bulletins des sociétés savantes en France, en Allemagne et en Angleterre, sont groupées et classées dans ce livre, qui nous paraît destiné à les vulgariser promptement ; il en est de même de tous les travaux relatifs à la pathologie pure, à l'hygiène, à l'histoire de la médecine, recueillis et analysés par M. Littré, avec ce talent d'érudition que chacun connaît. En lisant certains articles de ce livre, on ne peut s'empêcher de regretter, pour ainsi dire, son titre trop humble.

Le mot de dictionnaire semble entraîner l'idée de compilation ; or, nous trouvons ici des travaux originaux : le livre ne suit pas seulement le mouvement scientifique, il le précède quelquefois ; et c'est, sous ce rapport,

en recommandant d'élever la dose, si les accidents ne s'amendaient pas promptement. Je retrouvai ce malade, un mois après, sur le navire qui me ramenait en France; il m'apprit alors que, dès le troisième jour, il avait été complétement délivré de sa dyssenterie; qu'il ne lui restait plus que de la faiblesse, et qu'il pouvait manger à peu près de tout. Je sais que cette guérison, que je ne cherche pas à expliquer, mais que je constate, s'est maintenue, et que ce vétérinaire est encore attaché à l'armée, et sert dans un régiment de cavalerie de France.

Rapprocherai-je de ces deux observations un cas qui m'a été présenté par une petite fille de dix ans, d'une constitution délicate, maladive, et qui était épuisée, depuis douze jours, par une dyssenterie traitée par les moyens ordinaires? Dirai-je qu'il a suffi d'une seule dose de bismuth pour arrêter entièrement les selles, et pour permettre, dans la journée même, d'alimenter un peu la malade?

Des faits multipliés et identiques à ceux que je raconte en peu de mots, m'ont donné la conviction qne cette médication est appelée à jouer un grand rôle dans les pays où la dyssenterie est endémique. Aussi, je n'ai pas hésité, l'année dernière, dans mon inspection en Algérie, à la signaler aux médecins de notre armée, et à les engager à l'aborder avec confiance. Le ministre de la guerre avait bien voulu mettre à ma disposition 3 kilogrammes de sous-nitrate de bismuth, que je répartis entre les principaux hôpitaux de la province d'Oran, où l'on sait combien la dyssenterie sévit cruellement. Les renseignements que j'ai reçus depuis cette époque me font espérer que je ne me suis pas trompé; mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour résoudre définitivement la question, comme me l'écrivait, quelques semaines avant son départ de Tlemcen, M. Scrive, actuellement médecin en chef de l'armée d'Orient.

Déjà, en 1852, dans plusieurs hôpitaux de l'est de la France, j'avais eu occasion de donner les mêmes conseils. M. Thomas, médecin principal de l'hôpital de Besançon, homme d'un mérite supérieur, m'a dit et m'a écrit qu'il avait eu beaucoup à se louer de les avoir suivis; il en étendit l'application jusqu'au traitement des hémorrhagies intestinales, de la fièvre typhoïde; et, dans un Rapport au Conseil de santé des armées, il s'exprime de la sorte : « Ces observations, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres, tendent à prouver que le sous-nitrate de bismuth est un médicament précieux contre les hémorrhagies intestinales typhoïdes et les dyssenteries aiguës ou chroniques, que l'écoulement du sang reconnaisse pour cause l'ulcération de la muqueuse ou une simple exhalation à la surface de cette membrane. Le sous-nitrate de bismuth, ajoute-t-il, tout en supprimant l'écoulement du sang et les selles, ne suffit pas toujours pour faire disparaître les douleurs abdominales et le ténesme : dans les cas où ces accidents nerveux étaient très-développés, j'associais avec avantage, d'après le conseil de Lombard, l'opium avec ce médicament. »

MAILLOT, *médecin-inspecteur du service de santé des armées.*

Paris, 22 juillet 1854.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. CAZENAVE.

Sycosis.

Leçon recueillie par M. le Dr CHAUSIT, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Au n° 12 de la salle Napoléon, dans le service de M. le docteur Cazenave, est le nommé X...., âgé de 30 ans. Cet homme, vigoureux, d'une bonne constitution, d'une excellente santé en général, n'a rien dans ses antécédents qui présente un rapport appréciable avec sa maladie actuelle.

Le 25 mai dernier, sans cause connue, X.... fut pris d'une éruption siégeant à la face et caractérisée par de petites pustules agglomérées, superficielles, suppurant complétement, accompagnées d'une sensation assez vive de chaleur et de cuisson. Ces pustules donnèrent lieu à la formation de croûtes molles, verdâtres, peu adhérentes. La maladie était entretenue par des poussées successives qui durent encore au moment où il entre à l'hôpital Saint-Louis.

On observe sur le menton et dans les parties sous-maxillaires une éruption de pustules évidemment impétigineuses. Elles sont superficielles, aplaties; elles suppurent dans toute leur étendue; elles sécrètent un liquide puro-albumineux qui, en se concrétant, forme des croûtes jaunes, molles, étagées, se reproduisant sur divers points par suintement. Ce sont là des caractères qui ne permettent pas de méconnaître un *impetigo*. Le malade est mis à l'usage de la limonade sulfurique : on conseille, en outre, des cataplasmes et des bains simples.

Au bout de quelques jours et sans que rien pût expliquer cette nouvelle phase de la maladie, on s'aperçut que celle-ci s'était modifiée dans sa nature et dans ses symptômes extérieurs. Sur

---

véritablement une œuvre actuelle qui sera vivement appréciée par tous ceux qui espèrent dans les progrès de l'anatomie et de la physiologie.

On a souvent reproché, et avec raison, aux médecins, d'ignorer l'origine des mots qu'ils emploient, et de faire un usage d'autant plus condamnable du grec et du latin, qu'ils sont moins familiarisés avec ces langues; il est malheureusement à craindre qu'un semblable reproche ne soit plus justifié encore, à une époque où les médecins sont menacés de devenir de moins en moins lettrés, par suite de la nouvelle direction imprimée aux études dans les colléges. Le nom de M. Littré doit rassurer, à cet égard, les lecteurs sur les tendances du livre que nous analysons. Toutes les étymologies grecques et latines ont été indiquées par lui, et, de plus, chaque mot français est accompagné de son synonyme en anglais, en allemand, en italien et en espagnol. Sous le rapport du soin apporté à la partie grammaticale du livre, nous ne craignons pas de dire qu'il n'y a aucun dictionnaire, édité par les librairies classiques de l'Université, qui l'emporte sur celui-ci.

Nous ne parlerons que peu du mérite typographique et artistique du livre, dans lequel on remarque surtout une grande richesse iconographique. A côté des principaux articles se voient, intercalées dans le texte, des figures d'une scrupuleuse exactitude, destinées à faciliter l'intelligence des descriptions. En ce sens, ce livre est tout à fait à la hauteur des progrès modernes, et nous paraît répondre entièrement aux besoins de la génération présente; en effet, si la gravure n'a pas donné, pour les œuvres littéraires, tout ce qu'on en attendait, il n'en est pas de même dans les œuvres scientifiques, qui ne peuvent plus, désormais, se passer de cet auxiliaire. Sous ce rapport, le nouveau Dictionnaire l'emporte de beaucoup sur tous les ouvrages de ce genre, qui avaient été publiés jusqu'ici. Nous n'insisterons pas davantage sur le mérite de la partie matérielle de l'œuvre.

Nous ne doutons pas du succès du nouveau Dictionnaire, qui se présente avec toutes les garanties d'une œuvre sérieuse, et sous le patronage de deux noms aimés du public médical. P. LORAIN.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

les points occupés précédemment par l'impetigo, on vit se développer des pustules plus enchâssées dans la peau, plus douloureuses, petites, coniques, et offrant ce caractère particulier d'être traversées à leur centre par un poil. Ces pustules suppuraient incomplétement et formaient des croûtes petites, plus sèches, plus dures et aussi d'une teinte plus foncée. Ces croûtes ne se reformaient d'ailleurs qu'à l'aide de nouvelles pustules, qui se reproduisaient avec la même marche, les mêmes phénomènes, et passaient en laissant après elles des indurations de plus en plus manifestes. Ces symptômes ne laissent aucun doute sur l'existence d'un sycosis.

Au n° 49 de la même salle, est un homme jeune, vigoureusement constitué, d'une santé parfaite, n'ayant jamais eu de maladie de la peau. En 1846, ce malade a contracté une blennorrhagie, qu'il a traitée par le copahu et qui a duré trois mois. Cinq ou six ans plus tard, il a eu des chancres compliqués de bubon. En 1851, il fut atteint d'une éruption dont il ne peut dire la nature, qui siégeait sur les membres et le tronc, et pour laquelle il a subi plusieurs traitements, soit au Val-de-Grâce, soit à l'hôpital Saint-Louis, où il a été de service en service avant d'obtenir une modification complète. Au moment de sa sortie, il a vu se développer au menton une éruption nouvelle, qu'il attribue à cette circonstance qu'il se serait fait raser par le barbier de la salle. Prise pour un herpès, elle aurait été combattue par la cautérisation et aurait disparu, mais pour revenir bientôt. Le malade, sorti de l'hôpital, s'est traité lui-même par des applications topiques irritantes, par l'ammoniaque, le camphre, etc.

Quoi qu'il en soit de ces antécédents, et des causes de la maladie actuelle, celle-ci se présente avec les caractères suivants. Le menton est le siége de petites pustules, nombreuses, dont le développement provoque un sentiment pénible de chaleur, de tension et même de douleurs. Çà et là on voit de petites croûtes brunâtres, ou encore adhérentes ou flottant dans la barbe, suspendues aux poils qui les traversent. A la région sous-maxillaire existent des indurations tuberculeuses dont quelques-unes forment de véritables nodosités, d'ailleurs profondément enchâssées dans la peau. Ce dernier phénomène offre cela de curieux qu'il est parvenu au degré d'intensité qu'il présente avec une rapidité que l'on ne signale pas habituellement dans la marche de cette maladie. C'est encore un exemple de sycosis.

Enfin, un troisième malade, placé dans le même service, est atteint d'une éruption qui, identique par sa nature à celles que nous venons de décrire, présente quelques caractères particuliers qui lui donnent un cachet distinct. Elle siége surtout à la lèvre supérieure et au menton. Sur ces deux points, on observe çà et là des pustules très-petites, coniques, traversées chacune par un poil et donnant lieu à la formation des croûtes que nous connaissons. Mais, chose remarquable, la maladie date de douze ans déjà et on ne remarque aucune induration tuberculeuse de quelque étendue, aucune de ces nodosités qui caractérisent le sycosis à un état aussi ancien. Mais l'éruption offre un phénomène très-curieux et manifeste surtout au menton; c'est, avec la persistance de la forme pustuleuse, une exfoliation épidermique, incessante, constituée par de petites lamelles minces, sèches, blanchâtres, assez adhérentes d'ailleurs.

A l'occasion de ces trois malades, M. Cazenave présente quelques considérations sur le sycosis, maladie très-anciennement connue, mais dont la nature a été et est encore aujourd'hui très-controversée.

Pline est le premier qui ait signalé l'existence de la *ment àgre;* mais il est juste d'ajouter que cet auteur la décrit comme une maladie essentiellement contagieuse, qui aurait été apportée d'Asie par les anciens Romains, et qui aurait eu une gravité qu'il est difficile de concilier avec ce que nous savons de la mentagre moderne, dont on a fait le sycosis. Il est permis de supposer que la syphilis entrait, pour une bonne part au moins, dans la symptomatologie de la mentagre ancienne; comme elle a bien probablement imprimé son cachet sur l'épidémie du xve siècle, où quelques auteurs ont voulu retrouver, sous le nom de *mentulagra,* la cruelle affection signalée par Pline.

Plus tard, le sycosis a été englobé dans le faisceau des dartres: Alibert en fit le *varus-mentagra.* L'École anglaise, soumettant cette maladie à sa loi des lésions élémentaires, la classa parmi les éruptions tuberculeuses. C'était, quoi qu'on en ait pu dire, une erreur que Biett eut raison d'effacer de la classification de Willan, en reportant le sycosis au groupe des maladies pustuleuses. On a beaucoup argumenté pour ou contre ce point de définition graphique; mais, outre que l'expérience avait bien et dûment jugé cette question de diagnostic, la discussion perdait de son intérêt à mesure que nos connaissances des maladies de la peau s'étendaient au delà du cercle étroit où elles étaient enfermées. Ainsi, M. Cazenave, en plaçant le siége du sycosis dans le conduit pilifère, ne faisait pas seulement qu'éclairer la nature de cette affection, il ouvrait une voie nouvelle aux recherches sur sa symptomatologie, sur sa valeur pronostique et sur son traitement.

On en était là, quand, tout récemment, les opinions professées sur ce point et par Alibert, et par Biett, et par les continuateurs de ces deux maîtres, sont non-seulement contestées, mais sont encore devenues des erreurs grossières! Ainsi, le sycosis n'est ni une dartre, comme prétendait Alibert, ni une éruption tuberculeuse, selon Willan, ni une maladie caractérisée par des pustules, comme le voulait Biett : mais qu'est-il alors? Avec l'idée qu'on se fait de sa nature, la définition n'est pas facile. Tantôt, en effet, on dit que le sycosis est une inflammation quelconque du menton, de la peau des joues, etc...., et tantôt, comme si cela n'était pas assez vague, on ajoute que cette inflammation est caractérisée indifféremment par des pustules, par des tubercules, par des squames. Rien de plus simple! le sycosis a pour cause essentielle un champignon. Ce point admis, on en pourrait conclure que la maladie a une expression unique, absolue: mais le cryptogame est influencé par tant de conditions mystérieuses diverses! Ainsi, le sycosis n'a pas plus de causes particulières que de signes particuliers : c'est toujours un cryptogame, mais il peut être déterminé par la syphilis, par le rasoir, par les scrofules, etc.... N'est-ce pas assez pour que les phénomènes qu'il produit soient très-variables?.... sous une réserve pourtant, et qui a bien son importance. Ainsi, après avoir traité comme elle méritait la théorie puérile du sycosis pustuleux; après avoir constaté que le seul caractère pathognomonique est le champignon, on ajoute que si le doute est possible avec de tels éléments de diagnostic, si le cas est embarrassant, il faut attendre, et qu'on ne tardera pas à voir apparaître la *pustule* qui lèvera toute incertitude!!!

Pour nous, quelle que soit la valeur de ces autorités nouvelles, nous persistons dans notre opinion sur la nature, sur la symptomatologie du sycosis. C'est une inflammation particulière à la barbe, siégeant dans le conduit pilifère, caractérisée par des pustules très-petites, acuminées, douloureuses, enchâssées dans la peau et traversées chacune par un poil, suppurant incomplétement, et formant des croûtes petites aussi, sèches, brunâtres, pouvant être remplacées par des indurations tuberculeuses, des nodosités plus ou moins considérables. Le sycosis peut exister sur tous les points où il y a de la barbe : il a toutefois quelques siéges de prédilection, ainsi la lèvre supérieure.

Le sycosis débute par de petits *boutons* blancs, accompagnés d'une sensation plus ou moins vive de chaleur, de tension et même de douleur. Ils sont traversés, à leur centre, par un poil; ils suppurent incomplétement et forment une petite croûte brunâtre; puis ils disparaissent, pour revenir quelques jours après, et se conduire de la même manière. Peu à peu, les poussées sont plus fréquentes; elles se succèdent plus rapidement. Les pustules, plus nombreuses, se confondent et forment des croûtes plus épaisses, plus noires. Celles-ci peuvent, en se détachant, rester adhérentes aux poils qui les traversent, et flotter ainsi dans la barbe.

Le sycosis peut persister indéfiniment sous ce type essentiellement pustuleux; mais aussi il arrive fréquemment qu'il se

modifie dans sa forme. Ainsi, par suite de la persistance de l'inflammation, celle-ci, limitée d'abord au tube pilifère, gagne les tissus sous-jacents, et la maladie se complique de symptômes qui lui donnent un cachet particulier : ce sont des indurations tuberculeuses qui se manifestent sur les points affectés. Ces nodosités acquièrent un volume variable ; elles peuvent être assez considérables pour imprimer à la face de véritables déformations. Mais cet état secondaire est influencé par certaines conditions individuelles ; aussi est-il loin d'être constant et régulier dans sa marche. Si, chez quelques individus, et comme le second malade en offre un exemple, l'état tuberculeux peut se développer très-rapidement et acquérir une grande intensité, chez d'autres, au contraire, comme on l'a vu pour le troisième malade, le sycosis peut durer pendant des années entières, sans donner lieu à ce phénomène. Dans d'autres cas, et selon les degrés de l'inflammation consécutive, le sycosis se complique de furoncles, d'abcès, d'éruptions impétigineuses, d'une lésion épidermique qui se traduit par un état pityriasique plus ou moins prononcé et qui peut, ou précéder le sycosis, ou coïncider avec lui ou lui survivre.

Cette dernière complication est d'ailleurs fréquente dans toutes les affections des organes pilifères. Ainsi, on l'observe même dans le favus, et il n'est pas difficile de s'expliquer sa présence dans ces conditions. Sous l'influence de l'irritation que détermine à la peau l'action de se faire la barbe, on voit se manifester, au menton, par exemple, une rougeur plus ou moins vive, bientôt suivie d'un état farineux. Si l'on exagère, par la pensée, cette influence, en la faisant dépendre d'une phlegmasie morbide locale, on comprend facilement qu'il se développe, sur les points affectés, un état pityriasique plus ou moins prononcé et persistant.

Cela n'implique rien de particulier, quant à la nature du sycosis ; et il faut en dire autant des complications impétigineuses si fréquentes dans cette maladie, et qui, dans quelques cas, peuvent en être le point de départ. Nous en avons vu un exemple chez le premier malade ; mais, si l'on doit admettre que l'inflammation impétigineuse a pu consécutivement gagner les tubes pilifères et déterminer le développement d'un sycosis, celui-ci est, dans ce cas, ce qu'il aurait été dans tout autre occasion.

Le sycosis est une maladie idiopathique de la peau, une affection toute locale ; aussi, est-il vrai de dire que ses causes sont presque toutes directes et externes. Il existe sans doute une prédisposition individuelle dont il faut tenir compte ; mais le sycosis se manifeste à peu près constamment sous l'influence de tout ce qui peut irriter directement les conduits pilifères. Ainsi, on le rencontre souvent chez les individus qui sont exposés, par état, à un foyer ardent : chez les cuisiniers, les forgerons, les fondeurs, etc. ; chez les personnes exposées aux intempéries de l'air, comme les cochers, les courriers, notamment quand il se joint à ces causes une habitude d'ivrognerie.

Le sycosis est fréquemment causé par ce qu'on appelle *le feu du rasoir,* surtout chez les individus à barbe épaisse et dure. Ce rapport de causalité s'explique suffisamment par l'irritation que produit la rasure ; mais on a voulu en tirer la conséquence que le sycosis était contagieux. On a cité, à l'appui de cette opinion, un certain nombre de faits auxquels on pourrait trouver une tout autre signification que celle qui leur a été donnée, mais l'observation clinique nous semble avoir démontré surabondamment que cette maladie ne se transmet pas par contagion.

On a prétendu, enfin, que le sycosis avait pour cause un champignon particulier : c'est là une hypothèse qui ne s'appuie sur aucun fait sérieux ; aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

Il semblerait, qu'à raison de son siége spécial, de ses symptômes bien tranchés, le sycosis dût être toujours facile à reconnaître. Il n'en est pas ainsi, pourtant, et il est d'autant plus utile d'insister sur son diagnostic, que nous vivons en un temps où l'on paraît vouloir faire bon marché des connaissances graphiques, et où l'on fait, en nomenclature, des expériences qui ne semblent faites ni pour simplifier ni pour éclairer l'étude des maladies de la peau.

On pourrait confondre d'autant plus facilement le sycosis avec avec l'*impetigo,* que l'un peut être compliqué et masqué par l'autre. Ces deux éruptions se distinguent par les pustules qui, dans l'impetigo, sont plus aplaties, superficielles, agglomérées, ayant une marche individuelle plus rapide et suppurent complétement, tandis que, dans le sycosis, elles sont accumulées, enchâssées dans la peau, le plus souvent isolées et discrètes, et suppurent seulement à leur sommet ; par les croûtes qui, dans le premier, sont épaisses, comme déposées sur la peau, et semblables, par la consistance et la couleur, à du miel desséché ; qui, dans le second, sont plus minces, plus sèches, plus adhérentes et d'une teinte brunâtre. Enfin, les croûtes de l'impétigo se reproduisent par suintement ; celles du sycosis se reforment à la condition de pustules nouvelles. Enfin cette dernière affection se complique de nodosités qui n'existent jamais dans la première. Si d'ailleurs le diagnostic semblait trop obscur, il faudrait attendre, et le développement des pustules du sycosis viendrait lever toute incertitude.

Ce que nous venons de dire ne s'applique qu'au diagnostic du sycosis avec l'*impetigo figurata ;* en effet, cette variété de l'impétigo existe quelquefois limitée exactement au menton ou à la lèvre supérieure. Il faut être bien prévenu de cette coïncidence possible de siége, pour ne pas s'exposer à une erreur facile si on se livrait à un examen superficiel.

Il est inutile d'insister sur les signes qui séparent le sycosis de l'*herpès* ou du *lichen* fixé au menton. Ces affections n'ont ensemble aucun rapport de siége, de nature, de symptômes. Quant au *pityriasis,* qui serait localisé dans la barbe, il aurait pour caractère essentiel une desquammation incessante, un flux farineux comme intarissable, et surtout il n'offre jamais, en cet état squammeux, ni les pustules, ni la sécrétion purulente ou séro-purulente, ni croûtes qu'on remarque chez le troisième malade.

Les pustules de l'*ecthyma* ont une physionomie particulière qui ne peut, en aucun cas, permettre de les confondre avec celles du sycosis. L'erreur serait peut-être plus facile avec celles de la syphilide pustuleuse ; mais dans celle-ci les pustules sont aplaties, elles siégent sur une aérole d'une teinte spéciale ; elles ne sont accompagnées d'aucun phénomène appréciable de chaleur, de tension, de douleur ; elles ont une marche chronique des plus remarquables ; ces traits doivent rendre la séparation toujours possible.

Quant aux *tubercules syphilitiques,* ils diffèrent des indurations tuberculeuses ou sycosis, en ce que les premiers sont luisants, bien cuivrés, superficiels, tandis que les seconds sont plus saillants, conoïdes et enchâssées profondément dans la peau.

Le traitement du sycosis présente des difficultés qui tiennent à la ténacité de la maladie elle-même, mais aussi à une circonstance importante et dont il faut être bien prévenu dans la pratique. C'est que l'éruption est entretenue par des poussées inflammatoires dont il n'est pas toujours possible de surveiller le retour, et qui créent des indications soudaines auxquelles il est difficile de pourvoir. Ainsi, quand le sycosis est à cette période pustuleuse, c'est-à-dire quand il y a de la douleur, du gonflement, tous les signes enfin d'un appareil phlegmasique plus ou moins prononcé, il faut s'en tenir aux émollients, aux cataplasmes, qu'il est nécessaire de continuer pendant dix, douze ou quinze jours. Quand l'état inflammatoire a complétement cessé, alors on a recours à des frictions résolutives. Mais si, pendant cette seconde période, une poussée se manifeste sans qu'on ait pu en suivre les développements, on comprend ce que des applications stimulantes, devenues intempestives, peuvent ajouter aux symptômes de phlegmasie déjà existants.

La première indication à suivre dans le traitement du sycosis est donc de surveiller avec le plus d'attention possible la marche et l'état de la maladie. Ce point posé, voici quel est, en général, le traitement conseillé par M. C[illegible]enave.

A l'intérieur, il ordonne une pilule de Plummer, à prendre le matin à jeun, une boisson amère dans la journée. Matin et soir, il fait appliquer sur les points malades des cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve. Quand ils sont enlevés, on fait chaque fois une lotion alcaline sur les mêmes points. Avant le cataplasme du soir, et quand il n'y a pas d'inflammation, il conseille des onctions légères avec une pommade résolutive. Biett proposait, dans ce cas, l'iodure de soufre à la dose de 25 centigrammes pour 30 grammes d'axonge. On a vanté, dans le même but, le calomel, l'onguent citrin, l'onguent napolitain. Mais quelle que soit la pommade adoptée, la dose doit être aussi peu élevée que possible. Ainsi, la quantité de l'agent employé sera de 50 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'axonge.

On a proposé, à l'intérieur, l'iode, l'iodure de potassium, les purgatifs actifs. A l'extérieur et pour les cas rebelles, on a préconisé le bi-chlorure de mercure à dose réfractée. Quelques observateurs ont aussi parlé de la cautérisation : mais M. Cazenave la rejette comme un moyen inutile si elle n'est pas assez énergique, dangereux si elle est assez profonde pour détruire les conduits pilifères, c'est-à dire pour intéresser toute la peau, puisqu'alors elle est, par ses résultats, pire que la maladie elle-même qui peut toujours guérir.

On a employé aussi les vésicatoires répétés sur les points malades, comme un moyen d'en activer la résolution. Quant aux partisans de la nature cryptogamique du sycosis, ils ont proposé l'épilation, dont notre opinion sur cette théorie ne nous laisse rien à dire.

On obtient, dans le traitement du sycosis, de bons effets de l'emploi des bains, des douches de vapeur, surtout des douches alcalines en arrosoir. Seulement il faut faire attention que celles-ci soient administrées très-légèrement, car, à un certain degré, elles pourraient déterminer une irritation locale, favoriser le retour des poussées et provoquer même le développement de certaines complications, de furoncles, d'abcès, etc.

Hernie étranglée compliquée. — Opération. — Guérison.

Par M. le Dr Demeaux, de Puy-Lévêque.

Deux sacs herniaires superposés. — Phénomènes d'étranglement herniaire. — Tumeur volumineuse dans l'aine gauche. — Hernie inguinale. — Opération; un sac est ouvert et se vide complétement, ne contenant que de la sérosité sanguinolente.— Au-dessous de cette poche, mais très-profondément, on perçoit une seconde tumeur, qui contenait l'anse intestinale.

Madame ...., âgée de 50 ans environ, contracta, en 1848, une hernie pour laquelle on lui conseilla un bandage, dont elle a fait usage depuis cette époque d'une manière très-irrégulière, elle le portait quelquefois pendant un mois, pour le laisser ensuite pendant plusieurs semaines.

Depuis cette époque, à deux reprises, la hernie étant sortie, rentra avec difficulté, néanmoins, la position, le décubitus dorsal, le taxis pratiqué par la malade elle-même, avaient suffi pour opérer la réduction, sans l'intervention d'un homme de l'art, malgré les recommandations pressantes de son médecin, madame .... ne faisait pas usage de son bandage d'une manière continue.

Le 20 juin, dans la matinée, la hernie reparut, et donna lieu immédiatement à une douleur assez vive; la malade fut obligée de se mettre au lit, et voyant que les moyens ordinaires ne pouvaient amener la réduction, madame .... fit appeler son médecin.

A partir de ce moment, les moyens les plus rationnels et les plus méthodiques ont été mis en usage. Saignée générale, sangsues, bains prolongés et souvent répétés, pommades belladonées, taxis, tous ces moyens furent très-sagement employés par M. le docteur Roux de Tournon, médecin de la famille; le 21 au soir, ces divers moyens n'avaient produit aucun résultat, la tumeur augmentait de volume, l'état général semblait s'aggraver, je fus mandé dans la nuit, et me trouvai auprès de la malade le 22, à 7 heures du matin.

Je constatai dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, faisant saillie au niveau de l'épine du pubis, se prolongeant dans le canal inguinal; cette tumeur était rénitente, peu douloureuse, si ce n'est à une forte pression. La malade avait un certain embonpoint, le ventre était météorisé, des piqûres de sangsues sur la tumeur coulaient encore; par conséquent, l'exploration présentait de grandes difficultés. Toutefois, la présence de la tumeur, la suppression des selles, le ballonnement du ventre, les nausées fréquentes, quoique sans vomissement, ne pouvaient laisser de doute pour le diagnostic : c'était une hernie inguinale étranglée.

Quoique jusqu'à ce moment le taxis eût été employé d'une manière très-méthodique, je voulus le tenter moi-même, mais je ne fus pas plus heureux que mon confrère; malgré l'insuccès de ma première tentative, j'avais trouvé la tumeur si souple sous mes doigts, que je n'avais pas perdu l'espoir de faire la réduction; aussi, fut-il convenu que nous laisserions reposer la malade pendant quelques instants, et que nous ferions ensuite un dernier effort.

Ces dernières manœuvres ayant échoué complétement, nous prîmes le parti de faire l'opération; la malade l'accepta avec résignation.

Lorsque tout fut disposé, j'incisai la peau le long de la tumeur, dans une étendue de 5 à 6 centimètres; je n'avais prévu aucune complication, je m'attendais à une opération des plus simples.

Après la section des téguments, la tumeur se présente; je la mis à nu, avec les précautions voulues; j'en fis enfin l'ouverture avec la pointe de mon bistouri : il s'échappa un jet de sérosité rougeâtre. Ceci me donna pleine satisfaction : j'avais exécuté un des temps les plus difficiles de l'opération de la hernie; la nature du liquide me rassurait sur l'état de l'intestin hernié. Par un coup de ciseaux, j'agrandis l'ouverture : quel fut mon étonnement et celui de mon confrère, lorsque nous vîmes le sac se vider complétement, et ses parois s'affaisser! Dans ce moment, toute la partie saillante de la tumeur avait disparu.

Les hernies compliquées n'étaient pas pour moi un sujet nouveau; j'avais eu occasion d'en observer un grand nombre dans les hôpitaux de Paris, et j'en avais fait l'objet d'un Mémoire qui fut publié en 1842, dans les *Annales de chirurgie*. Immédiatement, je recueillis mes connaissances et mes souvenirs sur cette matière, j'explorai avec soin la région, et dans le fond du sac, que j'avais vidé, je sentis une tumeur dure, rénitente, douloureuse à la pression; je crus que c'était la tumeur herniaire. Je détergeai avec soin la première cavité, j'en fis tendre les parois avec des pinces, et alors, dans le fond, j'aperçus une ouverture circulaire de 8 à 10 millimètres de diamètre; à travers cette ouverture, je vis un corps violacé, que je reconnais manifestement être une anse intestinale; je saisis le bord de cette ouverture avec un crochet mousse, je l'incisai largement, et par cette manœuvre, je mis à découvert une anse d'intestin, d'un rouge violet, mais qui cependant ne me parut pas encore atteinte de sphacèle. Comme cette anse intestinale était placée profondément, sans toutefois agrandir la plaie des téguments, j'isolai avec soin l'anse herniée, pour me rendre l'exploration et le débridement plus faciles.

Après avoir constaté que l'intestin hernié était sain, je fis le débridement, d'abord directement en haut, puis en haut en dedans, la réduction fut faite ensuite sans la moindre difficulté; il n'est survenu aucun accident à la suite de l'opération, la guérison a été complète au bout de quinze jours.

Ce fait m'a paru digne de fixer l'attention des chirurgiens, il me paraît contenir un enseignement utile, surtout pour les jeunes médecins qui débutent dans la pratique; il y avait, dans ce cas, une complication qui pouvait avoir de graves conséquences : on croit opérer une hernie étranglée, et on ouvre un kyste rempli de liquide; on ne trouve ni intestin, ni épiploon;

combien de fois, dans des cas semblables, l'opération est-elle restée inachevée; l'étranglement a persisté, et les malades ont succombé.

Dans le Mémoire que j'ai publié en 1842, sur l'évolution du sac herniaire, j'ai expliqué avec détail la formation et le mécanisme de ces sacs multiples, refoulés et superposés; dans le cas actuel, un premier sac herniaire avait existé; plus tard, ce sac fut refoulé en masse; un nouveau sac s'est formé au-dessus, communiquant avec le premier par le collet de celui-ci. Une anse intestinale est venue s'étrangler dans le sac supérieur; par suite de l'étranglement, il y a eu sécrétion abondante de sérosité; celle-ci, à mesure qu'elle a été sécrétée, a pénétré, a rempli et distendu le sac inférieur; il est seulement bien fâcheux que le diagnostic de ces dispositions, de ces complications, présente tant de difficultés; les chirurgiens les plus célèbres sont souvent en défaut dans des cas semblables.

Note sur l'emploi thérapeutique de l'arsenic dans les maladies de la peau.

L'usage thérapeutique de l'arsenic remonte à une haute antiquité. Cent ans après Hippocrate, environ 400 ans avant J.-C., Théophraste signale l'orpiment comme détersif. Les médecins et les naturalistes qui se succèdent jusqu'à Celse, c'est-à-dire pendant une période de quatre siècles, connaissaient les propriétés excitantes, détersives et caustiques de l'orpiment et du réalgar. Celse fait rentrer l'orpiment dans plusieurs formules, et le place en tête de la liste des caustiques qu'il donne dans son chapitre VIII de son Ve livre.

Dioscoride, qui vivait quelques années après Celse, est le premier auteur qui parle de l'administration de l'arsenic à l'intérieur. De son temps, on l'administrait en potion, ou on en faisait respirer les vapeurs aux malades qui toussaient, étaient essoufflés ou crachaient du pus. Il est évident que l'analogie avait conduit à cette pratique. L'orpiment, appliqué sur un ulcère, en hâtait la cicatrisation et tarissait l'écoulement du pus, il devait agir de la même manière sur les organes de la respiration supposés ulcérés. Aujourd'hui même, à l'occasion des inspirations iodées dans la phthisie, nous avons fait un raisonnement analogue.

Sans doute que l'orpiment et la sandaraque perdirent de leur crédit dans l'esprit des médecins qui succédèrent à Dioscoride, car, 150 ans après, Galien ne parle plus que de leur action détersive et caustique; il ne fait aucune mention de leur usage interne.

Les Arabes copient Galien et Dioscoride, mais n'ajoutent rien à leurs préceptes.

Après Avicenne (Xe siècle), il n'est plus question des préparations arsenicales, et il faut arriver au XVIIe siècle pour les retrouver dans la thérapeutique. A cette époque, les médecins, frappés des immenses dangers de ces drogues, n'en parlaient que pour combattre les recettes populaires dans lesquelles elles se transmettaient, ou l'usage que les charlatans et les guérisseurs ambulants en faisaient.

Cependant, à la fin du XVIIe siècle, un médecin de Iéna, Slevogt, frappé par les résultats obtenus dans les fièvres intermittentes au moyen de ces recettes, tenta de nombreux effets et en publia le résultat en 1700.

Vers la même époque, Fric, médecin à Ulm, obtint beaucoup de succès contre la même maladie, au moyen d'une poudre complexe dans laquelle entrait l'orpiment.

Harles nous apprend dans sa monographie (*De usu arsenici*, etc., p. 66, 1811), que des médecins italiens, autrichiens, prussiens et russes confirmèrent les observations de Slevogt et de Fric.

En 1780, les docteurs Plencitz expérimentèrent publiquement à l'hôpital de Vienne. Ils obtinrent de nombreux succès contre les fièvres intermittentes.

En 1786, Fowler, en Angleterre, confirma par des faits les observations de Slevogt, de Fric et des Plencitz. Après Fowler, plusieurs praticiens recommandables de son pays, et en particulier Willan et Pearson se montrèrent grands partisans du même moyen.

Au commencement de ce siècle, lorsque le quinquina était si rare, on essaya inutilement en France de vulgariser l'emploi de l'arsenic (*Fodéré*, 1810). Sous le règne de Broussais, peu de personnes commirent l'hérésie d'envoyer une solution arsénicale sur la muqueuse de l'estomac. Parmi quelques insurgés, on remarque Fouquier (1819). L'arsenic était à peu près oublié en France, quand M. Boudin vint rappeler l'attention sur ce sujet. Son opinion favorable est appuyée sur une masse imposante de faits heureux. Malgré ces nombreux témoignages, peu de médecins se servent en France de l'arsenic comme antipériodique.

Théophraste, Celse, Galien et les Arabes employaient l'orpiment extérieurement contre quelques maladies de la peau. Rhazès (*De re medicâ*, lib. 3, cap. 33) et Avicenne s'en servaient contre la gale, les ulcères sanieux, la lèpre ulcéreuse. Mais c'est à Girdlestone, qui exerçait la médecine à Yarmouth, à la fin du siècle dernier, que l'on doit rapporter les premiers essais faits en Europe sur l'emploi de l'arsenic contre la diathèse dartreuse. Rush de Philadelphie le suivit dans cette voie. Enfin Willan, Pearson et d'autres médecins anglais mirent par l'observation de cette proposition hors de toute contestation : l'arsenic, pris intérieurement, peut guérir des maladies dartreuses, rebelles jusque-là à tous les agents thérapeutiques.

Aux États-Unis, malgré les efforts de Redman-Coxe et de Rush, l'emploi de cette substance ne se vulgarisa pas. Harles, en Allemagne (1811) ne fut pas plus heureux.

En France, M. Biett est le premier qui mit à profit les observations de Girdlestone, de Rush, de Willan, de Pearson et de Harles. MM. Cazenave, Gibert, Demarquary, Massat, et dans ces dernières années, quelques autres personnes ont imité la conduite de Biett. Nous pouvons cependant dire que cet agent, comme antidartreux, ne s'est pas vulgarisé en France.

Quelques médecins de notre époque ont encore employé l'arsenic contre l'épilepsie, l'aphonie, les turbercules pulmonaires, les névralgies, l'angine de poitrine, etc. Mais cette médication est toujours prescripte exceptionnellement.

Dans un excellent article d'érudition (*Moniteur des Hôpitaux*, 1854, n° 74), M. Imbert-Goubeyre nous apprend par le témoignage de Vogt, de Wurmb et de Moscati, que l'arsenic est vulgairement employé contre l'asthme, et cela depuis deux cents ans, dans quelques provinces de l'Autriche. Je ferai observer que cette donnée a peu d'utilité pratique : car le mot asthme étant presque synonyme de dyspnée, il est fort difficile d'imaginer quelle est la lésion génératrice du symptôme.

I. Depuis dix ans, j'ai administré une solution arsenicale à tous les dartreux qui sont venus me consulter. J'ai pris avec soin les 24 premières observations. La guérison fut *toujours* le résultat de l'administration du remède. Je suis maintenant si familiarisé avec cette médication, que je ne tiens plus note exacte que des cas les plus tenaces.

Je me propose de résumer aussi brièvement que possible le résultat de mes observations. Je m'estimerai heureux si un seul de mes confrères peut retirer quelque profit d'une manière de faire qui m'a rendu de grands services.

Voici la formule mise en usage :

℞ Acide arsénieux.	5 centigrammes.	
Potasse caustique.	5	—
Eau distillée.	20 cuillerées à bouche.	

Dissolvez exactement.

On voit que j'ai employé l'arsénite de potasse.

Dans l'appréciation des doses, je ne tiens compte que de la quantité réelle d'acide arsénieux. Chaque cuillerée renferme donc 1/20 de grain d'acide arsénieux. Avec cette formule, il est facile d'apprécier exactement les doses : il s'agit simplement, pour avoir une exactitude rigoureuse, de faire doser l'eau distillée avec la même cuiller qui servira au malade.

II. J'ai administré l'arsenic avec succès à 24 malades qui se groupent ainsi :

4 prurigo.
3 lichen.
10 eczéma.
1 psoriasis guttata.
2 mentagres ou impétigo de la face.
3 prurits idiopathiques de la vulve et de l'anus.
1 pemphigus chronique.

3 fois le mal durait quelques semaines.
3 fois — depuis 3, 4 et 9 mois.
1 fois — depuis 1 an.
1 fois — depuis 1 an et 7 mois.
3 fois — depuis 2 ans.
4 fois — depuis 3 ans.
2 fois — depuis 4 ans.
1 fois — depuis 5 ans.
1 fois — depuis 6 ans.
1 fois — depuis 8 ans.
2 fois — depuis 15 ans.
1 fois — depuis 20 ans.
1 fois — non noté.

J'ai observé plusieurs autres cas dont je n'ai pas tenu note. L'arsenic a encore été l'agent heureux de la guérison, sauf deux fois, et cependant, les maladies qui ont résisté sont bien simples en apparence : un psoriasis palmaria et un herpès circiné chronique. J'ai varié les médications, et je n'ai encore rien obtenu.

Vingt de ces malades avaient subi inutilement un traitement antérieur. Quelques-uns avaient tenté des médications variées et énergiques.

Quatre malades avaient des altérations de la peau telles que leur vie était en danger. Voici un abrégé de deux observations.

A. M. de la Causs...., de Mont-Flanquin (Lot-et-Garonne), ancien député, âgé de 84 ans. Il est affecté d'un prurigo général, à l'âge de 60 ans, à la suite de la suette miliaire. Pendant un an, on emploie les émollients, les purgatifs et un régime délayant. Il va se faire soigner à Bordeaux. Il y subit plusieurs traitements sans obtenir d'amélioration. Il se fait ensuite transporter à Tarbes : là on essaie les sulfureux, l'iode, les purgatifs répétés et l'eau de Mettenberg. Il passe une saison à Luchon et voit son état s'aggraver. Après quatre années de tentatives infructueuses, ses jambes enflent, son appétit se perd et il est évident pour tout le monde que ce vieillard va mourir. Après deux mois de la médication arsenicale, M. de la C.... est parfaitement rétabli. Il vit encore huit ans sans être malade et meurt accidentellement à 92 ans (fracture de cuisse).

B. Pierre Weyssandier, de Pellegrue (Gironde), âgé de 39 ans. Pemphigus chronique. Éruption successive de bulles d'un volume variable, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un œuf. La maladie dure depuis un an et demi. Lorsque le malade est soumis à la médication arsenicale, il était couvert d'ulcérations et de bulles; amaigri, sans appétit, ayant de la fièvre et de l'œdeme aux membres inférieurs. Il avait subi, sous la direction successive de cinq médecins, des médications actives : iodure de potassium, dépuratifs, mercuriaux, bains médicamenteux, diverses pommades, les corroborants. Un officier de santé avait eu la singulière idée de lui pratiquer quinze saignées en six mois. Cet homme fut entièrement guéri après quatre mois de l'usage de la solution arsenicale.

III. Le plus souvent l'acide arsénieux était administré à la dose de 2/20 ou de 3/20 de grain par jour, en trois fois. Je n'ai jamais pu faire prendre 5/20 de grain plusieurs jours de suite. Il survenait des douleurs de ventre, des envies de vomir et de la diarrhée. 4/20 de grain sont déjà une dose trop forte lorsqu'on veut continuer la médication plusieurs semaines. Cette dose finit par donner des coliques, des envies de vomir, un dégoût insurmontable pour les aliments et une perte d'appétit absolue. 2/20 ou 3/20 sont une dose qu'il ne faut pas dépasser quand on veut continuer longtemps la médication.

IV. A la dose de 2/20 ou 3/20 de grain par jour, 6 fois la solution arsenicale a été prise pendant 30 ou 40 jours.

5 fois. . . . . pendant 2 mois.
5 fois. . . . . pendant 2 mois 1/2 à 3 mois.
3 fois. . . . . pendant 6, 7 et 8 mois.
5 fois. . . . . pendant 10 mois environ, 2 ans et 4 ans.

La dose totale d'acide arsénieux absorbé a été :

1 fois. . . . . 2 grains.
1 fois. . . . . 3 grains 1/2.
4 fois. . . . . 5 grains ou environ.
2 fois. . . . . 6 grains.
1 fois. . . . . 7 grains.
4 fois. . . . . 8 à 9 grains.
3 fois. . . . . 9 à 10 grains.
1 fois. . . . . 15 grains.
2 fois. . . . . 18 grains.
2 fois. . . . . 30 à 35 grains.
3 fois. . . . . 45 grains, 80 grains, 100 grains.

V. En ne dépassant pas 3/20, je n'ai observé ni modification physiologique, ni accidents de quelque importance, quoique 5 fois des malades ont pris 2/20 ou 3/20 de grain d'acide arsénieux régulièrement pendant 10 mois. Ainsi, je n'ai vu ni l'augmentation de l'appétit, ni le flux d'urines, ni la salivation, ni la cachexie arsenicale, ni aucun des symptômes signalés par les auteurs comme dépendant de l'usage prolongé de l'arsenic à faibles doses. Ce remède ne m'a pas paru faire engraisser les malades : ils engraissent quand ils guérissent.

Parmi mes 24 malades, il y en a 2 qui sont restés décidément *arsénicophages*.

Voici l'abrégé des observations :

A. Jeune dame riche, âgée de 22 ans; vaste eczéma impétigineux du cou, des oreilles, etc.; le mal a résisté à plusieurs médications; la guérison est obtenue par l'arsenic. L'eczéma n'a pas reparu depuis quatre ans; la malade, malgré mes avis réitérés, a continué l'usage de l'arsenic; elle a pris plus de 100 grains d'acide arsénieux; elle prétend que c'est pour s'opposer à la récidive. Tel n'est pas son véritable motif, et j'ai parfaitement compris qu'elle continue son remède afin d'éviter les *peaux levées*, etc. Elle croit que l'arsenic rend la peau fine, délicate, transparente, etc. Cette dame est plutôt maigre que grasse.

B. Dame riche, âgée de 25 ans, affectée d'un prurit vulvaire guéri par la solution arsenicale. La guérison est obtenue depuis plus de deux ans, et cette dame continue toujours l'usage de l'arsenic, malgré tout ce que j'ai pu lui dire. Elle prétend que la maladie reparaîtrait si elle discontinuait. Cette dame est très-grasse et bien colorée. Elle a pris environ 80 grains d'acide arsénieux.

VI. Lorsque l'on donne 4/20 ou 5/20 de grain par jour d'acide arsénieux, il survient, après quelques jours de douleurs épigastriques, du dégoût, des coliques, de la diarrhée et des envies de vomir. Je n'ai jamais pu faire prendre 4/20 de grain pendant quinze jours de suite, à cause de ces accidents; 5/20 ne sont pas supportables plus de huit jours. Il survient inévitablement des troubles gastriques très-fâcheux. A la dose de 4/20, j'ai vu survenir des symptômes arsenicaux du côté de la peau. Dans un cas, c'étaient des papules grosses comme un pois, dures, situées sur la plante des pieds, dans la paume de la main et sur le front. Ces papules se déchirèrent, l'épiderme s'exfolia, et tout rentra dans l'ordre. J'ai également vu la scarlatine arsenicale ; c'était sur une vieille fille, qui prenait de l'arsenic pour une bronchite chronique. Ses membres inférieurs se revêtirent d'une teinte rouge très-vive et très-unie. Cet état persista trois jours. Il n'y eut pas d'exfoliation épidermique.

Il me paraît donc impossible qu'on puisse administrer 3, 5, 12 et 18 centigrammes d'acide arsénieux régulièrement huit et quinze jours de suite. Je ne comprends pas les doses de 12 et 18 centigrammes, ne les donnerait-on qu'une fois. Il est possible

que cela guérisse les fièvres intermittentes, mais c'est un véritable empoisonnement.

VII. On peut prolonger indéfiniment l'usage de l'acide arsénieux à la dose de 2/20 ou 3/20 par jour, sans qu'il survienne de cachexie arsenicale. Ainsi, plusieurs malades ont pu prendre 45, 80 et même 100 grains d'acide arsénieux.

VIII. Les vieillards supportent bien l'usage interne de l'acide arsénieux. J'ai essayé trois fois d'en donner à des enfants de 3 à 5 ans, sans pouvoir réussir. Les doses les plus légères leur donnaient la diarrhée.

IX. Ordinairement, il se manifeste une amélioration vers le trentième jour du traitement. Cette amélioration peut être définitive ; mais il arrive souvent qu'il se fait une nouvelle éruption qui cède bientôt en continuant la médication. Très-généralement, la guérison a été obtenue vers le troisième mois.

La guérison a été radicale dans 22 cas : il n'y a eu que deux récidives, qui ont cédé rapidement en recommençant le remède. Ce fait me paraît très-remarquable, parce que les maladies dartreuses récidivent habituellement quand on les guérit avec des moyens externes.

E. Marchand, *de Sainte-Foy, lauréat de l'Académie impériale de médecine.*

OBSTÉTRIQUE.

Hydropisie de l'amnios.

Le 20 avril dernier, M. Dubois signalait à l'attention de son auditoire à l'hôpital des Cliniques, une femme dont la position pouvait induire en erreur un praticien même expérimenté.

Cette femme, suivant un calcul qui paraissait vrai, se disait enceinte de quatre à cinq mois. Elle avait fait une fausse couche en octobre 1853, et elle était devenue enceinte pour la cinquième fois au commencement de décembre de la même année. L'orifice utérin était ouvert, et en pénétrant plus avant, le doigt rencontrait des membranes, et derrière celles-ci des petits membres qui fuyaient au loin dès qu'on les touchait. Ainsi, point de doute sur l'existence d'une grossesse, et cependant il y avait dans ce cas une circonstance très-propre à faire naître l'embarras; c'était le volume excessif du ventre, volume entièrement hors de rapport avec une grossesse à peine arrivée à la moitié de son terme. Quand, d'autre part, on palpait avec les deux mains l'abdomen dans le sens transversal, on avait la sensation très-manifeste d'un flot de liquide qui excluait l'idée d'une grossesse plus avancée. On était conduit en conséquence à penser que le développement anormal du ventre avait pour cause une ascite jouant le rôle de complication de la grossesse, ou simplement une grossesse avec hydropisie de l'amnios. Deux circonstances importantes plaidaient en faveur de cette dernière opinion; d'un côté la grande liberté dont le fœtus jouissait dans la cavité utérine, et de l'autre, la faculté qu'avait la tumeur de se contracter et de durcir sous la main, phénomène qui ne pouvait avoir pour siége que les parois de l'utérus.

En pareil cas, a dit M. Dubois, l'intervention de l'art n'est indiquée qu'autant qu'il existe des douleurs trop vives. Si ces douleurs sont nulles ou tolérables, il convient de temporiser. Mais il arrive le plus ordinairement que le liquide croissant en abondance, distend outre mesure la matrice et provoque des contractions prématurées. Les femmes chez lesquelles existent ces hydropisies de l'amnios accouchent en général vers le huitième mois. Dans le cas particulier dont il s'agit, la grossesse ne devait pas même atteindre ce terme. La malade avait éprouvé déjà à plusieurs reprises des douleurs intenses ; ces douleurs sont devenues insupportables, et le jour où M. Dubois se proposait d'y porter remède en perforant les membranes, le 24 avril, des douleurs utérines se sont manifestées, la dilatation de l'orifice s'est faite assez rapidement, et bientôt deux petits enfants ont suivi l'expulsion d'un flot de liquide. Un de ces enfants qui paraissait à peine âgé de cinq mois et demi s'est présenté par la tête et par les pieds, et c'est dans cette position qu'il a pu, grâce à son petit volume, franchir l'orifice utérin. Nous ajouterons pour compléter l'exposé succinct de ce fait intéressant, que l'utérus malgré sa distension prématurée et excessive, s'est rétracté avec énergie après l'accouchement et qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive.

(*Journal de méd. et de chirurg. prat.*)

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Arrivant de Bordeaux, où je viens de parcourir les marais de Parampyre, de Blanquefort, de Racalans, de Monsalut, de Saint-Médard, etc., pour étudier avec plusieurs de mes collègues, MM. Hurard, Barral, Salvetat et Silbermann,

1° Quels sont les moyens mis en usage par les éleveurs de sangsues pour la reproduction de ces annelides;

2° Quelles sont les causes du haut prix de ces hirudinées, malgré l'immense reproduction qui s'en fait dans la Gironde et dans les départements voisins... Je trouve dans le numéro de votre journal du 15 juillet, la lettre qui vous a été adressée par M. Laigniez, pharmacien à Laval. Je ne veux point qualifier le sentiment que la lecture de cette lettre m'a inspiré; je me suis demandé si M. Laigniez avait besoin pour défendre les idées qu'il a émises dans sa brochure, de calomnier M. Borne, qu'il ne connaît pas, et qu'il juge sans le connaître.

M. Laigniez a une opinion, il est libre de la faire valoir; mais il n'a pas le droit d'insulter, ni d'attribuer aux autres des sentiments de cupidité et d'ignorance qu'il serait fâché qu'on lui imputât, et, nous devons le dire, il résulte de notre voyage qu'il y a des éleveurs probes qui n'ont pas besoin de gorger les sangsues pour les livrer à un état convenable pour l'usage médicinal.

M. Laigniez a eu le tort, puisqu'il voulait m'attaquer parce que j'avais jugé favorablement M. Borne, de ne pas citer mon nom dans sa lettre, et de ne me désigner que par un titre qui peut induire en erreur; habitué à défendre ce que je crois bon, et à attaquer ce qui est mauvais, j'accuse hautement M. Laigniez d'erreur...; c'est sur mon rapport que M. Borne a obtenu une médaille d'argent, et il la méritait. M. Borne n'est point un *gorgeur de sangues,* c'est un industriel qui, comme M. Laigniez, a cru bien faire en étudiant pratiquement les sangues et les moyens de les multiplier dans le but d'en faire baisser le prix, prix qui, à l'époque actuelle, permet de les utiliser pour le riche, et non pour les classes moyennes de la société. M. Borne a ensuite soumis ses essais aux sociétés savantes, et si toutes ne l'ont pas récompensé, elles ont vu en lui un homme de bien qui méritait l'estime de ses semblables. Si M. Borne eût été un *gorgeur de sangsues,* j'aurais agi contre lui de la même manière que je l'ai fait contre les personnes que M. Laigniez désigne dans sa lettre, comme je l'ai fait contre MM. L., V., M., etc..., comme je le ferais contre M. Laigniez lui-même, s'il se livrait au gorgement.

Je ne veux point d'équivoque sur ce que je fais, je demanderai toujours, comme je l'ai fait sans cesse, qu'on encourage et qu'on récompense ceux qui apporteront le progrès dans l'élève des sangsues et leur multiplication; je demanderai aussi, comme je l'ai fait jusqu'ici, *qu'on punisse sévèrement* ceux qui trompent les médecins et les malades en gorgeant les sangues.

Je suis, comme vous le savez, votre tout dévoué,

Paris, 24 juillet 1854. A. Chevallier.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le bruit a couru que parmi les localités de la France envahies par le choléra, il s'en trouve plusieurs où existent des établissements thermaux importants, et en particulier Néris. Nous sommes en mesure d'informer nos lecteurs que tous les grands établissements de ce genre ont été jusqu'à présent épargnés par l'épidémie, et qu'en ce qui concerne Néris, Plombières, Vichy, Eaux-Bonnes, etc., aucun cas de choléra ne s'y est manifesté, non plus que dans les environs.

— Dans la séance du 21 juillet, la Commission municipale a approuvé de nouveau, sur le vu des résultats de l'enquête ouverte afin de parvenir à la déclaration d'utilité publique, le projet de construction d'un nouvel hôpital d'enfants et d'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, et elle a favorablement accueilli différents devis de travaux dont l'exécution complètera la parfaite installation de l'hôpital Lariboissière.

— Sur la demande du député de la Haute-Marne, M. le Ministre de l'agriculture et du commerce vient d'envoyer dans ce département M. le docteur Foucart pour donner ses soins aux habitants des communes atteintes par la suette. (*Union médicale.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

5 76

1re Série. Tome 2. — N° 89. 2e année. Jeudi 27 Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 13

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 26 Juillet 1854.

Mort de M. le professeur Lallemand.

Depuis plusieurs mois déjà, la science médico-chirurgicale était menacée à peu près de la plus grande perte qu'elle pût faire à l'époque où nous vivons. Les tristes prévisions du monde savant se sont malheureusement réalisées : M. le professeur Lallemand, qui était aller chercher sous le ciel du Midi un soulagement à ses longues et cruelles souffrances, a succombé à Marseille, le 23 de ce mois, à l'âge d'environ 65 ans.

M. François Lallemand était membre de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, etc., etc.; mais il était mieux que tout cela encore : c'était un praticien des plus habiles, un observateur plein de sagacité, un esprit des plus élevés, éminemment philosophique; par-dessus tout, un écrivain auquel la littérature scientifique n'a rien à comparer, depuis Bichat et Cuvier. Le *Hachich* a passé entre toutes les mains, et il n'est pas un médecin digne du titre qu'il porte, qui n'ait aimé à se laisser captiver par cet admirable enchaînement logique, et par ce charme de style que Lallemand a déployé dans ses lettres sur l'encéphale. Mais c'est plus encore peut-être dans son traité des pertes séminales que ce puissant cerveau a répandu à pleines mains toutes les séductions de sa plume. Les esprits sensibles à l'harmonie du langage et à l'ingéniosité des pensées se rappellent avec bonheur cette admirable histoire pathologique de Jean-Jacques, qui semble être un feuillet détaché des *Confessions* de l'immortel philosophe.

Accablé moins par les ans que par la maladie, Lallemand n'avait cependant point cessé, dans les dernières années de sa vie, de se mêler au mouvement scientifique, et d'y concourir dans la mesure de ses forces. Tout récemment nous l'avons vu à l'Institut d'abord, puis à la Société de chirurgie dont il suivait assidûment les séances, donner une vive impulsion à l'ingénieuse méthode de Pravaz, sur laquelle la science n'a pas encore dit son dernier mot, et qui devait perdre en quelques mois son inventeur et son plus éminent propagateur. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie de médecine.

Le calorique de l'atmosphère avait un peu refroidi le zèle des auditeurs; mais en revanche les orateurs étaient à leur poste, et à l'appel de M. le président, MM. Ricord, Robert et Depaul sont montés intrépidement à la tribune.

FEUILLETON.

De la constitution physique et chimique des eaux minérales du département des Vosges, et en particulier de quelques sources peu connues,

Par M. Charles-Achille POMMIER, *de Mirecourt* (Vosges).

Nous savions déjà que le département des Vosges était un des plus riches en eaux minérales, nous connaissions la réputation bien méritée des sources de Plombières, de Bussang, de Bains, de Contrexeville, mais nous étions loin de nous douter qu'il existait encore environ une douzaine de sources thermales dont l'abondance et les qualités pourront être une cause de prospérité pour le pays, et, pour la thérapeutique, un auxiliaire puissant.

Le travail de M. Pommier est venu confirmer l'opinion que nous nous étions déjà faite depuis longtemps sur les analyses des eaux minérales ; c'est-à-dire qu'elles ne peuvent donner, pour le résultat, que la quantité respective des éléments, sans qu'on puisse dire comment ces éléments étaient combinés; aussi, l'illustre Fourcroy disait-il : « *L'analyse chimique ne donne que le cadavre des eaux minérales.* » Nous pensons qu'on n'aura même pas le squelette de ces eaux tant qu'on suivra la méthode d'évaporation et de détermination des sels contenus dans le résidu ; nous regrettons que M. Pommier n'ait pas suivi, dans sa thèse, la marche qui lui était indiquée par M. de Billy dans l'analyse de l'eau d'Olaincourt, et qui consiste à déterminer la quantité et la qualité des bases et des acides, sans se préoccuper de la manière dont ces acides et ces bases étaient combinés. Cette methode, tout aussi utile sous le point de vue de l'application thérapeutique, puisqu'elle indique la nature et les proportions des principes actifs, présente l'avantage de ne pas induire en erreur ; en effet, par l'évaporation des eaux qui ne contiennent que des sels solubles, il peut se faire des doubles échanges, et on obtient alors pour résidu des sels qui n'existaient pas dans l'eau. Ainsi, dans l'analyse de l'eau de plusieurs sources, M. Pommier a trouvé du sulfate de magnésie et du chlorure de potassium. Or, il est incontestable que lorsqu'on fait dissoudre dans une grande quantité d'eau équivalents égaux de chlorure de magnésium et de sulfate de soude, par évaporation on obtient des cristaux de sulfate de magnésie et du chlorure de sodium, qui reste en solution ; d'ailleurs, il faut avouer que les divers procédés de séparation des sels, soit par l'alcool, soit par tout autre moyen, sont loin de présenter les garanties d'exactitude que l'on est en droit d'attendre aujourd'hui de la chimie analytique, telle qu'elle a été établie par les beaux travaux des Berzélius, des Thénard, des Dumas, des Pelouze, etc., etc., et surtout par les très-remarquables méthodes invoquées récemment par M. Sainte-Claire Deville.

La thèse de M. Pommier ne présente rien de bien attrayant pour le lec-

M. Ricord ne l'a pas occupée longtemps; son seul but paraît avoir été de faire connaître un nouvel instrument propre à redresser et à isoler l'utérus, et de formuler une protestation contre l'anathème que M. Malgaigne avait lancé sur le spéculum. M. Ricord ayant apporté son petit contingent à la procréation de cet instrument, il était bien juste qu'il vînt un peu défendre son tiers ou quart d'enfant, auquel d'ailleurs M. Malgaigne n'en veut pas autant qu'on le pourrait croire. Pour apprécier sainement les discours du Mirabeau de la chirurgie, il faut toujours tenir grand compte du lieu, du moment et de l'inspiration, et il est telle minute où un superlatif de M. Malgaigne vaut à peine à ses propres yeux un qualificatif pur et simple. Nous croyons que ceci est vrai de ce qu'il a dit du spéculum. Quoi qu'il en soit, la défense de M. Ricord était naturelle et juste; il a eu de plus le mérite de la rendre spirituelle.

A-t-il été aussi heureux en ce qui concerne l'espèce de nouveau redresseur extrà-utérin? A cet égard, nous l'avouons, nous ne sommes pas sans quelques appréhensions. Si la nouvelle pince a l'avantage de ne pas agir sur la membrane interne de l'utérus, elle a l'inconvénient très-grave de ne pouvoir agir sur l'externe qu'à la condition de serrer fortement le col de l'utérus, c'est-à-dire qu'à la condition d'exposer presque certainement à la gangrène, accident que M. Ricord, avec la plus louable loyauté, a dit lui être arrivé à lui-même. Il est vrai qu'il a eu la modestie d'absoudre l'art et de mettre l'accident sur le compte de l'artiste; mais nous croyons que M. Ricord a été plus modeste qu'il ne le devait. Quand des artistes comme lui ont des malheurs, nous ne croyons pas que personne puisse s'en croire à l'abri, surtout lorsque ces malheurs paraissent *à priori* aussi inévitables que dans les conditions où M. Ricord s'est placé.

Ce n'est pas chose facile, en effet, et M. Ricord sait cela mieux que nous, que de fixer le col de l'utérus entre les branches d'un instrument mousse, et dans l'immense majorité des cas, on n'y pourra parvenir qu'à l'aide d'une compression énergique; or, de cette compression à la gangrène, la pente est inévitable, pour peu que la compression dure. Nous devons dire, d'ailleurs, qu'à part la direction qu'on peut imprimer à l'utérus, nous n'avons pas très-bien compris le but que M. Ricord a voulu atteindre, lorsqu'il a dit qu'il voulait *isoler* cet organe. L'utérus étant environné de parties élastiques qui le pressent de toutes parts, nous comprenons très-bien qu'on puisse à la rigueur changer les points où s'exerce sur lui la plus grande pression, mais qu'on puisse le soustraire, soit à la résultante générale de cette pression, soit au contact des organes environnants, voilà ce que nous n'avons pu comprendre.

M. Ricord a fait remarquer accessoirement que la pince qu'il a imaginée pourrait être efficacement employée dans un cas d'hémorrhagie utérine. Cette application nous semble beaucoup plus admissible que l'application *isolante*, pourvu toutefois qu'il ne s'agisse pas d'une hémorrhagie puerpérale dans laquelle le sang pourrait s'accumuler dans la cavité de l'utérus.

M. Robert a touché à un beaucoup plus grand nombre de questions que M. Ricord, et son discours, très-nourri, renferme d'excellentes vues, dont plusieurs ont déjà été émises par nous dans le cours de cette discussion, et que nous sommes par conséquent heureux de partager avec M. Robert. En quelques points cependant, nous sommes obligé de nous séparer du très-académique orateur, et notamment touchant ce qu'il a dit de l'hystéromètre. C'est avec regret, nous devons le dire, que nous avons vu un esprit aussi judicieux et aussi réservé que M. Robert, faire un éloge si inattendu d'un instrument qu'il n'a pas craint de comparer à la sonde urétrale, et qui, malgré les très-rares services qu'il pourra rendre, n'en est pas moins une invention beaucoup plus déplorable encore que le tamponnement recto-vésical indéfini.

M. Robert a fait ressortir avec beaucoup de raison l'exagération dans laquelle était tombé l'éminent professeur Velpeau, en parlant de la prétendue facilité du diagnostic des maladies de l'utérus; M. Robert n'est-il pas tombé dans une exagération opposée en voulant faire ressortir la grande utilité de l'hystéromètre? Cela nous paraît évident.

Quoique M. Velpeau ait exagéré la facilité du diagnostic physique, et nous avons été le premier à le dire, ce n'est pas cependant ce diagnostic physique qui offre les plus grandes difficultés; avec de l'attention et un peu d'habitude, on arrivera toujours à déterminer la situation, le volume et l'état physique de l'utérus, d'une manière suffisamment approximative pour suffire aux besoins de la pratique; ce qui sera difficile, ce sera de déterminer à laquelle des lésions trouvées, inflammation, hypertrophie,

---

teur; c'est un travail plein de faits et d'analyses exécutées avec soin. L'auteur a suivi l'impulsion donnée par MM. Chevallier et Chatin, par M. Gobley, pour la recherche de l'arsenic et de l'iode dans les eaux minérales; il a constaté la présence de ces deux corps dans le plus grand nombre des sources. Nous avons eu sous les yeux un grand nombre d'anneaux arsenicaux, et l'on comprend dès lors, en se rappelant les beaux résultats obtenus par Biett dans l'emploi des arséniates pour combattre les affections cutanées, on comprend, disons-nous, comment agissent les eaux dans ces affections, et l'on s'explique aussi les propriétés antifébrifuges qui ont été signalées chez quelques-unes d'entre elles.

Nous devons des remerciements à M. Pommier pour nous avoir fait connaître la composition d'un grand nombre d'eaux minérales qui, pour la plupart, se rapprochent, par leur composition, des eaux de Plombières, et qui viendront augmenter les ressources déjà si grandes du département des Vosges. En effet, après Plombières, Bains, Bussang, Contrexeville, viennent se placer les sources de Fontenois-le-Château, de Saint-Dié, de Civcourt, de Saint-Vallier, d'Heucheloup, de Vittet, de Ligneville, de Velotte, de Saint-Monge, de Bulgneville et d'Olaincourt, dont l'analyse se trouve consignée dans la thèse de M. Pommier.

Cependant, l'eau d'Olaincourt s'éloigne beaucoup des précédentes par sa composition : elle contient une petite quantité de fer, des proportions notables d'acide sulfhydrique, mais aucune expérience n'a été faite ni par M. Pommier, ni par ses prédécesseurs, pour indiquer l'état de cet acide dans cette eau. Dans un prochain article, nous espérons pouvoir donner des indications nouvelles, et qui nous paraissent assez précises pour permettre d'arriver à la résolution de cette question, qui a tant préoccupé les chimistes hydrologues.

O. Reveil, *prof. agrégé à l'École de pharmacie.*

— Quelques cas de choléra ont été observés à Strasbourg, depuis la cessation des grandes pluies. Ils ont resté jusqu'ici confinés dans la circonscription du canton Est. En voici, au moment de mettre sous presse (22 juillet, au matin), le relevé exact : le 10 juillet, rue des Poules, 46, homme de 47 ans, *mort;* le 17, Krutenau, 125, femme de 66 ans, *morte* à l'hôpital; le 18, Krutenau, 132, femme de 42 ans, *en traitement* à l'hôpital; le 19, Krutenau, 125, petite fille de 5 ans, *en traitement* à domicile; le 20, rue Neuve-des-Pêcheurs, 58, homme de 37 ans, *mort;* même jour, Krutenau, 126, garçon de 12 ans, *en traitement* à domicile; le 21, rue des Couples, 6, femme de 28 ans; Krutenau, 11, homme de 41 ans, *en traitement* à domicile; rue des Poules, 46, petite fille de 6 ans, *en traitement* à l'hôpital. En tout 9 cas, dont 3 morts et 6 en traitement.

On peut voir par là que si nous sommes menacés d'une épidémie, qu'au moins elle débute d'une manière très-modérée.

Eissen (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

déviation, abaissement, etc., on doit rapporter les accidents éprouvés par les malades. Or, que nous apprendra l'hystéromètre pour cet espèce de diagnostic? Rien ou à peu près. Quand il nous aura dit la dimension intérieure et extérieure de la matrice (et cela encore approximativement), que saurons-nous sur le rôle que joue le volume de l'utérus dans les accidents observés? que saurons-nous de plus sur ce point, quand l'hystéromètre nous aura indiqué (et cela moins exactement encore) la direction de l'organe? Absolument rien. Au point de vue instrumental, l'hystéromètre pourra satisfaire le goût des artistes collectionneurs; mais en pratique, il restera principalement un engin d'avortement, digne des foudres de M. Malgaigne et non de la bienveillante protection de M. Robert.

M. Depaul a clos la séance par la lecture de la première partie du résumé de la discussion; nous en parlerons en résumant nous-même la discussion.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Barth. — M. Racle, suppléant.

Dilatation énorme des cavités du cœur sans hypertrophie de ses parois (anévrisme passif de Corvisart).

Le nommé Hanyau Chrétien, âgé de 41 ans, brasseur, né en Belgique, entra le 16 mai 1854 à Beaujon, salle Saint-Louis, n° 14. C'était un homme de très-grande taille, d'une bonne constitution, aux cheveux très-noirs et très-abondants. Son visage amaigri et son corps sans embonpoint présentaient la couleur terne particulière aux maladies chroniques. En effet, dans les Notes qui nous ont été communiquées par M. Siry, externe du service, on lit qu'il y a eu un grand nombre d'attaques de douleurs rhumatismales : une première à l'âge de 17 ans, une seconde à 27 ans, et enfin, une troisième à 37 ans, avec chaque fois des troubles du côté du cœur. Malheureusement, la nature et le caractère des accidents cardiaques n'ont pas été précisés dans les Notes sus-indiquées.

Depuis deux ans, ce malade a été sujet à des accès d'étouffement; il est survenu de l'œdème aux membres inférieurs, des palpitations, accidents pour lesquels il a été reçu dans divers hôpitaux, et notamment à la Charité, où on lui a fait plusieurs fois des saignées qui l'ont un peu soulagé.

A son entrée dans le service, depuis cinq ou six jours, les étouffements, qui autrefois ne revenaient que par accès la nuit et après les repas, sont devenus continus, au point que depuis ce temps, le malade n'a pu que rester assis à son séant sur son lit ou sur une chaise, et que depuis six nuits, il n'a pu goûter un instant de sommeil : aussitôt qu'il voulait se coucher sur le dos, la dyspnée, l'anxiété, étaient telles, qu'il croyait à chaque instant suffoquer. Les palpitations sont devenues plus intenses et plus continues; l'œdème des membres inférieurs, qui était borné aux coude-pieds, a remonté aux jambes et aux cuisses.

Le 16 mai, la dyspnée est extrême, l'anxiété considérable, la suffocation imminente à chaque moment : le malade, avec une expression de grande souffrance, reste constamment assis sur le bord de son lit, le tronc penché en avant et les jambes pendantes hors du lit. Les pommettes sont rouges violacées, ainsi que les lèvres, les pieds et les mains; toutes les extrémités, fortement cyanosées, sont extrêmement froides; les veines jugulaires présentent des dilatations énormes et variqueuses, surtout du côté droit, et M. Racle y sentit le pouls veineux. A la région précordiale, on ne constate aucune voussure : par la palpitation, on sent les battements dans un espace plus grand qu'à l'état normal, et jusque sous le mamelon droit; la matité précordiale paraît aussi plus étendue : par l'auscultation, on constate, dans une grande étendue, des battements tumultueux, très-superficiels et placés très-près de l'oreille; ils sont un peu irréguliers; l'on en entend d'abord quatre consécutifs, qui sont suivis par un léger silence, suivi à son tour par trois autres battements consécutifs. Ils ont un certain degré de mollesse et s'étendent aussi bien derrière le mamelon droit que derrière le mamelon gauche. Nulle part on ne put entendre de bruit de souffle, ni à la pointe du cœur, ni à l'origine présumée de l'aorte. Le pouls, presque insensible aux deux radiales, est extrêmement petit, mou, très-dépressible et non fréquent.

On prescrivit pour traitement : chiendent nitré; 3 granules de digitaline et diète.

Le 17, saignée de 3 palettes et traitement *ut suprà.*

L'anxiété précordiale, l'orthopnée, le froid, la cyanose des extrémités, l'insensibilité du pouls, ont été chaque jour en augmentant jusqu'au moment de la mort, qui arriva le 21 mai, à 2 heures du matin.

A l'autopsie, faite le 22 mai, on n'examina que le cœur.

D'un volume énorme, il occupait une place considérable dans la poitrine. Tandis que sa base commençait à un plan antéro-postérieur mené par le mamelon droit, sa pointe s'enfonçait profondément dans le côté gauche, et la main suivait l'organe jusqu'à quelques travers de doigts de la colonne vertébrale. Il en résultait que les deux poumons ratatinés étaient fortement comprimés contre les parois thoraciques; surtout le gauche, qui adhérait aux côtes par un grand nombre de brides fibreuses (traces d'anciennes pleurésies). Les plèvres ne contenaient pas de sérosité; le péricarde renfermait un quart de verre de sérosité citrine transparente. Les veines jugulaires, surtout la jugulaire externe droite, sont si volumineuses et si remplies de sang, que cette dernière, dans laquelle on pouvait introduire trois doigts de front, ressemblait pour le volume à un intestin grêle.

Tels sont les détails anatomiques que l'on constata en laissant tous les organes en place. Ensuite on nota que le cœur, énormément dilaté, présentait vers sa pointe, comme dans tous les autres points, une augmentation de volume presque uniforme, de façon qu'il était devenu presque carré et qu'il ressemblait assez bien à une gibecière.

Dimensions. — En largeur, il avait 19 centimètres au niveau du sillon auriculo-ventriculaire et à sa face antérieure.

En hauteur, il avait 18 centimètres depuis la pointe jusqu'au même sillon sur la même face antérieure.

Le bord droit avait 22 centimètres de la pointe jusqu'au sommet de l'oreillette.

Le bord gauche, un peu plus court, n'avait, lui, que 20 centimètres.

La circonférence de la base, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, avait 36 centimètres.

L'épaisseur totale de l'organe, rempli encore de sang et de caillots, ne put être qu'appréciée approximativement, et voici comme : tandis que le cœur reposait sur une table par sa face postérieure, on fit passer un plan par la face antérieure de l'organe, et on vit qu'il s'éloignait de la table de 6 centimètres au niveau de la base du cœur, d'où la base du cœur nous a paru avoir 6 centimètres d'épaisseur antéro-postérieure.

Poids. — Quant au poids, comme on avait conservé tous les vaisseaux qui partent du cœur avec ceux qui s'y rendent, ainsi que la trachée et la racine des poumons, il a fallu soutenir tous ces organes étrangers pendant que le cœur, vidé de ses caillots, reposait seul dans la balance, nous n'avons pu connaître le poids absolu; mais en tenant compte des circonstances précédentes, on trouve que le cœur pesait 750 grammes ou 1 livre et demie.

Parois. — Les parois du cœur, chose singulière! malgré une si grande augmentation de volume de l'organe, n'étaient pas hypertrophiées; elles ont paru plutôt amincies, et on aurait dit qu'elles s'étaient laissées distendre mécaniquement en perdant leur contractilité. Elles étaient rouges plus foncées qu'à l'ordinaire, peut-être aussi un peu plus friables. Les parois du ventricule droit avaient à peine 5 millimètres d'épaisseur, celles du ventricule gauche avaient 15 millim., celles de chaque oreillette

avaient environ 3 millim. d'épaisseur. On remarquait dans la paroi antérieure du ventricule gauche, près de la cloison interventriculaire, des fibres blanches, dures, criant sous le scalpel, disposées en une bande de la largeur d'un doigt, tout le long du bordant de la cloison. M. Racle a considéré cette bande fibreuse comme la trace d'une cardite partielle. Les colonnes charnues, énormément allongées et très-distancées les unes des autres, paraissent avoir participé à la dilatation générale qu'ont éprouvée les cavités.

Cavités. — Les quatre cavités du cœur, et surtout celles du côté droit, sont extrêmement dilatées : l'oreillette droite pouvait loger un poing; l'orifice auriculo-ventriculaire droit laissait passer cinq doigts de front jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes; la valvule tricuspide, extrêmement allongée, offrait son intégrité normale et ne paraissait pas insuffisante ; l'orifice de l'artère pulmonaire laissait passer deux doigts de front, mais seulement jusqu'aux articulations des phalanges avec les phalangines. M. Racle nous fit remarquer cette dilatation de l'orifice de l'artère pulmonaire coïncidant avec la cyanose que le malade a présentée pendant la vie, parce que chacun sait que, dans les cas de cyanose congénitale tenant à une communication des deux oreillettes par le trou de Botal, non oblitéré, l'artère pulmonaire est constamment rétrécie à son origine ; ici, au contraire, où la cyanose dépendait peut-être encore d'une communication des deux oreillettes par le trou de Botal, que nous verrons agrandi comme les cavités du cœur, l'artère pulmonaire était dilatée à son origine. Peut-être cette dilatation de l'artère pulmonaire est-elle le signe qui indique que la cyanose n'est pas congénitale, mais accidentelle ?

L'oreillette gauche, un peu moins agrandie que la droite, l'était cependant encore d'une façon très-prononcée ; elle ne pouvait cependant loger que quatre doigts pliés. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche laissait passer quatre doigts jusqu'à l'union des phalanges et des phalangines. L'orifice aortique permettait seulement l'introduction de trois doigts jusqu'aux mêmes articulations. Les valvules mitrales et sigmoïdes présentaient leur état normal : çà et là, on y voyait seulement de petits dépôts en plaques blanchâtres, superficielles, s'enlevant facilement par l'action de gratter, et qui ont paru des traces d'endocardite.

Le trou de Botal, comme nous l'avons fait présumer plus haut, avait participé à la dilatation des cavités ; il est agrandi et forme un conduit légèrement oblique de deux centimètres d'étendue, dans lequel on peut passer un gros crayon ordinaire, et même l'extrémité du petit doigt. La membrane qui sépare les deux oreillettes au niveau de ce trou de Botal est extrêmement mince. Par ce canal y avait-il mélange des deux sangs pendant la vie, phénomène qui expliquerait la cyanose observée? M. Racle croit ce trajet beaucoup trop oblique pour qu'on puisse s'arrêter à cette opinion. L'asphyxie, que le volume énorme du cœur en comprimant les poumons a dû produire, lui paraît expliquer la cyanose et la diminution de la chaleur animal, beaucoup mieux que le mélange du sang artériel et du sang veineux.

Les quatre cavités du cœur étaient distendues outre mesure par de gros caillots noirâtres, dont quelques uns s'étendaient dans les gros vaisseaux, entre autres, dans l'aorte, dont un caillot fibrineux organisé, adhérent aux parois, occupait toute la crosse. L'artère pulmonaire, comme l'aorte, avait partout son volume normal, excepté, comme nous l'avons dit à l'origine, dans le cœur où chacune était agrandie.

Pour ne rien omettre, nous devons signaler la présence de gros pelotons de tissu adipeux, répandus abondamment à la surface du cœur, et surtout autour de l'origine des gros vaisseaux et de ganglions bronchiques noirs, hypertrophiés, ramollis et remplis comme d'une boue ressemblant à de l'encre, situés autour de la racine des poumons.

Réflexions. — L'anévrisme passif de Corvisart est une maladie du cœur si rare, qu'on n'en trouve qu'un seul exemple dans le traité des maladies du cœur de Bertin, et deux autres dans celui de Corvisart. M. Louis affirme n'en avoir pas vu un seul cas (*Dict. des sciences méd., art. Cœur,* p. 288). C'est pourquoi nous avons publié le fait précédent, dont l'authenticité ne pourra être révoquée en doute par personne, quand on saura que la pièce anatomique a été présentée à la Société anatomique dans une de ces dernières séances.

P. Duclos, *interne des hôpitaux.*

Observation et réflexions sur un abcès symptomatique d'une altération osseuse du grand trochanter et des dernières vertèbres dorsales, traité par les injections iodées et l'iodure de fer. — Mort.

Par le Dr Louis Chapel, *chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo.*

Depuis quelques années, les injections iodées ont pris une extension considérable dans la thérapeutique médicale et chirurgicale, et tous les jours nous voyons des médecins chercheurs trouver des propriétés nouvelles à ces bienfaisantes injections. Mais à côté du bien se trouve le mal, sous la forme de l'exagération, contre laquelle des novateurs, vrais ou faux, savent si peu se mettre en garde. Si les intéressantes discussions qui ont eu lieu sur les abcès symptomatiques, tant dans les journaux de médecine que dans les corps savants, n'ont pas pu amener une entente parfaite entre ces divers observateurs qui se sont occupés de l'action de l'iode sur les os malades, il n'en est pas moins vrai qu'il est généralement reconnu que le traitement local, seul, se montre le plus souvent insuffisant; tandis qu'associé au traitement général, il rend de véritables services en agissant directement sur la membrane qui renferme la matière purulente et aussi par l'absorption de l'iode de l'injection.

Il sera facile de voir, dans l'observation qui suit, que ma conduite n'a été que la conséquence des réflexions qui précèdent.

Observation. — Est couché, au n° 22 de la salle de chirurgie de l'hôpital de Saint-Malo, le nommé Capdecôme, carabinier au 19e léger. Cet homme, qui a toutes les apparences d'une bonne constitution, est grand, a un système musculaire bien développé; il dit n'avoir jamais été malade et n'avoir jamais eu la vérole. Il est d'un tempérament bilioso-sanguin, la peau est brune, les cheveux sont noirs; il ne porte aucunes cicatrices. Les renseignements qu'il donne font croire qu'il n'existe, dans sa famille, aucune affection strumeuse ni tuberculeuse.

Ce militaire était en garnison à Paris quand il fit une chute sur le grand trochanter, en descendant la garde. La douleur n'avait pas été assez vive pour l'empêcher de continuer son service, aussi fit-il, avec son bataillon, une quinzaine de jours après l'accident, la route de Paris à Saint-Malo. — Arrivé à sa destination, Capdecôme, ressentant de vives douleurs dans la cuisse, demanda l'entrée de l'hôpital.

Le 3 juin 1853, le malade fut traité pour une névralgie sciatique dont il présentait tous les symptômes. — Vésicatoires volants, sulfate de morphine, etc.

Capdecôme sortit le 16 juin, en apparence parfaitement guéri, et fit son service sans en être gêné jusqu'au 23 juillet, époque à laquelle il m'offrit les symptômes d'une névralgie crurale.

Les symptômes objectifs étaient nuls, les subjectifs ou physiologiques tendaient à faire croire à une lésion purement nerveuse. — Des vésicatoires, la morphine par la méthode endermique, des calmants, *intus et intrà*, n'empêchèrent pas les douleurs de persister.

Nouvelle phase de la maladie. — Un léger gonflement se montre, en arrière du grand trochanter; sur le point qui avait été le siége de la contusion il n'existe aucune douleur à la pression. J'examine avec le plus grand soin la colonne vertébrale, en pressant, en percutant les apophyses épineuses, sans pouvoir déterminer la moindre douleur; l'examen est tout aussi négatif pour les os du bassin. Il est facile de constater un défaut de symétrie entre les deux fesses : la gauche présente un gonflement qui abaisse le pli d'une manière sensible. En pressant fortement et par secousses sur le genou fléchi, on ne détermine aucune

douleur dans l'articulation coxo-fémorale. Si l'on ordonne au malade de se lever et de marcher, il se plaint d'une douleur assez étendue de la hanche.

Repos au lit, le membre conservant l'immobilité dans la position demi-fléchie, cataplasmes opiacés, huile brune de morue, dragées d'iodure de fer de Gille, régime tonique, fortifiants.

Ce traitement n'eut aucun bon résultat. Les douleurs augmentèrent, elles prirent un caractère lancinant, derrière le grand trochanter, qui me fit craindre la formation du pus, quoiqu'un examen attentif et souvent répété ne m'eût pas permis d'en constater la présence.

Je priai plusieurs de mes honorables confrères de voir le malade afin de m'aider de leurs conseils ; entre autres médecins, je cite avec plaisir mon excellent ami, M. le docteur Ch. Delacour, professeur-adjoint à l'École secondaire de Rennes, qui ne fut pas plus heureux dans ses investigations que je l'avais été moi-même. Une altération des os n'était encore qu'une simple supposition.

Le 27 octobre, je reconnus, en examinant le malade, une tuméfaction et une fluctuation plus considérables qu'accompagnaient des douleurs de plus en plus vives. Je pratiquai une ponction avec un trocart à hydrocèle, un peu au-dessous et en arrière du grand trochanter, qui permit de recueillir 130 à 140 grammes de pus séreux, grisâtre, contenant quelques grumeaux blanchâtres, striés de sang. Une injection de teinture d'iode, au tiers, avec addition d'iodure de potassium, fut poussée dans la poche, et retenue pendant six à huit minutes, ensuite je laissai échapper la moitié du liquide environ. Le malade ressentit une forte douleur qui dura quelques heures après l'injection.

Cataplasmes émollients, iodure de fer, huile de morue, etc. ; potages gras, œufs, légumes réclamés par le malade.

Capdecôme éprouva du soulagement les jours suivants et n'accusa de nouvelles douleurs que quand le pus fut sécrété en assez grande quantité pour former une nouvelle tumeur qu'il fallut ponctionner comme la première. L'injection iodée, qui était composée dans les mêmes proportions que celle que j'avais déjà mis en usage, fut précédée d'une injection d'eau pour permettre à l'iode d'agir avec plus d'efficacité. La douleur qui succéda à l'injection, et qui s'était étendue jusqu'au genou, fut beaucoup moins vive que la première fois ; mais ce militaire se plaignit aussi de douleurs qu'il ressentait, depuis quelques jours, à la partie interne de la cuisse, et qui gênaient les mouvements d'adduction du membre. D'ailleurs, l'état général est et a toujours été satisfaisant : il n'y a pas de fièvre, ni sueurs, ni dévoiement ; l'appétit est conservé quoique moins développé qu'au début de la maladie. L'amaigrissement n'est pas sensible à l'exception du membre gauche, qui a perdu beaucoup de son ampleur. L'état moral de Capdecôme est excellent, car il ne peut se persuader qu'un homme qui a toujours joui d'une bonne santé soit gravement malade par suite d'une chute.

Continuation du même traitement.

Le 23 novembre, nouvelle ponction, qui fut pratiquée de la même manière que la précédente : le pus sortit en moindre quantité, présentant les mêmes caractères. Le malade accusa un état de bien-être auquel il n'était plus habitué depuis longtemps. Il faut dire que le malade ne se montra jamais récalcitrant à l'emploi des moyens que je jugeai propres à modifier son état et qu'il m'exprimait vivement sa reconnaissance pour tous les soins que je lui donnais.

Une nouvelle ponction, suivie d'injection de teinture d'iode, est pratiquée dans le courant du mois de décembre. J'avais fait mettre de côté une certaine quantité de pus pour le faire examiner par un de nos jeunes et savants micrographes, qui voulut mettre à ma disposition sa science et une extrême obligeance ; il rédigea la note suivante, sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir : « Le pus que vous m'avez envoyé, m'écrivait M. Follin, laisse facilement déposer les matières solides qu'il renferme ; aussi me suis-je empressé d'examiner avec soin ces dépôts. Ils contiennent de très-nombreux *globules purulents* et d'*autres globules* qui me paraissent *se rapprocher* beaucoup des *globules tuberculeux*. Ces derniers n'ont point de noyaux et sont très-irrégulièrement arrondis. Mais je n'ai rencontré dans ce pus ni fragments osseux, ni cristaux de sels calcaires. »

A l'aide d'un examen varié, pratiqué sur la colonne vertébrale, le bassin, le grand trochanter, on n'arrivait pas davantage, qu'au début de la maladie, à pouvoir reconnaître une altération osseuse. Ainsi, d'après les différentes recherches auxquelles je m'étais livré jusqu'ici, il n'y avait qu'une présomption en faveur d'un abcès symptomatique, et cette présomption tirait toute sa force de la marche progressive de la maladie.

11 *janvier*. Le malade étant toujours sous l'influence d'un traitement iodé, j'ai cherché à constater, par les réactifs, la présence de l'iode dans les urines qui bleuissent très-légèrement, couleur qui disparaît très-promptement.

Deux jours après, 13 janvier, j'introduisis une sonde flexible ordinaire dans le trajet fistuleux, qui était resté ouvert à la suite de la dernière ponction, et je fis une injection avec 150 grammes d'un liquide formé de parties égales d'eau, de teinture d'iode et de 2 grammes d'iodure de potassium. — J'examinai les urines, dans l'après-midi, par le procédé que met en usage M. Bonnet (de Lyon), qui me donna un précipité d'iodure d'amidon fortement coloré en bleu. De cette expérience, répétée soir et matin, il résulta des teintes de moins en moins foncées, qui disparurent complétement dans la troisième journée.

Le 29, le malade a souffert de la partie externe et supérieure de la cuisse, depuis la dernière injection, bien davantage qu'avant cette époque. Le pus est devenu beaucoup plus abondant, s'échappant incessamment par la fistule restée ouverte. Il a éprouvé, à plusieurs reprises, des frissons, une fièvre d'accès dont le sulfate de quinine a fait prompte justice. — La peau est sèche, la soif vive, l'appétit manque complétement ; cinq à six selles liquides par jour ; amaigrissement remarquable. Douleur dans la fosse iliaque droite, qui n'est nullement augmentée par la palpation ; pas de tumeur.

Alcoolature d'aconit ; diascordium ; dragées de Gille ; suspendre l'huile de morue, etc.

4 *février*. Suppuration abondante et sanguinolente ; douleurs à la cuisse et au ventre ; anorexie, soif ; cinq ou six évacuations alvines ; peau moins chaude ; pouls peu fréquent.

Nouvelle injection, qui donne le même résultat à l'examen des urines, c'est-à-dire une teinte bleue foncée ; alcoolatine d'aconit, diascordium ; potages.

Le 5, les urines sont de moins en moins colorées. Il y a eu des vomissements pendant la nuit, qui a été très-agitée ; douleurs vives à l'estomac et dans la fosse iliaque droite. — Eau de Seltz.

Le 13, le malade, qui vomissait des aliments et de la bile, quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, ne vomit plus qu'une fois ; une seule garde-robe dans la journée. Les douleurs de l'estomac ont augmenté, ainsi que celles de la fosse iliaque droite, où l'on constate un gonflement considérable. Anorexie, insomnie, amaigrissement, soif, chaleur presque naturelle de la peau ; pas de fréquence du pouls, urines sanguinolentes, suppuration abondante ; pas de gibbosité de la colonne vertébrale, qui n'est pas douloureuse, même quand le malade fait exécuter des mouvements étendus à cette tige osseuse ; le seul retentissement douloureux existe à la cuisse et au bas-ventre.

Continuer l'eau de Seltz ; emplâtre de thériaque sur le ventre, iodure de fer ; aliments légers.

Le 16, injection iodée dont on force une grande partie de rester dans la cavité de l'abcès. Les urines, traitées par l'eau amidonnée et la liqueur de Labarraque, donnent toujours un précipité coloré en bleu très-foncé. Le malade ne vomit plus ; il n'a plus de diarrhée, il n'a plus de soif. La pression, au niveau du grand trochanter, est douloureuse.

Le 21, je pratique une dernière injection qui donne un résultat peu sensible par les urines.

A partir de cette époque, le malade a été pris de vomissements verdâtres, de soif, de perte d'appétit, de dévoiement, de dou-

leurs dans le ventre qui le faisaient crier jour et nuit. Enfin, épuisé par les douleurs, la résorption des matières qui donnaient lieu à la *fièvre hectique*, par l'intolérance de l'estomac, qui ne pouvait même plus recevoir de bouillon, il a succombé, dans un état d'émaciation très-prononcé, le 10 mars, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie vingt heures après la mort. — Rigidité cadavérique; maigreur considérable. — Les poumons, qui sont adhérents à la plèvre pariétale sont sains; on ne rencontre aucun tubercule. Le péricarde contient trois ou quatre cuillerées de sérosité claire; le cœur est petit et présente, sur le ventricule gauche, une fausse membrane qui résulte d'une ancienne péricardite.

La muqueuse de l'estomac n'est pas altérée dans sa texture; il en est de même de la plus grande partie des intestins, car ce n'est que vers la fin du colon que l'on rencontre quelques rares ulcérations. La rate, qui a contracté des adhérences avec les parties voisines, ne paraît pas avoir un volume supérieur à celui de l'état normal.

Une sonde cannelée, introduite par l'ouverture de la dernière ponction, permet de faire en haut une large ouverture qui laisse écouler une grande quantité de matière purulente; le foyer se continue aussi en bas, à 13 centimètres du genou. Ce vaste abcès, qui est sous-cutané, communique, par une ouverture de 1 centimètre environ, avec un autre abcès sous-aponévrotique qui a des rapports avec l'abdomen.

Le grand trochanter, dénudé, offre au toucher une surface inégale, rugueuse, dure, qui a envahi toute sa convexité; la pointe d'un scalpel ne peut pénétrer dans l'os.

Le cadavre, mis sur le côté, permet à une grande quantité de pus de sortir de l'abdomen.

Les viscères enlevés, on remarque, du côté gauche, le long de la colonne vertébrale et dans la fosse iliaque, une vaste poche contenant du pus semblable à celui trouvé dans le foyer de la cuisse. Il est enfermé dans la gaîne des muscles psoas et iliaque, passe au-dessous du ligament de Fallope et communique avec la cuisse. L'origine de l'abcès remonte jusqu'à la huitième vertèbre dorsale, où il diminue d'étendue. Le corps des huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres présente la même altération que celle du grand trochanter. Serait-ce là une inflammation décorticante qui a détruit la surface de l'os, une de ces caries que M. le professeur Gerdy appelle dures et sur lesquelles il a attiré récemment l'attention des anatomo-pathologistes? La carie du corps de la onzième vertèbre paraît plus profonde que celle des vertèbres voisines.

Je vais examiner maintenant les difficultés qui se présentèrent pour fixer la nature de la maladie, afin d'instituer un traitement convenable. La première fois que Capdecôme fut soumis à mon observation, il se présenta avec tous les symptômes d'une névralgie idiopathique qui avait sa raison d'être dans la route fatigante qu'il venait de faire et les influences atmosphériques auxquelles il avait été exposé. Ce qui militait encore en faveur de cette opinion, c'était le soulagement et par suite la guérison apparente que j'avais obtenue avec les vésicatoires volants. Moins d'un mois après sa sortie de l'hôpital, il vint de nouveau réclamer mes soins : c'était encore pour des douleurs névralgiques qui avaient leur siége à la partie antérieure de la cuisse. Des vésicatoires volants, la poudre de morphine par la méthode endermique, des frictions calmantes n'obtinrent d'autre bénéfice qu'une diminution de la douleur. Je m'aperçus bientôt que la fesse du côté douloureux était plus grosse, qu'il existait un gonflement peu sensible à la région trochantérienne, et je *soupçonnai* une maladie du grand trochanter. Une pression forte, la percussion, les mouvements du malade n'excitaient aucune douleur le long de la colonne vertébrale, qui n'était pas déviée; il en était de même dans toute la région supérieure de la cuisse.

J'ai dit que j'avais fait examiner Capdecôme par plusieurs honorables confrères, qui tous étaient restés dans la plus grande incertitude, surtout quand le malade eut rappelé ses antécédents, ceux de sa famille; en présence d'une constitution qui ne laissait rien à désirer. Cependant, la tumeur qui siégeait en dehors du grand trochanter prit peu à peu des proportions plus considérables et laissa percevoir une fluctuation profonde qui devint de plus en plus manifeste au point de me mettre dans la nécessité de la ponctionner.

Quelle était la nature de l'abcès que j'avais à traiter? Était-il ossifluent ou circonvoisin? Quel était le procédé à l'aide duquel on pouvait sûrement résoudre cette question? Un stylet introduit par la canule du trocart pouvait tomber sur une surface rugueuse, cariée, et ainsi éclairer la nature de la maladie; mais, malgré plusieurs tentatives, je n'y arrivai pas. Une douleur qui se fût fait sentir au niveau de l'os malade aurait pu fournir un renseignement utile; mais les pressions les plus vigoureuses ne déterminaient aucune souffrance. Enfin, une dernière ressource restait : celle de faire examiner le pus par un chirurgien expérimenté, ce que je fis en m'adressant à M. Follin, qui, comme on l'a vu, ne put pas lui-même lever tous les doutes. « Quoi qu'il en soit, m'écrivait ce chirurgien distingué, des caractères antérieurs de ce pus et des très-nombreux globules d'apparence tuberculeuse qu'il renferme, je serais disposé à penser que ce liquide provient *de quelque abcès par congestion*. J'ai récemment vu, poursuit-il, dans une maison de santé, un jeune homme dont l'histoire se rapprochait beaucoup de celle de votre malade; pendant quelque temps d'habiles chirurgiens ont pu croire qu'il s'agissait simplement d'un abcès idiopathique; la marche progressive des accidents n'a point tardé à montrer que le grand trochanter était malade. »

Finalement, il n'y a eu que la marche progressive de la maladie qui ait pu donner la certitude que le pus était fourni par un abcès par congestion.

Dans le doute où nécessairement je devais me trouver, quel traitement fallait-il conseiller? Fallait-il me borner à tenir mon malade dans une sage expectation, en attendant, prudemment, à avoir une connaissance approfondie de la nature de la maladie pour lui faire prendre quelques médicaments qui, administrés convenablement, ne pouvaient avoir aucune action nuisible? Je ne le pense pas. Entre le choix, pour ainsi dire, que j'avais à faire, de traiter un abcès idiopathique ou symptomatique, le dernier devait avoir la préférence. C'est parce que je comprends toute l'importance du traitement général dans les affections osseuses, que je désirais faire absorber de l'iodure de fer à mon malade, le plus tôt possible.

Sans vouloir rentrer dans une discussion close depuis longtemps, et qui a heureusement dissipé bien des incertitudes que l'on pouvait avoir sur l'action des injections de teinture d'iode dans les abcès symptomatiques, je dirai que l'absorption de l'iode a été des plus évidentes, et que l'on a de la peine à comprendre ce qui a été dit sur le tannage, la cautérisation, la modification des parois du foyer, à tel degré qu'il ne pouvait plus y avoir d'absorption. L'urine, qui a toujours été fortement colorée en bleu, à la suite de l'injection de teinture d'iode, est un démenti formel donné aux faits qui ont servi à étayer cette affirmation : non-seulement les injections agissent directement sur la poche purulente, mais encore l'absorption de l'iode ne manque pas d'action sur l'os malade, dans des proportions beaucoup plus faibles, il est vrai, que celle qui se produit sous l'influence du traitement général. Comment expliquer le transport de l'injection à travers ces détroits, ces difficultés de passage, et sa mise en contact avec la huitième vertèbre dorsale, par exemple, dans l'observation qu'on vient de lire? Assurément, il faudrait être bien prévenu en faveur d'un pareil moyen de guérison pour lui accorder plus qu'il ne peut tenir réellement. Que faut-il penser de ces guérisons assez promptes et durables, qui ont eu lieu sous la seule influence des injections de teinture d'iode, si ce n'est que l'on a eu à traiter des abcès qui ne dépendaient pas *toujours* d'une maladie des os (1)? Tous les chirurgiens savent,

(1) J'ai actuellement, dans mon service, un jeune enfant de 10 ans, d'une constitution strumeuse, qui portait, à son entrée à l'hôpital, un vaste abcès au-dessous et en dehors du grand trochanter, qui fut ponctionné, et dans la poche duquel

en effet, combien il est difficile d'arriver à un diagnostic précis, dans certaines circonstances, et les faits n'ont pas manqué à l'appui de l'opinion que je me borne, pour le moment, à rappeler ici.

D'après les considérations qui précèdent, ne suis-je pas autorisé à conclure : 1° qu'il est souvent très-difficile, même impossible, de connaître la nature de l'abcès que l'on a à traiter, et que la marche de la maladie peut seule vous tirer d'embarras ; 2° que, dans le doute où le chirurgien doit se trouver, il paraît rationnel de faire subir au malade un traitement général par l'iodure de fer, médicament qui a une puissance réelle sur la carie, et qui serait avantageusement secondé par les injections de teinture d'iode, dans le cas où l'on voudrait agir sur le sac et tenter son oblitération ? Malgré le concours de tous ces moyens, employés à temps et avec discernement, il arrive trop souvent qu'ils restent infructueux et que la maladie marche, quoi qu'on fasse : c'est ce qui a eu lieu chez le sujet dont l'observation précède.

j'injectai de la teinture d'iode. Une dizaine d'injections ont fait justice, en quelques mois, de cet abcès. — Un second abcès, du même âge que le premier, situé en dedans de la cuisse, a diminué de plus de moitié, sans avoir eu besoin de diriger contre lui aucun moyen thérapeutique. Un examen attentif m'a fait admettre des abcès idiopathiques sur lesquels la teinture d'iode a produit un excellent résultat, soit directement, soit *indirectement ou par absorption*. Inutile de dire qu'un traitement antiscrofuleux a aidé le traitement local, en modifiant l'état général, qui est actuellement très-satisfaisant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Juillet 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Six spécifiques contre le choléra, et deux communications sur la même maladie, dont un Rapport assez étendu de M. Lecadre, du Hâvre ;

2° Spécifique contre l'hydrophobie ;

3° Spécifique contre les plaies gangrénées (sulfate de cuivre ou sulfate de fer) ;

4° Spécifique contre les *maux d'yeux ;*

5° Spécifique contre les ophthalmies ;

6° Échantillon de fébrifuge ;

7° Spécifique contre l'hydrophobie ;

8° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure ;

Rapport sur une épidémie d'angine couenneuse, par M. Penant, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins ;

Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Fuzelier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Concrétion cornée.

M. Gaspard, correspondant de l'Académie à Saint-Étienne-en-Bresse (Saône-et-Loire), adresse une observation de concrétion de nature cornée siégeant sous la peau, observée sur une fille de 30 ans.

Choléra.

M. le docteur Foucart adresse de Fays-Billot (Haute-Marne), les renseignements suivants :

L'épidémie cholérique a apparu ici pour la première fois, le 12 juillet. Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui, 23 juillet (au soir), il y a eu 12 cas de choléra complet cyanique. Sur ces 12 cas, dont j'ai moi-même observé 6, il y a eu déjà 10 morts ; 2 sont entièrement guéris ou en pleine convalescence. La maladie n'est donc pas moins grave qu'à Paris et dans les localités envahies depuis quelques mois en province. Quant à la comparaison que l'on a faite avec les épidémies de 1832 et 1849, permettez-moi de vous faire remarquer qu'en 1832 et 1849, *il n'y a pas eu, au Fays-Billot, un seul cas de choléra.* Cette année est la première où le choléra se montre dans cette commune.

Permettez-moi de vous faire remarquer aussi en passant, et en attendant que je présente à l'Academie le résultat des observations que je fais dans ce pays, que *dans tous les cas, sans exception aucune,* nous avons constaté la diarrhée prodromique, datant de un à huit ou dix jours. Cette observation a été faite par tous les médecins du Fays-Billot et des communes environnantes que j'ai vus depuis que je suis ici ; l'observation et l'expérience les ont conduits à considérer cette *diarrhée prodromique* comme *constante.*

Omphalocèle.

M. Charcellay, professeur de clinique à l'École secondaire de Tours, correspondant de l'Académie, adresse une observation de hernie du foie, de l'estomac et de quelques autres organes, et de transposition du gros intestin.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Ricord. — Je ne vais pas abuser de votre attention, je ne vais pas recommencer ce qu'on vous a déjà peut-être un peu trop répété ; je ne veux m'attacher qu'à un seul point de la question sur lequel on a peut-être moins insisté ; je veux dire un mot du traitement de certaines hyperesthésies, plus ou moins localisées au col de l'utérus ou au vagin, quelquefois conséquences ou complications des divers déplacements ou des déviations variées de la matrice, avec ou sans autre état morbide !

Je n'ajouterai rien à ce que vous en a dit M. le professeur Dubois dans son remarquable discours, si sage, si pratique au point de vue pathologique.

Je vous rappellerai seulement que ces hypéresthésies, d'où naissent souvent des douleurs insupportables, et quelquefois de graves accidents, ne cèdent pas toujours aux moyens que nous avons eus jusqu'à présent en notre possession, comme pourrait le faire croire un des projets de conclusions du rapport.

Chez un grand nombre de malades, que le décubitus soulage et qui fait même complétement cesser la douleur, *dans certaine position donnée* (car il n'est pas toujours indifférent que les femmes se couchent de telle ou telle manière, pour ne plus souffrir), qu'il y ait simplement déviation, déplacement, ou autre chose, les diverses espèces de ceintures échouent fréquemment, en augmentant la pression, qui accroît la douleur, et les pessaires, de toutes formes et de n'importe quelle composition que ce soit, qui portent eux-mêmes sur les points sensibles, sont alors aussi insupportables. L'immobilisation même de l'organe par l'action combinée de la ceinture et du pessaire, si souvent efficace dans ces cas exceptionnels, ne suffit pas toujours.

Je ne voudrais pas faire à M. Valleix le reproche qu'on lui a adressé quelquefois, et le plus souvent injustement, d'avoir commis des erreurs de diagnostic et d'avoir soulagé et guéri ses malades empiriquement et sans savoir ce qu'il faisait ; mais puisque d'autres ont cherché à expliquer ses succès incontestables, et reconnus par le plus grand nombre de ceux de nos collègues qui ont pris la parole il me sera permis de croire qu'il aura pu aussi réussir, comme du reste j'en ai vu pour ma part des exemples, en soulevant *et en déplaçant la matrice* de sa position douloureuse et en l'isolant sans prendre un point d'appui sur les parties sensibles hypéresthésiées.

Je dirai à cette occasion que je suis du grand nombre des médecins qui croient avec raison que la plupart des femmes affectées de déviations de flexions utérines, d abaissements à divers degrés, ne s'en doutent même pas ; j'irai même plus loin : je dirai que la ligne assignée par les anatomistes, comme position normale de la matrice et la hauteur précise à laquelle doit rester son col, constituant le beau idéal, sont peut-être aussi rares que celui-ci ; et que, ce que nous considérons souvent comme des déplacements acquis, ne sont et ne doivent être, dans certaines circonstances, que des conformations particulières, individuelles, congéniales et compatibles avec la plus parfaite santé. Non-seulement, ici, l'art n'a que faire, à moins qu'il n'eût la prétention de rétablir la beauté des formes ; mais encore en cherchant à donner à l'utérus une autre place, une autre direction que celle qu'il occupe sans gêne, on courrait le risque de déterminer les douleurs d'un véritable déplacement, ce dont il est facile de s'assurer dans un grand nombre de cas.

Cependant, bien qu'on ne sache peut-être jamais comment étaient les femmes antérieurement, et qu'on n'ait pas suivi la progression des déplacements, de leur point de départ, quand ils sont accidentels, jusqu'au terme où elles se plaignent, il n'en est pas moins vrai que beaucoup ne souffrent que tant que l'utérus reste dans telle ou telle position, et que les souffrances cessent dès qu'on lui en donne une autre, s'il est du reste sain, ou qu'elles diminuent ou cessent même encore dans le cas où il est actuellement le siége d'une autre maladie.

Sans doute que, le plus ordinairement, on a besoin d'un autre traitement, et qu'il faut recourir à des modificateurs généraux et à des moyens locaux variés, pour obtenir la cure ; mais ceux-ci peuvent échouer tant qu'on n'isole pas les parties malades, tandis que l'isolement seul peut suffire, dans quelques circonstances, comme je m'en suis convaincu.

C'est pour un cas de ce genre des plus graves, et dans lequel toutes les ressources de la thérapeutique sont restées sans résultats dans les mains des plus habiles, et qui, il faut le dire, avait été *considérablement* amendé par l'instrument de M. Valleix, que j'ai imaginé, je ne dirai pas un nouveau redresseur utérin, mais un support destiné à soutenir et à maintenir

la matrice dans une position convenable, et à l'isoler sans pénétrer dans ses cavités et sans toucher au vagin, siége de la douleur et point de départ des plus formidables accidents, dès que son col, qu'un instrument quelconque ou que le doigt du chirurgien y touchait.

Cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été fabriqué, sur mes indications, par *MM. Charrière et Mathieu,* est composé d'une pince à mords concaves, qui saisit le col, mis à découvert à l'aide du spéculum, instrument si utile et qui rend assez de services pour faire des ingrats.

Je demanderai à l'habile professeur de médecine opératoire comment il se fait que lui, qui se plaint de ne pas voir assez clair dans les ténèbres qui enveloppent les affections utérines, se prive volontairement de la lumière. L'œil est un organe qui trompe, dit M. Malgaigne ; la vision n'est souvent qu'une *vision ;* cela est malheureusement vrai ; mais est-ce à dire pour cela que toutes les fois qu'on veut s'assurer de la présence de quelque chose, il faille fermer les yeux, et que les aveugles soient dans de meilleures conditions que ceux qui y voient très-clair ? Je dois le dire, la sortie malheureusement spirituelle que notre collègue a faite contre le spéculum m'a péniblement surpris. On abuse de cet instrument, il trompe ! Et de quoi n'abuse-t-on pas ? à côté des meilleurs usages, n'y a-t-il pas toujours quelques abus ? Tant vaudrait rejeter le sthétoscope, cet autre spéculum de la poitrine, sous prétexte qu'on peut en abuser. Oui, le spéculum trompe quelquefois, comme tout ; mais rectifié par le toucher, il trompe moins souvent, peut-être là où il est nécessaire, que le toucher seul ; j'en appelle à M. Malgaigne lui-même. Des deux malades qu'il a présentés à M. le rapporteur, une fut examinée seulement au spéculum ; on vit chez elle une érosion, et on attribue à tort, selon M. Malgaigne, toutes les souffrances à cette cause ; mais en se contentant de toucher l'autre, on rapporta tout, cette fois, au déplacement ! Cette dernière, cependant, portait une altération plus grave du col, que le toucher n'avait pas permis de reconnaître, et qui constituait, sans doute, un état pathologique méritant la peine d'être pris en considération, à moins d'encourir le reproche adressé à M. Velpeau, de faire table rase de tout, pour ne tenir compte que des déviations ou des déplacements.

Il faut donc voir et toucher selon saint Thomas.

Mais revenons à ma pince. Les branches de cette pince sont ensuite graduellement rapprochées au moyen d'un anneau que fait mouvoir une vis, et quand elle est fixée, on peut alors donner à l'utérus l'inclinaison qu'on désire, les branches de l'instrument pouvant se couder à angle plus ou moins aigu, par une autre vis de rappel. L'appareil est ensuite fixé à l'aide du plastron du redresseur de M. Valleix.

Cet instrument, comme on peut le comprendre, pourrait servir aussi comme compresseur dans quelques cas de métrorrhagie, et agir plus efficacement que le tamponnement ; cependant, comme bien d'autres moyens, il doit avoir ses inconvénients : en comprimant trop, il peut donner lieu à des accidents, produire même des escarres, comme cela m'est arrivé ; mais ici, comme dans toute compression, c'est plutôt une faute de l'artiste qu'un défaut de l'art. Et encore, dans le cas particulier auquel M. le rapporteur a fait allusion, et qui m'a engagé à vous montrer l'instrument, j'avais affaire au col utérin le plus maltraité et le plus défiguré qui se puisse imaginer, par des cautérisations de toutes natures, par des débridements et des incisions, qui ne laissaient plus que des mamelons informes et presque insaisissables. Eh bien ! malgré tout cela, c'est encore l'instrument qui a produit le plus de soulagement, et une presque guérison.

Mais revenons au redresseur en cause, qui me semble avoir soulagé et pouvoir redresser quelquefois l'utérus, puisque M. Malgaigne croit même que cela peut se faire spontanément, et permettez-moi de conclure, avec MM. P. Dubois et Velpeau, avec M. Huguier et avec le premier discours de M. Malgaigne, que le traitement de MM. Simpson et Valleix pourra rendre des services lorsqu'il sera bien appliqué aux cas qui le réclament, et que, par conséquent, on ne doit pas le rejeter de la pratique.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Quelques mots sur l'action antidiarrhéique de la corne de cerf calcinée,

Par le Dr DE LARUE, de Bergerac.

Autrefois d'un emploi fréquent contre les flux de ventre, la corne de cerf calcinée est aujourd'hui presque complétement tombée en désuétude.

Cette substance, que nous désirons réhabiliter dans l'esprit des praticiens, après bientôt neuf ans d'expérimentations suivies, a été préconisée par des auteurs imposants, notamment par l'illustre Sydenham.

Ne produisant jamais d'accidents, elle offre, sur la totalité des antidiarrhéiques connus, *particulièrement sur le sous-phosphate de chaux, obtenu de toute autre façon* (nous pourrions, à cet égard, citer des *centaines* de faits), une supériorité manifeste, incontestable.

Toutes les diarrhées *pouvant* réclamer l'intervention de la thérapeutique, sont, à peu d'exceptions près, quelquefois même sans auxiliaires d'aucune espèce, sûrement *guéries, suspendues* ou *calmées* par cet agent médicamenteux, *surtout* si l'élément inflammatoire, qui, dans la majorité des cas, les complique ou les occasionne, n'existe pas à l'état d'acuité.

Toujours prescrite par nous à doses relativement très-élevées et à intervalles relativement très-rapprochés, la corne de cerf *calcinée en blancheur,* suivant l'expression anciennement consacrée, est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus efficace que sa pulvérisation est plus exacte, plus ténue.

Ainsi réduite, nous la conseillons *ordinairement* selon l'exigence de la maladie, l'âge et le goût des sujets, sous forme de potion, en pilules ou enveloppée de matières alimentaires appropriées.

1° Formulée comme ci-après, la potion s'administre le plus souvent d'heure en heure, par cuillerées à bouche ou à café (on n'omet jamais d'agiter fortement le flacon) :

℞		
Eau de gomme adragante.	120 grammes.	
Corne de cerf calcinée en poudre,	10 à 20	—
Eau de fleurs d'oranger.	2	—
Sirop de coings	30	—

2° Chaque pilule contient habituellement 25 centigrammes de corne de cerf calcinée. Les malades en prennent *au moins* trente dans les vingt-quatre heures, toujours plusieurs (quatre ou cinq) sans désemparer.

3° Quand la diète n'est pas commandée, il nous arrive souvent alors de donner le remède au commencement du repas, *emprisonné* dans de la purée de fèves, dans du vermicelle, etc., à la dose, chaque fois, de 5 ou 6 grammes, divisés en cinq ou six prises successives.

Variant d'après les circonstances, le temps pendant lequel nous soumettons nos malades à l'usage de la corne de cerf calcinée se traduit, en général, par ces mots : *peu de jours, quelques semaines, plusieurs mois.* (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Laitage. — Falsification.* — La 6e chambre de police correctionnelle, présidée par M. d'Herbelot, a condamné, dans son audience du 15 juin, un sieur Nicolas Lefèvre, marchand de lait en gros, demeurant à Paris; rue d'Amsterdam, 44, à six mois de prison et 20,000 francs d'amende pour avoir, depuis moins de trois ans, vendu et mis en vente du lait qu'il savait être falsifié.

« Attendu, dit le jugement, que la fraude opérée dans des proportions considérables et d'une manière permanente et journalière par Lefèvre, gérant de la Société dont il s'agit, est une véritable falsification de substances alimentaires destinées à être mises en vente, et que les bénéfices réalisés par Lefèvre peuvent être arbitrés par le tribunal à 80,000 francs pour trois ans. »

Ainsi, d'après la teneur du jugement, bénéfice net, 60,000 francs, restant au profit du coupable au premier chef, puisqu'il s'agit d'un aliment indispensable à toutes les classes. Cette nature de crimes est donc trop lucrative pour qu'on cesse de les commettre tant qu'on ne leu appliquera pas la loi commune aux vols les plus gravement qualifiés, c'est-à-dire la juridiction des cours d'assises et les galères. Le voleur sur les grandes routes s'expose et paye de sa personne, et le voyageur a droit de se mettre contre lui en légitime défense; mais que peut faire le consommateur quand on le vole par un abus quotidien de confiance, et que l'on compromet sa santé et celle de ses enfants, qui, dans le premier âge, n'ont d'autre nourriture que le lait ! Combien d'enfants ont dû leur mort à la falsification de ce prétendu laitage ! (*Journal des conn. méd. pratiq. et de phamacologie.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Dernières publications de la librairie VICTOR MASSON.

Quarante années de pratique chirurgicale, par Ph.-J. ROUX. — 4 vol. in-8. — En vente : le tome 1er (*Chirurgie réparatrice*). — Le tome 2 (*Anévrismes*) est sous presse. — L'ouvrage, dont le manuscrit est entre les mains de l'éditeur, comprendra 4 volumes publiés par les soins de la Société de chirurgie de Paris. — Prix de chaque volume : 6 fr.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par M. SÉDILLOT. — Deuxième édition augmentée. — Paris, 1854. — 2 vol. grand in-18, publiés en 4 parties, avec figures dans le texte. — Prix : 16 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 90. 2e année. Samedi 29 Juillet 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 25 juillet 1854.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Robert. — En présence des orateurs éminents qui, depuis plus d'un mois, ont captivé l'attention de l'Académie, j'ai hésité, je l'avoue, à demander la parole. Cependant, j'ai réfléchi qu'ayant l'honneur de faire partie de la commission dont M. Depaul est le rapporteur, et ne partageant pas entièrement les doctrines de mon collègue, il était de mon devoir de dire en quoi mes opinions diffèrent des siennes, et surtout de faire connaître les motifs de cette divergence.

M. Depaul dit (p. 17 et dans ses conclusions) que l'on a singulièrement exagéré l'influence des déviations de l'utérus sur la santé des femmes.

Cette proposition est capitale, car, si elle est vraie, il faut en conclure que l'on a aussi singulièrement exagéré l'importance des traitements mécaniques proposés contre ces déviations.

M. Depaul s'est donc attaché avec grand soin à démontrer cette proposition; mais, à mon sens, sa démonstration n'est nullement convaincante, et je vais le prouver :

1° M. Depaul adopte (p. 22) la doctrine de Lisfranc et de M. P. Dubois, à savoir que les déviations sont en général inoffensives, et n'ont d'autre influence fâcheuse que celles qu'elles tiennent de quelque complication pathologique.

Eh bien! je regarde cette doctrine comme étant en opposition avec l'observation rigoureuse des faits.

En voici la preuve :

Il existe évidemment deux classes de déviations : les unes sont primitives et résultent de causes occasionnelles; les autres, au contraire, sont secondaires et sont les conséquences des lésions diverses de l'utérus, et, *plus spécialement, du corps de cet organe.*

A. Les premières s'observent dans les conditions que voici : une femme bien portante, et n'ayant jamais accusé de souffrance du côté de l'utérus, fait un effort violent, ou bien, tombe sur le siége; elle éprouve à l'instant une douleur, un craquement dans le bas-ventre. A dater de ce moment, elle souffre plus ou moins; ses règles se dérangent et deviennent ou plus fréquentes ou plus abondantes.

Elle vient vous consulter : vous trouvez, par exemple, une rétroversion, et, de plus, l'utérus douloureux, tuméfié, etc.....

Eh bien! n'est-il pas logique d'admettre que le déplacement de l'utérus a été le fait primitif, lié à l'accident, et que les autres lésions, telles que la douleur, le gonflement, la dysménorrhée, etc., sont des effets de ce déplacement, de cette déviation?

J'ai en ce moment, à l'hôpital Beaujon, une femme de 21 ans, n'ayant pas eu d'enfant et ayant à peine usé du coït; il y a deux ans, elle est tombée violemment sur le siége. Depuis cette époque, ses règles sont devenues très-fréquentes, et depuis un an elle éprouve une douleur fixe et très-vive à la région du coccyx. Il existe chez elle une rétroversion considérable; la cavité de l'utérus, mesurée avec l'hystéromètre, présente 2 centimètres au moins de longueur de plus qu'elle n'en doit avoir chez une femme de cet âge.

N'est-il pas évident que, d'abord, il y a eu rétroversion par le fait de la chute; puis dysménorrhée, par suite de la déviation; puis enfin métrite chronique, tuméfaction de l'organe, par toutes ces causes réunies? Il est impossible de commenter autrement la succession des symptômes éprouvés par cette malade.

2° Parmi les causes des déviations de l'utérus, que j'appelle primitives, il en est une qui, je crois, n'a guère été signalée : c'est le décubitus dorsal très-longtemps prolongé.

Voici ce que j'ai observé à cet égard :

Il y a quelques années, j'avais l'habitude, à l'hôpital Beaujon, de me rendre à l'amphithéâtre toutes les fois qu'on y pratiquait l'autopsie d'une femme, même dans un service étranger au mien. Or, sur deux femmes, dont l'une était morte à la suite d'une paraplégie, et l'autre dans le cours d'une fièvre typhoïde, je trouvai une rétroversion très-complète de l'utérus. Le fond de l'organe était situé en arrière et à gauche, vers la pointe du coccyx; et à voir à quel point les parties molles s'étaient laissées déprimer, pour le recevoir et le loger, il était naturel de croire que ce déplacement était déjà quelque peu ancien. Le rectum, placé à droite de la tumeur, n'était nullement gêné dans ses fonctions.

Je n'admets nullement que ce déplacement de l'utérus puisse être un phénomène cadavérique, et je suis bien plus porté à croire qu'il s'était lentement produit pendant la vie, sous l'influence du séjour prolongé au lit; il est inutile de dire que ces femmes n'avaient jamais éprouvé d'accident auquel on pût le rapporter.

Je n'insiste pas davantage sur ces faits, dont les conséquences pratiques sont faciles à déduire.

Je viens d'établir que les déviations primitives de l'utérus, d'abord exemptes de complications, ne restent pas toujours dans cet état; elles peuvent amener d'abord des troubles fonctionnels, des dérangements dans la menstruation, puis des lésions organiques plus ou moins profondes.

La conclusion pratique à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faut pas abandonner à eux-mêmes ou négliger ces déplacements.

Je dirai plus : il est des cas où des accidents sérieux en sont la conséquence, et réclament des moyens directs de réduction, de véritables opérations chirurgicales, comme on va le voir dans l'observation qui suit :

En 1847, une dame de 30 et quelques années, d'une forte constitution, pousse violemment, dans un moment d'humeur, un meuble que sa femme de chambre avait mal placé. A dater de ce moment, douleurs hypogastriques, métrorrhagies presque continuelles, etc., etc. Le praticien appelé près d'elle, homme fort habile, constate une rétroversion avec métrite subaiguë, et prescrit le repos, des petites saignées, les bains, etc. Ce traitement, suivi pendant plusieurs mois, n'ayant amené aucun résultat, et la malade se trouvant réduite à un état de faiblesse et d'irritabilité extrême, je suis consulté et je constate, comme l'avait fait déjà le médecin traitant, une rétroversion considérable avec tuméfaction douloureuse du corps de l'utérus. Malgré cet état de phlegmasie, je crus devoir tenter la réduction; et, dans ce but, je fis pénétrer dans l'utérus la tige de fer en forme de curette dont se servait Récamier, et tandis que de la main gauche, armée de ce levier, je soulevais le fond de l'organe et le poussais en avant, avec l'index et le médius de la main droite introduits dans le fond du vagin, je pressais dans le même sens contre la paroi postérieure du corps de la matrice. En quelques instants, j'eus le bonheur de voir l'utérus reprendre sa position normale : cette manœuvre avait été très-douloureuse, et j'avoue que je fus d'abord très-inquiet de ce que j'avais osé faire. Cependant la malade se trouva presque immédiatement soulagée. Pendant un mois, elle resta couchée soit sur le côté, soit sur le ventre. Le déplacement ne se reproduisit pas et elle s'est complétement rétablie.

B. J'arrive à la deuxième classe de déviation de l'utérus, celles qui sont consécutives à des métrites chroniques, à des catarrhes utérins, à des

inflammations du tissu cellulaire qui environne la matrice, etc. ; on les voit succéder à des accouchements laborieux et surtout à des avortements ; on les observe chez des femmes molles et lymphatiques dont l'utérus se congestionne, sans présenter cependant de signes évidents de phlegmasies.

C'est principalement lorsque le corps de l'utérus est affecté, que l'on observe les déviations ; on le conçoit facilement, parce qu'alors cette portion de l'organe, trop volumineuse et trop lourde, tend à s'incliner et à faire basculer l'organe, soit en avant, soit en arrière.

Je mets sous les yeux de l'Académie le dessein d'un cas de rétroversion dû à l'engorgement de la paroi postérieure du corps de la matrice.

Je l'ai recueilli en 1848, chez une femme qui mourut de péritonite, à la suite d'un avortement provoqué à trois mois et demi de grossesse. La portion volumineuse de l'utérus répond sans doute à l'insertion du placenta, la rétroversion était complète, le rectum n'était pas comprimé.

Dans tous les cas de déviations de l'utérus, consécutives à des altérations organiques, on doit sans doute traiter ces altérations avant d'attaquer la déviation elle-même. Mais peut-on croire en vérité qu'il soit toujours indifférent de laisser l'utérus dans la position vicieuse qu'il occupe. Ainsi, par exemple, qu'il y ait rétroversion, le corps de l'utérus fortement incliné en arrière, ne sera-t-il pas dans des conditions de déclivité défavorables à la circulation du sang ; s'il touche au rectum, ne sera-t-il pas à chaque instant gêné et endolori par le passage des matières fécales ; s'il presse enfin contre les nerfs sacrés, ne causera-t-il pas des douleurs qui tiendront le système nerveux dans une excitation fâcheuse? Tous les jours dans la pratique, on voit des faits de cette espèce, et je pense que M. Depaul aurait dû les prendre en sérieuse considération.

Pour compléter cette démonstration et donner plus d'autorité à l'opinion que je défends ici, je vais invoquer l'autorité même de M. Paul Dubois et m'appuyer sur les paroles qu'il prononçait, il y a peu de jours, devant l'Académie.

Après avoir nié l'efficacité du pessaire intra-utérin, considéré comme moyen durable et efficace de replacer l'utérus dévié, l'éminent professeur n'a-t-il pas cité des cas où cet instrument mis en usage, dans des cas de déviations, malgré la présence de lésions concomitantes de l'utérus, n'en a pas moins opéré un soulagement notable ; puis, cherchant à expliquer ces cas de succès, il a pensé que ce traitement mécanique a pu être utile, soit en faisant cesser momentanément une position qui laissait l'utérus dans des conditions de déclivité peu favorables à la circulation, soit en fixant cet organe et l'empêchant de subir des frottements nuisibles, etc.

Je conclus enfin et je dis que les déviations de l'utérus, qu'elles soient primitives ou secondaires, qu'elles soient cause ou effet de lésions organiques, doivent être prises en sérieuse considération dans le traitement des maladies de cet organe.

J'aborde maintenant une question très-importante, celle du diagnostic des déviations de l'utérus. Ici encore je regrette d'être en désaccord avec M. Depaul, et, ce qui est plus grave, avec M. Velpeau lui-même. Voici comment s'exprime M. Depaul (page 52) : « J'avoue qu'en réfléchissant à la facilité avec laquelle on résout en général le diagnostic d'une déviation de l'utérus, je suis loin d'être édifié sur la nécessité du cathétérisme, etc. » Quant à M. Velpeau, il a dit, dans son remarquable discours, qu'on ne saurait se méprendre sur les symptômes des déviations, et les confondre avec ceux des altérations variées dont l'utérus peut être le siége.

Suivant MM. Velpeau et Malgaigne, un signe en quelque sorte pathognomonique des déviations serait la cessation des douleurs et de tout le malaise quand les malades sont couchées, et la brusque réapparition de tous les accidents dès qu'elles se lèvent.

Cela peut être vrai, quand il s'agit d'une antéversion compliquée d'abaissement, parce que la position horizontale du tronc peut alors rétablir l'utérus dans son attitude normale ; mais, à coup sûr, on n'observe rien de semblable quand il s'agit d'une rétroversion.

Je regarde comme tout aussi infidèle le signe que M. Malgaigne a cru devoir tirer de la manière dont les femmes supportent l'usage de la ceinture hypogastrique : ainsi, non-seulement j'ai vu des femmes atteintes de déviations compliquées de métrite, que la ceinture soulageait beaucoup, mais encore j'en ai observé qui, affectées de métrite chronique sans déplacement, se trouvaient également bien de l'usage de ce bandage.

Quant aux autres signes attribués aux déviations, tels que pesanteur sur le fondement, constipation, envies fréquentes d'uriner, dysurie, tiraillements douloureux dans les lombes, les aines, l'hypogastre, dérangement de la menstruation, troubles sympathiques dans les fonctions de l'estomac et dans l'incurvation, etc., je le dirai avec assurance, ces signes appartiennent tout aussi bien à la plupart des lésions organiques dont l'utérus peut être le siége, qu'aux déviations elles-mêmes. Ainsi, une première cause de la difficulté du diagnostic tient à ce que les déviations de l'utérus n'ont pas de signes qui leur soient propres.

Une autre cause, non moins évidente, de cette difficulté, tient à ce que les déviations s'observent rarement à l'état de simplicité. Souvent, comme je l'ai précédemment démontré, elles sont compliquées de métrite chronique, de catarrhe utérin, d'inflammation du tissu cellulaire placé autour de la matrice, etc., etc., de sorte qu'il est impossible de faire la part que prennent, dans ces manifestations pathologiques, la déviation et les lésions qui l'accompagnent.

Je viens de prouver que l'on ne saurait parvenir à un diagnostic précis par l'étude comparative des symptômes des déviations et de ceux des lésions organiques de l'utérus ; il me reste à examiner si l'on peut y parvenir par l'exploration directe des parties affectées.

Suivant M. Depaul, on y parvient facilement, en combinant le toucher vaginal et rectal avec l'application de la main sur l'hypogastre. Il dit (p. 53 du Rapport) que l'on arrive, dans la plupart des cas, à fixer de la sorte l'utérus entre les deux mains, et à se faire une idée suffisamment exacte de l'étendue de son diamètre vertical. M. Velpeau a été plus explicite encore : On peut, dit-il (p. 868), en s'y prenant bien, saisir la matrice entre les deux mains, en apprécier l'épaisseur, la direction, la forme, tous les caractères physiques, en un mot, avec la même certitude que si on l'avait sur la table, simplement enveloppée de linges, etc. Il ajoute que, sur 400 femmes, il n'en a trouvé que 100 qui fussent réfractaires à ce mode d'exploration, à cause de l'embonpoint ou de la rigidité de la paroi abdominale antérieure.

Malgré toute la confiance que j'ai dans les assertions de notre savant collègue, je crains qu'en cette circonstance il n'ait été victime de quelque illusion. En effet, j'ai moi-même très-souvent exploré l'utérus suivant le procédé qu'il indique, et presque toujours je n'ai obtenu que des résultats négatifs. J'ai actuellement sous les yeux une femme de 34 ans, très-maigre, et dont la paroi abdominale est très-flasque, parce qu'elle a eu huit enfants et quatre fausses couches, et cependant, il est *impossible*, chez elle, d'atteindre le moins du monde l'utérus à travers l'hypogastre, pendant qu'on soulève cet organe avec le doigt introduit dans le vagin.

Il est donc un grand nombre de cas dans lesquels les moyens ordinaires d'exploration sont insuffisants. Si l'on a besoin d'un diagnostic précis, il devient nécessaire de recourir à un procédé plus direct : ce procédé consiste dans le cathétérisme de l'utérus.

J'admets qu'il n'y faut recourir qu'avec une grande réserve ; je l'ai vu provoquer des accidents sérieux. Mais pourquoi l'abandonner, s'il est utile ? Est-il, en chirurgie, un procédé opératoire qui soit constamment inoffensif ? et, pour n'en citer qu'un exemple, le cathétérisme des voies urinaires, que nous employons chaque jour, n'est-il pas quelquefois suivi d'accidents funestes ?

Il est des cas où il se forme, au voisinage de l'utérus, et surtout à sa face postérieure, des phlegmons circonscrits, des épanchements de sang. Il en résulte des tumeurs qui, par leur volume, leur forme, leur consistance, etc., peuvent complétement simuler celle que formerait l'hémisphère postérieur du corps de l'utérus, dévié soit en rétroversion, soit en rétroflexion. J'ai la certitude que ces cas ne sont pas rares, et qu'ils ont donné lieu à des erreurs de diagnostic de la part d'hommes expérimentés. Or, quel est le moyen d'éviter ces erreurs, sans le secours du cathétérisme de l'utérus, qui seul peut nous révéler la position de cet organe et la direction de son axe? Mais ce n'est pas tout : je suppose qu'on ait constaté, par les moyens ordinaires, l'existence d'une déviation de la matrice. Croit-on que le diagnostic ne laisse plus rien à désirer? N'est-il pas important, tout d'abord, de savoir si l'utérus n'est pas fixé contre le rectum ou la vessie par quelque adhérence pathologique ; car s'il en était ainsi, toute tentative de redressement serait impossible et même dangereuse. Eh bien, je le demande, le toucher est-il suffisant pour donner au diagnostic la précision voulue, et n'est-ce pas en introduisant dans la matrice un levier solide, qu'on pourra convenablement en interroger la mobilité?

Ce n'est pas tout encore : l'utérus dévié est souvent le siége d'altérations diverses qu'il faut connaître avant d'instituer un traitement rationnel. Or, ces altérations font subir, soit aux parois de l'organe, soit à sa cavité même, des changements physiques que le cathétérisme seul peut nous révéler. Je citerai, pour exemple, l'inflammation chronique de la membrane muqueuse du corps de la matrice, qui coïncide souvent avec ces déviations.

Il résulte des faits que j'ai recueillis depuis vingt ans, que cette inflammation chronique ne se borne pas à produire l'hypersécrétion qui constitue le catarrhe utérin. A la longue, elle détermine l'engorgement, l'hypertrophie des parois utérines et l'ampliation proportionnelle de la cavité de l'utérus. Je mets sous les yeux de l'Académie un dessin que j'ai recueilli en 1836, à l'hôpital de Lourcine, chez une femme de vingt-cinq ans, qui, depuis deux ans, avait été affectée de catarrhe utérin à la suite d'une blennorrhagie. On y voit les traces de l'inflammation de la membrane muqueuse ; mais on est surtout frappé de l'ampliation subie par la cavité de l'organe, dont la moyenne ne doit guère dépasser 5 centimètres et demi chez une femme de cet âge.

Si une altération de cette nature coïncidait avec une déviation de l'utérus, ne serait-il pas important de la constater et de la traiter, avant de statuer

sur le traitement de la déviation elle-même? Or, comment la reconnaître sans le secours du cathétérisme utérin?

Il y aurait beaucoup à dire encore sur le diagnostic des lésions de l'utérus concomitantes des déviations de cet organe; il serait utile aussi d'insister sur la nécessité d'étudier l'état des trompes, des ovaires, des ligaments larges, etc.; mais craignant d'occuper trop longtemps l'Académie, je me hâte d'arriver au traitement.

M. Depaul a très-sagement posé les principes qui doivent diriger le praticien dans le traitement des déviations utérines :

Traiter d'abord les lésions concomitantes de la déviation par tous les moyens appropriés, généraux et locaux, et ne s'occuper qu'en dernier lieu de la déviation elle-même. On ne peut, assurément, formuler un précepte meilleur ; mais en vérité, M. Depaul n'a-t-il pas été un peu trop optimiste, quand il a dit (p. 28) que les femmes qui se soumettent avec rigueur aux exigences de ce traitement obtiennent presque constamment une guérison définitive?

Quant à moi, je l'avoue, bon nombre de femmes que j'ai traitées de déviations de l'utérus simples ou compliquées, de lésions diverses, ont été soulagées ; mais très-peu ont été guéries complétement par les moyens ordinaires. Ce que je déclare ici sera confirmé, j'en suis sûr, par le témoignage de la plupart des praticiens les plus expérimentés.

Or, en présence d'une thérapeutique stérile ou insuffisante, l'homme de l'art n'est-il pas autorisé à chercher des moyens nouveaux ; et les instruments qui ont pour but de soutenir et de redresser l'utérus ne se présentent-ils pas ici comme des moyens rationnels et efficaces?

Vous avez entendu MM. Amussat et Velpeau vous parler des essais qu'ils ont tentés dans cette voie, antérieurement à M. Simpson. Moi-même, enhardi par la pratique de Récamier, que j'avais si souvent vu agir chirurgicalement sur la face interne du corps de la matrice, j'avais depuis longtemps introduit et laissé à demeure des bougies dilatantes dans l'orifice interne de cet organe, sans voir survenir d'accident ; j'avais aussi essayé, sans succès, je l'avoue, de redresser l'utérus au moyen d'un instrument analogue à celui que M. Velpeau vous a présenté.

Aussi lorsque, en 1848, notre excellent confrère, M. Debout, me montra le pessaire Simpson, qu'il rapportait d'outre-mer, je m'empressai de le mettre en usage. Ce fut d'abord chez une femme de 24 ans, d'une constitution lymphatique, affectée de rétroversion. Cet état existait depuis un an et demi, et avait pour cause un accouchement dont les suites avaient été peu soignées. A son entrée à l'hôpital Beaujon, au mois d'août 1848, je constatai, outre la rétroversion de l'utérus, une augmentation notable de volume du corps et du col de l'organe, et une leucorrhée très-abondante ; la malade éprouvait des douleurs sourdes dans la région lombo-sacrée et aux aines. Elle ne pouvait surtout se tenir debout. Aux soins usités en pareille circonstance, je joignis la cautérisation intra-utérine, pratiquée avec le porte-caustique de Récamier. Ce moyen, répété trois fois à un mois de distance, amena un retrait sensible de l'utérus ; mais la rétroversion resta la même, et la malade ne pouvant marcher sans douleur, je me décidai à appliquer le pessaire Simpson, le 4 février 1849. Il ne se manifesta aucun accident. Les règles, suspendues depuis plus de trois mois, reparurent le quatrième jour, et suivirent à peu près leur mode et leur durée habituelle. Je laissai l'instrument en place pendant six semaines. Durant ce laps de temps, une seconde époque menstruelle eut lieu sans troubles remarquables, et au bout de six semaines, le pessaire ayant été retiré, je constatai que l'utérus avait repris sa position normale ; mais je dois dire que plus tard le déplacement se reproduisit, et avec lui une partie des souffrances qu'il occasionnait. Je fus donc obligé de replacer le pessaire. La malade ayant voulu quitter l'hôpital, courut dans Paris pendant dix ou douze jours, sans éprouver de douleur. Cependant, l'instrument lui causait de la gêne ; elle vint me prier de le lui retirer. Depuis lors, malgré mes recommandations, je n'ai plus eu l'occasion de la revoir.

La deuxième malade, chez laquelle j'employai l'instrument de M. Simpson, était une jeune femme, affectée de rétroversion, suite d'une couche. L'utérus était un peu plus volumineux qu'à l'état normal. La tige intra-utérine provoqua un écoulement continuel, quoique peu abondant, et me força de retirer l'instrument le dixième jour. La troisième était également affectée de rétroversion : c'était une jeune femme, d'une constitution sanguine et irritable, n'ayant pas eu d'enfants. L'utérus était peu volumineux, mais la pression exercée sur sa face postérieure produisait une douleur assez forte. Le pessaire intra-utérin détermina, au bout de trois ou quatre heures de séjour, des douleurs utérines assez vives, accompagnées de vomissements, qui cessèrent dès que l'instrument fut enlevé. Trois tentatives, faites à quelques jours d'intervalle, ayant donné lieu aux mêmes accidents, je ne crus pas devoir insister davantage.

Découragé par ces revers, et manquant peut-être aussi de cette confiance qui donne du courage au praticien dans les cas difficiles, j'abandonnai mes essais, que M. Valleix a poursuivis plus tard sur une vaste échelle.

Je ne veux pas méconnaître ici la portée des accidents causés par l'application des pessaires intra-utérins ; mais d'un autre côté, la proportion des cas malheureux est peu considérable, et des faits incontestés prouvent que ce mode de traitement a pu produire des succès complets et durables dans des cas où les moyens ordinaires avaient échoué.

Il serait donc prématuré de vouloir, dès aujourd'hui, bannir cet instrument de la pratique. Ce qu'il faut désirer, c'est que le mode d'action en soit mieux connu, et surtout que l'on parvienne à en établir les indications et les contre-indications. Si l'on atteint ce but, l'application en deviendra plus sûre et plus efficace, et l'on diminuera le nombre des accidents qu'elle peut déterminer.

M. Depaul.—Messieurs, avant de chercher à résumer la discussion soulevée par mon Rapport sur le *traitement des déviations utérines par les redresseurs internes,* avant de répondre à quelques-unes des objections qui m'ont été adressées par plusieurs des orateurs qui ont pris la parole, qu'il me soit permis de faire une réflexion générale, fondée certainement dans l'espèce, et qui pourrait s'appliquer d'ailleurs à la plupart des questions importantes qui, à diverses reprises, ont été débattues devant vous.

N'est-il pas digne de remarque, en effet, de voir presque toujours la question principale, celle sur laquelle vous aviez voulu surtout être éclairés, devenir petit à petit la question accessoire, et être définitivement absorbée par d'autres considérations d'un haut intérêt, je ne le conteste pas, mais qui ne sont point le fait capital?

Je n'essaierai pas d'expliquer cette tendance, à laquelle n'ont pu se soustraire la plupart des hommes distingués que vous avez entendus. Mais j'avais besoin de constater que, dans cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, on avait bien plus parlé à propos de la question que sur la question elle-même. Je pourrais peut-être m'autoriser de ce fait pour en conclure que, probablement, on n'a pas eu des objections sérieuses à faire aux considérations et aux recherches par lesquelles votre commission a tenté d'élucider le point fondamental qu'il vous importait de connaître.

De quoi s'agissait-il en effet? De savoir si les pessaires intra-utérins conduisaient au redressement définitif de la matrice, et si leur usage n'entraînait pas souvent des accidents d'une telle gravité, que, même en admettant qu'ils eussent un certain degré d'utilité, il fallait se hâter d'y renoncer.

Quelqu'un qui n'aurait pas assisté au point de départ de cette discussion, qui est déjà assez loin de nous, se rendrait difficilement compte de ce que nous avons voulu mettre en lumière. Qu'il me soit donc permis, tout en me félicitant d'avoir fourni le prétexte des savantes dissertations que nous avons entendues, de ramener la question à ses véritables termes.

Une méthode thérapeutique qu'on croyait nouvelle, et que j'ai montré être beaucoup plus ancienne qu'on ne le pensait, tendait à s'introduire parmi nous, et à se substituer à d'autres, auxquelles nous avions dû de nombreux succès jusqu'alors ; elle venait d'ailleurs sous le patronage d'hommes aussi honorables qu'instruits, et s'appuyait sur des observations déjà nombreuses, et qui de prime abord étaient de nature à faire une certaine impression sur les esprits.

Votre rapporteur, messieurs, n'a pas oublié un seul instant la mission nettement déterminée que vous lui avez confiée, et si, pour la remplir d'une manière plus complète, il a dû parfois faire des excursions dans diverses parties de la pathologie utérine, il l'a fait rapidement, sans avoir la prétention de traiter à fond toutes les questions incidentes dont il a eu à s'occuper.

Vous comprendrez dès lors que j'ai dû être un peu surpris en entendant plusieurs de nos collègues qui sont montés à cette tribune, me reprocher, les uns de n'avoir pas fait l'histoire complète de chacun des déplacements dont l'utérus peut être atteint et surtout de n'avoir pas tracé leur diagnostic différentiel ; les autres de ne pas avoir suffisamment décrit certaines affections de la matrice, et en particulier les névralgies de cet organe ou de ses annexes. Mais, je vous le demande, pouvais-je étendre indéfiniment le cadre de mon travail? Attendiez-vous de moi que, passant en revue les différentes médications, les nombreux moyens mécaniques qui ont été conseillés pour combattre les déviations ou les autres maladies, je vinsse ici vous apporter un traité complet sur la pathologie utérine? Non, sans doute, je ne le devais pas, et en admettant qu'un pareil travail n'eût pas été au-dessus de mes forces, je n'avais pas eu le temps nécessaire.

Mes honorables contradicteurs, profitant de cette position, qui m'avait cependant été imposée par votre volonté et par la force des choses, ont, par une tactique habile, laissé presque entièrement de côté le fond du travail, et se sont attachés à des points accessoires auxquels, volontairement, j'avais donné une place très-restreinte dans mon Rapport.

Mais une prétention plus extraordinaire s'est produite, sinon dans cette enceinte, où elle n'a fait qu'un apparition timide, au moins dans certain organe de la presse, qui s'est fait remarquer depuis le commencement de ces débats par la variabilité de ses opinions.

On a dit : La commission a outrepassé son mandat. Elle n'avait été

saisie que de l'observation de M. Broca, et contrairement à tous les précédents, elle a fait intervenir la pratique et les doctrines d'un confrère qui n'avait pas demandé à être jugé par vous. Il y a, dans une pareille allégation, une erreur matérielle d'abord, et de plus, la négation d'un des priviléges les moins contestables de la science.

On se souvient, en effet, que c'est bien volontairement que M. Valleix est intervenu dans le débat, et qu'il est venu réfuter ici les faits de MM. Cruveilhier et Broca. Profitant spontanément de l'occasion qui lui était offerte, il entra dans tous les détails de la question, il nous fit connaître les résultats de sa pratique, et formula, en conclusions nettes et précises, ce qu'il croyait être l'expression des faits qui avaient été soumis à son observation. Son travail, déposé sur le bureau de l'Académie, fut tout naturellement renvoyé à la commission qui devait s'occuper des redresseurs intra-utérins.

Comment ose-t-on dire, après cela, que nous n'étions pas saisis de la pratique de M. Valleix, et par M. Valleix lui-même ! Insinuer qu'il pourrait se plaindre de ce que nous n'avons pas laissé de côté sa pratique et ses écrits, c'est faire une injure grave à son caractère, et nous le connaissons assez pour être sûr qu'il trouvera, comme nous, que le zèle de ses amis est trop grand. En continuant ainsi, loin de lui être utile, on le desservirait dans l'opinion publique.

Mais si, comme on le prétend, à tort, j'en suis sûr, notre confrère eût mieux aimé qu'on ne s'occupât ni de lui ni de ses travaux, votre commission aurait-elle dû s'arrêter devant ce désir ? Vous ne le penserez pas ; la science et les Sociétés savantes qui la représentent ont des droits et des devoirs qui doivent faire taire toutes les autres considérations. Pour arriver à la vérité elles doivent, sans regarder en arrière, marcher droit au but, et s'inquiéter peu du bruit qui se fait autour d'elles. Embrouiller les questions quand on ne sait comment sortir d'embarras, est une vieille tactique qui ne trompera pas les hommes un peu sérieux. Elle n'aura pas plus de succès que le moyen peu digne qui consiste à exciter les passions, en s'efforçant de faire intervenir les personnes lorsqu'il ne s'agit que de la science.

Au reste, je me plais à le reconnaître, mon excellent confrère et ami, M. Valleix, a donné, dans cette circonstance, un bel exemple du calme et de la dignité qui conviennent à un véritable savant. Il a compris qu'après avoir été entendu au début de cette discussion, il devait laisser à l'Académie le soin de juger la valeur de la nouvelle méthode, se réservant, bien entendu, le droit que personne ne peut lui contester, de poursuivre ses essais si nos raisons ne l'ont pas convaincu, et de nous faire connaître plus tard, s'il y en a, les motifs nouveaux qui l'auront affermi dans ses croyances premières.

Notre collègue, M. Huguier, dont vous avez entendu l'intéressante communication, s'était, dès le début, tracé un cadre assez étendu. Il devait s'occuper des redresseurs intra-utérins, des déviations utérines, et enfin, de l'hystéromètre. Pour mon compte, j'ai beaucoup regretté qu'il ne l'ait pas rempli entièrement ; vous avez, en effet, remarqué qu'il n'a pas dit un mot de la dernière question. Il a été très-bref sur la première, mais pour un motif dont je ne puis me plaindre : c'est parce qu'il partage à peu près complétement les opinions consignées dans mon Rapport. Voici les deux seules réserves qu'il a cru devoir faire, ne voulant pas enchaîner l'avenir. « Pour les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents sérieux, ce qui est l'exception, on pourra, si ces affections résistent aux autres moyens curatifs que possède la science, avoir recours aux pessaires intra-utérins, à la condition d'avoir préalablement reconnu que l'utérus peut, sans effort et sans douleur, être ramené à sa direction, à sa position normales ; que l'application de l'instrument et son séjour prolongé ne déterminent pas de douleur ; de ne quitter la malade que quinze à vingt minutes après son introduction, et de lui bien recommander, en s'éloignant, de l'enlever immédiatement si elle éprouvait de l'agitation, du malaise, de la douleur ou un peu de fièvre. »

Il ne m'en coûterait pas beaucoup d'accepter cette première restriction, si tant est qu'on puisse lui donner ce nom. Puisque les déviations de l'utérus qui déterminent des accidents graves constituent, d'après M. Huguier lui-même, des exceptions, que serait-ce donc si on ne s'adressait qu'à celles qui ont résisté à tous les autres moyens que possède la thérapeutique. On peut dire, sans crainte, que c'est à peine si on en rencontrerait quelques exemples dans le cours d'une longue carrière. Mais s'il est vrai qu'il faille s'arrêter devant le plus léger malaise, s'il survient de la fièvre, de la douleur, ou simplement de l'agitation, on peut aller plus loin, et dire que probablement jamais on ne rencontrera d'occasion favorable. Je n'en veux pour preuve, d'ailleurs, que la pratique de notre collègue lui-même, qui, depuis longtemps déjà, a complétement abandonné la méthode, soit à cause de ses dangers, soit à cause de son impuissance à produire un redressement définitif.

Mais il a paru tenir davantage à ce qu'on conservât le pessaire intra-utérin pour certains cas d'aménorrhée, soit chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, soit chez d'autres qui ont des suppressions, mais à la condition, il ne faut pas l'oublier, que les accidents qui existent compromettent la santé et la vie des malades, et lorsqu'on a eu recours sans succès à tous les autres moyens. Je pourrais me contenter de répondre que je n'avais pas à m'occuper de l'aménorrhée et de son traitement ; mais je crois qu'il y a autre chose à dire : d'abord, que les suppressions de règles qui compromettent la santé et la vie des femmes sont des faits extrêmement rares, et qu'il en est peu qui résistent, quand il n'y a pas quelque autre complication ou une impossibilité, à une médication convenable. Les deux faits de M. Aran, les deux autres, recueillis par M. Huguier, ne sont pas encore du domaine de la science, et je n'en puis rien dire.

Que le pessaire intra-utérin provoque des écoulements sanguins et même des pertes graves dans un grand nombre de cas, cela résulte des faits publiés et de ceux observés par M. Huguier lui-même ; mais je crois avoir démontré qu'il fallait bien se garder de suivre l'exemple malheureusement donné, et les assimiler à de véritables règles. Dans la menstruation, l'écoulement sanguin n'est qu'un des phénomènes de la fonction qui s'accomplit, et on ne saurait se déclarer satisfait parce qu'on l'obtient presque à coup sûr par l'introduction d'un agent mécanique. C'est comme si on s'imaginait avoir suppléé la menstruation, parce que par une application de sangsues, faite sur le col utérin, par exemple, on aurait fait perdre à l'organe une certaine quantité de sang. Encore y a-t-il cette différence que, tandis que ce dernier moyen est à peu près inoffensif, l'autre, au contraire, peut faire courir les dangers les plus sérieux. Une fois qu'une perte est provoquée, qui peut avoir la certitude de s'en rendre maître à volonté ? Notre savant collègue n'a-t-il pas, avec raison, beaucoup insisté sur les conséquences fâcheuses que ces hémorrhagies peuvent exercer sur la santé générale ? Il serait vraiment curieux que le même moyen obéît au désir du chirurgien, et que celui-ci pût, à son gré, fixer des limites à ces écoulements, qui ne peuvent être considérés que comme des pertes, et les transformer en de véritables règles !

Mais ce sont surtout les déviations utérines, au point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur traitement, qui ont fixé l'attention de M. Huguier. Il serait inutile de le suivre dans les nombreux détails dans lesquels il est entré à ce sujet. Il a dit d'excellentes choses que j'accepte pour ma part ; il me permettra néanmoins de faire mes réserves pour quelques autres, qui ne me semblent pas aussi bien démontrées. Il admet que, tandis que d'un côté on a beaucoup exagéré l'influence des déplacements sur la santé, d'un autre on a voulu beaucoup trop restreindre leur importance en pathologie. La vérité lui paraît être dans un juste milieu ; mais il est évident, qu'en procédant ainsi, il n'a fait que reculer la difficulté sans la résoudre. Ce n'est que par une statistique bien faite, portant sur des faits nombreux et rigoureusement observés, qu'on saura à quoi s'en tenir sur une question qui est depuis si longtemps débattue. Quant à moi, je demeure convaincu qu'il y a eu, dans l'opinion des partisans des redresseurs, une grande exagération, et c'est avec leurs propres observations que je crois l'avoir établi.

Je n'avais dit nulle part que les déviations n'étaient jamais une cause de stérilité. Comme notre collègue, au contraire, j'ai pensé que les flexions, surtout, pouvaient opposer un obstacle à la fécondation, et comme lui j'ai cru que c'était dans une altération de structure et de forme qu'il fallait en chercher alors l'explication.

Mais les déviations utérines sont-elles incurables ? Personne ne l'a soutenu d'une manière absolue. S'il est très-vrai qu'il y en a eu bon nombre (et les inflexions congénitales en particulier) contre lesquelles toutes les tentatives viennent échouer, il en est d'autres qui disparaissent avec une grande facilité, par cela seul qu'on a triomphé de la cause qui les avait engendrées.

Quant à la thérapeutique de ces différentes lésions, envisagée d'une manière générale, je crois encore que la règle de conduite qui me guide dans la pratique n'est ni la moins raisonnable ni la moins féconde en bons résultats. Quand des femmes, ai-je dit, éprouvent des symptômes qu'il faut nécessairement rapporter à un état de l'utérus, la première question à résoudre est celle-ci : Le tissu de l'organe est-il sain ? n'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue ? Lorsque, par un examen suffisant, on est édifié sur ce point *fondamental*, il doit servir de base aux moyens thérapeutiques qu'on fait intervenir. Si on constate une lésion quelconque, avec ou sans déplacement, c'est elle d'abord qu'il faut chercher à faire disparaître. Il est bien entendu que, dans quelques cas, on peut s'aider utilement de certains moyens mécaniques, et recourir, avec beaucoup d'avantage, à des médications générales qui constituent des auxiliaires puissants. Si, au contraire, on reconnaît une déviation simple, c'est à elle qu'il faut s'adresser exclusivement, après s'être assuré toutefois, autant que possible, qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

J'ai peu de remarques à faire sur le discours si éminemment pratique de M. Hervez de Chégoin ; cela tient sans doute à ce que, malgré des apparences contraires sur quelques points, j'ai eu le bonheur de défendre, sur

les questions véritablement importantes, des opinions qui sont sanctionnées par sa haute raison et par sa vaste expérience.

Les deux propositions par lesquelles il a débuté sont conçues en des termes tels que je ne puis les considérer comme des objections à des idées émises dans mon Rapport. En effet, je n'ai pas écrit *que les déplacements de l'utérus ne méritaient aucune importance, et qu'ils ne produisaient aucun accident.* J'ai déjà vu assez de malades pour savoir qu'il n'en était pas ainsi. Mais si, comme le dit notre collègue, l'opinion qu'il soutient est entièrement opposée à celle qu'il m'attribue à tort, je crois que sur lui seul devra tomber le reproche d'exagération ; car cela voudrait dire, si je ne me trompe, que tous les déplacements devraient être considérés comme un état pathologique, puisque tous apporteraient un trouble plus ou moins considérable dans la santé ; or, une semblable manière de voir ne me paraît pas admissible.

Quoique placée entre guillemets, la seconde proposition combattue s'éloigne tellement de tout ce que j'ai avancé, que j'en suis encore à me demander comment on a pu en faire peser la responsabilité sur moi. Il y a plus : personne ici, que je sache, n'a déclaré *que les déplacements de la matrice n'étaient que la conséquence d'un état pathologique de cet organe, dont la guérison faisait disparaître la déviation.*

Tout ce qu'a dit l'honorable M. Hervez pour repousser ce qu'aurait de trop exclusif une pareille affirmation, était donc complétement inutile, au moins en ce qui me concerne. Nous sommes parfaitement d'accord sur un point capital : « Beaucoup de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. » C'est notre collègue qui l'a répété. D'un autre côté, il est parfaitement établi qu'un bon nombre d'entre elles sont congénitales, et que, par conséquent, il faut en placer la cause dans un état primordial. Je me permets seulement de différer d'opinion avec lui, en ce que, tandis qu'il considère les déviations utérines exemptes de tout autre complication et produisant cependant des symptômes fâcheux, comme des conditions qui se rencontrent fréquemment, je les crois assez rares, mais je suis loin d'en nier l'existence. Ce qui est infiniment plus commun, c'est de voir des déplacements, flexions et même versions, exister à un degré même considérable, sans que le plus léger trouble de la santé en puisse faire soupçonner l'existence aux femmes.

M. Hervez a encore été plus sévère que moi dans le jugement qu'il a porté sur les pessaires intra-utérins. Les seuls faits publiés par M. Valleix n'ont pu lui laisser le moindre doute sur les dangers extrêmes de la nouvelle méthode. Il préfère avec raison d'autres procédés, beaucoup plus simples et pour le moins aussi efficaces. Un fait dont il a été témoin avec M. Michon, l'a détourné pour toujours du traitement mécanique de nouvelle invention, et je n'ai pas besoin de dire qu'après ceux que j'ai pu réunir moi-même, il la frappe d'une réprobation définitive. Plus que jamais, dit-il, je suis devenu circonspect dans l'introduction de corps étrangers, même dans le col de la matrice, depuis que, pour remédier à l'écoulement douloureux des règles, je fus obligé de répéter souvent le cathétérisme avec une sonde creuse, et que j'ai vu des inflammations péri-utérines se développer à l'occasion de cette opération, donner lieu à des abcès et mettre la vie en danger.

Relativement au traitement, je ne saurais qu'approuver la plupart des conseils éminemment pratiques donnés par l'honorable orateur auquel je réponds. On peut les résumer de la manière suivante : Ne s'occuper du traitement mécanique que lorsqu'on a triomphé des autres états pathologiques qui peuvent exister simultanément, et ne pas s'adresser d'ailleurs uniquement à la lésion locale, mais combattre par des moyens généraux convenables, les troubles d'innervation, de nutrition, de circulation, etc., qui apparaissent souvent dans le cours des affections utérines et qui deviennent parfois le fait pathologique le plus important.

Pour mon compte, j'ai été un peu plus loin et j'ai laissé entendre que, dans quelques circonstances, il pourrait être utile d'associer au traitement local de certaines affections utérines, des moyens mécaniques qui, en immobilisant la matrice sans l'irriter, aideraient à la prompte résolution de quelques inflammations chroniques, partielles ou générales.

J'arrive à l'argumentation de l'honorable M. Cazeaux et j'accepte avec satisfaction la déclaration par laquelle il a débuté, à savoir que les faits de MM. Broca et Cruveilhier, et que ceux beaucoup plus nombreux consignés dans mon travail, l'ont complétement édifié sur les dangers très-sérieux qui accompagnent l'emploi des redresseurs intra-utérins et j'ai été heureux de lui entendre dire que j'avais rendu un véritable service à la science, probablement en concourant, dans la mesure de mes forces, à les faire proscrire de la pratique habituelle, dans laquelle elles tendaient à s'introduire.

Mais comment a-t-il pu me reprocher de n'avoir fait porter mon enquête que sur les faits malheureux, et d'avoir laissé dans l'ombre ceux où le redresseur a paru produire une modification favorable? Notre collègue cependant doit le savoir mieux que personne : j'ai frappé à toutes les portes, j'ai analysé toutes les observations publiées, j'en ai réuni un grand nombre d'autres qui étaient inédites, et je n'ai pu recueillir que des témoignages de l'impuissance ou des dangers de la nouvelle méthode. Où sont donc les faits heureux? Serait-ce par hasard celui que je dois à sa bienveillante communication? Il est bien vrai que le pessaire intra-utérin a agi comme modificateur, mais la modification a consisté à transformer une maladie utérine ordinaire en un phlegmon suppuré du bassin qui, depuis plus de quinze mois met la vie de la malade en danger! Les simples assertions ne peuvent rien contre les faits, et, à moins de faire voir que ceux que j'ai invoqués, et je les ai invoqués tous, sont inexactement rapportés ou mal interprétés, je suis en droit de dire que j'ai rempli mon devoir avec une scrupuleuse exactitude. Si M. Cazeaux a par-devers lui des observations qui prouvent l'efficacité et l'innocuité du traitement mécanique des déviations utérines, il a eu tort de les tenir secrètes. Quant à moi, je n'en connais pas.

Je sais bien qu'il nous a renvoyés à ce qu'ont dit à ce sujet nos deux savants et honorables collègues, MM. Dubois et Huguier. Mais les faits invoqués par eux ne se rapportent nullement au traitement des déviations utérines. Le premier a surtout parlé des névralgies et le second de l'aménorrhée. Des observations suffisamment détaillées manquent encore pour asseoir un jugement définitif sur ces deux points.

Personne ici n'a contesté qu'il y eût souvent abaissement en même temps qu'un autre déplacement. Pour ce qui me concerne, j'ai eu bien soin de faire mes réserves à ce sujet, et je me suis étonné, dans mon Rapport, que la plupart des partisans des redresseurs internes, n'aient attaché aucune importance à cette circonstance, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. M. Cazeaux ne s'en est pas souvenu, car sans cela il se serait dispensé de m'adresser un reproche immérité.

Avant de répondre à la critique qu'il a faite de la partie de mon travail qu'il nomme théorique, j'ai besoin de faire observer qu'il a commis une grande erreur dans sa désignation. Une démonstration fondée sur la pratique et l'observation d'un grand nombre de faits, ne saurait être assimilée à une assertion purement théorique, à une simple vue de l'esprit. Mon collègue peut trouver que mes faits ne sont pas assez nombreux ou que j'en ai forcé la signification, mais dire que j'ai fait de la théorie quand je me suis contenté de faire parler les observations, c'est ce que je ne puis admettre.

Ce premier point une fois établi, voyons si les objections qui m'ont été adressées détruisent en quoi que ce soit ce que j'ai avancé au sujet du rôle beaucoup trop important qu'on fait jouer aux déviations dans l'explication des accidents éprouvés par les femmes qui souffrent de l'utérus.

J'ai dit que, depuis qu'on s'occupe des redresseurs, on avait singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé, et j'ai ajouté qu'on leur avait attribué beaucoup trop souvent de troubles fonctionnels qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique (il est bien entendu que j'avais eu soin de mettre hors de cause les abaissements). Pour le prouver, j'ai pensé qu'il fallait étudier la question, surtout dans les cas *simples*, c'est-à-dire exempts de tout autre complication, et se bien garder de suivre l'exemple des partisans des pessaires intra-utérins, qui ont tout confondu.

Mais, après m'être demandé, si parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations, et qui n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, dont la santé était parfaite en un mot, il n'y en avait pas un bon nombre dont la matrice était plus ou moins déviée, j'ai cru qu'il était important de rechercher si, parmi celles qui avaient simultanément une autre affection et un déplacement, il ne suffisait pas le plus habituellement de guérir la première pour voir disparaître le second, ou tout au moins les accidents qu'on croyait devoir lui rapporter, et enfin si des affections utérines, sans complication d'aucun déplacement, ne pouvaient pas produire les symptômes qu'on attribuait aux déviations.

L'examen auquel je me suis livré, pour éclairer la première question, m'a permis de constater qu'un grand nombre de femmes, en effet, pouvaient avoir des déviations prononcées, et de toute sorte (flexions ou versions), sans en éprouver la plus légère incommodité.

J'ai mentionné les recherches de M. Gosselin, qui, indépendamment des 27 cas, tous relatifs à des antéflexions, avait vu un grand nombre de femmes qui avaient, soit des anté ou des rétroversions, soit des abaissements, soit des rétroflexions, et qui n'éprouvaient aucune souffrance du côté de l'utérus. J'ai indiqué moi-même 27 exemples de déviations utérines diverses, sans aucune autre lésion appréciable de l'organe, et j'ai dit que, dans 25, aucun phénomène n'était éprouvé qui pût être rapporté à l'utérus. Si je n'avais pas voulu m'en tenir à des observations rigoureuses recueillies, il m'aurait été facile de mettre en avant un chiffre beaucoup plus élevé.

D'un autre côté, j'ai rappelé que ces faits s'accordaient parfaitement avec l'opinion de certains hommes très-compétents, et j'ai cité en particulier Lisfranc et M. P. Dubois.

Mon savant contradicteur, après avoir reproduit un argument de M. Malgaigne, s'est écrié, comme ce dernier, que cela ne prouvait rien,

car, a-t-il ajouté, les choses se passent ainsi dans la plupart des autres affections utérines ! Il a surtout insisté sur certains cancers qui ont déjà envahi la vessie et le vagin, et qui ne se révèlent par aucun phénomène pour *la malade.* Je commencerai par dire que cette objection n'est pas sérieuse. De ce que l'attention de la malade n'est éveillée par aucun symptôme dans le cours d'une maladie dont elle est atteinte, cependant, cela ne prouve en aucune façon que l'affection ne se traduise par quelque manifestation. Tout ce qu'on peut dire, si on veut rester dans le vrai, c'est que, dans quelques cas, qui sont rares encore, les symptômes ne sont pas en rapport avec la gravité de l'altération. Si M. Cazeaux a parlé différemment, c'est qu'il a sans doute été entraîné par les besoins de sa cause, et je n'en veux pour preuve que les exemples qu'il cite en passant, et qui montrent que les lésions n'étaient pas exemptes de troubles dans la santé, puisque les femmes venaient le consulter pour ce qu'elles appelaient de *simples écoulements*. Elles éprouvaient donc quelque chose ? et un médecin instruit comme mon collègue aurait certainement reconnu la maladie beaucoup plus tôt, si ses conseils n'avaient pas été réclamés si tardivement.

Nous savons tous combien dans le monde on se fait illusion sur l'importance des écoulements qui ont lieu par les organes génitaux. On les considère trop souvent comme une circonstance insignifiante. Pour le médecin, il ne saurait en être ainsi, et j'avoue qu'une opinion contraire, qui a été émise ici par des hommes considérables, m'a beaucoup surpris, mais ne m'a pas convaincu.

Quand un écoulement insolite a lieu par la muqueuse nasale, oculaire, rectale, etc., quel est donc le chirurgien qui refuse de le prendre en considération et d'en rechercher le siége précis et la cause? Par quel singulier privilege s'arrogerait-on le droit de procéder différemment quand il s'agit de la membrane muqueuse des voies génitales? Les exemples mis en avant par M. Cazeaux sont donc mal choisis. Il peut bien arriver, dans quelques cas infiniment plus rares qu'il ne l'a laissé supposer, que des lésions utérines, même graves, existent sans que la santé en soit notablement troublée, mais jamais, ou presque jamais, un médecin attentif et expérimenté ne se trouvera en présence d'une des affections qui ont été mentionnées, sans constater que si les femmes sont dans une sécurité complète, c'est qu'elles se méprennent sur la valeur de certaines circonstances qu'elles s'obstinent à considérer comme insignifiantes.

On n'est donc pas fondé à dire que beaucoup d'affections utérines, même des plus sérieuses, existent sans donner lieu à aucune manifestation, tandis que mes observations, celles de M. Gosselin et de beaucoup d'autres, prouvent sans réplique qu'il y a un très-grand nombre de femmes qui ont des déviations de toute sorte et des plus prononcées sans souffrances et sans que le médecin ait à constater aucun symptôme, aucun accident, qui puissent être rapportés à un état vraiment pathologique. Le déplacement alors est une simple difformité sans importance. C'est un fait qui mérite d'être noté et qui a bien sa valeur pour le jugement à porter au sujet de la question qui est controversée. Les efforts tentés par notre collègue pour diminuer l'importance de mes observations sur ce point, montrent bien que cette valeur ne lui a pas échappé.

Mais je n'ai pas borné à cela ma démonstration, et je me suis appuyé sur une autre série de preuves qui reste intacte, car M. Cazeaux ne lui a opposé que des allégations dont quelques-unes pèchent par l'exagération. On rencontre souvent dans la pratique, ai-je dit, des femmes qui ont simultanément une déviation et une autre altération de l'organe (phlegmasie partielle ou générale, catarrhe, granulations, ulcérations diverses, névralgies, etc.). Ces femmes éprouvent une série de phénomènes, et le praticien qui a constaté l'état des choses, se demande si les accidents doivent être rapportés au déplacement ou à l'autre maladie. Pour quelqu'un qui n'aurait pas une opinion déjà faite par sa propre expérience, il y a un moyen simple de vider la question. Il consiste à négliger, au moins provisoirement, la déviation et à ne diriger une thérapeutique active que contre la lésion inflammatoire ou névralgique. C'est ce qu'a fait M. Gosselin dans un grand nombre de cas, et vous n'avez pas oublié qu'il lui a suffi d'employer le repos, les antiphlogistiques, les narcotiques, etc., pour guérir définitivement ses malades, quoique la déviation concomitante persistât. C'est ce que j'ai fait moi-même sur plus de soixante femmes dont j'ai tenu note exacte, et je vous ai dit que c'était à peine si je pouvais compter trois cas où des accidents de quelque importance avaient persisté, lorsqu'après un traitement qui avait rarement dépassé deux ou trois mois, j'avais fait disparaître aussi les lésions qui me paraissaient fondamentales : vous n'avez pas oublié qu'une fois ce résultat obtenu, je me suis assuré que les déviations notées au début du traitement avaient disparu, ou bien, et le plus souvent, qu'elles persistaient comme avant d'avoir rien entrepris, mais sans révéler leur présence par aucun phénomène pathologique.

Je ne me suis donc pas contenté de faire appel à l'expérience de tous. J'ai d'abord fourni mes preuves, et notre collègue se trompe encore quand il dit que personne n'y a répondu. Il a oublié la déclaration de M. Malgaigne, le fait de Notta, ceux de MM. Aran, Huguier, Nonat, etc.

Sa mémoire n'a pas été beaucoup plus fidèle à l'égard de M. Hervez de Chégoin, qui a été beaucoup moins exclusif qu'il ne l'a dit. « Je reconnais, a déclaré cet honorable et savant collègue, que *beaucoup* de déviations de la matrice sont produites par des maladies de cet organe. » Un peu plus loin, il a ajouté que, dans les cas de déviations, il prenait en grande considération l'état pathologique, et qu'il ne croyait à l'opportunité des pessaires que lorsqu'il avait fait disparaître toute trace douloureuse. Enfin, et pour que sa pensée fût bien comprise, il l'a de nouveau formulée de la manière suivante : « Je n'insiste pas ici sur les différents états pathologiques qui ont été considérés comme causes constantes de ces déviations. Il serait trop long de discuter sur chacun d'eux, et de dire la part plus ou ou moins active que je crois devoir leur attribuer. Je dirai seulement que je les admets tous, *et que je n'oublie jamais de les combattre avant de penser à aucun moyen de réduction.* »

Mais il y a plus : la pratique de M. Cazeaux lui-même est en désaccord avec la théorie qu'il défend. Dans l'observation qu'il a bien voulu me communiquer, et qui est consignée dans mon Rapport, il s'est trouvé en présence d'un engorgement du col avec ulcération, le tout compliqué d'abaissement et de rétroversion de la matrice. Après ce qu'il a dit ici, vous pourriez penser, messieurs, qu'il a commencé par traiter ce double déplacement. Eh bien ! vous seriez dans l'erreur : c'est de la maladie du col qu'il s'est d'abord occupé, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il s'est servi d'un pessaire Gariel. Vous ne serez donc pas étonnés que, malgré le petit trait que m'a décoché mon collègue, je préfère ma logique à la sienne, et que je persiste dans ma croyance jusqu'à ce que, par des observations, et non par des assertions qui sont toujours faciles, il ait contrebalancé ou annihilé la valeur des faits nombreux sur lesquels j'appuie mes convictions à cet égard.

Enfin, comme dernier argument, et pour montrer toujours qu'on avait beaucoup trop accordé aux déviations utérines, j'ai ajouté qu'on était appelé à constater souvent, chez des femmes qui n'avaient aucun déplacement appréciable, mais qui présentaient une autre lésion de la matrice, la plupart des accidents que les promoteurs du traitement mécanique faisaient exclusivement remonter à la mauvaise direction de l'organe ; et, sous ce rapport, je m'en suis rapporté à l'expérience de tous les praticiens. Sur ce fait, j'ai le bonheur de me trouver d'accord avec mon honorable collègue ; mais il me conteste le droit d'en tirer une déduction qui m'a paru légitime. Il oublie que mes trois ordres de preuves s'enchaînent, se prêtent un mutuel appui, et qu'avec un peu de cet esprit philosophique qui n'a pas eu son suffrage, mais qui rencontrera, j'espère, plus de sympathie près de vous, il ne serait pas difficile de lui prouver combien est grande son illusion. En mettant à contribution les ressources de son esprit ingénieux, il a plaidé avec beaucoup d'art et d'une facon séduisante, mais qui n'est nullement démonstrative.

Je n'ai pas, d'ailleurs, été aussi absolu qu'il a bien voulu le dire, et j'ai accordé aux divers déplacements une part d'influence dans un certain nombre de cas. Voici, en effet, ce qu'on peut lire à la page 27 de mon Rapport : « Cependant, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que dans un très-petit nombre de circonstances, la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très-volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison des autres lésions qui existent concurremment, et en aggraver notablement les symptômes. » J'ai fait suivre cette déclaration de l'énumération des divers moyens qui pouvaient convenir dans ces circonstances variées ; j'ai dit que ce qui m'importait surtout, c'était d'immobiliser l'utérus et de le soustraire, de la sorte, aux mouvements continuels qui, sans cela, le poussent dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et des pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas, de le faire naître.

Si c'est là ce que M. Cazeaux appelle être trop exclusif, j'accepte le reproche qu'il m'a adressé.

J'ai cru devoir introduire dans mon travail quelques considérations générales sur la direction normale de l'utérus dans l'état de vacuité, et j'ai été conduit nécessairement à parler d'une opinion nouvelle qui s'est produite dans ces derniers temps, et qui a eu la prétention de renverser des croyances généralement admises. La question est celle-ci : Le grand axe de l'utérus est-il représenté par une seule ligne droite ayant une certaine direction ? ou bien faut-il admettre un axe pour le corps et un autre pour le col, axes qui, au point de leur réunion, formeraient un angle plus ou moins ouvert en avant ? En d'autres termes, l'antéflexion de la matrice doit-elle être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître ? MM. Boulard et Verneuil ont été conduits, par des recherches dont je vous ai déjà parlé, à adopter la seconde manière de voir. J'ai persisté à consi-

dérer la première comme l'expression de la vérité, et j'ai dû vous dire que je m'appuyais aussi sur de nouvelles expériences, pour établir que nos deux honorables confrères avaient donné à un fait anatomique, vrai dans beaucoup de cas, une interprétation défectueuse, au moins pour un bien grand nombre.

Certes, je m'attendais bien à voir M. Cazeaux venir rompre une lance contre moi sur ce terrain. Outre l'intérêt scientifique, qui a été son principal mobile, je n'en doute pas, il ne pouvait se soustraire à celui qu'inspire naturellement une paternité, même quand elle n'est qu'adoptive. Or, il est bon que vous sachiez qu'il a accepté, presque dès l'origine, et alors qu'elles n'avaient pu être suffisamment contrôlées, les idées dont il s'agit, et qu'il les a consignées dans son *Traité d'accouchements*.

Je ferai remarquer, cependant, avant d'aller plus loin, que notre collègue n'admet pas à peu près complétement, comme il l'a dit, l'opinion nouvelle. Bien au contraire, il a fait des réserves fort grandes, et des plus capitales; il ne la trouve fondée que pour la période fœtale et pour les premières années de la vie. A mesure que la matrice descend dans l'excavation, elle est soumise (ce sont ses propres paroles), de la part des organes voisins, à des pressions qui, peu à peu, effacent l'angle que formaient son corps et son col; et c'est pour cela, précisément, que plus la petite fille avance en âge, moins ces inflexions sont prononcées, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se perpétuent indéfiniment.

Ainsi, c'est un point bien établi, nous sommes du même avis sur la direction normale de l'utérus, depuis l'époque de la puberté; et nous ne partageons, ni l'un ni l'autre, l'opinion de MM. Boullard et Verneuil: c'est déjà une grande concession; que dis-je? c'est me donner gain de cause sur la partie la plus importante de la question! Mais cela ne me suffit pas; je me crois encore dans le vrai pour ce qui est de la direction de la matrice chez le fœtus et la très-jeune enfant.

Voyons, en quelques mots, l'argumentation de M. Cazeaux sur ce point, et qu'il me permette de le dire tout d'abord, il n'est venu au secours de la nouvelle doctrine qu'avec son raisonnement. Or, c'est par des faits que j'ai cherché à la combattre. Ce n'est pas que je veuille contester son droit d'interprétation, mais vous allez voir qu'il en use et qu'il en abuse même un peu trop largement.

Je ferai remarquer que les recherches cadavériques dont il a été question ont porté sur 61 fœtus à terme, sur 19 jeunes filles de 2 à 13 ans, et sur 27 femmes adultes n'ayant jamais eu d'enfants. Ces trois chiffres réunis forment un total de 107 et non pas de 111, comme l'a dit notre collègue. Je l'entends bien me dire que c'est une faute typhographique; mais un peu de patience, il va voir où conduit l'examen superficiel d'une question :

Il nous a annoncé que, sur ces 107 cas, l'antéflexion avait été rencontrée 98 fois, et que le nombre des faits exceptionnels était d'autant plus considérable *que les sujets se rapprochaient davantage de la puberté.* Mais il suffit d'ouvrir la Thèse de M. Boullard pour voir que, quant à lui, il n'admet que deux exceptions sur le fait anatomique, et toutes les deux sont relatives à des *fœtus* chez lesquels existait une rétroflexion. Dans 7 autres cas, l'antéflexion était peu marquée, mais elle existait 5 fois sur des *fœtus* et 2 fois sur des petites filles. Comment, après cela, M. Cazeaux a-t-il pu nous dire, pour donner plus de force à sa manière de voir, que *le nombre des faits exceptionnels était d'autant plus considérable que les sujets se rapprochaient davantage de la puberté?* Ceci est un pur effet d'imagination qu'il sera difficile d'expliquer par une erreur de typographie; mais, puisque la question a été restreinte à l'état fœtal, examinons-la dans cette période de la vie et dans les premières années qui suivent la naissance.

Je n'ai pas soutenu que dans les conditions dans lesquelles on s'était placé pour faire des autopsies, il ne fût très-commun de trouver la matrice plus ou moins infléchie en avant; il ne m'est surtout jamais venu à l'esprit de contester la partie matérielle des observations de nos confrères. Ce qu'ils disent avoir vu, je l'admets, mais je ne suis plus de leur avis quand ils tirent des conclusions. Je commence par constater que le hasard, qui a ses bizarreries, je le sais, les a placés dans une veine bien singulière, puisque, sur 80 autopsies de fœtus ou de petites filles, ils n'ont eu à noter que deux exceptions radicales. J'ai été moins privilégié qu'eux et j'ai obtenu des résultats différents. Sur 12 cadavres d'enfants morts-nés ou qui avaient succombé peu de jours après la naissance, j'en ai rencontré 5 dont l'utérus était parfaitement droit, 1 où il y avait une rétroflexion, et 6 dans lesquels la matrice était plus ou moins courbée en avant. Je dis courbée, parce que, le plus habituellement, il y avait plutôt une courbure légère qu'une véritable flexion. J'ai rendu MM. Houel, Campbell et plusieurs autres confrères témoins de ces faits qui infirment la doctrine nouvelle dans ce qu'elle a de neuf, c'est-à-dire de beaucoup trop absolu. Il est vrai que je n'ai pas choisi mes cadavres à l'amphithéâtre de dissections, et lorsque la mort remontait déjà à trois ou quatre jours au moins. J'ai fait mes ouvertures presqu'aussitôt après la naissance et la mort; eh bien, j'affirme de nouveau que, si on s'y prend ainsi, on ne tardera pas à voir que les exceptions ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit.

Je ne reviendrai pas sur des recherches que j'ai déjà publiées et qui m'ont prouvé que, sur le cadavre, l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force, alors que les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin. J'ai dit que l'abaissement était une conséquence presque constante, et que les autres déviations se produisaient ou s'exagéraient selon diverses circonstances, dont quelques-unes nous échappent, et dont l'action de quelques autres est facile à comprendre.

Ainsi la direction normale de l'utérus est une prédisposition à l'antéflexion pour toutes les époques de la vie. Mais chez le fœtus et dans les premières années, le peu de développement de la paroi antérieure du bassin, la direction très-oblique du détroit abdominal, circonstances qui font que la matrice est en grande partie au-dessus de cette ouverture, rendent parfaitement compte de l'effet habituel que l'expansion intestinale exerce. En soutenant que l'assouplissement du tissu utérin qui, selon moi, résulte de la cessation de la vie, constituait de son côté une condition favorable, je me suis fondé sur un fait incontestable, et mon collègue qui, avec raison, aime à s'appuyer sur l'expérience d'anatomistes habiles, retirera sa négation quand il aura relu dans la Thèse de M. Bouillaud la phrase suivante : « Chacun sait, a-t-il dit à la page 15, qu'après la mort, les tissus perdent leur élasticité, leur ressort avec une grande promptitude, » et c'est à propos de l'utérus qu'il parle ainsi.

J'ai eu du malheur avec M. Cazeaux; aucune de mes preuves n'a obtenu son assentiment. Je me suis donné beaucoup de peine pour démontrer sans réplique que la direction de l'utérus, constatée à l'autopsie, n'était plus, dans beaucoup de cas, celle qui avait été positivement reconnue quelques heures avant la mort! Tout cela n'est rien pour lui : d'un trait, et de son autorité privée, il prétend rayer trois observations, parce que, dit-il, j'ai dû me tromper; mais comment le sait-il? Quand un homme dont le talent d'observation (pour me servir de son expression) lui inspire la plus grande confiance, vient déclarer qu'il a positivement constaté une disposition anatomique facile à apprécier quand elle est exagérée, il ne suffit pas d'une simple négation qu'on trouve toujours à son service dans les cas embarrassants. Cela peut être commode, mais cela n'est pas de nature à porter la conviction dans les esprits.

Je persiste donc dans ma manière de voir jusqu'à ce qu'il m'ait été démontré, non par des raisonnements, mais par des faits, que je me suis trompé dans mes recherches d'anatomie normale, et, quoi qu'il arrive, nos confrères, ainsi que je l'ai déjà dit, n'en conserveront pas moins le mérite d'avoir appelé l'attention, d'une manière toute spéciale, sur cette particularité de la description de la matrice.

J'ai beaucoup regretté que notre confrère, qui a trouvé que j'avais été trop sévère à l'égard du cathétérisme utérin, ne nous ait pas fait connaître les précautions à l'aide desquelles, selon lui, on aurait évité les accidents dont j'ai parlé. Il aurait rendu, j'en suis sûr, un véritable service à MM. Huguier, Valleix, Nonat et plusieurs autres; car je suis convaincu que les malheurs qui sont arrivés à ces honorables confrères ne leur sont nullement imputables, et quant à moi, je pense que là où ils se sont trompés, M. Cazeaux lui-même n'aurait pas été plus heureux.

Quant aux services qui peuvent être rendus par l'hystéromètre, je suis loin de les contester; mais j'ai dit et je répète qu'on a eu tort de vouloir faire du cathétérisme utérin une méthode générale, et je persiste à croire qu'il faut réserver ce mode d'exploration pour les cas où il est indispensable, et ce ne sont pas les plus nombreux.

Je vivais depuis longtemps dans la croyance que les défis en matière scientifique étaient chose dangereuse; car dans plusieurs circonstances et dans cette enceinte même, je les ai vu durement retomber sur ceux qui en avaient porté. Mon savant collègue ne s'effraie pas de si peu de chose, il est venu s'inscrire sans hésitation contre une opinion qui est adoptée et enseignée par les hommes les plus considérables, contre une opinion qu'on peut vérifier à chaque instant avec un peu de bonne volonté. Il a dit que l'inflammation du tissu propre de l'utérus qu'on décrivait partout n'existait pas, et de son autorité privée, il a rayé la métrite aiguë et chronique du cadre nosologique; mais il n'a oublié qu'une chose, c'est de nous fournir la preuve de sa négation. Je me trompe, il en a donné une : il a déclaré qu'il n'en avait jamais vu! Mais depuis quand l'expérience d'un seul homme a-t-elle suffi pour poser des limites quelconques à la science? Depuis quand est-il permis de ne tenir aucun compte de l'expérience des autres?

D'ailleurs, avec sa manière de faire, M. Cazeaux vivrait cent ans encore, qu'il conserverait jusqu'au bout son incrédulité, on le verrait mourir dans l'impénitence finale. Quant à moi, j'ai vainement cherché à le convertir, j'ai voulu lui faire voir, j'ai voulu lui faire toucher la preuve de son erreur, il n'a pas pensé que cela en méritât la peine, et s'enveloppant dans son scepticisme rétrograde, il a mieux aimé vous dire : Je n'ai pas constaté le fait jusqu'à ce jour, donc il n'existe pas! J'ai eu beau lui affirmer que, dans sept à huit autopsies, j'avais constaté de véritables abcès

dans le parenchyme utérin, en dehors des veines et des lymphatiques. M. Velpeau a pu observer la même altération dans cinq à six cas. Tout cela ne put rien pour l'ébranler. M. Chomel s'est trompé en décrivant la métrite post-puerpérale! Tous les médecins se trompent chaque jour en constatant et en traitant la métrite aiguë ou chronique, la métrite partielle ou générale! Les faits de Dance, de M. Broca et de plusieurs autres sont controuvés!

Il n'admettra pas sans doute davantage le suivant, qui a été publié par le docteur Fréd. Bird, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1845), avec le titre suivant : *Abcès des parois de l'utérus, ouvert dans le rectum.* Il s'agit d'une femme de 37 ans, qui, après avoir éprouvé tous les accidents caractéristiques d'une inflammation utérine, finit par succomber. Je passe tous les détails, et j'arrive à l'autopsie. Or, voici ce qu'on y trouve : « L'utérus, en haut et en arrière, adhérait fortement au rectum. A son fond, il offrait une hypertrophie qui égalait près de trois fois son volume normal. Un abcès développé dans sa paroi postérieure allait s'ouvrir, par un trajet étroit et court, dans l'intérieur de l'intestin rectum. D'ailleurs, cet abcès n'avait aucune communication avec la cavité de l'utérus, et il n'existait aucun indice d'affection carcinomateuse. »

Telles sont, messieurs, les étranges assertions que nous avons entendues. Toutefois, je dois à la vérité de dire que, dans l'édition imprimée de son discours, qui a subi de si nombreuses additions, quelques concessions restreintes nous ont été faites : notre collègue n'ose plus dire *jamais*. Encore un peu de patience, et il en sera de son défi à propos de la métrite, comme de celui tout aussi malheureux qu'il avait porté à propos de l'albuminurie des femmes éclamptiques.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique, est nommé inspecteur des services sanitaires.

M. Mélier est immédiatement parti pour Marseille. (*Union médicale.*)

— On lit dans la *Presse :*

« D'après le compte rendu des observations météorologiques du mois de juin, que vient de publier M. Barral, de mémoire d'homme on n'avait vu dans certaines contrées, en France, un mois de juin aussi pluvieux. Il est tombé de l'eau, les deux tiers du temps, dans le plus grand nombre d'endroits. Dans quelques localités, c'étaient de véritables torrents de pluie. L'humidité relative moyenne observée à Marboué est de 74,100, représentant une atmosphère saturée ; le minimum a été de 59, et le maximum de 86. — C'est, dit M. Barral, un des mois les plus humides qu'il ait rencontrés. Pas un jour qui n'eût ou de fortes rosées, ou des brouillards, des orages ou des grêles. Les orages avec tonnerre ont été très-fréquents dans tout l'Est, à Goersdorff, Metz, Strasbourg, Bourg.

« A Paris, le 30, la foudre est tombée quatorze fois et a tué 5 personnes. La rosée a été très-abondante et fréquente ; on a trouvé, en 23 jours, une hauteur de 3 mill. 88. C'est de l'ouest au sud-ouest que le vent a continuellement soufflé dans le mois, et cela d'une façon inaccoutumée dans la saison. Quant à la température moyenne, elle a été en général celle ordinaire du mois de juin. Au Puy seulement, le thermomètre est descendu, vers le 5 juin, au-dessous de zéro ; partout ailleurs, à cette époque, le thermomètre était de 5 à 11 et 14 degrés au-dessus, tandis que vers le 25 juin, le thermomètre était monté à 24 degrés au plus bas (à Paris et à La Châtre), et jusqu'à 32 et 33 (à Toulouse et à Bordeaux). »

— *Modification du cadre des officiers de santé de l'armée de terre.* — La nécessité que nous avions prévue et que nous avons si souvent exprimée lors de la promulgation des nouveaux règlements du service de santé sanitaire, vient d'être sentie par M. le maréchal ministre de la guerre, qui a proposé à l'Empereur le décret suivant, approuvé et signé à Mont-de-Marsan, à la date du 21 juillet courant :

Art. 1er. La fixation du cadre des officiers de santé militaires en temps de paix comme en temps de guerre, déterminée par l'art. 9 du décret du 23 mars 1852, est modifiée comme ci-après :

Médecins.			
Majors de 1re classe	130	au lieu de	100
— de 2e classe	260	—	220
Aides-majors de 1re classe	400	—	340
— de 2e classe	400	—	340
Pharmaciens.			
Majors de 1re classe	18	au lieu de	15
— de 2e classe	34	—	30
Aides-majors de 1re classe	50	—	45
— de 2e classe	50	—	45

Art. 2. Il sera pourvu successivement aux emplois créés dans les cadres des médecins et des pharmaciens-majors et aides-majors dans les proportions nécessaires pour assurer l'exécution du service.

— Nous sommes invité à insérer l'avis suivant :

« Le Congrès des naturalistes et des médecins allemands tiendra sa trente et unième réunion, à Gœttingue, du 18 au 25 septembre de cette année. »

— M. le préfet de police vient de faire afficher l'ordonnance sanitaire qu'il publie annuellement au moment des grandes chaleurs. Cette ordonnance est suivie d'un avis du Conseil de salubrité ainsi conçu :

« Les chiens sont au nombre des animaux chez lesquels la rage peut se développer spontanément et par lesquels elle se communique ensuite avec le plus de facilité. On croit communément que la rage se déclare plutôt chez ces animaux, pendant les grandes chaleurs et les grands froids qu'à toute autre époque. L'ignorance où l'on est, en général, des premiers moyens préservatifs à employer en cas de morsure, a souvent occasionné de graves accidents. Ces divers motifs ont déterminé la publication de l'avis suivant :

« 1° Toute personne mordue par un animal enragé ou soupçonné tel, devra à l'instant même presser sa blessure dans tous les sens, afin d'en faire sortir le sang et la bave ;

« 2° On lavera ensuite cette blessure, soit avec de l'alcali volatil étendu d'eau, soit avec de l'eau de lessive, soit avec de l'eau de savon, de l'eau de chaux ou de l'eau salée, et, à défaut, avec de l'eau pure ou même avec de l'urine ;

« 3° On fera ensuite *chauffer à blanc* un morceau de fer que l'on appliquera *profondément* sur la blessure.

« Ces moyens, bien employés, suffiront pour écarter toute espèce de danger. Il est inutile de dire que toutes les fois qu'ils pourront être administrés par un homme de l'art, il y aura avantage pour la personne mordue ; et que, dans tous les cas, il sera nécessaire d'en appeler un, même après l'emploi de ces moyens, attendu qu'il pourra seul apprécier la profondeur des blessures, et qu'une cautérisation qui aurait été incomplétement faite serait sans efficacité.

« On ne saurait trop rappeler au public le danger qui existe dans l'usage des prétendus spécifiques que vendent et distribuent les charlatans. On ne connaît, jusqu'à présent, de préservatif certain contre la rage que la cautérisation suivie d'un traitement local convenable.

« Comme il est avantageux de ne pas tuer, comme on le fait ordinairement, les chiens qui auraient fait des morsures, afin de constater s'ils sont véritablement enragés, on prévient que ces chiens seront toujours reçus à l'École vétérinaire d'Alfort. »

On ne saurait trop applaudir à la sollicitude que montre M. le Préfet pour la population, en s'efforçant de la prévenir contre les promesses et les impostures effrontées des charlatans. On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que l'avis du Conseil est rédigé en vue des personnes étrangères à la science, qu'il convient toujours de rassurer le plus possible, lorsqu'elles ont été mordues par un animal réputé enragé. C'est dans cette louable intention que le Conseil a attaché une si grande importance à la cautérisation, laquelle, comme on le sait, ne peut avoir d'effet utile que dans le cas où on la pratiquerait deux ou trois minutes au plus après la morsure, ce qui est presque toujours impossible. — H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Dernières publications de la librairie Victor Masson.

Traité de pharmacie théorique et pratique, par M. Soubeiran. — 4e éd. Paris, 1854. — 2 forts volumes in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 16 fr.

Traité des maladies vénériennes, par M. Vidal (de Cassis).— Paris, 1853. — 1 vol. in-8, avec planches gravées en taille-douce et coloriées. — Prix : 10 fr.

Recherches expérimentales sur la végétation, par M. Georges Ville. — Paris, 1854. — 1 vol. gr. in-4° cartonné, avec figures dans le texte et deux planches gravées en taille-douce par Wormser. — Prix : 25 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS, — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 91. 2e année. Mardi 1er Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 31 Juillet 1854.

Séances de l'Académie des sciences des 17 et 24 Juillet.

Deux communications nous ont surtout intéressé dans les deux dernières séances de l'Académie des sciences, dont le défaut d'espace nous a obligé de retarder le Compte rendu : celle de M. Duchesne-Duparc et celle de M. Guyon.

Quoique des préparations arsenicales soient aujourd'hui employées en plus grand nombre et plus fréquemment qu'il y a quelques années, l'arséniate de fer ne joue encore qu'un très-faible rôle parmi ces préparations ; ce serait un tort, suivant M. Duchesne-Duparc, qui reconnaît à l'arséniate de fer une grande supériorité sur les autres préparations, notamment en ce qui concerne l'homogénéité de son action, la constance de ses effets. Il faut dire cependant que si M. Duchesne-Duparc possède les preuves qui démontrent la justesse de son appréciation, il les a conservées dans son portefeuille.

La constance des effets d'une substance quelconque, à une dose déterminée, peut être envisagée au point de vue physiologique et au point de vue pathologique.

Au premier point de vue, la question est en général facile à résoudre à l'aide d'expériences sur les animaux. M. Duchesne-Duparc n'a pas, que nous sachions, eu recours à cette source de lumières. Nos lecteurs remarqueront d'ailleurs qu'il serait difficile d'accorder sous le premier rapport, à l'arséniate de fer, une supériorité sur l'acide arsénieux ou l'arséniate de soude, deux composés dont l'action physiologique est d'une constance en quelque sorte type.

M. Duchesne-Duparc s'est donc borné, autant que nous avons pu en juger par le résumé de son travail qu'ont publié les *Comptes rendus,* à parler de l'homogénéité de l'action thérapeutique. Or, cette homogénéité est beaucoup plus difficile à établir que la première, et l'on n'y saurait guère parvenir qu'à l'aide d'une longue série d'observations comparées dont nous n'avons point trouvé même la mention dans le résumé de l'auteur. Il faut même dire qu'*à priori,* on est peu tenté de croire à l'homogénéité parfaite d'un médicament dont les doses doivent varier, chez les divers ou chez le même individu, suivant M. Duchesne, de 2 milligrammes à 20 centigrammes, c'est-à-dire dans la proportion de 1 à 100. Les doses des médicaments à action très-constante ne varient pas dans de telles limites.

Cependant l'impression qui nous est restée de la lecture du travail de M. Duchesne-Duparc, c'est que l'arséniate de fer, prudemment manié, peut être efficace dans des affections très-rebelles de la peau ; c'est assez pour que les praticiens doivent se décider à répéter les tentatives de M. Duchesne, lorsque les occasions se présenteront à eux, et ces occasions sont loin d'être rares.

— La communication de M. Guyon renferme des faits très-intéressants dont nos lecteurs trouveront un curieux échantillon au Compte rendu. Mais on doit remarquer, avec M. le professeur Velpeau, que quelque intéressants qu'ils soient, ces faits n'ajoutent néanmoins rien à ce qui est déjà établi dans la science, touchant l'histoire des corps étrangers que les armes à feu ont fait pénétrer dans nos tissus.

— Un chimiste distingué, M. Filhol, a également communiqué le résultat de recherches minutieuses et habilement conduites, mais qui ne font que confirmer un fait généralement admis aujourd'hui, l'absence dans le corps humain de l'arsenic dit *normal.* H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Du traitement de la chorée par la gymnastique,

Par M. Blache, *médecin de l'hôpital des Enfants.*

(Mémoire lu à l'Académie de médecine.)

Les différents moyens qui, jusqu'à présent, ont été employés contre la chorée sont passibles des reproches que l'on peut adresser à un grand nombre de médications dites rationnelles, destinées à remplir des indications diverses : elles sont disparates comme les idées qui leur ont donné naissance, et on ne les croirait guère instituées pour combattre une affection identique. Quelques-unes, vantées d'abord, sont aujourd'hui reconnues impuissantes, et ne comptent de succès que ceux qui sont obtenus dans les mains de l'inventeur ; d'autres, tout en procurant un nombre assez considérable de guérisons, laissent trop souvent encore persister la maladie.

Peut-être cette critique sera-t-elle applicable au moyen de traitement que nous venons aujourd'hui soumettre au jugement de l'Académie, et l'avenir constatera-t-il sa faiblesse, comme il l'a fait de tant d'autres ; c'est ce qu'il ne nous est point permis de préjuger ; aussi nous bornerons-nous à exposer devant vous

le résultat de notre observation et les réflexions qui en découlent naturellement.

Deux indications nous semblent surtout dominer la thérapeutique de la danse de Saint-Guy : il faut 1° rendre à la volonté son empire sur les contractions musculaires, ou, autrement dit, régulariser les mouvements ; 2° refaire en quelque sorte la constitution des enfants choréiques. La première de ces indications est d'une extrême simplicité. Quant à la seconde, on ne la saisit pas aussi bien, faute d'avoir réfléchi sur la constitution la plus habituelle des jeunes choréiques, dont la grande majorité est manifestement atteinte d'anémie ou de chloro-anémie, comme il est facile de s'en convaincre dans une simple inspection de l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir les toniques, de quelque nature qu'ils soient (1), procurer les guérisons les plus nombreuses. On peut objecter, sans doute, que Sydenham et Cullen ont préconisé la saignée; mais il ne faut pas oublier qu'ils ont aussi recommandé d'une manière toute particulière, d'administrer ultérieurement les ferrugineux et le quinquina. D'autres médecins, attribuant la maladie à un trouble des fonctions digestives, ont employé, et quelquefois avec avantage, les purgatifs répétés. D'autres enfin, ne prenant en considération que les désordres des contractions musculaires, ont préféré les antispasmodiques, les narcotiques, ou les excitateurs du système musculaire, tels que l'électricité, la strychnine, l'opium et la belladone, et ils ont aussi compté des succès.

Qu'en faut-il conclure? C'est que la chorée, comme bon nombre d'autres maladies, guérit souvent dans un temps donné, quel que soit le traitement mis en usage. Mais il n'y a pas lieu néanmoins de renoncer à trouver un moyen d'abréger autant que possible la durée de cette pénible affection, tout en fortifiant la santé générale.

Comme nous aurons occasion de le redire, les bains sulfureux, administrés d'une certaine manière, nous permettaient d'atteindre ce double but, jusqu'à l'époque où nous avons eu recours à la gymnastique. En terminant l'article *Chorée* du *Dict.* en 30 vol., en 1834, nous disions : « Les exercices gymnastiques pourraient être utilement conseillés vers la fin de l'affection pour en abréger la durée et pour rompre l'habitude vicieuse contractée par les muscles. » Comme on le voit, ce n'était là qu'un conseil, plein de doute et de restriction, ne s'étayant d'ailleurs d'aucune observation. Nous étions, en outre, loin d'imaginer, à cette époque, que de petits malades, incapables d'exécuter un mouvement régulier, pourraient être soumis à des exercices de précision et d'adresse. C'est qu'alors nous n'avions sur la gymnastique d'autres idées que celles qu'on peut prendre dans les gymnases publics. Nous ignorions surtout les applications heureuses et variées auxquelles un homme ingénieux et patient peut arriver, et que nous vous exposerons dans le cours de cette communication.

Dans le mois de juillet 1847, l'Administration des hôpitaux autorisa M. Napoléon Laisné, professeur de gymnastique, à venir à l'hôpital des Enfants, soumettre quelques-uns des malades aux exercices de la gymnastique méthodiquement appliquée, et fit les premières dépenses nécessaires à la réalisation de cette décision, qui avait été provoquée par les demandes des médecins de cet établissement. C'était un essai; il dura quatre mois, eut pour sujet des scrofuleux de l'un et de l'autre sexe, et fut si satisfaisant, que le Conseil n'hésita pas à faire de nouveaux frais de matériel, et institua ainsi le premier gymnase qui ait été créé dans un établissement hospitalier.

Les avantages de cette innovation thérapeutique ont été l'objet de rapports, de mémoires, d'articles de journaux dont nous citerons quelques passages pour terminer ce court historique et nous conduire naturellement au but de cette lecture.

Le 11 novembre 1847, les médecins et chirurgiens de l'hôpital des Enfants adressèrent au Conseil général des hôpitaux, une Note dans laquelle se trouvent la description des exercices, le nombre des enfants qui y furent soumis et les résultats avantageux déjà obtenus. A la fin de cette Note, M. le docteur Bonneau ajouta comme réflexion personnelle : « Nous avons appliqué la gymnastique à d'autres maladies que la scrofule : des essais tentés contre des affections nerveuses, la chorée en particulier, ont donné de bons résultats et en promettent de meilleurs.»

En 1849, un nouveau Rapport constatait la guérison prompte et radicale d'un certain nombre de chorées, due à l'emploi exclusif de la gymnastique. A la fin de la même année, l'Académie de médecine elle-même couronnait un Mémoire de M. le docteur Sée, sur la danse de Saint-Guy, dans lequel l'efficacité de la gymnastique est mise en parallèle, à son avantage, avec celle des bains sulfureux. Enfin, plusieurs articles de journaux [dont un, entre autres, dû à M. le docteur Becquerel (1851), est relatif à un cas fort curieux de chorée chronique] sont venus rendre témoignage en faveur de ce moyen vraiment efficace, sur lequel nous allons maintenant donner notre propre jugement.

108 cas de chorée ont été soumis au jugement de la gymnastique. Sur ce nombre, 100 étaient de première attaque, 8 seulement en récidive, observation fort importante et qui a été trop négligée par les auteurs, lorsqu'ils ont eu à juger la valeur d'un agent thérapeutique. La chorée est, en effet, une maladie qui a de grandes tendances à récidiver, et sa durée normale diminuant à chaque attaque, il est nécessaire d'indiquer où en sont à cet égard les sujets mis en traitement. Du reste, les auteurs sont fort loin d'être d'accord sur la durée de cette première atteinte ; beaucoup l'ont fixée trop bas. MM. Rilliet et Barthez la portent de 6 semaines à 2 mois, et M. Sée à 69 jours en moyenne.

Les enfants mis en traitement étaient tous (sauf dans quelques cas où la chorée était chronique) au début de l'affection et fortement pris. On peut cependant les diviser en deux catégories, d'après l'intensité de la maladie : 34 cas d'intensité moyenne ; 74 où l'agitation était aussi violente que possible. Les 34 cas de la première classe ont tous guéri sans exception, dans une moyenne de 26 jours et de 18 séances. Sur les 74 cas plus graves, 68 ont également guéri en 45 jours et 31 séances. Restent donc sur le total de 108, 6 cas qui peuvent être considérés comme des insuccès, quoiqu'il s'agisse de chorées chroniques dont la guérison a fini par être obtenue, mais en 122 jours seulement et 73 séances. En disposant notre calcul d'une autre façon, nous aurions 102 guérisons en 39 jours et 6 en 122 jours.

Tel est le résumé des faits observés ; il faut maintenant entrer dans les détails et montrer par quelles séries d'exercices doit passer un choréique que nous supposerons par exemple couché dans un lit en forme de boîte, parfaitement rembourré, où il est agité des mouvements les plus bizarres et les plus désordonnés, ne pouvant se tenir un instant debout, laissant échapper tous les objets confiés à sa main, et incapable d'exprimer sa pensée par la parole. Dans un tel état, la volonté du sujet est impuissante ; on ne peut en quelque sorte lui rien demander, et la gymnastique doit être toute passive. Le professeur, aidé de trois ou quatre de ses élèves les plus intelligents, fixe le petit malade sur son lit, dans le décubitus dorsal, et le maintient dans l'immobilité pendant 10 à 15 minutes. Puis il commence des massages à pleines mains et longtemps répétés sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le pourtour de la poitrine. Au massage succèdent des frictions énergiques sur les mêmes parties. Des manœuvres semblables sont ensuite pratiquées à la partie postérieure du tronc, et principalement à la nuque et sur les masses musculaires des gouttières vertébrales. Une séance de cette nature dure environ une heure, et on la répète pendant trois ou quatre jours de suite. Chaque fois, on constate un amendement dans le désordre des contractions ; l'enfant témoigne qu'il en éprouve beaucoup de bien-être, et s'il était précédemment (ce qui arrive quelquefois) privé de sommeil, il peut enfin dormir d'une manière plus calme. Les jours suivants, sans interrompre complétement le massage, on commence à faire exécuter des mouvements très-réguliers et parfaitement rhythmés. Ainsi,

(1) Nous devons cependant mentionner, comme spécialement indiqué dans la plupart des cas dont il s'agit, l'iodure de fer dont M. Gille a rendu aujourd'hui l'administration si facile en le conservant inaltéré soit dans des dragées, soit dans l'huile que ce pharmacien a présentée à l'Académie de médecine.

supposons les bras étendus en supination le long du tronc, le professeur saisit les poignets, plie l'avant-bras, porte celui-ci directement en avant et en haut, puis replace l'avant-bras dans l'extension : arrivées au bout de cette course, les mains se trouvent élevées parallèlement au-dessus de la tête ; de là, elles sont ramenées à leur point de départ, toujours suivant une mesure à trois temps bien accentuée. Cette manœuvre est exercée un grand nombre de fois avec beaucoup de régularité. Les extrémités inférieures sont soumises à leur tour à des mouvements analogues : la jambe est pliée rapidement sur la cuisse, celle-ci sur le bassin, puis l'une et l'autre sont placées dans l'extension, suivant une mesure à deux temps.

Il s'offre ici plusieurs réflexions dont quelques-unes peuvent servir à expliquer la manière d'agir des exercices précédents. Il est clair que les massages et les frictions sont de nature à activer singulièrement l'action du système capillaire de la peau et des tissus sous-jacents, et partant les phénomènes intimes de la nutrition. Les mouvements sont combinés de façon à ce que les muscles dont les puissances sont synergiques, se trouvent mis en mouvement d'une manière régulière et simultanée. Ces organes, inhabiles à se contracter spontanément et avec régularité, semblent tout à fait passifs ; aussi, l'on plie et l'on étend les membres sans que la volonté du patient concoure à produire ces effets ; le plus souvent même, elle semble s'y opposer, et on ne les obtient qu'en déployant une certaine force. Mais au bout de deux ou trois séances, quelquefois même après la première, la main du professeur suit les contractions, qui viennent à son aide d'une manière régulière. La volonté n'avait plus qu'un faible empire sur le système musculaire ; chaque jour, cet empire augmente en même temps que les mouvements anormaux vont en diminuant de fréquence et d'intensité.

M. Dufossé (Thèse inaugurale) a très-justement fait remarquer qu'il existe, chez les choréiques, deux sortes de contractions musculaires : les unes morbides, indépendantes de la volonté ; les autres, plus on moins fugaces, soumises à l'empire de cette faculté. La main du professeur lutte en faveur de ces dernières, les justifie, les perfectionne par l'exercice et la nature. On s'aperçoit assez souvent, dans les premiers jours, que les articulations de la main, au niveau du carpe, du poignet, du coude et autres, sont douloureuses quand on leur imprime des mouvements un peu forts ; ces arthralgies ont acquis une grande importance depuis le Mémoire de M. le docteur Sée et la Thèse de M. Botrel, où elles sont regardées comme de nature rhumatismale. Je me bornerai à dire, pour le moment, qu'elles ne sont pas une contre-indication au traitement gymnastique, et qu'elles disparaissent complétement après un petit nombre de séances.

Au bout de huit à dix jours de ces exercices passifs que nous venons de décrire, l'amélioration est déjà des plus marquées ; l'enfant que nous avons supposé dans un état extrême, ce qui n'est pourtant pas rare, cet enfant, dis-je, peut parler d'une manière intelligible ; il commence à manger seul et parcourt, tant bien que mal, une partie de la salle. Dès lors, on le fait descendre au gymnase, où il prend part aux exercices, sous la surveillance du maître ou d'un élève moniteur.

Ces exercices sont gradués et ont pour but la production régulière et souple des mouvements physiologiques du tronc et des membres, mouvements dans lesquels l'attention et la volonté sont mises en éveil et à contribution au moins autant que les forces physiques.

Un grand nombre de manœuvres se font en commun, et pendant leur exécution, le maître et les élèves chantent un air à trois temps très-accentués, suivant que l'exercice lui-même se décompose en deux ou trois temps. Les petits malades, rangés par pelotons, sont entraînés par le rhythme et l'imitation. C'est ainsi que s'opèrent plusieurs espèces de marches, de courses et de mouvements des membres pectoraux. Il y a, pour exercer ces dernières parties, ainsi que les muscles de la partie supérieure du tronc, plusieurs instruments faciles à se procurer, parmi lesquels nous citerons les haltères, les barres à sphères dites brachio-pectorales, etc.

D'autres exercices sont individuels et exécutés par chaque enfant, suivant sa force, sous la direction du maître et d'un élève déjà instruit. Tous ont pour résultat de forcer l'attention et de soumettre les contractions musculaires à l'empire de la volonté. A l'échelle orthopédique, l'enfant reste suspendu par les mains, et fait des efforts pour vaincre les contractions morbides et ne pas lâcher prise. On est souvent obligé, dans les commencements, de l'aider en appuyant sur les mains, qui tiennent le barreau, et ayant soin de lâcher aussitôt qu'il est fatigué. A la balançoire brachiale, les extrémités supérieures, le tronc, les membres abdominaux sont soumis à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, en même temps que le malade s'applique à ne pas quitter la traverse.

L'esprit d'ordre et de discipline a sur les enfants l'influence la plus salutaire. L'attention, le zèle du professeur, son adresse extrême, secondés par l'usage des moyens de sûreté employés dans le gymnase, ont prévenu toute espèce d'accidents ; et sous ce rapport, la mère de famille la plus timorée pourrait être pleinement rassurée.

Pendant les dix premiers jours, les enfants se livrent avec ardeur aux exercices ; ils sont désireux de bien faire ; leur caractère semble heureusement modifié ; ils deviennent plus gais, plus ouverts, et en même temps plus dociles. Les facultés organiques subissent, dès l'abord, une remarquable influence ; l'appétit devient vif, impérieux, et l'on doit s'empresser d'y satisfaire en augmentant la proportion des aliments ; les forces musculaires s'accroissent, et déjà semble apparaître un peu d'embonpoint.

A partir du dixième ou douzième jour, l'amélioration subit un temps d'arrêt. Il faut alors soutenir le courage, d'autant mieux que ce sont les enfants doués de la meilleure volonté, de plus d'intelligence et de docilité qui font les progrès les plus rapides.

Après quelques jours de cette résistance de la maladie, on voit un nouvel amendement se montrer, et l'on peut être sûr que la guérison sera prompte et radicale. Je dis radicale à dessein, car non-seulement les enfants n'ont plus de mouvements irréguliers lors de leur sortie, mais encore ils ont acquis une grande souplesse. On les garde d'ailleurs à l'hôpital, jusqu'à ce qu'ils soient arrivés à ce bon état, ce qui, très-certainement, a contribué à élever le chiffre de notre statistique, relativement à la durée de la maladie. Enfin, s'il est difficile de décider ce que l'avenir réserve à ce modeste traitement, nous pouvons toujours dire que, jusqu'à présent, aucun des malades guéris n'a eu de de récidive. Or, on sait que Sydenham fixait le retour de la chorée à l'automne de la saison qui suivait la guérison.

Quelle est la valeur thérapeutique de la gymnastique comparée aux autres modes de traitement, et en particulier aux bains sulfureux ? Cette dernière médication, administrée dans des conditions particulières, à l'hôpital des Enfants, a donné depuis longtemps des résultats fort remarquables, et qui, il faut le dire, balancent ceux que fournit la gymnastique : il ressort, en effet, des statistique, que sur 135 malades traités par ces bains, il y a eu 18 insuccès, proportion un peu plus considérable que notre chiffre de 6 sur 108. Mais, d'un autre côté, il paraîtrait que lorsqu'ils agissent, les bains sulfureux le font plus rapidement qu'aucun autre moyen. C'est déjà une assez bonne fortune pour cette dernière méthode, que d'être mise en parallèle avec l'agent thérapeutique reconnu le plus efficace, jusqu'à ces derniers temps, contre la chorée. Mais nous croyons que d'autres considérations, prises en dehors de la statistique, doivent la faire mettre au premier rang. Tels que nous les avons décrits, les exercices gymnastiques sont applicables à tous les cas (1) et ne comportent aucune contre-indication, à l'exception de quelques complications rares d'affections organiques du cœur. Il n'en est pas ainsi des bains ; la dose de sulfure de potasse reconnue nécessaire étant fort élevée, il arrive assez souvent

(1) Il n'est question, bien entendu, dans ce Mémoire, que de la chorée des jeunes sujets, et non de la chorée symptomatique, observée par exception dans un âge avancé.

qu'il survient à la peau une petite éruption à laquelle on est convenu de donner le nom de *poussée*, et qui force d'en interrompre l'emploi. Même empêchement, lorsque la peau est dépouillée de son épiderme en quelques points, soit par une vésication, soit par une plaie quelconque. Loin qu'ils amènent du calme dans les premiers jours, il n'est pas rare de leur voir occasionner une assez vive excitation générale, sous l'influence de laquelle les mouvements choréiques s'exaspèrent d'une manière fâcheuse, tandis qu'au contraire les exercices passifs que nous avons décrits calment, dès le principe, les désordres des organes musculaires. C'est surtout l'état général de la constitution après chaque mode de traitement qu'il faut prendre en considération, pour juger l'un et l'autre. Certainement, l'appétit devient meilleur, la circulation plus active et la nutrition plus complète, par l'usage des bains sulfureux ; la force musculaire gagne de l'énergie, la peau et les membranes muqueuses se colorent, les bruits artériels disparaissent. Mais ces modifications, auxquelles il nous faut attribuer la plus grande part dans la guérison, sont surtout dignes de remarque après le traitement par la gymnastique. Ne serait-il donc pas très-avantageux de combiner ces deux modes de traitement ? C'est une question que l'expérience nous a permis de résoudre affirmativement, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas.

Ce qui vient d'être dit nous dispense de mettre en parallèle la gymnastique avec les bains froids, les affusions, les bains d'ondée, moins efficaces que les bains sulfureux. Il en sera de même des toniques, employés comme médication exclusive, bien qu'ils aient rendu les plus grands services, et que la classe des toniques analeptiques doive être toujours conseillée concurremment avec les exercices du gymnase. L'Académie a déjà compris notre opinion sur les purgatifs, les émissions sanguines, les narcotiques, les excitants ; aussi n'entrerons-nous point ici dans la discussion de tous ces moyens de traitement, dont les résultats ne sont nullement comparables à ceux qu'on obtient par la gymnastique, seule ou associée aux bains sulfureux.

La plupart des sujets atteints de chorée sont d'une constitution faible : ils ont les membranes muqueuses et la peau décolorées; leurs muscles sont prompts à se fatiguer ; bon nombre ont des palpitations de cœur, des bruits de souffle dans les grosses artères, et se trouvent, en un mot, sous l'influence de cette constitution générale désignée par les mots de chloro-anémie, d'hydroœmie. Si quelques auteurs regardent cet état comme prédisposant à la chorée, il en est beaucoup d'autres qui le regardent comme consécutif, ou comme une simple coïncidence. Quant à moi, j'ai observé que la chloro-anémie précède d'ordinaire la danse de Saint-Guy ; je crois donc qu'elle doit être considérée contre une cause prédisposante des désordres choréiques. Il y a, dans ces conditions débiles, un défaut de prépondérance du sang sur le système nerveux, et la moindre occasion est suffisante pour troubler les fonctions de ce dernier. C'est probablemet ainsi qu'il faut expliquer l'action de la peur, de la surprise, et de toutes les émotions morales vives qui sont des causes occasionnelles communes de la chorée.

Puisque nous touchons à l'étiologie de la chorée, nous ajouterons quelques remarques. Bouteille a fait jouer un rôle important à l'établissement difficile de la puberté comme cause de la danse de Saint-Guy. Les relevés de M. le docteur Rufz ont déjà montré combien cette opinion était peu fondée. Voici ce que nos dernières notes nous apprennent à cet égard.

Sur 84 filles, 56 avaient dix ans ou moins; 25, de 10 à 15 ans; 3 seulement dépassaient leur quinzième année. Nous devons d'ailleurs faire observer ici que celles de nos jeunes malades qui n'étaient pas bien réglées en entrant à l'hôpital, l'ont été régulièrement après un certain temps d'exercice, et que le même résultat s'est produit chez d'autres filles dont les menstrues étaient douloureuses et insuffisantes.

Il n'est pas rare de voir apparaître la chorée après une croissance trop rapide. Parmi les symptômes attribués à cet état, il en est un remarquable, dont nous avons déjà parlé, et qui consiste en des douleurs articulaires au niveau des poignets et des coudes. M. le docteur Sée les regarde comme rhumatismales, et s'en sert pour appuyer son opinion sur la nature de la danse de Saint-Guy. Nous avons dit avec quelle facilité les exercices gymnastiques font disparaître ces sortes d'arthralgies, que nous rattachons simplement à la croissance, n'ayant point de motifs réels de les croire rhumatismales. Quatre fois seulement, dans nos observations dernières, la chorée a succédé à un rhumatisme articulaire aigu, affection peu commune au reste chez les enfants, puisque, dans l'espace de dix ans, sur 36,000 enfants admis à l'hôpital, il n'y a eu que 71 cas de rhumatisme. Ce relevé nous a en même temps fourni une opposition curieuse et peu favorable à l'opinion qui regarde la chorée comme presque toujours due au rhumatisme : pour le rhumatisme, les garçons sont aux filles comme 2 et demi est à 1, et pour la chorée, ils sont dans la proportion de 1 à 3. Ce devrait être précisément le contraire si la chorée avait une origine rhumatismale.

Conclusions. — De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Aucun des modes de traitement appliqués à la danse de Saint-Guy n'a donné un nombre de guérisons aussi considérable que la gymnastique, soit seule, soit associée aux bains sulfureux;

2° La gymnastique peut être employée dans presque tous les cas, sans qu'on soit arrêté par les contre-indications qui se présentent à chaque pas dans l'usage des autres médications;

3° La guérison est obtenue dans un nombre moyen de jours à peu près égal à celui que réclame l'emploi des bains sulfureux ; mais elle semble plus durable et la sédation se montre dès les premiers jours ;

4° En même temps que le désordre des mouvements disparaît, la constitution des enfants s'améliore d'une manière très-sensible, et les malades sortent guéris, non-seulement de la chorée, mais encore de l'anémie, qui l'accompagne le plus souvent;

5° Les exercices gymnastiques, que l'on pourrait de prime abord croire périlleux, surtout eu égard à l'état des enfants qui s'y livrent, n'offrent aucune espèce de danger, et de plus, ils peuvent être mis en œuvre sans inconvénient dans toute saison, avantage que n'ont pas les bains;

6° Il est fort important, pour comprendre le mode d'application, de diviser, comme nous l'avons fait, les exercices en deux catégories : 1° les exercices dits *passifs*, qui peuvent être seuls employés dans la période de l'affection où la volonté n'a pas de prise sur les puissances musculaires; 2° les exercices *actifs*, que les enfants exécutent d'eux-mêmes, avec ou sans l'aide de machines.

CLINIQUE CIVILE.

Cancer de la langue. — Amputation de cet organe après la section médiane de l'os maxillaire inférieur,

Par le Dr G. Goyraud, d'Aix.

Delphine X...., de Salon (Bouches-du-Rhône), qui fait le sujet de cette observation, est âgée de 52 ans. Livrée aux travaux des champs, elle est d'une organisation forte et a des formes presque viriles.

A 48 ans, elle a cessé d'être réglée, sans que sa santé ait subi la moindre altération. Il y a un an, un bouton lui est survenu à la langue; cautérisé à diverses reprises avec le nitrate d'argent, ce bouton n'a cessé de faire des progrès; et, depuis six mois, il prend de jour en jour un accroissement plus considérable.

Cette femme vient me consulter dans les premiers jours de mars 1854. Je trouve la langue occupée en grande partie par une tumeur dure, qui augmente beaucoup le volume de cet organe, et refoule sa base en arrière. La dégénérescence, bien limitée sur la face dorsale de la langue, l'est moins nettement sur le bord gauche, qui est induré jusqu'au delà du pilier antérieur du voile du palais. La surface de la tumeur est bosselée et couverte d'une ulcération qui a plus de profondeur sur le bord

gauche de la langue et la partie correspondante du plancher de la bouche. Cependant, les gencives de ce côté ne participent pas à l'altération. Les muscles qui s'insèrent à la face inférieure et aux bords de la langue et ceux du plancher buccal paraissent sains. La langue engorgée se meut dans tous les sens. En palpant profondément la région sous-maxillaire, on sent la résistance de la tumeur; mais les ganglions sous-maxillaires sont parfaitement sains. La langue dégénérée est le siége de douleurs lancinantes. La mastication est impossible; la déglutition difficile, et l'émission de la parole très-gênée; l'état général est, du reste, excellent.

La seule chance de salut, dans ce cas, me paraît être dans l'amputation, et, si étendue que soit la dégénérescence, je crois pouvoir l'emporter en entier, en m'aidant de la section de la symphyse du menton, comme l'a fait, il y a quelques mois, M. Maisonneuve. Je propose l'opération à la malade, sans lui en déguiser la gravité; elle l'accepte sans hésiter, tant le mal dont elle est atteinte lui rend la vie insupportable; et, le 30 mars, elle vient, dans ce but, s'établir à Aix. MM. les docteurs Guiran, Payan, Bourguet, Rimbaud et Silbert, que je réunis en consultation, sont d'un avis unanime sur la nécessité de l'opération, que je pratiquai le 16 mars, en présence de ces honorables confrères.

Opération. — La malade, assise sur une chaise en face d'une fenêtre, est soumise aux inhalations de chloroforme, que je ne pousse pas jusqu'à l'anesthésie complète, afin que la malade, ayant repris sa sensibilité quand j'en serai à la section de la langue, soit à même d'expulser par la toux le sang qui pourrait pénétrer dans les voies aériennes dans ce dernier temps de l'opération. Dès que la femme est à peu près insensible, je fais, sur la ligne médiane, une incision qui s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusque près de l'os hyoïde. Cette incision comprend toute l'épaisseur de la lèvre et des parties molles du menton. Avec une aiguille courbe à laquelle est fixée la scie à chaîne, je perce de bas en haut le plancher de la bouche sur la ligne médiane, en rasant la mâchoire en arrière. La scie est ainsi appliquée sur la partie postérieure de la symphyse du menton, et la section est opérée assez rapidement et avec la plus grande netteté. Les deux dents incisives moyennes avaient été préalablement extraites.

Un peu avant la fin de ce temps de l'opération, la malade commence à reprendre sa sensibilité; elle pousse quelques cris pendant l'action de la scie. Aussitôt que la section du maxillaire inférieur est opérée, un aide saisit les deux portions latérales de l'os, dont je facilite l'écartement en détachant le génio-glosse du côté gauche. Je saisis alors la langue dans sa partie tuméfiée, avec la pince de Museux; mais elle se déchire sous l'action des crochets, et de la déchirure s'écoule de la substance pultacée cérébriforme; je la saisis de nouveau, un peu plus en arrière, et je l'amène enfin en avant, avec moins de facilité toutefois que je n'aurais cru. Je la détache alors du plancher buccal, d'avant en arrière, jusqu'au delà de la tumeur, où je la tranche suivant une ligne un peu oblique, de gauche à droite et d'arrière en avant.

Après l'ablation de la masse cancéreuse, dans laquelle la glande sublinguale gauche est comprise, le doigt porté dans la cavité buccale constate, à la partie postérieure du bord gauche de la langue, en arrière de la section, une dureté suspecte. Un point induré est aussi reconnu à la partie moyenne de la plaie résultant de l'ablation de la langue; je saisis l'un et l'autre avec l'érigne, et je l'excise.

La malade a eu, vers la fin de l'opération, une syncope légère, que la projection d'un peu d'eau froide à la face a promptement dissipée. Pendant la section de la lèvre et du menton, l'artère coronaire a donné un instant; mais l'écoulement s'est bientôt arrêté. Après la section de la langue, plusieurs vaisseaux ont donné du sang; j'en ai lié deux, les autres ont cessé de couler; enfin, après l'excision de la petite portion de tissu induré que j'ai enlevée en dernier lieu sur le plancher buccal, un vaisseau assez fort, que je n'ai pu saisir avec la pince, a donné abondamment, pendant quelques instants; mais un petit tampon de charpie, imbibé de perchlorure de fer, a bientôt arrêté l'hémorrhagie.

Je fais coucher la malade immédiatement après l'opération, et je la laisse plus d'une heure sans la panser. Aucun nouveau vaisseau ne s'étant montré au bout de ce temps, je procède au pansement: une mèche de toile effilée est placée, avec les fils des ligatures, dans l'angle sus-hyoïdien de la plaie; l'extrémité supérieure de la mèche sort à l'angle droit des lèvres; cinq points de suture entortillée réunissent la lèvre et les parties molles du menton; l'angle inférieur de la plaie est seul laissé béant. Le rapprochement des parties molles et des deux fragments de l'os maxillaire est très-exact; il ne me paraît pas nécessaire de maintenir les fragments osseux en contact au moyen du fil métallique appliqué sur les dents.

Je pense alors à examiner la tumeur linguale, mais on l'a jetée pendant que nous étions occupés auprès de la malade. D'après ce que j'en ai vu pendant l'opération, je ne doute pas que ce fût un cancer encéphaloïde.

Je quitte la malade à onze heures, et je prescris la diète, et l'eau fraîche pour boisson.

Le soir, il n'y a pas eu d'hémorrhagie; le mouvement fébrile est peu prononcé; les douleurs, d'abord assez vives, sont maintenant modérées; la déglutition est facile.

Le 17, la malade a eu plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. La plaie est couverte d'un caillot. Depuis le moment de l'opération, il s'est écoulé, par la bouche et le long de la mèche, une assez grande quantité de salive sanguinolente; la malade souffre peu. (Eau fraîche; bouillon froid.)

Le 19, la suppuration s'est établie; la plaie est couverte de pus jaunâtre: une salive purulente s'écoule par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade prononce quelques mots, mais peu distinctement; il y a un peu d'engorgement sous le côté gauche de la base de la mâchoire. (Bouillons, tisane; cataplasmes sur le point engorgé.)

Le soir, l'appareil fébrile est un peu plus intense.

Le 20, l'engorgement sous-maxillaire a diminué; l'état local et l'état général paraissent excellents; l'appétit se prononce. J'enlève deux aiguilles de la suture, et je fais donner un léger potage à la semoule.

Le 21, j'ôte deux autres aiguilles, et ne laisse que celle qui est placée au-devant de la partie de la plaie qui donne passage à la mèche. La plaie est couverte d'une couche de pus de bonne nature; la région sous-maxillaire gauche est très-souple; la déglutition est facile; mais une partie des boissons et des potages sort par l'ouverture sus-hyoïdienne. La malade a eu une selle abondante.

Le soir, il y a toujours un peu de chaleur et de fréquence du pouls.

Le 22, au matin, la malade est sans fièvre; cependant, elle a eu soif toute la nuit. J'enlève la dernière aiguille; je fais donner des boissons fraîches et des potages, et je recommande à la malade de boucher avec son doigt l'ouverture sus-hyoïdienne, chaque fois qu'elle prendra quelque chose. La parole est assez distincte.

Le 23, Delphine se lève pour la première fois.

Le 24, elle reste levée une grande partie de la journée. — Je prescris des potages plus consistants et plus copieux.

25 *mars*. La réunion des parties molles de la lèvre et du menton est si exacte qu'on ne reconnaît la cicatrice qu'à une ligne dont la nuance est exactement celle des parties voisines. Il n'y a pas un atome de pus sur ces parties, et les trous des aiguilles, eux-mêmes, ne suppurent pas. La partie postérieure de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, vient occuper une grande partie du plancher de la bouche; l'articulation des sons est de plus en plus distincte; l'état général est très-satisfaisant, et la malade voudrait s'en retourner à Salon; mais je m'oppose à son départ. Du reste, les deux fragments de la mâchoire sont encore très-mobiles l'un sur l'autre: un bandage en fronde les fixe exactement; la mèche est enlevée.

Les jours suivants, la fièvre s'allume, et une tumeur phleg-

moneuse se développe derrière la clavicule gauche. Quoique l'appareil fébrile, très-intense le soir, ne disparaisse pas complétement le matin, il y a assez de rémission vers la fin de la nuit, pour que je croie devoir recourir au sulfate de quinine, que j'administre en lavements. La tumeur phlegmoneuse est couverte de cataplasmes émollients.

Le sulfate de quinine, administré pendant trois jours, reste sans effet.

1er *avril.* La tumeur sus-claviculaire n'a pas beaucoup augmenté de volume depuis son apparition, et elle est peu douloureuse. La plaie continue de marcher assez rapidement vers la cicatrisation. L'ouverture sus-hyoïdienne s'est rétrécie. La langue est attirée de plus en plus en avant; son bord droit vient même se contourner derrière l'arcade alvéolaire et la porte à gauche; mais l'état général est déplorable, la fièvre persiste, et un état cachectique, caractérisé par l'œdème des pieds et des mains, de la main gauche surtout, et par la bouffissure de la face, se prononce chaque jour davantage.

Le 3, le travail de cicatrisation s'est arrêté; l'œil gauche est le siége d'une sécrétion puriforme, la cornée de cet œil est terne et semble être érodée superficiellement.

Le 4, je constate la diminution de toutes les sécrétions, la sécheresse de la bouche. La parole est beaucoup plus confuse; l'abcès sous-claviculaire s'est ouvert spontanément. J'agrandis l'ouverture avec le bistouri. Le pouls s'est affaibli, l'œdème a augmenté; je prescris du sirop de quinquina et du bouillon. La malade meurt le 6 avril, à neuf heures du soir, vingt et un jours après l'opération.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Décomposition avancée; l'abdomen est distendu par des gaz, et ses parois sont bleuâtres; l'épiderme se détache de la partie interne des cuisses. Les liquides intestinaux qui se sont écoulés par les deux orifices de l'appareil digestif souillent les linges qui enveloppent le cadavre; l'œil gauche est terne, desséché à sa surface, brunâtre.

Je procède à la dissection de l'abcès du cou. Le tissu cellulaire de cette région est infiltré de pus et mortifié dans quelques points; le foyer est sous le peaucier. Je trouve, au centre du foyer, la veine jugulaire externe distendue par du pus dans une longueur de 2 centimètres. La collection purulente de la veine n'est pas en communication avec la veine sous-clavière; mais l'adhérence ou le caillot qui empêchait le passage du pus de la jugulaire dans la sous-clavière devait être très faiblement organisé; car, à la dissection, je n'en ai pas trouvé la trace. Il est vrai que l'autopsie a dû être faite un peu précipitamment. Au-dessus du point distendu par du pus, je trouve la jugulaire et les branches qui en naissent oblitérées par des caillots sanguins. Les veines provenant du plancher de la bouche, qui vont s'ouvrir dans la jugulaire interne, sont perméables et saines; je n'ai point examiné la veine maxillaire interne ni la dentaire inférieure. Les radicules de cette dernière, ramifiées dans le tissu aréolaire du maxillaire inférieur, étaient, probablement, le point de départ de la phlébite.

J'ouvre la poitrine et l'abdomen. Le cœur, les veines caves, les jugulaires internes, la jugulaire externe du côté droit, les sous-clavières n'offrent rien de remarquable. Le sang que contiennent ces vaisseaux et le cœur est d'une fluidité excessive; les poumons sont congestionnés par hypostase à leur bord postérieur, mais ne présentent aucune trace de foyers purulents; il en est de même du foie, dans lequel nous trouvons seulement quelques marbrures, quelques taches brunâtres.

Je détache une pièce qui comprend l'os maxillaire inférieur et les parties molles qui le recouvrent, la langue, l'os hyoïde, le larynx et une partie du pharynx. Derrière le pharynx, entre ce canal et la colonne vertébrale, existe un petit abcès. L'état phlegmoneux des tissus dans lesquels s'est formée cette petite collection purulente est très-peu prononcé. Voici ce qu'on peut constater sur la pièce pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie :

Les deux portions de l'os sous-maxillaire séparées par la scie ne sont pas réunies; la portion restante de la langue, attirée en avant par la force inodulaire, est bien plus considérable que je ne l'avais espéré avant l'opération, et que je ne l'avais cru immédiatement après l'avoir pratiquée. La plaie de la cavité buccale est très-réduite en tous sens; elle a, maintenant, de très-petites-dimensions. A la place qu'occupait la glande sublinguale gauche, se voit une dépression en gouttière qui aboutit à l'ouverture sus-hyoïdienne dans laquelle était logée la mèche après l'opération. Rien à la surface de la plaie ni dans l'épaisseur de la langue qui ressemble au tissu cancéreux.

Nonobstant cette terminaison fatale, l'observation qu'on vient de lire nous paraît offrir encore un certain intérêt. Elle prouve, une fois de plus, qu'on peut enlever une grande partie de la langue sans que la parole soit abolie, et doit contribuer à populariser un procédé opératoire qui recule les limites de l'action chirurgicale dans les cas de cancer très-étendu de la langue.

Quant aux accidents qui ont emporté notre opérée, et qui, malgré l'absence des dépôts métastatiques dans les poumons et le foie, sont évidemment le résultat d'une infection purulente, suite de phlébite, nous ferons remarquer en passant avec quelle rapidité l'état cachectique s'est produit. Le 25 mars, en effet, la malade ne présentait aucun symptôme alarmant; et le 1er avril, la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités nous décelaient une *dissolution du sang* déjà parvenue à un haut degré. Cette marche rapide des accidents s'expliquerait peut-être par la situation du foyer purulent veineux si près du centre circulatoire, et le défaut d'organisation de la barrière qui séparait ce foyer de la veine sous-clavière. On conçoit, en effet, que cette barrière, si peu résistante que je n'en ai pas trouvé les traces à l'autopsie, bien que le foyer purulent de la jugulaire fût alors fermé du côté de la sous-clavière, puisqu'il ne se vidait pas dans ce vaisseau, a pu, dans le cours de la phlébite, céder plusieurs fois à la pression du pus, et permettre ainsi, à diverses reprises, la libre communication du foyer purulent avec la veine sous-clavière et le mélange du pus avec le sang.

OBSTÉTRIQUE.

De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.

Il y avait lieu d'être surpris que l'anesthésie, employée si fréquemment en Angleterre dans la pratique obstétricale, avec l'unique intention de soustraire les femmes aux douleurs physiologiques de la parturition, n'eût pas encore pénétré dans nos habitudes, et n'eût nullement excité l'attention des accoucheurs français.

Un premier pas vient cependant d'être fait vers la solution de cette importante question de thérapeutique. La Société de chirurgie de Paris a reçu dernièrement d'un de nos honorables confrères de la province, M. Houzelot, de Meaux, un Mémoire contenant vingt observations d'accouchements, dans lesquels on a fait usage du chloroforme, au grand avantage des mères et sans inconvénients pour les enfants. Dans tous les cas, l'accouchement a été facile et sans douleur. Deux fois même les contractions utérines se sont ranimées sous l'influence du chloroforme; deux fois aussi elles ont paru ralenties. Les suites de couches ont été heureuses, et chez la plupart des femmes il n'y a pas eu de tranchées utérines.

Nous puisons le résumé de cette discussion dans le *Journal de méd. et de chir. pratiques*.

M. Laborie, chargé de faire un rapport sur ce travail, a admis en principe, comme M. Houzelot, l'utilité des inhalations chloroformiques dans les accouchements simples, et il a posé en même temps quelques règles qui serviraient à guider les accoucheurs dans l'emploi des anesthésiques. On ne doit, suivant M. Laborie, recourir aux inhalations que lorsque le travail est déjà assez avancé. Les inhalations doivent être intermittentes, comme le sont les douleurs, c'est-à-dire que du chloroforme étant déposé sur un mouchoir, la femme l'aspirera elle-même en plus ou moins grande quantité, de façon à ce qu'elle cesse de percevoir la douleur, mais cependant sans que jamais l'anesthésie devienne complète.

M. Laborie, en adoptant cette pratique, a non-seulement pour objet d'éviter aux femmes de cruelles douleurs, mais encore de prévenir les accidents que ces douleurs peuvent occasionner. Nous savons, à la

vérité, que la métro-péritonite se déclare quelquefois après un accouchement peu douloureux; mais il est difficile de croire que les souffrances et les angoisses, souvent si prolongées, même dans les accouchements naturels, ne soient pas aussi pour quelque chose dans les accidents consécutifs.

L'assemblée était désireuse de connaître l'opinion de M. Danyau sur cette importante question d'obstétrique. L'honorable médecin de la Maternité a déclaré qu'il était, à peu de chose près, de l'avis de M. Laborie, et qu'il pensait, qu'en effet, on pourrait donner à l'emploi du chloroforme, dans la pratique obstétricale, plus d'extension qu'on ne l'a fait en France jusqu'à ce jour. Quinze femmes ont été récemment soumises par lui à l'usage du chloroforme. Chez presque toutes on n'a eu recours à ce moyen, que dans la dernière période de l'accouchement. « En général, a-t-il dit, les femmes restaient calmes sous l'influence même de faibles doses de chloroforme. Quelquefois, même sans perte de connaissance, et tout en conservant la faculté de répondre à nos questions, elles offraient une demi-résolution et même une résolution complète des membres qui, dès que l'utérus se contractait, faisait place à des mouvements réflexes d'une énergie considérable.»

Les accidents nerveux, éprouvés par quelques femmes, n'ont rien offert de sérieux. Les suites de couches ont été heureuses, et les enfants n'ont rien présenté de particulier.

M. Danyau ne voit donc aucune raison pour ne pas continuer ces expériences. Cependant il ne les regarde pas comme tout à fait sans inconvénient dans la pratique civile, où on ne manquera pas de leur attribuer tous les accidents qui pourront survenir par une autre cause.

Nous devons ajouter que M. Danyau recommande expressément de faire usage d'un appareil qui reçoive la bouche et le nez des patientes, ce qui a paru avec juste raison, à M. Laborie, une difficulté dans l'application, et un risque même pour les femmes que l'on soumet à cette pratique; car on s'expose ainsi, bien plus qu'avec un mouchoir, à déterminer une anesthésie complète. Ce dernier médecin préfère se servir d'une compresse, sur laquelle on verse une petite quantité de chloroforme, et que l'on place à une assez grande distance du visage pour que l'air ne soit pas intercepté. « Il y a si peu de danger, a-t-il dit, à agir ainsi, que la femme elle-même peut diriger l'inhalation; elle a conscience des effets qu'elle produit, et, suivant la sensation qu'elle éprouve, elle demande qu'une nouvelle dose de liquide soit versée sur le linge; par cette manière de faire, l'anesthésie n'est jamais portée bien loin; si faible que soit le degré qu'on obtienne, c'est toujours autant de gagné, et la douleur en est diminuée d'autant. »

M. Voillemier emploie également le chloroforme dans l'accouchement naturel, et il croit qu'on rend ainsi aux femmes un très-grand service, sans les exposer à aucun inconvénient. M. Forget a été le seul membre de la Société de chirurgie qui se soit élevé contre l'inhalation du chloroforme dans l'accouchement naturel; encore ne l'a-t-il fait qu'en s'appuyant sur des raisonnements et non sur des faits, sur des éventualités et non sur le résultat de l'observation.

Cette discussion sur l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement naturel ne saurait manquer de hâter le moment où les accoucheurs français adopteront la pratique suivie de l'autre côté du détroit. Déjà beaucoup de médecins y ont recours, dans les cas où ils ont affaire à des femmes pusillanimes, indociles, ou dont la sensibilité est exaltée. Encouragés par l'opinion si franchement exprimée de MM. Laborie et Danyau, nous ne doutons pas qu'ils n'en fassent un usage bien plus fréquent encore.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du cancer par la congélation,

Par le Dr Arnott.

L'auteur fait d'abord remarquer que, malgré les recherches modernes sur le cancer, sa thérapeutique n'a réellement fait aucun progrès. L'emploi du froid dans le traitement du cancer n'est pas une chose nouvelle; seulement il a poussé l'abaissement de la température beaucoup au-dessous de ce qu'on faisait jadis. La suspension momentanée de la circulation dans une partie malade jouit d'une grande puissance curative dans les maladies inflammatoires et névralgiques. Ce fut d'abord dans le but seulement de remplacer quelques remèdes anodins qu'il se servit du froid dans le traitement du cancer; mais l'expérience vint bientôt lui démontrer que ce moyen avait des effets bien autrement puissants dans cette maladie. A l'appui de ses idées, il cite deux observations de cancer des seins, où le résultat obtenu a été des plus favorables, eu égard à l'ancienneté du mal et au développement qu'il avait pris. La guérison n'a pas été complète dans toute l'étendue du mal; mais il n'est resté de tumeurs énormes ulcérées en partie, occasionnant des douleurs intolérables, que de petits noyaux insensibles et complétement inoffensifs. Ces deux faits, l'auteur les rapporte d'autant plus volontiers, que les faits de cancer au début peuvent laisser quelques doutes dans l'esprit, et que l'application du froid n'a pas été faite par l'auteur lui-même.

Celui-ci se sert d'un mélange égal de glace et de sel qui produit la congélation de la partie sur laquelle on l'applique, congélation qui non-seulement arrête immédiatement l'inflammation, mais ôte à la partie la possibilité d'en être affectée pendant un certain temps.

(*Union médicale et Revue de thérap. médic. chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 17 et 24 Juillet 1854. — Présidence de M. Combes.

Séance du 17.

Maladies de la peau.

M. Duchesne-Duparc donne lecture d'un Mémoire intitulé : *Mémoire sur l'emploi de l'arséniate de fer dans le traitement des dartres furfuracées et squameuses.* L'auteur résume ainsi son travail :

« Parmi les maladies de la peau sur lesquelles la thérapeutique a le moins de prise, se placent les dartres furfuracées et squameuses, qu'on désigne le plus ordinairement par les noms de *pithyriasis, psoriasis, lepra vulgaris, ichthyose, dartre lichénoïde, dartre squameuse centrifuge,* etc.

« L'inefficacité constante, contre ces affections, des moyens que la thérapeutique ordinaire dirige avec succès contre la plupart des autres dermatoses, a depuis longtemps appelé l'attention sur les modificateurs les plus énergiques de l'économie. C'est à ce titre que l'arsenic, ou plutôt quelques-uns de ses composés, ont dû leur introduction dans le domaine de la thérapeutique. Des succès nombreux et inespérés ont paru d'abord sanctionner leur emploi; mais bientôt des accidents graves et multipliés vinrent inspirer aux médecins des craintes justement fondées, qui firent reculer beaucoup d'entre eux devant l'administration de ces agents trop énergiques.

« Témoin de ces accidents pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, je pensai que les inconvénients signalés tenaient surtout à la forme sous laquelle l'arsenic était employé; et je me livrai à des expériences nombreuses pour trouver une combinaison qui, tout en jouissant de l'activité favorable de l'arsenic, ne produisît pas les accidents reprochés aux autres préparations arsenicales. Le résultat de ces expériences a été pour moi la conviction que l'art possède dans l'arséniate de fer un agent précieux, dont l'efficacité ne le cède en rien à celle des autres composés arsenicaux, et qui a sur ces derniers l'immense avantage d'une complète innocuité.

« Fort peu usité en médecine, l'arséniate de fer a été préconisé contre les altérations carcinomateuses et les ulcères de mauvaise nature; Biett en a proposé l'emploi, mais il y recourait rarement. Cependant, c'est un antidartreux puissant qui, sans inconvénient, peut être administré, en commencant par 2, 3 ou 4 milligrammes, et porté, d'une manière progressive, jusqu'à 15 à 20 centigrammes par jour. L'action de l'arséniate de fer sur l'économie est celle des toniques excitants.

« Sous l'influence des doses trop rapidement élevées, ou par suite d'une impressionnabilité organique exceptionnelle, quelques malades sont affectés d'une toux laryngo-bronchique, avec sentiment de constriction à la gorge. Ces phénomènes indiquent la nécessité de suspendre le médicament pour le reprendre, après quelques jours, à doses plus modérées.

« Toutefois, il existe une période, qu'on pourrait appeler de *saturation,* dans laquelle peuvent se manifester quelques accidents de nature inflammatoire et qui siégent principalement à la peau. La suppression de l'arsenic et l'emploi de quelques antiphlogistiques en ont bientôt fait justice.

« A quelle dose peut-on, sans inconvénient, prescrire l'arséniate de fer? Quelle est la durée d'un traitement arsenical complet? La réponse à ces deux questions se trouve dans les propositions suivantes, qui terminent le Mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie :

« *Première proposition.*— L'arséniate de fer possède, à l'instar des autres préparations arsenicales, d'incontestables propriétés curatives, applicables au traitement et à la guérison des affections furfuracées et squameuses de la peau.

« *Deuxième proposition.* — Cette substance présente, en outre, le précieux avantage de pouvoir être administrée à doses suffisantes sans provoquer aucun des accidents justement reprochés aux liqueur de Person, teinture de Fowler, pilules asiatiques, etc.

« *Troisième proposition.* — L'arséniate de fer, donné seul ou combiné

avec d'autres substances, doit toujours être administré à doses graduées, en débutant par 2, 3 ou 4 milligrammes, selon l'âge, la constitution et surtout l'état des voies digestives.

« *Quatrième proposition.* — Des faits nombreux et rigoureusement observés autorisent à conclure qu'une dose quotidienne de 20 centigrammes d'arséniate de fer, répétée sans interruption pendant le temps nécessaire, suffit, chez l'adulte, à la guérison d'une dartre furfuracée ou squameuse, quelle que soit son étendue ou son ancienneté.

« *Cinquième proposition.* — La durée du traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'a rien d'absolu et varie, en raison de l'âge, de la constitution, de l'étendue et de la gravité du mal; plus encore, peut-être, du degré de tolérance que présentent les organes digestifs pour ce médicament.

« *Sixième proposition.* — Un traitement par l'arséniate de fer n'exclut l'emploi d'aucun des topiques reconnus utiles contre les dartres, et trouve un adjuvant précieux dans l'usage externe et interne de certaines eaux minérales sulfureuses thermales. »

Plaies pénétrantes de poitrine par coups de feu.

M. Guyon adresse un Mémoire dont les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

« Les plaies pénétrantes de poitrine par coups de feu sont, dit M. Guyon, considérées généralement comme de la plus grande gravité. Ce n'est pourtant pas ce qui résulte de mes observations sur ce genre de blessures, pendant le long séjour que j'ai fait à Alger....

« Mon opinion sur ces sortes de blessures est le résultat de trente-neuf observations dont les sujets ont parfaitement guéri. Le cas que je vais rapporter, et que je choisis seulement parce que j'ai pu plus tard observer l'état des parties qui avaient été traversées, montrera quelles sont les ressources de la nature dans les blessures de cette espèce. »

Plaie pénétrante de poitrine par coup de feu, projectile perdu dans le poumon; guérison, puis mort, dix-huit mois après, d'une maladie étrangère à la blessure. — Binard, soldat au 2e bataillon léger d'Afrique, est atteint, le 7 juin 1836, aux avant-postes de Bougie, d'un coup de feu dont la balle, après avoir traversé l'avant-bras gauche (entre le radius et le cubitus, près de l'articulation radio-carpienne), va se perdre dans la partie supérieure du poumon droit. Conduit tout de suite à l'hôpital du lieu, il y reçut tous les secours que réclamait son état; il en sortit quelques semaines après, n'éprouvant qu'un peu de gêne dans la respiration, ce qui ne tarda pas à se dissiper. Aussi Binard reprit bientôt son service et toutes ses occupations accoutumées.

Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis sa sortie de l'hôpital, lorsqu'il s'y présenta de nouveau, et, cette fois, pour une maladie fébrile, qu'on diagnostiqua sous le nom de *gastro-entérite*, et à laquelle il succomba.

Le souvenir de sa blessure était encore tout récent dans l'établissement. Aussi, les médecins qui en avaient été les témoins ne négligèrent-ils pas, dans la nécropsie qu'ils firent du sujet, de soumettre à un examen attentif les parties qui en avaient été le siége. Cet examen fut fait par MM. Viton, Mautrey et Ytasse. Le premier, alors chirurgien en chef de l'hôpital, avait soigné Binard lors de sa blessure. Voici le résultat de leur examen :

Plèvre et poumon du côté gauche, très-sains ; *plèvre et poumon du côté droit*, adhérents entre eux sur plusieurs points.

Poumon de ce dernier côté, moins volumineux que l'autre, paraît fort sain, si ce n'est à la face antérieure du lobe supérieur, où existe une légère dépression, de forme circulaire, du diamètre d'un pouce environ, et sans adhérence *aucune* avec la plèvre costale (1). C'est la surface de la cicatrice laissée par le projectile, et qui est représentée par un tissu blanchâtre et lisse.

Au-dessous de ce tissu, et parfaitement isolé, est un kyste ou poche membraneuse dense et recouverte, à l'intérieur, d'une matière pulpeuse, d'un gris blanchâtre, qui paraît être le produit d'une sécrétion de la poche. Ce produit enveloppe de toutes parts, comme pour garantir de leur choc la dernière, une balle de plomb de calibre ordinaire, deux esquilles et deux sortes de tissu, l'un de toile et l'autre de drap.

Ces deux sortes de tissu provenaient, sans qu'il soit besoin de le dire, des vêtements du blessé, et les deux esquilles, d'une côte que le projectile avait effleurée dans son parcours.

A l'occasion de ce fait contenu dans la Note de M. Guyon, M. Duméril dit que la nature présente assez souvent de semblables et d'aussi admirables résultats : il cite ainsi le cas d'une balle qui avait pénétré dans le sommet du crâne d'un militaire, lequel, longtemps après sa réforme, exerçait à Beauvais le métier de cardeur de laine; mais cet état, déterminant chez lui de violentes douleurs de tête, il entra plusieurs fois à l'hôpital. Au bout d'une quinzaine d'années, il succomba, et on eut l'heureuse idée de rechercher la cause des douleurs si vives que produisaient chez lui les moindres mouvements de la tête. On trouva, dans le lobe moyen du cerveau, une poche membraneuse suspendue par un très-faible pédicule, produit de la méninge, qui soutenait, comme dans une sorte de hamac, une poche fibreuse et solide contenant et enveloppant une balle de plomb d'un assez gros calibre.

Dans une autre circonstance, M. Duméril faisait, au Muséum, avec G. Cuvier, l'anatomie d'une autruche : ils trouvèrent à la partie inférieure du cou, dans un sac fibreux adhérent au tissu de l'œsophage, mais dans une cavité cernée de toutes parts, une masse de graisse noire, une sorte de cambouis, qui recouvrait un très-long clou de charrette, dont la surface, rongée par de profonds sillons, était attaquée et dissoute en partie par la matière graisseuse, qui aurait très-probablement favorisé ensuite l'absorption complète de ce gros morceau de fer.

Remarque de M. Velpeau sur la communication précédente. — Le fait que signale M. Guyon est fort intéressant, sans doute; mais les annales de la science en renferment un très-grand nombre d'analogues. Il n'y a peut-être pas de viscère, de région, d'organe dans le corps de l'homme, où des projectiles, plomb, chevrotines, balles etc., n'aient été trouvés après y avoir séjourné, sans inconvénient sérieux, pendant cinq, dix, quinze, vingt et jusqu'à cinquante ans.

(1) Cette absence d'adhérences entre la cicatrice et la plèvre costale, comme aussi la dépression dont il vient d'être question, s'explique par le poids que devaient exercer, sur la surface pulmonaire, les corps étrangers dont il va être parlé.

Séance du 24.

Nouvelles recherches sur l'arsenic dit normal.

M. Filhol communique une Note que les *Comptes rendus* résument ainsi :

« Dans ce travail, l'auteur s'est proposé principalement de lever les doutes qu'auraient pu faire naître dans l'esprit de quelques personnes des expériences publiées par un chimiste étranger à une époque où la question semblait définitivement jugée. Nous avons à peine besoin de dire que les recherches de M. Filhol le conduisent aux résultats annoncés par MM. Danger et Flandin, et confirmés par le grand travail fait d'ordre de l'Académie, c'est-à-dire à nier une nouvelle fois l'existence de l'arsenic dit *normal*.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nouvelles du choléra. — Nous devons annoncer avec regret, non-seulement l'extension de l'épidémie, mais aussi son accroissement d'intensité, même à Paris, où le nombre des décès cholériques a atteint, avant-hier, le chiffre de 97, tant en ville que dans les hôpitaux.

Dans la Haute-Marne, l'épidémie continue de sévir avec intensité, et dans une petite localité composée de 360 habitants, le tiers de la population, comprenant en particulier le curé, le maire et toutes les autorités, moins le garde-champêtre, a succombé en quelques jours.

La Haute-Saône partage en grande partie la triste situation de la Haute-Marne; un de nos excellents correspondants, M. Chappot, nous informe qu'à Gray, un des étudiants envoyés en mission par l'administration a succombé, ainsi que deux médecins de la localité, aux atteintes de l'épidémie. La suette règne en même temps que le choléra; mais elle est très-bénigne et s'est terminée jusqu'à ce jour constamment par la guérison.

Dans un village de l'Aisne, le nombre des cas, encore assez peu nombreux heureusement, se sont tous terminés par la mort.

A Marseille, l'épidémie continue à sévir avec une grande intensité; on évalue au tiers au moins de la population l'émigration qui a eu lieu hors la ville, et cependant les dernières nouvelles nous signalent 200 décès dans une seule journée, ce qui représenterait environ 1,500 à 1,800 décès pour la population de Paris. On a remarqué que, sur ce nombre de 200, il y avait une soixantaine d'enfants, ce qu'on n'avait pas observé encore dans les épidémies antérieures.

On peut évaluer à 45 ou 50 le nombre des départements aujourd'hui envahis.

— Les honneurs funèbres ont été rendus à Marseille aux restes mortels de M. le professeur Lallemand; un discours qu'on nous a dit être fort remarquable a été prononcé par un médecin distingué de Marseille, M. le docteur Reymonet.

BIBLIOGRAPHIE.

Voyage médical dans les provinces danubiennes, par le Dr J.-M. Caillat, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. — Broch. in-8 de 107 pages. — Au bureau de l'*Union médicale*.

Mémoire sur le petit lait alpestre et sur les bains d'Ischel, par le docteur Mastalier. — Broch. in-8. — Prix : 50 c. — Chez J.-B. Baillière.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 92. 2e année. Jeudi 3 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 2 Août 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

(Clôture de la discussion sur le pessaire intra-utérin.)

Après avoir écouté attentivement la fin du remarquable résumé de la discussion, rédigé par M. Depaul, l'Académie, au milieu d'un de ces vacarmes comme elle n'en offre ordinairement que lorsqu'il s'agit de l'adoption de remèdes nouveaux, a adopté les conclusions rédigées par la commission, à l'exception d'une seule, que les deux autres commissaires, MM. Robert et Huguier, avaient imposée au rapporteur, que M. Velpeau a soutenue avec une grande insistance, et que M. Depaul est néanmoins parvenu à faire rejeter par une majorité assez considérable. L'Académie a seulement fait écarter d'une des conclusions l'adverbe *souvent,* suppression qui ne change en rien la signification de la conclusion, qui en étend même la portée. Un académicien avait proposé de remplacer le mot *souvent* par *plusieurs fois,* et la phrase se trouvait à peu près ainsi construite : le redresseur *peut* produire *plusieurs fois;* cette construction a choqué les oreilles délicates de M. Requin, qui sans peine l'a fait réformer. Quand M. Requin fera de la grammaire de cette façon, il est sûr de nous trouver toujours prêt à l'applaudir; c'est ce que nous faisons aujourd'hui de bon cœur.

En résumé, les efforts extraordinaires de M. Depaul ont été couronnés de succès à peu près sur toute la ligne. A un prochain numéro notre appréciation de cette discussion longue et importante.

Conclusions. — 1° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut donner lieu à des accidents sérieux et même quelquefois à la mort;

2° Dans les cas rares d'ailleurs où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus;

3° La commission, en outre, a l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à M. Broca, pour l'intéressante communication qui a été le point de départ de ces débats; et à M. Gaussail, pour les renseignements qu'il a adressés à l'Académie.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service des calculeux. — M. Civiale.

Pierre vésicale adhérente, cancer de la vessie, reconnus pendant la vie et constatés à l'autopsie. — Lésions profondes des reins et des uretères, qui contiennent 42 calculs. — Considérations sur le diagnostic des calculs ou dépôts adhérents, simples ou compliqués de lésions de la vessie.

Le nommé Deves (Jean), âgé de 42 ans, cultivateur, d'une constitution très-affaiblie, entra le 10 juin 1854, salle Saint-Vincent, n° 4. Cet homme éprouvait, depuis quatre ans, des besoins incessants d'uriner. Après les avoir satisfaits, il ressentait de violentes douleurs au col de la vessie. Le gland était le siége d'un prurit insupportable. Il y a deux ans environ, il fut pris tout à coup d'une forte douleur dans la région rénale, et à dater de ce moment, sa santé s'altéra de plus en plus. Aujourd'hui il se présente à nous dans un état de délabrement complet.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, M. Civiale pratiqua le cathétérisme et reconnut un calcul friable, qu'il nous dit être adhérent et placé à la partie inférieure de la vessie.

Le lundi 12, le malade fut pris de diarrhée, suivie de vomissements bilieux et de délire.

Le vendredi 16, le malade s'éteignit.

Nous avons trouvé à l'autopsie le rein droit réduit à une vaste poche, contenant un liquide jaunâtre, très-épais. La substance rénale avait entièrement disparu. Au milieu du liquide était placé un calcul de 3 centimètres de diamètre. Il était formé d'une agrégation de neuf autres calculs plus petits et unis entre eux par une matière phosphatique. Cette poche avait 0,19 et demi de longueur et 9 centimètres dans son diamètre transversal.

L'uretère du côté gauche était considérablement distendue et son orifice inférieur hermétiquement fermé par un calcul en forme de cône de 0,02 environ.

Le rein gauche présentait trois énormes cellules séparées par des cloisons résistantes; il contenait trente-neuf calculs dont le plus gros avait 3 centimètres de diamètre et les plus petits ressemblaient à un grain de chènevis. Il y avait, en outre, une grande quantité de matière phosphatique à l'état de plâtras, sans consistance. Le volume de ce rein était considérablement augmenté. L'uretère était obstruée, à sa partie inférieure, par un calcul de forme triangulaire et qui mettait obstacle au passage de l'urine. Au-devant de ce calcul, se trouvait une valvule très-mobile.

La vessie, de capacité normale, présentait, vers le rebord postérieur du trigone, une masse cancroïde qui occupait la plus grande partie du bas-fond vésical. A son centre adhérait fortement une pierre molle, phosphatique, de forme conoïde et faisant, vers le centre, une saillie considérable dans la cavité de la vessie. On ne pouvait détacher cette matière lithique de la sur-

face cancéreuse sans enlever en même temps de larges plaques de cette dernière. Les deux tiers de la surface vésicale, que le cancer n'avait pas encore envahis, étaient le siége d'une phlegmasie intense. On y remarquait notamment cette couleur ardoisée, noirâtre, qu'il est si commun de trouver chez les malades qui ont succombé à la suite d'une affection vésicale. On y voyait aussi quelques fongosités éparses, qui auraient probablement subi la dégénérescence cancéreuse, si la vie s'était prolongée.

Sous le rapport de la nature de la pierre, de son adhérence aux parois vésicales et des lésions de ces dernières, l'inspection cadavérique a confirmé en tous points le diagnostic porté par M. Civiale, et qui nous avait paru à tous porté au hasard, car ce chirurgien s'était borné à pratiquer un simple cathétérisme au moyen de la sonde. Toutefois, M. Civiale a cru devoir nous présenter, sur ce fait curieux, quelques remarques. Il tenait, disait-il, à nous prouver qu'en s'exprimant sur ce malade comme il l'avait fait, il n'était pas sorti des limites de la prudence et de ce qu'apprend l'observation.

L'adhérence des pierres aux parois vésicales, a-t-il dit, a été le sujet de nombreuses recherches et de commentaires encore plus nombreux, mais dont la science et la pratique ont tiré bien peu de profit. Dans ces derniers temps cependant, et surtout depuis le jour où la lithotritie prit place en chirurgie, il nous a été donné de faire des observations complètes, propres à étendre le cercle de la science et à guider le chirurgien quand il se trouve en face des cas de cette espèce. Par ces observations, dont les principaux détails sont consignés dans mes *Traités de la lithotritie et de l'affection calculeuse* et dans le troisième volume du *Traité pratique,* on a été conduit à distinguer les pierres qui, accidentellement ou d'une manière permanente, peuvent tenir à la vessie par enkystement, par enchâtonnement, par invagination, par enlèvement ou par implantation, divers modes d'union parfaitement constatés aujourd'hui et qu'il ne faut pas confondre avec les pierres réellement adhérentes. Celles-ci présentent des caractères qui leur sont propres, et il y en a plusieurs espèces. Dans toutes, l'adhérence est intime et manifeste, comme cela a lieu dans quelques mollusques bivalves. La matière inorganique est tellement unie aux tissus organisés, qu'il est impossible de les isoler sans produire une solution de continuité.

Cette adhérence, constatée par quelques auteurs, a été contestée par certains autres, et pourtant on connaît déjà bien des faits qui l'ont mise en toute évidence. Voici de quelle manière et dans quelle circonstance elle paraît s'établir le plus communément :

Quelques phlegmasies impriment au mode de sécrétion et même à la suture de la membrane muqueuse, qui tapisse l'appareil urinaire, des changements dont on ne connaît pas encore toutes les formes et tous les degrés, mais par suite desquels il se produit, à la surface de cette membrane, une incrustation de matière lithique, blanchâtre, grise et quelquefois brunâtre, plus ou moins épaisse et toujours d'une faible consistance. Cette matière est généralement amorphe; deux fois cependant j'y ai trouvé des cristaux évidents. Les incrustations peuvent avoir une grande étendue, d'après Austin et quelques autres; mais le plus communément elles sont circonscrites et à la vessie, et n'y occupent que le bas-fond ou le trigone et les orifices des uretères, ainsi qu'on le voit dans le cas présent. Et là, il a été facile de constater, dans les tissus incrustés, des changements de texture plus complets et plus profonds qu'on ne l'avait pensé, soit qu'il s'agisse d'une dégénérescence carcinomateuse, soit qu'il y ait seulement transformation de tissu. Dans tous les cas, dit M. Civiale, l'incrustation ne dépasse pas le cercle de l'état morbide de la muqueuse vésicale; mais il peut y avoir plusieurs incrustations chez le même sujet. La matière incrustée présente, quant à la forme, à la couleur et surtout à l'épaisseur, de grandes variétés. Dans quelques cas rares, elle est si épaisse, qu'elle forme saillie dans la cavité vésicale, et comme cette matière est friable et d'une faible cohésion, on peut diviser la masse dans les manœuvres du cathétérisme. Le sommet ou la partie détachée devient alors mobile, et la base reste adhérente. C'est aussi ce qui est arrivé dans divers cas de taille et de lithotritie, qui sont devenus le sujet de fausses interprétations, tandis qu'il ne s'agit que d'un fait simple et naturel.

Quoi qu'il en soit, il est généralement facile, dans les cas simples, de constater ces amas de matière calcaire adhérente à un point de la surface vésicale. Si la sonde laisse des doutes, on a recours au lithoclaste, qui fournit des notions plus exactes.

Il n'en est pas de même dans certains cas graves plus ou moins compliqués, surtout lorsque la vessie a perdu sa capacité normale. Il s'agit alors de déterminer si l'immobilité apparente de la pierre tient à son volume, à sa configuration ; si elle est enkystée ou réellement adhérente ; car il est des états morbides du col et du corps de la vessie qui peuvent faire croire à des adhérences qui n'existent pas. Tous ces cas demandent d'autant plus de fixer l'attention du praticien, qu'ils sont toujours graves et souvent mal déterminés avant l'opération. Alors aussi, la manœuvre présente de graves difficultés. En effet, que la pierre soit réellement enkystée, qu'elle soit seulement cachée, coiffée, pour ainsi dire, par une production fongueuse, une tuméfaction de la prostate, ou par le soulèvement du rebord postérieur du trigone vésical, non-seulement il est difficile de constater le fait, mais encore on ne parvient pas toujours à distinguer nettement ces cas les uns des autres. Ajoutons que, presque toujours alors, les altérations organiques de la vessie sont compliquées d'états névralgiques de l'urètre, du col et de la surface interne vésicale, qui rendent les explorations douloureuses et ne permettent pas de les faire aussi complètes qu'on le désirerait, parce qu'il y a nécessité d'abréger.

En parlant de l'hyperesthésie urétro-vésicale, qui est si commune, j'ai eu grand soin de distinguer celles qui existent sans cause organique appréciable, et celles qui sont produites et entretenues par des altérations évidentes. Ces dernières résistent trop souvent aux moyens de traitement qui réussissent si bien contre les cas simples ; ou si l'on obtient un soulagement, il n'est ni complet ni durable, et le chirurgien est réduit à opérer sur des surfaces dont la sensibilité est notablement exagérée. Sa position devient alors très-pénible. D'un côté, les manœuvres sont douloureuses, et la prudence ordonne de les abréger ; d'un autre côté, les complications de l'affection calculeuse, par les difficultés qu'elles apportent au diagnostic, le mettent dans la nécessité de multiplier, de prolonger les recherches.

Ainsi, un malade se présente avec les signes rationnels de la pierre, l'urètre est fort irritable, le passage de la sonde est douloureux; arrivé au col de la vessie, l'instrument est arrêté par une tuméfaction prostatique, et surtout par une de ces masses fongueuses qui sont si fréquentes à l'orifice interne de l'urètre chez les calculeux âgés. La première difficulté est de pénétrer dans la cavité vésicale. La théorie, en s'appuyant sur quelques cas peu graves, atténue ces difficultés ; mais au lit du malade, surtout quand le chirurgien n'a pas une grande habitude du cathétérisme, elle paraît si grande, qu'on se sent disposé à ne pas aller plus loin. Souvent alors, la partie prostatique de l'urètre est dilatée, et contient quelques gouttes d'urine. On peut se croire dans la vessie, d'autant plus sûrement que la sonde n'avance pas, quoi qu'on fasse.

Mais supposons qu'elle franchisse le bourrelet fongueux qui se présente, et qu'on reconnaisse la pierre ; si les parois vésicales sont hypertrophiées, si la cavité du viscère est réduite, le calcul pourra paraître immobile, adhérent, enkysté, avec d'autant plus de raison que la sonde, serrée par la masse fongueuse, n'exécutera pas les manœuvres nécessaires.

Il ne faut pas se le dissimuler, les difficultés peuvent être fort grandes, même pour un praticien exercé. Quelquefois même, la manœuvre exploratrice, sans être très-douloureuse, irrite, fatigue la vessie : il survient de la réaction, et l'on se voit forcé de suspendre les tentatives et même de renoncer au traitement ; circonstance d'autant plus regrettable, que l'on se trouve réduit alors aux injections, aux lavages à grande eau, aux irrigations, avec un liquide plus ou moins aiguisé, d'après la composition de

la pierre, dont les fragments détachés font connaître la nature.

Je reviendrai, dit M. Civiale, sur les procédés d'exploration par lesquels on peut espérer d'établir le diagnostic différentiel dans les divers états morbides de la vessie. E. CROUZAT.

Hôpital de la Pitié. — M. NONAT.

Observations de thoracentèses dans le traitement de la pleurésie,

Recueillies par M. PROST, *interne des hôpitaux.*

Quoique la thoracentèse soit aujourd'hui beaucoup plus souvent pratiquée qu'il y a quelques années, tous les praticiens sont encore loin d'être fixés sur l'extension qu'on doit donner à cette opération, sur les avantages et les inconvénients qu'elle présente.

Les trois faits suivants contribueront à démontrer que, pratiquée dans certaines conditions et avec quelques précautions, la thoracentèse n'offre pas de dangers sérieux ; ils ne contribueront pas moins à démontrer dans quelles proportions cette opération peut être utile. Elle a une utilité immédiate en soulageant promptement les malades ; elle a une utilité consécutive, parce que l'évacuation liquide, diminuant considérablement la compression du poumon, facilite par cela même la circulation et la partie de l'épanchement non évacuée. En hâtant cette absorption, l'opération empêche complétement, ou en grande partie, l'organisation des fausses membranes, les adhérences qui en sont les conséquences, et naturellement les accidents que produisent ces adhérences elles-mêmes.

Ce n'est pas, néanmoins, comme méthode exclusive que M. Nonat emploie la thoracentèse, mais seulement comme adjuvant utile ; et nous avons, en effet, remarqué qu'après son emploi, les autres moyens, dérivatifs, révulsifs, vésicatoires, etc., agissent avec plus d'efficacité que lorsqu'ils sont administrés seuls.

1re *Observation.* — Au n° 21 de la salle Saint-Paul, était couché Le Brottier, âgé de 36 ans, cocher, entré le 3 février 1854. Ce malade a toujours joui d'une bonne santé. Le 1er février, sans cause connue, il a été pris de frisson, bientôt suivi de toux avec dyspnée ; il fut forcé de quitter son travail. Le lendemain, il avait un point de côté au niveau du mamelon droit ; toux sèche, perte d'appétit.

Le 3, il entra dans cet état à l'hôpital. Le soir, saignée de 4 palettes.

Le 5, même état ; la pleurésie n'a pas diminué. (2 pil. d'huile de croton ; vésicatoire sur le côté droit du thorax.)

Le 6, les pilules ont occasionné des selles assez nombreuses, l'épanchement n'a pas diminué.

Le 16, le malade se trouve dans l'état suivant : pouls, 92 ; peu de chaleur à la peau ; langue rouge, sèche ; toux fréquente, sèche ; dyspnée extrême ; douleur du côté droit au-dessous en dehors du mamelon ; matité en arrière et à droite, s'étendant jusqu'au sommet du poumon ; absence de bruit respiratoire. En avant, la matité s'arrête un peu au-dessous de la clavicule. A gauche, la respiration est normale. On pratique la thoracentèse, qui donne issue à 2 litres de liquide. Immédiatement, le malade éprouve du soulagement ; la respiration reparaît dans presque toute la hauteur de la poitrine : pouls, 84 puls. ; nul accident n'est venu compliquer l'opération.

Le soir, le malade accuse un état de bien-être ; la respiration est un peu faible dans le tiers inférieur du poumon ; en arrière, elle s'étend facilement dans tout le reste de la poitrine.

Le 17, l'état est satisfaisant ; le pouls est tombé à 68 puls. La température de la peau est bonne ; le malade demande à manger ; l'épanchement ne s'est pas reproduit.

Le 20, l'épanchement se reproduit un peu ; le pouls s'est relevé à 76 ; l'état général est bon ; pas de douleur, pas de dyspnée. (Vésicatoire : 2 pil. d'huile de croton.)

Le 21, les pilules ont occasionné dix selles ; le pouls est retombé à 67 ; la peau est fraîche, la langue humide ; bon appétit ; l'épanchement, qui tendait à se reproduire, a rapidement diminué.

Depuis ce moment jusqu'à sa sortie, le 9 mars 1854, l'état général n'a pas cessé d'être satisfaisant. Le côté où siégeait l'épanchement est un peu plus mat que le côté opposé, mais la respiration s'entend ; seulement, les vibrations thoraciques ont reparu.

2e *Observation.*—Au n° 37 de la salle Saint-Paul était couché le nommé Martranchard, âgé de 37 ans, charpentier, entré le 3 janvier 1854. Ce malade tousse depuis huit mois, il a beaucoup maigri, ses joues ont diminué, sueurs nocturnes. Il y a trois semaines, il a ressenti un frisson violent, bientôt suivi de fièvre, douleur de côté, dyspnée, n'a subi aucun traitement, s'est contenté du repos et de boissons mucilagineuses.

A son entrée, nous pûmes constater l'état suivant : dyspnée extrême ; visage animé ; pouls roide, fréquent, 130, petit ; matité dans toute la hauteur du côté droit en arrière ; matité dans les deux tiers en avant ; pas de respiration ; au sommet en arrière, souffle profond ; en avant, sous les clavicules, craquements humides ; douleurs intercostales ; crachats purulents.

Visite du soir. — Saignée, 4 palettes ; 12 ventouses scarifiées ; gomme sucrée.

Le 4, même état ; 6 ventouses scarifiées.

Le 5, même état ; 6 ventouses scarifiées.

Le 8, pouls petit, dépressible, dyspnée extrême, le malade est continuellement sur son séant, les extrémités sont froides, les muqueuses violettes indiquent le commencement d'asphyxie.

Le 9, on pratique la thoracentèse, qui donne issue à trois litres de liquide. Le malade se sent immédiatement soulagé ; la respiration est revenue dans la plus grande partie de la hauteur ; un peu de râle rude, la toux continue, le malade se trouve beaucoup mieux. (Julep gom.)

Le 10, l'épanchement ne s'est pas reproduit ; on permet deux bouillons ; julep gom., manne sucrée.

Le 11, le malade n'a pas été à la selle, lavement purgatif. Les signes de la phthisie sont très-tranchés, mais le malade se trouve très-bien, la respiration est facile.

Depuis lors, la phthisie a repris la marche habituelle qu'elle présente dans les hôpitaux, c'est-à-dire une marche beaucoup plus rapide qu'en ville ; mais l'épanchement ne s'est pas reproduit.

Mort le 17 mars 1854.

Il est évident qu'ici la thoracentèse a prolongé de près de deux mois les jours de ce malade, et certes ce n'est pas là un résultat à dédaigner, dans la pratique civile surtout, où la phthisie a une marche moins rapide qu'à l'hôpital.

3e *Observation.* — Le 7 mars 1854, est entré au n° 8 de la salle Saint-Paul le nommé Ménard, âgé de 21 ans. Malade depuis un mois, il avait déjà une bronchite lorsqu'il est tombé plus gravement malade. Le 1er mars, il fut pris d'un point de côté, siégeant au-dessous du mamelon droit, avec dyspnée ; la toux qui existait déjà a persisté.

Entré le 7 mars.

État actuel. — Matité dans toute la hauteur de la poitrine du côté gauche ; en arrière, ægophonie, souffle, légère voussure du côté gauche, absence de vibrations thoraciques ; en avant, matité dans la moitié inférieure du côté gauche ; perte d'appétit ; peau sèche, chaude ; pouls fréquent, petit, 96 pulsations ; rien à droite de la poitrine, si ce n'est quelques râles muqueux, disséminés.

Le 10, la thoracentèse est pratiquée, elle donne issue à trois litres de liquide jaune citrin. Pas d'accident pendant l'opération ; la présence de la canule du trois-quarts excite un peu la toux, ce qui est favorable à l'issue du liquide ; le malade se trouve beaucoup soulagé. Traitement : gomme sucrée, julep diacode, deux bouillons, deux potages.

Visite du soir. — État satisfaisant ; le malade respire facilement ; la poitrine est sonore en arrière, la respiration s'entend bien, excepté à la base, où ces signes sont faibles.

Le 12, état général bon, pas de fièvre; pouls 68 à 70; peau fraîche, le côté est un peu plus mal que la veille.

Le 13, état général bon, la matité a augmenté; dans la moitié inférieure du poumon, un peu d'ægophonie; deux pilules d'huile de croton.

Le 14, mieux marqué, depuis la veille la matité a beaucoup diminué; le malade a eu plusieurs selles.

Le 16, deux pilules d'huile de croton.

Le 18, la matité a disparu dans toute la hauteur du côté gauche; la respiration s'y entend très-bien; l'état général n'a pas cessé d'être satisfaisant.

Le 20, hier le malade s'est exposé à un courant d'air; il est survenu un peu de dyspnée avec douleur au côté droit; matité dans les deux tiers inférieurs de ce côté; rien à gauche, où était le premier épanchement; du reste, pas de réaction fébrile. Deux pilules d'huile de croton.

Le 21, le malade a eu des selles abondantes; il est pâle, faible; la matité n'a pas diminué dans le côté droit; rien à gauche.

Le 22, même état; deux pilules huile croton.

Le 23, le malade n'a pris qu'une pilule. Il a eu quelques selles, pas de changements dans l'état de la poitrine; les deux tiers inférieurs du côté droit en arrière sont mats; pas de vibrations thoraciques; pas de respirations; souffle, ægophonie; le côté gauche est sonore, la respiration s'entend bien.

Le 31, l'état est le même; la matité s'entend en avant dans la moitié inférieure du poumon.

6 *avril*. — On pratique la thoracentèse du côté droit; issue d'un litre de liquide; la canule est retirée par moi trop tôt. Vers le soir, état satisfaisant, il n'y a pas eu de fièvre; la sonorité a reparu dans le tiers moyen de la poitrine; matité dans le tiers inférieur.

Le 8, l'épanchement s'est un peu reproduit; deux pilules huile croton.

Le 9, le malade n'a pas pris les pilules; même état local; état général bon; un large vésicatoire.

Le 14, la matité a disparu dans les trois-quarts supérieurs; il n'y a plus qu'un peu de matité dans le quart inférieur; état général très-bon.

Le 20, la sonorité, la respiration s'entendent dans toute la hauteur de la poitrine; les vibrations sont perçues des deux côtés également; le malade est guéri.

A partir de ce moment, il reste à l'hôpital pour reprendre des forces et savoir comment se comportera la poitrine.

Sorti le 2 mai 1854.

4e *Observation*. — Au n° 12 de la salle Saint-Paul est couché le nommé Compains, âgé de 19 ans. Ce malade a été atteint d'une pleurésie au commencement de février; il fut traité par les saignées et le repos. La maladie dura un mois.

Le 1er avril, à la suite d'un refroidissement, il éprouva de nouveau de la douleur dans le côté gauche, au-dessous et en dehors du mamelon, avec fièvre et dyspnée, toux sèche; pas de crachats. — Pendant le mois d'avril, il fut retenu au lit. On lui fit encore quatre saignées et plusieurs vésicatoires. Il y eut du mieux; mais le malade n'était pas encore guéri: il éprouvait une grande faiblesse et de la difficulté à respirer, surtout lorsqu'il voulait se livrer au travail.

Entré à l'hôpital le 2 mai 1854.

État actuel.—Le malade est pâle, faible; les muqueuses sont décolorées. Il se plaint d'une douleur à l'épigastre; il tousse; la respiration est courte, gênée. Il crache peu; les crachats sont aqueux.

Percussion normale à droite. — Matité absolue dans toute la hauteur du côté gauche, en arrière et en avant, dans les quatre cinquièmes inférieurs. Le cœur est refoulé à droite et déborde le sternum de ce côté.

Auscultation. — Respiration un peu exagérée à droite; à gauche, on n'entend la respiration dans aucun point, ni en arrière ni en avant. Pas de souffle, pas d'ægophonie en haut ni en avant: retentissement de la voix.

Les vibrations thoraciques, très-perceptibles à droite, sont nulles à gauche.

Les battements du cœur sont obscurs à gauche, même à la région précordiale, et nuls en s'éloignant de cette région; ils sont facilement entendus dans tout le côté droit.

Pouls régulier, d'une fréquence normale; pas de symptômes de réaction.

La maladie est arrivée à cet état de *statu quo* où elle ne provoque plus de réaction; l'organisme semble s'être habitué à la présence du liquide, qui n'agit plus que lentement, en minant peu à peu la constitution par des troubles qu'il apporte dans les fonctions de l'hématose.

Le 6, la thoracentèse est pratiquée. — Issue d'un litre de liquide plus foncé, rougeâtre, plus épais qu'à l'état ordinaire.

Le malade a moins d'excitation à l'estomac que d'habitude.

Le 7, le malade se trouve mieux; la respiration, perceptible en avant, encore obscure en arrière, où il existait probablement déjà des fausses membranes, car l'opération n'avait pas été suivie du retour de la sensibilité d'une façon aussi intense qu'à l'état ordinaire.

Le 8, la respiration est facilement entendue jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; les vibrations thoraciques deviennent plus évidentes. Il n'y a pas eu augmentation dans les crachats; appétit; pas de fièvre. — Deux portions; julep béchique.

Le 11, ægophonie à la partie inférieure et en arrière. — Vésicatoire volant.

Le cœur a repris sa position normale, immédiatement après l'issue du liquide.

Le 13, deux pilules d'huile de croton.

Le 14, le malade n'a pris qu'une pilule qu'il a vomie; du reste, le mieux se soutient; la respiration revient peu à peu.

Le 16, il n'y a plus trace d'épanchement; la respiration est seulement un peu plus faible que du côté opposé, ce qui tient sans doute aux fausses membranes.

Le 23, le malade a pris froid et a contracté un peu de bronchite. On entend des râles sibilants dans les deux côtés de la poitrine; du reste, plus d'épanchement. — Trois ventouses scarifiées de chaque côté du thorax, en arrière.

Le 25, deux vésicatoires volants en arrière du thorax.

Le 27, aujourd'hui le malade est complétement guéri de la petite bronchite qui lui était survenue; mais on peut constater que, dès le 18 ou le 20, au plus tard, il était guéri de sa pleurésie, et cela en quatorze jours à partir de l'opération.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Août 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Échantillons d'une eau minérale sise à Seutin (Ariége);
2° États de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

L'Académie reçoit plusieurs communications relatives au choléra que nous ne pouvons que mentionner. Elles sont de MM. Baud, à Contrexeville; Bédor, à Troyes; Mérier, à Saint-Dizier; Priou, à Nantes; et Abeille, à Paris. Nous publierons le travail de ce dernier auteur.

Statistique médicale.

M. Peixoto adresse la table de mortalité dans la ville de Rio-Janeiro depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 31 mai 1854. La fièvre jaune y entre pour 1,054 sur un total de 12,207.

Anesthésie locale.

M. le docteur Royer, de Commercy, annonce que l'anesthésie locale agit beaucoup mieux sur les parties anesthésiées que sur celles qui ne le sont pas.

Électrisation.

M. le docteur Boulu soumet à l'examen de l'Académie plusieurs appareils destinés à l'électrisation; nous reviendrons sur cette communication.

Paralysie musculaire.

M. le professeur A. Tigri, de Florence, adresse une observation d'anomalie du muscle tibial postérieur avec dégénération graisseuse et atrophie musculaire progressive.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

M. Depaul. — Messieurs, il est des hommes dont les opinions jouissent du privilége justement mérité d'être accueillies avec grande faveur, et on se sent toujours fort quand on croit y rencontrer un appui pour celles qu'on défend soi-même. Aussi n'ai-je pas été surpris de voir les partisans des redresseurs intra-utérins faire de grands efforts pour trouver dans les paroles de mon excellent maître, M. Dubois, quelque chose qui atténuât un peu ce qu'on a appelé la sévérité de mon jugement. Mais en vérité, il faut être peu difficile et se contenter de quelques apparences, pour trouver que son discours est favorable au redresseur; quelques détails rapides vont, j'espère, vous le prouver.

J'avais cherché à démontrer, dans mon Rapport, par le raisonnement et les faits surtout, que le pessaire intra-utérin ne remplissait pas ordinairement le but pour lequel on l'employait cependant exclusivement, c'est-à-dire qu'il ne redressait pas définitivement, et que la matrice reprenait sa position vicieuse peu de temps après qu'on l'avait retiré.

Sur ce premier point, qui est fondamental, M. Dubois est encore allé beaucoup plus loin que moi. A-t-on oublié cette déclaration nette et radicale : *Jamais l'utérus infléchi n'est redressé; jamais l'utérus déplacé n'est remis dans la situation que l'on considère comme normale?* Si ce fait est vrai, n'est-ce pas, comme il l'a dit, le renversement de toute la doctrine sur laquelle est fondée l'application du pessaire intra-utérin? Après les développements dans lesquels il est entré pour démontrer la vérité de cette assertion, après les faits nombreux relatés par lui et ceux contenus dans mon Rapport, il ne peut rester la moindre incertitude sur ce premier point : les redresseurs ne redressent pas.

A quoi servent-ils donc? Laissant momentanément de côté les dangers qu'ils entraînent et qu'il apprécie plus tard, M. Dubois s'est demandé si on ne pourrait pas expliquer leur action d'une toute autre manière. D'abord il a bien soin de rappeler que, dans presque tous les cas, les médecins qui ont eu recours au redresseur, ne s'en sont pas tenus à lui exclusivement, et qu'ils ont fait intervenir beaucoup d'autres moyens, et il ne dissimule pas qu'il leur attribue une grande part dans les succès annoncés par M. Valleix. On se souvient aussi que c'est un des arguments dont je me suis servi pour donner aux observations de notre confrère une autre interprétation que la sienne.

Abordant ensuite un point presque entièrement neuf, celui des névralgies des organes génitaux, il a cru que peut-être on pourrait tirer parti du pessaire intra-utérin et l'appliquer comme modificateur de la sensibilité utérine. Il a même supposé que M. Valleix s'en était probablement servi plusieurs fois avec une pareille intention. Je dois dire que cette supposition ne me paraît pas justifiée par les écrits de notre confrère. Partout au contraire, il cherche à prouver les rapports qui existent entre les divers déplacements et les accidents observés, et on peut voir que toujours ses efforts n'ont eu qu'un but, celui de ramener l'utérus dans sa direction normale.

Mais l'introduction d'une tige dans la cavité utérine, et son séjour plus ou moins prolongé, doit-elle désormais constituer une méthode à conserver dans le traitement de certaines affections utérines? Oui, répond M. Dubois quand on ne veut lui demander qu'une action purement modificatrice; non, si on voulait la faire agir comme moyen mécanique sur des matrices fléchies ou déviées. Et encore ne faut-il pas s'imaginer qu'il conseille la méthode de prime abord; comme M. Huguier, il n'en veut que pour les cas où les autres moyens que possède la science auront échoué. Elle a, dit-il, de nombreux concurrents qui sont ses prédécesseurs et qui devront lui être souvent préférés. Il cite, en particulier, les cautérisations du col et d'une partie de la surface interne de l'utérus, les douches et les irrigations froides, l'introduction passagère des bougies emplastiques. Il n'en excepte même pas la curette de Récamier. Il aurait pu en ajouter plusieurs autres, qui ont déjà réussi et qui sont loin d'être aussi dangereux qu'elle.

Il n'hésite pas à dire qu'une saine et impartiale appréciation des faits conseille d'exclure le pessaire intra-utérin du traitement de toute phlegmasie utérine un peu étendue, et il suppose que les accidents mortels auxquels il a donné lieu se sont manifestés surtout dans de telles conditions.

Je ne voudrais pas abuser de votre patience, et, cependant, il est un point du nouveau discours de M. Malgaigne que je ne puis laisser passer sans une courte réponse; je veux parler de ce qui est relatif à ma visite à l'hôpital Saint-Louis.

Avec un esprit et une verve qui n'appartiennent qu'à lui, notre très-honorable collègue vous a tracé l'histoire de deux malades qu'il a bien voulu soumettre à mon examen; mais je dois l'avouer, ses deux descriptions ont été tellement illustrées, que j'ai eu beaucoup de peine à reconnaître mes deux observations et l'enseignement qui en découle. Je lui demande donc la permission de raconter tout naturellement comment les choses se sont passées, et l'Académie jugera qui de nous deux était autorisé à se faire une arme de pareils faits. Et puisqu'une occasion, que je n'aurais pas osé faire naître, s'est offerte, j'en profiterai pour parler d'une troisième malade qu'il m'a également présentée, mais dont il n'a rien dit ici, je ne sais trop pourquoi.

Parmi les questions assez nombreuses sur lesquelles je n'ai pas eu le bonheur d'être d'accord avec M. Malgaigne, il en est une qui domine ce qu'il y a de vraiment pratique dans ce débat : chez les femmes qui ont simultanément une déviation utérine (flexion ou version, sans en excepter l'abaissement, pourvu qu'il ne soit pas porté trop loin) et une autre lésion (ulcération simple ou granuleuse, métrite partielle ou générale, etc.), auquel de ces deux états faut-il rapporter la plupart des accidents observés? Quel est, par conséquent, l'élément pathologique contre lequel il faut agir de prime abord? Pour l'habile chirurgien de Saint-Louis, le déplacement est tout, pourvu que la *douleur disparaisse* dans la position horizontale; et quand, après cette épreuve, qu'il considère comme décisive, il a appliqué une ceinture hypogastrique, il dit à ses malades qui se trouvent soulagées : « Allez et marchez, vous êtes guéries Quelques semaines m'ont suffi pour obtenir ce résultat merveilleux! Malheur à vous si vous étiez tombées entre des mains moins clairvoyantes, et qui, prenant au sérieux l'augmentation de volume de l'utérus, les ulcérations du col ou les autres maladies de la muqueuse, auraient mis tous leurs soins à vous en débarrasser, se réservant d'agir contre le déplacement, si vous souffriez encore une fois le premier résultat obtenu!... »

Sa confiance dans le critérium qu'il propose est si absolue, que, pour lui, tout autre moyen d'investigation devient inutile. Les écoulements? toutes les femmes en ont! Le spéculum, pour en apprécier l'origine, ainsi que les altérations du col? C'est un instrument à peu près inutile, et dont on fait le plus grand abus! La constatation de l'augmentation de volume de l'organe par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés? C'est une prétention insoutenable et qu'il réduit à néant!

Mais voyons où il se trouve conduit par ce système destructeur de ce que j'ai la faiblesse de considérer, avec bien d'autres, comme un guide sûr dans le traitement d'un grand nombre d'affections utérines. C'est par les observations citées de l'hôpital Saint-Louis que je vais vous le faire voir :

Le 2 de ce mois, M. Malgaigne eut la bonté de me faire savoir qu'il avait dans son service deux exemples de déviations *simples*, sans complication d'aucune autre lésion, chez des femmes qui souffraient et qui avaient été guéries par lui, à l'aide de la ceinture hypogastrique. « L'une, m'écrivait-il, est atteinte d'antéversion; l'autre de rétroflexion. » Je m'empressai de me rendre à son invitation, et, dès le lendemain matin, j'étais à l'hôpital Saint-Louis. Je fus mis d'abord en présence de la malade qui devait *n'avoir qu'une antéversion.*

Après un interrogatoire préliminaire, et avant d'avoir examiné directement, j'acquis la presque certitude qu'avec l'antéversion il y avait un degré notable d'abaissement. La femme me raconta, en effet, qu'indépendamment des douleurs éprouvées dans les reins, les cuisses et le bas-ventre, elle ressentait, lorsqu'elle était debout et qu'elle avait fait une course un peu longue, la sensation d'un corps qui se présentait à la vulve comme pour en sortir, et qu'elle était souvent obligée de repousser avec la main. Elle ajouta qu'elle perdait un peu en blanc. En examinant sa chemise, je reconnus que cette prétendue perte blanche était jaunâtre, puriforme, et que, sans être très-abondante, elle était cependant plus considérable qu'on ne l'aurait supposé d'après son témoignage. Je dois dire que cette femme, déjà d'un certain âge, n'avait plus ses règles depuis environ deux ans.

En introduisant mon doigt dans le vagin, je fus surtout frappé de l'abaissement notable de l'utérus. Le col, quoique la femme fût couchée et au repos depuis plusieurs jours, était très-près de la vulve et appuyait contre le périnée. Il y avait, en même temps, un très-léger degré d'antéversion. Je dis alors à M. Malgaigne : Je pourrais borner là mon examen, car j'ai déjà la preuve que vous vous êtes trompé dans votre appréciation. Tandis que vous m'aviez convié à constater une déviation pure, je trouve un peu d'antéversion et beaucoup d'abaissement. Cependant, si vous le permettez, je pousserai mon examen plus loin, et ainsi que je le fais toujours, j'examinerai avec le spéculum. Comme je connais votre horreur pour cet *instrument barbare*, j'ai pensé que je n'en trouverais pas dans votre service, et j'ai pris mes précautions en conséquence. J'appliquai donc l'instrument, et je ne fus pas surpris, moi qui crois à la valeur des écoulements pour le diagnostic, de trouver un col rouge, ulcéré et granuleux. Je priai mon savant collègue de vouloir bien, pour un instant, se départir de ses habitudes et de regarder ce col, sur lequel je ramassai, avec un pinceau, une petite quantité d'un liquide jaunâtre et puriforme. L'ulcération superficielle fut constatée par lui et par plusieurs élèves qui étaient présents. J'eus un petit moment de satisfaction, j'en conviens, car je crus que M. Malgaigne allait reconnaître son erreur, et que le spéculum était réha-

bilité dans son esprit. Mais pas du tout, il prit la parole pour dire aux assistants qu'il y avait une petite ulcération, en effet, mais que pour lui, cela n'avait aucune importance, et que presque toutes les femmes avaient le col dans cet état, qui ne constituait pas une maladie. Je me permis de faire observer que là était précisément le point en litige, et que, d'ailleurs, pour le moment, je ne tenais qu'à constater une chose : c'est qu'avec l'antéversion, il y avait non-seulement un abaissement, mais encore une ulcération du col.

La seconde malade, on s'en souvient, devait avoir et n'avoir qu'une rétroflexion. Je fus agréablement surpris, en l'examinant, de trouver que le déplacement indiqué n'existait pas, mais qu'en revanche, il y avait autre chose que je vais dire tout à l'heure.

Elle était beaucoup plus jeune que la précédente, et accouchée depuis quelques mois seulement. Elle marchait difficilement et souffrait dans les cuisses, les reins et le bas-ventre. Elle avait un écoulement plus abondant que la première, ainsi que je pus m'en assurer par l'examen de la chemise. Au lieu d'être blanc, comme le disait la femme, je le trouvai jaunâtre.

Comme élévation, le col utérin me parut à sa place ; il était assez gros et entr'ouvert, un peu inégal et granuleux à sa surface. Au-dessus de lui et en avant, la pression avec le doigt provoquait un peu de douleur sur la paroi antérieure. Le segment inférieur me sembla plus volumineux que d'habitude, et bientôt avec l'autre main, au-dessus du pubis, il me fut on ne peut plus facile de reconnaître que le grand diamètre de l'utérus était notablement augmenté. Le fond était facilement senti au niveau du détroit abdominal, et l'organe se trouvait ainsi placé entre mes deux mains.

Ce premier résultat, outre qu'il dénotait une augmentation de volume assez considérable, me fit penser que la rétroflexion qui m'avait été annoncée n'existait pas, et je dois déclarer, qu'en effet, toutes les recherches ultérieures que je fis pour la constater furent vaines. Aucune tumeur particulière n'existait en arrière du côté du sacrum. Au-dessus du col et dans le même sens, il n'y avait pas la dépression caractéristique. Bref, je demeurai convaincu que l'utérus avait à peu près sa direction normale. Je dois dire que je n'eus pas le bonheur de faire partager cette manière de voir au savant professeur, et il persista, sous ce rapport, dans son diagnostic premier. Je n'ai pas besoin d'ajouter que je demandai encore à me servir du spéculum, et après avoir enlevé un peu de mucus puriforme, je découvris avec satisfaction, mais sans surprise, une ulcération plus considérable que chez la première femme. Je dois avouer que M. Malgaigne ne parut pas plus surpris que moi, et invoquant de nouveau la théorie sur laquelle il venait, quelques instants avant, de si bien parler, il s'efforça, pour la seconde fois, de me démontrer que cette plaie, que tous nous vîmes sur le col, n'était absolument pour rien dans ce qu'éprouvait la malade, et qu'il ne fallait pas seulement y faire attention.

Je crus devoir me contenter de faire mes réserves comme pour le premier fait, et je pris acte encore de ce que, après m'avoir promis le contraire, on ne me présentait pas simplement un déplacement, mais bien et surtout une ulcération considérable qui n'avait pas été soupçonnée.

M. Malgaigne, qui est toujours d'une obligeance extrême, l'était encore plus que d'habitude ce jour-là. Aussi, loin de se laisser décourager par la résistance que j'opposai à ses convictions, il se montra de plus en plus empressé à me découvrir ses trésors, et il voulut bien me faire voir un exemple de ce qu'il appelle la névralgie des annexes. Il m'assura que c'était un cas où sa nouvelle méthode, c'est-à-dire le chatouillement de la face interne du col, avait fait merveille, et on se disposait à renvoyer cette malade comme guérie, bien entendu.

Dans mon interrogatoire, j'appris que cette femme, qui était accouchée depuis environ deux mois et qui n'avait pas encore vu ses règles reparaître, était entrée à l'hôpital pour une douleur vive dont le siége constant était indiqué par elle comme existant entre la fosse iliaque droite et le foie, et qui de là s'irradiait vers la partie supérieure et en bas, du côté du bassin et de la cuisse correspondante. En appliquant la main sur la région douloureuse, quelle ne fut pas ma surprise de trouver précisément en ce point une tumeur arrondie du volume d'une petite orange mobile, mais évidemment le point de départ de la sensibilité ! Je ne crus pas devoir pousser plus loin mon investigation. J'en avais assez pour être sûr qu'il ne s'agissait pas là d'une névralgie, mais d'une tumeur inflammatoire. Il paraît qu'un praticien de la ville avait été de mon avis, car, au dire de la malade, on lui avait fait appliquer des sangsues au niveau de cette tumeur, et je pus facilement constater sur la peau les traces de piqûres récentes.

Pour être complétement exact, je dois ajouter que ces trois femmes étaient enchantées de ce qu'on leur avait fait et se disaient très-soulagées : les deux premières par la ceinture hypogastrique, la troisième par le chatouillement du col.

Je partis de l'hôpital Saint-Louis, plein de reconnaissance pour le bienveillant accueil que j'avais reçu du savant chirurgien, mais emportant le regret de n'avoir pu être de son avis pour aucune des trois malades, et malheureusement convaincu qu'avec un mode de procéder si différent, nous étions plus loin que jamais de nous mettre d'accord.

Avant d'avoir entendu mon savant maître, M. Velpeau, j'avais eu quelque peine à m'expliquer pourquoi lui, qui d'habitude n'aime pas à parler un des derniers, a mis une sorte d'hésitation à se mêler à nos débats. Mais depuis, je me le suis facilement expliqué, le terrain sur lequel il s'est engagé n'est pas celui qu'il choisit ordinairement, et il sentait déjà par anticipation combien il est difficile, quand on accorde trop aux devoirs de l'amitié, de ne pas sacrifier un peu ceux qu'impose la science.

Envisagé d'une manière générale, son discours peut être divisé en deux parties. Dans l'une, il s'est occupé du pessaire intra-utérin ; dans l'autre, qui est incontestablement la plus considérable, il a reproduit, au sujet des déviations utérines, des opinions qu'il professe depuis longtemps et qu'il avait déjà eu occasion de développer dans cette enceinte.

Mon intention n'est pas de le suivre dans tous les points de son argumentation. Voulant rester dans la question, je me propose surtout d'examiner ce qu'il a dit du nouveau traitement mécanique et comment il en a apprécié les avantages et les inconvénients.

Son entrée en matière m'a un peu surpris, je l'avoue : à voir le zèle qu'il a mis à défendre la probité scientifique de M. Valleix, en l'entendant mettre en relief son mérite et sa capacité, on aurait pu croire que quelqu'un ici avait cherché à porter atteinte à l'honorabilité de notre confrère ou à rabaisser sa valeur. Or, messieurs, tout le monde a été unanime pour lui payer un juste tribut d'éloges, et votre rapporteur avait donné l'exemple en déclarant, dès le début, que personne ne professait une estime plus sincère pour l'homme et le médecin ! De si haut que viennent les certificats de moralité et de capacité, il est des hommes qui n'en ont plus besoin, et M. Valleix est de ce nombre.

Mais quelque bonne opinion que l'on ait du mérite et de la bonne foi d'un observateur, cela n'est pas une raison suffisante pour qu'il faille renoncer au droit d'examen et de critique sans lequel il n'y a pas de véritable progrès. Les esprits les plus distingués peuvent se faire illusion, et les observations, j'ai déjà eu occasion de le dire plusieurs fois, n'ont de valeur qu'à la condition d'être sainement interprétées. Le mérite bien reconnu d'un confrère n'impose qu'une obligation, c'est de ne porter un jugement sur ses œuvres qu'après les avoir consciencieusement examinées. Eh bien ! j'ai une prétention, je ne le cache pas, c'est de ne pas avoir failli à ce devoir.

En suivant les différentes phases par lesquelles est passé le nouveau traitement mécanique des déviations de la matrice, il est impossible que vous n'ayez pas été vivement impressionnés par le fait suivant, à savoir : que les deux hommes qui les premiers ont eu la pensée d'introduire et de laisser à demeure une tige dans la cavité utérine, se sont hâtés, après leurs premières tentatives, d'abandonner complétement une pareille médication.

C'est d'abord M. Amussat, à qui appartient incontestablement l'idée du pessaire intra-utérin. Il fait une première tentative ; des accidents formidables éclatent. Une métro-péritonite des plus graves conduit la femme aux portes du tombeau. Cependant elle a le bonheur de se rétablir. Sur une seconde malade, atteinte d'antéversion, il essaie encore : une violente inflammation se développe ; tous les soins furent inutiles, et la mort arrive promptement.

On comprend tout le regret que lui causa un pareil événement. Il s'est amèrement reproché son excès de confiance dans l'innocuité apparente des tiges placées à demeure dans l'utérus, et il vous a dit qu'à partir de ce malheur, il avait renoncé à un moyen qui lui avait été suggéré, en 1826, par le cathétérisme utérin qu'il avait vu pratiquer par Récamier.

Plus tard, c'est M. Velpeau, qui ne se décourage pas cependant facilement dans ses tentatives. Voici ce qu'il vous disait en 1849 : « Trois ou quatre femmes ont bien supporté mes appareils et s'en *sont assez bien trouvées*. (J'appelle, en passant, votre attention sur ces mots : *assez bien trouvées*.) Mais comme il est survenu des accidents, des menaces de métrite ou de péritonite chez *plusieurs* autres ; effrayé, en outre, par la crainte de voir des ulcérations, des perforations s'effectuer dans le tissu utérin, j'ai fini par les abandonner. » Je sais bien qu'il a ajouté que peut-être il y avait encore quelque chose à tenter sous ce rapport. Et cependant, depuis quinze ou vingt années, il a persisté à considérer comme bon le premier jugement que son expérience lui avait dicté. Depuis bientôt sept ans que le nouveau traitement mécanique a été ressuscité en Angleterre et puis en France, malgré les nombreux succès qui ont été proclamés, malgré tout ce qu'on a pu dire de son innocuité, l'a-t-on vu se remettre à l'œuvre, et demander à de nouveaux faits la révision de sa sentence primitive ? En praticien prudent, j'allais dire convaincu, il est resté simple spectateur. Il s'est contenté des autres moyens que possède la science, et jamais, dans son enseignement clinique, on ne l'a entendu conseiller aux nombreux élèves qui se pressent autour de lui, d'imiter ses premiers essais.

Comment se fait-il donc qu'après s'être tenu dans une pareille réserve,

que chacun avait considérée comme un abandon définitif, le savant professeur, faisant un retour sur lui-même, se soit institué le défenseur du même moyen qu'il avait proscrit? Lorsqu'il renonça au pessaire intra-utérin, le fait de M. Amussat ne lui était pas même connu, et pour lui, le nouvel instrument n'avait causé la mort de personne : des accidents plus ou moins graves, mais dont il avait toujours triomphé, avaient suffi pour l'arrêter. Que s'est-il donc passé de si favorable depuis cette époque? Les tentatives se sont multipliées, il est vrai, mais avec elles les accidents de toute sorte se sont produits dans une proportion vraiment effrayante. Bon gré mal gré, il faut bien qu'on consente à tenir compte de la deuxième partie de mon Rapport. N'est-ce donc rien que la mort de douze femmes, qui avaient des affections qui ne compromettaient nullement leur existence, et qu'on aurait soulagées ou guéries par d'autres moyens complétement inoffensifs? N'est-ce donc rien que ce nombre infiniment plus considérable de métrites, de péritonites, d'abcès pelviens, d'hémorrhagies, d'accidents nerveux, etc., qui, pour avoir cédé à des médications énergiques, n'en ont pas moins inspiré les plus vives inquiétudes et fait courir les plus grands dangers? N'est-ce donc rien que ces avortements nombreux qui ont été provoqués, et qui ouvrent une voie nouvelle à des tentatives criminelles, qui ne sont déjà que trop variées et trop difficiles à réprimer? Je le déclare, malgré tout le respect que je professe pour mon illustre maître, je ne puis être de son avis, et je me sens raffermi dans ma croyance par l'exemple que lui-même nous a donné dans de nombreuses circonstances où les éléments de conviction étaient loin d'être aussi nombreux et aussi décisifs.

Permettez-moi de vous rappeler rapidement les raisons qui ont été mises en avant, et il me sera facile de vous convaincre qu'elles ne portent pas le cachet de cette argumentation pressante qui est si familière à notre savant collègue.

Savez-vous pourquoi j'ai eu tort de dire que le pessaire intra-utérin était inutile? C'est, répond M. Velpeau, parce que les autres moyens dont la science dispose laissent beaucoup à désirer, et qu'il y a lieu de rechercher quelque chose de mieux. Mais si un pessaire est tout aussi impuissant, et de plus, s'il fait courir de grands dangers, est-ce une raison pour le conserver? Je connais un moyen bien plus sûr de guérir radicalement les déviations utérines : ce serait d'extirper l'organe en totalité, et cependant, je ne pense pas que quelqu'un songeât à justifier cette méthode, en s'appuyant sur le peu d'efficacité des autres procédés.

Personne n'a nié que la matrice ne fût maintenue redressée par l'instrument mesurant toute la longueur de la cavité ; mais, évidemment, la question n'est pas là. Que devient l'organe, lorsqu'on a retiré cette tige centrale sur laquelle on l'avait suspendu? La théorie avait fait espérer qu'il se maintiendrait dans sa direction normale ; les faits ont démontré qu'il n'en était rien dans l'immense majorité des cas. Pour les flexions, tout le monde est à peu près d'accord sur ce point. Maintenant, qu'il soit arrivé quelquefois que certaines versions ne se soient point reproduites, cela est fort possible ; mais il ne faut pas se hâter d'en rapporter le mérite au pessaire qui a été introduit. Les autres moyens qui ont été toujours concurremment employés avec lui peuvent bien avoir agi, dans ces cas, comme ils agissent dans quelques circonstances. Quand on les fait intervenir seuls, ce qui est aujourd'hui bien constaté, c'est qu'au bout d'un certain temps, la déviation, de quelque nature qu'elle soit, a de la tendance à se reproduire, et se reproduit en effet presque toujours. Que la tige employée ait 3, 4 ou 5 centimètres, le résultat final est à peu près le même.

Si, comme le dit M. Velpeau, M. Valleix possède une infinité de faits qui prouvent le contraire, je suis étonné qu'il ne les ait pas publiés. Mais il n'en est pas ainsi de la plupart de ceux qu'il nous a fait connaître, de ceux observés par MM. Huguier, Aran, Dubois, moi-même et plusieurs autres.

De ce que beaucoup de femmes se trouvent immédiatement soulagées, quand avec le doigt, ou un pessaire quelconque, on a momentanément changé la direction de l'utérus, on n'est pas en droit d'en conclure que la tige intra-utérine remet définitivement les choses en place. On oublie trop facilement ce que peut l'imagination de ces malades, quand on leur donne une espérance quelconque. Parmi les nombreux moyens qui ont été conseillés et employés, il n'en est pas un qui n'ait produit, pour un temps ordinairement court, des résultats analogues; et tous les praticiens savent bien à quoi s'en tenir à ce sujet.

Tout en reconnaissant que les observations que j'ai réunies dans mon Rapport ont démontré que le pessaire intra-utérin pouvait causer des accidents graves et même la mort, notre éminent collègue s'est efforcé d'en diminuer la valeur par des interprétations plus ou moins heureuses. C'est ainsi qu'il en veut faire retomber la faute sur des erreurs de pratique ou de diagnostic, sur un défaut d'habitude ou de précaution. Il est évident qu'en avocat habile, considérant la cause comme perdue quant au fond, il s'efforce de plaider les circonstances atténuantes.

Personne ne voudra admettre que ce soit chose difficile que de faire pénétrer une tige dans la cavité utérine, et que des praticiens comme MM. Valleix, Nélaton, Huguier, Aran, etc., n'aient pas agi en s'entourant de toutes les précautions désirables pour le manuel opératoire. Non, si quelque chose doit surprendre, c'est que l'utérus ait été aussi tolérant dans un certain nombre de cas, lui qui d'habitude est si facilement arrêté par la présence du plus petit corps étranger, lui dont les efforts et les contractions ne s'arrêtent que lorsqu'il s'est débarrassé, soit d'un simple caillot qui s'est formé dans sa cavité, soit d'un polype ou de toute autre production qui en distend les parois! Et quelle différence cependant entre des corps étrangers de cette nature, et le pessaire intra-utérin, formé d'une substance solide, inflexible!

A voir l'importance que l'on attache à ce que l'extrémité de la tige soit assez courte pour ne pas toucher le fond de la matrice, n'est-il pas évident qu'on a oublié que cet organe n'a pas de cavité à proprement parler, et que, dans tout état de chose, si peu long que soit l'instrument, il agira par tous les points de sa surface, et surtout par son extrémité, contre laquelle sera incessamment poussé l'utérus, soit par la force qui réside dans sa propre contractilité, soit par l'impulsion que lui communiqueront les efforts et les pressions intestinales? Non, j'avais eu raison de le dire dans mon Rapport, une pareille méthode n'est pas rationnelle, et je suis bien de l'avis de M. Velpeau quand il déclare que, malgré tout ce qu'il a dit au profit du redresseur intra-utérin, il ne faudrait pas penser cependant que ce soit là le *nec plus ultrà* de la thérapeutique des déviations utérines.

Mais si, comme il le pense et comme il l'a écrit, il doit en être de ce nouvel instrument comme de tous les autres pessaires, c'est-à-dire qu'il n'agira tout au plus que comme *moyen palliatif*, comprend-on qu'il fasse des efforts pour le maintenir dans la pratique ordinaire, et croit-il qu'il rencontrera beaucoup de praticiens disposés à s'en servir, alors qu'il l'a lui-même abandonné et qu'il leur apprend qu'ils ont à leur disposition beaucoup d'autres moyens tout aussi efficaces, et qui n'en diffèrent que parce qu'ils ne compromettent ni la santé ni la vie des femmes?

L'Académie n'a pas oublié, sans doute (car elle a dû l'entendre avec surprise), le vœu exprimé par M. Velpeau vers la fin de son discours. « En somme, a-t-il dit, ce qu'on devra retirer de cette médication, personne ne pourra mieux le dire que M. Valleix ; qu'on le laisse donc faire, et je suis sûr qu'il fera connaître, sans réserve, la vérité sous ce rapport. » Mais notre collègue oublie que ce qu'il demande est déjà fait. L'habile médecin de la Pitié a déjà beaucoup écrit sur cette question, et à cette tribune même, en quelque sorte pour fournir des éléments à notre discussion, il est venu nous faire connaître les résultats de sa pratique. Mais malgré toute sa valeur et sa probité bien reconnues, est-ce une raison pour que chacun de nous décline sa compétence et accepte les yeux fermés? Non; ce sont là les principes d'une philosophie médicale dangereuse, et je me suis trop pénétré, depuis longues années, des exemples contraires qui m'ont été donnés par mon excellent maître, pour que je ne veuille pas faire comme il a fait dans maintes circonstances que je pourrais citer. Tout en accordant beaucoup de valeur aux opinions d'un confrère haut placé dans l'estime publique, chacun avait le droit de les contrôler, et pour moi, c'était un devoir que vous m'aviez imposé. Or, c'est avec ses propres observations et avec celles de plusieurs autres praticiens, que je crois avoir démontré qu'il s'était fait une illusion complète sur le mérite et l'innocuité du nouvel agent thérapeutique.

Dès lors, on doit comprendre combien je suis peu disposé à laisser passer sans réplique les assertions qui tendent à faire croire que mes analyses des observations ne sont pas complètes, et que, par conséquent, je n'en ai pas fait suffisamment sortir pour le lecteur l'expression de la vérité. De tous les reproches qu'on pouvait m'adresser, c'est celui auquel je suis le plus sensible. Certes, il ne m'en coûterait pas d'avouer une erreur si je l'avais commise, car ce que je veux avant tout, c'est la vérité.

Voyons donc si, en citant la 19e observation comme ayant été mal appréciée par moi, M. Velpeau a été bien inspiré; et pour être sûr de ne rien oublier, je vais d'abord la reproduire textuellement. Quelques réflexions suffiront ensuite pour faire apprécier sa valeur.

19e *Observation.* — Madame D...., âgée de 32 ans, constitution bonne, tempérament sanguin ; menstrues à 16 ans ; bien dès le début, mariée à 20 ans, a eu cinq enfants. Les quatre premières grossesses n'ont rien présenté de particulier. Au commencement de la cinquième, c'est-à-dire à une époque qui remontait à vingt mois, lorsque je vis cette malade, elle ressentait des douleurs vives dans les lombes, dans les aines et les cuisses, plus fortes du côté droit ; en même temps, les digestions étaient pénibles, difficiles, accompagnées de douleurs épigastriques avec sueurs, puis froid intense, frissons, parfois vomissements et menace de syncope. La malade ne prenait chaque jour qu'une petite quantité d'aliments, et ne pouvait faire qu'un seul repas après lequel ces accidents redoublaient d'intensité. Les mêmes accidents se manifestaient alors même que la malade ne prenait qu'un simple verre d'eau sucrée.

Dans la pensée que ces symptômes fébriles pouvaient être caractéris-

tiques d'une fièvre intermittente, on donna du sulfate de quinine sans en obtenir d'effet.

Plus tard, les douleurs augmentèrent toujours plus vives dans la fosse iliaque droite, vers laquelle l'utérus, en se développant, s'inclinait de préférence, ce qui occasionna des varices au membre abdominal de ce côté. *Les forces étaient complétement perdues; la maigreur devint considérable*, et quelques symptômes qui survinrent à cette époque firent craindre le développement de tubercules. On prescrivit du carbonate de fer et de l'huile de foie de morue, sans amener aucun changement.

Enfin, l'accouchement eut lieu naturellement à terme; le travail fut long, puisque les douleurs durèrent quatre jours. Pendant les onze mois qui suivirent, bien que les aliments fussent un peu mieux supportés, les accidents *persistèrent*, les forces s'épuisaient journellement; et cette femme, qui nourrissait elle-même son enfant, ne pouvait plus le porter ni le soulever de terre. S'il lui arrivait de se baisser, elle était obligée d'appeler quelqu'un à son aide pour se relever.

Elle était dans cet état, lorsque je la vis le 24 décembre 1851, à la consultation de l'hôpital Beaujon. Je trouvai son utérus à peu près dans la même situation que celui de la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, renversé en arrière et formant une courbe à concavité inférieure; la sonde pénétrait à 7 centimètres, et l'organe se laissait facilement remettre en place.

Comme elle ne pouvait rester à l'hôpital, dès le 29 décembre, j'introduisis un redresseur à tige articulée, qui pénétra avec facilité et sans douleur. La malade put immédiatement retourner chez elle à pied. Pendant trois jours, elle eut un peu de courbature, avec coliques utérines; mais le quatrième, tout avait cessé, et elle éprouvait un sentiment de bien-être inaccoutumé. Les douleurs avaient disparu, l'appétit était revenu, les digestions étaient faciles. Elle pouvait aller, venir, se livrer aux soins du ménage, porter son enfant, se baisser, se relever, et faire même d'assez longues courses avec l'instrument. Comme elle était nourrice, les règles ne se montraient pas; il n'y avait pas d'écoulement de sang par la vulve. La tige utérine resta quarante-huit jours en place et ne fut enlevée qu'après le sevrage de l'enfant. Les règles reparurent alors. L'utérus avait une bonne direction.

Le 3 mars, quelques symptômes ayant reparu, je trouvai un peu d'inclinaison en arrière; le redresseur, replacé, resta jusqu'au 14, époque où il fut enlevé, à cause de l'arrivée des règles, qui furent un peu douloureuses.

Le 25, la santé générale était excellente, et la direction de l'utérus parfaitement normale.

Voici maintenant la réflexion dont M. Valleix a fait suivre cette observation: « Dans ce cas, nous voyons encore, comme dans beaucoup des précédents, les symptômes occasionnés par la déviation faire croire à des maladies diverses: fièvre intermittente, tubercules, chlorose, etc., qui résistent à tous les traitements et ne se guérissent qu'après le redressement de l'utérus, ce qui montre combien est intime la liaison qui les unit à la déviation. »

Il a fallu que la préoccupation de notre confrère fût bien grande, car il résulte positivement du fait relaté par lui la preuve du contraire. Il est dit en effet que la femme D..., qui était d'une bonne constitution, *s'était bien portée jusqu'au commencement de sa cinquième et dernière grossesse.* Or à cette époque où les déviations, quand il en existe, disparaissent, qu'éprouve-t-elle? Des phénomènes qui appartiennent en propre à la gestation, et pas autre chose. Qui n'a reconnu, dans les douleurs des aines et des lombes, dans les troubles des fonctions digestives, dans les phénomènes nerveux de toute sorte dans l'amaigrissement et l'affaiblissement qui en ont été la conséquence, tous les accidents qui troublent trop souvent la marche ordinairement si simple de la grossesse! Tout cela dura et s'empira jusqu'à la fin, et lorsque l'accouchement eut lieu à terme, *les forces étaient complétement perdues, la maigreur considérable.* Pouvait-il y avoir alors la rétroversion qui a été plus tard invoquée pour se rendre compte du délabrement si considérable de la santé?

Mais ce n'est pas tout. Que fait cette pauvre femme pour rétablir sa constitution si profondément altérée? Forcée sans doute par la misère, elle entreprend d'allaiter son enfant, et pendant onze mois elle subit toutes les fatigues d'une pareille fonction. Est-il étonnant que les accidents aient persisté, que les forces aient continué à s'épuiser, et que cette pauvre malheureuse en soit arrivée au point de ne plus pouvoir porter son enfant, et de n'avoir plus la force de se relever seule lorsqu'elle s'était baissée? Si quelque chose doit surprendre, c'est qu'elle n'ait pas été victime de son dévouement ou de la dure nécessité à laquelle elle a été réduite.

Comment, après cela, aurais-je pu admettre qu'il lui eût suffi de porter trois jours un redresseur pour que ses forces fussent revenues, qu'elle pût vaquer à ses occupations, et faire même d'assez longues courses? Il est impossible qu'il ne se soit pas glissé quelque erreur dans la rédaction de cette observation, et lorsque je vois que ce n'est que près de trois mois après le début du traitement, et lorsque la femme a cessé de nourrir déjà depuis longtemps, qu'on déclare que la guérison est complète, M. Velpeau ne comprendrait pas que j'aie pu résumer ce fait en disant: Femme épuisée par la grossesse et l'allaitement. Ce fut surtout à partir du sevrage, et sous l'influence du repos et d'une alimentation convenable, que la santé se rétablit! Mais je ne veux pas aller trop loin, et je me résume en disant: Les accidents rapportés, dans cette 19e observation, au renversement utérin constaté au début du traitement, ne peuvent avoir eu une telle origine. Cela est matériellement impossible; cela résulte, sans contestation possible, de l'observation elle-même. Emettre une opinion contraire, c'est permettre de supposer qu'on ne l'a pas lue. M. Velpeau aura été pressé, sans doute, et se sera contenté d'une analyse faite par un autre. Je ne doute pas qu'après avoir ainsi fait passer le fait sous ses yeux, il ne soit de mon avis.

Messieurs, si je ne voulais rester sérieux dans une question de cette importance, je pourrais vous égayer en vous faisant voir jusqu'où peut aller l'aveuglement de quelques personnes; je me contente de vous renvoyer au numéro du journal l'*Union médicale* du 18 de ce mois. Vous y verrez que le redresseur n'est pas seulement efficace dans les déviations de l'utérus, mais qu'il étend encore son action salutaire sur les troubles de la vision. Une femme qui, depuis dix ans au moins, se servait de lunettes, ne s'en sert plus et n'en a plus besoin depuis qu'elle a fait usage du pessaire intra-utérin. Espérons que les bienfaits de cet instrument s'étendront encore, et qu'on pourra bientôt l'appliquer au redressement de certaines déviations de l'esprit!

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — La recrudescence légère que nous avons signalée à Paris tend à se calmer; cependant, pendant les deux derniers jours, le chiffre des cas nouveaux dépasse encore très-notablement la moyenne des deux derniers mois. Le 31 juillet, les hôpitaux ont reçu 65 cas nouveaux, dont 12 déclarés à l'intérieur; le 1er août, 51 cas nouveaux, dont 15 déclarés à l'intérieur. — Le 31, il y a eu 27 décès, et le 1er, 20. Depuis le début de l'épidémie, les hôpitaux ont reçu 4,018 cholériques, dont 1,549 sont sortis guéris; 2,104 ont succombé, et 365 restent en traitement.

— Dans sa séance d'hier, l'Académie a reçu des départements plusieurs communications relatives à l'épidémie; elles venaient des départements de l'Aube, la Haute-Marne, la Loire-Inférieure et des Vosges. — Celle de M. Mérier, de Saint-Dizier, annonce que, entre autres faits, l'épidémie a envahi environ 200 communes du département de la Haute-Marne, et qu'elle se montre avec son intensité accoutumée. Ce zélé médecin annonce qu'il a employé dans quatre cas très-graves, et avec au moins une apparence de succès, l'essence de térébenthine, administrée suivant la méthode du docteur Bellencontre (voy. *Monit. des Hôpit.*, 18 juillet 1854).

— M. le docteur Prieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Gray (Haute-Saône), nous transmet des nouvelles plus graves encore que celles que nous avons données. D'après ce médecin, la population de Gray s'élevant à 7,000 habitants, et réduite, par l'émigration, à 3,500, en a perdu 389. Dans le nombre des morts se trouvent deux médecins, un officier de santé et un étudiant en médecine. Deux autres médecins ont quitté la ville, malades, et deux gardent le lit. M. Prieur est resté seul avec un autre confrère et plusieurs étudiants en médecine.

— La Société médico-psychologique a élu dans sa dernière séance les membres qui doivent composer le bureau pour l'année 1854-55. Ont été élus ou réélus MM. Buchez, *président;* Parchappe, vice-président; Dechambre, *secrétaire général;* Brière de Boismont, *secrétaire;* Michéa, trésorier.

— M. Deguise fils, nommé chirurgien en chef de la Maison de Charenton, a été remplacé dans ses fonctions d'adjoint par M. le docteur Rousselin, ancien médecin de l'asile de Blois.

BIBLIOGRAPHIE.

Dernières publications de la librairie VICTOR MASSON.

Traité des maladies du sein et de la glande mammaire, par M. VELPEAU. — Paris, 1854. — 1 beau vol. in-8, avec planches coloriées. — Prix : 12 fr.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux, par M. Isidore GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Tome 1er, contenant *Introduction historique et Prolégomènes.* — Paris, 1854. — 1 vol. gr. in-8. — Prix : 8 fr.

L'ouvrage comprendra cinq tomes; les tomes 2 à 5 seront publiés chacun en deux parties, lesquelles paraîtront d'année en année.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 93. 2e année. Samedi 5 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 4 Août 1854.

Du mouvement actuel des Écoles hippocratiques et vitalistes.

De la valeur des traditions de l'Ecole de Montpellier.

Depuis le remarquable article de notre très-distingué collaborateur, M. L. Fleury, nous n'avions pas cru devoir poursuivre l'étude des petites agitations qui se passent dans un coin nuageux du monde scientifique, où l'influence des faits positifs, qui tend de plus en plus à gouverner aujourd'hui, dans l'ordre physique comme dans l'ordre moral, ne paraît pas avoir encore pénétré. Ces agitations ne nous paraissant pas devoir sortir de ce cercle très-circonscrit, nous ne pensions pas qu'il fût très-utile d'y insister dans ce recueil, où les faits et les vérités *démontrables,* qu'on nous passe le mot, doivent seuls occuper une place importante. Un journal qui obéit aux mêmes principes philosophiques que le nôtre ayant jugé utile de consacrer, sous les deux titres indiqués ci-dessus, deux longs articles aux disputes dont il s'agit, nous espérons que nos lecteurs nous pardonneront de nous en occuper à notre tour, tout en faisant notre possible pour éviter les personnalités et, partant, les réclamations, et pour que cette étude n'envahisse pas dans le *Moniteur* une place réservée aux questions qui se traduisent par des applications, et qui peuvent être traitées dans un langage intelligible.

Aujourd'hui, nous commencerons par reproduire le second des deux articles dont nous avons donné le titre. Cet article, non plus que le précédent, ne porte de signature ; mais à sa forme nette, incisive, d'une ironie déchirante, tous ceux qui le liront y reconnaîtront bien vite la seule plume qui ait pu l'écrire, c'est-à-dire celle de M. Malgaigne, et ils nous sauront gré de les en avoir gratifiés.

Le seul regret que nous ayons à exprimer avant de reproduire ce remarquable article, c'est que M. Malgaigne n'ait pas cru devoir distinguer ce que quelques songe-creux appellent l'*École de Montpellier* de l'École de Montpellier véritable, représentée par les professeurs en chair et en os. Parmi le personnel professoral, il y a, à Montpellier, comme à Paris, quoique moins qu'à Paris, des hommes qui aiment le langage intelligible et l'érudition exacte, les vérités palpables, et il est juste de ne pas faire peser sur eux ce qui n'incombe qu'à un petit nombre d'esprits accoutumés à se nourrir de ce que Voltaire appelait si pittoresquement du galimatias double. Ceci soit dit en même temps pour les hommes vraiment distingués qui avaient cru pouvoir s'attribuer, dans l'article de M. Fleury, une part qui ne leur était point destinée.

H. DE CASTELNAU.

Voici l'article que nous prendrons la liberté de signer : *Malgaigne :*

Dans un article sur *le mouvement actuel des écoles hippocratiques,* nous avons mis en relief l'*ignorance mêlée de superbe* de ces prétendus disciples d'Hippocrate, qui ne savent pas seulement ce qu'a dit leur maître. M. Cayol ne s'est pas ému pour si peu ; et il est probable, dès lors, qu'il continuera victorieusement à citer Hippocrate sans le lire et sans le comprendre. Que la paix soit donc avec lui ! l'École de Montpellier n'a pas gardé le même silence ; et M. le docteur Chrestien, l'un de ses athlètes et l'une de ses colonnes, a cru devoir dire au moins quelques mots, non pour sa défense (elle n'en a pas besoin), mais tout simplement en son honneur.

« *Nous pourrions répondre bien des choses,* dit notre savant confrère ; *mais à quoi bon ? La* Revue médico-chirurgicale *se garderait bien de reproduire nos bons arguments, pour ne pas ouvrir les yeux à ses lecteurs, étant trop intéressée à leur ôter l'envie de nous lire.* » Nous sommes ravis de montrer à M. Chrestien qu'il s'est trompé sur notre compte ; et que ceux de nos lecteurs qui auraient *envie de le lire* trouveront à se satisfaire. Cela lui inspirera le regret, sans doute, d'avoir tenu si soigneusement cachés ses *bons* arguments. Du reste, il ne les a pas cachés tous ; en voici un par exemple :

« L'érudite *Revue* nous reproche de n'avoir pas fourni une seule ligne sur les doctrines hippocratiques : *Risum teneatis, amici !* »

Il est aisé peut-être à M. Chrestien de prêter à rire à ses lecteurs ; il n'est pas aussi aisé de répondre à ce que nous avons dit, qui est un peu différent de ce qu'il nous fait dire ; savoir : que *s'il y a eu de notre temps des études sérieuses sur le canon et les doctrines hippocratiques, c'est à l'École de Paris qu'on les doit ; Montpellier n'y a pas fourni une seule ligne.* Remarquez bien que nous ne prenons pas pour *études sérieuses* les rêveries que l'École de Montpellier attribue à Hippocrate ; mais nous aurons une meilleure occasion tout à l'heure de montrer qu'elle ne le lit seulement pas.

Nous avions aussi posé cette question : *A quoi l'opinion physiologique du double dynamisme humain conduit-elle, soit les théoriciens, soit les praticiens ?* M. Chrestien nous répond par cette citation de M. Lordat :

« Distinction radicale entre l'homme et la bête ; anthropologie

qui ne peut pas se confondre avec la zoologie; différence entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire, assez grande pour qu'elle ait préoccupé nos gouvernants et les ait déterminés à fonder ces écoles distinctes. »

Quoi! c'est à l'École de Montpellier que l'on doit de distinguer enfin radicalement l'homme et la bête! Quoi! avant la théorie du double dynamisme, on était exposé à les confondre! Nous allions dire que le monde est bien ingrat; mais, s'il n'a pas rendu à l'École de Montpellier toute la reconnaissance qu'elle mérite sans doute pour ces importantes découvertes, c'est peut-être (nous n'affirmons rien) qu'il les regardait comme faites depuis un certain temps. Et si l'École de Montpellier tient aujourd'hui à les avoir refaites, nous lui demandons encore à quoi cela conduit, en médecine, soit les théoriciens, soit les praticiens.

Mais dans le même journal qui nous apporte ces révélations inattendues, se trouve, par bonne fortune, un article d'un tout autre poids; ce n'est rien moins que la deuxième leçon du cours de physiologie de M. Lordat lui-même, le chef et le maître de cette École; c'est l'enseignement hippocratique comme on l'expose à Montpellier; c'est l'histoire des traditions médicales comme on la professe à Montpellier.

Avant de commencer cet examen, nous désirons pourtant témoigner ici et de la haute estime, et du respect mêlé d'affection que nous professons pour la personne et le talent de M. Lordat. Nous n'avons pas eu la faveur de l'entendre; mais tous ses élèves sont unanimes à attester l'effet immense de sa parole sur son jeune auditoire; et, par les comptes rendus de divers journaux, nous avons pu juger de la gravité et de l'élévation de ses idées. Si ces idées sont cependant stériles pour la médecine proprement dite, s'il n'emporte ses élèves à de si grandes hauteurs que pour laisser sous leurs pieds un vide immense, nous pensons qu'il y a là un danger dont il convient de l'avertir lui-même. Platon renvoyait Homère de sa république, après l'avoir couronné de fleurs; nous voudrions que M. Lordat gardât à la fois sa couronne et sa place parmi nous, au-dessus de nous; mais plus haut sera le siége qu'il aura conquis, plus nous nous croirons autorisés à lui demander un compte sévère de ce qu'il a fait des traditions et des doctrines médicales.

La leçon qu'il s'agit d'examiner est précédée d'une sorte de titre qui paraît résumer les idées essentielles du professeur. Voici d'abord les deux premières :

« *Ne jamais oublier que la doctrine de la constitution de l'homme, enseignée dans notre Faculté, est radicalement, essentiellement celle d'Hippocrate. Quoi qu'en puissent dire quelques adversaires de notre enseignement, tout lecteur sera convaincu de la réalité de cette assertion, en lisant deux chapitres de l'Histoire de la médecine de Leclerc, et quelques passages du livre hippocratique : de Diœtâ.* »

En lisant cette étrange analyse, nous avons cru d'abord que peut-être le journaliste s'était trompé, et que le maître s'était exprimé d'une autre manière. Mais non; c'est bien le professeur qui parle.

« La connaissance la plus explicite et la plus solide de la constitution de l'homme, la seule qui a pu scientifiquement vivifier la pratique médicale, c'est, comme nous l'avons dit, celle qu'Hippocrate a formulée. Suivant lui, l'unité humaine complète est constituée de trois principes essentiellement différents : d'un système d'instruments, d'un principe d'intelligence substantiel, et d'une puissance dont les effets tiennent à certains égards des propriétés matérielles et des facultés intellectuelles, mais qui n'est manifestement de l'essence ni de l'une ni de l'autre de ces causes.

« Cette notion hippocratique est exprimée de la manière la plus claire dans les livres du père de la médecine. Si elle n'est pas rédigée synthétiquement, les idées sont textuellement disséminées; comme il peut vous tarder de lire la formule de la pensée contractée par un commentateur digne de confiance, je vous engage à lire les premiers chapitres du 3e livre de l'*Histoire de la médecine*, du savant et judicieux Daniel Leclerc. Hippocrate a eu des idées étendues sur l'agrégat matériel de l'homme; l'historien a réuni, dans le chapitre indiqué sous le titre d'*Anatomie d'Hippocrate*, les connaissances réelles, les conjectures et les erreurs que ce grand homme avait consignées dans ses nombreux ouvrages. . . . .

« Dans le second chapitre du 3e livre de l'*Histoire* de Leclerc, vous pouvez voir les caractères qu'Hippocrate reconnaît dans la puissance du dynamisme humain de laquelle proviennent les fonctions vitales, naturelles, instinctives, comparables à celles des animaux, puissance qu'il désigne ordinairement sous le nom de *Nature Vivante*. « Cette *Nature*, disait-il, *suffit* « *seule aux animaux pour toutes choses, ou leur tient lieu* « *de tout. Elle fait d'elle-même tout ce qui leur est néces-* « *saire, sans qu'elle ait besoin qu'on le lui enseigne, et sans* « *l'avoir appris de personne*. Et sur ce pied-là, comme si la « Nature Vivante avait été un principe doué de connaissance, il « lui donnait le titre de *juste* » (comme pour dire qu'elle se conduit conformément à une règle de convenance). « Il lui at- « tribuait *une faculté* » (sans doute unitaire), « *ou des facul-* « *tés qui sont comme ses servantes. Il y a*, dit-il, *une seule* « *faculté, et il y en a plus d'une : ce sont elles qui font* « *passer le sang, les esprits et la chaleur dans toutes les* « *parties, qui reçoivent par ce moyen la vie et le senti-* « *ment*. » Il dit aussi ailleurs que « *c'est la faculté qui nour-* « *rit et qui fait croître toutes choses*. » . . . .

« Cette dualité des puissances du dynamisme humain n'est pas simplement une déduction logique à tirer, par la sagacité du lecteur, des faits ici désignés : elle est explicitement proférée par Hippocrate, à travers les idées grossières et les erreurs d'histoire naturelle de l'époque, comme vous pouvez le voir dans le troisième chapitre du livre de l'ouvrage de Leclerc cité. Reconnaissez cette proposition doctrinale dans ce passage du *Traité du cœur*, traduit ainsi par l'historien : « Ces mêmes membranes « sont disposées avec un plus grand artifice, ou avec plus de « justesse, du côté gauche que du côté droit. La raison de cela « est que l'*Ame de l'homme*, ou l'*Ame raisonnable, qui est* « *au-dessus de l'autre Ame* » (c'est-à-dire de la Nature Vivante), « a son siége dans le ventricule gauche du cœur. Cette « âme (raisonnable) ne tire pas son entretien ou ne se nourrit « pas des viandes qui viennent du ventre, mais d'une manière « pure et lumineuse qui se sépare du sang, en sorte qu'elle ré- « pand ses rayons de tous côtés, etc. »

« Quelque grotesque que soit cette psychologie, vous ne pouvez pas y méconnaître l'idée de la dualité du dynamisme humain. Cette dualité est une idée intégrante de la pensée anthropologique hippocratique, et partant une séparation radicale de la physiologie médicale et de la physiologie générale. »

Est-il possible! voici donc une École qui reconnaît Hippocrate pour son maître, que dis-je? pour son oracle; vous pensez qu'alors elle va recommander à ses élèves d'étudier, de méditer Hippocrate :

Nocturna versate manu, versate diurna ;

et ce conseil que vous attendez se réduit, à quoi? A lire *deux chapitres de Daniel Leclerc!* O vous, élèves bien-aimés, si vous voulez vous instruire, gardez-vous de recourir aux sources; vous n'y trouveriez peut-être pas ce que vous y chercheriez; et puis Hippocrate est d'une lecture parfois fastidieuse et de digestion difficile; lisez-moi seulement *deux chapitres de Daniel Leclerc!*

Eh bien! puisque nous y sommes conduits, ouvrons donc ces deux fameux chapitres, et ce commentateur que M. Lordat déclare *digne de confiance*. Nous remarquons d'abord que Daniel Leclerc ne parle pas de la *nature vivante;* et quand M. Lordat enseigne à ses élèves, tout disposés à le croire sur parole, qu'*Hippocrate désigne ordinairement* une certaine puissance *sous le nom de nature vivante*, c'est une découverte que nous craignons bien devoir rapporter à M. Lordat lui même. Découverte, disons-nous, et qui était assurément difficile; car, bien que nous ayons assez souvent feuilleté le canon hippocratique, nous n'avons pas souvenir d'y avoir rencontré une seule fois la

nature vivante. Il n'y aurait rien d'étonnant d'ailleurs qu'à nous, qui y attachons beaucoup moins d'importance que l'École de Montpellier, ce fameux mot ait échappé; mais puisque Hippocrate s'en sert *ordinairement,* il sera facile sans doute de nous citer seulement un ou deux passages; notre savant confrère M. Chrestien voudra bien peut-être ouvrir à cette occasion son *Hippocrate,* s'il en a un, afin d'éclairer notre ignorance.

Mais, laissons là ce que le commentateur ne dit pas, voyons un peu ce qu'il dit. Les extraits sont tirés du livre *De alimento,* et Leclerc met en note que *ce livre est un de ceux que l'on a unanimement attribués à Hippocrate.* Nous avertissons M. Lordat que son commentateur se trompe, premier point; — deuxième point, que quand cette opinion aurait eu cours en 1729, il serait utile de savoir si elle a cours encore en 1854; — et enfin, troisième point, qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas sous la voûte céleste un seul critique qui attribue ce livre à Hippocrate, excepté à Montpellier, où on ne le lit pas.

Dirons-nous aussi que ce commentateur si digne de foi ne traduit pas son texte, mais le trahit; et que là où l'auteur a écrit: *les natures,* Leclerc, très embarrassé, a mis au singulier: *la nature?* Ajouterons-nous que les passages si précieusement imprimés en italique ne sont même pas dans ce livre, et que Leclerc les a forgés en rapprochant des lambeaux de phrases, afin d'avoir un sens qui dès lors peut bien être le sens de Leclerc, mais qui n'est pas le sens de l'auteur hippocratique?

Misères humaines! on prétend enseigner la doctrine d'un homme, et l'on va demander sa pensée à un autre! On prend la pensée d'Hippocrate dans des livres qui ne sont pas de lui, dans des phrases qui ne sont pas dans ses livres, dans une traduction qui ne rend pas même ses phrases! Et puis on se drape dans son orgueil et dans sa science: nous sommes les vrais disciples d'Hippocrate, et nul que nous ne l'a compris! — Un moment, Daniel Leclerc avant vous, messieurs; c'est-à-dire que vous ne l'avez compris ni l'un ni l'autre; et votre École superbe remonte tout juste à Daniel Leclerc, et a pleinement le droit de se dire héritière des erreurs de critique et des contre-sens de Daniel Leclerc.

Mais, enfin, qu'il soit d'Hippocrate ou non, qu'il soit bien ou mal traduit, le livre *de l'Aliment* ne décide rien touchant le double dynamisme. Mais un autre chapitre de Daniel Leclerc nous vient en aide; Leclerc a traduit (et quelle traduction!) l'*Opuscule du cœur;* mais cette fois, si pauvre que soit sa critique, il avertit que ce livre est supposé, qu'il n'a été connu ni d'Érotien ni de Galien. Est-ce du moins un livre d'une doctrine un peu élevée? M. Lordat lui-même en parle avec une grande irrévérence: la *psychologie* en est *grotesque.* La belle origine pour le double dynamisme! Encore redirons-nous que le double dynamisme n'y est même pas; qu'il a fallu le commentaire de Leclerc, renforcé du commentaire de M. Lordat, pour trouver là l'*âme raisonnable* au-dessus de la *nature vivante.*

Cependant j'ai été trop loin peut-être, et l'École de Montpellier a une autre autorité à m'opposer que celle de Leclerc. Laissons parler M. Lordat:

« La manière dont Hippocrate parle des modes d'agir de la nature vivante humaine fait sentir à la fois et la dualité de notre dynamisme et la différence radicale qui existe entre les deux puissances. L'automatisme vital, joint avec la finalité de la force vitale, fait contraste avec la vie psychique humaine, constamment volontaire, motivée, responsable. Cette proposition n'est pas formulée suivant les mêmes paroles, mais la pensée essentielle de cet auteur est identique avec celle que j'énonce ici. Veuillez lire les incises suivantes que j'extrais du 6e paragraphe du 1er livre *du Régime,* d'Hippocrate. Il cherche à caractériser la nature vivante tant des animaux que de l'homme: « La *nature* « a fait pour chaque chose des lois différentes... D'après ces lois, « tout est successivement élevé, puis précipité en bas. » — Vous devez bien, messieurs, connaître, dans ces termes, la première moitié croissante et la seconde moitié décroissante de mon fuseau vital de la vie zoonomique. »

Nous voici donc au premier livre *du Régime.* M. Lordat le donne libéralement à Hippocrate. Nous en tirons la conséquence invincible que M. Lordat ne l'a pas lu. Ah! s'il l'avait lu, il y aurait trouvé, en effet, un double dynamisme, non pas seulement pour l'homme, mais pour les animaux, et nous doutons qu'il eût eu le courage d'y emprunter quelque chose. Nous lui livrerons ce passage d'après la traduction de Gardeil, à qui il a emprunté l'autre; et par un hasard assez étrange, pour notre passage à nous, Gardeil n'a pas trop mal traduit:

« L'homme et tous les animaux réunissent en eux deux principes très-différents dans leur puissance, mais qui concourent pour les divers usages..... Ces deux principes suffisent seuls pour faire agir tout le reste et pour le maintenir. L'un sans l'autre ne se suffirait point, ni ne suffirait à quoi autre que ce soit. »

Je vois d'ici triompher notre savant confrère le docteur Chrestien, qui me demandera ce que j'ai à objecter à ce passage. Hélas! seulement ceci: J'ai retranché, à l'endroit des points, les noms de ces deux principes; il est temps de les rétablir: ce sont *le feu et l'eau. Le feu est la source de tout mouvement; l'eau est la source de toute nutrition, etc., etc.;* et voilà le livre où M. Lordat a trouvé, autre découverte! son double dynamisme.

Le lecteur a remarqué, peut-être, que M. Lordat a laissé aussi des points dans sa citation. C'est un tort. Quand on emprunte d'aussi belles idées, il faut les donner en entier. Et puis, qui sait? si nous avions dérobé au lecteur le nom des deux principes précédents, il ne les eût pas devinés à coup sûr; les points de M. Lordat ne nous déroberaient-ils pas aussi quelque secret mystérieux non moins essentiel à connaître? Rétablissons le passage. Nous devons avertir que Gardeil a fait un contre-sens; mais comme c'est précisément le contre-sens que M. Lordat a adopté, nous ne voulons rien y changer:

« La nature a fait pour chaque chose des lois différentes, *qui séparent tant les ouvrages des dieux que ceux des hommes.* »

Les ouvrages des dieux et des hommes! Qu'est-ce à dire? Est-ce qu'il ne s'agirait pas ici de la *nature vivante tant des animaux que de l'homme,* selon les paroles de M. Lordat? Il le faut bien croire, car apparemment celle-ci ne régirait pas les ouvrages des dieux et des hommes. Les élèves de Montpellier feront bien de vérifier la valeur des points....., quand il s'agira des doctrines hippocratiques. Mais poursuivons, et sachons si enfin l'auteur avait prévu le *fuseau vital* de M. Lordat:

« D'après ces lois, tout est successivement élevé, puis précipité en bas. La nuit et le jour sont des extrêmes, en plus et en moins. La lune a son plus et son moins. Le soleil et l'eau ont le leur; »

Et cætera; car le lecteur a sans doute assez de ce galimatias où l'Ecole de Montpellier va chercher ses oracles. Mais évidemment, le jour, la nuit, le soleil, la lune et le reste, tout cela n'a rien de commun avec le fuseau vital.

Et maintenant, que dites-vous des études de Montpellier sur Hippocrate! Il y a dans le canon hippocratique quelques livres à jamais indignes de ce grand homme; ce sont ceux-là qu'elle lui attribue; ses grands et légitimes ouvrages, elle ne les connaît pas. Elle ne connaît guère mieux les autres; elle les lit dans un commentateur qui falsifie le sens; dans un traducteur qui ne le falsifie guère moins; et pour compléter l'œuvre, dans les phrases qu'elle cite elle supprime ce qui la gêne, pour arriver à un sens auquel l'auteur, si absurde qu'il soit, n'avait jamais songé. Non; quand nous nous étonnions de trouver dans l'École hippocratique de Montpellier cette *ignorance mêlée de superbe,* nous n'eussions jamais pensé qu'elle irait à ce point; et tout considéré, en songeant que M. Lordat n'a pas publié ses leçons lui-même, nous lui faisons volontiers amende honorable; il est impossible que de pareilles méprises aient été professées dans sa chaire; et nous préférons les attribuer à quelque inattention, à quelque inadvertance, quelque instant de sommeil du rédacteur, notre savant confrère le docteur Chrestien.

Il y a bien dans le reste de la leçon une question d'histoire

non moins curieuse : savoir si, en effet, l'hippocratisme de la renaissance est né à Montpellier ou à Paris. La question semble jugée par ce fait; c'est Fernel qui le mit en vigueur. On veut bien le reconnaître à Montpellier; mais comme cela nuirait à la solidité des traditions, on pose cette petite question bien modeste : *Fernel serait-il étranger à l'enseignement de Montpellier?* Et l'on insinue que les doctrines de Fernel étaient enseignées à Montpellier avant lui. Eh bien, il n'est pas permis de fausser ainsi l'histoire; nous savons d'où venait Fernel; et nous savons qu'il n'a rien pris ni pu prendre à Montpellier. Certes, ce n'est pas nous qui nous porterons les champions de l'ancienne Faculté de Paris; elle a eu ses beaux jours, elle a eu ses jours sombres; mais les grands hyppocratistes du XVIe siècle étaient de Paris, et ne laissaient guère aux professeurs de Montpellier que l'honneur de les suivre de loin. Si l'Ecole hippocratique actuelle de Montpellier le conteste, qu'elle nous dise ce qu'a produit sa devancière au XVIe siècle, avant Fernel; nous nous chargerons volontiers de rectifier ses souvenirs.

Du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra. — Preuves de la spécificité de ce médicament.

Depuis vingt-deux ans que le choléra asiatique a fait pour la première fois son apparition en France, on n'a pas cessé de rechercher une médication qu'on puisse lui opposer avec avantage; on s'est adressé à une foule de produits plus ou moins hétérogènes; on peut ajouter même qu'on a puisé dans les trois règnes avec une prodigalité sans exemple.

Si quelques médecins ont annoncé parfois avoir mis la main sur cette nouvelle pierre philosophale, ce sont plutôt des hommes avides de réclame que des esprits convaincus, ou tout au moins des hommes à courte illusion. Les nombreuses exhibitions académiques sont là pour en faire foi.

A l'heure qu'il est, la science, le public, le pouvoir lui-même, si soucieux du bien des populations, attendent encore impatiemment la découverte d'un spécifique qui ferait la gloire de l'auteur, en même temps qu'il serait un bienfait inappréciable pour la société.

Parmi les cliniciens sérieux, c'est à peine s'il en est quelques-uns qui aient eu la prétention de perdre une proportion moindre de malades que leurs confrères. Serait-ce qu'en raison de la rigueur de leurs observations, ces hommes d'élite en seraient arrivés au scepticisme le plus complet sur l'efficacité des traitements multiples qu'on a essayé d'opposer à cette maladie si meurtrière?

Cependant, une chose nous frappe tous, c'est que le fléau, à mesure qu'il reparaît, tend à se montrer avec une moindre intensité sous le rapport du nombre de victimes qu'il frappe, et même sous celui de sa gravité en général.

N'y a-t-il là qu'atténuation de sa part par une sorte d'acclimatement, comme nous l'avons observé pour d'autres maladies; ou bien serait-ce que l'hygiène et la prophylaxie, généralement mieux comprises et mieux appliquées, auraient une part dans ce progrès par les mesures qu'elles ont conseillées à l'autorité?

Les nombreuses recherches qu'on a faites en tous pays sur le choléra n'ont jeté aucune lumière sur sa nature, qui nous reste parfaitement inconnue. Son étiologie n'a guère été mieux démontrée, malgré les généreux mais impuissants efforts des statisticiens. Ce qui ressort de plus clair des faits bien observés, c'est que, pour n'être pas contagieux à l'instar de la variole, de la gale et de toutes les maladies virulentes, le choléra est au moins infectieux et devient par cela même transmissible par voie d'émanations individuelles ou locales, chaque individu affecté, chaque endroit où malades ou matières émanées de malades sont déposés devenant un foyer propagateur nouveau.

Les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques faites sur une si grande échelle et avec tant de soins, ne démontrent d'une part que des effets de la maladie sur les organes et non de lésions organiques propres à la maladie : telles sont les hypérémies, les foyers apoplectiques, la psorentérie intestinale, lésions qui, pour être portées à leur maximum d'intensité dans le choléra, se montrent isolément et parfois réunies dans d'autres affections. D'autre part, si ces recherches sont parvenues à mettre à jour et à préciser certaines altérations du sang, telles que la chute de l'eau à un chiffre fort inférieur, l'élévation relative des globules et la diffluence de la fibrine, ces altérations ne paraissent qu'à un certain moment de la maladie et disparaissent à un certain autre, preuve évidente qu'elles ne constituent pas la maladie au fond.

Si ce *quid divinium* qui préside à la génération du fléau, échappe jusqu'alors à la raison humaine, il n'en est pas de même des circonstances secondaires qui secondent ou favorisent son extension. Sous ce rapport, la science a gagné.

Elle a réalisé un autre progrès, et d'une manière plus positive peut-être; elle est parvenue à préciser les phénomènes de début de la maladie. La diarrhée qui, dans les 44/46 des cas précède les autres phénomènes cholériques, en est le premier signe et non un prodrome, car les prodromes sont communs à presque toutes les maladies aiguës.

Ce premier signe permet de combattre l'affection dès le principe, et bien souvent d'en arrêter la marche.

S'il est encore des médecins qui croient de bonne foi que le choléra bleu éclate sans phénomènes précurseurs, d'une façon toute spontanée, nous leur répondrons que, dans 46 cas bien rigoureusement observés, nous n'en avons vu que deux où les malades n'aient pas eu la diarrhée, de un à quinze jours avant. Les deux autres cas constituent donc une exception très-minime. Du reste, ce fait avait déjà été nettement établi par des hommes hors ligne.

Cette circonstance toute capitale de l'initiation des phénomènes cholériques par la diarrhée simplifie déjà beaucoup le traitement de l'affection fondamentale, puisqu'on est prévenu du moment où il importe d'agir.

Il serait puéril, sans doute, de prétendre arrêter le choléra en arrêtant la diarrhée qui n'en est qu'un symptôme. Nous croyons, pour ce motif, qu'il y a une grande illusion de la part de ceux qui donnent l'opium en ce moment pour dompter le symptôme diarrhée.

Mais s'il est permis d'espérer, dans un bon nombre de cas, d'enrayer la marche de la maladie par une méthode de traitement dont nous aurons à dire quelques mots plus tard, il est évident que, dans beaucoup d'autres aussi, elle suit fatalement son évolution et arrive à un degré de gravité plus ou moins considérable, quelquefois jusqu'à l'algidité.

Si l'art se trouvait en possession d'un traitement qui pût être opposé, dans ces périodes graves du choléra, avec autant de succès que certains traitements, devenus classiques, le sont dans une série d'affections éminemment sérieuses, nous aurions réalisé cette idée qui se plaît à entrevoir la découverte de son spécifique.

Et en effet, guérir un bon nombre de cas dans la période de début, en guérir un bon nombre d'autres dans les autres périodes plus ou moins graves, n'est-ce pas là tout ce qu'on peut espérer?

Si l'on consulte les statistiques générales pour Paris depuis 1832, on voit que la mortalité s'est toujours élevée à plus de moitié. Aujourd'hui le chiffre des morts, depuis le commencement de l'épidémie, surpasse encore de beaucoup la moitié.

Si, par contre, on consulte les statistiques individuelles ou celles dressées par quelques cliniciens, on trouve des variations notables; les plus heureux prétendent avoir guéri dans un peu plus de la moitié des cas. Mais de quelle valeur sont ces statistiques, établies qu'elles sont sans contrôle, et où les illusions volontaires et involontaires ont une si grande part, où on confond côte à côte les cholérines, les choléras légers, les choléras graves et les cas algides?

Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans le choléra cyanique-algide ou choléra bleu, l'impuissance de la médecine est tellement avouée, que les plus habiles déclarent avoir perdu 13 malades sur 14. Il en est qui avouent franchement qu'ils en perdent 14 sur 14.

Nous avons déjà adressé à l'Académie des sciences une Note sommaire, indiquant des résultats bien différents dans la même période de la maladie, à l'aide du traitement par la strychnine, dont nous avons fait une méthode générale. Nous venons aujourd'hui présenter des données positives sur cette méthode, qui, nous en avons la confiance, réalise un progrès immense. Quand nous aurons donné tous les développements, on sera convaincu que ce puissant agent médicinal n'est point inférieur par ses effets dans le choléra, au sulfate de quinine dans la fièvre marématique, c'est-à-dire qu'il en constitue le spécifique proprement dit.

Pour essayer un médicament aussi actif que la strychnine, quelles que fussent, au reste, les idées théoriques que nous avions conçues, il fallait choisir des cholériques dans un état à peu près désespéré, de ces cas qu'on regarde comme presque fatalement mortels.

Dans notre position à l'hôpital du Roule, nous ne traitions, depuis le commencement de l'épidémie, que les cholériques atteints dans les salles de fiévreux de notre service. On sait qu'en général le choléra sévit avec une bien plus grande intensité sur des hommes agglomérés dans les salles et déjà sous l'empire d'autres affections. Les statistiques des hôpitaux démontrent sans réplique que la mortalité est bien plus grande chez ces derniers. Nous nous trouvions donc dans des conditions favorables pour essayer la strychnine, et juger sa valeur si elle en avait une. De prime abord, cependant, il nous répugnait d'appliquer cette médication, sans avoir mis en usage celles que l'expérience raisonnée a consacrées comme les plus efficaces.

Bien que ne l'employant que dans les cas algides et chez des hommes détériorés par des maladies antérieures; dans les huit premiers cas, nous avons traité de prime abord les malades d'après les méthodes usitées, et ce n'est que quand celles-ci restaient sans résultat et que la maladie devenait plus grave, que nous avons eu recours à la strychnine.

Ce doit être, à notre avis, la manière prudente et réservée dont un chef de service responsable des malades qui lui sont confiés doit procéder. Comme on le voit, nous nous sommes placé de suite dans les conditions dictées par la morale, et propres, en même temps, à révéler la puissante action de la strychnine.

Tout le monde sait que les épidémies ont, dans leur évolution, des moments de répit où les cas, quoique ayant la même gravité apparente, guérissent en plus grand nombre et avec plus de facilité; qu'il est au contraire des moments où la gravité se prononce davantage. L'épidémie de choléra ne s'écarte pas des autres sous ce rapport.

Pour qu'on n'ait aucune objection à faire à notre traitement, au sujet de nos résultats considérés sous ce point de vue, nous indiquons avec précision les dates où nous avons commencé et fini nos essais.

Lorsque nous avons adressé notre première Note à l'Académie des sciences, le 19 juin, nous avions traité, par la strychnine, 22 cas de choléra arrivés à la période cyanique-algide dans l'intervalle compris entre le 26 avril et le 3 juin.

En même temps que nous informions l'Académie des sciences des succès de notre méthode, nous adressions au Conseil de santé des armées les mêmes documents pour l'instruire sommairement de nos succès.

De cette dernière communication est résultée pour nous la nécessité de nous soumettre à un contrôle supérieur, à une contre-expérimentation officielle. Cette contre-expérimentation devait, au reste, démontrer la réalité des propositions que nous avions avancées, ou mettre complétement à découvert nos illusions.

Nous avons donc dû proposer au médecin en chef de l'hôpital du Roule de venir examiner nos malades cholériques arrivés à l'algidité pour constater leur état avant que nous missions notre traitement en pratique.

Nous avons fait plus, nous avons laissé la latitude à ce chef de désigner lui-même les malades à traiter. Il devait ensuite suivre toutes les phases du traitement, visiter de nouveau les malades à la sortie, et examiner avec nous les lésions cadavériques sur les cholériques décédés.

Comme on le voit, jamais contre-épreuve ne fut plus rigoureuse, plus complète.

Depuis que ces résolutions ont été arrêtées, nous avons eu à traiter à l'hôpital du Roule, depuis le 2 juillet jusqu'au 31 inclus du même mois, 37 nouveaux cas de choléra algide. Un seul d'entre eux était à un degré d'algidité que nous ne trouvions pas suffisamment avancé. Le médecin en chef pensa le contraire, et il fut soumis à la strychnine; nous aurons à en parler plus tard.

De ces 39 nouveaux malades, les 22 premiers constituent les observations en contre-expérimentation. Nous donnerons cependant dans quelques jours les résultats obtenus sur les 15 restants.

Tout ceci bien établi, et il le fallait, revenons à l'histoire de nos 22 premiers malades (ceux de la 1re série), puis nous ferons celle des 22 derniers.

Les traitements mis en usage sur les 8 premiers des 22 malades de la première série, avant que nous leur ayons donné la strychnine, ont consisté en frictions sur les membres, bains d'air chaud, boissons chaudes et alcoolisées, acétate d'ammoniaque à l'intérieur et révulsifs cutanés.

Décrivons maintenant, d'une manière sommaire mais précise, l'état de ces 22 malades au moment où nous avons commencé le nouveau traitement. Il y a eu assez d'uniformité dans les symptômes pour que nous puissions en faire un tableau général, justifié, du reste, par les observations détaillées ci-jointes : refroidissement général, toujours plus prononcé à la face et aux mains, absence de pouls radial ou pouls impossible à compter à cause de sa petitesse, langue et haleine froides, teinte bleue, noirâtre de la face et des extrémités, et quelquefois du tronc en entier; vomissements et déjections de matières blanchâtres, liquides comme de la solution de gomme, excepté dans un cas où elles étaient verdâtres; gêne très-grande de la respiration, avec menace d'asphyxie, suspension de la sécrétion urinaire, au moins depuis vingt-quatre heures; aphonie, excavation des yeux, effilement des traits de la face : tels sont les phénomènes que les malades présentaient, quand nous avons donné la strychnine.

Quant aux crampes, voici ce qui a eu lieu pour ces 22 cas. Onze d'entre eux avaient des crampes plus ou moins intenses sur les membres, quelquefois même jusque sur les muscles du thorax et sur le diaphrame : ce sont les nos 1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 22; chez les onze autres, au contraire, ce phénomène a fait défaut ou à peu près.

Le premier effet que nous ayons eu à signaler après l'administration de la strychnine, c'est la réapparition du pouls radial, le rétablissement graduel de la circulation, et itérativement le retour de la chaleur et des fonctions d'hématose.

Disons de suite que, sur ces 22 malades, 3 ont succombé dans l'état algide, sans réaction ou avec réaction si faible et si courte, qu'elle ne mérite pas d'être notée; 19 sont entrés en pleine réaction. Les 3 malades morts algides sont les nos 10, 13 et 20.

Le n° 10 est mort trois heures après que nous avions commencé à administrer la strychnine; c'était un cas absolument sans ressource. Le n° 20, à peu près dans le même état, est mort sept heures après, et le n° 13, dix-huit heures après.

Dans nos 19 cas, où la strychnine a entraîné la réaction, voici ce qui s'est passé : le pouls a toujours reparu avant qu'il se manifestât de la chaleur à la peau, au moins sur les membres et à la face.

La réapparition du pouls, de façon à être compté, s'est effectuée, chez ces 19 malades, entre six et dix-sept heures, à partir du moment où la strychnine a été administrée, et la réaction complète, c'est-à-dire le retour de la chaleur générale, avec pouls saillant et plus ou moins fort, entre seize et quarante-six heures.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans tout ce que nous avons

vu à ce sujet, c'est que, généralement, la réaction s'est effectuée par gradation et sans secousse brusque, effet éminemment favorable pour les conditions où se trouve le sang à la période algide.

Parfois, cependant, la réaction arrivée graduellement, s'est montrée très forte au bout de vingt-quatre heures, et a nécessité la saignée générale et locale, pour modérer l'impulsion de la circulation et dégorger les viscères principaux, dont les capillaires, déjà gorgés de globules rouges dans la période algide, se trouvent dans un plus grand état de plénitude avec la nouvelle impulsion circulatoire, une hypérémie active se joignant alors à l'hypérémie première qui était passive.

C'est ce qui est arrivé, notamment pour les n°s 15, 18, 21.

De prime abord, on aurait pu croire, vu la propriété qu'a la strychnine de susciter des convulsions musculaires, quand on la donne dans l'état physiologique ou dans certains états morbides, la paralysie par exemple, que son emploi dans le choléra serait suivi des mêmes résultats et augmenterait l'intensité des crampes déjà existantes.

Il faut même avouer que cette crainte, bien fondée en apparence, était capable de détourner de son usage, et cela avec d'autant plus de raison que si, dans l'état algide où les fonctions d'hématose sont si gravement compromises, on suscitait des convulsions des muscles thoraciques ou du diaphragme, les malades succomberaient promptement asphyxiés.

Nous croyons même savoir que c'est le motif qui a empêché plusieurs médecins sérieux de recourir à cette méthode. Mais une théorie mieux conçue, et que nous aurons occasion de développer, nous avait fait prévoir que telles ne devaient pas être les conséquences de son administration dans le choléra, et les faits sont venus nous donner pleine et entière satisfaction.

Disons que, donnée aux doses et dans les conditions que nous indiquerons, la strychnine est parfaitement inoffensive, c'est-à-dire qu'elle ne détermine aucun accident du côté du cerveau ni du tube digestif. C'est le premier point qui a fixé l'attention du médecin en chef du Roule dès le commencement de la contre-expérimentation que nous avons subie sous son contrôle.

Du côté des organes de la locomotion, elle n'a pas davantage déterminé d'accident. Il y a mieux, et la chose pourra paraître bizarre au premier aperçu, dans tous les cas où les malades avaient des crampes plus ou moins intenses, la diminution de ce phénomène, puis sa disparition a été l'un des premiers effets que nous ayons pu constater après son emploi.

C'est ainsi qu'au bout de seize à vingt-six heures, nous avons vu les crampes cesser d'une manière absolue sur les n°s 1, 2, 3, 13, 14, 18, 21 et 22. Cependant, le n° 13 a succombé dix-huit heures après le commencement du traitement qui avait procuré une réaction si faible, que nous l'avons noté mort dans l'état algide.

Qu'y aurait-il d'étonnant à voir les crampes diminuer ou cesser à mesure que la circulation se rétablit chez des malades qui seraient traités par toute autre méthode, quelques auteurs rattachant ce phénomène à la stase sanguine dans les capillaires?

Mais voir cesser les crampes avec l'usage de la strychnine, qui a la propriété de les provoquer en toute autre occasion, voilà qui est remarquable. Avec la réaction que nous avons obtenue sur 19 de nos 22 malades, nous avons eu à noter, dans un bon nombre de cas, le rétablissement immédiat de la sécrétion ou plutôt de l'excrétion urinaire; dans d'autres, l'absence de miction a persisté, et cela nous a toujours paru d'un mauvais augure.

Nous avons dû noter avec un soin extrême ce qui s'est passé du côté des fonctions urinaires, car pas n'est besoin de dire que, dans le choléra algide, la sécrétion de l'urine ne se fait plus.

Or, sur nos 19 malades à réaction et qui avaient eu dans l'algidité cette suspension de l'excrétion urinaire, voici ce qui s'est passé à dater du moment où ils ont pris la strychnine :

14 malades sur 19 ont commencé à avoir une ou deux mictions entre sept et trente-six heures, ce sont les n°s 1, 2, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21 et 22.

La sécrétion urinaire a été rétablie complétement entre seize et quarante-huit heures sur 16 malades, dont les 14 précédents et les n°s 3 et 4, chez qui elle est revenue d'emblée à l'état normal au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures.

Outre les trois malades n°s 10, 13 et 20, morts dans l'état algide sans avoir uriné, trois autres ont succombé après une réaction de plus ou moins longue durée et sans que la sécrétion urinaire se soit rétablie.

Le rétablissement des fonctions des reins est le dernier et le plus sûr indice d'une réaction franche, de la marche rétrograde de la maladie. Quand la sécrétion urinaire ne reprend point son cours physiologique, on peut préjuger, bien qu'il y ait chaleur à la peau et circulation du sang en assez bon état, que la terminaison sera funeste.

Dans la majorité des cas, dix fois sur seize, le rétablissement des fonctions urinaires et l'absence de coagulum dans l'urine, traités par la chaleur et l'acide nitrique, laissent légitimement espérer une solution heureuse.

La respiration, toujours si embarrassée, si incomplète dans l'état algide, au point que les malades sont en imminence d'asphyxie, subit par une conséquence toute naturelle une heureuse influence de la part de la strychnine à mesure que la circulation se rétablit; la respiration à son tour devient moins gênée, et on voit cette teinte, dénommée cyanique, faire place à une coloration opposée, au moins à la face, à une coloration rouge, indice que l'hématose s'effectue dans les organes pulmonaires.

Il arrive pourtant quelquefois qu'après quarante-huit ou cinquante-six heures du rétablissement de la circulation et des fonctions pulmonaires, deux fonctions qui sont étroitement liées l'une à l'autre, la respiration s'embarrasse tout d'un coup, le pouls se déprime, le malade se refroidit, devient de nouveau cyanosé et expire dans cet état après un temps plus ou moins long. Nous avons vu cette terminaison dans quatre cas dont deux au moins nous laissaient espérer un retour complet à la santé. Ces quatre cas sont les n°s 6, 7, 16, 21. Les deux premiers étaient phthysiques aux deuxième et troisième degrés; le n° 16 avait une pleuro-pneumonie au deuxième degré, et le n° 21 une endo-cardite, quand ils ont été pris du choléra.

Évidemment les affections du cœur et des poumons préexistantes poussent à cette terminaison fatale. Ces malades avaient cessé l'usage de la strychnine depuis plus de quarante-huit heures, quand cette dépression subite est survenue. Nous verrons du reste, plus tard, que de semblables affections organiques se sont présentées sur la majorité de nos malades succombés.

Nous avons dit que, sur nos premiers 22 cholériques algides traités par la strychnine, 3 sont morts dans l'algidité et 19 sont entrés en réaction. Ce résultat est déjà d'autant plus remarquable, que tous les médecins à peu près conviennent que, dans le choléra algide, presque tous les malades meurent sans se réchauffer, sans que la circulation se soit rétablie.

Si nous parvenons à faire respirer ces malades, disait Broussais, nous les sauverons. Nous avons, pour notre compte, atteint le résultat qu'aurait désiré obtenir Broussais. Il s'en faut cependant que nous ayons guéri tous ceux que nous avons fait respirer. Mais comment en serait-il autrement, quand des désordres si graves se sont produits dans les organes durant l'algidité? Plus un malade est resté à l'état algide, et plus ces désordres sont profonds et irréparables.

Ces désordres consistent en des hypérémies cérébrales, pulmonaires et cardiaques; en des suffocations sanguines sous-pleurales, sous-péricardiques, sous-endocardiques. Ces hypérémies, qui donnent lieu à une série toute nouvelle de phénomènes quand les malades sont entrés en réaction, sont d'autant plus difficiles à faire disparaître, qu'elles ont eu lieu aux dépens d'un sang plus poisseux, plus collant, privé d'une plus grande partie de son sérum, plus altéré, en un mot, par la longueur de l'algidité.

Les globules rouges, tassés dans les capillaires terminaux, ne peuvent être repris par la circulation rétablie en partie. Quant à un degré plus prononcé, il y a des foyers apoplectiques multiples dans les poumons, c'est-à-dire extravasation de ce même

sang altéré dans le tissu même de ces organes, la résorption est à peu près impossible, et il faut que les malades succombent.

Pour que la circulation puisse reprendre les globules tassés dans les capillaires et les renouveler, il faut que le sang ait récupéré son sérum, qu'il soit rentré dans ses proportions physiologiques. Quoique réchauffés, respirants, et ayant un pouls assez développé, les malades restent cependant encore assez longtemps exposés avant que le sang ait reconquis ces conditions dont nous parlons. Et voilà pourquoi, après en avoir tiré 19 sur 22 de l'état algide, nous en avons perdu encore 9 sur les 19 arrivés à la période de réaction.

Comme résultat définitif, c'est-à-dire, pour le nombre de guérisons obtenues par notre méthode dans le choléra bleu ou cyanique-algide, nous en trouvons 10 sur 22, qui sont les n°s 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 18, 19 et 22.

Un semblable résultat, dans cette période de la maladie, dépasse toutes les prévisions des hommes sérieux et consciencieux; car, nous le répétons encore une fois, jusqu'alors les cliniciens ont fait l'aveu qu'ils en perdent 13 sur 14, dans de semblables conditions.

Il est vrai que nous ne tenons aucun compte des données fournies par des hommes qui ne se gênent guère pour faire cadrer les cholérines et les choléras peu graves dans leurs statistiques. Avec cette élasticité sous la plume, on fait dire à peu près ce qu'on veut à ces coordénations de chiffres.

Les désordres organiques causés par l'hypostase sanguine donnent lieu, pendant la réaction, à des phénomènes qu'on a voulu rattacher, à une autre époque, à la fièvre typhoïde. On disait alors que les malades étaient pris de fièvre typhoïde en sortant du choléra, et qu'ils succombaient à cette première. Dire qu'il se montre, durant la réaction, des phénomènes qui se rapprochent de ceux qu'on observe dans la fièvre typhoïde, c'est exact; mais l'autopsie ne décèle jamais la dotyenenthérie représentée par les plaques agminées, les follicules ulcérées. La psorenterie intestinale que l'on rencontre n'a aucune analogie avec les lésions dotyenenthériques.

Les phénomènes que présentent ces malades sont : l'injection des sclérotiques, une tendance au sommeil, puis la somnolence, le coma, le carus, une langue sèche et rouge, quelquefois ligneuse.

Eh bien ! ces phénomènes concordent parfaitement avec l'hypostase cérébrale et une sorte d'état collant qu'ont acquis les deux substances du cerveau.

Examinons maintenant combien, sur 19 malades qui ont réagi, il en est qui ont été atteints de cet état typhique caractérisé par la torpeur. Nous en trouvons 5 sur 19; ce sont les n°s 8, 9, 11, 12, 15. De ces 5 malades, 4 ont succombé et 1 a guéri, preuve des plus manifestes que cet état de torpeur traduit une position excessivement grave, et qui a fait dire à plusieurs cliniciens que la mort en est la conséquence presque forcée.

Il nous importe de rechercher si le traitement par la strychnine est plus fréquemment suivi de cette période torpide que les autres traitements. Sur 19 autres cholériques dans un état généralement moins grave et arrivés à la réaction par les bains chauds, les boissons alcooliques chaudes, l'acétate d'ammoniaque et les rubéfiants cutanés, nous en trouvons 8 tombés dans la période torpide, et sur ces 8, 7 ont succombé.

On peut dire donc que la période torpide succède fréquemment à la réaction dans le choléra, quels que soient les traitements mis en usage. Cette période est bien distincte de cette torpidité qui termine souvent l'état algide.

Des 22 malades de notre première série, 3 sont morts algides; 4, après avoir eu une bonne réaction pendant quarante-huit heures à trois jours, se sont refroidis subitement et sont morts asphyxiés, comme dans une seconde algidité, 4 ont succombé dans l'état torpide; le 12e enfin, qui avait échappé à tous les phénomènes cholériques, est mort au bout de quinze jours, dans un état de consomption complète par suite de fièvre typhoïde grave, consomption achevée par une double otorrhée (consécutive à la fièvre typhoïde) : c'est le n° 2; d'autres ne l'auraient pas porté comme mort du choléra.

Les 10 malades restants ont guéri.

On se souvient que ces 22 malades ont été pris de choléra dans nos salles, qu'ils étaient par conséquent sous l'influence d'autres états morbides, quand ils ont été frappés. Personne n'ignore que dans les autres hôpitaux de Paris, on a vu succomber avec une grande rapidité le plus grand nombre de malades en traitement qui ont été pris de choléra. Si on veut bien tenir compte que les 22 cas qui nous occupent étaient arrivés à l'état algide, nos résultats paraîtront d'autant plus heureux.

Il nous reste maintenant à rechercher quelles étaient les affections dont ces malades étaient atteints au moment où ils ont été frappés de choléra, pour voir si elles n'ont pas eu une part active dans la terminaison funeste.

Il est incontestable, en effet, que le choléra est d'autant plus terrible qu'il atteint des sujets détériorés, et détériorés surtout par certaines lésions organiques ou quelques maladies générales.

ABEILLE.

(*La suite au prochain numéro.*)

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 1er Août 1854.

M. Depaul. — Il me reste, messieurs, à vous proposer les conclusions, au nombre de cinq, que la commission a rédigées pour être soumises à votre approbation. De ces conclusions, quatre ont été rédigées par moi et adoptées à l'unanimité; une autre, la troisième, a été rédigée et adoptée par mes deux collègues, et contrairement à mon opinion; je me réserve donc de voter contre elle.

Voici ces conclusions :

1° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut souvent donner lieu à des accidents sérieux et même quelquefois à la mort;

2° Dans les cas rares, d'ailleurs, où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus;

3° Dans quelques cas exceptionnels où les déviations de l'utérus déterminent des troubles fonctionnels sérieux et ont résisté *à tous les moyens thérapeutiques connus,* on peut tenter, *comme dernière ressource,* l'application du pessaire intra-utérin;

La commission, en outre, a l'honneur de vous proposer :

4° D'adresser des remerciements à M. Broca pour l'intéressante communication qui a été le point de départ de ces débats;

5° De remercier M. Cruveilhier pour le concours qu'il a bien voulu prêter à la commission en lui communiquant ses propres observations.

M. Gibert. — Quoique l'Académie ne prenne pas la responsabilité des opinions exprimées dans les Rapports, il me semble cependant d'un certain intérêt que l'on s'occupe du corps même des Rapports. Je demanderai donc si les premières conclusions subsistent, et si elles subsistent, je demanderai que l'on modifie les deux premières, car s'il est vrai, et c'est mon opinion, qu'on ait exagéré beaucoup, de notre temps, l'importance des déviations utérines, on n'a pas moins exagéré la valeur des ulcérations, des engorgements, etc.; et si l'on a abusé singulièrement, et c'est encore mon opinion, du redresseur utérin, on a abusé aussi des cautérisations, des amputations du col, etc. Voilà ce qu'il faut que les praticiens sachent.

M. Depaul. — Les conclusions premières doivent parfaitement persister, et je ne les retire pas. Seulement, au lieu de les considérer comme des conclusions et de leur donner ce nom, considérez-les comme des *propositions* qui résument le Rapport, qui en sont une partie intégrante; car je les ai formulées dans ce but, et mon intention n'a pas été de soumettre seize ou dix-sept propositions au vote de l'Académie.

M. Cazeaux. — Il est cependant bien important, avant de procéder au vote, de savoir ce que nous allons voter. On nous a présenté les premières propositions au nom de la commission, et il y en a plusieurs qui sont connexes aux propositions nouvelles, d'autres qui font double emploi, d'autres qui sont contradictoires. Ainsi, celle relative aux remerciements à adresser à M. Broca est la reproduction d'une des conclusions primitives. Il faut donc ou supprimer les premières conclusions, ou les renvoyer toutes à la commission pour qu'elle les fasse concorder entre elles.

M. Depaul. — Je viens déjà de dire que les premières conclusions, ou pour mieux dire, les premières propositions sont le corollaire de mon Rapport, qu'elles répondent à chaque partie du Rapport; je ne puis donc

pas plus les supprimer que telle ou telle partie du Rapport lui-même. Il y a seulement à modifier la phrase qui les précède, et qui dit qu'elles sont l'expression de l'opinion de la commission ; cette phrase, je consens volontiers à la supprimer, puisque je prends pour moi seul ces propositions. Je ne retire donc rien du tout, et je maintiens mon Rapport dans toute son intégrité.

M. Velpeau. — Si M. Depaul maintient les deux lignes qui précèdent les anciennes conclusions, je me permettrai de les attaquer, car elles pourraient parfaitement donner le change au lecteur, et lui laisser croire qu'elles expriment l'opinion de l'Académie. Il faut que M. Depaul déclare qu'elles n'expriment que son opinion personnelle.

M. Depaul. — C'est précisément ce que je viens de déclarer à l'instant.

M. le président. — Je vais mettre les conclusions aux voix; cependant, je crois devoir faire remarquer auparavant que ces conclusions ne sont plus en harmonie avec le corps du Rapport, et qu'il conviendrait de rétablir cette harmonie, afin que l'Académie se montrât logique ou plutôt logicienne.

M. Depaul (vivement). — Je n'accepte pas du tout ce que vient de dire M. le président. Le Rapport est mon œuvre personnelle, et j'en ai seul la responsabilité, et je tiens à la conserver. Les premières conclusions sont le résumé du Rapport; il est naturel qu'elles soient en harmonie avec lui; les nouvelles sont le résultat de la discussion; il n'y a donc aucune nécessité à la logique qu'invoque M. le président.

M. Velpeau. — Cette conclusion me paraît pouvoir être adoptée. Cependant elle est un peu trop sévère. J'aimerais mieux qu'au lieu de dire que l'application du pessaire intra-utérin peut *souvent* donner lieu à des accidents, on dît qu'elle *peut quelquefois* donner lieu, etc. En cherchant beaucoup, M. Depaul a pu trouver un certain nombre de cas suivis d'accidents; mais, depuis, le pessaire intra-utérin a été employé un grand nombre de fois, je n'exagérai pas en disant qu'il a été employé plus de mille fois.....

M. Cazeaux (interrompant). — Oh ! non, non.

M. Velpeau. — Je vous demande pardon : M. Valleix l'a employé près de deux cents fois; on l'a employé en province, en Angleterre, en Suisse, en Prusse, et il ne me semble pas que le nombre des accidents soit en proportion avec celui des applications. Or, les accidents qui sont survenus peuvent cesser de se produire avec l'habitude qu'on acquerra de la méthode. Il m'est arrivé à moi-même d'écorcher le col avec une sonde; il ne s'est développé aucun accident; mais il aurait pu s'en manifester; la cautérisation en entraîne quelquefois avec elle; on ne l'abandonne pas pour cela.

M. Larrey. — Je crois, comme M. le président, qu'il faudrait mettre plus de logique entre les conclusions et le Rapport. J'ajoute que j'ai entendu avec regret l'allusion à un article de journal, faite par M. le rapporteur, sous une forme, il faut bien le dire, moqueuse. Je l'ai regretté, parce que cela n'est pas très-digne de l'Académie et parce qu'il faut bien aussi laisser au journaliste son indépendance.

M. Depaul. — Je ne puis admettre ce que vient de dire M. Larrey sur la logique qu'il doit y avoir entre un rapport et des conclusions; tous les jours il arrive que la discussion modifie les conclusions sans que, pour cela, on se croie obligé à modifier le rapport.

Quant à l'allusion dont a parlé M. Larrey, je lui ferai remarquer que je n'ai en aucune façon parlé d'un article de journal, mais bien d'une observation dont j'ai le droit et même le devoir de tenir compte dès qu'elle est rendue publique. Si je n'ai pas été sérieux en parlant de cette observation, c'est qu'il n'y avait pas matière à être sérieux.

Lorsque le président va mettre la première conclusion aux voix, de nombreuses interpellations et propositions se croisent : à la place du mot *souvent*, M. Velpeau propose de mettre *quelquefois*; d'autres proposent de mettre *plusieurs fois*.

M. Requin. — Avant tout, il faut que l'Académie parle français : on ne peut pas dire que le redresseur *peut produire plusieurs fois*. (Rires nombreux au milieu desquels se noient les *plusieurs fois*.)

Plusieurs membres proposent de supprimer tout adverbe. — Les deux premières conclusions sont adoptées, avec cette suppression dans la première.

M. Gibert. — On ne peut défendre ce que l'on n'a pas le droit de prescrire; or, l'Académie n'a pas de force armée pour faire exécuter ses décisions; je demande donc la suppression de la troisième conclusion.

M. Velpeau. — Je demande positivement le maintien de cette conclusion; c'est une atténuation au jugement sévère des deux premières; elle permet aux praticiens d'essayer un moyen que nous n'avons pas d'ailleurs le pouvoir de proscrire; car chacun, soyez-en bien convaincus, n'emploiera ni plus ni moins le redresseur, quand vous aurez voté de telle ou telle façon. Dans tous les cas, comment voudriez-vous proscrire l'emploi d'un moyen qui a donné des succès réels, surtout quand tout le reste a échoué!

M. Gibert. — Je n'ai pas parlé de proscrire; j'ai parlé de supprimer la conclusion. M. Velpeau se bat contre des chimères.

M. Cazeaux. — La conclusion signifie quelque chose ou ne signifie rien; si elle signifie quelque chose, elle est un encouragement à employer un moyen toujours inutile, quelquefois dangereux; si elle ne signifie rien, pourquoi la proposer ? Dans les deux cas, il faut la repousser.

M. le président. — La conclusion porte ces mots : Comme dernière ressource. Or, comme dernière ressource, il me semble qu'on peut tout essayer. (On rit.)

Plusieurs membres demandent la suppression de cette conclusion.

M. le président se dispose à la mettre aux voix.

M. Bouvier. — On ne peut pas voter la suppression d'une conclusion.

MM. Robert et Huguier réclament vivement la parole pour soutenir leur conclusion.

M. Huguier. — Dans les deux premières conclusions, nous sommes sévères, nous blâmons, mais pour être tout à fait justes, puisque nous reconnaissons qu'il y a des cas dans lesquels cette méthode peut avoir des avantages, pourquoi ne pas le dire?

M. Robert. — Une femme se présente à vous à bout de ressources et tout à fait épuisée; il vous reste une ressource, pourquoi ne pas l'employer? M. Cazeaux a dit que cette méthode était inutile et dangereuse, mais il n'a pas ajouté, ce qui est pourtant la vérité, qu'elle a été quelquefois suivie de succès. Cela n'a-t-il pas été reconnu par un homme dont la prudence et les lumières sont appréciées ici de tout le monde, par M. P. Dubois? Je répète donc qu'à défaut d'autres ressources et pour des cas exceptionnels où les déviations utérines produisent des accidents sérieux et où tout a été épuisé sans résultat, on sera justifié de recourir à cette méthode.

M. Velpeau. — Nous agissons un peu trop comme des avocats qui veulent gagner une cause. Vous avez beau condamner la méthode, vous n'empêcherez pas les praticiens qui croiront à son efficacité de continuer à l'employer. Il en résultera qu'on se flattera d'avoir réussi avec un moyen qui aura été condamné par l'Académie. Ne le vantez pas, soit, mais au moins ne laissez pas croire que vous le condamnez.

Quelques membres, parmi lesquels M. Velpeau, proposent qu'on supprime les mots : *comme derniere ressource.* La proposition, ainsi modifiée, est mise aux voix et rejetée.

La quatrième conclusion est adoptée sans discussion.

M. Ségalas propose de voter des remerciements à M. Valleix.

M. Velpeau appuie cette proposition. M. Valleix, dit-il, est venu lire ici un travail remarquable, et pour lequel l'Académie lui doit des remerciements.

M. Depaul. — Il est d'usage de n'adresser des remerciements qu'à l'auteur du travail sur lequel un rapport est fait spécialement; cependant je ne m'oppose en aucune façon à ce que l'Académie en adresse à M. Valleix; je demanderai seulement qu'elle en vote aussi à toutes les personnes qui ont adressé des documents à la commission, et notamment à M. Gaussail.

M. Desportes. — Si l'on adresse des remerciements à tout le monde, c'est comme si l'on n'en adressait à personne. Autant vaut les supprimer tous. (Rires et vacarme général.)

On paraît abandonner la proposition, puis, au moment de se séparer, des remerciements sont votés à M. Valleix et à tous ceux qui ont envoyé des documents à la commission.

Cure radicale des hernies.

M. Jobert présente un malade sur l'histoire duquel nous reviendrons.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie n'a pas notablement varié à Paris depuis notre dernier numéro.

Nous n'avons reçu ou vu de nouvelles intéressantes de province que la suivante :

On lit dans le *Nouvelliste de Marseille :* « Grâce à Dieu, la terrible épidémie qui afflige notre ville depuis plus d'un mois, commence à perdre de son intensité. L'amélioration que nous avons signalée, il y a trois jours, s'est soutenue, et hier la mortalité a considérablement diminué. » Nos informations concordent avec celles du journal local.

BIBLIOGRAPHIE.

Des substances alimentaires et des moyens de les améliorer, de les conserver et d'en reconnaître les altérations, par A. PAYEN, membre de l'Institut (Acad. des sciences), secrétaire perpétuel de la Société impér. et centr. d'agr., etc. — 2e édit., 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. — Paris, chez HACHETTE, rue Pierre-Sarrazin, 14.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 94. 2e année. Mardi 8 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Roule. — M. ABEILLE.

Du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra. — Preuves de la spécificité de ce médicament.

(Suite. Voir le n° 93.)

Voici comment se répartissent nos 22 cas sous le rapport des lésions préexistantes au choléra :

Trois diarrhées, nos 1, 5, 10 ; quatre fièvres typhoïdes, nos 2, 9, 12, 17 ; quatre phthisies pulmonaires, nos 6, 7, 13, 19 ; trois pneumonies, nos 8, 16, 22 ; deux maladies aiguës du cœur, nos 11 et 21 ; une pleurite, n° 14 ; un hydrothorax (opéré deux fois), n° 4 ; une maladie de Bright, n° 3 ; une rougeole, n° 15 ; un ictère, n° 18 ; une fièvre tierce, n° 20.

Sous le rapport des décès, voici ce que nous trouvons pour les maladies préexistantes au choléra :

Il n'est mort qu'un des 3 malades qui avaient la diarrhée ; il est mort 3 typhoïdes sur 4, il est mort aussi 3 phthisiques sur 4, une pneumonie aiguë sur 3. Les 2 maladies aiguës du cœur ont succombé, la rougeole a succombé aussi, ainsi que la fièvre tierce.

Si l'on voulait conclure, d'après ce tableau, à la part d'influence qu'exercent les maladies préexistantes sur l'issue du choléra, on devrait admettre que les maladies du cœur sont une complication excessivement malheureuse, puisque sur 2 il en meurt 2, circonstance que nous rencontrerons encore dans la 2e série, et que la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde rentrent dans la même catégorie, puisqu'il en meurt 3 sur 4.

La théorie concorde du reste parfaitement avec les faits pour prouver la funeste influence de ces maladies sur la terminaison du choléra.

Il importait beaucoup de tenir compte de ces données, car si le choléra est meurtrier par lui-même, il doit l'être surtout quand les sujets frappés portent déjà des maladies des organes respiratoires ou du cœur, qui entraînent un obstacle à la circulation et forment une barrière au libre rétablissement de cette fonction et de celle d'hématose, déjà si difficiles à rappeler sur les cholériques.

Nous avons dit qu'après avoir traité 22 cholériques algides par le sulfate de strychnine et en avoir annoncé les résultats à l'Académie des sciences et au Conseil de santé, nous nous étions soumis à une contre-expérimentation officielle, sous le contrôle du médecin en chef de l'hôpital du Roule.

Cette contre-expérimentation, entourée de toutes les garanties scientifiques et de véracité, a été d'autant plus rigoureuse, que le novateur est subordonné, et le médecin préposé aux vérifications son supérieur.

Dans cette contre-expérimentation, nous avons traité, du 2 au 31 juillet, 37 cholériques cyaniques-algides. Nous avons arrêté nos observations et nos conclusions après le vingt-deuxième malade, parce que nous avions alors un chiffre égal à celui des malades traités dans nos premières expériences. Toutefois, comme nous l'avons dit, nous rendrons un compte exact et sérieux des malades restants après le vingt-deuxième, lorsqu'il y aura issue définitive, et cet appoint pourra fournir des données ultimes pour corroborer le jugement à porter sur notre méthode.

On voudra bien remarquer, avant tout, que sur ces malades, il n'y a point lieu au doute quant au diagnostic, le médecin de garde ayant reçu ordre d'envoyer les cholériques cyaniques-algides dans notre service, et ayant porté le diagnostic détaillé sur un Rapport journalier, le médecin en chef ayant vu ou ayant pu voir chaque malade avant le traitement, et nous-même ayant été soumis à lui envoyer chaque matin un état nominatif, avec numéros de salle et de lit pour les malades nouvellement entrés, afin qu'il pût les visiter à toute heure.

Les lésions rencontrées à l'autopsie des cholériques décédés ont été vérifiées aussi par le médecin en chef toutes les fois que sa présence à l'hôpital l'a permis.

Disons tout d'abord que sur ces 22 malades, nous avons obtenu comme résultat définitif, à peu près le même nombre de guérisons que sur nos 22 premiers. Chez ceux-ci, nous avons 10 guérisons sur 22 ; chez ceux-là, 9. Nous estimons que ces derniers résultats sont au moins équivalents aux premiers, quoique nous ayons perdu un malade de plus.

On s'en convaincra bientôt, quand nous aurons montré les séries d'affections organiques redoutables qui, chez un grand nombre d'entre eux, compliquaient le choléra algide.

De ces 22 cholériques, 5 ont été frappés dans nos salles de fiévreux : ce sont les nos 1, 2, 3, 6 et 10 ; et sur ces 5, nous avons eu 2 guérisons, nos 1 et 10, et 3 décès, nos 2, 3, 6.

Les 2 malades guéris n'avaient que la diarrhée quand ils ont été atteints du choléra ; les 3 morts avaient : le n° 2, la diarrhée ; le n° 3, une rougeole, et le n° 6, une pleuro-pneumonie au deuxième degré.

17 nous sont arrivés du dehors et ont été fournis : 13 par les voltigeurs et par les grenadiers de la garde impériale, casernés à Courbevoie ; 2 par les sapeurs-pompiers de Paris ; 1 par le 22e de ligne, et 1 par le 8e léger, casernés à Paris.

Sur les 13 grenadiers et voltigeurs de la garde impériale venant de Courbevoie, il y a eu 8 décès, les nos 4, 7, 9, 12, 13, 14, 19, 20 ; et 5 guérisons, les nos 5, 8, 15, 16 et 18.

Des 2 sapeurs-pompiers casernés à Paris, l'un est mort, le n° 21 ; l'autre a guéri, le n° 22.

Des 2 cholériques du 22e de ligne et du 8e léger, casernés à Paris aussi, l'un est mort, le n° 11 ; l'autre a guéri, le n° 17.

On voit immédiatement, d'après ces données, que les régiments casernés à Paris ont fourni une guérison sur 2 malades, tandis que ceux casernés à Courbevoie, à deux lieues de Paris, n'en ont fourni que 5 sur 13. Cependant, les grenadiers et les voltigeurs de la garde sont des hommes d'élite. Mais il y a d'abord une raison toute majeure qui milite en faveur du plus grand nombre de décès de ces derniers.

Tandis que les militaires de la garnison de Paris peuvent, quand ils sont atteints de choléra et de choléra grave surtout, être apportés immédiatement sur un brancard à l'hôpital, les militaires de la garde, casernés à Courbevoie, doivent faire sur une voiture quelquefois mal couverte un trajet de deux heures, et souvent sont obligés d'attendre assez longtemps pour que la voiture soit prête à les transporter. Or, en fait de choléra, il n'est pas indifférent que l'algidité dure depuis une heure ou depuis quatre à six. En effet, si l'algidité dure depuis longtemps, les fonctions d'absorption sont complétement anéanties, et les organes pulmonaires sont le siége de foyers apoplectiques, deux maux absolument sans remède.

Si nous disons que plusieurs de ces militaires nous sont arrivés dans un état tellement avancé d'algidité, que la mort s'en est suivie une heure et une heure et demie après, lorsque nous avions pu à peine commencer notre traitement, on sera convaincu, aussi bien que par les chiffres, du danger qu'il y a à être obligé de transporter les cholériques dans un hôpital éloigné.

Mais nous devons signaler encore d'autres circonstances qui ont eu, au moins, une part aussi active, sinon plus active, sur le nombre de décès de ces militaires venant de Courbevoie.

Il est de ces choses qui, au premier abord, confondent la raison humaine. Celle dont nous allons parler se trouve de ce nombre.

Nous avons fait l'autopsie de 7 des grenadiers et voltigeurs qui figurent parmi les 8 décès des cholériques venus de Courbevoie; et, chose incroyable si elle n'avait eu pour témoins, sur 4 de ces 7 cas, notre médecin en chef, et des jeunes médecins sous-aides sur les 3 autres, chose incroyable, disons-nous, nous avons rencontré sur ces 7 militaires des affections organiques du cœur plus ou moins avancées.

Ainsi, le n° 4, grenadier de la garde, avait un cœur d'une fois et demi plus volumineux qu'à l'état normal, avec hypertrophie excentrique à droite et concentrique à gauche.

Le n° 7, grenadier : cœur pesant 620 grammes, vide de sang, hypertrophié concentriquement dans ses deux ventricules, avec insuffisance à l'ouverture aortique.

Le n° 9, voltigeur : cœur pesant 425 grammes, vide de sang, hypertrophié concentriquement à gauche, insuffisance aortique à droite.

Le n° 12, grenadier : cœur pesant 525 grammes, vide de sang, hypertrophie concentrique des deux ventricules.

Le n° 13, grenadier : cœur pesant 445 grammes, vide de sang, hypertrophie concentrique des deux ventricules.

Le n° 14, voltigeur : cœur pesant 493 grammes, vide de sang, offrant un diamètre vertical de 14 centimètres, un diamètre transverse de 13 centimètres.

Le n° 19, grenadier : cœur pesant 341 grammes, vide de sang, hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

On sait que, d'après MM. Bouillaud, Cauvillier, Bizot, etc., le poids moyen du cœur est de 8 onces, soit 250 grammes; qu'un cœur dépassant 280 grammes, a toujours été regardé comme altéré dans sa texture, quelle que soit la taille des hommes, excepté dans la vieillesse, où M. Legroux prétend que le cœur augmente de volume par effet sénile et sans altération.

On sera parfaitement convaincu que chez les 7 malades dont nous venons de parler, il y avait d'autant mieux affection de cet organe qu'ils étaient tous adultes.

Si l'on se rappelle que, dans notre première série de cholériques, les deux qui avaient une affection aiguë du cœur ou de son enveloppe ont succombé; si on veut tenir compte que, dans cette seconde série, 7 sur 8 des cholériques décédés et venus du dehors ont été trouvés atteints d'affections organiques du cœur, il est impossible de ne pas tirer cette désolante conclusion : que ces affections concourent puissamment à la terminaison funeste dans le choléra. Cette conclusion devient d'autant plus légitime, que 4 de ces malades, ceux qui avaient l'affection organique à un degré plus avancé, étaient dans un état algide plus grave, et sont morts dans cet état, tandis que, parmi les malades guéris, nous n'avons pu découvrir, avec l'investigation la plus rigoureuse, des signes de maladies du cœur.

Des cholériques atteints dans les salles, il en est un, n° 23, qui ne figure point dans ces 22 observations, qui, venu du service des vénériens, enlevé en trois heures, après être arrivé très-promptement à la plus grande algidité, avait un cœur déformé, présentant l'anévrisme passif de Corvisart, c'est-à-dire la dilatation des quatre cavités avec des concrétions fibro-cartilagineuses sur les valvules auriculo-ventriculaires gauches. Il était affecté aussi d'une pleuro-pneumonie avec hépatisation rouge des deux lobes inférieurs du poumon droit et adhérences à la plèvre costale. Ce malade, réuni aux 7 précédents, donne un total de 8 sur 23 qui étaient sous l'influence d'affections organiques du cœur quand le choléra les a frappés. Cette coïncidence nous porterait à admettre que les sujets atteints de semblables affections sont plus prédisposés au choléra.

L'entrave que les maladies du cœur apportent à la circulation rend suffisamment compte de la plus grande difficulté, je dirai presque de l'impossibilité où l'on est de guérir ces malades du choléra, quand la période algide est arrivée, c'est-à-dire qu'il a atteint son summum.

J'avais donc raison de dire qu'il y a de ces choses qui étonnent de premier abord; je crois être dans la voie de la vérité en ajoutant que ces circonstances morbides sont cause que la mortalité a été dans cette série de 22 cholériques d'un de plus que dans les 22 premiers, et que relativement nos résultats sont peut-être plus beaux.

Sur ces 22 malades, il en est 5 qui sont morts sans avoir éprouvé de la réaction sous l'influence de la strychnine; c'est deux de plus que dans notre première série. Nous venons de voir la part que les affections organiques du cœur peuvent avoir eue dans cette circonstance. En revanche, il n'en est qu'un seul qui soit tombé dans la période torpide après la réaction, le n° 2, tandis que nous en avons eu 5 dans notre première série.

Quant aux effets de la strychnine sous le rapport de la décroissance et de la disparition des phénomènes cholériques, tout s'est passé ici comme dans nos 22 premiers cas ou à peu près.

Pour les crampes qui ont existé et à un très-haut degré dans presque tous les cas de cette 2e série, elles ont toujours cédé sous l'influence du médicament. Nous avons traité 5 cholériques cyaniques algides dans notre clientèle civile, trois femmes de 38 à 60 ans, et deux enfants de 2 à 12 ans.

L'une des trois femmes, n° 58, rue de la Pépinière, était convalescente au cinquième jour et complétement guérie au onzième; l'autre, n° 29, rue de la Bienfaisance, était en commencement de réaction au bout de seize heures quand on a supprimé notre traitement pour la soumettre à la médecine Raspail : elle a succombé. Cette terminaison ne saurait être légitimement imputée à notre traitement, qui a été arrêté. La troisième, concierge du n° 168, rue du Faubourg-Saint-Honoré, atteinte d'affection organique du cœur et d'emphysème pulmonaire depuis dix ans, a succombé.

Le premier des deux enfants, 43, rue de la Borde, a été complétement guéri en dix jours; le deuxième, n° 58, rue de la Pépinière, est actuellement guéri. C'est au moins 3 guérisons sur 5.

Nous pourrions citer l'expérience de plusieurs médecins qui nous ont suivi dans notre nouvelle voie; nous nous contenterons de dire que le professeur Grisolle a essayé la strychnine dans

quatre cas, à l'Hôtel-Dieu, qu'il en a guéri deux et conduit un troisième jusqu'au quinzième jour (1).

La méthode donne des résultats bien supérieurs en ville c'est que les soins et les affections de famille aident le traitement, c'est que tout est fait à heure dite, et que, dans aucun cas, on ne permet une imprudence aux malades. Avec les meilleures institutions, on ne peut avoir des conditions aussi favorables dans les hôpitaux.

Nous avons, dans la plupart des cas, placé nos malades entre des couvertures de laine ; c'est une méthode qui se pratique depuis que le choléra a paru pour la première fois en France, et par conséquent on ne nous objectera pas que cette manière de faire soit pour quelque chose dans nos résultats. Nous dirons, du reste, que cet entourage de laine n'a pas pour but, comme quelques médecins le pensent, et ne peut réchauffer des malades chez qui les fonctions d'hématose sont anéanties ; qu'il ne peut que préserver du refroidissement en empêchant le contact avec l'air extérieur, surtout au moment où la transpiration se manifeste, les linges de toile imbibés de sueur refroidissant alors facilement les cholériques.

Dans le choléra cyanique algide, notre méthode de traitement est supérieure de beaucoup, pour les résultats, sur tout ce qui a été fait jusqu'alors, puisqu'elle fournit 9 et 10 guérisons sur 22 cas.

Si l'on veut comparer l'accès de fièvre pernicieux algide et le choléra algide, on voit que le sulfate de quinine, ce spécifique si vanté, ne guérit qu'une fois sur cinq dans les premiers, et que le sulfate de strychnine guérit, au contraire, dans un peu moins de moitié et beaucoup plus d'un tiers dans le choléra algide.

La strychnine est donc le spécifique du choléra.

Mais à nos yeux, il n'était pas suffisant d'avoir ces résultats dans les algides pour prouver la spécificité de ce médicament. Il fallait voir si, à mesure que les cas sont moins graves, son action devient aussi plus sûre.

Ceci était d'autant plus important, que le choléra débutant 44 fois sur 46 par la diarrhée, si la strychnine agit sûrement dans ce moment de début et enraye la marche du mal, il devient désormais très-facile de faire diminuer le nombre de cas graves et très-graves, et de faire baisser sur une grande proportion le chiffre de la mortalité.

Nous nous sommes mis à l'œuvre ; nous avons traité par le même médicament 12 cas de choléra moyen sans aucun autre adjuvant, et nous avons obtenu 11 guérisons radicales.

Nous avons étendu ensuite son emploi à 17 cholérines, c'est-à-dire au plus faible degré du choléra, et nous avons guéri 17 fois.

Donc la strychnine s'attaque au système primitivement lésé, à quelque degré qu'il le soit ; elle est, pour le choléra, tout aussi spécifique que le sulfate de quinine pour la fièvre marématique. Nous ajoutons que, pour les choléras moyens comme pour les cholérines, nous défions, comme nous l'avons fait pour le choléra algide, l'observation après nous.

Après avoir donné tous nos faits, avoir montré comment la strychnine fait diminuer ou dissipe les symptômes cholériques, noté les cas où elle est restée sans succès, essayons d'établir, d'après l'observation des faits, une théorie sur son action, après avoir démontré quel est le système d'organes que l'élément cholérique attaque dans son action ; achevons de prouver ensuite que ce médicament doit être considéré comme un spécifique à l'instar du sulfate de quinine, ce spécifique par excellence des fièvres de marais.

Il nous faut d'abord rappeler deux propositions principales qui ne sont autres que des faits acquis à la science par la physiologie expérimentale.

M. Claude Bernard, dont le nom est devenu une si grande autorité, a démontré expérimentalement que la strychnine, absorbée par une voie ou par une autre, exerce une action directe sur les nerfs sensitifs, puis une action réflexe sur les nerfs moteurs. Cette dernière action est plus appréciable aux yeux du vulgaire, par suite des convulsions musculaires qui en sont la conséquence et qui sont visibles pour tous.

Ce même physiologiste a prouvé que si les organes autres que les locomoteurs jouissent de propriétés en raison de leur structure, de la composition de leurs éléments constitutifs, ces propriétés ne peuvent être cependant mises en jeu, donner lieu aux fonctions que tout autant que ces organes reçoivent une excitation propre de la part d'un certain ordre de nerfs, les nerfs sensitifs.

Les glandes salivaires, par exemple, ont la propriété, en raison de leur structure particulière, de sécréter la salive, à la condition, cependant, qu'elles reçoivent l'excitation nécessaire de la part de leurs nerfs sensitifs. Si, par hasard, on fait la section de ces nerfs, aussitôt la fonction cesse, quoique la propriété organique subsiste encore ; les glandes ne sécrètent plus de salive, ou si elles laissent échapper un liquide, c'est un liquide bien différent de la salive, par ses qualités physiques et chimiques.

Il découle donc que les fonctions organiques autres que celles de locomotion, sont soumises directement à l'influence des nerfs sensitifs.

Ces deux préliminaires posés, voyons ce qui se passe dans le choléra, depuis le début jusqu'à la fin, et de cet examen ressortira clairement la théorie de l'action de la strychnine.

En thèse générale, 44 fois sur 46, le choléra débute par une sorte de diarrhée ; nous disons une sorte, parce que ce n'est pas la diarrhée proprement dite ; et ceux qui ont appelé décharges cholériques par le rectum ces selles liquides et coup sur coup que les malades éprouvent alors, ont eu quelque raison. Peu après, de semblables évacuations ou décharges ont lieu par l'ouverture supérieure du tube digestif : il y a vomissements de mêmes matières liquides, ordinairement blanchâtres.

Arrêtons-nous un instant. — Ces vomissements et ces selles résultent-ils d'une phlegmasie ou d'une lésion quelconque d'une portion du tube digestif ? Non. A ceux qui prétendraient donner comme cause de ces accidents la psorenterie gastro-intestinale, il est par trop facile de démontrer, au contraire, qu'elle n'en est qu'un effet.

Ces selles et ces vomissements ne sont donc qu'un trouble de fonctions, peut-être la conséquence d'un anéantissement des fonctions du tube digestif, d'autant mieux constaté, que le liquide rejeté charrie avec lui, comme le liquide exhalé par la surface cutanée, une grande quantité de matières albuminoïdes révélées par l'analyse. Les matières albuminoïdes, en santé, sont des produits de fonctions qui doivent rentrer dans l'organisme pour ne pas en sortir ; leur expulsion au dehors démontre évidemment que les fonctions d'absorption sont supprimées. Au lieu d'être transportées dans le sang, pour aller servir à la combustion pulmonaire, ces matières sont rejetées hors de l'économie. Tous ces phénomènes morbides n'étant pas liés à des lésions d'organes, et l'anatomie pathologique le démontre suffisamment, ne peuvent être que des troubles de leurs fonctions, et par suite la conséquence de la suppression de l'excitation des nerfs sensitifs sur ces organes.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Il est à notre connaissance que ce professeur a traité depuis, à l'Hôtel-Dieu, un nouveau malade qui a succombé. Mais le médicament a été constamment vomi et on n'a pris nulle des précautions par nous indiquées pour empêcher cela ; on n'a pas même répété les doses du médicament ; en sorte que ce malade n'a réellement pas absorbé de strychnine.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64 *et* 85 *du tome* 2.)

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

Messieurs, après avoir examiné les prédispositions, les causes et les principaux phénomènes de la hernie crurale, nous sommes

arrivés au diagnostic : or, dans sa partie la plus essentielle, il avait été fait par avance, car il réside dans les phénomènes mêmes de la hernie, dans la connaissance des diverses périodes par lesquelles elle passe. Quant au diagnostic différentiel, nous l'avons déjà traité au commencement de l'histoire de la hernie crurale, en ce qui touche la hernie inguinale.

Il nous reste maintenant à reconnaître la hernie crurale dans trois cas :

1° Lorsqu'elle est sortie et qu'elle rentre facilement ;

2° Quand elle est sortie et qu'elle ne peut rentrer ;

3° Quand, une fois rentrée, elle ne peut plus sortir.

Dans le premier cas, vous avez une petite tumeur dans le pli de l'aine, vous pressez dessus, elle rentre avec ou sans gargouillement. Il s'agit de savoir si c'est une hernie ou une varice, car dans ce second cas, il faudrait bien se garder d'appliquer un bandage.

On dit : Quand la hernie rentre, on entend un gargouillement qui n'existe pas lors de la disparition d'une varice que l'on presse. C'est une erreur. Quand la hernie est petite, il y a tout au plus un très-faible gargouillement produit par la rentrée de la petite portion d'intestin dans le ventre ; et si l'on presse assez fort sur une varice, il n'est pas rare de sentir une sorte de frôlement quand le sang est poussé hors de la dilatation veineuse, et même, pour que ce signe puisse être perçu, il n'est pas nécessaire que la veine soit variqueuse, il suffit que son calibre soit seulement assez gros. J'ai vu souvent ce bruissement dans les veines, aussi ne peut-on pas, à mon avis, donner à ce signe une valeur diagnostique réelle au point de vue de la hernie crurale.

On dit encore : Réduisez d'abord la hernie et mettez votre doigt sur l'anneau, puis faites tousser le malade : si la tumeur ne reparaît pas, c'est une hernie ; si elle reparaît, c'est une varice. Mais quand on enfonce ainsi la peau du pli de l'aine dans l'anneau crural, les varices, si elles ne sont pas très-développées, peuvent être comprimées et effacées par la pression de la peau. J'ai vu quelquefois de ces varices formant de petites tumeurs dans le pli de l'aine, qui disparaissaient par la pression du doigt sur l'anneau et qui ne reparaissaient pas lorsque le malade toussait. Ce signe n'a donc pas grande valeur diagnostique lorsque la varice est petite, tout au plus peut-il servir dans le cas d'une varice considérable.

Voici le véritable signe avec lequel on n'a pas à craindre d'erreur : au lieu de faire rentrer la tumeur et de presser sur l'anneau pour l'empêcher de sortir, faites-la sortir au contraire, et pressez sur l'anneau, de manière à ce qu'elle ne puisse plus rentrer ; saisissez son pédicule, si c'est une hernie, vous sentez une tumeur dure et résistante ; au contraire, la varice disparaît par le fait de cette pression, le sang refluant dans les veines inférieures. C'est là le signe pathognomonique qui permet de distinguer la hernie crurale de la varice crurale.

La hernie est sortie et ne peut plus rentrer, c'est de l'épiploon qui est durci là : comment distinguer cette tumeur d'un ganglion engorgé ? On n'a, pour cela, que les commémoratifs, et s'ils manquent dans certains cas, il est impossible de faire le diagnostic. Chez un sujet maigre, qui porte dans le pli de l'aine une tumeur ovoïde, on peut encore assez bien juger, parce que, en passant le doigt sous la racine de la tumeur, on sent le pédicule ; chez les sujets gras, une telle exploration est impossible.

Je vais citer un cas très-rare, dont je n'ai jamais vu qu'un seul exemple :

Une dame des environs de Rouen vint consulter Marjolin pour une tumeur qu'elle croyait être une hernie : Marjolin, appliquant un doigt sur l'anneau et explorant la tumeur, eut la sensation très-fugace, il est vrai, de quelque chose qui rentrait dans le ventre. Il fit alors tousser la malade, mais la tumeur ne sortit plus, et Marjolin, ne sachant pas trop à quoi il avait affaire, et n'osant, par conséquent, prescrire un bandage, m'envoya la malade : je me trouvai dans la même perplexité que lui. D'après les commémoratifs, il était clair que la hernie était sortie par un des trous du fascia cribriforme, mais qu'elle était très-petite. Je fis donc tousser la malade, je sentis une petite hernie dans le canal, et je fis porter un bandage. Comment se fait-il que, dans de pareils cas, la hernie, sortant à un certain moment, si on la fait rentrer, elle ne sort plus, quelquefois même quand on fait tousser les malades ? C'est que c'est une hernie très-petite, qui s'est fait jour à travers un des petits trous du fascia cribriforme, et que l'orifice étant très-étroit, il arrive quelquefois qu'il ne peut plus donner passage à l'intestin ; mais quelques instants après, sous l'influence d'une nouvelle impulsion, il le laisse de nouveau passer.

Pronostic. — Quand nous avons examiné la guérison radicale de la hernie inguinale, je vous disais : « La nature en guérit beaucoup, mais nous en guérissons encore plus par les bandages bien faits et bien appliqués. » Pour les hernies crurales, il est évident que la nature en guérit aussi un grand nombre. Comment puis-je dire que la nature guérit beaucoup de hernies crurales? Cela vous rendra compte d'un fait d'anatomie pathologique qui avait frappé M. Nélaton.

Lorsque, sur un certain nombre de vieillards, on examine la région crurale, on trouve au péritoine un petit stigmate à l'endroit où la hernie aurait dû sortir s'il y avait eu hernie. Pourquoi ces stigmates? Au-dessous, on trouve un petit sac comme lipomateux : c'est de la graisse adhérente au péritoine : cela est fort étrange. Vous enlevez la graisse, et vous trouvez au centre un petit sac qui ne pourrait pas loger un pois, mais qui est tapissé par une séreuse. Ce sac, c'est le péritoine ; la séreuse, c'est le péritoine, et les stigmates, ce sont les adhérences qui ont séparé le sac du grand péritoine. On trouve ainsi quelquefois deux, trois ou plusieurs de ces sacs ; rien de semblable ne se présente dans aucune autre région, et cependant, jamais on ne rencontre des sacs aussi petits dans les hernies inguinales ; le doute n'est plus possible quand, faisant passer un stylet par ces stigmates, il aboutit à un petit sac.

Qu'est-ce que les hernies bilobées, trilobées? On pourrait croire que ce sont des hernies qui ont traversé des trous différents du fascia cribriforme ; cela ne me paraît pas probable, et je crois que les hernies crurales peuvent ainsi présenter plusieurs lobes, sans pour cela être passées par plusieurs trous : en effet, M. J. Cloquet a donné le dessin d'une hernie qui, après être passée par un seul trou de l'aponévrose, s'était bilobée. Je crois que c'étaient des hernies qui, après être restées un certain temps à l'état de hernies interstitielles, se sont guéries par l'oblitération du sac. Quel curieux problème! Nous trouvons ces stigmates chez des sujets qui n'ont jamais porté de bandages, et nous, quand nous appliquons des appareils contre des hernies, nous n'en guérissons que très-peu ; pourquoi? Nous le verrons tout à l'heure ; examinons avant comment la nature guérit les hernies crurales.

Dans ces hernies, comme dans les autres, il y a donc formation d'un collet ; l'étranglement peut donc se faire au collet du sac ; de plus, Dupuytren et A. Cooper avaient pensé que le collet herniaire se forme plus souvent dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale. Voici un autre problème : je n'ai jamais trouvé une hernie inguinale qui fût étranglée autrement que par le collet du sac ; jamais, au contraire, je n'ai vu une hernie crurale étranglée par le rétrécissement du collet. Je ne dis pas que cela n'est pas possible, mais pour ma part, je ne l'ai jamais rencontré, et si Dupuytren et A. Cooper disent l'avoir vu, je m'élève contre cette proposition.

Dupuytren croyait que c'est l'anneau qui étrangle toujours les hernies, mais, dans la hernie crurale, l'étranglement est deux fois plus petit que dans la hernie inguinale ; ne pouvant donc se rendre compte de l'étranglement par un pareil rétrécissement de l'anneau crural, il l'attribua au rétrécissement du collet.

Pourquoi l'art ne peut-il pas guérir les hernies crurales? Nous ignorons par quel mécanisme la nature guérit la hernie crurale ; nous ne pouvons donc pas suivre ses indications. Une seule opération après l'étranglement même a été proposée : c'est le procédé du *bouchon de peau*, imaginé par Jameson, dont nous avons parlé longuement lorsque nous avons étudié le traitement

chirurgical de la hernie inguinale; mais on ne l'a jamais mis à exécution, la hernie n'étant pas étranglée.

Il nous reste donc seulement la pression exercée par le bandage. Mais comment pourrions-nous, par ce procédé, guérir la hernie crurale, quand il n'est pas en notre pouvoir de la maintenir? Nous appliquons un bandage, mais il ne contient pas exactement la hernie, pourquoi? Le voici :

Il faut appliquer une pelote sur l'anneau crural : or, quand on met une pelote sur l'anneau inguinal, on applique la paroi antérieure du canal inguinal contre la paroi postérieure ; on presse aussi sur l'anneau inguinal externe, la hernie ne peut donc pas sortir : mais dans le cas d'une hernie crurale, appliquez un bandage, la pelote porte assez bien sur le canal crural, mais non sur l'orifice externe. L'anneau crural est figuré par le ligament de Fallope ; or, la pelote que l'on met est dirigée dans un sens opposé à celui de ce ligament : elle est donc sans action sur lui ; du reste, on ne peut pas appuyer sur le ligament de Fallope de manière à l'appliquer contre le pubis, plusieurs circonstances s'y opposent : 1° on comprimerait complétement la veine et l'artère ; 2° on comprimerait le nerf crural ; 3° il faudrait effacer la saillie des muscles psoas et iliaque, mais au contraire, les muscles s'érigent quand ils sont comprimés ; 4° le ligament de Poupart est tendu comme la corde d'un arc, et il ne se laisserait pas abaisser de manière à aller jusqu'au pubis ; si donc on presse dessus, la pression est insuffisante.

Puisqu'on ne peut pas faire porter l'action de la pelote sur ce point, il faut diriger sa pression sur l'autre extrémité de l'anneau : mais ici, on ne peut pas agir non plus, il faudrait que la pelote fût renversée, et c'est ce que l'on ne peut faire. On comprime donc bien le canal crural, et l'on peut réduire la hernie interstitielle à l'état de pointe ; quand la hernie est sortie, on la fait rentrer : on presse sur le fascia cribriforme, et on la maintient incomplétement réduite ; voilà tout ce que l'on peut faire.

Dans les meilleures circonstances, et même avec le séjour au lit, on ne peut pas empêcher la hernie crurale de faire une pointe. Mais dans les circonstances ordinaires, le malade marche, lève la jambe, s'assied, s'accroupit, etc., et la pelote se dérange. Exemple : j'applique une pelote à un malade, il est très-difficile d'avoir une pelote qui n'ait que deux doigts de large, il faut qu'elle ait de plus grandes dimensions; je mets donc une pelote large de trois doigts ; le malade fléchit la cuisse, aussitôt la pelote cesse de presser sur l'anneau crural : heureusement, la pelote est alors suppléée dans son action par la cuisse elle-même, qui empêche un peu la hernie de sortir; mais dans cette suppléance, il y a une très-grande lacune, d'autant plus que quand on cesse de fléchir la cuisse, la pelote ne lui succède pas immédiatement : ainsi, sur les sujets qui n'ont même qu'un léger embonpoint, il se fait à l'aine, pendant la flexion de la cuisse, un pli dans lequel le doigt même ne pourrait pas pénétrer : il faudrait donc déjà défendre au malade de s'accroupir; mais même quand il s'assied, la pelote ne peut pas rester, elle est refoulée en haut.

La face antérieure du corps et celle de la cuisse peuvent être représentées comme les deux branches d'un compas : je mets une pelote sur l'anneau crural, et je plie la cuisse ; à mesure que la cuisse se rapproche davantage du bassin, la pelote est de plus en plus refoulée en haut, et avec la pelote le ressort remonte aussi, de sorte que plus on plie la cuisse, plus la pelote remonte avec le ressort, et finalement, elle n'est plus du tout en face de l'anneau.

L'examen de toutes ces difficultés réunies m'a fait proposer aux bandagistes et aux chirurgiens le problème suivant : trouver une pelote qui, même sans remplir complétement son but pour la hernie crurale, le remplisse seulement un peu mieux que les pelotes actuelles ; je n'ai encore eu aucune solution.

Et il faut que vous sachiez bien que je n'ai encore parlé que du relèvement de la cuisse; mais le ressort lui-même peut être relevé jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Comment a-t-on lutté contre ces difficultés? Les bandagistes anglais ont pris le ressort de Salmon, ils l'ont raccourci et incliné; les bandagistes français ont raccourci le ressort français et l'ont un peu courbé; vous pouvez choisir l'un ou l'autre. Je dirai cependant qu'un de mes malades, un confrère, n'étant content ni de l'un ni de l'autre, essaya de se servir du bandage mi-corps anglais, passant sur le côté sain, très-coudé, contournant la verge et venant ainsi presser sur la pelote. Ce bandage était très-gênant, mais encore soulageait-il un peu le malade; il avait du moins cet avantage, que la flexion de la cuisse ne relevait que la pelote et pas le ressort. Enfin je vous ai montré le bandage imaginé par M. Rives, consistant en une ceinture que l'on place aussi haut que l'on veut, et dont la pelote s'applique aussi bas que possible. Je crois qu'il y a là le germe d'un bandage supérieur à ce que l'on a fait jusqu'ici, car on aurait là une ceinture sans ressort qui permettrait à la cuisse de se plier; étant molle, elle ne blesserait ni la cuisse, ni la verge; enfin, la pelote faisant remonter la ceinture, celle-ci repousserait la pelote sur la hernie.

Mais ne pourrait-on pas mettre là une pelote exécutant en quelque sorte un quart de cercle dans ses mouvements, de manière que, lorsque la cuisse serait fléchie, elle pressât par son tranchant, et que lorsque au contraire le membre est étendu, elle offrît à la hernie une large surface? Cela vaut la peine d'y songer, messieurs, car la hernie crurale s'étrangle très-souvent.

Comme vous l'avez vu, la hernie crurale tranche déjà beaucoup de l'inguinale; mais voici encore un point très-important qui les sépare. Je vous ai dit que je pouvais faire rentrer les hernies inguinales les plus grosses; peut-on de même faire rentrer les hernies crurales? Je l'ai essayé une fois sur une dame de province, dont on ne pouvait maintenir la hernie : on craignait l'étranglement. J'essayai tout ce que je pus ; j'insistai sur les purgatifs, la pression, le taxis: je ne pus pas; et pourquoi? Quand une hernie passe à travers le canal inguinal, elle se dilate, et le canal garde toujours une certaine ampleur. Dans les hernies crurales, il n'y a rien de semblable : nous trouvons toujours le fascia cribriforme avec ses petits trous ; l'épiploon passe, s'engorge, mais l'anneau ne se dilate pas, il est toujours très-étroit : c'est un anneau accidentel ; il n'a donc pas tendance à s'élargir. Chez cette dame, j'essayai donc tous les moyens que je connaissais; j'échouai, et je n'essayai pas de nouveau.

Deux ou trois ans après, je fus consulté par un étudiant en médecine, qui portait une petite hernie crurale du volume d'une noisette : je lui prescrivis de presser tous les jours plusieurs fois sa hernie, pour tâcher de la faire rentrer. Il y parvint au bout de deux mois; mais c'était une très-petite hernie, et je crois que, pour une hernie grosse comme un œuf, il n'y a pas à espérer d'obtenir un résultat favorable. A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Lariboissière. — M. BECQUEREL.

Leçons cliniques sur l'altération des liquides dans les maladies.

(*Suite. Voir les nos* 74, 80 *et* 83.)

QUATRIÈME LEÇON.

Il ne nous reste maintenant, pour compléter l'histoire du sang, qu'à exposer rapidement les autres éléments qu'il contient encore. Ce sont : 1° des matières grasses ; 2° des sels inorganiques.

A. MATIÈRES GRASSES DU SANG. — Le sang renferme plusieurs espèces de matières grasses, qui sont : la séroline, la cholestérine ou savon particulier, et une matière grasse phosphorée.

1° La *séroline*, dont l'existence a été constatée pour la première fois par un jeune chimiste, M. Félix Bondel, est une matière grasse dont l'existence ne peut être révoquée en doute. Nous avons, de concert avec M. Rodier, cherché à en déterminer le poids. Or, voici ce que l'analyse nous a démontré :

A l'état physiologique, la quantité de séroline contenue dans le sang est de 0,020 à 0,025. Cependant, nous l'avons vu monter

jusqu'à 0,060 et descendre à des quantités presque impondérables. Quant aux circonstances qui font varier cette matière grasse, je dois vous dire qu'elles nous sont inconnues, ainsi que les variations que ce principe subit dans les maladies : nous n'avons pu saisir aucune loi, aucun fait général qui nous permette d'en tirer des conséquences pratiques. Des travaux ultérieurs sont donc nécessaires.

2° *Cholestérine.* — La cholestérine est un principe constant du sang, on peut l'isoler complétement et parfaitement pure; elle existe en quantité beaucoup plus considérable que la séroline, car, dans les nombreuses analyses que nous avons faites, nous avons trouvé en moyenne 0,90 à 0,100.

Dans les maladies, cette quantité est variable; elle peut diminuer; elle peut augmenter.

Diminution de la cholestérine. — La cholestérine diminue certainement; mais nous sommes peu avancés et les analyses ne nous ont rien présenté de certain. Cependant nous l'avons, en général, trouvé diminuée pendant la grossesse.

Augmentation de la cholestérine. — On peut rattacher à trois circonstances l'augmentation de la cholestérine dans les maladies; elle augmente : *A.* dans toute maladie aiguë, fébrile, de un tiers environ de sa quantité normale; *B.* dans toute phlegmasie aiguë, du double environ; *C.* dans tout ictère avec rétention biliaire et décoloration des fèces; dans ces cas, la cholestérine contenue dans le sang peut devenir cinq ou six fois plus grande qu'à l'état normal.

3° *Savon du sang* (*oléate, stéarate et margarate de soude*). — Le savon de soude que contient le sang se trouve dans le sérum avec des caractères toujours les mêmes. De même que la cholestérine, ses proportions sont variables et soumises à des lois qui nous paraissent assez constantes.

A l'état normal, la sérosité du sang contient environ pour 1,000 parties de liquide, 1,00; il varie du reste, dans certaines limites, de 0,70 à 2,00.

Dans les maladies, nous avons observé que les oscillations sont en général en rapport avec celles de la cholestérine, peut-être cependant sont-elles moins constantes. Le savon de soude augmente : 1° dans les maladies aiguës, fébriles; 2° dans les phlegmasies aiguës; 3° dans l'ictère avec rétention de la bile.

Sa diminution ne conduit à aucun fait général positif.

4° *Matière grasse phosphorée.*— Cette matière a été admise par beaucoup de chimistes. Elle est en partie constituée par du savon de soude, mélangé d'un peu de graisse non saponifiable et de chlorure de sodium. Ces résultats de l'analyse nous ont conduit à attacher peu d'importance aux conséquences découlant de la pondération de cette matière grasse phosphorée.

B. Sels inorganiques du sang. — Les sels inorganiques du sang sont assez nombreux. Nous allons les passer rapidement en revue. Ces sels sont: le chlorure de sodium, le carbonate de soude, le phosphate de chaux.

1° *Chlorure de sodium.* — La quantité de chlorure de sodium contenue dans le sang peut être estimée en moyenne à l'état normal à 3,5 pour 1,000, chiffre qui dépasse donc celui de la fibrine. Les oscillations peuvent être fixées à 6,5 et 2,5; ce sel qui, vous le voyez, est en très-grande quantité, doit nécessairement jouer un rôle important dans l'organisme. Aussi ses proportions varient-elles dans toutes les maladies en général. Toutefois, son augmentation est rare et exceptionnelle; il n'est guère possible de déterminer les circonstances où elle a lieu, à l'exception du sang des cholériques où la quantité de ce sel est toujours plus considérable qu'à l'état normal.

Il n'en est plus de même de sa diminution; elle est constante sous l'influence de la diète, et d'une manière générale dans les maladies aiguës, où nous avons obtenu 2,5 en moyenne; cette diminution est donc assez notable et paraît nécessairement due au défaut d'introduction de chlorure de sodium dans l'organisme.

2° *Carbonate de soude.* — Il existe, dans le sang, des sels alcalins dont le carbonate de soude forme environ les 4/5; la quantité de ces sels peut être représentée par le chiffre 2,5 et ses variations sont entre les chiffres 2 et 3.

A l'état pathologique, les sels solubles de soude diminuent dans les phlegmasies; ce fait a surtout été mis en évidence par M. le docteur Cahen. La moyenne de cette diminution peut être représentée par le chiffre 2. L'augmentation, au contraire, se remarque dans le scorbut, ainsi que l'ont démontré MM. Fremy, Andral et Gavarret.

3° *Phosphate de chaux.* — La quantité de phosphate de chaux contenue dans le sang est assez considérable; elle est en moyenne de 0,350 pour 1,000 et varie de 0,400 à 0,300.

Messieurs, cet élément du sang présente un fait bien remarquable, c'est que l'état physiologique est celui dans lequel sa proportion est représentée par le chiffre le plus bas, tandis que, dans la plupart des maladies, il est presque constamment augmenté; ainsi, dans la grossesse, la fièvre typhoïde, la tuberculisation pulmonaire les phlegmasies, etc.

Tels sont, messieurs, les principaux éléments du sang; ils sont nombreux, comme vous le voyez; toutefois, de ces principes, les plus utiles à connaître sont la fibrine, les globules et l'albumine; aussi ne vous ai-je dit qu'un mot des matières grasses et des sels inorganiques, afin d'arriver plus vite à l'histoire clinique du sang dans les maladies.

HISTOIRE CLINIQUE DU SANG DANS LES MALADIES.

Je dois vous prévenir que je ne m'attacherai à aucune classification spéciale. Cependant, avant d'entrer en matière, je crois utile d'émettre quelques principes généraux, afin de vous faciliter l'étude à laquelle nous allons nous livrer.

Je commencerai par les pyrexies, et vous allez voir combien l'étude des variations offertes par le sang dans les diverses affections inflammatoires, présente d'intérêt et d'importance pratique.

Des pyrexies.

Quelle est donc la composition de sang dans les fièvres?

Prouvons par ordre de propositions :

1° Dans un certain nombre de pyrexies, il n'y a pas de modifications; cela arrive toutes les fois que les fièvres ne sont ni longues ni graves;

2° Dans les fièvres et plus que dans les autres maladies aiguës, la quantité de sang diminue; il survient alors une véritable anémie qui donne l'explication de la faiblesse qu'éprouvent les malades;

3° Dans toutes les fièvres, il y a tendance à la destruction de la fibrine;

4° Dans un certain nombre de pyrexies, et dans des circonstances spéciales que j'aurai soin d'indiquer dans le cours de ces Leçons, il y a diminution de proportions des globules et de l'albumine;

5° Dans toutes les pyrexies, il y a augmentation notable des matières grasses.

Ces cinq modifications trouvent leur explication dans un certain nombre de principes, auxquels elles sont toujours subordonnées; ces principes sont les suivants, également au nombre de cinq.

Les altérations sont subordonnées : *A.* à la durée de la maladie; *B.* au genre de pyrexie; *C.* à sa forme (ataxique, adynamique, hémorrhagique); *D.* aux complications qui surviennent dans son cours; *E.* au traitement employé.

Reprenons ces cinq propositions une à une, et tâchons d'en faire sortir tout ce qui peut influer sur les modifications dont nous avons parlé.

A. La durée. — Dans les fièvres de longue durée, le sang se détruit en masse, et lorsque la convalescence survient, le malade se trouve plongé dans une anémie quelquefois profonde, par le fait de cette destruction. La fibrine diminue, les globules et l'albumine diminuent aussi, et cela dans tous les cas. Relativement à l'albumine, la question est complexe. Est-ce la fièvre ou bien la diète qui cause cette diminution? On peut attribuer une part égale dans le phénomène à ces deux états.

B. Genre de pyrexie. — Chaque genre a son mode d'altération particulier; ainsi, nous verrons que la fièvre typhoïde ne présente pas les mêmes altérations que les fièvres éruptives, et que les fièvres intermittentes offrent des modifications tout autres que ces deux genres de pyrexies.

C. Forme. — Si l'on considère les pyrexies d'une manière générale, on ne constate aucune modification dans la composition du sang. On ne peut donc dire qu'il y a des formes indifférentes; mais si l'on envisage les formes spéciales de la maladie, la forme adynamique ou hémorrhagique, on constatera qu'elles ont pour effet de diminuer la proportion de fibrine; la première, lentement, en raison de son intensité et de sa durée, et la forme hémorrhagique, rapidement, et en raison de la quantité du liquide perdu.

D. Complications. — Il existe quatre espèces de complications:

a. Des inflammations. — Toutes les fois qu'il survient une inflammation, son effet est de s'opposer à la diminution de la fibrine, et bien souvent son rôle se borne là; quand elle devient très-intense, elle l'augmente, mais jamais autant que quand la phegmasie est simple.

b. Des hémorrhagies. — Dans ce cas, les globules éprouvent une diminution qui est en harmonie directe avec la quantité de sang perdu.

c. Des flux. — Les flux agissent dans le sens des hémorrhagies; et je ne saurais trop insister sur ce fait, parce que bien des personnes croient que c'est sur l'albumine que porte la diminution, tandis que l'analyse du sang fait toujours connaître que les globules diminuent.

d. Les gangrènes. — Cette complication, qui survient quelquefois très-rapidement, porte son influence sur la fibrine en la diminuant notablement.

E. Enfin les modifications sont subordonnées au traitement. La méthode expectante permet aux altérations de se produire sans que l'on ait aucune observation à faire; mais, quand on soumet le malade à la diète, on constate une notable augmentation des matières grasses. La saignée, les sangsues, ou des purgatifs répétés, entraînent une diminution de la masse du sang et des globules en particulier.

Ces principes posés, examinons, messieurs, chacune des maladies; nous verrons que l'analyse donne une grande valeur aux principes que nous avons émis.

Dans la fièvre synoque (*synochus imputris, simplex*), fièvre inflammatoire, il n'y a aucune altération du sang; c'est, du moins, ce que huit analyses m'ont permis de constater.

L'érythéma nodusum n'offre rien de spécial et ne s'accompagne point d'augmentation des globules.

Fièvre typhoïde. — Lorsqu'elle est légère, il n'y a aucune altération du sang. Dans la forme ordinaire, quand cette maladie dure de vingt et un à trente jours, et ne s'accompagne d'aucun accident particulier, c'est à la diète et à la longueur de la maladie qu'il faut attribuer la destruction des éléments constitutifs du sang, sans négliger toutefois la part d'influence qui revient aux pertes que le malade éprouve, par la diarrhée qui survient toujours quand la maladie est confirmée. Dans la forme ataxique, toute l'influence revient à la durée de la maladie, et dans la forme adynamique, alors que les phénomènes s'aggravent, la fibrine subit une diminution très-sensible.

La liquidité particulière que l'on avait attribuée au sang des typhoïques, n'existe pas telle qu'on l'a mentionnée. MM. Andral et Gavarret, d'abord, avaient constaté la fausseté de cette assertion; et les résultats auxquels nous sommes arrivés, M. Rodier et moi, corroborent l'opinion de ces messieurs: la fluidification du sang n'est donc qu'un fait très-rare et qu'on trouverait seulement dans le typhus, maladie dans laquelle la fibrine se détruirait très-rapidement.

En 1846, MM. Gueneau de Mussy et Rodier ont été envoyés en Irlande, où sévissait le typhus fever; la partie analytique, dont M. Rodier fut chargé, donna pour résultat une diminution dans les éléments constitutifs du sang, et principalement de la fibrine.

Fièvres éruptives. — La variole, médiocre d'intensité, n'offre pas d'altération du sang; quand elle est grave, il y a augmentation de la fibrine à la première saignée, et ensuite diminution: ici, la phlegmasie, développée vers la peau, contre-balance évidemment l'effet de la fièvre, et tend à conserver la quantité de fibrine à l'état physiologique. Certaines formes hémorrhagiques de la variole tendent à diminuer la proportion de la fibrine.

La *scarlatine* n'offre ordinairement aucune altération, mais à l'état grave entraîne une diminution considérable de la fibrine; il en est de même pour la *rougeole.*

Fièvres intermittentes. — MM. Andral et Gavarret n'ont constaté aucune modification dans 7 cas analysés par eux. MM. Léonard et Faley sont arrivés, en Algérie, à des conclusions qui rapprochent les altérations du sang dans la fièvre intermittente, de celles que l'on trouve dans la fièvre typhoïde. En outre, ils ont constaté que, dans les fièvres pernicieuses, la fibrine tendait à diminuer et toujours en raison de la gravité de la maladie.

La *cachexie paludéenne.* — Vous n'ignorez pas, messieurs, que la cachexie paludéenne est produite de diverses manières, nous les rapporterons à deux formes principales.

Dans la première forme, c'est à la répétition de la fièvre qu'est due la cachexie. Des exemples bien frappants doivent vivre encore dans votre souvenir. En 1848, lorsque des travaux furent entrepris pour l'assainissement et la mise en culture de la Sologne, des ouvriers furent envoyés en grand nombre; la plupart revinrent atteints de fièvres intermittentes, et furent parfaitement guéris par l'emploi du sulfate de quinine et un séjour loin des lieux d'infection; quelques-uns retournèrent à leur travail. Parmi ceux-ci, il me fut donné d'en voir à la Pitié, qui offraient, après une ou deux rechutes, des altérations profondes, une véritable cachexie paludéenne en un mot.

Dans la deuxième forme, et c'est la plus fréquente, les malades arrivent insensiblement aux dernières limites des altérations, l'intoxication a lieu par le fait d'un séjour prolongé dans les lieux où s'exhalent les miasmes, cette cachexie est la plus rebelle et nécessite l'emploi longtemps continué du sulfate de quinine, combiné à l'éloignement du foyer d'inhalation.

Les altérations sont les mêmes dans les deux cas, et peuvent se rapporter à trois modifications. L'albumine peut être seule à subir une diminution quelquefois très-considérable. En second lieu, les globules disparaissent, et cette disparition est accompagnée de souffles dans les vaisseaux. Enfin, c'est la fibrine qui diminue sensiblement, et les hémorrhagies qui en sont la conséquence portent l'attention du praticien sur cette importante modification.

Vous voyez, messieurs, toute l'influence que l'observation de ces phénomènes exerce sur le traitement des pyrexies. Aussi, nous pouvons poser hardiment en principe que c'est aux analyses du sang que l'on doit une classification raisonnée des fièvres.

Dans les cas de doute, alors que certains symptômes caractéristiques manquent ou se confondent, le praticien pourra porter un diagnostic fidèle d'après l'analyse du sang. Vous repousserez systématiquement l'emploi de la saignée, parce que vous aggraveriez l'état du malade en diminuant à la fois la quantité des globules de la fibrine, de l'albumine, et que vous rendriez la convalescence très-longue et très-pénible.

Vous insisterez sur l'emploi des toniques dès que vous en trouverez l'indication, de ceux surtout, en particulier, qui amènent rapidement la reconstitution de l'albumine et de la fibrine, comme le quinquina; je n'ai pas besoin de vous faire observer que le fer, qui agit si puissamment dans la chlorose, ne trouve ici qu'une place très-secondaire.

Il faut aussi nourrir les malades le plus promptement possible, sans toutefois imiter M. Bretonneau, qui ne craint pas de donner des aliments à toutes les périodes d'une fièvre typhoïde.

A. PERRET, *interne des hôpitaux;* MAURIN.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Eaux minérales de Saint-Denis-les-Blois.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de réclamer de votre obligeance l'insertion dans votre estimable journal, de quelques lignes destinées à appeler l'attention des médecins sur des sources minérales naturelles, ferrugineuses froides, situées dans la commune de Saint-Denis, près Blois, encore peu connues et qui méritent cependant de l'être.

Ces eaux minérales, autorisées par le gouvernement depuis quelques années seulement, ne sont point cependant d'invention nouvelle; elles étaient connues de temps immémorial dans le pays blésois, et leur histoire n'est pas dénuée d'intérêt.

Sous le règne du roi Louis XII, né à Blois, et sous François I[er] et ses successeurs, elles jouissaient d'une grande renommée; aussi, pendant les séjours prolongés de la cour au château de Blois, étaient-elles fréquentées par les dames et les grands seigneurs.

Au XVII[e] siècle, la reine Marie de Médicis, voulant témoigner de l'intérêt qu'elle portait à la fontaine de Saint-Denis, l'orna d'un bassin qu'elle fit construire à ses frais : à la même époque, le médecin blésois, Paul Reneaulme dédiait à la mère de Louis XIII un opuscule intitulé : *La vertu de la fontaine Médicis près Saint-Denis-lez-Blois, imprimé à Blois par Cottereau,* 1618.

En 1682, le docteur Jean Bernier, dans son histoire remarquable de Blois, déclare avoir été témoin de quantité de belles cures opérées sous ses yeux, par les eaux minérales de Saint-Denis.

Au XVIII[e] siècle, la cour ayant abandonné Blois, la fontaine Médicis se ressentit des effets fâcheux de cette retraite et tomba peu à peu dans l'oubli. Au commencement de la Révolution française, elle fut complétement délaissée et comblée, tant on avait hâte alors d'effacer les souvenirs aristocratiques.

Des tentatives furent faites depuis pour rendre les eaux à leur première destination.

En 1804, un préfet de Loir-et-Cher s'en occupait activement; mais, mal servi sans doute, ses démarches furent infructueuses.

Dans l'année 1850, deux médecins blésois, plus heureux ou plus persévérants dans leurs efforts, parvinrent à éveiller l'attention sur l'importance des eaux de Saint-Denis pour la santé publique, et, sous l'habile direction du chef de la municipalité et d'une commission de surveillance, la fontaine Médicis prit une nouvelle vie.

Deux années se sont à peine écoulées, et déjà de nombreux visiteurs viennent avec empressement aux sources minérales; des constructions importantes s'élèvent et promettent avant peu un établissement complet pour douches et pour bains.

J'aurai, monsieur et très-honoré confrère, l'occasion de vous parler ultérieurement des succès obtenus de l'emploi des eaux minérales. Un Rapport présenté à l'Académie de médecine a constaté de remarquables guérisons, et, dans les établissements hospitaliers et la pratique journalière, il a été recueilli de nombreuses observations qui démontrent, d'une manière évidente, l'efficacité de nos eaux minérales.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux l'analyse qui en a été faite par M. Ossian Henry, ainsi que ma *Notice sur la fontaine Médicis*, publiée par ordre de la commission administrative; vous y trouverez des détails qui ne peuvent entrer dans le cadre restreint de ce court exposé (1).

V. BLAU, *médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Quelques-uns de nos correspondants nous ont fait l'honneur de nous demander quels sont les traitements qui paraissent avoir eu le plus de succès contre le choléra; nous avons répondu personnellement à plusieurs, mais les correspondances se multipliant au point de rendre impossible des réponses individuelles, nous devons rappeler, pour toute réponse collective, que nous avons publié, à mesure qu'elles se sont produites, toutes les médications d'apparence sérieuse qui ont été proposées contre le choléra, et que nous avons donné à nos publications, le numéro de ce jour en fait encore foi, d'autant plus d'étendue, que l'apparence sérieuse était plus grande. Si nous n'avons, en notre propre nom, conseillé aucune médication en particulier, c'est qu'aucune conviction n'a encore pénétré dans notre esprit. Dans les hôpitaux de Paris, seule localité pour laquelle nous ayons des documents certains, la mortalité a été la même dans tous les services. Nous ne pouvons donc que recommander à nos lecteurs l'expérimentation de toutes les méthodes qui se présentent sous la garantie de noms honorables, et notamment celle que M. Abeille expose dans le présent numéro de ce journal.

— M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, sur la demande de M. le général comte de Grammont, vient d'envoyer dans le département de la Haute-Saône M. le docteur V.-E. Léger, médecin dont le zèle et le dévouement répondront parfaitement à la confiance de M. le Ministre.

— Dimanche dernier, 30 juillet, à l'occasion de la Sainte-Marthe, fête patronale de l'Hôtel-Dieu, M. le conseiller d'État Vaïsse, chargé de l'administration du département du Rhône, et le Conseil d'administration des hôpitaux, ont fait la visite consacrée par l'usage, à pareille époque, dans les salles des malades. Tout le personnel médico-chirurgical, convoqué pour cette inspection solennelle, était à son poste. Cette visite a été accueillie par les malades comme un témoignage de la profonde et incessante sollicitude qui anime, en faveur des pauvres souffrants, nos administrations en général, et, en particulier, l'éminent fonctionnaire placé à la tête du département. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— *Prix de la Société de chirurgie de Paris.* — Nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs que la Société a adopté, pour sujets de prix à décerner dans les années 1855 et 1856, les deux questions qui suivent :

Prix de 1855. — Déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestions symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale.

Prix de 1856. — Faire connaître les résultats ultérieurs des amputations des membres abdominaux, au point de vue de l'anatomie, de la physiologie pathologique et de la prothèse.

Chaque prix, dont la valeur est de 400 francs, sera décerné dans les séances annuelles de 1855 et 1856.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin, suivant les formes académiques; ils porteront en tête une devise se rapportant à celle écrite sur l'enveloppe renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 15 mai 1855 et le 15 mai 1856.

Prix J.-R. Duval. — La Société de chirurgie de Paris fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, à décerner à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul objet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs qui ont rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant eu un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les auteurs qui voudront concourir devront adresser franco, avant le 15 mai 1855, deux exemplaires de leur thèse au secrétaire général de la Société, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux de France où ils ont fait leurs études.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. PAYEN. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez JANET, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Essai de classification des maladies mentales, par le docteur BAILLARGER, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. — Broch. in-8. — Prix : 50 c. — Chez Victor MASSON.

(1) Il résulte en effet, de l'analyse de M. O. Henry, que les eaux de Saint-Denis-les-Blois sont des eaux ferrugineuses froides, qui ont la plus grande analogie avec les eaux de Forges, de Bussang et de Spa. (*N. du R.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET C[ie], RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 95. 2e année. Jeudi 10 Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 9 Août 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Quelques routiniers, souvent embarrassés de savoir quoi dire, qui n'attachent par conséquent pas grande importance à leurs paroles, et qui, en cela du moins, peuvent avoir parfaitement raison, se livrent à des lamentations dès que surgit une discussion quelque peu importante; c'est ce qui est arrivé pour la discussion sur la lithotritie, sur l'avortement provoqué, sur le perchlorure de fer, etc., etc. Après chaque discussion, nous avons fait remarquer que le public et les académiciens eux-mêmes désertaient précisément au moment où la clôture d'une grande discussion était prononcée, et que, parmi les auditeurs restants, la plupart se livraient à des conversations bruyantes qui étouffent la voix de l'orateur; ce qui avait eu lieu cent fois s'est encore renouvelé hier, et l'aimable président, malgré le moelleux de son tempérament, a été obligé de faire acte d'autorité, et de prier les causeurs de vouloir bien aller continuer leurs conversations hors de l'enceinte de l'Académie. Cette admonestation est malheureusement arrivée quand deux ou trois Rapports sur les eaux minérales étaient déjà votés, et votés, on peut le dire, sans que six membres les eussent entendus. Nous avons déjà nombre de fois insisté sur cette déplorable négligence avec laquelle l'Académie vote des Rapports aussi importants que ceux qui concernent les eaux minérales; nos doléances ont trouvé hier un écho puissant dans l'honorable et savant professeur Caventou; mais nous craignons bien que sa voix, malgré sa grande autorité, ne soit pas plus écoutée que la nôtre, et c'est une chose fâcheuse, autant pour la renommée des eaux minérales de la France, que pour la considération de l'Académie elle-même, qui perd plus qu'elle ne croit à une pareille façon d'agir.

M. Robinet a le rare talent de rendre intéressants et de faire écouter même des Rapports sur les remèdes secrets; le savant académicien a égayé hier l'Académie par plusieurs de ces charmantes petites œuvres d'esprit, de science et de bon sens. Que M. Robinet toutefois ne compte pas trop sur son esprit et sur son courage; ce n'est pas sans une certaine frayeur que nous l'avons entendu proclamer hier que « *la médecine doit être bannie de la boutique des confiseurs et des chocolatiers.* » M. Robinet n'ignore pas que les chocolatiers ont de puissants protecteurs; qu'ils en comptent jusque dans les hôpitaux et jusque dans la Faculté, qui sait? peut-être même jusque dans l'Académie. Ces personnages pourraient bien lui faire payer cher sa déclaration de principes; qu'il y prenne garde, et surtout qu'il ne mange pas de chocolat sans en connaître bien positivement l'origine.

Après M. Robinet, M. Londe est monté à la tribune pour lire un court Rapport sur le travail d'un médecin oriental, relatif à l'hygiène de la Turquie. Une anecdote équivoque, tirée des *Mémoires de Constant*, valet de chambre de l'Empereur, en a été le passage le plus remarqué.

Comme les correspondants de l'Académie aiment à suivre le précepte d'Horace, M. Delfrayssé s'est chargé aujourd'hui d'apporter à la séance le contingent de l'agréable; il a envoyé sur les morts apparentes, un Mémoire portant en épigraphe cet aphorisme qui ne le cède guère par la forme à ceux du célèbre lauréat, M. Bouchut, mais qui, en revanche, trahit dans le fond, bien plus que ceux qu'a conçus ce rare écrivain, une prudence pleine de profondeur : « La mort peut toujours être considérée comme *douteuse et incertaine* quand le cerveau, le cœur et les poumons *conservent toute leur intégrité;* elle est irrévocable et consommée dans tous les cas où ils sont *désorganisés.* » Rien que cela ! Si l'Académie taxe son correspondant de témérité, c'est qu'elle poussera bien loin la prudence. Quelqu'un a dit qu'il y a de bonnes gens partout et de bonnes choses dans les plus mauvais livres ou les plus mauvais écrits. Pour mon compte, je ne trouve rien de bon dans ce proverbe; mais il y a dans le travail de M. Delfrayssé des observations qui, même telles qu'elles sont rédigées, ne sont pas dénuées de tout intérêt, et nous verrons s'il nous est possible d'en présenter un aperçu à nos lecteurs.

H. DE CASTELNAU.

L'enseignement et la pratique de la médecine à Londres.

Les journaux anglais nous avaient annoncé que notre ami, M. Deville, avait obtenu à Londres une position qui ne nous paraissait pas nettement définie. Nous écrivîmes alors à notre ami pour le prier de nous donner quelques détails sur la nouvelle en question; mais comme toujours il a, en nous répondant, oublié en grande partie sa personnalité pour s'occuper des intérêts de la science, et il

nous a transmis des détails que nos lecteurs liront sans doute avec satisfaction. Voici ces détails :

Mon cher ami,

La réponse aux questions que vous me posez exigerait bien des détails pour que vous puissiez être éclairé entièrement, et comprendre la position qu'on me fait en ce moment à Londres. Cependant, pour vous satisfaire, je vais tâcher de résumer le plus brièvement possible les faits principaux.

Si nous prenons la profession médicale à Londres, non telle qu'elle existe en fait, mais telle qu'elle devrait exister en vertu des règlements, nous la trouvons divisée en trois groupes : 1° *physicians ;* 2° *surgeons;* 3° *general practitioners.* Les deux premiers groupes correspondent parfaitement aux docteurs médecins de la Faculté de Paris, et aux maîtres chirurgiens qui existaient en France avant la révolution de 89. Quant au troisième, le plus important en fait, il comprend une espèce d'être hybride, qui tient boutique sur la rue, prépare et vend des médicaments, tient à cet égard à peu près la place des pharmaciens en France (d'où leur titre légal, les *apothicaires,* titre tombé, il est vrai, en désuétude), mais qui pratique en outre la médecine, voit lui-même ses malades en ville et chez lui, comme font, en un mot, nos officiers de santé dans certaines campagnes éloignées ; de cette position, appelée *general practice,* ils ont dérivé leur nom actuel. Il y a bien d'autres organisations médicales ou attenantes à la médecine dans Londres ; mais les trois précédentes sont les seules régulières, rigoureusement légales, si vous voulez.

Chacune de ces compagnies est organisée, en vertu de chartes royales leur accordant leurs priviléges, en une espèce de corporation qu'on appelle Collége des physicians, Collége des surgeons et Apothecary-hall. Ces Colléges, composés de membres ou licenciés, de fellows ou compagnons, qui sont le grade le plus élevé, et d'un conseil choisi annuellement ou autrement par les fellows eux-mêmes entre eux, ont chacun entre leurs mains la direction générale de leur profession ; ce sont eux qui doivent poursuivre la pratique illégale de ceux qui ne font pas partie de leur corps ; car ici, le gouvernement n'institue pas de poursuites de ce genre, ne fait que soutenir les Colléges dans leurs poursuites, lorsque ceux-ci les ont déjà instituées, etc., etc. Pour être admis membre de l'un de ces Colléges, il faut d'abord payer et cher, condition capitale ici, par exemple, £ 100 (2,500 francs) au Collége des physicians ; puis il faut justifier de certaines conditions d'études et autres de ce genre, plus ou moins rigoureuses, suivant le Collége ; et alors on est admis aux examens peu sévères par lesquels on est reçu *membre* du Collége. Après quelques années de pratique, certaines conditions d'âge, et nouveau déboursé d'argent, bien entendu, on peut être admis aux examens plus sérieux, plus sévères, cette fois, du Fellowship. Et puis, certaines conditions règlent la nomination des fellows entre eux pour former le conseil. Il est parfaitement libre chez soi, fait ce qu'il veut, n'a rien à voir avec le gouvernement du pays, à la condition de se tenir dans les limites des chartes accordées. Les Colléges ne font pas d'enseignement. Ils font bien semblant de faire quelques cours très-médiocres, de trois, quatre, cinq à six séances au plus, parce qu'ils ont en dépôt des sommes considérables que certains individus leur ont léguées à des époques variées, à la condition expresse que ces cours seraient faits (et c'est en grande partie pour cela que ces cours portent en général, en tête, le nom des fondateurs ou testateurs, Crownian, Lumbyan, etc...); mais a l'exception du remarquable cours d'anatomie comparée fait par Aden, au Collége des surgeons, en quatorze séances chaque année, tous ces cours sont ridiculement insignifiants, ne sont que des affaires de formalité, et ne se rapportent en aucune façon à un enseignement quelconque.

L'enseignement est donc tout entier en dehors des Colléges, ne dépend que de lui-même, est entièrement libre. Libre avec une petite restriction, il est vrai, mais si petite, qu'en vérité, c'est à peine si elle mérite d'être mentionnée. Chacun est absolument libre, d'abord, de se livrer à quelque branche d'enseignement que ce soit, sans que personne s'en mêle, y trouve à redire, fasse la moindre opposition. Pour professer, cependant, il faut avoir des élèves, et les élèves ne viennent qu'à la condition que le certificat d'études que leur fournira le professeur sera reçu, ensuite accepté comme régulier par celui des Colléges auquel il voudra le présenter. Voilà donc la question qui se présente pour le professeur, c'est d'avoir son enseignement reconnu par les Colléges. A cet égard, si l'on met de côté certaines petites passions et jalousies qui sont la conséquence forcée de toutes les organisations dans l'absurde société actuelle (d'autres blasphémant Dieu et l'homme diraient : la conséquence forcée des imperfections de la nature humaine), il faut dire qu'entre Anglais, cette reconnaissance des professeurs par les Colléges est accordée chaque fois qu'elle est sérieusement méritée, et que cette petite restriction, cette petite nécessité, n'empêchent pas l'enseignement d'être réellement libre. Vis-à-vis d'étrangers, ce serait une autre question ; l'Anglais, chez lui, a un principe qui est de considérer l'étranger, d'agir envers lui, encore pis que les Juifs en usaient vis-à-vis des Gentils ; il n'en veut chez lui à aucun prix ; et s'il en subit quelques-uns, ce n'est qu'en rechignant, et après que l'étranger s'est frayé une voie à coups de sabre. Par exemple, il faut dire que lorsque l'Anglais voit cet étranger en train d'arriver, et disposé à lui être sérieusement utile, il l'adopte alors à peu près comme un compatriote. Il résulte de là que les étrangers ne sont jamais venus s'y frotter pour faire de l'enseignement, car il faudrait être doué d'une rude patience, à moins d'y être forcé, comme je l'ai été, pour subir les avanies des premiers temps. Les étrangers n'ont donc jamais cherché à faire de l'enseignement médical à Londres, et si jamais il s'en présentait, je ne doute pas que les Colléges ne missent bientôt le holà en refusant de les reconnaître.

Il serait trop long, maintenant, de vous expliquer l'origine des établissements d'enseignement médical, et les raisons pour lesquelles il n'y a pas ici des professeurs isolés, mais des groupes constituant chacun comme autant de petites Facultés. Entre eux, cependant, il faut établir une distinction. Quelques-uns, tels que les vieilles, hideuses et abominables Universités de Cambridge et d'Oxford, et que la récente et bien préférable Université de Londres, ont le droit de délivrer certains titres médicaux, outre qu'elles font aussi l'enseignement ; mais, à l'Université de Londres, la distinction entre les Corps enseignant et examinant est absolue, bien plus tranchée encore qu'elle ne l'est à l'École polytechnique de Paris. Et en sortant de là, les élèves des Universités sont encore obligés de passer devant les Colléges, sauf l'Apothecary-hall, qui est franchement beaucoup trop inférieure pour eux. — A part ces Universités, les Écoles d'enseignement, celles qui ont la grande masse des élèves sous leur direction ne font que de l'enseignement ; chaque professeur donne (ou vend) à ses élèves des certificats d'assiduité aux cours, et c'est avec ces certificats que les élèves se présentent devant les Colléges.

Voilà ce que sont les Écoles d'enseignement à Londres. Chacun des grands hôpitaux généraux, ici, a une École attachée à lui ; c'est ce qu'on trouve, par exemple, à Saint-Barthélemy, à Guy, à Saint-George, à Saint-Thomas, à London hospital, à Middlesex, Charing cross, Westminster hospitals, etc. Ce sont, en général, les chefs de service de l'hôpital, et quelquefois quelques personnes étrangères à l'hôpital, qui sont les professeurs de l'École attenante ; et, quoique l'École soit dans le même local, sous la même administration que l'hôpital, cependant chacun a ses règlements distincts, et un chirurgien suppléant, tout nouveau dans l'hôpital, où il n'occupe qu'une position secondaire, peut très-bien, dans l'École attenante, avoir une position égale à celle du chirurgien en chef de l'hôpital, comme cela arrive par exemple pour Paget, à l'École de Saint-Barthélemy, vis-à-vis de Lawrence, chirurgien en chef de l'hôpital. Cela arrive rarement cependant, surtout lorsque l'École peut rapporter au professeur jusqu'à 7 ou 800 liv. (près de 20,000 fr.) par an, comme cela arrive, auquel cas les principaux chefs de service de l'hôpital ont le soin d'accaparer pour eux, bien entendu, les bonnes places de l'École.

Dans la plupart des écoles dépendant ainsi des hôpitaux, il est

presque impossible d'arriver, parce que toutes les places se donnent à l'ancienneté (seniority), cette plaie hideuse de presque toutes les institutions anglaises. Dans les écoles en question, on commence par être élève, payant environ £ 40 (1,000 fr.) par an, pendant trois ans. Puis on est nommé interne (house-surgeon ou house-physician) dans quelques hôpitaux, tout simplement en payant une certaine somme, qui est toute la preuve de capacité exigée. De là, quand une place de démonstrateur d'anatomie (deux degrés ici correspondent assez à aide d'anatomie et prosecteur), devient vacante, c'est un des house-surgeons qui la prend, et qui passe plusieurs années, non pas dans ce métier, car la plupart se dispensent complétement du soin de toute préoccupation et de tout travail de ce côté, mais avec cette qualification. Le plus ancien démonstrateur devient curateur du Musée. Et quand une place de chirurgien-suppléant devient vacante, c'est ce curateur qui est nommé. Je passe sur quelques autres intermédiaires exceptionnels. Ce sont ces suppléants qui, toujours à l'ancienneté, prennent les fonctions de professeurs dans l'école, dès qu'une place est vacante. Et enfin, à un âge très-avancé (Skey, qui vient d'être nommé à Saint-Barthélemy, a plus de 50 ans et était depuis dix-sept ans chirurgien-suppléant), on finit par être nommé chirurgien titulaire d'un hôpital. C'est abominablement hideux, mais c'est comme ça, et vous comprenez qu'à moins de quelque porte latérale, qu'il n'est pas facile de faire ouvrir, un homme quelconque, qui arrive ici après qu'il a dépassé l'âge de 30 ans, n'a rien à espérer du côté des hôpitaux, est dans l'impossibilité de s'engager au sein d'un engrenage aussi rigoureusement constitué. Vous voyez donc, mon cher ami, que je n'ai pu rien devenir dans aucun hôpital, et encore moins à l'hôpital Saint-George que dans aucun autre, car c'est là et à Saint-Barthélemy que le système de la séniorité de bas en haut est établi de la manière la plus précise, sans parler encore de quelque chose de pis, à savoir une servilité ignoble envers ses supérieurs, sans laquelle on est bientôt arrêté net en chemin.

Mais en dehors des grands hôpitaux, il y a d'autres écoles d'enseignement médical, qui ont été même les premières existantes, et qui ont servi de modèles aux écoles depuis formées dans les hôpitaux. De ces écoles, la plus fameuse est celle de J. Hunter, qui existait ici, à côté de la rue où je demeure, dans Windmill-Street, et qui a été continuée jusque dans ces dernières années. Quoique venues en second lieu, les écoles des hôpitaux ayant plusieurs avantages, entre autres celui de joindre les cours de clinique aux autres cours, ont fini par presque faire disparaître les autres, dont deux, trois, quatre, plus ou moins, ont toujours persisté néanmoins. Les hôpitaux, dès qu'ils voient de bons professeurs dans l'une de ces écoles rivales, prennent en général la précaution de les inviter chez eux, de leur donner de bonnes places pour éviter la concurrence, et, de cette façon, ces écoles rivales tombent souvent. Mais bientôt, par l'abus de la séniorité dans les hôpitaux, des hommes de talent, sans place ou repoussés, se retrouvent, qui reconstituent de nouvelles écoles ou reprennent celles déjà tombées, jusqu'à ce que les hôpitaux s'empressent d'absorber ces hommes nouveaux, et ainsi de suite, par un mouvement continu et fort curieux.

Heureusement pour moi, je me trouve à Londres juste au moment de l'un de ces mouvements qui se passe dans l'une des écoles indépendantes des hôpitaux, celle qui porte le nom de School of Anatomy and medecine adjoining St-George's hospital. Adjoining et non pas Belonging to (adjacente à l'hôpital et non pas lui appartenant). Remarquez bien cela, car on me paraît faire une singulière confusion à cet égard. L'école en question est placée dans le même quartier que St-George's hospital, tout près de lui, mais en est complétement indépendante. Cette école existe depuis plusieurs années, et elle est bien connue, quoique petite, par ses succès, auxquels a pas mal contribué la disparition des derniers restes de l'école de Hunter, dont elle a reçu en partie l'héritage. Elle a été fondée par M. Lane, excellent homme, capacité moyenne, mais opiniâtre et persévérant, qui, voyant arriver, par suite de séniorité et de servilité, des gens qui ne le valaient pas, se décida à se créer une position par lui-même, et d'une façon tout indépendante. Pour cela, il s'établit tout près de Saint-George's hospital, et commença d'abord par créer un amphithéâtre d'anatomie et dissection, où, pour des prix beaucoup moins élevés qu'à l'hôpital, les élèves apprenaient beaucoup mieux l'anatomie. Ceci réussissant très-bien, la chose a pris peu à peu de l'extension, et est devenue une École complète de médecine bien organisée, comprenant toute espèce de cours, moins les cours de clinique que les élèves de cette École vont suivre à l'hôpital Saint-Georges winis ou à tout autre, à leur loisir. A ce moment-là, on a organisé l'hôpital Sainte-Marie, qui a pris une partie de son personnel, Lane en particulier. Dans cette École adjoining Saint-George's; et l'Erob, comme bien d'autres du même genre l'ont été d'autres fois, se trouve entièrement désorganisée. Il s'agit aujourd'hui de la reconstituer.

Plusieurs hommes capables se sont réunis pour cela. Dr Lankester, excellent micrographe, rédacteur en chef du *Journal de microscopie*, et M. Pilcher, l'un des membres du conseil du Collége des surgeons, tous deux anciens professeurs de l'École en question, y restent, et se sont adjoints : Dr Cormache, rédacteur en chef de *l'Association Journal ;* M. Spencer Wells, rédacteur en chef du *Medical Times* (les deux principaux journaux d'ici, au fait, car *la Lancet,* après les indignités auxquelles elle vient de se mêler, est singulièrement rabaissée et aura de la peine à se relever); Dr Ballara, homme très-capable, etc.... Me tenant depuis longtemps à l'écart, ne m'occupant que d'un peu de clientèle et de mes travaux personnels, je n'étais que très-incomplétement au courant de tout cela, lorsqu'un beau jour je vois entrer M. Spencer Wells chez moi. — Après les salutations, je lui demande ce qui me vaut l'honneur de sa visite : « Je viens vous demander, me dit-il, quelles sont « vos intentions en restant à Londres. » — « Mes intentions, « elles sont nulles pour le moment. Je suis à Londres, parce « que j'ai refusé, je refuse, et je refuserai toujours et quand « même à rentrer dans mon pays en me déshonorant ; et en « attendant, je vivote ici et je veux y rester tant que je pourrai, « en faisant un peu de clientèle. . . . . »

« Je vous pose ces questions, ajouta M. Spencer Wells, parce « que, si telles sont vos intentions, je viens vous proposer, au « nom de mes collègues, de prendre la chaire d'anatomie dans « une École qui se forme en ce moment, en remplacement de « celle de Lane. »

« Vous m'apportez là, dis-je, une nouvelle bien agréable et « me faites un grand honneur. Malheureusement, une grave « difficulté se présente pour mon acceptation. En arrivant ici, « j'espérais trouver quelque position bien modeste, où, sans « bruit, en gagnant ce qui serait nécessaire pour ma pauvre « existence, j'aurais pu rendre quelques services par mes con- « naissances anatomiques et mon aptitude à l'enseignement. « Aussi m'étais-je mis ardemment à l'étude de l'anglais, ayant « un maître tous les jours pendant un an, et j'avais fait de bons « progrès. Mais pendant ce temps, quelle réception m'a-t-on faite « ici? On m'a repoussé de partout, chassé même; et là où l'on « m'a fait le moins de malhonnêtetés, on m'a reçu comme on re- « cevrait un chien dans un jeu de quilles. En présence de cette « persécution persistante, j'avais dû renoncer entièrement à « mes premiers projets, et par conséquent j'ai mis entièrement « de côté pendant les quinze derniers mois, l'étude de l'an- « glais. J'en savais et j'en sais assez pour les besoins de la « conversation et ceux de la clientèle, mais je n'en sais pas « assez pour me hasarder à parler en public, comme je l'au- « rais pu si, prévoyant la possibilité d'une pareille offre, j'avais « continué mes études sérieuses de la langue. Aujourd'hui, « il m'est entièrement impossible d'accepter de remplir une « chaire d'anatomie. » — « Bah! bah! vous êtes trop difficile. « La façon dont vous parlez en ce moment (la conversation « avait lieu en anglais, naturellement) est bien suffisante, et s'il « n'y a que cet obstacle, il se trouve tout levé. » — « Non, « dis-je. Avec les difficultés qui m'entourent et m'entoureront, je « ne puis pas m'exposer à être ridicule; ce serait trop dange- « reux, je ne puis ni ne veux courir ce risque. Il ne m'est pas

« possible d'accepter de faire le cours public en ce moment, ou « d'ici à un an. » — « Je vois, dit M. Spencer Wells, qu'il serait « difficile de vous décider. Mais rien ne vous empêche de pren- « dre la direction de tout le département anatomique, en atten- « dant que vous vous croyiez en état de faire le cours, qui sera « toujours à votre disposition, d'ailleurs. Nous marcherons avec « vous seul, et si les Colléges exigent des lectures, nous pren- « drons provisoirement quelqu'un pour remplir cette forma- « lité. » — « De cette façon, toute difficulté est levée, et j'ac- « cepte. »

Voilà, mon cher ami, comment il se fait que mon nom a été immédiatement publié dans les journaux anglais, et comment, bien que j'aie seul la direction du département anatomique de la nouvelle École, un autre nom a été adjoint au mien, pour satisfaire, au besoin, à la formalité que les Colléges pourraient exiger.

Vous pouvez, dès à présent, apercevoir quelle est la situation. Franchement, elle est magnifique, mais comme avenir seulement.

Actuellement, l'École est petite; elle est désorganisée, d'ailleurs, car plusieurs de ses élèves sont entraînés à St-Mary's par leurs professeurs. Elle est donc pour ainsi dire à recréer.

Mais l'avenir est beau. La position et la capacité de mes collègues, professeurs à l'École, sont une garantie sûre de succès et de grands succès, en attendant que les hôpitaux viennent à enlever quelques-uns d'entre eux en leur donnant des places. Quant à moi, je n'avais certes rêvé rien de pareil. Qu'est-ce qui pouvait m'arriver de plus heureux? C'était d'être mis en rapport avec les Anglais, et en situation de montrer ce que je sais et puis faire. Or, voilà qu'on m'ouvre la grande porte à deux battants. J'ai tout à créer, tout à faire. Tant mieux, le succès n'en sera que plus satisfaisant. J'ai à ma disposition un matériel tout organisé, un bel amphithéâtre, une belle salle de dissection, même un petit Musée anatomique que j'agrandirai bientôt. Je suis comme un poisson dans l'eau : laissez-le faire, et il va bientôt jouer de ses nageoires. Et puis, mon nom est produit devant le public en compagnie des noms les plus honorables; sans que j'aie à m'occuper de rien qu'à bien remplir mon devoir, me voilà ayant à ma disposition des élèves anglais. Vous figurez-vous cette chance? Moi qui suis assez mort aux impressions vives de joie et de souffrance, j'en ai vraiment éprouvé de la joie. Il va falloir du travail, beaucoup de travail, un travail ardu et au milieu de bien des obstacles; c'est bien, c'est juste mon affaire, comme vous pouvez bien penser. Attendez quelque temps, et je m'engage à vous montrer ce qu'avec une aussi belle position et mon travail, j'aurai bientôt réussi à faire de l'École adjoining St-George's.

Voilà donc l'affaire. Peu de choses pour le présent, un revenu entre 1,000 et 2,000 francs pour la première année, en prenant les choses où elles en sont, et par conséquent, rien qui mérite encore de grandes exclamations. Un bel avenir, ou plutôt un avenir illimité pour quelqu'un qui saura bien mener sa barque, et ceci me regarde, les revenus et la considération et le reste devant aller rapidement s'accroissant avec le nombre des élèves. J'entre en fonctions le 2 octobre prochain, et commence, d'ici là, à faire mes préparatifs complétement à mon idée, tout en ayant de temps en temps des réunions avec mes collègues, pour les affaires communes. Depuis mon expédition vers Cayenne, voici la première fois que je commence à respirer.

Il y a quelques jours, j'ai écrit une partie de tout cela à notre ami R....; je suppose que ma lettre va lui parvenir, si elle ne lui est même déjà arrivée, et je l'avais prié de vous communiquer à tous cette bonne nouvelle.

Dans cette même lettre, je l'ai prié de vous redemander aussi instamment deux manuscrits, un additionnel à mon affaire des hernies du testicule, et un autre sur le typhus et le choléra, à propos duquel vous me laissez, d'une manière bien pénible, dans l'ignorance de savoir si vous l'avez ou ne l'avez pas reçu depuis tant de mois. Je vous l'ai dit et vous le répète : le refus d'articles par vous ne me contrariera en aucune façon, et ne m'empêchera pas de vous en envoyer d'autres. Mais, franchement, d'après nos conventions, vous ne pouvez pas me retenir mes manuscrits, du moment qu'ils ne vous conviennent pas, comme cela pourra arriver plus d'une fois, car, pour mon compte, je proteste formellement contre les sophismes de Fleury.

Après ce petit accès de mauvaise humeur, je termine en vous serrant affectueusement la main, ainsi qu'aux amis.

Londres, 8 août 1854. DEVILLE, *D. M. P.*,
17, *Gerrard street, Soho.*

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Roule. — M. ABEILLE.

Du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra. — Preuves de la spécificité de ce médicament.

(Suite et fin. Voir les n°s 93 et 94.)

Poursuivons. — Après les troubles que nous venons de signaler dans le choléra, d'autres surviennent : la circulation s'embarrasse pour s'affaisser presque complétement dans les cas graves; la respiration devient gênée, la calorification diminue quelquefois au point que les malades sont généralement froids. Voilà trois phénomènes étroitement liés ensemble, car la circulation ne saurait être embarrassée sans que les fonctions pulmonaires s'en ressentent, et celles-ci ne sauraient être diminuées sans qu'une diminution de la calorification s'ensuive; le défaut de calorification devient d'autant plus grand que la circulation est plus ralentie et que le sang charrie dans les poumons moins de matières albuminoïdes pour fournir à la combustion. La combustion pulmonaire ne s'effectuant plus ou que très-peu, le sang, à son tour, ne s'artérialise plus et devient impropre à la nutrition des organes. Or, au moment où la circulation s'embarrasse, alors qu'il n'y a pas encore ou que très-peu d'altération du sang, y a-t-il une lésion du cœur ou des artères qui explique cette diminution des fonctions circulatoires? Non. Il n'y a donc, comme pour les phénomènes précédents, que défaut d'excitation de la part des nerfs sensitifs propres.

Mais arrive un moment où avec ces troubles de fonctions, et consécutivement à eux, se montrent de vraies altérations du liquide sanguin et des organes.

C'est ainsi que le sang se trouve dépouillé d'une quantité de son sérum qui tombe à un chiffre très-bas; ses globules montent relativement à un chiffre très-haut, et sa fibrine, quoique dans sa quantité normale, perd de sa cohésion, devient plus diffluente. Cette altération du sang a son maximum d'intensité dans la période algide. Autant par suite de cette altération du liquide sanguin que par défaut de la circulation, les globules rouges stagnent dans les capillaires, et des hypérémies passives ont lieu. Si ce tassement des globules dans les capillaires est porté à l'extrême, la déchirure de ceux-ci s'effectue, et alors on a des suffusions sanguines, des foyers apoplectiques dans les organes, dans les poumons notamment, à cause de certaines dispositions.

L'altération du sang, les hypérémies, telles sont les seules lésions matérielles que les recherches les plus savantes et les plus assidues aient pu montrer dans le choléra. Nous venons de démontrer que ces lésions ne sont que des effets et non la maladie même. Où réside donc la maladie? A ceux qui prétendraient que c'est le sang qu'attaque d'abord l'élément cholérique, nous répondrons que ce liquide n'est pas altéré au début; que son altération s'efface promptement et complétement quand les malades entrent en réaction et durant la convalescence, tandis qu'elle persiste, même longtemps après la convalescence, dans les maladies où l'altération du sang joue le premier rôle.

Si l'élément cholérique n'agit pas initialement sur le sang; si l'anatomie pathologique ne découvre aucune altération de tissus qui justifie les phénomènes morbides, surtout au commencement; si nous avons prouvé que ces phénomènes ne sont que des troubles de fonctions ou le résultat de la cessation des fonctions; comme il est démontré que ces fonctions, pour s'effectuer normalement, ont besoin que les organes soient sains, et ils le sont dans le choléra, et qu'ils soient excités par leurs nerfs

sensitifs, il s'ensuit que c'est dans les nerfs sensitifs qu'il faut chercher le premier désordre produit par l'élément cholérique.

L'anéantissement ou le trouble de fonctions indique suffisamment que ces nerfs ont perdu leur propriété excitatrice à un plus ou moins haut degré; ceci nous semble de la dernière logique. Ce qui ne l'est pas moins, c'est qu'en trouvant un remède qui réveille, dans le système sensitif, toute sa propriété excitatrice, on aura trouvé le remède qui fera cesser successivement tous les phénomènes cholériques, et ce remède aura d'autant plus de valeur qu'il sera employé à une époque plus voisine du début. Sa valeur diminuera à une époque plus avancée, quand, avec l'altération du sang et l'affaissement de la circulation, il se sera produit des désordres organiques (hypostases) qui viennent ajouter à la gravité du mal et donnent lieu à un autre ordre de phénomènes. Qu'enfin, il sera de nulle valeur, lorsque l'hypostase aura poussé jusqu'aux foyers apoplectiques multiples qui sont un mal sans ressource.

Revenant à notre point de départ, que la strychnine exerce sur les nerfs sensitifs une action directe, n'est-il pas prouvé maintenant que ce médicament est le spécifique du choléra? Et, ce que la théorie prévoyait, les faits ne sont-ils pas venus nous le démontrer ?.... Mais on pourra nous objecter que si l'élément cholérique, ce *quid divinum,* frappe le système nerveux sensitif, il atteint aussi les nerfs moteurs, puisque le choléra s'accompagne de crampes, et que la strychnine, agissant sur ces derniers par action réflexe, peut augmenter ces crampes, en provoquer sur les muscles du thorax, le diaphragme, et déterminer la mort.

Nous avons répondu déjà à cette dernière partie de l'objection par les faits qui démontrent que la strychnine est inoffensive, et que les crampes, loin d'augmenter, décroissent et cessent pendant son action.

Nous ajouterons, à présent, qu'il n'est pas bien prouvé que les crampes résultent de l'action du principe cholérique sur les nerfs moteurs, puisqu'elles manquent dans la moitié des cas, et qu'encore que cela serait, il faudrait admettre, d'après les faits, que l'action de la strychnine s'épuise en entier, dans cette occasion, sur le système nerveux sensitif profondément affaissé, et ne va point, par action réflexe, exciter les nerfs moteurs.

De quelques modifications que nous avons dû introduire dans notre traitement par la strychnine.

L'expérience n'a pas tardé à nous démontrer que notre méthode de traitement doit varier suivant qu'on a affaire à des cas légers ou moyens, ou à des cas graves et très-graves.

Dans les cas légers et moyens, les fonctions sont également troublées, mais le sang n'a pas subi d'altération prononcée, la circulation s'effectue encore avec une certaine liberté et il n'y a pas ou que très-peu d'hypostase organique.

En rétablissant les fonctions dans leur état normal, on a peu à craindre de la part des hypérémies consécutives, et le retour des malades à la santé s'effectue sans accident; c'est ce qui a eu lieu pour 28 de nos 29 cas légers ou moyens où, avec le sulfate de strychnine à la dose de 0,01 à 0,015, par jour, et les boissons chaudes, nous avons vu arriver rapidement la convalescence.

Mais dans les cas graves où le sang est profondément altéré, où l'algidité commence à se montrer; dans ceux à plus forte raison où l'algidité est portée à un haut degré, les organes principaux de la vie sont déjà hypérémiés. Si l'absorption est encore possible et que la strychnine réveille l'action du cœur et de l'arbre circulatoire, voici ce qui peut et doit inévitablement arriver:

Avec la nouvelle impulsion du cœur, une plus grande quantité de sang est relancée avec une plus grande énergie dans l'arbre circulatoire dans un moment donné. Le premier effet de cette impulsion est de pousser, dans les capillaires qui ne peuvent se désemplir, une nouvelle quantité de globules rouges qui viennent se tasser derrière ceux qui les gorgent déjà et qui ne peuvent être repris par la circulation, dans les conditions où se trouve le liquide sanguin.

Cette accumulation de globules continuant, il peut y avoir rupture des parois des capillaires par suite de la pression de dedans en dehors, et cela précisément dans les organes où ces capillaires trouvent peu de résistance dans les tissus qui les entourent, dans les poumons, par exemple.

Si la déchirure s'effectue, on a des foyers apoplectiques, et ces foyers sont un mal sans remède en raison de leur multiplicité et de l'impossibilité de la résorption d'un sang altéré ainsi extravasé dans les trames organiques; alors le médicament, qui est si précieux, du reste, peut devenir funeste aux malades. Nous avons dû chercher à éviter cet écueil. Lors donc que nous donnons la strychnine au commencement ou dans un état avancé de la période algide, nous nous hâtons de faire un vide dans les capillaires.

La saignée générale est impuissante pour atteindre ce but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine; nous faisons appliquer 15 à 40 sangsues sur la base du thorax, suivant la force des sujets. A mesure que, sous l'influence de la strychnine, la circulation se rétablit et qu'il se montre de la réaction, nous réitérons l'application de sangsues, nous ouvrons même la veine alors pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang. Un peu plus tard, nous faisons plonger les malades dans un bain chaud, avec la précaution de leur tenir sur la tête de la glace ou des compresses d'eau froide. L'action du bain, dans ce cas, facilite la circulation autant par l'imbibition des tissus, par la pénétration de l'eau dans le sang par voie d'endosmose, que par l'élévation de la température cutanée.

Un dernier mot maintenant sur la manière d'administrer le médicament, sur son dosage suivant les cas.

Nous administrons la strychnine à l'état de sulfate, comme plus facile à doser, en solution dans 60 grammes d'eau distillée ou de solution de gomme. Dans les cholérines ou cas légers, nous nous sommes toujours contenté de la dose de 0,01; dans les cas moyens ou choléra sans algidité encore, nous donnons 0,01 à 0,015, matin et soir. Enfin, dans les cas graves et très-graves, les cas cyaniques algides, la dose est portée à 0,03 deux fois par jour. Ces doses de strychnine dans une faible quantité de véhicule, 60 grammes, doivent être prises en quatre heures, c'est-à-dire un quart de la potion par heure.

Dans une maladie comme le choléra, où les malades ont des vomissements fréquents et rejettent par la bouche toutes les boissons qu'ils prennent, il importe de bien surveiller l'administration de la strychnine, sous peine d'amères déceptions, car si elle était rejetée par le vomissement, les malades n'en auraient réellement point absorbé lorsqu'on croirait leur en avoir fait prendre des doses considérables. Afin d'empêcher les malades de rejeter le médicament par les vomissements, nous sommes dans l'habitude de leur faire avaler un petit morceau de glace après chaque prise, ou quelques gouttes d'eau froide. S'ils ne vomissent pas avant dix minutes, et que les fonctions d'absorption s'exécutent encore, la strychnine a eu le temps d'être absorbée. S'ils vomissent avant ce temps, nous répétons de suite la dose. Malheureusement, il est des cas où l'état algide est arrivé à ce point extrême où les fonctions d'absorption sont complétement anéanties, et alors, quelle que soit la voie qu'on prenne pour faire pénétrer le médicament dans l'économie, toutes les tentatives sont inutiles. Mais on ne sait pas précisément quel est le degré de la maladie où a lieu cette impuissance absolue d'absorption, et il importe, dans l'intérêt du malade, d'agir quand même et tout comme si elle s'exécutait encore.

Du reste, avec les notions que nous avons aujourd'hui sur la maladie, il est de la dernière évidence que ces cas dits sidérants ou foudroyants sont excessivement rares, qu'il y a toujours un début et une période ascendante. Or, prévenu que l'on est de l'action de la strychnine, en administrant ce médicament à bonne heure, on verra de plus en plus diminuer les cas graves, parce qu'on aura la chance d'arrêter le mal avant qu'il ait atteint la période algide. C'est même là le plus grand avantage de notre méthode. Si nous ne guérissions que quelques cas graves de plus que les autres, ce ne serait qu'un mince bienfait. Mais pouvoir arrêter les cas légers et moyens, c'est donner à la strychnine une spécifi-

cité égale à celle du sulfate de quinine, c'est faire descendre le choléra au rang d'autres maladies qu'on guérit quand on arrive à temps.

La strychnine étant destinée à devenir d'un emploi général à mesure que ses effets seront mieux connus, on pourrait en faire préparer des pilules de 0,002 qu'on aurait toujours prêtes à toute éventualité.

Mais quand le temps le permet, nous préférons la voir administrer en solution, car c'est en cet état qu'elle a plus de chance d'être absorbée dans l'estomac, la pilule pouvant être facilement rejetée avant d'être dissoute.

Définitivement, quand la réaction s'est établie bien franchement, c'est-à-dire quand le pouls a reparu large et avec une certaine résistance, quand la peau est le siége d'une chaleur douce et humide, il faut en cesser l'usage, et continuer à donner en abondance les boissons chaudes. L'usage des boissons froides et tant désirées par les malades, doit être sévèrement proscrit. On se contente alors de les surveiller pour voir s'il survient les phénomènes qu'on appelle à tort typhiques, qui se traduisent par la somnolence, un sommeil profond, le coma, la rougeur et la sècheresse de la langue, et qui ne sont que la conséquence de l'hypérémie cérébrale sans dotyneuthérie.

Si ces symptômes surgissent, la saignée générale et locale, la glace sur la tête, les révulsifs cutanés, et enfin les larges vésicatoires en calotte sur la tête, sont les moyens qu'on doit mettre en usage pour combattre les désordres organiques qui les suscitent. Quoique ces symptômes indiquent un état alarmant, on peut se convaincre cependant par nos relevés qu'on peut sauver encore quelques malades. Sur 5 sujets arrivés à un très-haut degré de cet état dit torpide, nous sommes parvenu à en sauver 1, soit un cinquième.

La méthode de traitement que nous venons d'exposer dans tous ces détails, est, à l'heure qu'il est, portée à la connaissance d'un très-grand nombre de médecins qui sont en position de l'expérimenter. Nous savons que quelques-uns d'entre eux ont déjà obtenu, à son aide, des résultats très-favorables; avec les circonstances actuelles, elle peut être très-promptement et définitivement jugée. Si tous les confrères qui sont à même de la mettre en pratique, veulent bien enregistrer leur faits et en envoyer les résultats bons ou mauvais, au rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, qui s'empressera de les publier, nous aurons sans discussion, et par voie d'expérimentation, résolu une question dont chacun conçoit la portée. Nous faisons donc un appel sincère et loyal à tous nos confrères.

On remarquera que nous n'avons point touché à la question de priorité dans ce travail. Quand, en 1849, nous avons essayé le sulfate de strychnine dans quelques rares cas de choléra, à Toulon, nous ignorions absolument si quelqu'un avait fait avant nous de semblables essais. Au mois d'avril dernier, nous avons repris dans le silence et la méditation nos expérimentations. Nous ne nous sommes pas préoccupé davantage alors de cette question, car, en fait de remèdes tentés contre le choléra, il serait peut-être impossible d'en citer un qui n'ait déjà été essayé par quelqu'un.

L'observation consciencieuse et rigoureuse nous a conduit à faire du traitement par le sulfate de strychnine, une méthode générale, là est l'innovation; finalement, si une revendication de priorité surgissait, nous sommes en mesure de traiter cette question à fond.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les n*os 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85 *et* 94 *du tome* 2.)

SUITE DE LA DIX-SEPTIÈME LEÇON.

Hernie ombilicale.

Après la hernie inguinale et la hernie crurale, vient, par ordre d'importance, la hernie ombilicale. Elle se fait par l'ombilic: bien que cela paraisse bien simple, nombre de chirurgiens ont nié le passage des hernies ombilicales par l'ombilic.

Comme vous le voyez, messieurs, la hernie ombilicale vient en troisième ordre, et cependant A. Cooper a dit qu'après les hernies inguinales, les plus fréquentes sont les hernies ombilicales: il se fondait sur les faits qu'il avait rencontrés, mais il ne dit pas combien il en a vu, et, si l'on s'en rapportait aux statistiques, sa proposition serait bientôt renversée.

Monnikoff, dont la statistique mérite peut-être plus de confiance que les autres, avait trouvé :

Chez l'homme, 45 h. crurales, 18 h. ombilicales.
Chez la femme, 121 — 52 —

Mathey, d'Anvers :

Chez l'homme, 25 h. crurales, 10 h. ombilicales.
Chez la femme, 43 — 29 —

Société des bandagistes de Londres :

Hommes. . . . 121 h. crurales, 92 h. ombilicales.
Femmes.. . . . 649 — 387 —

M. Nivet, à la Salpêtrière, avait trouvé :

67 h. crurales contre 30 h. ombilicales;

mais il ne savait pas assez faire le diagnostic différentiel. Il ne faut donc pas trop se fier à ses chiffres.

M. J. Cloquet a trouvé :

Hommes. . . . 55 h. crurales, 3 h. ombilicales.
Femmes.. . . . 79 — 21 —

M. Hutin, aux Invalides, a trouvé :

Chez l'homme, 13 h. crurales et 20 h. ombilicales.

Voilà une première série qui rentre fort dans les vues d'A. Cooper; mais les chiffres sur lesquels il a opéré sont bien faibles, comme vous le voyez.

Voici maintenant les résultats que j'ai obtenus, les deux sexes sont séparés :

Au Bureau central, en 1835, j'ai trouvé :

Chez l'homme, 14 h. crurales, 8 h. ombilicales.

série contraire à l'opinion d'A. Cooper.

A Bicêtre, sur 200 vieillards, 110 hernies, il y avait 14 hernies crurales, 4 hernies ombilicales.

Comparez ces deux séries, et voyez si j'avais raison quand je vous disais de bien vous garder de tirer des conclusions des résultats donnés par de petites séries.

En poussant mes recherches sur une série d'environ 1,800 hernieux, je trouvai 49 hernies crurales et 61 hernies ombilicales. Cette série donnerait la victoire à l'opinion d'A. Cooper.

Pour *la femme :*

Au Bureau central, 1re série : 8 h. crur., 16 h. ombil.
— 2e série : 27 — 9 —
A la Salpêtrière. . . . . . . 40 — 33 —

D'après toutes ces recherches, je n'oserais trop dire si les hernies crurales sont plus fréquentes que les hernies ombilicales : je penche cependant à croire que les hernies crurales sont un peu plus communes. Du reste, je m'explique très-bien l'opinion d'A. Cooper : en effet, j'ai été appelé deux fois plus souvent pour des hernies ombilicales que pour des hernies crurales; mais, chez la femme, la hernie crurale est très-fréquente, infiniment plus que chez l'homme, et les femmes ont, comme vous savez, une très-grande répugnance à montrer ces choses-là; tandis que les hommes, chez qui la hernie ombilicale est proportionnellement plus fréquente, n'ont pas peur de se faire voir à un médecin.

J'ai recherché aussi la proportion des hernies ombilicales relativement à la somme totale des autres hernies.

En 1835, sur 435 hernies (*hommes et femmes ensemble*), il y avait 24 hernies ombilicales, ou 1/19. Dans ce nombre sont comprises les hernies de la ligne blanche.

En 1836, au Bureau central, sur 2,767 hernies, il y avait 194 hernies ombilicales ou de la ligne blanche, environ 1/14.

Enfin, un plus grand chiffre : à l'époque où je faisais mes recherches au Bureau central, il avait été donné environ 80,000 bandages dans un espace de quarante ans : il n'y en avait que 4,000 pour des exomphales.

Pour les différences relativement aux sexes : en 1836, sur les 194 exomphales, il y avait 106 femmes et 88 hommes.

Il y a quelque chose de curieux dans les recherches relatives aux âges où l'on a rencontré les hernies ombilicales :

Depuis la naissance jusqu'à 6 ans, nous trouvons 22 garçons et 3 filles ! Nous avions bien vu, pour les hernies inguinales, le chiffre chez les garçons quadruple de ce qu'il est chez les filles, cela s'expliquait très-facilement, car c'est à cet âge que les testicules descendent dans les bourses, et le canal inguinal est largement ouvert. Mais, pour les hernies ombilicales, 22 garçons et seulement 3 filles, pourquoi cela? Je n'en sais rien, je ne le comprends pas, puisque plus tard les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes. Les garçons seraient-ils plus criards que les petites filles? Je ne vois pas autre chose.

De 6 ans à 13 ans, 3 hernies ombilicales chez les garçons, 5 chez les filles : que sont donc devenues les autres hernies chez les garçons? Guéries, c'est la règle quand on les traite.

De 13 ans	à 20 ans,	1 chez l'homme,	4 chez la femme.
20	30	5 —	4 —
30	40	5 —	21 —
40	50	19 —	24 —
50	60	13 —	24 —
60	70	12 —	12 —
70	80	4 —	11 —

Le nombre des hernies ombilicales dans les deux sexes est donc à peu près le même passé 60 ans ; c'est vers 30 ans que les femmes y sont le plus sujettes, surtout relativement aux hommes. D'où cela vient-il ? Vers 30 ans, la grossesse et l'accouchement éraillent les anneaux du ventre, mais la grossesse porte surtout son action sur l'ombilic ; c'est donc une cause bien certaine de hernies ombilicales.

Causes. — Rarement elles sont attribuées à une cause, excepté celles qui viennent à la suite d'une ascite ou d'un grand développement du ventre, quelle qu'en soit l'origine. En général, les malades n'accusent pas un effort comme ayant produit la hernie ; au contraire, celle-ci se fait très-lentement. Les ventres bombés y sont plus sujets ; il semble que la raison en soit dans le développement de l'épiploon.

Il faut savoir comment viennent les hernies ombilicales. Nombre de chirurgiens ont traité des hernies ombilicales congéniales. Richter les a niées, et A. Cooper a suivi son exemple. Pour ma part, je crois qu'il y en a.

Il y a deux choses à considérer :

Chez le fœtus, les intestins commencent par ne pas être renfermés dans le ventre ; à mesure que le fœtus se développe, la poche revient sur elle-même et chasse les intestins dans le ventre; alors, au lieu de la poche, on trouve le cordon ombilical ; mais quelquefois, il y a un arrêt de développement, la peau s'arrête brusquement, il n'y a pas de paroi ventrale, et l'on trouve un reste de la poche qui renferme les viscères. On ne peut pas réellement appeler cela une hernie ; en effet, ce n'est pas la sortie des viscères par un orifice, c'est la persistance du séjour des viscères dans une poche qui aurait dû disparaître.

Il y a quelquefois dans cette poche une quantité considérable d'intestins, quelquefois même une portion de l'estomac ou du foie ; cela est très-sérieux, car si la gangrène vient à s'emparer de la poche, les intestins sortent à la chute de l'escarre. Quelquefois, lorsque la portion de peau qui manque est très-petite, on peut réduire cette hernie et la maintenir par la suture ; mais, pour peu qu'elle soit considérable, c'est une affection incurable.

Dans la prochaine séance, nous étudierons les autres hernies ombilicales dépendant d'une autre cause, et qui sont de véritables hernies.

A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Août 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Ampliation du décret approuvant la nomination de M. Barth;

2° Demande de vendre en France une eau minérale dont la source est située à Wildegg, canton d'Argovie en Suisse ;

3° Rapports sur le service des établissements thermaux suivants, par les médecins inspecteurs de ces établissements :

Eaux de La Motte (Isère), par M. le docteur Buissard ;

Eaux d'Audinac (Ariége), par M. le docteur Seutin;

4° Rapports sur les épidémies suivantes :

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Degen, médecin cantonnal à Rorbach ;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Demonchaux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Quentin ;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny;

Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. le docteur Schacken, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Salins;

5° Recettes et échantillons sur les remèdes suivants :

Onguent pour guérir *toutes sortes de plaies ;*

Formule d'un sirop pour guérir les *maladies de poitrine;*

Formule pour guérir les *coliques des chevaux;*

Formule pour guérir le *choléra;*

Formule de M. le docteur Giraud, de Marseille, *contre le choléra;*

« Je conseille, dit-il, l'usage du sulfate de cuivre, les infusions de feuilles ou d'écorce fraîche de noyer, par intervalle quelques prises d'encens de l'Inde, le sulfate de quinine à haute dose, soit en lavements, et, s'il y a contre-indication, par la méthode endermique.

« Frictionner la colonne vertébrale et les membres avec le liniment suivant :

Huile d'olive.............	2 parties.
Essence de térébenthine...	1 —
Ammoniaque liquide......	1 —
Essence de lavande.......	1 —
Huide de cade..........	1 —

« Le sulfate de cuivre a été pour moi un spécifique contre le charbon externe, depuis trente ans. Les feuilles de noyer et l'encens de l'Inde ont été préconisés par d'autres médecins contre cette maladie.

« Malade moi-même depuis un an, et ne pouvant exercer l'art de guérir, on comprendra que je n'ai jamais employé ce traitement, Et je ne l'aurais certainement pas employé sans au préalable en avoir fait part à l'Académie de médecine (j'ai toujours eu la prudence en partage). »

Autre formule contre le choléra.
Autre Id.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Atractylis gummifera.

M. Rancure, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douéra (Algérie), adresse une réclamation de priorité relativement aux observations d'empoisonnement par l'*atractylis gummifera,* adressées à l'Académie par M. Commaille.

Choléra.

M. J. Roux, de Toulon, annonce l'apparition du choléra dans cette ville.

M. Duval, pharmacien, communique la formule suivante contre la diarrhée prodromique du choléra :

Racine d'angélique...........	}	
— de gentiane...........	} āā	16 grammes.
— de calamus aromaticus.	}	
— d'aunée..............	}	
Écorce de simarouba.........		10 —

Faire macérer dans un litre de genièvre pendant huit jours et filtrer.

Cette recette vient des missionnaires de nos colonies, où quelques personnes ne marchent jamais sans cette liqueur.

— M. Vergne, en mission dans la Haute-Marne, donne quelques détails sur le choléra et la suette qui règnent dans ce département.

— M. Bonnafont réclame la priorité à l'idée du traitement du choléra par la strychnine ; il aurait entretenu l'Académie des essais qu'il avait faits en 1835, en Afrique, lettre adressée à M. Pariset.

Fièvre typhoïde.

M. Pons, médecin à Bez, près le Vigan, envoie, résumées en deux pages, ses idées sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde.

Epidémies.

M. Dauvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, adresse des « observations sur le service et les Rapports des médecins des épidémies, présentés à l'Académie de médecine. »

Morts apparentes.

M. Delfrayssé adresse un Mémoire sur les morts apparentes.

Electricité.

M. Eric Bernard adresse un nouveau modèle d'appareil électrique « *fondé sur les principes* d'induction. »

Injections anatomiques. — Embaumements.

M. Falconi présente à l'Académie un appareil à injections réalisant les avantages suivants :

Au point de vue des injections anatomiques :

1° Les injections sont facilement praticables par un seul opérateur ;

2° Elles se font d'une seule poussée, sans que le liquide ait le temps de se coaguler, par conséquent elles sont beaucoup plus parfaites ;

3° L'appareil est d'un prix inférieur à celui d'une seringue à injections ordinaires, et se trouve par conséquent à la portée de tout le monde ;

4° Il est très-facile à tenir propre, à se démonter, et par conséquent très-propre à entrer dans le bagage du voyageur ;

5° Il peut servir aux injections des plus grands comme des plus petits animaux, et rendre ainsi des services signalés à l'anatomie comparée.

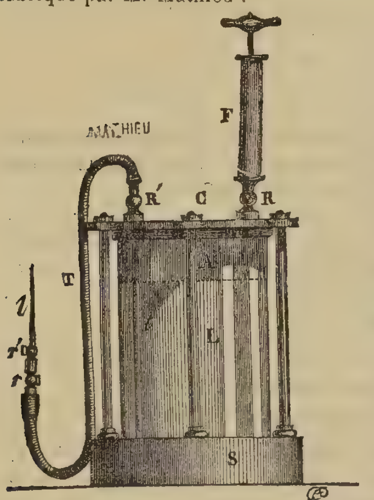
Au point de vue des embaumements :

1° L'injecteur permet à l'opérateur de pratiquer l'embaumement sans le secours d'aucun aide ;

2° L'embaumement peut être pratiqué dans quelque situation que se trouve le cadavre, sans le déranger aucunement ;

3° L'injection pénétrant beaucoup mieux que par le procédé ordinaire, est par cela même plus conservatrice.

Voici la description que donne M. Falconi de son appareil, qui a été fabriqué par M. Mathieu :



L'injection se compose d'abord d'un vase en cristal ou en cuivre à parois très-épaisses (AL), d'une capacité de 8 litres environ. Ce vase est bouché à sa partie supérieure par un obturateur ou couvercle métallique (C) qui se trouve relié au socle (S) de l'instrument par 4 montants en cuivre attachés à l'obturateur avec des écrous qui permettent de comprimer autant que l'on veut l'obturateur sur la rondelle en caoutchouc qui repose sur les bords rôdés du récipient principal. L'obturateur (C) porte deux tubulures munies de robinets (R, R'), et destinées à mettre l'intérieur du vase en rapport, l'une avec une pompe foulante (F) qui sert à comprimer l'air dans la partie supérieure (A) du vase ; l'autre avec un tube en caoutchouc (T) qui porte à son extrémité libre une canule effilée servant aux injections. Deux robinets (*rr'*) permettent d'ouvrir ou d'intercepter à volonté la communication entre le bec injecteur (*l*) et l'intérieur du récipient (L). La tubulure qui est en rapport avec la canule à injection se prolonge sous forme de tube (T) à l'intérieur du vase, et atteint presque le fond de celui-ci, en plongeant dans le liquide à injecter (L) sur lequel presse l'air comprimé (A), accumulé dans la partie supérieure du réservoir.

N. B. Le même appareil étant en cuivre plutôt qu'en cristal, est composé d'une seule pièce et n'a pas le couvercle mobile, ni les montants qui existent à celui-ci.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit les Rapports suivants sur diverses sources minérales :

1° Eaux de Désaignes (Ardèche) ; eau bicarbonatée alcaline ; conclusions tendant à accorder l'autorisation d'exploiter (adopté) ;

2° Eau sulfhydratée sulfhydriquée calcaire d'Auzon (Gard) ; conclusions favorables (adopté) ;

3° Eaux minérales salées de Sotteville-les-Rouen ; conclusions favorables (adopté) ;

4° Eaux bitumino-sulfureuses de Luzet et Jeuset ; conclusions favorables (adopté).

Remèdes secrets.

M. Robinet donne lecture de plusieurs Rapports sur divers remèdes secrets ou prétendus nouveaux. Toutes les conclusions défavorables sont adoptées. Parmi les remèdes objets de ces Rapports, aucun ne mérite une mention spéciale.

Géographie médicale.

M. Londe lit un Rapport sur un travail relatif à l'hygiène de l'Orient lu récemment par M. Beyran. — Remerciements à l'auteur ; inscription sur la liste des candidats aux places de correspondants (adopté).

PRÉSENTATIONS.

Tumeur fibreuse énorme du cou.

M. Maisonneuve présente une malade, dont nous publierons l'observation dans notre prochain numéro.

Fistules œsophago-trachéales.

M. Houel présente, au nom de MM. Saussier et Paul Carteron, médecins à Troyes, une pièce à l'appui d'un travail déposé par les auteurs, sur les fistules œsophago-trachéales.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie se maintient à Paris dans un *statu quo* modéré. Depuis le 1er août, le mouvement des hôpitaux a été le suivant :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
2 août.	77	25	19
3 —	68	44	12
4 —	70	22	16
5 —	68	27	13
6 —	70	24	16
7 —	62	32	21
8 —	56	25	23

Situation générale depuis le début de l'épidémie.

Entrés		4,489
Sortis	1,669	3,972
Décédés	2,303	
Reste		517

— Les nouvelles des départements présentent l'épidémie comme en voie de décroissance sur presque tous les points. Mais ce qu'elle présente surtout de remarquable en ce moment, c'est l'immense étendue de pays qu'elle occupe à la fois. Jusqu'à cette année, le choléra disparaissait à peu près complétement d'un pays à mesure qu'il en envahissait un autre ; aujourd'hui, les nouvelles du théâtre de la guerre, et jusqu'à l'ordre du jour du brave amiral Parceval-Deschênes, le signalent dans les parages de la Baltique ; d'autres nouvelles en constatent la présence en Orient, et l'on nous informe même, ce que nous avons peine à croire, connaissant la solide instruction et l'esprit judicieux de M. Lévy, que cet honorable médecin a cherché à arrêter l'épidémie par la formation d'un cordon sanitaire.

La Grèce, les provinces danubiennes, une partie de l'Autriche, l'Italie, la France, l'Angleterre, le nord de l'Espagne, une partie de l'Algérie, souffrent à des degrés divers des atteintes de la maladie. C'est là un fait important dans l'histoire de l'épidémie actuelle, dont nous ne voulons, pour le moment, tirer aucune conséquence, mais que nous croyons du moins utile de signaler à l'attention de tous les esprits méditateurs.

H. de Castelnau.

— La Société de chirurgie a procédé aujourd'hui à l'élection d'un membre titulaire. Au premier tour de scrutin, les suffrages se sont ainsi répartis :

Nombre de votants, 27. — Majorité, 14.

M. Blot, 10 voix ; M. Fano, 3 ; M. A. Richard, 12. — Deux billets blancs.

Au deuxième tour :

M. Blot, 11 voix ; M. A. Richard, 15. — Un billet blanc.

En conséquence, M. Richard est nommé membre titulaire de la Société.

— Dans la même séance, M. le professeur Nélaton a été nommé membre titulaire de la Société.

— La séance prochaine de l'Académie de médecine est remise à mercredi, à cause de la fête de S. M. l'Empereur.

— La séance de l'Académie des sciences, du 31 juillet, n'a eu d'intéressant pour nous que deux ou trois communications, sur lesquelles les *Comptes rendus* ne nous donnent aucun détail.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 96. 2e année. Samedi 12 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Recherches expérimentales sur l'action qu'exerce sur l'économie le produit connu dans le commerce sous le nom de phosphore rouge, dit amorphe, etc., par MM. Reynal et Lassaigne.— Quelques mots sur le traitement des hernies au moyen des injections iodées, par M. le Dr Jobert (de Lamballe). — Note sur l'application de la méthode du morcellement à l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes du cou, par M. le Dr Maisonneuve. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

Recherches expérimentales sur l'action qu'exerce sur l'économie le produit connu dans le commerce sous le nom de phosphore rouge, dit amorphe, et de l'utilité qu'il y aurait à le substituer au phosphore pur dans la confection des allumettes chimiques,

Par MM. Reynal, *chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, et* Lassaigne, *professeur de chimie à la même Ecole.*

Personne n'ignore combien sont déjà nombreux les empoisonnements produits par les allumettes chimiques. Les recherches que nous communiquent nos chers et excellents collaborateurs sont donc du plus grand intérêt pour l'hygiène publique, et il est vivement à désirer qu'elles soient portées à la connaissance du public par les organes de la grande presse. H. de C.

On a importé depuis quelque temps d'Allemagne un produit pulvérulent d'un rouge brun briqueté, qu'on a désigné dans le commerce sous le nom de *phosphore amorphe.*

L'étude de ce produit est d'autant plus intéressante à faire, qu'il paraît posséder tous les avantages que l'industrie et l'économie domestique retirent du phosphore pur, sans en avoir les propriétés toxiques.

On sait que le phosphore ordinaire divisé entre, comme principal élément, dans la confection des allumettes chimiques. On sait encore que la substance inflammable avec laquelle on les compose occasionne assez fréquemment des accidents chez les enfants qui la portent dans leur bouche, et qu'elle a même, dans quelques cas, servi à un usage criminel. Aussi, dans l'intérêt de l'hygiène publique et dans le but de restreindre la circulation des substances capables de produire des empoisonnements, a-t on souvent désiré que les parties éminemment combustibles que les allumettes renferment pussent être remplacées par une matière sinon inerte sur l'économie, au moins dépourvue des propriétés caustiques, irritantes et vénéneuses du phosphore pur.

M. Chevallier, membre de l'Académie de médecine, a bien voulu remettre à l'un de nous un échantillon de ce phosphore amorphe, afin de nous permettre d'en étudier l'action sur l'économie.

Avant d'entreprendre les expériences, nous avons cherché au préalable à déterminer les propriétés physiques et chimiques de ce composé. Cet examen préliminaire était d'autant plus utile à faire, que M. Chevallier avait reçu récemment le produit de l'Allemagne sans en connaître ni la composition ni la préparation.

Propriétés physiques. — Le phosphore amorphe est pulvérulent, d'une couleur brune briquetée, inodore, non lumineux dans l'obscurité, très-peu altérable à l'air à la température ordinaire ; projeté sur des charbons ardents, il s'enflamme à la manière du phosphore ordinaire, sans répandre aucune odeur, toutefois en brûlant avec plus de lenteur que ce dernier.

Propriétés chimiques. — l'examen chimique qui a été fait du phosphore rouge dit amorphe, a démontré que ce produit n'était en réalité que l'oxyde rouge de phosphore, ou du moins que l'échantillon examiné en contenait une forte proportion (1).

1° Chauffé à l'abri de l'air, ce phosphore amorphe rouge donne un sublimé de phosphore blanc qui se condense en petits globules transparents et en un sublimé rouge orangé, en laissant un très-léger résidu fixe, noir, charbonneux et siliceux, contenant un peu d'acide phosphorique.

2° Traité par l'acide azotique faible et bouillant, il se dissout peu à peu et se transforme en un composé acide, en donnant lieu à un dégagement abondant de vapeur d'acide hypoazotique et de gaz bioxyde d'azote.

3° La dissolution, étant évaporée, laisse un produit liquide, sirupeux et incolore, qui s'est comporté comme de l'acide phosphorique hydraté. En effet, ce produit, redissous dans une petite quantité d'eau distillée, précipitait abondamment l'eau de chaux et l'eau de baryte en flocons blancs que l'acide azotique redissolvait en entier. Saturée par de la soude pure, elle donnait un sel blanc cristallisable, qui précipitait alors par l'azotate d'argent en jaune pâle, comme le fait l'acide phosphorique trihydraté.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES FAITES SUR DES CHIENS.

I. — *Expériences faites avec le phosphore rouge.*

1re *expérience.* — Chienne, race Terre-Neuve, sous poil pie, âgée de 3 mois, taille de 0m,30 environ.

Le 24 mars, à huit heures et demie du matin, on administre à cet animal, bien portant et à jeun depuis la veille, à cinq heures du soir, 5 décigrammes de phosphore rouge dans de l'eau miellée. L'ingestion de cette substance dans l'estomac de cette chienne ne provoqua aucun symptôme d'empoisonnement.

2e *expérience.* — Le même jour, à neuf heures et demie, on lui donne de nouveau 5 décigrammes de phosphore rouge. Comme dans l'expérience précédente, rien n'indique le moindre dérangement de l'économie ; avant comme après l'administration de cette substance, le pouls et le cœur ne donnèrent que 80 pulsations par minute. A dix heures, la bête mangea sa ration avec beaucoup d'appétit.

3e *expérience.* — A deux heures cinq minutes, on administra au même animal 1 gramme de phosphore rouge. Le ré-

(1) Nous avons appris, depuis la publication de nos expériences, que ce phosphore rouge, importé d'Allemagne, avait les plus grands rapports avec le produit obtenu par M. Schonbein, l'année dernière, en maintenant fondu à une température de $+200$ à $+260$ degrés du phosphore ordinaire dans du gaz azoté, comprimé pendant quarante-huit heures. Le produit rouge pulvérulent, sur lequel nous avons expérimenté, aurait peut-être été préparé ainsi, et la proportion d'oxyde que nous y avons rencontrée serait due vraisemblablement à l'action ultérieure de l'air depuis qu'il a été préparé.

sultat fut encore négatif. Dans la journée, la chienne fut gaie, caressante, et mangea très-bien sa ration du soir.

4ᵉ *expérience.* — Le lendemain, 25 mai, on fit prendre à un jeune animal, à jeun depuis la veille, 2 grammes de phosphore rouge, délayé dans 5 centilitres d'eau miellée. Bien que la dose fût plus que doublée, on n'observa aucun trouble dans l'organisme. On remarqua seulement, dans la journée, que les matières alvines étaient plus molles que d'habitude. Sur le fond jaune clair de ces matières, on voyait très-distinctement se dessiner la couleur du phosphore rouge. L'animal, du reste, mangea parfaitement et ne parut nullement incommodé.

5ᵉ *expérience.* — Chienne de race dite de Terre-Neuve, sous poil pie, âgée de 3 mois, taille de 0ᵐ,50 environ.

Le 4 juin, à trois heures, on lui administre un breuvage composé de 5 grammes de phosphore rouge en suspension dans de l'eau édulcorée avec du sirop de gomme. L'animal le prend sans difficulté; il est aussi gai après qu'avant l'ingestion du phosphore rouge. On le promène pendant un quart d'heure sans rien observer d'anormal. Il déglutit avec avidité le pain et l'eau qu'on lui présente. En un mot, on n'a rien remarqué de nature à faire soupçonner la moindre trace d'empoisonnement.

Le lendemain dans la matinée, on examina les excréments que l'animal avait rendus pendant la nuit. En les plaçant sur un charbon ardent, il fut facile de reconnaître qu'ils renfermaient une assez forte proportion de phosphore rouge.

De cette première série d'expériences, il est permis de conclure que le phosphore rouge, à la dose de 5 grammes, ne produit sur le chien aucun symptôme d'empoisonnement.

II. — *Expériences faites avec le phosphore ordinaire.*

Pour donner une valeur pratique plus grande aux expériences précédentes, nous avons étudié sur le chien, d'une manière comparative et dans des conditions à peu près semblables, l'action du phosphore transparent pur et divisé, préparé pour la fabrication des allumettes chimiques.

1ʳᵉ *expérience.* — Chien de chasse, de taille moyenne, âgé de 2 ans, bien portant.

Le 25 mai, à huit heures quarante minutes du matin, on lui fit avaler, à jeun depuis la veille, 5 centigrammes de phosphore ordinaire. A cette dose, il ne produisit aucun effet sensible.

A neuf heures cinq minutes, on porta la dose à 2 grammes; en réalité, 1 gramme à peine arriva dans l'estomac par suite des mouvements violents auxquels se livra l'animal. Une heure et demie après l'administration, on observa des efforts de vomissement; l'animal rendit, en petite quantité, des matières mousseuses, de couleur jaunâtre. Dans la journée, il se manifesta de légers symptômes d'empoisonnement, qui ne tardèrent pas à se dissiper.

2ᵉ *expérience.* — Le lendemain, 26 mai, on reprit l'expérience. Dans ce but, on prépara une nouvelle potion de 3 grammes de phosphore pur, divisé et délayé dans de l'eau amidonnée; on l'administra à l'animal à jeun à une heure vingt-cinq minutes du soir. Après l'administration, le chien s'agita vivement pendant quelques minutes; à cette agitation succéda l'abattement; il était inquiet, anxieux; il avait les yeux fixes, hagards. A une heure quarante minutes, il fit vainement des efforts pour vomir; on le promena durant quelques minutes; presque aussitôt, il vomit une petite quantité d'un liquide mousseux, blanchâtre, répandant une odeur très-prononcée de phosphore.

A une heure quarante-cinq minutes, les symptômes d'empoisonnement s'aggravent, les pulsations artérielles s'élèvent de 85 à 120 par minute; bientôt elles augmentent dans une si grande proportion, qu'il devient impossible de les compter; le cœur bondit dans la cage thoracique, la respiration est lente et profonde; le flanc est retroussé, les muscles abdominaux et costaux sont rétractés et les côtes saillantes. L'animal se livre à des efforts de vomissement continuels; par intervalle ils ont pour résultat le rejet de matières mousseuses, filantes; la bile qui est mêlée à ces matières leur donne une teinte jaune brunâtre, qui devient jaune citron au contact de l'air. Les vomissements sont toujours précédés de la sortie, par la gueule, d'une notable quantité de vapeurs phosphorées. Ces nombreux efforts de vomissement, accompagnés de plainte, ont considérablement affaibli l'animal; il est abattu à l'excès; les yeux sont ternes et presque éteints. Cet état dure dix à douze minutes, puis les efforts recommencent, suivis des mêmes phénomènes. Le pouls est toujours très-petit, et pour ainsi dire impalpable; les muqueuses apparentes sont pâles et légèrement infiltrées. A trois heures, le pouls devient insensible; on constate alors un état comateux de l'animal, il chancelle sur ses membres, reste immobile dans la position qu'on lui fait prendre. Les muqueuses sont bleuâtres, l'air expiré exhale une odeur très-prononcée de phosphore. Le chien devient de plus en plus faible; il meurt à quatre heures et demie, après quelques derniers efforts de vomissement et quelques contractions comme spasmodiques des muscles, particulièrement des membres.

L'autopsie fut faite une demi-heure après la mort.

Lésions morbides. — *Canal digestif.* — L'estomac est retiré sur lui-même, la muqueuse qui le tapisse est ridée, violemment irritée, d'un rouge-brun; dépouillée sous un filet d'eau des mucosités jaunâtres et mousseuses qui la recouvrent, elle laisse voir sur deux points de la surface des plaques noirâtres, comme charbonneuses, résultant sans doute de la carbonisation des tissus par les acides produits par la combustion lente du phosphore. En enlevant ces plaques, on mit à nu la muqueuse, qui était détruite, ulcérée et saignante.

La muqueuse de la portion duodénale de l'intestin grêle est moins vivemennt irritée que celle de l'estomac; elle offre un pointillement très-rouge disséminé sur la surface; il devient très-apparent quand on l'examine après avoir, au préalable, fait passer l'intestin sous un filet d'eau.

La portion moyenne de l'intestin grêle est beaucoup plus enflammée; les traces d'irritation sont plus marquées, plus nombreuses et plus étendues. Vers la fin de cette portion d'intestin, on retrouve la matière noirâtre, charbonneuse, qui a été signalée dans l'estomac; mais ici elle n'est pas adhérente à la muqueuse, elle est liquide et mêlée à du mucus.

Dans la dernière portion intestinale, à 20 centimètres de l'anus, on a trouvé une matière jaune claire et de couleur verte par place; au contact de l'air, par le frottement et sur les charbons ardents, cette matière dégage des vapeurs phosphorées.

Les *reins* sont très-injectés, ils ont une couleur brune très-foncée; la *vessie* est modérément distendue par de l'urine claire.

Le *cœur* est gorgé de sang noir, ainsi que les veines affluentes et les gros vaisseaux abdominaux.

Toutes les autres parties sont saines.

Conclusion. — Ces expériences confirment ce fait, acquis depuis longtemps à la science, que le phosphore est un poison très-actif.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES FAITES SUR DES MOINEAUX.

I. — *Expériences faites avec le phosphore rouge.*

1ʳᵉ *expérience.* — Le 25 mars, on délaya 1 gramme de phosphore rouge dans 84 grammes d'eau miellée. On fit prendre successivement à cinq moineaux un certain nombre de gouttes du liquide.

Ces expériences, avec leurs résultats, sont consignées dans le tableau ci-joint :

Nᵒˢ d'ordre.	HEURES de l'administration.	QUANTITÉS administrées.	RÉSULTAT.	OBSERVATIONS.
Nᵒ 1.	2 heures 20 minutes.	35 gouttes.	Négatif	Tous ces oiseaux étaient aussi gais et mangeaient aussi bien avant qu'après l'expérience.
	3 heures 1/2.	30 gouttes.	*Id.*	
Nᵒ 2.	2 heures 28 minutes.	30 gouttes.	*Id.*	
	3 heures 50 minutes.	30 gouttes.	*Id.*	
Nᵒ 3.	2 heures 35 minutes.	60 gouttes.	*Id.*	
	4 heures.	40 gouttes.	*Id.*	
Nᵒ 4.	2 heures 43 minutes.	50 gouttes.	*Id.*	
	4 heures 5 minutes.	40 gouttes.	*Id.*	
Nᵒ 5.	4 heures 45 minutes.	12 centigrˢ. en bol.	*Id.*	

Le phosphore rouge a traversé les divers circuits de l'appareil digestif, sans susciter la moindre altération. On le reconnaissait toujours facilement à sa couleur, au milieu des excréments, qui devenaient phosphorescents sur des charbons ardents.

De ces expériences, il résulte que le phosphore rouge, à ces doses diverses, n'exerce aucune action toxique sur les oiseaux.

II. — *Expériences faites avec le phosphore ordinaire.*

Le lendemain, 26 mai, pour faire la contre-expérience, on confectionna des boulettes contenant chacune 1 centigramme de phosphore; on en administra trois à chacun des moineaux qui, la veille, avaient été soumis à l'action du phosphore rouge. En moyenne, ces oiseaux sont morts au bout d'une heure et demie, après l'administration de 3 centigrammes de phosphore.

Le 26 mai, les expériences précédentes furent répétées comparativement. On prépara de nouvelles boulettes contenant chacune 1 centigramme de phosphore ordinaire. Administrées à deux moineaux, elles déterminèrent la mort chez l'un après trois heures, et chez l'autre après trois heures et demie.

Le même jour, la contre-expérience fut faite sur deux autres moineaux, avec du phosphore rouge, administré à la même dose et sous la même forme. Il ne produisit aucune action toxique.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Les expériences de cette série ont été faites avec la partie inflammable des allumettes chimiques, fabriquées les unes, à titre d'essai, avec le phosphore *rouge,* et les autres avec le phosphore *pur ordinaire,* telles qu'on les prépare aujourd'hui dans le commerce.

Après avoir, au préalable, détaché la matière combustible de l'extrémité des allumettes, en les plongeant dans une petite quantité d'eau distillée, on en prépara une pâte avec de la mie de pain et de la viande hachée. C'est cette pâte qui a été administrée aux animaux.

1re *expérience.* — Chien de chasse, âgé de 7 mois, bien portant.

Administration, à jeun depuis dix-huit heures, d'un bol composé avec la pâte inflammable extraite de 135 allumettes préparées avec le *phosphore rouge.* Chaque allumette en contenait 0gr,0105, soit ensemble 1 gramme 41 centigrammes.

On ne remarqua aucun symptôme d'empoisonnement; le chien resta gai et conserva son appétit.

2e *expérience.* — On donna à un moineau 57 milligrammes de pâte extraite de l'extrémité d'une allumette faite avec le *phosphore rouge.* Cette ingestion ne produisit aucune action sur cet oiseau.

3e *expérience.* — Chien dogue en bonne santé.

Administration, dans les mêmes conditions que dans l'expérience première, d'un bol formé avec la pâte extraite d'un même nombre d'allumettes fabriquées avec le *phosphore pur.* La quantité de ce dernier s'élevait à 2 grammes 2 décigrammes.

Durant deux heures, cet animal fut en proie à des coliques vives; il bâillait fréquemment. Pendant vingt-quatre heures, il refusa les aliments solides et liquides. Après trente-six heures, les coliques duraient encore. La mort survint le troisième jour, après l'ingestion dans l'estomac de la substance des allumettes. A l'autopsie, on constata une violente inflammation de la muqueuse gastro-intestinale et de nombreuses ulcérations sur divers points de sa surface; les parties ulcérées étaient beaucoup plus acides que les parties environnantes, et laissaient exhaler une faible *odeur alliacée* ou *de phosphore,* quoiqu'elles ne présentassent aucune trace de phosphorescence dans l'obscurité.

4e *expérience.* — On administra à un moineau 12 centigrammes d'une pâte préparée avec la mie de pain humide et la substance inflammable de deux allumettes chimiques ordinaires. Mort au bout d'une heure, avec les symptômes déjà indiqués.

5e *expérience.* — A l'oiseau de la deuxième expérience, qui avait survécu à l'ingestion de la pâte faite avec le phosphore rouge, on donna une même quantité de pâte composée avec la matière des allumettes ordinaires. Il succomba au bout de trois quarts d'heure.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — De ces différentes expériences, nous nous croyons autorisés à conclure :

1° Que le phosphore rouge ou amorphe n'agit pas sur le chien, à la dose de 5 grammes, à la manière d'un poison;

2° Qu'il est sans action sur les oiseaux, à la dose de 3 centigrammes;

3° Qu'il ne produit même aucun effet sur les muqueuses avec lesquelles on le met en contact;

4° Que les allumettes préparées avec le phosphore rouge n'empoisonnent ni le chien, ni les oiseaux;

5° Que le phosphore ordinaire est toxique pour le chien à la dose de 3 grammes;

6° Qu'à la dose de moins de 2 grammes, il détermine le vomissement et des symptômes d'empoisonnement;

7° Qu'il est un poison très-actif pour les oiseaux, à la dose de 3 centigrammes;

8° Que les allumettes fabriquées avec le phosphore pur sont toxiques pour le chien et pour les oiseaux;

9° Enfin, qu'il y aurait lieu à substituer le *phosphore rouge* au *phosphore pur* dans la fabrication des allumettes chimiques, afin d'éviter les accidents qui se produisent soit par inadvertance, soit dans une intention criminelle.

Quelques mots sur le traitement des hernies au moyen des injections iodées,

Par le Dr JOBERT (de Lamballe), *professeur à la Faculté de médecine.*

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie impériale de médecine un nouveau malade guéri d'une hernie inguinale réductible par l'injection iodée.

Je pourrais en faire voir plusieurs autres qui ont été traités de la même manière, et chez lesquels l'oblitération du sac a amené la guérison complète; mais je n'ai pu vaincre leur susceptibilité, et ils ont refusé de s'exposer en public.

Pour que l'Académie examinât deux malades guéris par l'injection iodée, je les ai fait venir devant elle, afin qu'elle pût se faire une idée du résultat et comparer l'état des parties, qui ont été, à des époques différentes, le théâtre de l'opération.

1re *Observation. — Hernie inguinale externe du côté gauche, guérison radicale par l'injection de teinture d'iode dans le sac.* — Paly (Edmond), commis, âgé de 18 ans, est entré le 8 mai 1854 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 24. Il est porteur d'une hernie inguinale gauche, du volume d'une noix environ, qui ne le gêne pas dans ses occupations, mais qui l'a fait juger impropre pour le service militaire, dans lequel Paly désirait s'engager comme volontaire.

C'est un jeune homme blond, d'une taille au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle. Il ne sait pas à quelle époque est survenue sa hernie; il se souvient d'avoir porté un bandage dans son enfance; il éprouvait quelquefois, alors, de légères douleurs dans le ventre, pendant les exercices auxquels il se livrait; mais depuis longtemps, sa hernie n'a pas été contenue, si ce n'est dans les quinze jours qui viennent de s'écouler.

La tumeur ne descend pas jusqu'au fond des bourses. Sa limite inférieure est séparée du testicule par un étranglement en forme de collet. Elle rentre facilement dans le ventre par le taxis, et en sort immédiatement lorsque le malade tousse ou se tient sur les pieds.

Paly, désirant vivement être débarrassé d'une lésion qui lui ferme l'entrée de la carrière militaire, M. Jobert se décide à tenter la guérison radicale par l'injection iodée.

Le 12 mai, une incision de 2 centimètres environ est pratiquée sur le trajet du canal inguinal, et intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Au moyen d'un ténaculum implanté dans la paroi antérieure du canal, un aide soulève cette paroi, tandis qu'un autre la comprime sur le détroit supérieur du bassin, afin d'empêcher que le liquide injecté ne pénètre dans l'abdomen. Une ponction avec un trois-quarts fin est alors pratiquée; l'in-

strument, dirigé en haut et en dehors, pénètre sans difficulté dans le canal inguinal, ce que l'on reconnaît par la liberté avec laquelle se meut l'extrémité de la canule. On injecte alors 5 grammes environ de teinture d'iode pure. Le relief, qui, pendant cette opération, s'est montré sur le trajet du canal inguinal, est une preuve que le liquide a pénétré dans le conduit. Le malade a peu souffert pendant tout ce temps.

Un point de suture entortillée réunit les deux lèvres de la plaie, qu'on recouvre d'un petit linge cératé.

Le soir, il y a un peu de gonflement de la région malade, et la toux provoque des douleurs assez vives; l'abdomen est indolent, il n'y a pas de fièvre.

Le 14, le gonflement et la rougeur sont assez considérables. L'épingle de la suture a été retirée hier, la réunion est incomplète. L'exploration avec le doigt fait constater l'existence, au-dessous des téguments tuméfiés, d'un cordon cylindrique dur, solide, dont la direction indique évidemment qu'il est constitué par de la lymphe plastique épanchée dans le canal inguinal.

Les changements ultérieurs, qui se firent peu à peu, furent les suivants : la petite plaie extérieure se cicatrisa en quelques jours; l'engorgement superficiel disparut; alors, le cordon profond s'isola nettement et apparut comme un pédicule très-dur, du volume du petit doigt, supportant le testicule et parcourant le trajet inguinal.

5 *juin*. Le malade se lève et se promène dans la salle, sans que la hernie reparaisse; lorsqu'il tousse, on ne sent aucune impulsion des viscères abdominaux ; par mesure de précaution, il porte un suspensoir pendant quelque temps. Le testicule gauche a le même volume que celui du côté opposé.

2e *Observation. — Observation d'hydrocèle et de hernie congéniales du côté gauche. — Injection de teinture d'iode pure. — Disparition de l'hydrocèle et de la hernie. — Formation d'un cordon cylindroïde, résultat d'un produit déposé dans toute la longueur de la tunique vaginale.* — Michelot (Auguste), âgé de 34 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 18 novembre 1853, pour y être traité de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Jusqu'à l'âge de 7 ans, il a eu, dit-il, la bourse du côté gauche dans l'état normal, un peu moins volumineuse cependant que celle du côté opposé. A l'âge de 16 ans, à la suite d'un violent effort, il vit apparaître dans le trajet inguinal, jusqu'au fond de la bourse correspondante, une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Une dépression transversale, sensible seulement au toucher, la divisait en deux moitiés inégales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette dernière, du volume d'une noisette environ, était dure, rénitente, indolore, devenait le siége, quand on la pressait entre les doigts, d'une sensation analogue à celle que produit le froissement du testicule ; la deuxième, plus volumineuse, pâteuse et molle, limitée assez nettement en bas par la dépression transversale déjà signalée ; son volume augmentait après les repas, pendant la toux, et disparaissait naturellement lorsque le malade se plaçait dans le décubitus dorsal, pour reparaître aussitôt qu'il voulait marcher ou se tenir debout. La peau de la région avait conservé sa mobilité et sa couleur normales.

Un médecin, consulté, reconnut dans la tumeur inférieure le testicule gauche arrivé, par une évolution tardive, à son siége habituel ; dans la tumeur supérieure, une hernie oblique externe de la tunique vaginale, qui s'était produite pendant l'effort.

Le malade avait alors 16 ans ; il en a aujourd'hui 34 : pendant dix-huit ans, il a donc supporté la pression d'un bandage. Depuis quelques mois, la tumeur inférieure devenait plus volumineuse, et, bien qu'elle ne fût pas plus douloureuse qu'autrefois, le malade consulta un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, je constatai les symptômes suivants : dans le pli de l'aine du côté gauche, se trouve une tumeur du volume du poing, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, sans changement de coloration à la peau. Un étranglement circulaire, très-sensible à la vue, sépare la tumeur en deux moitiés, l'une supérieure et externe, qui suit le trajet du canal inguinal jusque dans la cavité abdominale; l'autre inférieure et interne, plongeant dans la bourse correspondante.

Le doigt, promené sur la partie inférieure de la tumeur, rencontre le testicule ; il est plus petit que celui du côté opposé. Si on presse sur lui, le malade accuse une vive sensibilité. La tumeur, malgré sa distension et sa rénitence, présente, à sa partie inférieure, une fluctuation évidente. La pression qu'on exerce sur elle la fait disparaître, mais elle reparaît dès que la pression a cessé.

Enfin, dans sa partie inférieure, elle laisse apercevoir, par transparence, la lumière d'une bougie.

L'examen attentif de la tumeur et l'ensemble des phénomènes permettent de reconnaître une double maladie, consistant en une hydrocèle et une hernie inguinale oblique, congéniales, séparées par un anneau qui représentait un étranglement. Cette cloison incomplète, sorte de diaphragme, parut due à un rétrécissement embryonaire de la tunique vaginale. Cette espèce de valvule soutenait les viscères par sa face ventrale, si on peut s'exprimer ainsi, et correspondait, par sa face inférieure, au liquide séreux qui baignait le testicule. Je ne balançai pas à proposer au malade d'oblitérer la tunique vaginale, afin d'arriver, si faire se pouvait, à guérir en même temps l'hydrocèle et la hernie inguinale. Je ne fus pas trompé dans mon attente, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par ce qui suit :

Je pratiquai l'opération, en enfonçant obliquement le trois-quarts dans l'épaisseur des tuniques du scrotum, en le faisant marcher lentement par un double mouvement de pression et de rotation, de manière à piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale.

La pénétration du trois-quarts dans la tunique fut annoncée par l'absence de résistance, et bientôt par la facilité avec laquelle la canule pouvait librement circuler dans son intérieur. C'est alors qu'une injection de teinture iodée pure fut faite dans la tunique vaginale et le sac herniaire. Le liquide remonta jusqu'à l'endroit où la pression était exercée par un aide sur le point de communication du sac herniaire et du ventre. Il ne s'écoule par la canule qu'une petite quantité de sérosité, une cuillerée environ ; et le doigt, appliqué sur le trajet du canal inguinal, a suffi pour intercepter toute communication entre la tunique vaginale et le péritoine. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre, et un petit coussinet soutint les bourses.

Le lendemain 26 novembre, les bourses étaient distendues par un liquide exhalé dans la tunique vaginale ; la peau était rouge et modérément tendue. Le malade n'accusa aucune douleur ; il n'y eut ni fièvre ni réaction.

Le 28, le gonflement a un peu diminué. Pendant les quatre jours suivants, aucun phénomène remarquable ne s'est présenté.

Le 4 décembre, dix jours après l'opération, on trouve déjà les bourses moins volumineuses. Le malade demande à sortir.

Le 5, le volume de la tumeur est diminué, et tout le trajet inguinal est rempli par un cordon cylindroïde ainsi que la portion des vaisseaux spermatiques qui s'étend depuis le testicule jusqu'à l'anneau inguinal. Les jours suivants, l'amélioration ne fait que s'accroître, et aujourd'hui, 12 décembre, les bourses sont revenues à leur état normal, mais ont conservé, ainsi que le cordon, une consistance bien supérieure à celle qu'elles ont habituellement.

Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il ne se plaignait d'aucune douleur du côté opéré, et il pouvait marcher sans fatigue et sans éprouver de gêne, quelle que fût la position qu'il prît.

Le testicule gauche était, comme avant l'opération, dans un état d'atrophie très-prononcé, et il contrastait par son volume avec celui du côté opposé. Cet organe était aussi plus élevé qu'avant l'injection, et cette élévation vers l'anneau semblait due à l'action rétractile d'un produit qui s'étendait, de son extrémité supérieure, à l'orifice péritonéal du canal inguinal.

Cette substance, d'une consistance remarquable, représentait une sorte de cylindre très-dur et très-résistant, qui suivait le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques en parcourant tout le trajet inguinal jusqu'à son orifice abdominal. Lorsque le ma-

lade toussait ou faisait des efforts, on ne pouvait reconnaître aucun changement dans ces parties.

Depuis le mois de décembre 1853, époque à laquelle l'opération a été pratiquée, jusqu'au 28 mars, jour de la présentation du malade à l'Académie, les organes se sont maintenus dans le même état, et, quoiqu'il se soit livré à ses occupations habituelles, il n'est pas survenu la moindre trace de déplacement des viscères, et je crois pouvoir regarder la hernie comme guérie.

L'injection, faite avec la teinture iodée pure dans le sac herniaire, n'a donc déterminé chez notre malade ni inflammation locale sérieuse, ni réaction ou trouble fonctionnel. Sur plusieurs autres malades, il ne s'est déclaré non plus aucun accident, et on peut dire que le travail s'est toujours maintenu dans de justes limites. Ce n'est donc qu'une inflammation adhésive qui s'est déclarée chez les malades soumis à cette opération.

Le produit plastique qui s'est épanché dans le sac herniaire représente pour nous une sorte de tampon, de bouchon, qui ferme toute issue aux viscères et au liquide séreux qui tendent à se précipiter dans le sac herniaire. La nature, à elle seule, combla la cavité accidentelle à la manière d'un lambeau autoplastique.

Nous avons obtenu, avec une facilité remarquable, le dépôt de lymphe dont il vient d'être question, et il s'est exhalé avec la même rapidité dans le sac herniaire que dans la séreuse abdominale, lorsque les viscères qui y sont contenus sont soumis à une opération.

Ce procédé me semble jusqu'à présent avoir rempli les indications que je me proposais, et il me paraît d'autant plus mériter l'attention des praticiens, qu'il n'est suivi d'aucun accident.

3e *Observation. — Hernie inguinale oblique gauche réductible, du volume d'une grosse poire. — Injection iodée. — Oblitération du sac. — Guérison.* — M. de Fl...., âgé de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, contracta, il y a dix-neuf ans, l'infirmité dont il s'agit.

C'est en 1827 que notre jeune ami s'aperçut, pour la première fois, de l'existence de cette hernie qui ne paraissait pas être la suite d'une violence extérieure. Il ne se rappelait pas, en effet, avoir fait d'effort qui pût y donner lieu.

En habile observateur, il étudia la marche de cette hernie et il s'aperçut bientôt qu'elle rentrait d'elle-même dans la position horizontale et qu'elle reparaissait subitement dans la position verticale. Les viscères rentraient avec bruit et sortaient souvent en déterminant une sensation douloureuse, particulière, que le malade regardait comme dépendante d'une pression spéciale exercée sur les organes. Jusqu'en 1847, M. de Fl.... n'avait pu contenir la hernie à l'aide d'un bandage appliqué sur le trajet du canal inguinal. Quelle que soit la manière dont on l'appliquât, le bandage laissait sortir les organes pendant l'éternuement, la toux, etc. Ces accidents s'opposaient par conséquent à l'exercice libre de la marche, et ce n'est qu'avec une crainte extrême qu'il se livrait à quelques occupations d'une indispensable nécessité. Toutes forces lui étaient refusées.

A force d'essayer des bandages, il finit par en rencontrer un qui bouchait si régulièrement le canal inguinal, que les viscères ne pouvaient le franchir que très-exceptionnellement. Ce bandage, confectionné par un particulier anglais, se composait d'une petite pelote allongée, très-solide, et d'une espèce de ceinture sans ressort.

Lorsque, pour la première fois, M. de Fl.... me fit connaître toutes ses inquiétudes, il ne manqua pas de m'en exposer les raisons avec soin.

Il se plaignit à moi d'un affaiblissement général qui lui enlevait les forces physiques, et avec raison il attribuait cet état à la hernie et à un certain relâchement de tout l'organisme.

Ce n'est pas la seule lésion que les organes génitaux offraient, car il existait encore un phimosis qui fut opéré par incision, section du frein et la suture des lèvres de la plaie. Mais la lésion qui, comme nous l'avons dit, offrait une gravité réelle et qui exposait notre malade à des accidents d'étranglement, dut attirer surtout mon attention.

Par le toucher et la pression, je faisais facilement disparaître la tumeur et il ne restait plus alors à l'extérieur qu'un relâchement considérable du scrotum gauche. Dès que je cessais la pression exercée sur le trajet inguinal, la tumeur reparaissait avec une grande promptitude. La réduction était toujours accompagnée de gargouillement, l'énorme volume de la tumeur était bien propre à inquiéter ses parents, et j'avoue que ce n'était pas sans chagrin que j'envisageai l'avenir de cet intéressant jeune homme.

Depuis bien longtemps, les parents de M. de Fl.... me priaient de faire quelque chose pour lui, et m'engageaient vivement à le débarrasser de son infirmité. Je promettais bien à ces pauvres gens de faire tout ce que je pourrais pour lui, et les années s'écoulaient sans que je m'occupasse de pratiquer une opération. Ce n'est pas que je ne passasse en revue dans mon esprit toutes les opérations auxquelles on avait soumis les malades pour guérir les hernies, et en définitive, je m'arrêtais devant les inconvénients et les résultats fâcheux qui tant de fois avaient accompagné de semblables opérations.

Les sutures médiates que j'avais autrefois pratiquées sur le sac pour obtenir la cure radicale des hernies, ne m'ayant fourni que des résultats très-incertains, et ayant d'ailleurs exposé quelquefois la vie des malades, ne m'engageaient pas à recommencer ces tentatives.

Le désir impérieux que le malade avait d'être débarrassé de sa hernie m'engagea à lui proposer l'injection du sac avec la teinture iodée. Avant d'entreprendre une pareille opération, je voulus m'aider des conseils de mes honorables confrères, MM. Rayer, Cloquet, Bégin. Ce qui se passe dans des tumeurs séreuses, dans des kystes, rendit à mon opinion les médecins dont je viens de parler, et je me décidai alors à pratiquer l'opération en leur présence, le 8 mars 1854.

En présence de MM. Rayer, Bégin et Cloquet, je pratiquai la ponction du sac et l'injection de la tunique vaginale; les bourses ayant été saisies, la peau étant tendue et le canal inguinal étant comprimé par M. le professeur Cloquet afin d'empêcher l'injection de pénétrer dans le péritoine, j'enfonçai un trois-quarts de moyenne grosseur par un mouvement de vrille dans l'épaisseur du cordon, en le dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière, afin de parvenir au sac herniaire qui, une fois piqué, laissa la canule se promener facile et sans résistance dans la cavité du sac. L'inspection fut faite sans obstacle et sans beaucoup de douleur; quelques cuillerées de teinture pénétrèrent dans le sac seulement. La canule fut retirée et un morceau de sparadrap appliqué sur la piqûre. Le malade compare la douleur occasionnée par le trois-quarts aux effets de la piqûre d'une grosse épingle. La matière injectée occasionna une cuisson qui dura plusieurs heures.

Il est bien entendu que les viscères furent repoussés dans le ventre avant de pratiquer l'opération, et ce n'est qu'après m'être assuré, à différentes reprises, de la position du sac et de ses adhérences avec les parties environnantes, que je me décidai à pratiquer la ponction sans faire d'incision préalable.

Le malade fut placé dans une position horizontale, les jambes furent fléchies légèrement sur les cuisses et maintenues dans cette position par un traversin.

Sans être soumis à un régime sévère, l'alimentation fut cependant diminuée. Voici ce qui se passa, après l'opération, dans le sac herniaire et le scrotum. Presque immédiatement après l'injection, une tuméfaction se dessina dans la direction du sac herniaire, et quinze heures après l'injection, la tumeur avait le volume de la hernie. La peau du scrotum était distendue mais non rougeâtre, et on sentait un liquide fluctuant, demi-solide, dans l'intérieur de la tumeur. Pendant une huitaine de jours, les parties demeurèrent stationnaires, et bientôt elles diminuèrent rapidement. A partir du quinzième jour, la tumeur ne diminua que fort lentement, et une rigidité s'empara du reste de la tumeur, et lui donna l'apparence, pour la consistance, d'un morceau de bois, tant la dureté était grande.

Le vingt-cinquième jour, le trajet du cordon était occupé par

un cylindre si dur et si compact, que le malade put se lever, marcher et s'asseoir, sans que les viscères eussent la moindre tendance à franchir la cavité abdominale.

Quatre mois se sont écoulés depuis cette opération, la guérison s'est maintenue, le testicule n'a subi aucune atrophie, et dans le trajet inguinal, on ne rencontre qu'une corde dure et comme cartilagineuse, qui dénote la solidité de la guérison.

Il me reste maintenant à faire connaître les procédés que j'ai suivis dans le manuel opératoire.

Opération. — Ces observations viennent démontrer les avantages de cette méthode, puisque aucun accident n'est survenu dans le courant du traitement, et puisque la guérison s'est maintenue sans exception.

Il n'est donc pas permis de douter de son efficacité et du résultat. Les produits déposés, en effet, dans l'intérieur du sac, loin de prendre de la mollesse, acquièrent de la consistance et de la solidité, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération.

Sur deux de mes malades, c'est par la ponction que j'ai pénétré dans l'intérieur du sac, et sur le troisième, j'ai combiné la ponction avec l'incision. C'est donc toujours par la ponction que j'ai ouvert le sac herniaire, et dans aucun cas, je n'ai attaqué la poche séreuse avec le bistouri.

On peut établir en principe que la ponction doit toujours être faite à l'aide d'un trois-quarts, et non avec un bistouri, qui pourrait compromettre l'opération en exposant la surface interne du sac au contact de l'air, et en permettant l'infiltration du liquide dans l'épaisseur du scrotum.

J'ai mis en œuvre plusieurs procédés opératoires pour pénétrer dans l'intérieur du sac. Ces procédés, au nombre de deux, sont basés sur l'état du sac vide ou humecté d'un liquide séreux. La ponction et l'injection représentent le premier procédé ; l'incision, la ponction et l'injection composent le second.

1er *procédé.* — *Ponction et injection.* — Toutes les fois que le sac est adhérent aux parties environnantes ; toutes les fois que la tunique vaginale n'est pas oblitérée, et qu'il existe une hernie de ce genre ; toutes les fois que le sac contient de la sérosité, reconnaissable à la fluctuation ou à la transparence ; toutes les fois, enfin, que la poche herniaire est épaissie ou cartilagineuse, on peut, sans hésiter, faire la ponction du sac herniaire en traversant obliquement les diverses couches qui les recouvrent, après les avoir tendues avec une main, qui les ramasse en arrière du scrotum.

Le trois-quarts doit être plongé perpendiculairement d'abord, puis obliquement, de haut en bas, en traversant pour ainsi dire les couches qui se présentent devant lui ; à mesure qu'il marche, et parvenu à une certaine profondeur, le trois-quarts est porté doucement en arrière, afin de ponctionner le sac. Le défaut de résistance, les mouvements que l'on peut imprimer à la canule, sans obstacle, indiquent que l'on est parvenu dans une poche lisse, et c'est alors que l'injection iodée peut être poussée dans le sac herniaire sans inconvénients.

Injection. — Nous nous servons, pour pratiquer les injections, d'une seringue qui permet d'apprécier la quantité de liquide injectée. Ordinairement, j'injecte une ou deux cuillerées de teinture d'iode pure, et quelquefois moins. La quantité de liquide injectée doit, par conséquent, être en rapport avec l'étendue de la poche séreuse.

On doit s'arrêter, toutes les fois que l'on sent un obstacle ; et au lieu de retirer le liquide par la canule, je fais le vide avec la seringue, qui aspire la teinture contenue dans la poche : c'est alors que la canule est retirée, et qu'un morceau de sparadrap est appliqué sur la piqûre tégumentaire.

2e *procédé.* — *Ponction, incision et injection.* — Toutes les fois que le sac est mince, mobile, qu'il se déplace facilement, il convient d'employer l'incision et la ponction. C'est ce procédé mixte que j'ai mis en usage sur le malade de la 1re observation.

Pendant que les viscères sont sortis, je fais une incision de 2 ou 3 centimètres sur la partie la plus déclive de la tumeur, en incisant plusieurs des couches situées sous les téguments. Cela étant fait, je m'arrête et je prie le malade de tousser, afin que le sac herniaire se distende ; puis, avec un *tenaculum*, j'accroche le sac, sur lequel j'exerce de douces tractions, et bientôt je plonge le trois-quarts au-dessus du crochet, ayant eu soin préalablement de faire rentrer les viscères et de les maintenir réduits par les mains d'un aide. Je ne reviendrai pas sur les signes indiquant que le trois-quarts est parvenu dans l'intérieur du sac, les ayant signalés plus haut, ni sur la manière d'injecter le liquide. L'opération étant terminée, je réunis les lèvres de la plaie par un point de suture entortillée.

Que se passe-t-il après l'injection ? Immédiatement après l'introduction de la teinture d'iode dans le sac et de son expulsion, on peut dire qu'un liquide de nouvelle formation est versé dans l'intérieur de la poche herniaire. Il suffit que le liquide iodé ait touché la membrane séreuse dans une certaine étendue, pour que l'action de ce liquide se propage à toute la cavité. Il n'est donc pas nécessaire que toute la surface du sac soit d'abord en contact avec la teinture iodée.

Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, le sac est rempli par ce liquide.

Pendant une huitaine de jours, la tumeur demeure stationnaire et elle conserve une certaine fluidité.

A la fin de la première semaine, la tumeur diminue visiblement pour se ralentir ensuite.

A mesure que la tumeur diminue, elle prend plus de consistance et acquiert la solidité du bois, elle se réduit cependant encore avec le temps, et puis elle semble prendre une solidité plus grande et acquérir la densité de la corne ou de l'ivoire. C'est ce que l'on pourra très-bien reconnaître sur un de nos premiers malades.

Peut-on comparer la méthode des injections aux méthodes variées et nombreuses qui ont été jusqu'à ce jour mises en usage pour obtenir la cure radicale des hernies ? Je ne crois pas qu'on puisse les comparer sous le rapport du mode opératoire et du résultat.

Les méthodes employées ont toujours laissé à désirer, et le plus ordinairement elles ont été dangereuses ou inefficaces, et ont offert, dans leur exécution, d'immenses difficultés. La méthode des injections, par son innocuité, sa simplicité, promet des résultats bien différents de ceux que l'on a obtenus par la suture, le pelotonnement du sac, les lambeaux formant tampon, et les corps étrangers introduits dans le sac, etc. C'est ici le moment de citer un travail emprunté à notre savant confrère, M Velpeau, qui, il y a dix ans, a publié dans les *Annales de chirurgie* le passage suivant. C'est assez dire que la priorité de l'idée des injections lui est complétement acquise :

« Il me parut dès lors permis de tenter avec réserve, avec « prudence, les chances d'une injection iodée dans le sac des « hernies *réductibles* afin d'obtenir la cure radicale de cette « ennuyeuse infirmité. Là je fus arrêté un instant par le manuel « opératoire. Un sac herniaire vide n'est pas, en effet, comme « un kyste quelconque, rempli de liquide, facile à ouvrir au « moyen d'un trois-quarts. Je fus donc obligé de me servir du « bistouri pour arriver dans la cavité de la hernie. Deux malades « opérés de la sorte, c'est-à-dire, à l'aide d'incisions et sans que « je fusse bien certain que le liquide iodé fût arrivé dans la ca- « vité du sac, n'éprouvèrent pas d'accidents immédiats, mais la « hernie ne se trouva pas guérie au bout de deux mois. Alors « que nous ne pensions plus à l'opération, l'un d'eux fut pris « d'un rhumatisme articulaire général, qui dura longtemps, et « finalement d'une leucophlegmatie dont il mourut au bout de « six mois. L'autre eut, au bout de vingt jours, un phlegmon sous- « cutané, qu'il fallut inciser, et qui guérit promptement. On ne « peut, sans doute, tirer aucune conclusion rigoureuse de ces « deux faits, mais un malade affecté d'une énorme hernie cru- « rale, et qui s'est présenté, en 1844, à l'hôpital de la Charité, « est venu lever tous les doutes sur ce point. Le sac herniaire, « chez lui, était si large, qu'en en pinçant les parois et en les « écartant vers trois régions opposées, je parvins à le tendre si « complétement, que la ponction et l'injection en furent aussi

« faciles que celles d'une hydrocèle. Une compression établie « sur la fosse iliaque serait délimitée à l'inflammation, et toutes « les personnes qui suivent l'hôpital ont pu s'assurer que le sac « herniaire de cet homme s'est enflammé, gonflé, puis réduit et « oblitéré, sans la moindre apparence de danger, de réaction « sérieuse. »

Note sur l'application de la méthode du morcellement à l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes du cou,

Lue à l'Académie des sciences, le 7 août 1854,

Par M. le Dr Maisonneuve, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

C'est en 1849 que M. Maisonneuve eut l'idée d'appliquer à l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, la méthode du morcellement, laquelle consiste à diviser en plusieurs portions les tumeurs que leur volume rend d'une extraction impossible ou trop difficile.

Grâce à cette méthode, il lui a été donné d'attaquer avec succès des tumeurs utérines que les chirurgiens les plus habiles avaient considérées comme absolument incurables.

La communication qu'il vient soumettre à l'Académie a pour objet de faire connaître une nouvelle application de cette méthode à une autre classe de tumeurs dont l'extirpation ne présente pas moins de difficultés ou de dangers : nous voulons parler des tumeurs fibreuses profondes du cou.

Observation de tumeur fibreuse occupant toute la moitié latérale gauche du cou et fixée directement sur les vertèbres. — Extirpation par la méthode du morcellement. — Guérison. — La malade qui fait le sujet de cette observation, et que M. Maisonneuve a présentée à l'Académie dans la dernière séance, est une jeune femme, nommée Cougnet (Flore-Olympe), âgée de 35 ans. Elle s'aperçut, au mois de janvier 1852, d'une petite tumeur développée vers le milieu de la région latérale gauche du cou. Cette tumeur, dure et adhérente aux parties osseuses, n'occasionnait alors qu'une gêne assez légère, aussi la malade se borna-t-elle, pendant plusieurs mois, à l'application de quelques emplâtres fondants. Ces moyens n'eurent aucun résultat et la tumeur, continuant à grossir, acquit bientôt un développement qui amena des troubles inquiétants du côté de la respiration.

Justement effrayé du progrès de son mal et surtout des phénomènes de suffocation qui commençaient à se produire, la malade vint, dans les premiers jours de mai 1854, à Paris, consulter les chirurgiens le plus en renom. Tous jugèrent que son affection était au-dessus des ressources de l'art. Après six semaines de séjour dans l'hôpital des Cliniques de la Faculté, où elle fit de vaines instances pour être débarrassée de sa tumeur, voyant que les accidents prenaient chaque jour une intensité plus grande, cette pauvre jeune femme était presque résignée à retourner mourir dans son pays, quand on lui conseilla d'aller consulter M. Maisonneuve. C'était le 18 juin 1854.

La tumeur occupait alors toute la moitié latérale gauche du cou, verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule, et transversalement depuis les apophyses épineuses jusque derrière le larynx et la trachée qui se trouvaient fortement refoulés à droite. Il était facile de reconnaître, sur sa face externe, l'artère carotide et la veine jugulaire interne, ainsi que les muscles sterno-mastoïdien et trapèze.

Légèrement bosselée à sa surface, elle était d'une consistance dure et rénitente comme le tissu fibreux. Il était impossible de lui imprimer le moindre mouvement sur les parties profondes, mais la peau, parfaitement intacte, glissait sur elle avec facilité. Bien que la malade accusât des douleurs assez vives, la pression n'y développait aucune sensibilité. Le bras n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun engourdissement, il avait conservé toute la liberté de ses mouvements.

En présence de ces phénomènes, joints aux renseignements fournis par la malade sur l'évolution de la tumeur, M. Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur fibreuse adhérente aux apophyses transverses des vertèbres.

Mais une grande question restait à résoudre. Dans cette région existent un grand nombre d'organes essentiels à la vie, l'artère carotide, la veine jugulaire interne, le nerf pneumo gastrique, le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, les nerfs du plexus brachial et cervical, les artères sous-clavière et vertébrale, le grand sympathique. La tumeur n'avait-elle pas contracté avec l'un ou l'autre de ces organes des adhérences intimes, ou même n'en englobait-elle pas quelques-uns dans son épaisseur?

Quant au larynx, à la trachée, au pharynx, à l'œsophage, l'exploration directe suffisait pour faire constater qu'ils étaient seulement refoulés et qu'ils n'avaient contracté aucune adhérence intime avec la tumeur.

Mais la question était plus incertaine pour l'artère carotide, pour la veine jugulaire interne, le nerf pneumo gastrique, pour les artères sous-clavière et vertébrale, et surtout pour les nerfs des plexus brachial et cervical.

Plusieurs raisons, cependant, portèrent M. Maisonneuve à penser qu'aucun de ces organes ne se trouvait englobé dans la production morbide. La première était l'absence de toute altération dans les fonctions sensitives et motrices du membre supérieur et de la tête. La seconde était la nature évidemment fibreuse de la tumeur et la connexion intime qu'elle avait eue, dès son début, avec les parties osseuses.

Les recherches anatomo-pathologiques de ce chirurgien lui avaient, en effet, démontré depuis longtemps que ces sortes de tumeurs d'origine périostique restent constamment isolées des parties molles au milieu desquelles elles se développent, qu'elles les refoulent, sans les englober, et qu'avec un peu de patience, il est toujours possible de les en séparer.

D'après ces considérations, dit M. Maisonneuve, il est extrêmement probable qu'à l'aide d'une dissection prudente et minutieuse, il ne sera pas impossible d'extirper cette tumeur, en conservant intacts les organes importants et nombreux qui l'environnent. Il est vrai de dire, ajoute ce chirurgien, que si cette opération n'est pas absolument impossible, elle devra certainement présenter des difficultés extrêmes, et nous savons même que ces difficultés sont telles qu'elles ont fait reculer les chirurgiens les plus habiles.

Ce n'est point devant des considérations de cette nature que nous avons l'habitude de nous arrêter. En présence d'un mal qui, sous peu de jours, doit inévitablement causer la mort ; alors que l'opération réclamée par le malade présente la moindre chance de succès ; quels que soient, du reste, ses difficultés et ses dangers, nous regardons comme un devoir de ne pas lui refuser cette unique chance de salut.

Dès que le malade eut connaissance de la décision de M. Maisonneuve, elle en versa des larmes de joie. Tout entière à l'idée d'être débarrassée enfin de cette horrible tumeur qui l'étouffait, elle eût voulu que l'opération fût faite sur l'heure. Elle fut pratiquée le 20 juin 1854, en présence d'un nombreux concours de chirurgiens et d'élèves.

La malade étant couchée sur le côté droit, et préalablement soumise au chloroforme, M. Maisonneuve fit d'abord une incision verticale étendue de l'apophyse mastoïde à la clavicule, puis une autre incision transversale, depuis le larynx jusqu'au delà des apophyses épineuses des vertèbres. Les quatre lambeaux de cette incision cruciale furent disséqués avec un soin extrême, surtout en avant, où se trouvaient l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique. Cette dissection fut longue et laborieuse, à cause de l'extrême densité du tissu cellulaire, qui, adhérant à la tumeur par de nombreux tractus fibreux, se refusait absolument à toute tentative d'énucléation.

Il fallut constamment employer les ciseaux mousses. Après avoir mis ainsi la tumeur à découvert dans presque toute l'étendue de sa face extérieure, M. Maisonneuve, comprenant qu'en raison de sa consistance extrême, et surtout des adhérences intimes qui l'unissaient aux parties sous-jacentes, il lui serait im-

possible de l'extraire d'un seul bloc, résolut de la diviser d'abord en deux parties égales, par une incision transversale.

Concentrant ainsi tous ses efforts sur cette moitié inférieure, il parvint, après vingt minutes environ de dissections pénibles et délicates, combinées avec des tractions énergiques, à l'isoler complétement des nerfs du plexus brachial, de l'artère et de la veine sous-clavière et de la première côte.

Les muscles scalènes seuls, dont les fibres se perdaient dans son tissu, durent être sacrifiés en partie. Du côté du larynx, ainsi que du côté des apophyses épineuses, la dissection fut beaucoup moins pénible et plus prompte.

Cette première partie de l'opération avait donné déjà un résultat considérable. Le chirurgien était désormais fixé sur la nature de la tumeur, sur ses connexions exactes avec les parties profondes, et surtout il avait évité avec un bonheur extrême les nombreux et importants organes dont la moindre lésion aurait pu compromettre immédiatement la vie de la malade.

Sans perdre de temps, néanmoins, M. Maisonneuve attaqua l'autre moitié de la tumeur. Cette deuxième moitié était plus intimement fixée que la précédente aux apophyses transverses des vertèbres. C'était là surtout que la dissection devait être opérée avec prudence, à cause des nerfs du plexus brachial dont l'orifice était englobée par le pédicule de la tumeur. Pour éviter tout accident de ce côté, M. Maisonneuve résolut de diviser encore cette moitié supérieure par une incision verticale qui lui permît de mettre à découvert le point même où elle adhérait aux vertèbres. De cette manière, il put sculpter pour ainsi dire les nerfs dans l'espèce de gouttière fibreuse que lui formait la production morbide. Ceci terminé, l'extirpation ne présenta plus que des difficultés de second ordre et fut achevée en cinq minutes.

Pendant cette opération terrible, qui n'avait pas duré moins de trois quarts d'heure, la malade n'avait pas un instant cessé d'être soumise au chloroforme. Elle n'avait perdu qu'une petite quantité de sang, grâce aux précautions extrêmes prises par l'opérateur pour éviter la lésion des gros vaisseaux. Aussi, le pouls n'avait-il pas un instant cessé de battre avec régularité.

Quant à la plaie, c'était quelque chose d'effrayant à voir que cette énorme excavation, au fond de laquelle existaient à nu les six dernières vertèbres cervicales, la première côte, les nerfs du plexus brachial et cervical, l'artère sous-clavière, la carotide, la jugulaire interne, le nerf pneumo-gastrique, le larynx, la trachée, le pharynx et l'œsophage.

Il était important de restreindre autant que possible le champ de la suppuration; aussi, M. Maisonneuve crut-il devoir rapprocher les tissus par première intention, au moyen des bandelettes agglutinatives, des serre-fines et d'une compression méthodique.

A cet égard, le succès dépassa toutes les espérances du chirurgien. Dès le troisième jour, cette immense solution de continuité se trouvait cicatrisée dans les quatre cinquièmes de son étendue, et ce qui restait béant se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature.

Un mois suffit pour compléter la guérison, et, aujourd'hui, tous les organes ont repris leur position normale : le bras a conservé toute l'intégrité de ses mouvements et de la sensibilité; la voix est pure, la déglutition comme en pleine santé; et de cette grave opération, la malade ne conserve plus d'autre trace qu'une cicatrice régulière et sans aucune difformité, ainsi que nous avons pu nous en assurer, en jetant un coup d'œil sur la malade que M. Maisonneuve a présentée à l'Académie dans la dernière séance.

Examen de la tumeur. — La tumeur est exclusivement formée d'un tissu fibreux, dense et serré, dont l'aspect rappelle parfaitement celui des corps fibreux de l'utérus; sa forme est assez régulièrement quadrilatère; ses dimensions sont de 14 centimètres dans le sens vertical, de 12 dans le sens transversal, et de 8 dans le sens de l'épaisseur; sa face extérieure convexe présente en avant une gouttière oblique, dans laquelle glissaient l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique; sa face interne, excavée pour se mouler sur les vertèbres, présente encore plusieurs faisceaux musculaires provenant des muscles scalènes, angulaires et splénius, dont les

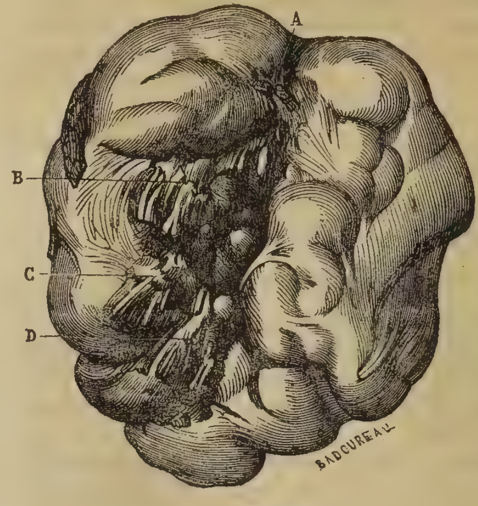


FIG. 1re (demi-nature).

Tumeur vue par sa face interne.

A. Faisceaux musculaires de l'angulaire de l'omoplate.

B, C, D. Faisceaux musculaires des scalènes et gouttière dans laquelle étaient enchâssées les apophyses transverses des vertèbres cervicales.

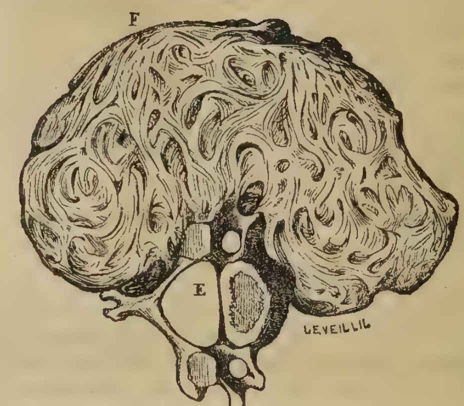


FIG. 2e (demi-nature).

Tumeur coupée transversalement et représentée adhérente à la troisième vertèbre cervicale pour faire comprendre sa position.

E. Troisième vertèbre cervicale simulée pour donner l'idée de la position de la tumeur et de ses adhérences aux apophyses transverses.

F. Tissu de la tumeur vu dans une coupe transversale.

insertions se confondaient dans son tissu. Son poids était de 475 grammes. Le microscope n'y a fait découvrir que du tissu fibreux pur.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Les promotions suivantes viennent d'être faites dans l'Ordre impérial de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. Fenin, médecin principal au corps expéditionnaire de la Baltique; Bertherand, médecin principal aux hôpitaux de la division d'Alger.

Chevaliers : MM. Michelet, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger; Pouziet, médecin aide-major à l'armée expéditionnaire de la Kabylie.

— M. le Préfet de police, dont la constante sollicitude pour la santé publique s'est manifestée par un si grand nombre de bonnes mesures, vient de publier une instruction très-bien conçue sur les premiers soins à donner, en attendant l'arrivée d'un médecin, aux personnes qui éprouvent des accidents. Cette instruction, s'adressant nécessairement au public non scientifique, nous n'avons pas à la reproduire; nos lecteurs savent d'avance tout ce qu'elle contient.

BIBLIOGRAPHIE.

Des substances alimentaires et des moyens de les améliorer, de les conserver et d'en reconnaître les altérations, par A. Payen, membre de l'Institut (Acad. des sciences), secrétaire perpétuel de la Société impér. et centr. d'agr., etc. — 2e édit., 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. — Paris, chez Hachette, rue Pierre-Sarrazin, 14.

Du pannus et de son traitement, avec trente observations de la cure radicale de cette affection par l'inoculation blennorrhagique, par le docteur E. Warlomont, de Bruxelles. — In-8. — Prix : 2 fr. — Chez Victor Masson.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 97. 2e année. Mardi 15 Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Note sur quelques cas de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et ayant amené des accidents sérieux,

Par M. Demarquay, *chirurgien des hôpitaux.*

Depuis le commencement de cette année, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de personnes qui avaient avalé des corps étrangers ; les uns arrivèrent dans l'estomac et furent rendus sans accident ; je citerai particulièrement une grosse épingle recourbée, dont se servent les femmes pour maintenir leur cheveux, et qui fut avalée par une petite fille de 2 ans et demi.

Je signalerai encore un morceau de gigot qui fut avalé un peu gloutonnement par une vieille femme. Lorsque je fus appelé auprès d'elle, la mort par asphyxie était imminente. A l'aide d'une baleine munie d'une éponge, je pus pousser dans l'estomac le corps étranger, arrêté à la partie inférieure du pharynx, et à l'instant tous les accidents cessèrent.

Parmi les corps étrangers qui ont causé des accidents plus ou moins sérieux, je citerai d'abord des arêtes de poisson, dont l'extraction a été assez difficile. L'une de ces arêtes, arrêtée dans le pharynx d'une jeune demoiselle, occasionna un phénomène assez curieux. Lorsque je fus appelé, le corps étranger existait depuis deux jours ; on le sentait avec le doigt sur la partie latérale droite de l'organe ; après quelques tentatives infructueuses, je parvins à l'extraire, et tout alla bien d'abord. Mais au bout de deux ou trois heures, je fus appelé en toute hâte pour examiner ma jeune malade, chez laquelle il s'était développé une petite tuméfaction sur la joue et le col, du côté droit. Il me fut facile de constater l'existence d'un emphysème, dû nécessairement à la petite perforation du pharynx produite par l'arrête, et qui disparut d'ailleurs en 48 heures.

Mais les faits les plus importants que j'ai observés, sont relatifs à deux pièces de monnaie, arrêtées dans l'œsophage.

Dans l'un des cas, la mort fut la conséquence de l'accident, et dans l'autre, l'œsophagotomie dut être pratiquée. Les livres et les recueils scientifiques renferment, d'ailleurs, bon nombre de cas où la mort a été occasionnée par la même cause.

1re *Observation. — Pièce d'un sou arrêtée à la partie supérieure de l'œsophage; perforation de cet organe; abcès rétro-pharyngien; perforation de la plèvre droite; mort* (1). — Le 27 juin dernier, au matin, M. le docteur Tassy me fit prier de me rendre auprès d'un de ses clients, garçon âgé de 5 ans, bien constitué. La veille, cet enfant s'amusait à jeter un sou en l'air et à le recevoir dans la bouche; il réussit si bien, que la pièce passa dans le pharynx et s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage, l'enfant éprouva peu de chose au moment de l'accident; son médecin, appelé peu de temps après, lui fit prendre un peu d'émétique; l'enfant vomit; mais il accusa dès ce moment, une douleur vive vers la partie moyenne du col, de l'oppression et l'impossibilité d'avaler.

En présence de M. le docteur Tassy, je pratiquai le cathétérisme avec l'instrument de Græef; je fis parcourir à cet instrument tout l'œsophage avec la plus grande facilité, sauf à la partie supérieure, où je ressentis une résistance qui me parut produite par un corps métallique; je retirai néanmoins mon instrument sans trop de difficulté. Je l'introduisis de nouveau à plusieurs reprises et lui fis parcourir toute l'étendue du conduit. Après cette exploration, l'enfant, qui ne pouvait rien avaler, but coup sur coup plusieurs verres d'eau sucrée, éprouva beaucoup de bien-être et reprit toute sa gaieté. Quatre ou cinq heures après cette exploration, l'enfant se plaignit d'une douleur vive à la partie latérale droite du cou, se mit à pleurer, et bientôt les parents s'aperçurent que le cou et la tête se tuméfiaient. M. Tassy constata cette tuméfaction énorme du cou et de la face, ainsi que l'état d'anxiété de l'enfant, et il reconnut qu'un emphysème s'était produit et qu'il s'étendait à toute la partie supérieure du corps.

Le 28 juin au matin, je trouvai l'enfant avec la fièvre; l'emphysème persistait, mais à un moindre degré, la déglutition se faisait avec assez de facilité.

Le 29, l'enfant entra à la Maison de santé, dans le service de M. Monod. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à la visite du matin :

Les joues, les parties latérales et antérieures du cou et les régions sous-claviculaires sont gonflées, principalement du côté droit; la peau, dans ces parties, n'a pas sensiblement changé de couleur. La pression exercée avec la main sur ces régions détermine de la crépitation fine, emphysémateuse, plus marquée à droite qu'à gauche. La déglutition des solides est impossible; celle des liquides est très-difficile; les boissons sont souvent rejetées avec une quantité considérable de salive.

La respiration est gênée, et, pendant les mouvements respiratoires, on entend un bruit de glouglou, paraissant se passer dans la région du cou.

Le soir, la fièvre augmente et l'anxiété devient plus grande que le matin.

Du 1er au 3 juillet, le petit malade reste dans le même état, l'emphysème diminue; mais la tuméfaction latérale droite du cou augmente. La fièvre persiste.

Le 3, il reste encore, au matin, un peu d'emphysème; il avale les liquides avec plus de facilité; mais lorsqu'il a pris 3 ou 4 cuillerées de tisane, il éprouve toujours le même gargouillement au

(1) Observation extraite de la rédaction de M. Créqui, interne des hôpitaux.

fond de la gorge; vers midi, l'enfant est plus agité, le pouls devient petit et augmente de fréquence; l'enfant parle avec plus de difficulté, il accuse une grande douleur dans la région épigastrique, la respiration devient fréquente, les extrémités se refroidissent, le pouls disparaît, les veines de la partie supérieure de la poitrine, du col, de la face, deviennent bleuâtres, et l'enfant expire.

Autopsie.— Après avoir fait une incision sur la partie médiane du cou, et avoir divisé le sternum, suivant sa longueur, on pénètre dans le médiastin antérieur; le tissu cellulaire qui remplit le médiastin antérieur et postérieur, est infiltré de pus et d'eau. Le péricarde contient un peu de sérosité et quelques filaments, qui unissent le cœur à la paroi interne du péricarde. La cavité abdominale ne présente rien de particulier, seulement, le diaphragme, à droite et à gauche, présente une dépression notable, tenant à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans les deux plèvres.

La trachée, ouverte dans toute sa longueur, présente quelques traces d'inflammation; mais on ne trouve aucune perforation. Toute la paroi antérieure de l'œsophage étant incisée, on constate sur la partie postérieure de ce conduit une ouverture, longue d'environ 1 centimètre et demi, siégeant à l'union de l'œsophage et du pharynx, et un peu à droite de la ligne médiane, à une très-petite distance de la glotte. Cette ouverture communique avec un abcès rétro-pharyngien, dont les parois sont enduites d'un pus jaune grisâtre; ce foyer purulent s'étend depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Le pharynx et l'œsophage sont complétement decollés; dans toute l'étendue, il ne reste plus de traces des tissus cellulaires sains; la carotide, les jugulaires internes et les pneumogastriques sont dénudés par le pus; à la partie inférieure et latérale droite du foyer purulent, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, on aperçoit le sou couché obliquement sur le corps de la vertèbre, et pénétrant en partie dans la plèvre droite, par une perforation du feuillet droit du médiastin postérieur. Dans les derniers moments de la vie, une grande quantité des boissons pénétrait par l'orifice supérieur de l'œsophage et tombait dans la cavité pleurale droite, par l'orifice qui avait été déterminé par le sou; une autre partie tombait dans la cavité pleurale, par suite de la perforation également récente du feuillet postérieur gauche du médiastin postérieur; cette dernière perforation a été amenée par le travail inflammatoire qui s'accomplissait dans le médiastin postérieur et par l'accumulation d'une certaine quantité de boissons et de pus qui s'étaient accumulés dans ce point. Le liquide trouvé dans les plèvres était un mélange de pus, de sérosité et des liquides qui avaient été avalés en dernier lieu. Nous avons retrouvé une certaine quantité de caséum dû à une faible quantité de lait avalé par l'enfant peu d'instants avant sa mort.

2e *Observation.* — *Pièce de 20 sous arrêtée dans l'œsophage et ayant nécessité au bout de dix jours l'opération de l'œsophagotomie.*— Le docteur Triger m'adressa, il y a quelques jours, une jeune fille de 3 ans qui avait avalé une pièce de 20 sous; depuis vingt-quatre heures que l'accident était arrivé, l'enfant n'avait pu avaler aucun aliment; je priai la mère de l'enfant de vouloir bien la conduire le lendemain matin à la Maison de santé; là, aidé des élèves du service, je fis, avec l'anneau de Græef et avec des pinces recourbées, plusieurs tentatives d'extraction qui n'amenèrent aucun résultat. Deux jours après, je renouvelai mes recherches, sans être plus heureux. Bien que je fusse armé de tous les instruments dont M. Mathieu put disposer en ma faveur, j'étais alors disposé à pratiquer l'œsophagotomie si le père voulait y consentir; mais avant de faire cette opération délicate, je voulais encore faire de nouveaux essais en présence de MM. Monod et Denonvilliers. Ces essais ne furent point plus heureux que les premiers. C'est alors que, aidé de l'assistance de nos deux honorables collègues, et après que M. Denonvilliers eut bien senti la position exacte de la pièce de monnaie, je fis l'œsophagotomie.

Je borne là pour le moment le récit de ce fait, publié dans le but d'attirer l'attention sur une série d'accidents qui jettent le trouble dans les familles et le chirurgien dans une grande perplexité. Dans un temps prochain, j'espère pouvoir présenter un travail plus complet sur ce sujet.

THÉRAPEUTIQUE.

Recherches sur la valeur thérapeutique de l'huile de proto-iodure de fer,

Par M. le Dr Putégnat (de Lunéville).

Quoique de nombreux praticiens, notamment M. Blache, à l'Hôpital des enfants, aient mis en usage, depuis le savant Rapport de M. Caventou, à l'Académie de médecine, la nouvelle préparation de proto-iodure de fer, imaginée par M. Gille, les observations de MM. Maillot, professeur de clinique au Val-de-Grâce, et Vigla, médecin de la maison de santé, sont restées presque les seules qui aient reçu de la publicité. On ne lira donc pas sans un vif intérêt l'exposé sommaire des résultats obtenus par un médecin distingué, M. Putégnat, de Lunéville, dans douze cas où il a administré ce médicament nouveau, résultats que ce laborieux observateur a communiqués à la Société des sciences médicales de Bruxelles. Ce qu'il y a surtout à remarquer, dans le travail de M. Putégnat, c'est qu'il a varié les applications de l'huile de Gille, plus qu'on ne l'avait fait encore, puisque, outre la phthisie, il a encore employé avec succès ce médicament dans un cas de gastralgie, dans un cas de kératite et de blépharite, dans trois cas de maladies graves des articulations, enfin dans un cas de kyste sanguin du cou. Ces applications nouvelles donnent un intérêt tout particulier à son travail, et doivent spécialement appeler l'attention des praticiens.

Mon intention n'était pas de publier, dans ce moment, les observations suivantes; je voulais attendre, pour les mettre au jour, qu'elles fussent plus complètes et plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, j'espère qu'elles seront quelque peu profitables aux praticiens qui seront tentés de conseiller l'huile de proto-iodure de fer. Réunies à d'autres, elles contribueront à éclairer les médecins sur la valeur thérapeutique de cette nouvelle préparation.

Je divise ce travail en deux parties :

Dans la première, je rapporte les faits cliniques;

Dans la seconde, je donne les inductions que je crois pouvoir tirer de ceux-ci.

1re *Observation.* — *Gastralgie.* — Mme G., âgée de 30 ans, brune, d'un tempérament nerveux, occupant un appartement sain, mariée depuis huit années et n'ayant eu qu'un seul enfant, me consulte dans les premiers jours de février 1854.

Elle accuse des tiraillements d'estomac, surtout à son réveil, une digestion lente, de l'anorexie, une leucorrhée très-abondante, des lassitudes et de l'ennui. Son sang menstruel est pâle et peu abondant.

Traitement. — Régime tonique, vin de Bordeaux, tisane amère, matin et soir une cuillerée ordinaire d'huile de proto-iodure de fer, des injections avec une décoction de feuilles de noyer et des têtes de pavots, des promenades.

Huit jours après, amélioration très-grande; le 15 avril la santé est entièrement rétablie.

2e *Observation.* — *Tubercules pulmonaires.* — Sp., âgé de 48 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatico-nerveux, habitant un logement malsain, tourmenté depuis longtemps par une toux sèche, accompagnée d'essoufflement, est pris, au mois de juillet 1853, d'une légère hémoptysie.

Traitement. — Looch blanc diacodé, tisane pectorale, huile de foie de morue, large vésicatoire sur le point de la paroi du thorax où le malade accuse une douleur pleurétique. Repos, vêtements de flanelle. Régime alimentaire substantiel.

Le 9 octobre, pas d'amélioration; loin de là, le malade va en déclinant. Ce jour Sp. présente les symptômes que voici : Grand amaigrissement, perte d'appétit, découragement, toux fréquente, suivie de crachats nummulaires, sueurs nocturnes, de temps à autre diarrhée, légère fièvre continue, avec redoublement sur le déclin du jour, chaleur à la gorge et dans la poitrine, enrouement. Râles muqueux au sommet de chaque poumon; matité à gauche, en arrière et en haut de la poitrine.

Traitement. — Potages, viandes rôties, œufs, légumes frais au jus

de viande; tisane de lierre terrestre, édulcorée avec du sirop composé, à parties égales, de sirop de gomme, sirop de pointes d'asperges et sirop de Tolu; matin et soir, une cuillerée ordinaire d'huile d'iodure de fer; repos, vêtement de flanelle.

Le 1er novembre, facies meilleur, bon appétit, les forces et l'espoir renaissent; moins d'essoufflement, toux moins fréquente, expectoration facile et diminuée, poitrine moins brûlante, enrouement et mal de gorge presque disparus, ainsi que la fièvre. A droite, les bulles du râle muqueux sont moins nombreuses; mais, à gauche, elles sont les mêmes, ainsi que la matité.

Le 10 mars, Sp., remarié depuis trois mois, travaille de son état et continue toujours l'usage de l'huile d'iodure de fer, auquel, dit-il, il doit la vie, ne se doutant point que la marche de son affection mortelle n'est qu'enrayée.

3e *Observation.—Phthisie pulmonaire.*—M..., âgé de 35 ans, fabricant de gants, est petit, brun et très-maigre. L'auscultation et le plessimétrisme font reconnaître que ses deux poumons sont farcis de tubercules miliaires se ramollissant. M... accuse des sueurs nocturnes, de la constipation, de la douleur au larynx, de l'enrouement, de la toux, suivie d'une expectoration facile et abondante, de la fièvre avec redoublement dans la soirée, de la faiblesse, un grand essoufflement et un manque absolu d'appétit. Tristesse et conscience de sa malheureuse position.

Traitement. — Régime tonique, tisane de lichen, sirop pectoral, trois cuillerées par jour d'huile de foie de morue.

Le 4 décembre, je remplace cette huile par celle de proto-iodure de fer.

Sous l'influence de ce remède, l'appétit renaît, la toux devient moins fréquente et l'expectoration moins abondante, les forces et l'espoir renaissent; mais bientôt l'affection tuberculeuse, qui avait paru suspendre sa marche pendant un mois, reprend son cours fatal.

Le 25 mars, M. M..., squelette vivant, épuisé par la toux, l'expectoration, la diarrhée, les sueurs, le défaut de nourriture causé par l'anorexie, n'a plus que quelques semaines à rester au sein de sa famille.

4e *Observation. — Phthisie pulmonaire.* — L..., cordonnier, âgé de 27 ans, porte une vaste caverne en arrière, au sommet du poumon droit, ayant pour symptômes : de la matité, tantôt du souffle caverneux et de la pectoriloquie, tantôt du gargouillement limité. Son poumon gauche, ainsi que le démontrent la matité et la présence d'un râle muqueux, contient des tubercules miliaires se ramollissant. Il était soumis au traitement suivant : huile de foie de morue (4 cuillerées ordinaires), tisane de lichen, sirop pectoral, potages, viandes rôties, et cela depuis deux mois, époque à laquelle la phthisie galoppante s'annonça par une hémoptysie, lorsque, le 15 décembre dernier, je lui ai conseillé l'huile de Gille (deux cuillerées ordinaires par jour) en place de l'huile de foie de morue.

Le 25 décembre, le malade tousse et crache moins, la fièvre est diminuée, l'appétit et le sommeil sont revenus. Enfin, il y a une grande amélioration dans la position de L..., que celui-ci attribue à la nouvelle huile.

Il va sans dire que ce moins mal n'a duré que peu de temps. En effet, dans les premiers jours de février, le malade qui, chaque jour s'affaiblissait visiblement, a succombé subitement après un repas, à la suite d'une hémoptysie très-abondante.

5e *Observation. — Adénites scrofuleuses.* — Le 9 novembre dernier, madame E. G. me consulte pour sa petite fille, âgée de 4 ans et demi. Cette enfant d'une vivacité et d'un esprit extraordinaires, dont les yeux sont bleus, la peau et fine et blanche, le nez un peu gros, la figure carrée, porte, sur le côté droit du cou, trois glandes engorgées, mais encore mobiles.

Traitement. Tisane de houblon, frictions sur les glandes, avec une graisse contenant de l'iode et de l'iodure de potassium; cataplasmes avec des feuilles de noyer; matin et soir, une cuillerée à café d'huile de proto-iodure de fer; régime tonique, bière amère aux repas, promesuppuration; la constitution est améliorée sensiblement.

Le 1er avril, les trois adénites scrofuleuses sont guéries, deux sans nades.

6e *Observation. — Adénites strumeuses.* — Le 11 novembre, M. B. me consulte pour sa fille, âgée de 20 ans, portant des adénites scrofuleuses, cervicales et sous-maxillaires. Cette jeune fille, bien réglée, ayant la peau fine et blanche et le tempérament lymphatique, est légèrement chloro-anémique.

Traitement. Régime tonique, tisane de houblon, matin et soir une cuillerée d'huile de proto-iodure de fer, frictions sur les glandes avec de la pommade composée de 30 grammes d'axonge, d'un décigramme d'iode et de 10 grammes d'iodure de potassium.

Au bout de six semaines, les adénites sont bien diminuées, cette fille a beaucoup d'appétit : elle a repris du teint et des forces. Le sang menstruel est peu coloré. Je ne l'ai point revue depuis cette époque.

7e *Observation. — Blépharite, kératite et adénite scrofuleuses.* — Madame X., âgée de 30 ans, porte une adénite sous-maxillaire droite, assez volumineuse, à peine mobile, une blépharite aux deux yeux et un ramollissement de la partie externe et inférieure de la cornée transparente gauche, caractérisé par un froncement duquel partent des vaisseaux variqueux qui vont se perdre dans un anneau injecté de la cornée opaque.

Traitement. Huile de proto-iodure de fer (2 cuillerées par jour), tisane de houblon, régime tonique, pédiluves irritants; pommade de Janin, le soir, sur le bord libre des paupières; instillation dans l'œil gauche, trois fois par jour, d'un collyre d'azotate d'argent (azot. d'argent crist., 5 centigrammes; eau distillée, 20 grammes dans une bouteille bleue); frictions sur la tumeur scrofuleuse, matin et soir, avec gros comme un pois de la graisse suivante : iode, 5 centigrammes; iodure de potassium, 5 grammes, dissous complétement dans eau distillée, q. s.; axonge, 15 grammes.

Le 30 avril, le kératite et la blépharite sont en voie de guérison. Pas encore d'amélioration du côté de la tumeur.

8e *Observation. — Adénite sous-maxillaire scrofuleuse.* — Madame X., de la commune de B., mère de famille, âgée de 30 ans, malpropre, quoique habitant un logement sain, me consulte, sur la fin de février, pour une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, peu mobile, non douloureuse, placée à droite, au-dessous du maxillaire inférieur. Son tempérament est lymphatique.

Même traitement que celui de la demoiselle B. (*Voir* ma 6e observation).

Le 20 mars, cette tumeur scrofuleuse, de la guérison de laquelle je désespérais presque, est diminuée d'un tiers.

9e *Observation. — Coxalgie, chloro-anémie, adénites scrofuleuses.* — Sur la fin de février dernier, l'instituteur V. me présenta sa fille, âgée de 22 ans, à laquelle, quelques années auparavant, j'avais déjà donné des soins pour une chlorose.

Cette jeune fille porte, à droite, des adénites cervicales scrofuleuses. Elle a le teint chlorotique, son sang est pâle et, dans la carotide gauche, on entend un bruit de souffle. Elle se plaint d'une douleur dans le genou droit, laquelle, dit la malade, cause sa claudication. Un examen attentif me fit bientôt reconnaître que cette douleur est symptomatique d'une coxalgie du même côté, dont les symptômes principaux sont la saillie du grand trochanter, l'engorgement de l'aine et l'allongement d'un centimètre du membre.

Traitement. Tisane amère, régime tonique, deux cuillerées par jour d'huile d'iodure de fer, cataplasmes émollients et vésicatoires volants autour de la hanche.

Le 25 avril, amélioration dans l'état général; muqueuses rouges, sang menstruel plus coloré, disparition du bruit de souffle, bon appétit. Pas encore d'amélioration du côté de l'articulation malade, autre que la diminution de la douleur.

Le 7 mai, santé générale assez bonne; les adénites sont presque complétement disparues; mais il n'y a encore aucune amélioration dans la coxalgie.

10e *Observation. — Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale.* — Le petit X., appartenant à une famille riche, occupant un logement sain, est âgé de 4 ans et demi. Son tempérament est lymphatique.

Dans les premiers jours de janvier dernier, à la suite de plusieurs maladies (syphilis constitutionnelle, angine pseudo-membraneuse, scarlatine, fièvre miliaire, bronchite, entéro-colite), il présenta un gonflement de la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, accompagné d'une vive douleur pendant les mouvements de l'articulation.

Sur la fin de février, malgré le repos, des sangsues, des cataplasmes de farine de lin, de feuilles de noyer et de belladone, des vésicatoires volants et des frictions avec une graisse iodurée; malgré l'usage de l'huile de foie de morue, d'une tisane amère et d'un régime fortifiant, un abcès par congestion se montre à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. Je l'ouvre par la méthode sous-cutanée et recommence cette opération au bout de dix jours. Chaque fois je donne issue à une grande quantité de pus.

Le 2 mars, la luxation du fémur, en haut et en arrière, est opérée. Le petit malade est dans le marasme.

Voici son état, le 27 avril, jour où je l'ai vu pour la dernière fois : appétit vorace, amaigrissement disparaissant, ventre redevenu souple et indolent, cessation du dévoiement, bon sommeil, gaieté revenue.

Depuis l'ouverture du premier abcès, le traitement interne a consisté en de bons potages, de la viande rôtie, des œufs, des légumes frais, du vin de Bordeaux, de l'huile d'iodure de fer (matin et soir le quart d'une cuillerée) ; en deux petites verrées par jour, de tisane amère, édulcorée avec du sirop antiscorbutique.

11e *Observation. — Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale.* — E. F., âgé de 11 ans, est atteint d'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, caractérisée par un énorme engorgement des parties molles du haut de la cuisse, sillonnée de veines variqueuses ; par de la douleur dans la hanche et le genou du même côté; par la flexion de la jambe sur la cuisse et de celle-ci, jetée en dedans, sur le bassin; par l'allongement du membre d'un centimètre ; par l'écartement du grand trochanter de la crête iliaque, d'un centimètre de plus que du côté sain.

Jusqu'au 6 novembre, ce petit garçon, aux chairs pâles, chloro-anémiques, aux cheveux blonds, aux yeux bleus, portant des adénites cervicales, a été soumis au traitement que voici : régime tonique, bière amère, cresson, repos sur un sommier contenant des feuilles sèches de noyer et de fougère, grands bains faits avec une décoction de feuilles de noyer, cataplasmes narcotico-émollients sur toute la tumeur, frictions sur celle-ci, tantôt avec de l'onguent napolitain, tantôt avec de la graisse iodurée; matin et soir, une cuillerée d'huile de foie de morue ; à chaque repas, cinq centigrammes de lactate de fer; dans la matinée et l'après-midi, dans une petite verrée de tisane amère, une cuillerée de sirop composé de deux parties de sirop antiscorbutique et d'une partie de sirop de salsepareille.

Ce jour (6 novembre), l'huile de foie de morue et le lactate de fer sont remplacés par l'huile d'iodure de fer.

Sous l'influence de ce nouveau remède, l'appétit reparaît, le teint s'anime, il y a une légère amélioration dans l'état général, sans cependant qu'un mieux s'annonce du côté de la cuisse.

Dans les premiers jours de décembre, la gangrène ayant frappé les parois d'un trajet fistuleux, résultat de l'ouverture, par l'instrument, d'un abcès par congestion, la fièvre hectique n'a pas tardé à enlever E. F.

12e *Observation. — Kyste sanguin du cou; chlorose légère; tempérament lymphatique.* — Mademoiselle J. N., âgée de 17 ans, portant des adénites cervicales strumeuses, ayant les incisives noires et cariées, le teint légèrement chlorotique, le sang pâle, présente, à la partie antérieure et surtout latérale gauche et médiane du cou, une tumeur volumineuse, arrondie, mobile, bien limitée, comprimant le larynx, causant l'aphonie, gênant la déglutition et entraînant de vives douleurs, s'irradiant jusque dans la tempe et l'épaule, par suite du tiraillement des filets du plexus cervical superficiel.

Le 26 octobre dernier, en présence de deux de mes confrères, à l'aide d'un petit trois-quarts, je fais sortir de ce kyste quelques cuillerées d'un liquide noirâtre, contenant de la fibrine, lesquelles sont remplacées, deux fois de suite, par de la teinture alcoolique d'iode étendue.

Après cette opération, aidée de compresses imbibées de la teinture d'iode, appliquées sur la tumeur, il survient une vive inflammation, entraînant une forte tuméfaction, accompagnée de fièvre, de gêne de la respiration et d'une grande aphonie. La parole de l'opérée ressemble à celle d'un cholérique.

Des applications de sangsues et des cataplasmes émollients sur la tumeur, des pédiluves irritants, une boisson délayante, un régime sévère et quelques verrées d'eau de Sedlitz combattent heureusement cette inflammation ; aussi, le 7 novembre, la tumeur présente-t-elle un volume moindre d'un tiers que celle qu'elle avait avant l'opération.

Ce jour, je conseille le traitement que voici : cataplasmes émollients, frictions avec une graisse iodurée, pédiluves irritants, tisane amère, matin et soir une cuillerée ordinaire d'huile d'iodure de fer ; régime tonique.

J'ai vu, pour la dernière fois, cette jeune fille, dans les premiers jours d'avril, et voici quelle était sa position à cette époque : teint coloré, sang menstruel plus noir, bon appétit, disparition de la leucorrhée, pas de palpitations. Les forces et la gaieté sont revenues. L'aphonie, la gêne de la respiration et de la déglutition, ainsi que les douleurs névralgiques et les adénites cervicales sont disparues. Il ne reste plus de trace de l'énorme kyste qu'une petite tumeur à peine difforme.

A ces douze observations je pourrais en joindre d'autres; mais ne les ayant pu recueillir attentivement, je dois m'abstenir de les rapporter. D'ailleurs, celles-là suffiront, ce me semble, pour fixer l'attention des praticiens.

Maintenant j'ai à faire connaître les conséquences cliniques que l'on peut tirer de ces observations; ainsi j'arriverai à indiquer ce que mon expérience personnelle me permet de penser, jusqu'à ce jour, de l'huile de proto-iodure de fer, comme agent thérapeutique.

Les maladies dans le traitement desquelles j'ai eu recours à cette huile, sont la gastralgie, la phthisie pulmonaire et plusieurs affections scrofuleuses, telles que la blépharite, la kératite, les adénites et la coxalgie.

Pour moi, il y a un fait qui ne peut être douteux : c'est que l'huile dite de proto-iodure de fer, est un médicament beaucoup plus actif que l'huile de foie de morue et que celle iodée (formule Personne), et qu'elle peut remplacer heureusement, dans certaines circonstances, les préparations ferrugineuses et iodées, lorsqu'elles sont indiquées en même temps (*voir* mes observations 6, 9, 11 et 12); c'est qu'elle peut être avantageusement administrée au malade dont l'affection réclame un sel de fer et d'huile de foie de morue (mêmes observations); c'est qu'elle est utile aux chlorotiques lymphatiques (observations 6, 9, 11 et 12). Ma première observation démontre l'efficacité de cette huile contre la gastralgie, accompagnée de leucorrhée, qui réclame les toniques et les ferrugineux. Plusieurs prouvent son heureuse influence dans le traitement des phthisies strumeuses à marche lente. Telles sont les observations 2, 3 et 4.

Depuis quelques années, de nombreux observateurs ont fortement conseillé l'huile de foie de morue et l'huile iodée dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et je pourrais, moi-même, rapporter des faits à l'appui de cette médication. Hé bien ! je pense que, dans certains cas, ces agents thérapeutiques seront heureusement remplacés par l'huile d'iodure de fer. Veux-je dire, par là, que celle-ci arrivera à être un remède infaillible de cette maladie ! Telle n'est point ma pensée. Je dis seulement que l'huile d'iodure de fer (formule Gille), entre les mains d'un praticien instruit, pourra être utile, quand elle sera administrée aux phthisiques, dont la constitution est lymphatique, dont la marche du mal est chronique, et sur les poumons desquels il ne se forme pas de fortes congestions sanguines.

Je dois dire que les sujets de mes trois observations ont suspendu l'usage de l'huile de foie de morue pour celui de l'huile d'iodure de fer, et qu'ils ont hautement vanté celle-ci, disant qu'ils s'étaient mieux trouvés dès qu'ils l'eurent employée. Le sieur Sp. (sujet de ma seconde observation), prétendant lui devoir la vie, la recommande à tous ceux de sa connaissance qui toussent. Mme G. (*voir* la première observation) m'a affirmé avoir été soulagée dès les premiers jours de l'emploi de ce remède. Les sieurs M. et L. (observations 3 et 4) ont soutenu le même fait.

J'ai conseillé cette huile contre le carreau, contre les gourmes : dans ce moment, un de mes clients, atteint de pourpre hémorrhagique, par suite de causes débilitantes, en prend, chaque jour, deux cuillerées.

Cette huile excite l'appétit et facilite la digestion, ainsi que le prouvent toutes mes observations ; elle est prise avec moins de répugnance que l'huile iodée et celle de foie de morue ; les malades la digèrent bien moins difficilement que celles-là. Elle irrite quelquefois la gorge (dans ce cas la muqueuse du pharynx, celle du voile du palais et de ses piliers sont érythémateuses) et laisse une saveur métallique iodée dans la bouche.

Somme toute : je suis porté à penser que l'huile dite de proto-iodure de fer est un agent thérapeutique sous l'influence duquel certaines affections disparaissent, d'autres sont enrayées, et qu'il est appelé à rendre un jour de grands services.

(*Journal de méd., de chir. et de pharmacol. de la Soc. des sciences nat. de Bruxelles*, 9 *juillet* 1854, et *Presse médicale* de Paris.)

CLINIQUE CIVILE.

Grossesse gémellaire compliquée de pneumonie. — Du traitement de cette inflammation pendant la grossesse,

Par le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

On admet généralement, et avec raison, que chaque variété de pneumonie exige un traitement spécial, ou tout au moins des modifications spéciales au traitement à peu près universellement adopté contre la pneumonie simple franchement inflammatoire.

Les indications tirées d'un état de faiblesse extrême, du caractère dit *adynamique* de la maladie, sont connues et acceptées à peu près par tous les praticiens.

Il en est de même des modifications indiquées par l'état bilieux.

L'état ataxique est apprécié d'une manière moins uniforme ; cependant, on s'accordera sans doute à reconnaître que, dans ce cas, une ou deux saignées suffisent au début ; et, pour attaquer ce délire, le praticien devra révulser du côté des extrémités inférieures, et administrer des pilules musquées. Le musc, dans ces circonstances, produit les meilleurs résultats ; car, dans cette variété de pneumonie, l'inflammation pulmonaire ne tient, pour ainsi parler, que le second rang, et se trouve dominée par un élément supérieur, l'élément nerveux.

Enfin, il est des pneumonies qui surviennent dans le cours d'une fievre intermittente, et d'autres qui sont primitivement et franchement intermittentes. Dans le premier cas, on sait qu'il y a deux indications à remplir : combattre l'intermittence par le sulfate de quinine, et s'opposer, par la saignée, aux congestions pulmonaires ; dans le second cas, au contraire, la saignée n'a aucune espèce de valeur ; c'est d'emblée, et immédiatement après que la nature de la maladie est reconnue, qu'il faut recourir à l'antipériodique par excellence.

Dans tous ces cas bien observés, les indications sont positives, le médecin est rarement embarrassé. Il n'en est plus ainsi d'une pneumonie qui se montre dans le cours d'une grossesse. Ici, la difficulté est souvent très-grande. Peut-on impunément employer les saignées coup sur coup, quand bien même l'état de la malade le réclamerait ? ou bien, faut-il donner la préférence à une autre méthode de traitement qui a aussi ses dangers, ou attendre enfin, simple spectateur, une crise naturelle ?

Certes, c'est une cruelle position pour l'homme de l'art, que de se voir dans la nécessité de faire le sacrifice de l'enfant pour tenter, en faveur de la mère, une dernière ressource. Sacrifier le fœtus, dans ce cas, c'est, suivant certains accoucheurs, se conformer aux devoirs les plus sacrés de l'humanité.

Le grand principe, selon nous, est de traiter la pneumonie sans avoir égard à la grossesse, et de n'envisager que la variété de pneumonie, que l'on traitera selon les règles posées. Mais peut-on employer impunément, chez une femme enceinte, la saignée et la potion Rasorienne ?

Il arrive à tout praticien de saigner les femmes enceintes vers la fin de leur grossesse, à cause de certains phénomènes de congestion qu'elles éprouvent. Cette déplétion sanguine, loin de porter atteinte au fœtus, fait disparaître ces symptômes de congestion éprouvés par la femme. Mais il y a loin d'une simple saignée de précaution, pour ainsi dire, à plusieurs saignées faites coup sur coup, pour enrayer la marche d'une pneumonie. Ne peut-on pas craindre de sacrifier toujours le fœtus ? car, qui peut poser la limite ? jusqu'où faut-il aller ? où faut-il s'arrêter ?

Y a-t-il moins de danger d'administrer le tartre stibié à haute dose, médicament si précieux dans le traitement ordinaire de la pneumonie ? Mais, jusqu'à ce que la tolérance soit établie, les secousses déterminées par les vomissements pourront amener quelque danger. Ce qui pourrait, jusqu'à un certain point, justifier l'administration de la potion stibié ; c'est que, souvent, les femmes enceintes sont sujettes à des vomissements fréquents, très-pénibles, et qui, cependant, sont quelquefois sans danger pour le fœtus.

Quoi qu'il en soit, c'est là une cruelle position pour l'homme de l'art, et il ne nous appartient pas de trancher la question. En l'absence de toute règle tracée par les auteurs, nous obéissons, pour notre part, à une conviction, basée sur quelques faits. Aussi, notre opinion, à cet égard, est-elle bien arrêtée : avant tout, il faut sauver la mère. C'est à nos yeux le principe qui doit régir la thérapeutique d'une pneumonie qui se montre chez une femme enceinte. Le praticien doit, en effet, traiter la maladie sans avoir égard à l'enfant ; car il arrive souvent que, quoi qu'il fasse, l'avortement a lieu. Dans d'autres cas, au contraire, malgré un traitement énergique employé pour conjurer le danger, la grossesse n'est nullement influencée.

Sauver la mère, voilà le but du médecin ; car, sans cela, en effet, la mort qui bientôt saisirait la mère, entraînerait aussi la perte de l'enfant. Alors, dans tous les cas, à moins que la nature ne vienne triompher des accidents, ce qu'on ne peut guère espérer à une époque avancée de la maladie, la mort du fœtus est certaine. Si, au contraire, on intervient assez à temps, les conditions pour l'enfant sont les mêmes, mais la mère peut être sauvée.

Toujours est-il, que le traitement d'une pneumonie aiguë qui se montre dans le cours d'une grossesse, offre souvent de très-grandes difficultés. On en jugera par l'observation suivante, digne, à plus d'un titre, de fixer l'attention des médecins praticiens.

Félicie Beaulac, âgée de 30 ans, née à Aire (Landes), mariée, d'une bonne constitution, a toujours joui d'une santé parfaite. Elle a trois enfants ; ses diverses grossesses ne furent nullement dérangées, et ses accouchements furent très-heureux. Aujourd'hui, elle est enceinte pour la quatrième fois et arrivée au cinquième mois de sa grossesse.

Le lundi 19 juin, Félicie Beaulac fit à pied environ 3 kilomètres par un temps assez froid et pluvieux. Dans la nuit, elle fut prise d'un violent frisson qui dura quatre heures. A la suite de ce frisson, il s'éleva au côté gauche un point douloureux que rendaient plus douloureux encore une inspiration un peu forte et une toux assez pénible et fatigante pour la malade. L'oppression fut assez marquée, et, d'après le récit de la malade, sa fièvre fut très-forte.

Un officier de santé est d'abord appelé à donner ses soins à la malade. Il pratique, le mardi matin, une saignée assez forte qui n'apporte aucun soulagement.

Le soir, nouvelle saignée et administration d'un looch kermétisé.

La saignée fut répétée trois jours de suite, c'est-à-dire les mercredi, jeudi et vendredi matin.

La malade me fit appeler le vendredi soir 23 juin. A ma première visite, je constatai l'état suivant :

Félicie Beaulac, plongée dans une prostration assez grande, paraît à toute extrémité. Elle fait entendre quelques plaintes, désespérant elle-même de son état. Cependant le pouls annonce encore une réaction assez forte ; il est plein, fréquent : le point de côté existe toujours à gauche, s'exaspérant par la respiration et la toux.

A la percussion, matité à la partie inférieure et latérale du poumon gauche.

A l'auscultation, du côté du cœur, battements assez forts, superficiels, sans bruits anormaux.

Du côté du poumon gauche, à la partie postérieure et inférieure, bruit de souffle clair sous l'oreille, indiquant une pneumonie au second degré. A la partie moyenne, râle crépitant, indiquant que l'inflammation, qui n'est encore qu'au premier degré, a envahi consécutivement cette partie du poumon.

Tels sont, en résumé, les symptômes tant généraux que locaux, qu'un examen attentif me fait reconnaître.

De plus, cette femme est enceinte ; elle prétend sentir manifestement son enfant. Cependant le ventre est indolent ; il me paraît très-développé pour cinq mois.

En présence d'une pneumonie aiguë aussi grave, se montrant dans le cours d'une grossesse, et après le traitement qui avait été employé, mon embarras fut extrême, privé que j'étais, pour le moment, de l'expérience de mon père, mon conseil habituel.

Fallait-il, pour combattre les symptômes de cette pneumonie, arrivée à cette période, employer encore la saignée, après cinq saignées faites dans quatre jours, ou bien la potion stibiée, comme ressource ultime ? Ces deux moyens offrant quelque danger, je choisis néanmoins le dernier.

Voici le traitement mis en usage : un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine *loco dolenti ;* puis une potion stibiée à

30 centigrammes fut administrée d'heure en heure par cuillerée ordinaire.

Cette potion ne détermina aucun vomissement, mais seulement des efforts qui n'amenèrent pas une grande fatigue. Ce traitement combiné eut les plus heureux effets sur la marche de la pneumonie, dont les symptômes furent enrayés.

Le lendemain, samedi 24, une nouvelle potion fut administrée et supportée de même; deux jours se passèrent dans cet état; il y avait dans l'état de la malade une amélioration marquée; mais le mardi matin 27, quelques douleurs se firent sentir du côté de l'abdomen; ces douleurs avaient un caractère intermittent; le soir, elles éprouvent une augmentation marquée; je suis appelé en toute hâte, vers onze heures de la nuit; les douleurs, dans ce moment, se succédaient avec rapidité, je pratique le toucher vaginal; le col est largement dilaté; un corps arrondi, qui n'est autre chose que la tête d'un fœtus, se présente à mon doigt; après quelques instants d'attente, je puis saisir le cordon ombilical; j'en fais la section, et retenant la partie adhérente au placenta, j'amène un premier fœtus; cinq minutes après, mon doigt reconnaît un second fœtus; j'opère de même et l'amène au dehors.

Ces deux fœtus étaient du sexe masculin. Le premier était mort depuis peu de temps, j'eus le temps de donner l'eau au second, qui fit trois inspirations, et qui, depuis ce moment, ne donna plus signe de vie.

La délivrance se fit assez promptement; il existait deux placentas distincts, n'ayant entre eux aucune espèce d'adhérence.

Les suites de cet avortement ne présentèrent rien de fâcheux.

Après cet accident, la pneumonie suivit une marche rapidement décroissante. Aujourd'hui, 10 juillet, la malade est parfaitement rétablie.

Compte rendu du Mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitale et la digitaline,

Fait à la Société des sciences médicales de Paris,

Par le Dr J. Lemaire.

Quoique nous ayons déjà publié un compte rendu de l'important et beau travail de MM. Homolle et Quevenne, nous pensons que nos lecteurs liront avec un vif intérêt l'appréciation suivante, que M. le docteur Lemaire a lue à la Société des sciences médicales de Paris, et dans laquelle ce médecin instruit et judicieux aborde des questions d'un haut et perpétuel intérêt pratique.

H. de C.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un Mémoire sur la digitale et la digitaline, dont MM. Homolle et Quevenne, ses auteurs, ont fait hommage à la Société.

Ce travail, qui forme un volume in-8° de près de 400 pages, a été entrepris par ces messieurs pour compléter et réunir en un seul volume tout ce qu'ils ont fait sur la digitale et la digitaline. Ils ont, de plus, réuni les travaux les plus importants qui ont été publiés par d'autres auteurs sur ces deux substances. Tel qu'il est aujourd'hui, on peut dire que ce travail est une monographie à peu près complète sur tout ce qui a été publié sur la digitale et la digitaline. Vous savez, messieurs, que la Société de pharmacie de Paris avait mis au concours, dès 1835, la recherche du principe actif de la digitale. Malgré un assez grand nombre de mémoires qui lui ont été présentés, ce n'est qu'en 1844 qu'elle décerna le prix au travail de M. Homolle.

Je voudrais pouvoir vous entretenir longuement sur tout ce qu'il y a d'intéressant dans ce livre; mais les matières y sont tellement abondantes, il y a tant de détails sur des faits ou des aperçus nouveaux, que je serai forcé de passer rapidement sur plusieurs points. J'appellerai votre attention sur les parties qui ont le plus particulièrement attiré la mienne.

Ce livre est divisé en deux parties principales : la première contient la partie chimique et pharmaceutique ; la seconde traite l'histoire physiologique et thérapeutique de la digitaline et de la digitale. Je suivrai l'ordre qu'ont suivi les auteurs.

D'abord, ils ont constaté que l'extrait aqueux de digitale et le suc de cette plante fraîche n'offrent pas d'avantage pour l'extraction de la digitaline. Ils préfèrent, pour cette opération, les feuilles de la plante sèche ; ils ont constaté que la racine de la digitale ne contient qu'une faible proportion de digitaline.

Ces messieurs disent que les semences n'ont pas fourni une proportion de digitaline telle que, pour cette raison, on dût leur accorder la préférence dans les usages thérapeutiques.

Buchner, au contraire, dans un travail qu'il a publié dans le *Journal de pharmacie et de chimie* (t. 21, 1852), établit que les semences de la digitale contiennent plus de digitaline que les feuilles.

Je vous ferai remarquer qu'il n'est pas question, dans ce livre, de l'analyse de la digitale cultivée. Il serait intéressant de connaître la richesse comparative de cette plante, ne fût-ce que pour éclairer la question, qui est controversée plus loin par ces messieurs; cette analyse aurait de plus un véritable intérêt pour la physiologie végétale. C'est une lacune que je signale aux auteurs.

La digitaline, comme vous le savez, n'est pas un alcaloïde, c'est une substance amorphe ; aussi, est-il très-difficile de se la procurer dans un état parfait de pureté : elle contient presque toujours une certaine proportion de digitalin et de digitalose. Malgré tout le soin qu'ils ont apporté à sa purification (pour cela, ils se servent d'éther mélangé avec 1/10 d'alcool), ils ne sont pas convaincus que celle qu'ils ont obtenue soit chimiquement pure.

Pour en assurer la qualité et l'identité, MM. Homolle et Quevenne n'ont d'autre moyen que la ponctualité à suivre toujours le même procédé d'extraction, et d'agir sur des grandes masses. Ils ont opéré sur plus de 2,000 kilog. de digitale.

Il est vrai qu'ils se servent d'un moyen qui a déjà été conseillé par M. Personne pour d'autres essais : il consiste dans la gustation comparative de solutions étendues d'eau. D'après eux, 1 centigramme de digitaline pure, dissoute dans un peu d'alcool, ne perd complétement sa saveur qu'étendue dans 2 litres d'eau. Si la saveur amère disparaît avec une quantité moindre d'eau, cette digitaline sera jugée moins pure. Ce mode d'essai peut être utile, mais, malheureusement, ce n'est pas un moyen sûr. Vous savez que la saveur amère est commune à beaucoup de substances végétales ; de plus, la perception des saveurs varie, parce que les sensations du goût sont plus ou moins vives, suivant les individus. Il est bien regrettable que nous n'ayons pas de caractères certains pour reconnaître la pureté de cette substance, car MM. Homolle et Quevenne disent (p. 31) : « qu'on ne trouve pas toujours, dans les propriétés physiques, une garan- « tie suffisante d'identité. Nous avons vu, disent-ils, plus d'une fois des « digitalines préparées en apportant des modifications aux procédés ordi- « naires, avoir un aspect assez analogue, et offrir, cependant, un état de « pureté très-différent. » — Ce qui prouve que les inconvénients que je signale sont sérieux, c'est que la digitaline, pour laquelle M. Homolle a été couronné en 1844, n'est pas semblable à celle qu'ils décrivent comme plus pure dans ce travail : la première était sous forme de poudre blanche, amorphe; tandis que la dernière, qu'ils livrent à la consommation, revêt la forme d'écailles ou de masses, suivant la quantité; cette dernière est d'une couleur jaune paille tendre, d'aspect résinoïde, très-friable. — Comme vous le voyez, tous ces caractères physiques diffèrent de ceux de la première qu'ils ont obtenue.

Ils ont étudié l'action chimique d'un assez grand nombre d'agents sur la digitaline; mais je ne vous parlerai que de ses dissolvants. Elle est très-peu soluble dans l'eau, dans l'éther et dans l'huile d'amandes. Elle est très-soluble dans l'alcool et dans le chloroforme. Elle forme, avec l'acide hydrochlorique une solution verte.

La saveur très-amère de la digitaline lui a fait préférer la forme de granules comme étant la plus agréable pour les malades. Chaque granule contient 1 milligramme de digitaline, ce qui rend son dosage facile. Le peu de solubilité de cette substance dans l'eau pouvait faire faire une objection ; mais ces messieurs sont allés au-devant en faisant une expérience sur un chien qui portait une fistule stomacale. On plaça trois granules de digitaline dans un nouet de gaze, on l'introduisit par la canule dans l'estomac. Un quart d'heure après, on n'a pas retrouvé la moindre trace de ces granules dans la gaze.

Indépendamment de la digitaline, MM. Homolle et Quevenne ont découvert dans la digitale plusieurs autres principes qu'ils appellent, l'un digitalose, l'autre digitalide, et un troisième digitalin. Ce dernier a été découvert en même temps par M. Kosmann. En sorte que leurs découvertes, réunies à celles d'autres auteurs, donnent à la digitale la composition suivante :

1° Digitaline,
2° Digitalose,
3° Digitalin,
4° Digitalide, } 4 substances neutres.
5° Acide antirrhinique.
6° Acide digitaléique.
7° Acide digitalique (gras).
8° Acide tannique.
9° Amidon.
10° Sucre.

11° Pectine.
12° Une matière azotée albuminoïde.
13° Une matière colorante rouge orange cristallisable.
14° Chlorophylle.
15° Huile volatile.

Enfin des sels de chaux, de magnésie, de soude, et une assez notable quantité de nitrate de potasse.

Ils ont examiné la question de préexistence des produits signalés comme composant la digitale. Ils croient à la préexistence des principaux.

Les diverses préparations pharmaceutiques qui ont la digitale pour base sont étudiées comparativement. Leurs expériences démontrent que la composition de ces préparations peut varier suivant la nature du véhicule, sa densité, sa quantité, et suivant le mode de traitement. Par exemple, 50 grammes de poudre de digitale (feuilles) ont été traités par lixiviation avec 3 litres d'eau. Ils ont examiné la première moitié du liquide écoulé (1 l. 1/2) qui a fourni 15gr,31 d'extrait sec; le litre suivant n'en a fourni que 6,78; enfin, le dernier, 1/2 litre n'a donné que 0,41 d'extrait. Comme vous le voyez, la quantité d'extrait obtenue à la fin est plus de douze fois moindre qu'au commencement, et, chose remarquable, ce dernier produit contient moitié plus de digitaline que le premier. Ces messieurs ont varié leurs expériences avec l'eau. Ils ont examiné comparativement la valeur de la macération et de l'infusion.

De toutes leurs expériences, il résulte : 1° Que la macération prolongée pendant quatre heures dissout presque aussi bien le principe actif que l'eau bouillante;

2° Que l'infusion préparée avec la poudre libre et agitée pendant l'action de l'eau bouillante fournit plus de principe actif que le même mode de traitement appliqué aux feuilles entières.

Les expériences qu'ils ont faites avec l'alcool ne sont pas moins intéressantes. Ils ont étudié l'action de ce liquide à différents degrés de concentration sur la digitale. Ils ont constaté que la poudre de cette plante, traitée par lixiviation au moyen de l'alcool, fournit presque tout le principe actif au premier tiers de liquide écoulé. C'est le contraire qui a lieu dans la lixiviation par l'eau. Les résultats ont été à peu près les mêmes avec l'alcool à 50, 56 et 80° centésimaux; mais l'alcool à 96° centésimaux fournit un extrait plus riche en digitaline.

La teinture de digitale, préparée selon le *Codex* (digit., 1 partie; alcool à 80° centés., 4 parties), fournit 17,50 pour cent d'extrait de moins qu'en traitant la poudre par déplacement; mais la teinture contient autant de digitaline à poids égal que celui obtenu par lixiviation.

La digitale, traitée avec l'éther concentré par la méthode de déplacement, cède peu de digitaline et beaucoup de chlorophylle aux premières portions qui s'écoulent. Plus tard, bien que peu chargé des composants de la plante, il contient proportionnellement plus de digitaline que l'extrait préparé par l'eau et que celui obtenu au moyen de l'alcool. Si, au contraire, on emploie de l'éther faible, les premiers produits seront ceux qui contiendront le plus de principe actif. D'après toutes ces expériences intéressantes, MM. Homolle et Quevenne établissent qu'il peut exister une très-grande différence d'action entre la teinture éthérée et l'extrait éthérique. Par exemple, la teinture éthérée du *Codex* contient à peu près la moitié du principe actif qui se trouve dans la plante, tandis que l'extrait éthérique en contient dix fois autant. Les extraits alcooliques ne contiennent qu'une fois de plus de principe actif que la plante.

De tous ces faits, qui intéressent autant le médecin que le pharmacien, ces messieurs établissent des rapprochements et font des observations très-justes sur la préparation des teintures par lixiviation, comme le recommande le *Codex*. Ils pensent que la macération avec agitation fréquente doit être préférée pour ce genre de médicaments. Mais pour la préparation des extraits, ils reconnaissent à la méthode de déplacement une immense supériorité sur les autres modes de préparation.

Dans un chapitre intitulé : *Choix entre les préparations de digitale*, ils donnent la préférence à la poudre. C'est, du reste, depuis longtemps l'opinion de beaucoup de médecins.

Plus loin, ils mettent la poudre de digitale en comparaison avec la digitaline, au point de vue de la fixité de composition comme agent thérapeutique. Puis ils posent cette importante question : « La digitaline offre-t-elle sur la digitale un avantage marqué; doit-elle lui être préférée pour l'usage médical? »

Ils rappellent combien de circonstances diverses peuvent faire varier la qualité de la digitale. Ils invoquent l'influence du climat, du sol, de la saison, de l'âge, du mode de dessiccation, de conservation, etc., puis ils rapportent les opinions diverses de quelques auteurs sur le choix de cette plante. Ainsi, Houlton dit que les feuilles de la seconde année sont préférables à celles de la première. MM. Merat et de Lens pensent que la variété à fleurs pourpres est plus active que celle à fleurs blanches, et que les feuilles du haut de la tige sont plus énergiques que celles du bas. Bidault de Villers pense qu'il faut récolter les feuilles au moment de la floraison, tandis que M. Soubeyran recommande de les récolter au moment où la tige commence à s'élever. Enfin, ils ajoutent que presque tous les auteurs proscrivent la digitale cultivée, tandis que Mac-Lean, médecin à Sudbury, la préfère.

Plus loin, les auteurs empruntent à un travail de M. Sandras des faits qu'ils interprètent contre l'identité de composition de la digitale. M. Sandras, après avoir fait observer dans son travail que les malades ont pu supporter des doses très-diverses de poudre de digitale, fait cette remarque : « Les fortes doses ont été administrées en 1827, en 1828, et surtout « en 1830. Nous voyons survenir des accidents à des doses très-faibles. » MM. Homolle et Quevenne attribuent ces différences à la richesse plus ou moins grande de la digitale en principe actif.

Voulant apprécier les variations de qualité que peut présenter la digitale, ces messieurs se sont adressés au commerce de l'herboristerie en gros de Paris. Ils ont prélevé sept échantillons représentant à peu près toute la digitale existant alors sur la place de Paris (1847). Ces divers échantillons ont été pulvérisés de manière à retirer les 6/7 de poudre; le 1/7 restant a aussi été pulvérisé. Ces différentes poudres ont été classées d'abord par ordre alphabétique; puis d'après l'intensité de la couleur, d'après le procédé de Falker (il consiste à précipiter l'infusé de digitale par la solution de cyanure ferroso-potassique); enfin, d'après le dépôt formé spontanément dans l'infusé aqueux.

MM. Homolle et Quevenne reconnaissent, avec juste raison, que ces différents modes d'essais sont bien insuffisants. Ils en ont employé un autre : c'est l'expérimentation physiologique. Ils ont administré à un chien de moyenne taille, auquel ils ont fait prendre préalablement des habitudes régulières d'alimentation, d'abord 2 milligrammes de digitaline, et, tous les deux jours, ils en ont augmenté la dose de 1 milligramme. Le huitième jour, on administra 5 milligrammes du médicament, qui produisit, pour la première fois, un vomissement; on laissa reposer le chien, et on lui fit prendre à doses graduées, avec des intervalles de repos après chaque vomissement, les différentes poudres dont nous venons de parler. Vous voyez que la mesure qu'ils acceptaient, pour juger la qualité des diverses poudres, était le vomissement. D'après ces essais, la plus belle serait cinquante fois moins active que la digitaline; tandis que la plus vilaine, qui provenait des résidus de la pulvérisation, ne l'était que cent fois moins. L'échantillon moyen a été environ soixante fois moins actif que la digitaline; quant à l'action sur le cœur et sur la sécrétion urinaire, elle n'a pas été constatée dans ces expériences. De toutes ces recherches faites pour juger la fixité de composition de la digitale et son action comparative avec la digitaline, ces messieurs concluent que la digitaline, en raison du type inaltérable qu'elle peut toujours offrir, est préférable à la digitale. Je ferai plus loin des observations sur cette importante question.

Dans un cinquième chapitre, ils donnent les résultats de leurs recherches sur la digitaline mêlée aux substances végétales ou animales. Leurs procédés d'extraction sont principalement établis sur la propriété dissolvante de l'alcool concentré, de l'éther et du chloroforme, dont je vous ai déjà parlé.

J'arrive à la seconde partie, intitulée *physiologique et thérapeutique*.

Dans cette partie, l'historique occupe une grande place. Ils discutent plusieurs opinions émises sur le mode d'action de la digitale.

Vous savez que le plus grand nombre des auteurs considèrent cette plante comme un sédatif direct de la circulation; tandis qu'un certain nombre d'autres prétendent que la sédation est consécutive à une action excitante. Ils discutent longuement ces deux opinions, et combattent cette dernière : ils croient à la sédation directe. Cependant, il y a des faits rapportés dans ce livre, même des expériences de ces messieurs, qui établissent que la digitaline et la digitale peuvent produire une accélération directe et primitive. Il est bien rare qu'on avance une opinion sans avoir des faits à l'appui. Je pense, contrairement à ces messieurs, que si la sédation directe est vraie dans le plus grand nombre des cas, la sédation consécutive à une excitation directe, quoique rare, n'en est pas moins vraie.

L'opinion de Rasori, Tommasini, et de leurs adeptes, qui considèrent la digitale comme un puissant contre-stimulant, et qui, pour ce motif, font de cette plante un succédané de la saignée, est considérée, par MM. Homolle et Quevenne, comme une erreur. Après cet exposé historique et cette discussion, ces messieurs donnent la description des expériences qu'ils ont faites pour étudier l'action physiologique de la digitaline et de la digitale. Ces expériences sont au nombre de 17; elles ont été faites avec des soins minutieux sur trois sujets : un homme et deux chiens. Ces expériences sont résumées en tableaux synoptiques. Avant d'administrer la digitaline, soit par l'estomac, soit par la méthode endermique, soit par inoculation dans le tissu cellulaire, ils ont préalablement étudié le pouls normal, en tenant compte de l'influence de la température, du régime et des habitudes. L'un d'eux a noté, pendant plusieurs années, chaque jour le matin, à midi et le soir, la différence de ses pulsations, et ce n'est qu'après s'être parfaitement assuré de l'état du cœur, que les expériences ont été faites sur l'homme et sur les deux chiens.

De toutes ces expériences, ils concluent :

1° Que l'action de la digitaline et de la digitale sur le cœur s'est montrée de même nature, que toutes deux produisent le ralentissement du pouls, que le maximum d'effet s'observe, le plus ordinairement, quatre à six heures après l'ingestion, que l'effet de la digitaline administrée sous forme de granules, de sirop ou d'alcoolé, n'apparaît pas plus vite dans un cas que dans l'autre, que le ralentissement du pouls continue plusieurs jours (1), jusqu'à dix, après la cessation du médicament. Ce fait avait déjà été observé. Ces messieurs font remarquer qu'il donne raison à la pratique de certains médecins qui, après dix ou quinze jours d'administration de la digitale, cessent le médicament pour ne pas fatiguer l'estomac du malade, puis reviennent à son emploi. Le chiffre moyen de l'abaissement des pulsations n'a pas été grand. Sur l'homme, ils l'ont constaté, à l'état physiologique, de 4,70 à 9,33 ; sur un chien, de 8,87, et sur un autre chien, après trois mois d'usage alternant comme dans les expériences précédentes avec des périodes de repos, un abaissement de 17,33. Chez l'homme, le pouls a présenté de la dureté, quelquefois de la faiblesse, rarement il a été irrégulier. Chez les chiens il a en général conservé sa régularité. Des tiraillements d'estomac, des nausées, des vomissements, des coliques et de la diarrhée ont été observés lorsque la dose était élevée.

La digitaline, introduite en très-petite quantité dans l'œil, a occasionné quatre ou cinq heures après, un trouble de la vue qui a duré quinze heures. Dans aucune de ces expériences, ils n'ont constaté d'action diurétique nettement appréciable.

La digitalose, la digitalide et le digitalin n'ont paru avoir aucune action sur les organes de la circulation, ni sur les reins. Dans aucun cas, ils n'ont pu constater la présence de la digitaline dans l'urine. Appliquée sur la peau dénudée par un vésicatoire, la digitaline n'a produit qu'une vive inflammation. Ils ont renoncé à ce mode d'emploi.

Introduite dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un chien, la digitaline a déterminé la formation d'un phlegmon avec fièvre intense. Sur un lapin, une dose double de digitaline à celle employée sur le chien a été introduite dans le tissu cellulaire de la cuisse sans produire d'inflammation locale. Le nombre des pulsations a baissé d'une manière très-sensible. On a observé de l'anxiété, puis une tendance au repos, de l'inappétence et un tremblement musculaire. *(La suite à un prochain numéro.)*

(1) J'ai observé dans ces derniers temps, sur une malade, rue de Crussol, 13, la persistance de l'action diurétique huit jours après la cessation du médicament. Cette malade est atteinte d'une affection du cœur (rétrécissement des orifices), avec infiltration considérable des membres inférieurs et du tronc, et un épanchement dans la cavité péritonéale. Ce fait, je crois, n'a pas encore été signalé, du moins je n'en connais pas. La malade rendait de 3 à 4 litres d'urine par jour. Elle était arrivée graduellement à prendre 30 centigrammes de poudre de digitale par jour. L'épanchement et l'infiltration disparurent complétement ; mais, en ce moment, les battements tumultueux du cœur, qui étaient redevenus réguliers, reparaissent en même temps que l'infiltration des membres.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie tend toujours à disparaître de Paris. Les nouvelles des départements, et notamment celles des Bouches-du-Rhône et des localités environnantes, signalent la décroissance de la maladie. Le *Moniteur* annonce aussi que l'état sanitaire du Levant devient chaque jour meilleur. Il paraît n'y avoir eu, depuis plusieurs jours, aucun cas de choléra au Pirée ni à Gallipoli.

— La *Presse* publie l'extrait suivant d'une de ses correspondances d'Espagne :

« Ainsi que tout le monde le sait, il existe à Madrid un hôpital pour les Français ; le local est très-étroit ; néanmoins, durant les jours d'émeute, les portes se sont ouvertes pour recevoir non-seulement les Français blessés ou sur les barricades ou victimes d'une imprudente curiosité, mais encore évidemment en plus grand nombre les Espagnols. On ne peut trop louer le zèle de M. le directeur de l'hôpital, le dévouement des deux ecclésiastiques chargés du soin spirituel des malades ; mais les paroles d'éloge que je pourrais employer ne pourraient donner qu'une idée incomplète de l'abnégation et du dévouement admirables qu'a montrés, dans cette circonstance, M. le docteur Martra. »

— *Nouvel aliment.* — Nous avons déjà parlé du *dioscorea japonica,* importé en France par M. de Montigny, et qui, du jardin des Plantes où il avait été mis en expérience, a passé chez plusieurs horticulteurs, qui l'ont fait figurer avec avantage dans nos expositions d'agriculture. M. Decaisne, professeur de culture au Muséum d'histoire naturelle, a étudié avec soin ce tubercule ; il le considère comme nouveau pour les botanistes, et il le qualifie du nom d'igname-patate, qu'il croit mieux approprié à ses caractères. De l'avis de M. Decaisne, dont nous résumons les observations sur ce sujet, aucune des plantes préconisées depuis quelques années comme devant remplacer la pomme de terre, ne saurait entrer en comparaison avec l'igname-patate. Pour qu'une plante nouvelle ait chance d'entrer dans le domaine agricole, elle doit remplir certaines conditions sans lesquelles la culture n'en serait pas profitable. Il faut d'abord qu'elle soit déjà domestiquée quelque part et qu'elle s'accommode du climat. Il faut ensuite qu'elle passe, en peu de mois, par toutes les phases de son développement, afin de ne pas entraver les assolements, dont la marche doit être régulière, et enfin, chose indispensable, que ses produits aient une valeur vénale, soit sous une forme, soit sous une autre.

Si cette plante est destinée à l'alimentation de l'homme, il faut encore que son produit ne heurte pas les goûts et les habitudes culinaires du pays où on essaie de l'introduire. L'igname de la Chine satisfait à toutes ces conditions : elle est domestiquée depuis un temps immémorial ; elle est parfaitement rustique sous notre climat ; sa racine est volumineuse, riche en matière nutritive, déjà mangeable crue, d'une cuisson facile, soit dans l'eau, soit sous la cendre, et sans autre saveur que celle de la fécule. C'est un pain tout fait, au même titre que la pomme de terre, et mieux que la patate. *(L'Agriculture.)*

— Une Société protectrice des animaux vient de se former à Lyon, à l'instar de celle de Paris, et les journaux de la localité, en nous annonçant que cette Société vient de tenir sa première séance, nous apprennent en même temps qu'elle compte dans son sein plusieurs médecins, et que c'est le docteur Lortet qui a l'honneur de la présider. Voici les détails que nous trouvons dans les journaux :

« La Société protectrice des animaux de Lyon vient de tenir sa séance sous la présidence du docteur Lortet. A cette réunion assistaient des dames déjà membres titulaires, des conseillers à la Cour, des médecins, des avocats.

« La correspondance dont il a été donné lecture, à l'ouverture de la séance, comprenait :

« 1° La lettre de M. le Ministre de l'intérieur autorisant la Société ;

« 2° Une lettre de la Société de Paris accompagnant l'envoi des médailles ;

« 3° Une lettre de M. Massol-Dandré, membre du conseil municipal de Marseille, pour laquelle il demande des informations sur la Société créée à Lyon, et annonce l'intention de provoquer l'établissement d'une Société analogue à Marseille.

« Le prince Adalbert de Bavière, président de celle existant à Munich, a fait frapper une médaille qu'il destine aux personnes qui font preuve de zèle pour la propagation de la Société. Il en a adressé un certain nombre aux membres du bureau de l'Association lyonnaise. A l'ouverture de la séance, M. Lortet remet ces médailles à MM. de Polinière, Bouchar, présidents ; Chabrière et Dareste, secrétaires ; et Grand, archiviste-trésorier.

« Cette médaille présente deux inscriptions en allemand, dont voici la traduction. L'une est ainsi conçue : « En récompense de preuves d'humanité, de la part de la Société de Munich pour la protection des animaux. » L'autre : « La cruauté envers les animaux endurcit le cœur à l'égard des hommes. »

« Chaque médaille est accompagnée d'une lettre signée de S. A. R. »

— Nos lecteurs se seront facilement aperçus que la plupart des passages de la lettre de notre ami, M. Deville, n'étaient point destinés à la publicité, et qu'ils n'ont été imprimés que par suite d'une erreur. Quelle que soit la vivacité de style de notre ami, il ne se serait pas servi, à l'égard des institutions scientifiques anglaises, d'expressions qu'expliquent l'intimité des relations privées et la rapidité de la rédaction, mais qui ne sauraient se justifier lorsqu'on parle au public.

— *On demande des lauréats de bonne volonté!* — Malgré les célèbres largesses du mystérieux bienfaiteur que vous savez, le *journal des culottières* tient à faire des économies et à reprendre des habitudes dont il semblait que nous l'avions corrigé. Il annonce, dans son dernier numéro, qu'il ne paraîtra pas le mardi 15 août, *à cause de la solennité* de ce jour ; mais il n'ajoute pas qu'un journal qui paraît le mardi se compose et s'imprime le lundi, et que les économies ainsi réalisées se font aux dépens des lecteurs, ce qui est peu édifiant pour un journal comblé de bien par un donataire généreux. — A propos d'économies et de donataire, est-ce que la race des lauréats de bonne volonté serait déjà éteinte, ou bien le susdit donataire aurait-il déjà supprimé ses ténébreuses allocations ? Voici pas mal de semaines que l'époque de la seconde distribution des couronnes est passée (on sait qu'il devait y en avoir quatre par an, une par chaque saison), et la plus petite proclamation n'est pas encore apparue à l'horizon. Quel est donc ce nouveau mystère ? La culottière en chef sera-t-elle obligée de faire afficher au coin des carrefours, comme les Sociétés de remplacement : ON DEMANDE DES LAURÉATS DE BONNE VOLONTÉ ! H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 98. 2e année. Jeudi 17 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Redacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — M. RICORD.

De la blennorrhagie chez l'homme.

Rédigé par MM. A. LECADRE, *externe du service, et* D. CALVO (*de Marseille*), *élève particulier de* M. RICORD.

(Suite. Voir les nos 36, 37, 43 et 76 du tome 2.)

PARAPHIMOSIS.

Le paraphimosis complique quelquefois la balano-posthite. Il se produit chez les individus affectés d'un phimosis, après la rétraction forcée du prépuce en arrière du gland. Cette rétraction est due au progrès de l'inflammation ou aux manœuvres du malade. Le prépuce, repoussé en arrière, ne pouvant plus être ramené, exerce une violente constriction, qui augmente graduellement et entrave la circulation.

Le gland se tuméfie, le tissu cellulaire de la muqueuse glando-préputiale se remplit de sérosité et prend un grand développement. Si l'étranglement dure plusieurs jours, les parties enflammées se gangrènent, mais le gland est presque toujours respecté.

Traitement. — Quand le paraphimosis est récent, s'il est peu intense, on opère la réduction.

Pour cela, on entoure la verge d'une compresse imbibée d'eau froide et l'on comprime graduellement, jusqu'à ce qu'elle ait diminué de volume; alors le chirurgien saisit la verge à pleine main, et pousse le prépuce en avant, pendant que de l'autre main, il repousse le gland en arrière.

Quand le paraphimosis est ancien, dur, quand le gonflement est considérable, les manœuvres de réduction échouent et il faut alors avoir recours au débridement. M. Ricord, repoussant les débridements multiples, emploie le procédé suivant, qui équivaut à l'opération du phimosis en sens inverse.

Ce chirurgien incise, sur la ligne médiane, le bourrelet muqueux qui borde la couronne du gland; il introduit ensuite sous le limbe du prépuce, un bistouri étroit dont il porte la pointe à une distance du limbe égale à la longueur du gland, et il achève en incisant jusqu'au limbe; il termine en enlevant quelques brides celluleuses qui auraient pu échapper au bistouri. Il reste quelquefois deux bourrelets saillants que l'on enlève si la difformité est trop prononcée.

Le repos au lit, la diète, quelques applications froides et un léger purgatif viennent compléter le traitement de cette maladie.

Blennorrhagie urétrale. — Cette maladie, aussi nommée *pisse-chaude, chaude-pisse, mucite urétrale, urétrite*, a pour siége, dans la première période, la région balanique; puis, l'inflammation faisant des progrès, arrive à la région spongieuse, bulbeuse, et gagne bientôt la région membraneuse, d'où elle s'étend à la région prostatique et même au col de la vessie.

Hunter admettait à tort une zone de virulence qu'il plaçait à la fosse naviculaire; mais cette opinion peut cependant trouver une explication. Nous savons qu'il n'y a de blennorrhagie virulente qu'avec un chancre urétral; or, le chancre urétral siégeant toujours à la région balanique, il n'est pas étonnant que Hunter, qui ne le connaissait pas, ait cru à la zone de virulence dans la région balanique, et à un écoulement non spécifique dans les parties plus éloignées.

Causes. — Les causes de cette affection sont nombreuses. Nous croyons inutile de répéter ici en détail ce que nous avons exposé dans les généralités; et nous nous contenterons de mentionner les suivantes : coït prolongé, largeur du méat urinaire, grosseur de la verge, hypospadias.

Quant à son mode de production, quelques auteurs ont prétendu que la contagion se faisait par absorption du muco-pus, par la muqueuse du gland; cette opinion tombe naturellement devant les faits, et tout le monde sait que c'est par le canal que la contagion s'effectue. Il n'est pas nécessaire que l'érection et que l'intromission soient complètes, pour que l'infection s'opère; il suffit du rapport de la plus courte durée pour devenir possesseur d'une chaude-pisse.

Quelques personnes croient éviter la contagion, en s'abstenant d'éjaculer; mais il est au contraire prouvé que l'éjaculation étant un moyen de nettoyage d'arrière en avant, un coït inachevé expose plus que des rapports complets.

Symptômes. — La blennorrhagie débute ordinairement, sans prodromes, quatre à huit jours après le coït. Le malade ressent un léger prurit, une sorte de chatouillement voluptueux et une excitation anormale des organes génitaux. Bientôt, ces symptômes délicieux prennent un caractère moins agréable : les deux lèvres du méat deviennent rouges, se boursouflent, se renversent, s'écartent et s'agglutinent; le gland rougit et s'enflamme; les malades ne peuvent uriner sans éprouver un sentiment de brûlure dans la fosse naviculaire.

La douleur, qui jusque-là avait été intermittente, devient continue, et elle est d'autant plus aiguë que la maladie tend à gagner en profondeur. La sécrétion, claire d'abord, devient plus épaisse et prend des teintes d'un coloris varié; alors, quelquefois on voit les aines se tuméfier et un bubon inflammatoire se développer. A cette période, le gland est dur, rouge; sa partie inférieure est engorgée, et des cordons lymphatiques partent de là pour se rendre dans les ganglions enflammés. Bientôt l'urètre devient très-douloureux, car l'inflammation marche et l'incendie gagne de proche en proche. Le malade se plaint d'un sentiment de gêne et d'angoisse à la région spongieuse, et la *cordée*, comme dit Hunter, arrive à la suite de cet engorgement inflammatoire. En effet, à cette époque, les parois du canal ayant perdu leur élasticité, ne peuvent plus suivre les corps caverneux dans l'érection; la verge se recourbe alors, et représente un arc dont la corde serait le canal. Pendant l'érection cordée, les douleurs sont tellement vives, que, pour se débarrasser promptement, le vulgaire, par des manœuvres dangereuses, *rompt la corde,* et se procure ainsi un soulagement qu'il pourra regretter plus tard.

Il est rare que la blennorrhagie s'arrête au bulbe ; elle le franchit le plus souvent, pour s'établir à la région membraneuse.

La région périnéale éprouve alors une gêne et une douleur quelquefois très-intenses ; les érections donnent des tiraillements très-pénibles dans les testicules, et la pression sur le périnée devient insupportable. Lorsque le mal a gagné la région prostatique, les douleurs périnéales augmentent d'intensité ; l'émission de l'urine produit une *sensation de fer rouge* tout le long du canal ; le jet d'urine devient très-faible, par suite de l'inflammation générale du canal A cette période, le malade est atteint de constipation et le col de la vessie se prend.

Les besoins d'uriner deviennent plus fréquents; les douleurs causées par la miction sont vives, et, après elle, le besoin d'uriner continue : il y a alors ténesme vésical. Les dernières gouttes d'urine sont sanieuses, sanguinolentes, et quelquefois même elles sont remplacées par un suintement de sang ou de pus qui proviennent des follicules de la prostate. Le plus souvent, la chaude-pisse s'arrête au col de la vessie; mais, quelquefois, elle produit une cystite blennorrhagique, gagne les uretères, et, dans des cas excessivement rares, se propage jusqu'aux reins.

La lymphite, le pénitis, l'adénite, l'induration des corps caverneux, les abcès péri-urétraux, l'inflammation des glandes de Cooper, la prostatite et l'épididymite sont des complications fréquentes de cette maladie.

Marche. — La blennorrhagie débute ordinairement par l'état aigu, et se divise en trois périodes : pendant la première, qui dure cinq à huit jours, l'inflammation est modérée et l'écoulement muqueux est peu abondant.

Vers le sixième ou huitième jour, le mal commence à se dessiner, les douleurs deviennent aiguës, et l'écoulement prend un aspect jaune verdâtre. Cette période dure quinze à vingt jours.

Puis arrive la troisième période, ou période de déclin, qui voit s'éteindre les symptômes aigus, et qui n'est plus caractérisée que par l'abondance plus ou moins grande de l'écoulement qui tend chaque jour à diminuer. On sait quand cette dernière période commence, mais on ne sait jamais quand elle doit finir.

Terminaison. — L'urétrite se termine ordinairement du trentième au cinquantième jour, lorsque l'on suit un traitement régulier.

Quelquefois, la méthode abortive en fait justice en sept à huit jours ; mais, très-souvent, après la disparition des phénomènes inflammatoires et de la douleur, il reste encore un suintement opiniâtre qui ne disparaît que très-difficilement.

Ce léger suintement, cette blennorrhée, cette *goutte militaire,* cause de tristesse et de nosomanie pour les malades, résiste souvent plusieurs années aux ressources de la thérapeutique ; mais elle n'est pas contagieuse et constitue plutôt un ennui pour le malade qu'une véritable maladie.

La blennorrhagie est sujette à de nombreuses récidives.

Diagnostic. — Le but le plus important du diagnostic de l'urétrite, c'est de connaître si l'on a affaire à un écoulement simple ou à un écoulement symptomatique du chancre urétral.

Avec ce dernier, le pus est rouillé, sanguinolent ; la douleur a pour siége un point fixe de l'urètre, soit pendant le toucher, soit pendant la miction. En écartant les lèvres du méat, on aperçoit souvent le chancre ; s'il n'est pas induré, il s'accompagne d'adénite virulente ; s'il est induré, il y a l'adénite multiple, indolente, bi-inguinale. On constate, par le toucher, une induration située dans la région balanique, différant de la *corde balanique* en ce qu'elle est limitée à une moitié latérale du canal.

Les lèvres du méat sont boursouflées et dures ; la lèvre du côté malade est la plus saillante et déprime celle du côté opposé, qui présente une forme concave, en demi-lune.

Enfin, dans les cas douteux, il y a toujours un signe pathognomonique : c'est l'inoculation de la matière de l'écoulement.

Nous ne reviendrons pas ici sur le diagnostic différentiel de l'urétrite et de la balano-posthite, et nous renvoyons à la symptomatologie pour reconnaître les signes qui distinguent les trois périodes de la blennorrhagie les unes des autres.

Pronostic. — Le pronostic immédiat de la blennorrhagie simple n'a rien de grave, et ne le devient que lorsque l'inflammation, quittant la région balanique, se rapproche de la partie postérieure du canal.

L'urétrite ne doit inspirer ordinairement aucune crainte pour l'avenir; cependant, si on l'abandonne à elle-même, elle peut quelquefois être la cause de *rétrécissements*, d'engorgements de la prostate, des vésicules séminales, de l'épididyme, de pertes séminales, et de beaucoup d'autres troubles fonctionnels.

La blennorrhagie n'est *jamais suivie de vérole constitutionnelle ;* et lorsque des auteurs ont cité des cas d'urétrite accompagnés d'infection générale, c'est qu'ils n'ont pas connu ou n'ont pas voulu reconnaître le *chancre induré urétral,* qui, dans ces cas, existait avec la blennorrhagie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital Cochin. — M. Beau.

Dyspepsie. — Cause morale.

Au n° 15 de la salle Saint-Philippe, est une malade que M. Beau nous signale comme un type de dyspepsie. C'est une jeune fille brune, offrant les apparences d'une constitution vigoureuse et un teint coloré. Elle se plaint de douleurs dans le ventre et au dos. On constate, en effet, les points iliaques et inguinaux d'une double névralgie lombo-abdominale ; la pression réveille aussi, dans les espaces intercostaux, une douleur qui va retentir entre les épaules. Mais ce ne sont là que les symptômes prédominants d'un état fort complexe. La malade nous apprend que, depuis un an qu'elle est à Paris, comme domestique, ses règles sont devenues irrégulières, parfois même elles ont fait complétement défaut. Lorsqu'elle marche un peu vite, elle a des palpitations, et elle sent dans la tête comme des coups de marteau. Sa vue s'est affaiblie et ne lui permet presque plus de coudre. Son appétit a toujours été en diminuant, et maintenant elle n'a plus assez de force pour suffire à son travail. Elle éprouve quelquefois la sensation d'un corps étranger, qui, montant de l'épigastre au cou, la suffoque. Le cœur présente du souffle au premier temps ; il y a dans les carotides un bruit continu si intense, qu'on sent frémir l'artère sous le doigt.

Certes, en voyant le teint de cette jeune fille, on ne serait pas porté, au premier abord, à soupçonner qu'elle est atteinte de chlorose, c'est-à-dire d'une maladie qui a reçu aussi le nom de *pâles couleurs.* Mais comparons ce qu'elle est aujourd'hui à ce qu'elle était il y a un an. A son arrivée à Paris, elle avait tant de *couleurs,* pour nous servir de ses expressions, qu'elle en était bleuâtre. Relativement à ce qu'elle était alors, elle est donc pâle aujourd'hui. Quoiqu'elle ait de l'embonpoint, elle a maigri de moitié, et l'on peut dire qu'elle est en voie de consomption. Mais quelle est la cause d'un si grand changement? L'étude de ses antécédents nous l'apprend. Peu de temps après son arrivée à Paris, le regret du pays s'empara d'elle. Qui ne sait que le premier effet des peines morales est de réagir sur les fonctions digestives ? Aussi commença-t-elle bientôt à dépérir, et tous les états organopathiques, que nous avons énumérés plus haut, se manifestèrent comme une efflorescence naturelle de la dyspepsie. Cette filiation des symptômes nous conduit à une médication précise ; car, comme dit Hippocrate, celui qui connaît bien la nature d'une maladie connaît aussi la méthode qu'il faut suivre pour la guérir. Rétablir les fonctions de l'estomac, voilà donc l'indication qui se présente d'elle-même. M. Beau ordonne des pilules de Vallet, ne comptant d'ailleurs sur leur efficacité qu'autant qu'elles ramèneront l'appétit.

Cullen est le premier qui, sous le titre de dyspepsie, ait rassemblé divers états pathologiques dont chacun constituait, avant lui, une entité vague et indéterminée. Déjà on en voit poindre l'idée dans Sydenham ; car il adopte la même thérapeutique pour l'hystérie, la colique hystérique, la colique hypochondriaque, l'aménorrhée, la leucorrhée et les pâles couleurs. En effet, il ordonne des vins d'Espagne, purger et des promenades à cheval. Or, à quoi tendent tous ces moyens, sinon à rétablir les fonctions digestives?

Au nombre des causes de la dyspepsie, Cullen n'a pas manqué de placer les affections morales. Stoll disait : *Le chagrin a une force étonnante pour troubler les fonctions de l'estomac, des intestins et du foie.* Il en avait fait l'observation non-seulement sur autrui, mais aussi sur lui-même. Dans la description de la maladie que fit ce grand praticien, vers la fin de 1776, après avoir quitté, *malgré lui,* un pays qu'il aimait, il nous dit avec une franchise admirable : *Me trouvant surchargé d'un travail considérable et ingrat, et en même temps accablé de chagrins domestiques profonds, et qui m'affectaient d'autant plus que je cherchais à les concentrer au dedans de moi, l'amertume de la bouche et la douleur à l'épigastre commencèrent à se faire sentir plus fortement, etc.*

M. Beau a agrandi le cadre de Cullen, en démontrant que d'autres organopathies, laissées en dehors par cet auteur, pouvaient et devaient y être renfermées comme symptômes d'une seule et même maladie primitive. Ainsi, dans l'observation qu'on vient de lire, on aurait vu autrefois sept maladies, à savoir : deux névralgies, une aménorrhée,

une chlorose, une gastralgie, une amaurose et une hystérie; tandis qu'il n'y en a qu'une, mère de toutes les autres, c'est-à-dire une dyspepsie. ALFRED MERCIER.

Traitement des fractures du col du fémur, à l'aide d'un nouvel appareil,

Analyse d'un Mémoire lu à l'Académie des sciences,

Par M. le Dr BAUDENS, *inspecteur membre du Conseil de santé des armées.*

Le 30 juillet 1831, dix mille soldats français, commandés par le général Berthezène, traversaient les défilés de l'Atlas, harcelés par les Kabyles; de nombreux blessés, dont plusieurs atteints de fracture des membres pelviens, encombraient l'ambulance, où il n'y avait plus un seul bandage à fracture.

La nécessité, surtout quand elle s'inspire de la noble exaltation et des misères d'un champ de bataille, rend ingénieux.

Faire arrêter quelques mulets porteurs de caisses à biscuits; en distribuer le contenu; du contenant faire des planchettes un peu plus longues que les membres auxquels elles étaient destinées; garnir ces planchettes de plantes herbacées, creusées en gouttières, et y déposer les membres brisés par le plomb; fixer à leurs extrémités articulaires des bouts de bande; réfléchir ceux-ci sur le rebord du plancher faisant poulie de renvoi, et les nouer solidement après s'être servi de ces sacs pour faire une extension et une contre-extension suffisantes; opérer la coaptation en embrassant les fragments à l'aide d'autres liens en forme d'anses opposées d'action, et fixer ces liens par un nœud au verso des planches après avoir été réfléchis sur ses bords latéraux : tout cela fut exécuté en moins de temps que je ne mets à l'écrire.

Ce bandage-expédient contient l'idée-mère de nos appareils à fracture; l'idée-mère, c'est l'extension, la contre-extension, la coaptation, d'une manière permanente.

Pour obtenir pleinement ce triple avantage, il fallait des perfectionnements que l'expérience n'a pas tardé à nous suggérer.

Ainsi, les liens de l'extension en tirant sur le pied, dirigeaient le talon en arrière, et déterminaient une douloureuse pression qui y aurait occasionné, comme avec la plupart des appareils, une escarre.

Pour y remédier, que fallait-il? Soulever le talon, rien n'était plus aisé. A l'extrémité digitale du plancher, a été fixée verticalement, en forme de chevalet, une petite planche, percée de plusieurs rangées de trous, les lacs extensants passant dans des trous plus élevés que le pied, se maintiennent soulevés sans beaucoup d'efforts.

Les mêmes reproches s'adressaient aux lacs de la coaptation, ils refoulaient la jambe et avec elle les fragments, contre le plancher. Il fallait soulever les fragments, avoir sur eux action dans tous les sens, aussi bien d'arrière en avant que d'avant en arrière et latéralement. Nous avons eu recours au même moyen que pour le pied.

Des planchettes articulées, en formes de murailles, ont été adaptées aux côtés du plancher; ces parois, également percées de plusieurs rangées de trous, comme autant de doigts d'attente réservés aux lacs de la coaptation, complètent l'espèce de boîte à ciel ouvert dont nous nous servons, avec tant de succès, depuis un grand nombre d'années, pour les fractures.

Cette boîte ou caisse est en chêne, formée par quatre parois, une inférieure, deux latérales, et une terminale ou digitale.

La paroi inférieure a 24 centimètres de largeur sur 1 mètre 25 centimètres de longueur, dans sa portion pelvienne elle est réduite à la largeur de la main, afin d'éviter le siége du malade; son rebord libre doit être échancré pour le passage des lacs de la contre-extension.

Des deux parois latérales, l'externe a la longueur du plancher et 26 centimètres de hauteur; l'interne a la même hauteur et 90 centimètres seulement de longueur, parce qu'elle s'arrête à deux travers de doigts du périnée; tandis que la paroi externe arrive à la hauteur de la crête iliaque.

La paroi digitale ferme la boîte en bas, représentée par une planchette verticale, haute de 26 centimètres, de la largeur du plancher, articulée avec celui-ci, et fixée, quand elle est élevée, par des crochets, aux parois latérales; ces diverses parois sont percées de trois rangées parallèles de trous pour donner passage aux liens de l'extension, de la contre-extension, de la coaptation. On garnit le plancher de cette boîte d'un matelas très-étroit, de crin très-souple, et assez épais pour que le membre puisse s'y creuser, par sa face postérieure, une gouttière; deux ou trois petits coussins, disposés en pyramide, sont disposés sous le jarret, afin de fléchir légèrement l'articulation tibio-fémorale, et d'avoir le bénéfice du double plan incliné et de l'extension. Le membre étant placé sur cet appareil, on s'occupe des moyens d'opérer l'extension, la contre-extension et la coaptation.

La *contre-extension* se fait à l'aide d'un anneau, soit de caoutchouc solide, soit de crin recouvert en peau de daim, engagé jusqu'à la racine du membre fracturé, et assez ouvert pour dégager complétement le grand trochanter. On a soin de le faire porter en plein sur le périnée, en le tirant en arrière et en haut par un point de sa circonférence; on remplace ensuite les doigts par une longue corde flexible, qu'on fait passer sur l'échancrure du plancher, et on la ramène au verso de celui-ci pour l'attacher à la paroi digitale de la boîte. On conçoit, que plus on tire sur cette corde, plus on donne de puissance à la contre-extension.

Les lacs de l'*extension* de tiges élastiques s'insèrent de chaque côté du genou et à la plante du pied; on a bien soin d'envelopper le genou et le coude-pied d'une épaisse couche protectrice de ouate, on applique ensuite, depuis les orteils jusqu'au-dessus de la rotule, un bandage inamovible, que durcit une épaisse solution de gomme; et sur cette cuirasse, on fixe par quelques tours de bande, également gommée, les lacs de l'extension. Ceux du genou, comme ceux du pied, sont solidement noués à la paroi digitale, après avoir demandé à l'extension une action suffisante.

Reste la *coaptation*. L'affrontement des fragments obtenus par le chirurgien cesserait bientôt, si les doigts n'étaient remplacés par une puissance équivalente. Cette puissance, ce sont de larges rubans élastiques, repliés en forme d'anses pour embrasser le membre à l'endroit de la fracture, dans toutes les directions voulues, d'arrière en avant, d'avant en arrière, à gauche ou à droite, et toujours opposés d'action afin de se faire équilibre; on les attache ensuite aux trous des parois de la boîte pour les faire fonctionner en permanence.

Ce n'est pas tout : il fallait immobiliser le bassin, l'empêcher de descendre, pour éviter le chevauchement du fragment supérieur avec l'inférieur.

Pour cela, il a suffi de passer autour des hanches une large serviette, pliée en cravate, et d'en fixer ses bouts dans un des trous de la paroi externe de notre boîte qui remonte, nous l'avons dit, jusqu'à la crête iliaque.

Tel est l'exposé succinct de notre appareil; pour en faire ressortir les avantages, il faudrait le comparer aux autres bandages, ce que ne permet pas une analyse rapide.

Que de fois, dans le moment où nos doigts, secondés des doigts de nos aides, maintenaient réduite une fracture dont les fragments réagissaient pour se désunir, n'avons-nous pas dit : Voilà le bandage perfection !

C'est ce bandage type qui nous a servi de modèle.

Pour réduire une fracture oblique du fémur à sa partie moyenne, des aides font la contre-extension sur le bassin, d'autres opèrent l'extension sur le genou et à la fois sur le pied, tandis que le chirurgien assure la coaptation en agissant sur le siége même de la fracture.

Ici, l'extension et la contre-extension, renforcées au besoin par des lacs, opèrent doucement, graduellement, sans interruption, dans l'axe des os brisés; toutes les forces mises en jeu, parfaitement harmonisées, ni trop fortes, ni trop faibles, agissent par le contact des doigts, dont la pulpe est un coussinet protecteur et la contractilité une puissance douée d'intelligence. Les

fragments, dont la position a été attentivement étudiée, sont remis et maintenus en place, souvent avec tant de précision, par le chirurgien chargé de la coaptation, qu'on ne trouve plus traces de la fracture. Ces doigts, nous les avons remplacés par la triple rangée de trous dont sont percées les parois de notre boîte. Les trous sont là comme autant de doigts pour saisir les lacs de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation. Les lacs élastiques empruntent au caoutchouc jusqu'à la pulpe et la contractilité digitale, s'il leur manque la vie, ils ont sur les doigts l'avantage de pouvoir être plus nombreux, et de fonctionner sans repos et sans fatigue.

Notre appareil a encore pour principaux avantages :

1° D'être applicable à toutes les fractures du corps et du col du fémur;

2° De permettre au chirurgien, pendant toute la durée du traitement, de se passer d'aides;

3° De laisser à la cuisse, presque complétement à découvert, la salutaire influence de l'air et de la lumière; on peut recourir aux topiques et panser les plaies aussi facilement qu'un simple vésicatoire;

4° De conserver au membre sa conformation normale, sans le déformer, sans l'atrophier ni retarder la consolidation comme avec les appareils à attelles;

5° De faciliter le transport des blessés, surtout aux armées;

6° D'étendre le cercle de la chirurgie conservatrice et de prévenir souvent aussi l'acuputation, surtout si on fait usage de la glace, que nous ne saurions trop préconiser;

7° De pouvoir guérir sans raccourcissement les fractures obliques.

On sait que l'absence de raccourcissement dans les fractures obliques du fémur est si rare, que la guérison avec raccourcissement est regardée par des chirurgiens éminents comme étant la règle.

Les faits assez nombreux de fractures obliques du fémur, consignés en partie dans le Mémoire dont nous faisons l'analyse, nous autorisent à penser qu'à l'aide de notre appareil on pourra dire : le raccourcissement est l'exception.

Compte rendu du Mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitale et la digitaline,

Fait à la Société des sciences médicales de Paris,

Par le Dr J. Lemaire.

(*Suite. Voir le n° 97.*)

A la suite de leurs expériences, MM. Homolle et Quevenne donnent l'analyse d'un assez grand nombre d'autres expériences qui ont été faites par MM. Bouley et Reynal avec la digitale sur les chevaux; par MM. Bouchardat et Sandras avec la digitaline sur l'homme et sur les chiens; par M. Hamius sur des chats; par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe sur l'influence de la digitale et de la digitaline sur la température animale; enfin ils citent d'autres expériences faites par divers auteurs sur les oiseaux et les grenouilles. Je me contente de vous signaler tous ces travaux, qui étaient publiés avant le livre que je vous analyse. J'en ferai autant pour les diverses théories qui y sont décrites.

Si je n'avais pas été entraîné un peu loin à la fin de ce compte rendu sur la question la plus importante, selon moi, qui domine ce livre, j'aurais examiné le degré d'utilité de ces expériences physiologiques au point de vue de la thérapeutique. Je me contenterai de vous dire que, selon moi, elles sont d'une importance moindre, pour la thérapeutique, qu'on ne le pense généralement. En effet, la maladie contre laquelle nous administrons un médicament, place l'organisme dans des conditions particulières. C'est contre cet état particulier que ce médicament est administré. Un exemple peindra mieux ma pensée : Que nous apprendrait, au point de vue de la curation de la syphilis ou du rhumatisme, l'expérimentation physiologique des préparations mercurielles ou de la vératrine? Évidemment rien. J'accepte les expériences physiologiques pour servir de guide pour les doses auxquelles on peut employer un médicament nouveau; je les comprends aussi pour nous apprendre certains modes d'action sur les organes. Mais lorsqu'il s'agit de la thérapeutique proprement dite, c'est-à-dire de la curation d'une maladie, ces expériences ne peuvent rien nous apprendre. Cela se conçoit, puisque la cause morbide contre laquelle nous employons les médicaments dans les maladies, n'existe pas dans l'état physiologique. La première condition à remplir, lorsqu'on fait des expériences comparatives, c'est que les sujets d'expériences soient comparables. Or l'état physiologique et l'état pathologique sont deux états opposés; ce que l'on observe dans l'un ne peut donc pas être appliqué à l'autre.

J'arrive maintenant aux expériences cliniques. MM. Homolle et Quevenne rapportent 9 observations qui ont été prises sur des sujets atteints, soit de maladies du cœur et des organes respiratoires et d'infiltration des membres, soit d'anasarque avec albuminurie, soit de troubles profonds de la circulation dus à la persistance du trou de Botal. Pour ce dernier état et sur un autre malade atteint d'hypertrophie excentrique, les accidents se sont aggravés par l'emploi de la digitaline : un de ces derniers a succombé. Une autre malade, atteinte d'anasarque avec albuminurie, a éprouvé une amélioration notable de son état, avec disparition de l'albumine de l'urine, sous l'influence d'un traitement complexe, mais dans lequel la digitaline, associée au sulfate de quinine, a joué un grand rôle (12 milligrammes de digitaline et 60 centigrammes de sulfate de quinine); mais malgré cette amélioration, la malade a succombé.

Il ne reste donc plus que six observations dans lesquelles ou la guérison ou une amélioration très-grande ont été obtenues. Ils ont constaté sur ces malades la diminution de la fréquence du pouls, la régularisation de ses battements, et l'action diurétique. A la suite de leurs observations, ces messieurs donnent un résumé des travaux qui ont été publiés sur la digitaline comme agent thérapeutique. Je vous parlerai un peu plus loin de ces travaux, dans la discussion que je me propose d'établir.

Dans un dernier chapitre, ils traitent de l'intolérance, de l'intoxication, produites par la digitaline, et de leur traitement.

Intolérance. — Ses symptômes principaux sont un sentiment de défaillance, nausées, prostration, obscurcissement de la vue, tension au-dessus des orbites, répugnance extrême à prendre le médicament.

Traitement. — Diminuer les doses du médicament, et même le suspendre si les accidents sont prononcés. Une gorgée d'un liquide alcoolique (eau-de-vie, rhum, kirsch, anisette, etc) pur ou étendu d'eau, peut faire cesser rapidement les nausées. La distraction et l'exercice peuvent aussi être employés avec avantage.

Intoxication. — Symptômes principaux : vomissements, céphalalgie, vertiges, délire, prostration extrême, anxiété précordiale, perturbation profonde de la circulation, refroidissement des extrémités; tels sont les symptômes les plus fréquents. On observe aussi quelquefois de la diarrhée, l'augmentation de la quantité d'urine, et la dilatation des pupilles (quelquefois elle est dilatée).

Traitement. — L'effet émétique de la digitaline suffit ordinairement pour débarrasser l'estomac de l'excès du médicament. Si le vomissement n'avait pas eu lieu, il faudrait le provoquer. Les boissons acidules gazeuses et la glace sont très-utiles. Les autres moyens qu'ils conseillent ne diffèrent en rien de ceux que tous les médecins opposent aux vomissements résultant d'une irritation de l'estomac.

Ils n'ont pas cherché un antidote. Ils n'ont pas non plus essayé l'infusion de thé, ni celle de café, qui ont été conseillées pour combattre l'empoisonnement par la digitale. Cette recherche a cependant son importance.

Pour obtenir la modification de la circulation et de la sécrétion urinaire, 1 à 4 milligrammes de digitaline suffisent par vingt-quatre heures chez l'homme. Les symptômes d'intolérance se manifestent lorsqu'on dépasse 4 à 5 milligrammes par jour. Quelques individus ne peuvent pas supporter 1 milligramme sans présenter des symptômes d'intolérance. Les auteurs ne disent pas à quelle dose la digitaline est toxique. Ils disent seulement que l'énergie de ce médicament indique qu'il doit être dosé avec précision, et son emploi surveillé avec soin.

La conclusion principale de cet ouvrage est la suivante : « La digitaline représente toutes les propriétés thérapeutiques de la digitale. » Puis à la fin du volume, ils disent : « Nous pensons que la digitaline est destinée à remplacer, dans la pratique, la poudre de digitale et les diverses préparations qui en découlent. »

Telle est, messieurs, la substance de ce travail, qui a coûté de laborieuses recherches à ses auteurs. Vous avez pu remarquer, dans la partie chimique et pharmaceutique, combien de faits nouveaux viennent enrichir la science et répandre la lumière sur les diverses préparations de digitale. A l'avenir, les médecins devront bien connaître tous ces faits s'ils veulent avoir un guide sûr pour le choix à faire dans les préparations de digitale qu'ils voudront employer. Vous avez vu, en effet, que la composition de chaque préparation varie non-seulement suivant la nature du véhicule employé, mais encore selon le mode opératoire mis en usage. Il en résulte que chaque préparation de digitale, excepté la poudre, doit avoir une action particulière qui tient de cette dernière, mais qui ne doit pas être en tout point la sienne. Je reviendrai bientôt sur cet important sujet.

Les réflexions que je vais faire sur le point le plus important de ce livre, celui de la substitution de la digitaline à la digitale, me ramèneront à cette question. Vous vous rappelez les différentes objections qu'ont faites

les auteurs pour démontrer la supériorité de la digitaline sur la digitale. Ils ont signalé les influences qui peuvent faire varier la composition de cette dernière : par exemple, le climat, le sol, la saison, l'âge, le mode de dessiccation, de conservation, etc.; puis ils nous ont cité les opinions de quelques auteurs qui sont en désaccord lorsqu'il s'agit de choisir ou de récolter la plante.

Examinons d'abord toutes ces objections. Ce que je vais dire n'est applicable qu'à la poudre de digitale.

Toutes ces causes diverses, qui peuvent faire varier la composition de la digitale, sont communes à toutes les plantes. Mais quant à l'opinion particulière de quelques auteurs sur le choix à faire de la plante, ce ne sont, le plus souvent, que des idée théoriques qui leur ont fait émettre une opinion sur ce sujet. Il faut croire que ces influences n'ont pas une grande importance, puisque c'est malgré elles que, depuis près d'un siècle, les médecins de tous les pays ont reconnu que la digitale produisait d'excellents effets Oui, malgré toutes ces causes accusatrices, la digitale a été placée au premier rang dans la matière médicale et s'y est maintenue. Les médecins ont pu varier sur l'interprétation de ses effets, mais ils ont été presque tous d'accord sur les résultats thérapeutiques, c'est donc une réputation bien établie.

D'après les expériences mêmes de MM. Homolle et Quevenne, qui ont administré la poudre de digitale de diverse qualité, vous avez vu que la plus vilaine (celle que les pharmaciens rejettent ordinairement comme résidu de la pulvérisation) comme la plus belle ont produit les mêmes effets physiologiques; il n'y a eu de différence que dans la dose. Il a fallu le double de la plus vilaine pour obtenir le vomissement. Il suffirait donc d'augmenter la quantité, si les effets désirés n'étaient pas obtenus. C'est, en généra , ce que font tous les praticiens, lorsqu'ils emploient un médicament dont la réputation, comme celle de la digitale, est bien établie. Mais, la digitaline, au point de vue seulement de l'identité de composition, offre-t-elle plus de garantie que la digitale? C'est ce que je vais examiner.

Je vous ai dit, en commençant, que la digitaline, pour laquelle les auteurs ont reçu le prix fondé par la Société de pharmacie, n'était pas semblable à celle qu'ils livrent aujourd'hui à la consommation, leurs caractères physiques sont entièrement différents. Ils reconnaissent que cette différence tient à ce que la première obtenue contenait une assez grande quantité de digitalin et de digitalose. Celle qu'ils ont préparée depuis, bien que plus pure, n'est pas exempte de digitalin ni de digitalose. Vous vous rappelez qu'ils n'ont d'autre moyen d'assurer son identité que la grande quantité qu'ils en ont préparée ; mais, lorsque cette provision sera épuisée, il est plus que probable que celle qu'ils obtiendront ne sera pas en tout point semblable à celle qu'ils livrent aujourd'hui aux pharmaciens. Mais ces objections, qui ont bien leur valeur, ne sont pas les seules que l'on peut faire. Tous les pharmaciens peuvent préparer et vendre de la digitaline, puisque MM. Homolle et Quevenne n'ont pas pris de brevet; aussi trouve-t-on aujourd'hui, dans le commerce de la droguerie, de la digitaline provenant de plusieurs sources. Les prix différents de ces produits (prix établis par la concurrence), sont un indice pour se mettre en garde contre leur pureté.

Puisqu'on délivre d'autre digitaline que celle de MM. Homolle et Quevenne, les différences de qualité pourront être bien autrement grandes. En effet, si les auteurs de la découverte n'obtiennent pas toujours le même produit, quelles garanties le médecin aura-t-il, lorsque la digitaline sera préparée par d'autres mains? Puisque nous n'avons pas de moyen certain de reconnaître la pureté de ce médicament, on peut être assuré que la fraude commerciale viendra, avec sa main criminelle, encore ajouter à toutes ces incertitudes.

De plus, si on réfléchit que la digitaline est un médicament très-énergique, qu'on emploie par milligramme, on arrivera rapidement à cette conclusion : que la variation de sa composition peut avoir pour le malade des conséquences très-graves.

Ainsi donc, au point de vue de l'identité de composition, l'avantage me paraît devoir être accordé à la digitale.

Examinons maintenant la valeur thérapeutique. — MM. Homolle et Quevenne établissent que la digitaline représente toutes les propriétés thérapeutiques de la digitale.

Ce n'est pas chose facile de juger le mode d'action d'un médicament, dans ce qu'il a de spécial dans la curation d'une maladie. Aussi, lorsqu'il s'agit d'en remplacer un que les médecins du monde entier considèrent comme un des plus importants de la matière médicale, cela mérite, selon moi, beaucoup de réflexion et surtout beaucoup d'observations cliniques. Mais, pour circonscrire cette question, j'accepterai, comme mesure comparative, les effets que produit la digitale sur le cœur et sur la sécrétion urinaire, action que tous les médecins ont observée; et j'examinerai si la digitaline les produit avec la même régularité.

J'emprunterai au livre de MM. Homolle et Quevenne les faits que je vais discuter :

Ces messieurs ont constaté, dans les observations dont je vous ai parlé (p. 6), l'action sur le cœur et sur la sécrétion urinaire.

M. Hervieux a observé l'action sédative de la digitaline sur le cœur, et une augmentation de la sécrétion urinaire.

M. Strohl a constaté 1 fois l'action diurétique sur 18 observations fournies par 9 sujets. Dans 3 de ces observations, l'action sur le cœur a été nulle; 1 fois il y a eu action persistante du pouls, et 14 fois un ralentissement variable pour le degré, le moment de l'apparition, de sa durée, etc.

M. Sandras a toujours vu la digitaline produire le ralentissement du pouls, mais, quant à l'effet diurétique, il est loin d'être affirmatif. Il se demande, lorsque ce dernier effet est produit, s'il ne tient pas au rétablissement de l'équilibre des fonctions.

M. Bouillaud, qui a donné la digitaline à près de 200 malades (Rapport à l'Académie de médecine), a constaté, à l'exception de trois, le ralentissement du pouls chez tous. Quant à l'action diurétique, il ne l'a observée qu'une fois, et encore est-il douteux que cet effet dût être attribué à la digitaline.

MM. Andral et Lemaistre ont observé son influence sur le ralentissement du pouls, et quatorze fois sur dix-neuf l'action diurétique.

M. Durozier, qui a fait des expériences sur 33 malades, atteints pour la plupart de maladies du cœur, a reconnu que la digitaline ralentit et régularise les battements du cœur. Il ne nie pas l'action diurétique, mais il déclare qu'il n'en a pas rencontré d'exemple nettement probant.

Ainsi, messieurs, ce court résumé démontre que tous les auteurs qui ont expérimenté la digitaline ont reconnu qu'elle ralentit et régularise les battements du cœur, mais que son action diurétique a rarement été observée.

En sorte que, en acceptant pour mesure d'action les effets sur le cœur et sur la sécrétion urinaire, vous voyez que nous constatons encore une notable différence, car vous savez que la digitale est placée à la tête des diurétiques.

L'effet que produit la digitaline sur le cœur et son degré rapproché de parenté avec la digitaline, fait que, tout naturellement, on attribue à ce produit les mêmes propriétés qu'à la plante qui lui a donné naissance. Mais en thérapeutique, il faut se rappeler que nous ne voyons qu'une petite partie de l'action des médicaments. Par exemple, les effets produits par la digitaline et par la digitale sur le cœur ne sont que les résultats d'une action générale complexe de ces médicaments sur l'organisme, action que nous ne pouvons pas suivre, et, par conséquent, pas analyser. Si pour juger la valeur thérapeutique de ces deux médicaments, on se contente de la production de ces effets, on n'est pas, selon moi, dans le vrai. Par exemple, beaucoup d'autres médicaments produisent rapidement la diminution des battements du pouls. La vératrine, l'émétique, l'ipécacuanha, le sulfate de zinc et d'autres sont dans ce cas. En raison de cette propriété, si on la prenait pour mesure d'action, il serait aussi rationnel de les proposer pour remplacer la digitale. Cependant, je ne sache pas que personne l'ait fait.

L'action d'un médicament pour le praticien consiste dans la guérison ou dans l'amélioration de la maladie contre laquelle on l'administre. S'il veut expliquer le mode d'action, il est arrêté à chaque pas. Nous pouvons constater certains effets, mais l'action intime nous échappe. Par exemple, que sait-on du mode d'action du sulfate de quinine, sur la cause qui entretient la fièvre paludéenne? Que nous ont appris les théories sur le mode d'action du mercure dans la syphilis? Rien. Comment répondrait-on aujourd'hui à notre immortel comique, *quare opium facit dormire?* Ce qu'il a répondu! parce qu'en effet nous ne constatons et ne pouvons constater que les résultats. Aussi ce n'est qu'une longue expérience clinique qui peut résoudre une question de l'importance de celle de la substitution de la digitaline à la digitale. En nous renfermant pour le moment dans les faits connus jusqu'à ce jour, il est évident qu'il y a une différence dans les effets produits, en sorte que, quant à présent, il est, selon moi, raisonnable de conserver à la digitale la place que près d'un siècle d'expérience lui a donnée. La digitaline prendra celle que l'expérience future lui assignera.

La digitaline n'est pas le seul principe actif extrait des plantes, que l'on a proposé pour remplacer la substance d'où on les a séparées. Vous savez tous qu'après la découverte de la quinine on n'employait plus le quinquina; après celle de l'émétine, on avait abandonné l'ipécacuanha, et pour beaucoup d'autres plantes, dont on a séparé des principes actifs, on avait fait la même chose. Mais l'enthousiasme passe, et l'expérience calme vient un jour rétablir les faits, et l'histoire s'en empare. Aujourd'hui, l'histoire de la thérapeutique nous apprend que la quinine ne peut pas remplacer le quinquina pour certaines médications; que l'émétine ne produit pas les mêmes effets que l'ipécacuanha dans certaines affections, et que, pour beaucoup d'autres médicaments, l'expérience a démontré la même chose. J'ai la conviction que la digitaline, qui n'a pas l'avantage de pouvoir toujours être obtenue pure, comme la quinine et comme l'émétine, sera dans le même cas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 Août 1854. — Présidence de M. Régnault.

Fractures.

M. Baudens lit un Mémoire sur le traitement des fractures (*voir* ci-dessus).

Extirpation des tumeurs.

M. Maisonneuve lit un Mémoire sur ce sujet (*voir* le dernier numéro du *Moniteur des Hôpitaux*).

Origine du nerf optique.

M. Pierre Gratiolet lit la Note suivante : *Sur les expansions des racines cérébrales du nerf optique et sur leur terminaison dans une région déterminée de l'écorce des hémisphères.*

Les anciens anatomistes considéraient le cerveau comme le principe de la moelle épinière et de tous les nerfs. Cette manière de voir n'a point été celle des meilleurs auteurs de notre époque, et, dès le XVIIe siècle, Th. Bartholin tendait évidemment vers une autre opinion ; mais c'est surtout des travaux de Gall que date le succès des idées nouvelles qui ont prédominé depuis dans la science.

Or, comme il arrive presque toujours, en poursuivant une erreur, on a dépassé le but, et l'on est tombé dans l'extrémité opposée. Dans la première hypothèse, le cerveau était l'origine de la moelle épinière ; dans la seconde, la moelle produisit le cerveau comme une sorte d'effervescence et d'épanouissement, et cette moelle devint à son tour le rendez-vous central, ou le point de départ de la plupart des nerfs. De là cette proposition générale, que tous les nerfs viennent de la moelle allongée ou épinière, et non du cerveau ; proposition spécieuse, très-favorable au premier abord à certaines hypothèses psychologiques, et que M. de Blainville acceptait au point de désigner, dans son système, le cerveau et le cervelet sous le nom de ganglions sans appareil extérieur.

Plus récemment, M. le docteur Foville, qui a fait faire un si grand pas à l'étude anatomique du cerveau, s'est en quelques points éloigné de cette manière de voir, pour se rapprocher de celle d'Ackermann. Ackermann affirmait que les nerfs crâniens ont une double racine : par l'une de ces racines, ils se rattachent au cerveau ; par l'autre, à la moelle épinière. La doctrine de M. Foville ne paraît point s'éloigner de celle-ci. Inspiré par les idées nouvelles de Walker et de Charles Bell, il poursuivit au loin dans l'encéphale les prolongements des faisceaux moteurs ou sensitifs de la moelle épinière, et c'est au système de ces derniers faisceaux qu'il rattache les origines de tous les nerfs qui passent par les trous de conjugaison du crâne. Mais il admet en outre une racine cérébelleuse pour le nerf de l'audition, et certaines racines cérébrales, tant pour le nerf optique que pour le lobe olfactif qu'il considère, à tort selon nous, comme un véritable nerf.

Cette nouvelle manière de voir, plus rapprochée de celle des anciens, et, par conséquent, moins exclusive, nous paraît dans le sens d'un véritable progrès. Remarquons, toutefois, que l'existence des racines cérébelleuses que M. Foville attribue au nerf auditif, est loin d'être un fait démontré. Les racines cérébrales qu'il assigne au nerf optique sont bien réduites et douteuses. Il parle, en effet, d'une petite membrane nerveuse émanée du tractus optique, au niveau du crochet de la tubérosité temporale de la circonvolution de l'ourlet. Mais la relation de cette membrane avec les bandelettes optiques n'est point certaine, en sorte que, en laissant de côté les prétendus nerfs olfactifs, les faits connus ne détruisent pas victorieusement l'opinion de ceux qui soutiennent qu'aucun nerf n'a de relations immédiates avec les hémisphères cérébraux.

Aussi cette opinion est-elle encore celle de quelques bons esprits. Cependant elle ne serait pas, *a priori* du moins, à l'abri de toute objection. Il y a, en effet, entre la sensation et l'intelligence, un rapport nécessaire, et comme toutes nos idées, celles surtout qui ont été désignées par Wolff sous le nom d'*ideæ materiales,* supposent, en un certain degré, la faculté de sentir, il est assez difficile de concevoir comment il pourrait y avoir entre l'organe matériel de la pensée et les appareils extérieurs de la sensation une séparation tranchée. Loin de là, il semble qu'il y ait entre ces choses une liaison intime, et les expériences de M. Flourens ont si rigoureusement démontré que l'énergie des sensations et leur intégrité sont liées à l'intégrité des hémisphères cérébraux, qu'il paraît impossible de ne point admettre entre le cerveau et les organes des sens supérieurs un rapport immédiat, bien que la difficulté des recherches anatomiques ait, jusqu'à présent, empêché de déterminer par quelle voie ce rapport nécessaire est établi.

C'est dans cette conviction qu'à l'occasion d'un long travail que je poursuis et qui doit faire suite à l'ouvrage de feu M. Leuret sur l'anatomie comparée du cerveau, j'ai cru devoir revenir avec soin sur les origines des principaux nerfs crâniens. L'excessive délicatesse de ces recherches ne m'a point encore permis de résoudre le problème dans toute son étendue. Toutefois mes efforts, ainsi qu'on va le voir, n'ont pas été absolument stériles, du moins à l'égard du nerf optique, qui fait le sujet principal de cette Note.

On donne aux racines du nerf optique deux sources principales : les unes proviennent des tubercules quadrijumeaux antérieurs, les autres de l'écorce blanche des couches optiques.

Cette deuxième racine est, dans les mammifères, la plus importante, et peut être considérée comme un prolongement direct des bandelettes optiques. On la voit très-nettement s'enrouler autour du noyau de la couche optique, et se prolonger dans ce sens jusqu'à l'extrémité antérieure de la ligne qui sépare la couche optique du corps strié en suivant le bord du *centrum semicirculare* de Vieussens.

Jusqu'ici les faits étaient connus, mais on n'a point parlé des rayons fibreux dont cette bande enroulée est le point de départ, et dont la disposition dans l'intérieur de l'hémisphère est à coup sûr l'un des faits les plus intéressants que puisse nous découvrir l'anatomie du cerveau.

Ces rayons se détachent successivement du bord externe de la bandelette enroulée, à partir du renflement connu sous le nom de *corpus geniculatum externum.* Il y a en ce point un amas assez apparent de substance grise où ces fibres paraissent se multiplier beaucoup : quoi qu'il en soit, elles s'épanouissent, leurs pinceaux se dilatent et rayonnent en un large éventail qui s'étale en dehors de la corne postérieure du ventricule latéral, et vient s'unir par son limbe aux couches corticales de l'hémisphère dans toute la longueur de son bord supérieur, depuis l'extrémité supérieure du lobe occipital jusqu'au sommet du lobe pariétal.

Jusque-là, ce rayonnement fibreux s'épanouit de la manière la plus évidente ; mais déjà, vers les divisions antérieures de l'éventail, on aperçoit entre elles de petits intervalles dans lesquels s'engagent des fibres qui, nées en dehors de ce plan du nerf optique, le traversent pour se porter dans le corps calleux, au côté opposé du cerveau.

D'abord ces fibres sont fort grêles, fort rares, et laissent dominer les fibres de l'expansion du nerf optique, en sorte qu'on peut suivre encore celles-ci avec la plus grande précision ; mais plus on s'avance, plus les faisceaux radiculaires du corps calleux s'épaississent : ils augmentent de plus en plus, et il faut user de précautions toujours croissantes, pour suivre, dans leurs intervalles, les racines grêles et infiniment délicates du nerf optique ; enfin, vers les parties antérieures du cerveau, cette recherche devient par degrés absolument impossible. Toutefois, en passant des choses évidentes à celles qui le sont moins, on arrive à cette présomption, que, de toute l'étendue du bord externe de la lame qui s'enroule autour de la couche optique, naissent des fibres cérébrales ; que ces fibres passent entre celles du corps calleux, et vont successivement se terminer dans toute la longueur du bord supérieur de l'hémisphère. Mais cette vaste expansion ne peut être nettement démontrée que vers les parties de ce bord qui sont en arrière du corps calleux ; aussi, dans les animaux quadrupèdes, où ces parties le dépassent à peine, est-elle fort difficile à démontrer. Elle existe néanmoins, mais extrêmement réduite, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par une dissection fort attentive de cerveaux de chiens, de chats et de moutons (1).

Voici, je crois, le premier exemple bien avéré de la terminaison d'un nerf non-seulement dans le *centrum ovale* de Vieussens, mais dans une région déterminée de l'écorce du cerveau. Si maintenant nous rappelons que cette longue bande de circonvolutions où le nerf optique se termine, prédomine dans le cerveau humain qu'elle caractérise par son développement excessif, nous ne pourrons nous empêcher de soupçonner ici un rapport de la plus haute importance, et nous dirons avec Willis, mais avec plus de raison : *Hinc ratio patet.... cur inter visionem et imaginationem communicatio citissima habetur.*

Un semblable rapport existe-t-il entre le cerveau et le nerf acoustique? Cette question est en ce moment l'objet de mon attention la plus assidue ; mais la marche des fibres est soumise à un grand nombre de déviations au milieu des entre-croisements multipliés des fibres médullaires dans le cerveau, que je n'ose encore espérer de la résoudre avec une certitude suffisante. Heureusement qu'en anatomie comparée, la démonstration d'une proposition fondamentale relative à quelques termes d'une série particulière de faits, rend très-probable l'application de cette proposition à tous les termes de cette série. Mais le respect que j'ai pour l'Académie m'impose le devoir de ne l'entretenir ici que de faits qui m'ont paru suffisamment établis, et dont je suis en mesure de donner une démonstration.

(1) Remarquons que, chez ces derniers animaux, les fibres qui vont directement au cerveau sont presque nulles ; elles sont bien plus nombreuses dans les animaux carnassiers. Cependant, le nerf optique est très-volumineux chez la plupart des ruminants, et en proportion avec le volume, en général, très-considérable de l'œil. Ainsi, il n'y a aucune relation à établir entre le développement de l'œil et celui des racines cérébrales du nerf optique, et peut-être celles-ci se développent-elles en raison de la quantité d'intelligence que l'animal a reçue de la nature.

Dans un prochain Mémoire, j'aurai peut-être l'occasion de donner plus de développement à ces idées, en présentant à l'Académie le résultat de mes observations sur la loi d'arrangement des plans fibreux de différents ordres qui entrent dans la composition de l'hémisphère cérébral.

Anatomie pathologique du pus.

M. Bergeret communique un Mémoire qu'il résume par les propositions suivantes :

« Le pus est composé : 1° par un liquide ; 2° par des animalcules que je désigne sous le nom de *pyozoaires*.

« Les pyozoaires ont deux manières d'être dans le pus :

« Ou bien, ils nagent en liberté dans le liquide ;

« Ou bien, ils sont renfermés dans une vésicule membraneuse (globules).

« Les pyozoaires libres s'agitent environ trois à quatre jours, et, après leur mort, ils se trouvent réunis en petits amas par une matière amorphe.

« Les animalcules des globules ne vivent, en général, que vingt-quatre heures; cette durée est, comme nous l'avons montré dans notre Mémoire, sujette à varier sous certaines influences.

« Quand les pyozoaires des globules ont cessé de s'agiter, ils forment les noyaux des globules en s'enroulant en spirales, très-souvent du moins, liés les uns aux autres au moyen d'une matière amorphe.

« L'eau augmente la durée de leur agitation et l'on voit, sous son influence, les pyozoaires, qui formaient déjà un noyau, entrer de nouveau en mouvement et rompre la membrane qui les emprisonne.

« L'acide acétique, au contraire, fait cesser tout à coup les mouvements des pyozoaires contenus dans les globules ; mais son action est plus lente sur les animalcules libres.

« La membrane enveloppante des globules me semble produite par le mucus tenu en suspension dans le liquide. »

Pathologie comparée. — Choix des poules.

M. Leclerc communique les résultats des observations qu'il a faites sur une poule atteinte d'une affection spasmodique. Cette maladie, qu'on ne trouve pas signalée par les agronomes qui se sont occupés des maladies des oiseaux de basse-cour, pourrait, si l'on voulait emprunter une dénomination à la nomenclature nosologique de l'espèce humaine, être désignée assez convenablement sous le nom de *chorée*. Diverses circonstances ont concouru à appeler sur ce cas l'attention de M. Leclerc. D'abord le fait se reproduisait pour la seconde fois parmi des poules provenant d'un même petit troupeau, de sorte qu'on pouvait soupçonner ou que l'affection était héréditaire, ou qu'elle était plus particulière à la race cochinchinoise, à laquelle appartenaient ces deux animaux. La seconde circonstance à remarquer, c'est que les accès qui se montraient souvent sans cause connue, pouvaient être aussi déterminés par des circonstances extérieures, des impressions morales, s'il est permis de s'exprimer ainsi : la peur ou la surprise les faisaient naître infailliblement.

La première poule atteinte de chorée ne fut pas l'objet d'observations suivies. Maltraitée par les autres habitantes de la basse-cour, elle mourut d'inanition peu de temps après en avoir été séparée, elle ne fut pas disséquée. Pour la seconde, qu'on avait eu soin de mettre à l'abri des persécutions des autres poules, elle put être longtemps observée : lorsqu'on la tua, afin d'examiner l'état des centres nerveux, l'autopsie faite par un habile anatomiste ne fit reconnaître, dans les organes intra-crâniens, aucune altération qui pût rendre compte des troubles fonctionnels : c'est encore un trait de ressemblance de plus avec la chorée.

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Du traitement curatif de l'hydrocèle par l'injection de l'alcool pur. — Guerison sans sejour au lit.

La méthode des injections est la seule qu'on suive aujourd'hui en France. A peine, même, si un petit nombre de chirurgiens conservent encore quelque prédilection pour le vin ; l'enseignement clinique de l'éminent chirurgien de la Charité a mis depuis longtemps, en relief, aux yeux de la majorité des praticiens, toute la valeur des injections iodées comme traitement curatif de l'hydrocèle. Parmi les liquides anciennement expérimentés, il en est un, l'alcool, qui semble ne pas mériter l'oubli dans lequel il est tombé.

Dans un Mémoire, lu récemment à la Société de chirurgie, sur différents points de clinique chirurgicale, M. Dupierris, de la Havane, a signalé les succès constants qu'il avait obtenus, pendant une pratique de plus de vingt années, avec l'emploi de l'alcool pur, comme traitement curatif de l'hydrocèle. Mais, pour assurer cet heureux résultat, deux conditions sont nécessaires : 1° le dosage exact de la quantité du liquide destiné à l'injection ; 2° son abandon dans la tunique vaginale.

8 grammes d'alcool injectés dans la cavité morbide développent, d'après l'expérience de M. Dupierris, une inflammation si justement contenue, que le malade, exempt de tous symptômes généraux, peut vaquer à ses occupations comme s'il n'avait pas été opéré. Une assertion aussi formelle, venant d'un chirurgien expérimenté comme M. Dupierris, méritait d'être soumise au contrôle de l'expérimentation clinique, et les succès qui sont venus couronner les premières tentatives, nous engagent à appeler l'attention des praticiens sur ce procédé. (*Bulletin de thérapeut.*)

Thérapeutique du rachitisme.

Voici les moyens employés contre le rachitisme, par M. Hauner, dans son hôpital d'enfants. Comme moyens externes, il a recours aux bains (bains aromatiques avec la camomille, le *calamus aromaticus*, bains de foin, de tan, de drèche, de sable, bains ferrugineux), aux frictions sur le rachis avec le genièvre ordinaire, aux lotions avec le *spiritus formicarum* (1). A l'intérieur, il donne l'huile de foie de morue, qu'il regarde, avec M. Trousseau, comme le remède par excellence contre cette maladie ; il en administre de 4 à 12 grammes, jamais davantage, aux enfants au-dessous de 2 ans. Il prescrit, en outre, des toniques, et notamment l'extrait de quinquina préparé à froid, le *ferrum pomatum* (2), la teinture de rhubarbe aqueuse et vineuse. La racine de garance lui a toujours paru dépourvue de toute action. Comme M. Trousseau, il proscrit la viande et les légumes du régime des enfants rachitiques, pour les alimenter au moyen du régime lacté, corroboré de quelques substances farineuses de facile digestion. Aux enfants âgés de 3 ans et davantage, il permet l'usage d'une quantité modérée de bonne bière et même d'un peu de vin vieux et généreux.
(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*)

Gélatinisation de l'éther,

Par M. Grimault.

Au moment où la question de l'anesthésie locale occupe de plus en plus l'attention, je crois utile de faire connaître aux praticiens un moyen fort simple de gélatinisation de l'éther, qui évite les inconvénients nombreux de sa grande volatilité, permet de localiser son action, et de la prolonger aussi longtemps qu'on le désire, sans exiger une surveillance continue. A l'aide de cette nouvelle préparation, on pourra plus facilement juger de l'action anesthésique de l'éther, en dehors de son action réfrigérante, cette dernière étant presque nulle, même lorsque la gelée est employée à l'air libre.

Si l'on met en contact, dans un flacon bouché, 4 volumes d'éther contre 1 de blanc d'œuf, et que l'on agite vivement, on voit bientôt l'albumine se gonfler considérablement, absorber peu à peu la totalité de l'éther, avec lequel elle forme un collodion épais, qui bientôt se transforme en une gelée opaline, tremblottante, se détachant des parois du vase, sans séparation des deux éléments qui la constituent. Cette gelée, bien plus facile à manier que l'éther, sans adhérence aucune, s'étend avec la plus grande facilité, ne laissant dégager que lentement le liquide volatil qui en forme la majeure partie. Recouverte d'une bande de toile, ou mieux de caoutchouc, elle cause promptement une rubéfaction, sans que son contact prolongé donne lieu à aucun phénomène de vésication. On peut, lorsqu'elle commence à se dessécher, la remplacer par une nouvelle couche, et soumettre, par son moyen, à l'action prolongée de l'éther, soit à l'air libre, soit sous enveloppe, une partie plus ou moins étendue de notre corps avec les mêmes moyens qui servent à établir un cataplasme ou un sinapisme.

Cette gelée doit être préparée au moment du besoin, car l'action de l'éther sur l'albumine se poursuit et amène peu à peu une solidification de plus en plus complète, qui enlève au produit une partie de ses avantages.

---

(1) L'esprit de fourmis se compose de :

Fourmis. . . . . 1 partie.
Alcool . . . . 2 —

Distillez une partie.

(2) Le *ferrum pomatum*, plus connu sous les noms de *tinctura Martis, seu ferri pomata, teinture de malate de fer, teinture de fer cydonié*, est le suc de coings qui a fermenté avec la limaille de fer.

℞. Suc de coings. . . . . 15 p.
Limaille de fer. . . . . 1 p.

Faites digérer quelques jours, évaporez à moitié et ajoutez :

Alcool. . . . . . . 1/2 partie.

On obtient une solidification presque instantanée, sans séparation d'éther, en plongeant quelques minutes le flacon de gelée dans de l'eau à 70 degrés.

1° La proportion de 4 parties d'éther est la plus forte que j'aie pu faire absorber par une partie d'albumine. Pour plus de promptitude d'exécution, il vaudra mieux augmenter un peu la dose de cette dernière.

2° On ne produit une belle gelée bien homogène qu'avec l'éther pur, ou tout au moins exempt d'alcool et d'acide, ce que l'on obtient même avec l'éther du commerce par un battage préalable, en présence de l'eau et de la magnésie.

3° Suivant les circonstances, on pourra additionner l'éther de différentes substances : par exemple, de cyanure de potassium, de camphre, de morphine, de conicine, etc., etc., et obtenir quand même la gélatinisation. (*Bulletin gén. de Thérap.*)

Inflammations catarrhales de l'arrière-gorge (angine tonsillaire et pharyngite).

M. le docteur Dreyfus préconise contre ces affections un moyen bien simple et dont il assure obtenir les meilleurs effets. Il consiste dans le mélange suivant :

℞ Pulpe de tamarins. }
Miel rosat. . . . } âà 30 grammes.

Cette dose doit être prise par petites portions dans les vingt-quatre heures, à des intervalles indéterminés.

On recommande au malade d'ingérer ce remède avec une certaine lenteur, afin que le contact sur les parties affectées dure le plus long temps possible.

M. Dreyfus attribue la guérison rapide qu'il obtient communément, à une action astringente exercée par le médicament sur les organes enflammés et à la révulsion intestinale qui se traduit par une augmentation des garde-robes.

Traitement du choléra. — Emploi de la mixture de Java.

Je retrouve, dans mes notes de 1849, la formule d'un médicament qui jouissait à cette époque d'une véritable vogue, et que j'ai employé moi-même un très-grand nombre de fois, avec des résultats assez heureux. Voici cette formule :

℞ Eau de fleurs d'oranger. . . . . 5 parties.
Ether sulfurique. . . . . 4 —
Laudanum de Sydenham . . . . 3 —

Mêlez.

On en prend sur un morceau de sucre, 20 à 30 gouttes, plusieurs fois par jour, lorsqu'en temps de choléra on éprouve des coliques, des douleurs d'estomac, des envies de vomir ou de la diarrhée. Cette dose est applicable aux cas légers; s'il survient des symptômes de nature plus alarmante, on prend, d'un seul coup, une cuillerée à café de cette mixture dans une tasse d'infusion de thé très-concentrée, et on réitère au besoin. — Dr Alex. Mayer. (*Presse médicale.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie se maintient à Paris dans un *statu quo* complet, ainsi que le prouve le tableau suivant des entrées qui ont lieu dans les hôpitaux civils :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
9 août.	47	19	26
10 —	41	22	18
11 —	44	21	12
12 —	46	38	38
13 —	61	24	19
14 —	60	31	20
15 —	47	24	32

Situation générale depuis le début de l'épidémie :

Entrés.		4,835
Sortis.	1,834	4,316
Décédés.	2,482	
Reste.		519 en traitement.

— Dans les départements, l'épidémie continue à décroître à peu près sur tous les points; mais, en revanche, elle s'étend de plus en plus. Un certain nombre de cas graves ont été observés à Lyon; on sait que cette grande cité avait joui d'une immunité complète dans les épidémies de 1832 et de 1849.

— La télégraphie privée a transmis aux journaux politiques les nouvelles suivantes sur la marche de l'épidémie à l'étranger :

« *Turin*, dimanche, 13 août. — Le choléra a diminué, dans de fortes proportions, à Gênes, mais il s'est étendu dans les provinces maritimes.

« A Turin, à Livourne et à Rome, il sévit assez faiblement.

« A Naples, au contraire, il a augmenté d'intensité; aussi l'émigration, dans cette capitale, a-t-elle pris des proportions extraordinaires. »

On voit, par ce dernier paragraphe, combien le gouvernement des Deux-Siciles est récompensé de ses mesures quarantenaires!

— Par divers décrets ont été nommés officiers dans l'Ordre impérial :

MM. le docteur Emery, président de l'École impériale des Beaux-Arts; — Thiriaux (Jean-Baptiste-Joseph), pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées : chevalier du 10 novembre 1832; 42 ans de services, 10 campagnes; — Auberge (Pierre-Joseph-François), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine : chevalier du 15 avril 1846; 28 ans de services, 4 campagnes; s'est particulièrement distingué pendant les deux épidémies de Bône.

Ont été nommés *chevaliers* du même Ordre :

MM. Renaud, membre du conseil municipal de Périgueux; chirurgien des prisons et du bureau de bienfaisance de cette ville depuis 35 ans. — Frébourg, maire de Morlaix (Finistère); en fonctions depuis 1851; ancien président de la chambre de commerce de cette ville : 24 ans de services municipaux. — Morel, directeur de l'Institution impériale des Sourds-Muets de Bordeaux : 28 ans de services dans l'enseignement public des sourds-muets. — Broussonnet, membre du conseil général de l'Hérault; ancien maire de Montpellier, médecin en chef de l'hôpital général de cette ville : 20 ans de services. — Baschet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois (Loir-et-Cher) : 18 ans de services; belle conduite lors des inondations de la Loire, en 1847. — Davet de Beaurepaire, médecin à Paris : secours gratuits à la classe pauvre; dévouement dans l'épidémie de 1849; publications scientifiques. — Docteur Fabas, médecin des eaux de Saint-Sauveur. — Reboul de Cavalery, inspecteur général des prisons : 4 années de services administratifs; s'est signalé, en 1849, comme médecin. — Isnard (Jean-Augustin), médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine : 24 ans de services, 7 campagnes. — Méry (Jean-Auguste), médecin principal de 2e classe à l'armée d'Orient : 24 ans de services, 5 campagnes. — Barby (Jean-Marie), médecin major de 1re classe à l'armée d'Orient : 21 ans de services, 5 campagnes. — Radat (Antoine), médecin major de 2e classe au corps expéditionnaire de la Baltique : 21 ans de services, 4 campagnes. — Rodes (Étienne), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran : 20 ans de services, 7 campagnes. — Darolles (Jean Baptiste), médecin-major de 2e classe au 50e de ligne : 27 ans de services, 12 campagnes. — Collin (Eugène-Jean-Mathias), médecin-major de 2e classe à l'hôpital de Strasbourg : 23 ans de services, 14 campagnes. — Beylot (Jean-Joseph), médecin-major de 2e classe au 15e de ligne : 20 ans de services, 16 campagnes. — Tabouret (Louis-Auguste-Amédée), médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille : 23 ans de services, 12 campagnes. — Clavey (Henri), médecin aide-major aux hôpitaux de la division de Constantine : 16 ans de services, 13 campagnes; s'est distingué pendant l'épidémie de Bône. — Moreau (Louis-Marie-Ange), médecin-major de 2e classe en non-activité pour infirmités contractées dans l'exercice de ses fonctions : 21 ans de services, 1 campagne. — Carron (Pierre-Joseph), pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Cambrai : 31 ans de services, 4 campagnes. — Gillet (Michel-Paul-Léon), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital de La Rochelle : 26 ans de services, 13 campagnes.

— L'idée de substituer le phosphore rouge au phosphore pur, dans la confection des allumettes, a été d'abord émise par notre excellent ami et collaborateur, M. Chevallier; c'est par suite d'une erreur de typographie que cette indication ne se trouve pas dans le travail de MM. Reynal et Lassaigne, que nous avons publié dans notre avant-dernier numéro. Les auteurs nous signalent eux-mêmes cette omission que nous nous plaisons à réparer.

BIBLIOGRAPHIE.

(En anglais) : **Résultat d'une enquête sur la constance de la diarrhée prodromique dans le choléra,** par David MACLOUGHLIN, membre honoraire de l'Académie royale d'Irlande, etc. — 2e édit. — Londres, chez John CHURCHILL, Princess-Street. — Prix : 18 pence.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (en Savoie), par le docteur J.-F. PAYEN. — Broch. in-8 avec carte. — Paris, chez JANET, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 99. 2e année. Samedi 19 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Note sur le traitement du choléra-morbus,

Par M. le Dr Frémy, *médecin des hôpitaux civils de Paris.*

L'appel que le *Moniteur des Hôpitaux* fait aux praticiens pour éclairer un certain nombre de confrères sur le traitement à suivre dans le choléra, m'a engagé à vous adresser quelques réflexions pratiques sur la conduite à tenir dans les divers cas pour lesquels les médecins sont dans ce moment si fréquemment appelés.

Je ne viens pas proposer un remède contre le choléra. Ce remède, pour le moment, n'existe pas plus qu'il n'existe de spécifique contre l'angine, la pneumonie ou la pleurésie. Peut-être le découvrira-t-on, s'il existe; mais en attendant, nous devons faire de la médecine, et, dans l'état actuel des choses, je pense que c'est encore avec nos connaissances médicales bien employées qu'il nous sera possible d'obtenir le plus de guérisons et de sauver le plus de malades.

Je ne crois donc pas au spécifique contre le choléra, mais je dois dire que, confiant dans l'habileté et la science de l'honorable médecin de l'hôpital militaire du Roule, j'ai fait comme beaucoup de mes confrères : j'ai employé le sulfate de strychnine, selon la méthode conseillée par M. Abeille.

Je n'ai pas été aussi heureux que lui. D'autres médecins n'ont pas eu plus de chance, et, dans une communication faite récemment à la Société médicale du 2e arrondissement, M. Renouard a remarqué que, chez deux malades pris du choléra, malades peu âgés, forts et vigoureux, le sulfate de strychnine avait, au contraire, augmenté les phénomènes d'asphyxie, et que, par conséquent, les malades étaient morts plus rapidement. Enfin, un de nos meilleurs travailleurs dans les hôpitaux, M. Sée, a employé sur une grande échelle ce médicament, et les résultats qu'il a communiqués à la Société des médecins des hôpitaux (1) sont venus lui faire regretter d'avoir, dans certains cas, employé le sulfate de strychnine chez des malades pris au début, et qu'il aurait presque entièrement sauvés, s'il eût employé des moyens moins spécifiques.

M. Abeille, du reste, avec une grande franchise, avoue que dans la période algide du choléra-morbus le sulfate de strychnine est le plus ordinairement impuissant, et comme c'est précisément dans cette période que nous avons besoin de tenter les ressources de notre art, et que ces ressources nous font le plus souvent défaut, nous ne pouvons donc pas plus compter sur le sulfate de strychnine que sur les autres remèdes prétendus infaillibles, recommandés et préconisés par nombre de personnes animées des meilleures intentions.

Je ne viens donc pas apporter ni conseiller de remède contre le choléra-morbus, mais fournir à quelques praticiens les moyens et signaler les indications qui m'ont paru, jusqu'à présent et dans l'épidémie si générale que nous observons, pouvoir présenter quelque avantage.

Nous devons d'abord mettre de côté les cas de choléra anormaux et notamment ceux qui peuvent affecter les vieillards et les enfants; je n'ai nullement l'intention de faire l'histoire symptomatologique de cette maladie, et comme dans ces cas, cette affection se présente avec des formes particulières, typhique dans les uns, comateuse dans les autres, je ne veux pas m'occuper de ces anomalies. Je désire simplement me borner à exposer sommairement les symptômes qui caractérisent les différents degrés de la maladie, et à indiquer les résultats de moyens thérapeutiques que j'ai employés ou vu administrer avec le plus de succès dans ces diverses périodes.

Le médecin appelé pour soigner un cholérique le trouve ordinairement dans un des trois états suivants :

1° Dans un premier degré, la maladie peut n'être constituée que par de simples troubles fonctionnels affectant l'estomac et les intestins.

Cette période est caractérisée par du malaise général, par un sentiment de frayeur, par des nausées, un peu de diarrhée, quelquefois bilieuse; par des borborygmes, de la perte d'appétit à peu près absolue, de la courbature; par un certain degré d'enduit saburral de la langue, etc., etc.

Dans certains cas, il existe une douleur anxieuse à l'épigastre, des vertiges, qui peuvent aller jusqu'à constituer un des symptômes particuliers que M. Gendrin a signalés dans la période vertigineuse de la maladie.

2° A un degré plus avancé, le malade présente les symptômes qui caractérisent ce qu'on a appelé la cholérine.

Cette période est plus franche; elle est caractérisée par les symptômes suivants : diarrhée blanche, sans coliques, toujours abondante et très-liquide; quelquefois, vomissements de même nature, fourmillements dans les bras et les jambes; quelquefois, des crampes légères, tendance au refroidissement, à la cyanose, avec sueurs froides, yeux légèrement excavés; le pouls est petit, la voix n'est pas encore rauque ou éteinte; le malade est tourmenté, surtout par un état nerveux que le vomissement rend un peu moins fort; la soif est vive, la langue sèche, l'oppression épigastrique déjà considérable; les gargouillements du ventre sont incessants, etc., etc.

3° Dans cette troisième période, le choléra est confirmé; il est inutile d'en présenter le tableau, qu'il est facile de reconnaître, tant les symptômes en sont tranchés.

(1) On trouvera ci-après le travail que M. Sée a communiqué à la Société des hôpitaux, et dans lequel il expose les expériences dont parle M. Frémy.

La diarrhée blanche, abondante, sans coliques; les vomissements, la soif vive, les crampes, l'anxiété ou oppression épigastrique, les vertiges, la suppression de l'urine, la teinte cyanosée de la face et des extrémités, ainsi que le refroidissement manifeste de ces mêmes parties, etc., etc., constituent un appareil de symptômes qui démontrent que la maladie est arrivée à une période parfaitement décrite par les auteurs sous la dénomination de période algide, asphyxique, etc., etc.

Dans les accidents de la première période, de la période prodromique, le traitement peut être utilisé de diverses manières.

S'il y a eu quelque garde-robe bilieuse, avec odeur, avec nausées, coloration blanchâtre de la langue et goût amer dans la bouche; s'il y a eu, en définitive, des signes bien manifestes d'écoulement bilieux, d'écoulement gastrique, je crois qu'il n'y a pas à hésiter, il faut favoriser ces évacuations, qui peuvent entretenir ou causer de nouveaux accidents, et c'est dans ces circonstances que les évacuants, l'ipécacuanha, les purgatifs, ont été administrés avec succès par un grand nombre de médecins.

S'il n'y a pas un peu d'évacuation sans symptômes particuliers, il faut se borner à faire mettre le malade au lit, à lui appliquer sur le ventre un cataplasme; après avoir fait préalablement, sur toute la surface du ventre, une friction avec de l'huile de camomille camphrée, lui faire prendre d'heure en heure une tasse d'infusion de camomille, ou de fleurs de tilleul, ou de menthe poivrée chaude et aromatisée d'une cuillerée à café d'eau de mélisse des Carmes. Le malade devra prendre également, toutes les quatre heures, un lavement fait avec la décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots. On devra enfin lui administrer d'heure en heure une potion ainsi composée :

℞ Éther nitrique	1	gramme.
Eau distillée de menthe poivrée	4	—
— de mélisse	4	—
— de laurier-cerise	1	—
— de laitue	100	—
— de fleurs d'oranger	30	—
Sirop d'hydrochlorate de morphine	30	—

S'il y a quelque accident vertigineux, on devra appliquer fréquemment des sinapismes sur les extrémités inférieures et sur le creux de l'estomac. Enfin, pour peu que l'anxiété épigastrique et les vertiges augmentent, ne pas hésiter à employer le traitement de la deuxième période, car ces accidents sont de fâcheux augure, et, en quelques heures, le choléra peut être déclaré dans toute son intensité.

Lorsque le médecin trouve le malade affecté de tous les symptômes que j'ai signalés dans la deuxième période, il doit agir, dans ce cas, avec toute la vigueur possible, ne pas perdre un seul instant, tourmenter le malade par des soins incessants, car si la période algide se manifeste, c'est alors qu'il aura beaucoup moins de chances de triompher de la maladie.

Il est un moyen que j'ai employé dans ces circonstances avec succès, et j'ai été assez heureux pour me trouver d'accord, pour son emploi, avec beaucoup de mes confrères. Je veux parler de l'application d'un large vésicatoire sur le ventre; ce moyen, à cette période de la maladie, peut paraître exagéré, mais si l'on réfléchit qu'on ne l'emploie bien souvent que lorsqu'il est trop tard, je ne vois pas pourquoi on n'userait pas de ce moyen un peu trop tôt. Ce vésicatoire doit être assez grand pour couvrir le ventre depuis le creux épigastrique jusqu'à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis.

Dans tous les cas où je l'ai appliqué, j'ai vu la diarrhée s'arrêter assez rapidement, et surtout l'oppression épigastrique se modifier de la manière la plus avantageuse.

Il est bien entendu que je ne me borne pas à l'emploi de ce moyen, dans lequel j'ai une grande confiance à cette période de la maladie.

En attendant l'action du vésicatoire, je fais administrer de suite au malade un lavement ainsi composé :

℞ Tannin	60	centigrammes.
Alun	1	gramme.
Poudre d'amidon	1	cuillerée à bouche.
Décoct. de rac. de guimauve.	100	grammes.

Ce lavement ne tarde pas à arrêter les accidents diarrhéiques et dans tous les cas, il les modifie d'une manière tellement avantageuse, qu'il est possible de le remplacer, une heure ou deux après, par un autre lavement, composé ainsi qu'il suit :

℞ Laudanum de Rousseau	10	gouttes.
Teinture de cachou	30	—
Magistère de bismuth	10	grammes.
Décoc. de rac. de guimauve	100	—

Selon la fréquence et l'abondance des garde-robes, je donne, toutes les deux heures, l'un ou l'autre de ces lavements.

Je fais en outre administrer, toutes les heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

℞ Sous-nitrate de bismuth	2	grammes.
Gomme adragante	1	—
Ether nitrique	2	—
Huile essentielle de menthe	4	gouttes.
Sirop de quinquina	10	grammes.
— d'écorces d'oranger	20	—
Eau distillée de tilleul	100	—

De la glace pilée ou de l'eau de seltz, bue par très-petites gorgées, et aromatisée avec l'infusion froide de camomille ou de menthe poivrée, telles sont les seules boissons que je donne aux malades, qui commencent à souffrir si péniblement de la soif.

Des sinapismes doivent être, en outre, promenés presque constamment sur les avant-bras et sur les extrémités inférieures.

Dans quelques circonstances où le malade rejetait avec une grande facilité les liquides, j'ai pu supprimer la potion et la remplacer par un paquet de la poudre suivante :

℞ Camphre pulvérisé	1	gramme.
Corne de cerf calcinée	15	—
Alun pulvérisé	1	—
Poudre d'opium	1	—

F. 20 paquets.

Ces paquets doivent être pris d'heure en heure dans un demi-verre d'eau de Vichy, aromatisé par une cuillerée à bouche d'eau distillée de menthe poivree.

Je le répète, c'est à cette période qu'il faut agir, car c'est dans ce moment que toutes les chances de succès peuvent se présenter pour le médecin, surtout s'il est bien secondé par les personnes qui sont chargées d'exécuter ses prescriptions.

C'est pour cette raison que je ne saurais trop engager les praticiens à ne pas attendre la manifestation d'accidents plus graves et qui viennent menacer de tous côtés la vie du malade.

C'est dans ce troisième degré de la maladie que l'on voit les guérisons devenir si rares, et que tous les moyens de traitement empiriques, rationnels ou autres, viennent le plus ordinairement échouer. C'est pour cette raison qu'il est si important de prévenir cette période de la maladie et d'attaquer le mal avant que tous les secours de l'art soient devenus à peu près inutiles.

Dans cette période algide, il faut à tout prix arrêter les progrès du refroidissement. Les boissons stimulantes à l'intérieur, le thé avec le rhum, le café, le vin chaud, devront être employés à haute dose, concurremment avec les sinapismes, les vésicatoires sur les membres, etc., etc.

Les crampes seront arrêtées presque instantanément par les applications de compresses trempées dans l'eau glacée; mais il faudra surveiller avec soin l'emploi de ce moyen, qui peut à lui seul provoquer une réaction salutaire, et réchauffer le malade, ainsi qu'il m'a été donné de le voir chez plusieurs personnes, et notamment chez une dame d'un certain âge, chez laquelle je ne pus provoquer la réaction que par ce seul moyen mis à ma dis-

position. Mais cette application trop longtemps continuée aurait de graves inconvénients dans le cas où cette période de réaction ne se manifesterait pas. Dans ce cas, il faudrait se borner à faire des frictions sur les membres avec de gros morceaux de glace, puis essuyer les membres avec des linges bien chauds, et les frotter avec des morceaux de flanelle également chauffés. On placera ensuite le long des jambes, des cuisses, des bras et des avant-bras, des bouteilles de grès remplies d'eau bouillante.

On administrera également la potion dont j'ai donné la formule ci-dessus pour le deuxième degré de la maladie; seulement, on devra y ajouter 2 grammes de sulfate de quinine.

Les lavements au tannin et avec la poudre d'alun devront également être administrés toutes les heures.

Dans quelques circonstances, les frictions avec l'essence de térébenthine pure, pratiquées sur le ventre et sur la colonne vertébrale, ont pu être suivies de quelque amélioration.

Enfin, nous devons parler aussi de la période de réaction avec symptôme de coma, dans laquelle le traitement antiphlogistique doit être employé avec une certaine vigueur.

Une dame, pour laquelle je fus appelé, et que je trouvai dans un état de congestion considérable provoqué par un traitement incendiaire, a été guérie sous l'influence d'applications réitérées de sangsues à l'anus et derrière les oreilles, et par deux fortes saignées pratiquées dans les vingt-quatre heures, l'une au pied, l'autre au bras. C'est dans ce cas seulement que le traitement antiphlogistique m'a paru rationnel et suivi de succès.

Tels sont les moyens que j'ai employés dans un assez grand nombre de cas pour lesquels j'ai été appelé, et que j'ai vu employer également par le plus grand nombre des médecins, à Paris. Je ne puis invoquer, malheureusement, les observations que j'ai pu faire dans le service où je me trouve placé actuellement, à l'infirmerie de Sainte-Périne, où j'ai vu un assez grand nombre de cas de choléra-morbus.

Cette maladie se présente, chez les vieillards, avec une forme si différente, que j'ai pu essayer les médications les plus diverses sans avoir eu plus de succès que mes collègues dans les hôpitaux, c'est-à-dire que la mortalité s'est élevée aux deux tiers à peu près.

Je n'ai pas voulu non plus présenter cet agent thérapeutique comme un traitement qu'il doive falloir suivre d'une manière absolue, et comme devant nécessairement réussir. Il n'est pas de maladie dans laquelle les indications doivent être plus exactement et plus soigneusement observées, pour servir de guide au traitement.

A l'aide des degrés que j'ai tracés, et qu'il est possible de reconnaître en arrivant près d'un cholérique, on pourra se guider sur les indications que j'ai employées avec de grands avantages, et qui me paraissent avoir fourni le plus grand nombre de cas de guérison.

Encore une fois, les indications doivent être étudiées avec le plus grand soin; c'est à la sagacité du praticien exercé à juger de l'opportunité des moyens que je propose, moyens qui m'ont paru réussir dans cette épidémie, et qui peuvent être insignifiants dans d'autres circonstances.

Mon seul but, en publiant cette Note, a été d'empêcher certains confrères de mettre, dans un moment d'embarras, une confiance trop absolue dans les remèdes dits anticholériques, remèdes devant par conséquent être employés dans tous les cas, comme si les accidents étaient les mêmes chez tous les malades, et comme si la diversité des moyens de traitement ne devait pas varier selon la marche si rapide des symptômes.

Les médecins devront donc se bien persuader qu'ils trouveront, dans leur bagage scientifique, des ressources suffisantes pour triompher d'une maladie qu'il est facile de prévenir, et que l'on peut presque toujours guérir, si l'on n'attend pas le développement si rapide des accidents qui la constituent.

Note sur le traitement du choléra par le sulfate de strychnine,

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur Sée, *médecin des hôpitaux.*

Les journaux scientifiques et autres viennent d'annoncer la découverte d'un remède qui serait le spécifique du choléra, comme le quinquina est l'antidote de la fièvre intermittente. Ce nouveau moyen n'est autre que la strychnine.

Employée déjà en 1832, par M. Jenkins, en Angleterre, elle devint l'objet d'expériences plus précises en 1849; — le docteur Manec l'administra à 25 malades de la Salpêtrière, dont quelques-unes étaient dans le collapsus, et il obtint ainsi 18 guérisons (*Bulletin de thérap.*, 1849).

Vers la même époque, M. Legrand (*Gaz. des hôp.*, 1849, nº 13) proposa l'emploi de l'extrait aqueux de la noix vomique.

Mais les résultats de la médication strychnique ne sont véritablement connus que depuis les travaux récents de M. le docteur Abeille (voir *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, nºs 87, 93, 94 et 95).

Pendant que cet observateur se livrait à ses recherches, nous expérimentions nous-même dès le mois de mars, et sans le connaître, le même médicament à la Pitié. Voici le résumé de nos observations, qui comprennent toutes les phases de l'épidémie jusqu'au 10 août. — 47 malades furent soumis à l'usage du sulfate de strychnine, à la dose de 0,015 à 0,025 milligrammes, incorporés dans un julep gommeux de 120 grammes; quand il existait des vomissements, on le faisait prendre dans une infusion de café à la glace, qui permettait habituellement de le supporter avec facilité; — dans quelques rares circonstances, on y ajoutait de 4 à 6 gouttes de laudanum de Rousseau. — Des frictions avec la glace, des sinapismes aux membres et au creux de l'estomac, des fragments de glace à l'intérieur pour étancher la soif, ce furent là les seuls moyens adjuvants du traitement principal.

De ces 47 choléras, 8 pouvaient aussi bien n'être considérés que comme des cholérines; — dans 8 autres cas, les phénomènes consistèrent dans la diarrhée aqueuse, verdâtre ou riziforme, des vomissements plus ou moins répétés, un léger degré de refroidissement et l'excavation des yeux. Les 16 malades de cette double catégorie guérirent tous après un à six jours de traitement.

Les 31 choléras complétant le chiffre total devaient tous être considérés comme l'expression de la forme la plus grave; outre les évacuations intestinales et gastriques, tous présentaient, à un degré plus ou moins marqué, les phénomènes suivants, à savoir : absence ou diminution si marquée du pouls, qu'à peine on pouvait sentir ses battements, refroidissement général et particulièrement du nez, de la langue et des mains, cyanose du visage et des extrémités, aphonie ou affaiblissement de la voix, anurie persistant d'un à trois jours, flaccidité des chairs et parfois des crampes.

C'est dans cet état que la plupart des malades furent amenés à l'hôpital, après avoir eu la diarrhée pendant quelques heures et parfois pendant un à trois jours avant l'invasion des accidents cyaniques. Quatorze d'entre eux furent pris dans les salles, et quelques-uns d'une manière foudroyante, sans aucun prodrome.

Sur ces 31 cholériques, 19 ont succombé, 10 dans la période algide, au bout de huit à quarante heures, 3 au commencement de la réaction, et 6 dans cet état torpide demi-comateux, qu'on a appelé typhoïde.

Ainsi, la proportion des cas malheureux, dans les cas algides, a été de 19 sur 31, ou des 3/5; dans les choléras graves et moyens, de 19 sur 39, ou près de moitié; enfin, en y comprenant les cholérines, elle n'était que des 2/5.

Si on compare ce résultat à la mortalité générale qui s'observe à la suite des autres traitements, on voit qu'elle ne diffère pas sensiblement; car sur 56 malades atteints à divers degrés, et qui furent traités soit par l'acide sulfurique ou citrique, soit par l'ipéca ou l'opium, il en est mort 22, c'est-à-dire, encore les 2/5.

Tous les médicaments semblent s'arrêter à une même limite d'action, que la strychnine elle-même ne saurait franchir.

Pour motiver ses insuccès, au lieu de s'en prendre au remède, on s'est rejeté sur les exceptions individuelles. Ceux qui ont succombé étaient d'avance voués à la mort par une maladie antérieure, surtout quand la lésion portait sur le cœur ou la respiration. C'est là l'explication de tous les revers. Mais l'expérience est ici en contradiction formelle avec la théorie, et l'observation lui donne un double démenti.

On a vu, en effet, des phthisies pulmonaires, des ascites avec refoulement du diaphragme, des altérations du cœur avec infiltration générale, échapper aux atteintes du choléra le plus grave, et quelquefois même s'amender à la suite des évacuations gastro-intestinales. Les organisations affectées ne sont donc pas toujours les victimes prédestinées.

D'une autre part, quand le choléra suit une marche foudroyante, ou revêt les caractères de l'algidité, il frappe indistinctement les constitutions les plus vigoureuses comme les plus débilitées ; et à cette forme grave de l'empoisonnement la nature n'oppose que rarement une résistance efficace. J'ai vu mourir sept jeunes femmes qui n'étaient entrées à l'hôpital que pour des affections légères de l'utérus, et deux hommes qui étaient dans la force de l'âge et de la vie. Ainsi, devant le choléra algide, tous les organismes sont à peu près égaux ; on peut en dire autant des médicaments, sans que la strychnine échappe à cette loi.

Elle n'est pas plus puissante que les autres remèdes pour arrêter le trouble profond qui préside à l'hématose ; les malades ne se réchauffent pas plus facilement, et la coloration bleue persiste d'une manière imperturbable. Un malade qui avait pris la strychnine trois jours de suite, resta néanmoins dans la cyanose la plus marquée pendant cinq jours consécutifs, même après que la chaleur était revenue aux extrémités.

L'émission des urines n'est pas plus prompte à reparaître ; le pouls lui-même n'en subit pas la moindre modification ; et si on peut s'applaudir de l'innocuité du remède sur les phénomènes nerveux, et surtout sur les crampes, il faut avouer aussi son impuissance sur l'économie morbide. Il semble que, dans la période algide, il perde jusqu'à son action physiologique, et que le malade soit insensible à ses effets habituels.

Il est des cholériques qui échappent au refroidissement pour entrer dans une phase non moins dangereuse que la première : c'est cet état d'asthénie, avec demi-coma et sécheresse de la langue, cet état adynamique qui entraîne si souvent une terminaison funeste. Or, la strychnine ne sait ni prévenir ni modérer ce danger nouveau.

Son inertie dans la réaction et dans l'algidité tient sans doute à ce que l'absorption est annihilée dans ces périodes extrêmes du mal. Des expériences ingénieuses, instituées récemment par notre collègue, le docteur Vernois, tendent à le prouver, et la clinique paraît confirmer ces données. Ce n'est pas que les médicaments soient éliminés par les évacuations, ils cessent seulement de pénétrer dans le sang ; mais ce n'est pas un motif pour élever indéfiniment les doses ; car elles s'ajoutent les unes aux autres, et leur accumulation ne se fait pas impunément ; chez ceux qui doivent guérir, il arrive un moment où la vitalité reprenant le dessus, le poison est absorbé en entier, et la nature rentre dans ses droits.

Dans les choléras de moyenne gravité, l'absorption, quoique faible, s'exerce encore ; elle se traduit par des effets curatifs ; mais, à un moment donné, les substances ingérées cessent d'être tolérées, comme elles le sont au début, et tout à coup on les voit produire leurs phénomènes caractéristiques. Ainsi, l'opium ne détermine parfois le narcotisme que dix ou quinze heures après la dernière dose, et après la cessation de la diarrhée, ainsi que nous en avons vu un exemple.

Sous l'influence de la strychnine, les évacuations se suppriment avant ou sans qu'il y ait des troubles dans la musculation. Il est donc inutile et dangereux à la fois de forcer la dose ; l'action médicatrice peut se développer, pour peu que l'absorption ne soit pas entièrement enrayée.

Qu'à un malade atteint de dyspepsie, ou de vomissements nerveux, ou de diarrhées atoniques, on administre la noix vomique, comme Schmidtmann et Hufeland l'ont prescrite, ou qu'on ordonne la strychnine, comme nous l'avons fait avec succès, il en résultera presque immédiatement des modifications favorables dans la maladie. Or, s'il y a quelque assimilation à établir entre le choléra léger et les affections asthéniques du tube digestif, l'analogie conduit sans doute à employer le même remède dans les deux circonstances ; c'est ce que nous avons fait, et l'observation est venue justifier nos prévisions.

En effet, tous les malades atteints au premier degré ont guéri par ce moyen, et, pour qu'on ne pût pas attribuer ce résultat à la cessation spontanée de la maladie, il n'y avait qu'à faire la contre-épreuve, c'est-à-dire à suspendre le traitement, pour voir aussitôt reparaître les accidents primitifs.

Tous ces résultats thérapeutiques se sont produits sans que les muscles se soient convulsés, et sans, par conséquent, qu'il ait été nécessaire d'arriver jusqu'à l'intoxication.

Résumé. — La strychnine doit donc être réservée pour les choléras moyens ; dans ces cas, elle peut être d'une véritable utilité, car elle a l'avantage sur l'opium et les excitants, d'arrêter les évacuations sans produire une réaction violente.

Dans le choléra algide, elle est, au contraire, impuissante, car elle n'exerce pas de modification sur les symptômes, et donne une mortalité de 19 sur 31.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les n°s* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94 *et* 95 *du tome* 2.)

DIX-HUITIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons commencé les hernies ombilicales, après avoir vu leurs grandes prédispositions, nous avons commencé l'étude des causes qui se lient au développement, et nous avons vu d'abord les hernies congéniales. Elles sont de deux espèces : l'une par arrêt de développement ; ce n'est pas à proprement parler une hernie, il y a simplement absence de rentrée des viscères dans leur cavité normale. Quand il manque une grande partie des parois abdominales, le cas est mortel ; quand au contraire, il en manque peu, il est permis d'espérer qu'il se formera des bourgeons charnus, et que l'on aura une cicatrice qui contiendra les viscères ; enfin si la portion qui manque des parois abdominales est très-petite, A. Cooper conseille de rapprocher les deux lèvres ravivées de cette solution de continuité, et de faire la suture.

Voici maintenant la seconde espèce : dans les hernies du jeune âge, le plus souvent on trouve que la peau de l'abdomen se prolonge en forme de doigt ; il semble qu'il y a là un excès de développement, tandis que, pour les autres hernies, il y avait un simple manque de peau autour du cordon ; dans ces hernies, non-seulement elle gagne l'anneau, mais elle couvre le cordon, et, quand le cordon tombe, il reste une sorte de doigt recouvert par une peau très-solide : c'est là dedans que se trouve la hernie.

Je vous ai dit qu'A. Cooper pensait qu'il n'y a pas de hernies ombilicales congéniales ; cela est bien possible, les vaisseaux qui passent par l'anneau auraient bien pu adhérer dans un autre point, et ne point avoir contracté d'adhérences avec l'anneau ; pour rechercher la vérité dans cette matière, il fallait interroger ce qui se montre à la naissance.

Or, le plus souvent, les parents et les sages-femmes le disent d'une manière si positive, que je crois fermement qu'il y a un très-grand nombre de hernies ombilicales congéniales : vous vous rappelez que, pour les hernies inguinales, elles se présen-

taient, non pas au moment de la naissance, mais quelques heures ou quelques jours après. De plus, vous savez, messieurs, combien le péritoine est adhérent autour de l'anneau ombilical; il serait donc fort difficile qu'il se formât là un sac sous la seule influence des cris de l'enfant; il ne se forme pas non plus un sac pour les hernies inguinales du premier âge, celles que l'on appelle hernies inguinales congéniales. Pourrait-on dire que, dans les hernies ombilicales congéniales dont nous nous occupons en ce moment, il y a un véritable sac? Évidemment non, cela me semble complétement faux. Il n'y a là ni anneau ni collet, c'est une portion d'intestin qui prend domicile dans un doigt de gant formé par un excès de la peau qui recouvrait le cordon.

A tout prendre, cette hernie se fait peut être après la naissance, car la hernie de la ligne blanche, bien plus difficile encore, peut se former aussi chez les jeunes sujets.

Comment se fait cette hernie chez l'adulte? Cela est très-difficile à dire : je n'en ai jamais vu se développer à la suite d'un effort; cette hernie se fait lentement, doucement et spontanément comme les hernies de faiblesse.

Ainsi, hernies ombilicales au premier âge, l'anneau étant ouvert; plus tard, hernies ombilicales de faiblesse, se formant lentement.

Vous avez vu combien, avant l'âge de 30 ans, la hernie ombilicale est rare, car, si l'on retire les hernies congéniales, nous trouvons :

Chez l'homme, de 6 à 30 ans.	9	h. ombil.
— passé 30 ans.	55	—
Chez la femme, de 6 à 30 ans. . . .	13	—
— passé 30 ans..	92	—

La proportion de ces hernies est donc énorme pour l'âge de déclin qui commence vers 35 ans, ce qui semble bien indiquer que ces hernies sont surtout des hernies de faiblesse.

Les sujets qui portent des hernies ombilicales ont le plus souvent des hernieux dans leur famille.

Pour une très-grande partie des hernies ombilicales de l'adulte et quelquefois même chez de jeunes sujets, on trouvé d'autres hernies qui y sont combinées, comme si les parois abdominales cédaient partout : ainsi, sur 8 hommes atteints d'exomphale, j'en ai trouvé 5 qui étaient compliquées, 2 avec une hernie inguinale simple, 2 avec une hernie inguinale double, et une enfin avec une hernie de la ligne blanche.

À Bicêtre, sur 63 hernies ombilicales, il y avait :

33	h. omb. simples;	
28	—	avec une h. inguinale simple ou double;
1	—	avec une h. crurale;
1	—	avec h. crurale double, h. inguinale double et h. de la ligne blanche.

D'un autre côté, chez la femme, j'ai trouvé sur 15 hernies ombilicales :

7	h. omb. simples;	
4	—	avec une hernie inguinale;
2	—	avec une h. de la ligne blanche;
1	—	avec une h. de la ligne blanche et cystocèle;
1	enfin avec rectocèle.	

Vous voyez par ces chiffres que, chez l'adulte, ces hernies sont des hernies de faiblesse, cela est évident; et j'ai vu cette sorte de faiblesse comme congéniale se montrer chez de jeunes enfants; ainsi, j'ai vu une petite fille de 10 mois qui, à sa naissance, portait une hernie ombilicale et qui, neuf mois après, avait eu une hernie inguinale; une autre petite fille et un petit garçon étaient dans le même cas : sur ces 3 enfants, il y en avait 2 dont la hernie était héréditaire.

Ainsi, ce sont des hernies de faiblesse, qui se font spontanément, qui viennent généralement par l'hérédité ou causées par la grossesse, qui amène une faiblesse plus ou moins considérable des parois abdominales. Ces hernies se font lentement.

Sous quelle forme se présente la hernie ombilicale? Le volume peut varier depuis un pois jusqu'au volume de deux ou trois poings réunis.

Les hernies de l'enfance sont digitiformes; il y en a dont le fond du sac se développe, elles sont alors sphéroïdales, piriformes. Chez l'adulte et chez l'homme surtout, elles sont proéminentes, en pointes coniques, et restent le plus souvent petites chez l'homme.

Chez la femme, il y a une certaine forme de hernie que j'ai appelée *hernie trifoliée :* d'où vient cette forme singulière? Avant de discuter cette question, qui est importante, revenons sur un autre point de l'histoire des hernies ombilicales chez l'adulte.

Quand la hernie est congéniale, le doigt, porté à l'anneau, sent que la hernie est dans l'anneau même; on sent donc un cercle, pourquoi? C'est que l'on a là les trois vaisseaux ombilicaux qui vont se rattacher au bout du sac, ils laissent intact l'anneau ombilical et passent en dehors; on sent donc l'anneau libre partout : voilà pour les hernies congéniales.

Mais, quand on porte le doigt dans l'anneau d'un adulte hernieux, ce n'est plus la même sensation; la sensation que l'on perçoit est telle, que l'on croirait sentir la cicatrice de l'anneau ombilical au-dessous, et la hernie au-dessus; on dirait que la hernie passe au-dessus de l'anneau. Cela était à un tel point, que, pendant assez longtemps, j'ai douté si ces hernies chez l'adulte étaient bien ombilicales, c'est-à-dire, si elles passaient bien à travers l'anneau, ou si elles ne sortaient pas au-dessus. M. Cruveilhier, quand il était à la Salpêtrière, avait eu la même impression pour les hernies ombilicales des vieilles femmes, et il ne savait trop qu'en penser : il fit des autopsies, et il trouva que la hernie se faisait bien par l'anneau ombilical, et non pas au-dessus.

Sœmmering dit que, dans les cas qu'il a disséqués, il a trouvé que la hernie se faisait à travers une éraillure de la ligne blanche. Mais, combien en a-t-il disséqué? Car la hernie de la ligne blanche peut très-bien descendre jusqu'à l'anneau ombilical, et on la confondrait avec une hernie ombilicale. Mais généralement, ce résultat que donne Sœmmering est erroné.

Comment expliquer cette sensation que les hernies ombilicales donnent au doigt du chirurgien? A. Cooper, qui a failli y être pris lui-même, pense que la cicatrice de la peau, adhérant davantage au centre de l'anneau, la hernie ne peut se faire que sur les côtés : cela ne suffit pas; à mon sens, il y a deux choses : 1° La cicatrice des vaisseaux, qui, en général, reste plutôt à la partie inférieure de l'anneau; à la partie supérieure, il n'y a que la veine ombilicale; en bas, il y a les deux artères qui vont en convergeant; 2° si vous voulez bien examiner l'anneau, vous verrez qu'il se forme par l'entre-croisement quasi régulier des fibres de l'aponévrose de droite avec celle de gauche; cet anneau est arrondi, mais en même temps, sa partie inférieure est plus solide et plus épaisse que sa partie supérieure, qui va en s'amincissant, comme si elle voulait glisser sous la partie inférieure. Si donc vous explorez avec votre doigt, il semble bien qu'il y ait un anneau en haut, mais en bas, on le trouve plus solide et plus résistant. L'anneau étant composé de deux arcs de cercle, l'un supérieur et caché derrière l'autre, il semble que l'arc inférieur est seul appartenant à l'anneau, et que l'arc supérieur ou postérieur appartient à un autre anneau : il y a là une sorte de nid entre ces deux arcs de cercle. Outre cette saillie de la portion inférieure de l'anneau ombilical, on sent le plus souvent la saillie formée par la cicatrice des deux vaisseaux ombilicaux. Il y a donc en haut une sorte d'éraillure qui pourrait tromper et faire croire que la hernie ne passe pas par l'anneau, mais bien au-dessus. Je ne veux pas dire qu'il n'y a jamais de hernies de la ligne blanche à quelques millimètres au-dessus de l'anneau ombilical, mais c'est, à mon avis, le cas le plus rare.

En voyant les hernies ombilicales volumineuses trifoliées, je fus très-surpris de cette forme singulière; cherchant à me l'expliquer, je me dis d'abord : C'est une artère ombilicale qui vient d'un côté, l'autre de l'autre côté, et enfin, la veine ombilicale, et je croyais que les vaisseaux, s'allongeant hors du ventre, formaient cette saillie : je passais par-dessus cette difficulté, et je croyais tout simplement que cette forme était due à la disposi-

tion des trois cordons vasculaires, par rapport à la hernie. Il n'en est rien : je disséquai plus tard de ces hernies, et, en faisant tout à fait sortir la hernie, je trouvai les vaisseaux derrière l'anneau qui ne bougeait pas. D'où vient donc cette forme trifoliée qui ne manque presque jamais? et si je ne m'en rapportais à mon expérience, je dirais qu'il n'y a pas une hernie ombilicale volumineuse qui ne prenne cette forme. Ce sont des tractus fibreux qui semblent s'accoler à l'anneau, mois qui tiennent au fascia superficialis de l'abdomen, et qui forment trois loges à travers lesquelles passe la hernie; voilà d'où vient cette forme, sur laquelle les vaisseaux ombilicaux n'ont aucune influence. Lorsque vous disséquerez de ces hernies, vous verrez que cela tient uniquement à ces tractus fibreux superficiels, mais très-solides, qui partagent ainsi la hernie en trois lobes.

Non-seulement il est fort curieux de connaître cette disposition singulière, mais encore il y a là un immense intérêt pratique. Chez une femme à qui j'ai été obligé de faire l'opération de la hernie ombilicale étranglée, je fis un grand lambeau qui comprenait deux des trois loges de la hernie, et je les débridai largement, mais sans soulager la malade; la 3e loge était seule douloureuse, je portai donc mon instrument de ce côté, et je réussis à faire sortir la hernie de son étranglement. Chez cette malade, il y avait donc une seule loge d'étranglée sur les trois qui formaient la hernie, c'était donc un étranglement partiel d'une hernie volumineuse. Cela est excessivement remarquable.

Voilà pour la forme des hernies ombilicales.

Examinons maintenant quels sont les accidents de ces hernies.

Il y en a que les malades eux-mêmes ignorent, parce qu'elles sont petites et ne leur causent ni douleurs ni coliques. Si l'on voulait chercher parmi vous, messieurs, qui, Dieu merci, êtes assez nombreux dans cet amphithéâtre, il se pourrait bien faire que, sur un assez grand nombre, on trouve au bout du doigt une petite fente, un petit défaut de la cuirasse abdominale, au fond duquel on rencontrerait une petite saillie intestinale : cela se rencontre surtout chez les individus très-replets, qui ont leur grossesse épiploïque, le ventre est distendu, et l'anneau l'est aussi. Elles sont souvent indolores.

Quand elles sont très-volumineuses, les hernies ombilicales sont graves, car on ne peut plus les maintenir; il y a alors des tiraillements, des spasmes de l'estomac, parce que c'est le plus souvent de l'épiploon de l'arc transverse du colon qui forme ces hernies, et cet épiploon tiraille l'estomac. Il y a rarement de l'intestin grêle.

J'ai déjà dit qu'il y a quelquefois des adhérences dans ces hernies, j'ajouterai maintenant qu'il est très-rare de trouver ici un grand sac herniaire, parce que le péritoine est très-adhérent au pourtour de l'anneau ombilical. Vous avez tous été frappés de voir, dans vos dissections, la manière dont le péritoire est adhérent en ce point, le sac ne se forme donc pas ici comme dans les autres hernies, où il est formé par le déplacement du péritoine; ici il est distendu, très-aminci, et, comme il y a quelquefois des adhérences très-nombreuses entre l'intestin et le sac, il semble que les viscères forment à eux seuls la hernie, ce qui avait fait dire aux chirurgiens des XVIe et XVIIe siècles qu'il n'y a pas de sac péritonéal dans les hernies ombilicales : c'est une profonde erreur, le sac existe, mais il est mince et très-adhérent, et quand l'intestin adhère entièrement au péritoine aminci, celui-ci disparaît, on ne peut plus l'isoler, mais le sac n'en existe pas moins toujours.

Mais y a-t-il un rétrécissement du collet? Non : telle est du moins la réponse de la science actuelle; les étranglements sont rares dans ces hernies, et pourtant, s'ils se faisaient par les anneaux, c'est bien ici qu'ils se feraient, puisque c'est un anneau qui doit physiologiquement disparaître.

Lorsque la hernie ombilicale sort à l'extérieur, l'anneau se dilate, et comme la hernie, un peu volumineuse, est difficilement maintenue, il ne se forme pas de collet, l'anneau s'éraille de plus en plus, et, si l'on ne peut faire rentrer la hernie, ce n'est pas à cause du rétrécissement de l'anneau, c'est à cause des adhérences que la hernie a contractées avec l'anneau; enfin, on ne peut pas bien maintenir la hernie ombilicale, parce qu'on a là un anneau énorme.

Quant aux étranglements purs, je ne sais pas s'il s'en forme dans cette région; ce sont le plus souvent des pseudo-étranglements; ils sont toujours causés par le bord tranchant de l'anneau et non par le collet du sac; du moins, jusqu'ici, je n'ai pas eu connaissance de ce dernier mode d'étranglement.

Peut-on guérir la hernie ombilicale? Oui, quand c'est une hernie du jeune âge, et alors, quand on ne la guérit pas, il faut accuser l'ignorance du bandagiste et du chirurgien : voilà la règle.

Mais chez l'adulte, peut-on les guérir? Non-seulement l'art ne peut pas les guérir celles-là, mais la nature elle-même est ici tout aussi impuissante que l'art. Le pronostic, dans ces deux cas, est donc bien différent.

Comment guérit-on les hernies ombilicales du premier âge? Il y a des procédés opératoires, et enfin le bandage.

On presse le sac entre les doigts; on fait fuir le viscère qui est dedans, et on met une ligature sur le doigt de peau : c'est le procédé de Desaut. Il faut faire attention à ne pas lier une portion d'intestin dans ce sac cutané, on s'exposerait à tous les accidents de la gangrène intestinale. Quand la portion de peau gangrénée par la ligature est tombée, il reste une inflammation bénigne du péritoine qui le fait adhérer tout autour de la perte de substance, il y a une petite surface bourgeonnante à laquelle succède une cicatrice, et comme paroi ventrale en cet endroit, on a finalement la cicatrice du péritoine, plus celle de la peau.

Mais, quelquefois, on a beau serrer la peau, si l'enfant est gras et la portion de peau considérable, on ne peut pas serrer suffisamment la ligature, pour gangéner le tout en une seule fois. C'est pour ces cas que M. Bouchacourt a imaginé la ligature double avec un fil double, dont chaque moitié serre une moitié de la portion de peau à gangréner. Ce procédé est très-facile à exécuter.

Dans ces derniers temps, M. Chicoineau s'est avisé d'avoir de petits tasseaux de bois, comme ceux dont se servent les vétérinaires pour comprimer le cordon. Au lieu de serrer la peau dans la ligature, il place un tasseau de bois de chaque côté, et écrase le sac entre ces deux tasseaux : c'est une compression qui aboutit à la gangrène. Il s'est toujours bien trouvé de ce procédé, dit-il, tandis que la ligature lui a donné des accidents. Je crois qu'il n'en est rien; on peut donc faire une chose ou l'autre, et ce que l'on pourra faire de mieux encore, sera de s'abstenir de l'une et de l'autre. Mais si les parents vous poussent à bout et veulent absolument que vous fassiez une opération, alors vous pouvez faire ce que vous voulez. Rappelez-vous bien alors qu'il y a toujours du danger, car on n'est pas sûr que la péritonite ne sera pas sérieuse; cependant, les accidents ne sont pas en général très-graves, et, malgré cela, je déclare hautement que si l'un de mes enfants avait eu une hernie ombilicale, je ne l'aurais pas opéré.

Il s'agit donc de maintenir la hernie ombilicale réduite, à l'aide d'un bandage qui reste appliqué assez longtemps pour que l'anneau puisse revenir sur lui-même. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Compte rendu du Mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitale et la digitaline,

Fait à la Société des sciences médicales de Paris,

Par le Dr J. Lemaire.

(*Suite et fin. Voir les nos 97 et 98.*)

Avant de terminer ce Compte rendu, déjà bien allongé par mes réflexions, permettez-moi d'ajouter encore quelques faits qui ne pourront, je l'espère, qu'éclairer cette importante question de la substitution d'un principe actif à la plante qui le fournit.

Je vous ai dit que la digitale était composée de quinze substances organiques, indépendamment des composés minéraux que les auteurs y ont signalés. Plusieurs de ces substances qui sont le plus abondantes, telles que le digitalin, la digitalose et la digitalide, ont été expérimentées par

MM. Homolle et Quevenne. Ces substances n'ont produit aucun effet physiologique appréciable.

J'ai déjà soutenu, il y a onze ans, la question que je vais reproduire ici (*voir* Thèse de la Faculté de médecine de Paris, août 1843 : *Est-il utile d'associer ces médicaments*)? J'ai démontré par des faits que deux substances différentes, séparées d'une même plante, peuvent être inertes lorsqu'on les emploie isolément, tandis que réunies elles peuvent, sous la seule influence de l'eau, produire un des agents les plus actifs que nous connaissons. Par exemple, l'expérience démontre que l'amygdaline et l'émulsine, substances qui ont été séparées des amandes amères et d'autres plantes par la chimie, sont inertes lorsqu'on les emploie isolément, tandis qu'associées elles produisent instantanément, sous la seule influence de l'eau, l'un des poisons les plus redoutables, l'acide prussique! La myrosine et l'acide myronique, que M. Bussy a séparés des semences de la moutarde noire, sont à peu près inertes lorsqu'on les emploie isolément, tandis qu'associés, sous la seule influence de l'eau, ils donnent instantanément naissance à un médicament très-actif, l'huile volatile de moutarde. « C'est un fait bien constaté aujourd'hui, qu'un grand nombre de prin- « cipes immédiats des végétaux et des animaux ont isolément des proprié- « tés chimiques différentes de celles qu'ils possèdent lorsqu'ils sont unis à « d'autres principes qui les accompagnent dans les plantes d'où on les sé- « pare. Par exemple, tel principe qui est considéré comme la partie ac- « tive de la plante d'où on le tire, est insoluble dans l'eau, lorsque isolé « on le soumet à l'action dissolvante de cet agent, tandis que, associé « aux autres principes immédiats qui existent avec lui dans la substance « naturelle, il jouit de la propriété de s'y dissoudre. » (Thèse citée.) Ce qui est vrai pour l'eau est vrai pour d'autres dissolvants.

Nous avons vu, par les expériences de MM. Homolle et Quevenne, que la digitaline, qui est très-peu soluble dans l'eau, se trouve en grande quantité dans les produits de l'infusion et de la lixiviation par l'eau. D'un autre côté, ces messieurs nous apprennent que la digitaline est tellement unie au digitalin et à la digitalose, qu'il est à peu près impossible de les en séparer. « Cette union intime, non-seulement de ces quelques éléments, « mais encore de tous ceux qui composent la plante, indique autre chose « qu'un simple mélange ; il y a vraisemblablement combinaison de tous « les principes entre eux, et si je vous rappelle cette importante loi chi- « mique : Les composés ont des propriétés nouvelles et différentes des « composants (Thèse citée), vous reconnaîtrez avec moi que tous ces faits « parlent aussi bien haut contre la substitution absolue de la digitaline à « la digitale. »

J'ai démontré, dans ma Thèse inaugurale, que les effets thérapeutiques que l'on produit, en employant une substance organique telle que la nature nous la fournit (racine, feuilles, fleurs, fruits, etc.), ne peuvent être obtenus en employant un ou plusieurs de ses principes constituants. Les onze années d'expérience que j'ai acquise depuis la publication de ce travail, m'ont de plus en plus fortifié dans cette opinion : tout ce que je viens de dire sur la digitaline ne peut que m'y fortifier.

Chaque préparation que l'on fait subir à une plante, soit qu'on la traite par l'eau, l'alcool ou l'éther, donne des produits très-différents par leur composition. Ce que je vous ai dit pour les préparations de digitale se présente dans la plupart de celles qui ont pour véhicules d'extraction l'eau, l'alcool ou l'éther; aussi, ai-je toujours considéré chaque préparation pharmaceutique, qui a une même substance pour base, comme un médicament particulier qui peut produire quelques-uns des effets que détermine la plante mère, mais qui ne peuvent la remplacer d'une manière absolue. Ainsi, pour rester dans la question qui nous occupe, je considère la poudre de digitale, l'infusé, l'alcoolé, l'éthérolé et les différents extraits préparés avec ces vésicules, comme des médicaments différents au point de vue thérapeutique. J'en dirai autant pour la digitaline, qui représente encore bien moins la plante réduite en poudre que les diverses préparations dont je viens de parler.

Pour ne rien omettre d'important de ce qui est contenu dans ce livre, je vous dirai que la digitaline a été employée avec avantage par L. Corvisart et Laroche, contre la spermatorrhée ; M. Bouillaud a combattu avec succès des fièvres intermittentes avec ce médicament; Hervieux a trouvé qu'elle diminuait les souffrances des phthisiques; et M. Mandl a observé à peu près les mêmes effets, et de plus il a constaté qu'elle soulageait instantanément les malades atteints d'asthme idiopathique nerveux.

Pour résumer tout ce qui est contenu dans ce travail, je dirai :

1° Que les expériences de MM. Homolle et Quevenne, sur la digitale, jettent une vive lumière sur la composition relative des diverses préparations pharmaceutiques qui ont la digitale pour base ;

2° Que les expériences chimiques et physiologiques qu'ils ont faites avec la digitaline seront toujours consultées avec intérêt ;

3° Que la digitaline n'a aucun avantage sur la digitale, au point de vue de l'identité de composition;

4° Qu'au point de vue de l'action thérapeutique, la digitaline, d'après les faits connus, ne paraît pas produire sur la sécrétion urinaire les mêmes effets que la digitale ;

5° Que la digitaline, comme les diverses préparations qui ont la digitale pour base, doivent être considérées chacune comme un médicament particulier dont les effets rappellent ceux que produit la poudre de digitale, mais que l'on ne doit pas y substituer, si on veut produire une action identique ;

6° Que la digitaline est un médicament très-énergique, qui pourra peut-être rendre à la thérapeutique d'autres services que la digitale; mais c'est à l'expérience clinique prolongée à nous éclairer sur ce point;

7° Enfin, messieurs, et c'est par là que je terminerai, si j'ai un peu critiqué quelques points de ce travail, qui, comme je vous l'ai dit, est remarquable à tant de titres, je n'ai eu d'autre but que de défendre la digitale, qui a des droits acquis par près d'un siècle de grands services rendus à l'humanité !

Je vous propose de voter à MM. Homolle et Quevenne des remerciements.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Août 1854.

Présidence de M. Jobert (de Lamballe), *vice-président.*

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, qui met à la disposition de l'Académie cinq places à l'église métropolitaine pour la célébration du *Te Deum* à l'occasion de la fête du 15 août ;

2° Le même Ministre transmet un grand nombre de remèdes ridicules proposés contre le choléra ;

3° M. le docteur Perrussel (de Marseille) appelle l'attention sur la transformation fréquente de la *suette miliaire* en choléra foudroyant et préconise, à titre de *préventifs spécifiques*, le cuivre et l'ellébore ;

4° M. le docteur Remy, de Châtillon-sur-Marne, communique des renseignements sur la marche de l'épidémie dans sa localité ;

5° M. le docteur Noirot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dijon, signale comme un remède héroïque contre les accidents nerveux de la suette, l'emploi de l'éther ;

6° M. le docteur Wittmach, d'Otterlok près Hambourg, recommande le *bon café* et le *bon vin* rouge contre le choléra ;

7° Divers états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

— M. le docteur Giraud, de Marseille, présente une rectification de peu d'importance à sa formule contre le choléra.

— M. le docteur Girard, d'Eyguières, envoie une Note sur la marche du choléra dans son pays.

— M. le docteur Abeille adresse le résultat des expériences faites au moyen du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra à ses diverses périodes : nous avons publié ce travail. A l'occasion d'une réclamation de M. Bonnafont, M. Abeille ajoute à sa lettre d'envoi le paragraphe suivant : « Une appréciation toute de souvenir, en présence d'une méthode qui s'appuie sur des faits nombreux, authentiques, rigoureusement observés, ne mérite pas les honneurs d'une réfutation. »

Polydipsie.

M. Poggiale, professeur au Val-de-Grâce, adresse des recherches sur l'analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie. Nous publierons ce travail.

Huile d'iodure de fer.

M. le docteur Putégnat, de Lunéville, envoie un Mémoire intitulé : *Recherches sur la valeur thérapeutique de l'huile de proto-iodure de fer* de Gille. Nous avons déjà publié, d'après la *Presse médicale,* un long extrait de ce travail.

Cancer.

M. le docteur Mérier, de Saint-Dizier, communique une observation d'affection cancéreuse de la région hypochondriaque gauche, suivie de mort et de l'autopsie. (Comm. M. Barth.) — Nous publierons ce fait intéressant.

Médecine opératoire des tumeurs.

Réclamation de M. Chassaignac à propos du procédé opératoire mis en usage par M. Maisonneuve sur la malade qu'il a présentée à l'Académie dans la dernière séance.

Injecteur.

Réclamation de M. Charrière père, relativement à l'appareil à injection présenté par M. Falconi. M. Charrière a, dit-il, exécuté cet appareil dès 1834, et il l'a fait figurer dans son catalogue.

Voies urinaires.

M. Guillon communique une observation d'excroissances polypiformes et granulations de l'urètre avec tumeur développée dans le verumontanum, maladie suivie de guérison.

— M. Guiraud, pharmacien à Châlon-sur-Saône, adresse une Note sous ce titre : *De l'analyse des eaux de la Saône et de celle des eaux des villages de Culles, de Saules, de Bissey-sous-Cruchaut, sous le point de vue de leur action sur l'économie.* (Comm. de l'*Annuaire des eaux de la France.*)

LECTURES.

Opération césarienne.

M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hôpital de Dunkerque, donne lecture d'un Mémoire sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne, à l'occasion d'un double fait d'opération césarienne pratiquée à seize ans d'intervalle sur la même personne. (Comm. MM. Dubois, Danyau et Depaul.)

RAPPORTS.

Propriétés antiseptiques de l'iode.

M. Chatin lit sur ce sujet un Rapport que nous publierons plus tard.

Médication ferrugineuse.

M. Bouchardat lit la première partie d'un Rapport sur un Mémoire de M. Quevenne, relatif *à la médication ferrugineuse.*

La suite est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 4 heures et demie.

THÉRAPEUTIQUE.

De la cure radicale du trichiasis, sans opération chirurgicale.

M. le docteur Duval indique, dans les *Annales d'oculistique*, un moyen de guérir le trichiasis, qu'il a déjà mis en usage un bon nombre de fois et qui, selon lui, est aussi simple dans son application qu'il est sûr et certain dans ses résultats. Voici ce qu'il dit : j'éloigne autant que possible du globe de l'œil la paupière où se trouvent les cils déviés; ainsi espacé, j'enduis avec du sulfure sulfuré de calcium le bord libre de la paupière, dans tout sa longueur, si les cils déviés la comprennent en totalité; ou seulement la partie de la paupière où siége l'affection, s'il n'y a que quelques cils dérangés dans leur direction. Ce composé chimique est laissé en place de quatre à six minutes, puis je l'enlève avec légèreté au moyen d'un linge mouillé, et je lave à grande eau les parties qui ont été enduites, lesquelles se trouvent alors totalement dénudées de tout poil. Nous avons eu l'occasion d'essayer cette pâte épilatoire sur sept malades, et nous avons obtenu de suite, à la minute, sept guérisons aussi complètes que possible, et qui se soutiennent depuis plusieurs mois.

(*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

Emploi de la traumaticine contre les affections invétérées de la peau.

On a donné le nom de traumaticine à la solution de gutta-percha dans le chloroforme. Le docteur Eulenburg, de Berlin, s'en est servi dans un cas de psoriasis invétéré et dans un cas d'eczéma, deux formes de maladie cutanée rebelles, comme on sait, à la plupart des médications. Le traitement consiste à enduire les surfaces malades de la liqueur; elle y forme une pellicule solide, luisante, qu'il faut renouveler dès qu'elle se fendille.

(*Allgemeine medizinische Central-Zeitung.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Un marchand de vins chirurgien.* — Il nous a suffi de signaler à la constante et active sollicitude de M. le Préfet de police les *comptoirs électriques*, pour que ce haut fonctionnaire ait immédiatement pris les mesures que commandait l'intérêt de la morale et de la santé publique. Nous espérons que l'honorable magistrat ne se montrera pas moins empressé à réprimer les faits qui se passent dans la boutique d'un marchand de vins, située dans la maison n° 245, rue Saint-Martin. Là se donnent, presque tous les soirs, des consultations publiques, et, ce qui est plus fâcheux, là se pratiquent des opérations, des ouvertures de panaris en particulier, qui peuvent sérieusement compromettre les fonctions des membres et même la vie. Les malades des deux sexes sont admis aux consultations que le maître du logis leur donne gratuitement, sauf à se rattraper, quand il peut, sur la consommation des petits verres. H. de Castelnau.

— La Commission municipale de Paris a statué, dans sa séance du 16 août, sur le budget de l'Administration de l'assistance publique pour l'exercice 1855. Ce budget est calculé sur un nombre de lits évalué à 170,205, et présente les résultats ci-après :

Recettes ordinaires, y compris une subvention de 5,827,054 fr. payée par la ville de Paris........	15,163,890
Recettes extraordinaires, y compris la subvention de 1,301,150 fr. à la charge de la ville.........	2,056,150
Ensemble...........	17,220,040

somme représentant également le montant en prévision des dépenses à faire pendant l'exercice.

Comme on le voit, le budget de cette grande et belle Administration de l'assistance publique de la ville de Paris égale celui d'un petit État. Il ne nous est pas permis d'en discuter ici la répartition, qui d'ailleurs, nous devons le dire, est faite en général avec une grande intelligence et surveillée avec beaucoup de zèle. Mais nous espérons faire voir ailleurs comment il serait possible de l'améliorer, dans le double intérêt du trésor de l'Administration et de la santé du peuple.

— *Nouvelles du choléra.* — Rien de particulier à Paris, depuis notre dernier bulletin. Dans la plupart des localités des départements, l'épidémie est en voie de décroissance; cependant, dans quelques-unes, il tend à s'accroître, et en particulier à Rouen, où la maladie s'était déjà manifestée, mais dans des proportions insignifiantes, dès la fin de mai. Pendant ce mois, il y avait eu 1 décès; en juin, il y en eut 9; en juillet, 13; et dans les quinze premiers jours d'août, il y en a eu 17. C'est encore là, d'ailleurs, une proportion peu inquiétante. — Nous avons le regret d'annoncer qu'en quittant l'Asile de Saint-Dizier, l'épidémie a atteint le père de l'honorable médecin de cet établissement, M. Merrier, et que l'état du malade ne laisse que peu d'espoir au moment où la nouvelle nous a été transmise. — A toutes les localités de l'Orient que nous avons signalées comme envahies par l'épidémie, la télégraphie privée (*voir* la *Presse* du 17 août) ajoute Sébastopol, où, d'ailleurs, la maladie semble ne sévir que très-modérément. — Le *Corriere mercantile* donne les renseignements suivants : « Il y a eu pendant une semaine, à Gênes, jusqu'à 70 cas de choléra par jour. Depuis deux jours, il n'y a plus que 8 à 10 cas, et depuis vingt-quatre heures, seulement 3 ou 4.

— Le très-honorable M. des Alleurs, dont nous avons récemment annoncé la mort, a été remplacé dans ses fonctions de médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, par M. Ballay, médecin-adjoint; M. le docteur Lévesque, chirurgien-adjoint à l'Hospice-Général, a été nommé médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur C. Ballay, et M. le docteur Aubé, ancien interne des hôpitaux, a été nommé chirurgien-adjoint à l'Hospice-Général, en remplacement de M. Lévesque.

— En attendant que des informations particulières nous permettent de donner des renseignements plus circonstanciés sur le fait suivant, nous croyons devoir le publier, tel que le rapporte la *Presse :*

« *Loire.* Dans un petit hameau voisin de Saint-Étienne et composé de dix ou douze maisons, une vache est morte du charbon : trente-six habitants ont eu l'imprudence d'en manger; douze avaient déjà succombé et plusieurs autres étaient à l'agonie. Les autorités, accompagnées de plusieurs médecins, s'y sont rendues immédiatement. »

— *Nominations dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.* — Aux promotions que nous avons déjà publiées, nous devons ajouter les suivantes. Ont été nommés chevaliers : MM. *Jarjavay,* chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, etc. — *Alibert,* médecin inspecteur des eaux thermales d'Aix (Ariége). — *Desguerrois,* médecin des épidémies du département de l'Aube. — *Fontaine,* chirurgien de 1re classe de la marine. — *Poupeau,* id. — *Laure,* id. — *Gaigneron,* id. — *Duprat,* chirurgien de 2e classe. — *Dureau,* chirurgien aide-major en retraite. — *Huet,* ancien chirurgien major. — *Paillette,* aide-major en retraite.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen raisonné des prodiges récents d'Europe et d'Amérique, notamment des tables tournantes et répondantes, par un philosophe. — In-8 de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50 c. — A Paris, chez Vermot, quai des Augustins, 33.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 100. 2e année. Mardi 22 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

De quelques objections faites au traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

Notre méthode de traitement du choléra par le sulfate de strychnine devait naturellement susciter, dans la presse médicale, des débats tout scientifiques : nous nous y attendions.

Il n'en a pas été tout à fait ainsi. A des articles sérieux, résultat d'une pratique qui s'est appuyée, dans ses expérimentations, sur toutes les lois de la prudence et de la morale, qui s'est soumise à toutes les exigences de la discipline qui régit la médecine militaire, on a répondu, d'un côté, par des allégations gratuites et par des attaques à l'honorabilité de notre caractère.

D'autre part un écrivain qui, à une autre date, à l'occasion de la fameuse discussion sur la syphilisation, n'a pas craint d'approuver les expérimentations d'inoculations multiples du virus syphilitique sur l'homme, de les encourager même, s'est pris d'un amour subit pour l'humanité. En face d'un fléau dont chacun connaît les ravages et dont personne n'ignore les faibles digues qu'a pu lui opposer jusqu'alors la science, il a débité avec aplomb et d'un ton quelque peu courroucé, des paradoxes comme vérités scientifiques, pour détourner d'une médication qui vient de faire ses preuves et qui les poursuit, et pour faire démolir par les confrères au sein de leur clientèle, de fallacieuses espérances qui *peuvent entraîner les plus grands malheurs.* Remarquez ceci, lecteurs ; sans être autorisé par un seul fait positif, cet écrivain ne redoutait aucun malheur des suites de l'inoculation du virus syphilitique soixante fois répétée sur le même sujet ; et aujourd'hui, sans preuve, en face de faits très-rigoureux et très-confirmatifs au contraire, il blâme, il fait pousser à la démolition d'une méthode qui pourrait conduire aux plus grands malheurs. O esprit humain, tu seras donc toujours le même !

Deux mots de réponse aux paradoxes et point à la diatribe, au médecin et point au déclamateur.

Où diable le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* a-t-il été chercher que, théoriquement, les effets connus du sulfate de strychnine sur l'organisme n'ont absolument rien qui réponde aux indications fondamentales du traitement ? Dans sa cervelle, à coup sûr !

La strychnine, si les expériences du célèbre professeur M. Claude Bernard ne sont pas fausses, exerce une action directe sur les nerfs sensitifs, et n'agit que par action réflexe sur les nerfs moteurs. Voilà ses effets connus sur l'organisme.

Si les accidents cholériques primitifs, et non les lésions consécutives, dépendent d'un défaut d'excitation de la part des nerfs sensitifs, le remède devait être naturellement dans le sulfate de strychnine. Voilà pour la théorie.

Expérimentalement, il y a aujourd'hui, n'en déplaise au très-honorable rédacteur, plus de 150 faits bien rigoureux, bien authentiques, qui répondent des résultats annoncés, y compris les faits de l'honorable M. Sée, qu'on a voulu nous opposer comme contraires à notre doctrine.

Si l'honorable rédacteur veut se donner quelque peu la peine de venir voir comment nous pratiquons, comme il était de son devoir de le faire avant de prendre la plume par inspiration, nous lui promettons de le renvoyer converti.

Que parle-t-on tant de malheurs ! On avait placé dans la bouche de deux hommes, dignes de foi en tous points, la narration de deux faits de mort par le sulfate de strychnine. Nous avons poussé à la publication de ces deux observations dans la *Gazette des Hôpitaux,* et, la première vérité qui ressort, c'est que, ni ni le professeur Grisolle, ni M. de Saint-Laurent, son suppléant, n'ont observé les deux faits en question.

L'observation en est due à un interne, dont nous apprécions le premier tout le mérite, mais enfin, à un interne.

Or, en face de plus de 150 cas, traités par deux médecins des hôpitaux, M. Sée et nous, qui n'ont jamais été suivis du moindre accident, ces deux observations, surtout avec les détails qui les accompagnent, ne prouvent absolument rien.

Dans la 1re observation, le malade, très-algide, aurait eu les accidents tétaniques après la troisième cuillerée d'une potion à 125 grammes, avec 0,05 de sulfate de strychnine, c'est-à-dire, après avoir pris un peu moins du quart de la potion, soit 0,01 du médicament.

Dans la seconde, où il s'agit aussi d'algidité très-grande, c'est encore après la troisième cuillerée que les accidents arrivent ; mais cette fois, la potion, à 120 grammes, ne contient que 0,02 de sulfate de strychnine. Or, un peu moins du quart de 0,02 du médicament a été consommé, soit 0,005. Et c'est avec des doses semblables qu'on fait tuer un malade, quand elles ne feraient rien sur un homme bien portant. Que dira M. le rédacteur Duvernois qui, muni d'expérimentations, est venu, dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, prouver qu'il n'y a plus d'absorption dans l'algidité avancée du choléra, et que c'est pour ce motif qu'on guérit tout autant par un moyen que par un autre, ou plutôt qu'on ne guérit pas du tout ! Nous lui laissons le soin de la réfutation de ces deux faits, si toutefois il veut s'en donner la peine pour soutenir sa cause.

Si, comme nous, on avait, en donnant le médicament, et pour suivre notre méthode, fait une application de 20 à 30 sangsues sur la poitrine, afin de vider les capillaires et favoriser l'absorption, nous aurions pu avoir un instant de doute ; mais non, on ne l'a pas même fait.

Ce qu'on a observé, c'est ce qu'on observe assez fréquemment

dans le choléra algide, ce que deux honorables confrères qui suivaient nos malades en ville, il y a trois jours, ont pu apprendre de la bouche des parents de deux cholériques décédés à la suite de traitements bien innocents, et qui ont expiré dans un état de roideur tétanique. Mais voici un fait d'avant-hier, qui est venu comme à point, et que nous avons fait vérifier par un savant académicien :

Rue de la Pépinière, n° 58, troisième escalier à gauche, un jeune garçon de 3 à 4 ans, le fils Pénot, avait eu, dans la journée du 17 août, trois à quatre selles liquides et deux ou trois vomissements; il avait continué à se lever. Le soir, à six heures, deux nouvelles selles et un vomissement. Sa mère donne de l'eau de riz et ne consulte point. L'enfant se couche, dort assez bien jusqu'à trois heures du matin. A cette heure, il y a de nouveau trois selles liquides coup sur coup, deux vomissements, refroidissement et teinte cyanique, crampes. On vient nous appeler, pour la première fois, à cinq heures et demie du matin. Nous arrivons dix minutes après; nous trouvons l'enfant dans des convulsions tétaniques, qui durent depuis un quart d'heure ; son corps et ses membres sont roides; son cou, roide aussi, est renversé en arrière, et les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre ; les yeux, ternes, sont convulsés, et la mort survient cinq minutes après, sans que nous ayons rien fait. Si cet enfant avait pris de la strychnine, le cas eût été pendable (1).

Nous en avons fini avec toutes ces chroniques d'à-propos. Qu'on se conforme strictement à la méthode, et le maniement de ce médicament sera sans danger. Nous ne répondrons plus à aucune attaque directe ou indirecte. Le public médical est en possession de la méthode, c'est à lui d'agir. Riche de nos observations, sûr de ce que nous avons vu, nous attendrons la publication des faits des praticiens pour prendre une dernière fois la plume, et faire comme dans une autre occasion, à propos des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Après trois ans de lutte et de patience, nous avons fait courber tous les faits sous l'inflexibilité de la logique, et nous avons inscrit dans la science un traitement nouveau que tous les chirurgiens sont heureux de suivre aujourd'hui.

Depuis nos publications, un travail sérieux, consciencieux, émané d'un médecin dont le talent n'est contesté par personne, a été publié dans divers journaux. Ce travail de l'honorable M. Sée, on a voulu nous l'opposer comme infirmant les résultats fournis par notre méthode. Nous commençons par remercier franchement M. Sée, et si son observation a porté sur des faits aussi positifs que les nôtres, et surtout aussi graves, ce dont nous ne pouvons douter, puisqu'il le dit, nous sommes heureux qu'il l'ait mis à jour, car il ne nous servira pas peu à une démonstration ultérieure et sans réplique.

Nous n'avons pas à le discuter en ce moment; nous nous bornerons à le recommander à la méditation des hommes sérieux qui en comprendront vite toute la portée.

M. Sée a traité, d'avril au 10 août, 47 cholériques par le sulfate de strychnine, 31 cas très-graves et 16 cas moyens ou légers.

Dans les 31 premiers, notre honorable confrère a obtenu 12 guérisons; les 16 autres ont guéri *tous* dans l'espace d'un à six jours.

Ceci donne un total de 28 guérisons sur 47.

Au 17 août, jour où a paru le travail de notre honorable confrère, il y avait eu d'admis, dans les hôpitaux civils de Paris, où il exerce, 4,835 cas.

Sur ce nombre, il n'y avait que 1,834 guérisons (*voir* la situation de ce jour pour les hôpitaux.)

M. Sée a donc obtenu 17 pour cent de guérisons de plus que les autres. Sous ce seul point de vue, ce traitement ne devrait souffrir aucune difficulté dans son adoption générale. Mais ce n'est pas là notre horizon, qui serait beaucoup trop borné. Que M. Sée fasse comme nous, qu'il continue à traiter de cette manière jusqu'à la fin de l'épidémie, et nous lui prouverons toute la portée de notre méthode.

(1) La mère de l'enfant a été prise d'accidents cholériques le jour même.

Nos faits ont subi presque tous un contrôle officiel, soit à l'hôpital, soit en ville : ils sont donc sans réplique quant à leur véracité. Personne ne peut en dire autant que nous.

A l'heure qu'il est, nous avons traité, par notre méthode, 118 cas de choléra; sur ce nombre, 86 sont graves, et 33 sont légers ou moyens, dans le genre des 16 de M. Sée. Nous n'avons commencé à traiter les cas moyens et légers que plus tard, après nous être assuré du traitement sur 49 cas graves.

Des 86 cas graves, 41 ont guéri.
Des 33 cas légers ou moyens, 32 ont guéri.
En somme, sur 118 cas, nous avons 73 guérisons.

Ceci répond aux sourdes calomnies colportées contre nous, par un parti qui dit tout bas partout et à qui veut l'entendre, que nous tuons tous nos malades.

Si nous avions, dès le commencement, traité tous les cas de tous les degrés, la proportion de la mortalité, qui est de 39 pour cent serait descendue à un chiffre beaucoup plus bas (1). Aussi quand l'épidémie sera terminée, on verra à quel résultat nous serons arrivé. La mortalité a varié suivant les moments. Pour n'en donner qu'un exemple, du 29 au 31 juillet inclus, nous avons eu 16 cas grave[illegible], dont 8 sont morts. C'était le moment le plus terrible de l'épid[illegible]mie. Sur ce nombre de 16, il y en a 4 qui ont expiré de un[illegible]oléra. [illegible]d'heure à trois heures après leur entrée, c'est-à-dire a[illegible] quar[illegible] nous ayons pu traiter ou quelques instants après a que[illegible]mmencé; nous ne défalquons pas ces cas, quoiqu'ils ne pu[illegible] rien prouver contre nous. Dans notre total figurent 6 enfants [illegible] 15 mois à 12 ans : pas un des enfants n'a succombé. Y a-t-il une réponse plus nette à faire à ceux qui se plaisent à crier tout haut que ce traitement expose à de graves dangers? Si quelqu'un doit être exposé à l'intoxication par la strychnine, aux accidents tétaniques, ce sont à coup sûr les enfants. Mais laissons là les chimères inventées pour les besoins de la cause, et qu'aucun fait positif ne vient justifier, en face de 165 cas traités par deux médecins des hôpitaux, et où il n'y a jamais eu d'accident.

En réunissant aux nôtres les 47 cas de notre confrère, M. Sée, nous avons un total de 165 malades, qui ont été traités par le sulfate de strychnine. Sur ce nombre, il y a eu 101 guérisons et 65 décès. Ces résultats sont-ils assez nets, assez clairs, et parlent-ils d'eux-mêmes, oui ou non?

Sur les 16 cas légers ou moyens de M. Sée et les 33 nôtres, total 49, il n'y a eu qu'un décès. Ceci prouve, tout bonnement et simplement, qu'en attaquant de bonne heure le choléra par le sulfate de strychnine, aussitôt que les premiers phénomènes se manifestent, on guérit 48 fois sur 49. Or il est démontré sans réplique que le choléra débute au moins, 35 fois sur 40, par la diarrhée caractéristique, selles liquides, blanchâtres et coup sur coup. Si, par des mesures toutes spéciales, on parvenait à faire traiter tous les malades à cette période, de combien ne réduirait-on pas le chiffre de la mortalité !

On nous répondra qu'il y a des cas qui marchent avec une très-grande vitesse. Nous le savons; eh bien! ces cas réunis à ceux dits sidérants ne pourraient pas encore arriver à la proportion d'un tiers. Or si, sur ce tiers, nous guérissons les deux cinquièmes au moins, et cela est prouvé ; si, sur les deux autres tiers, nous guérissons quarante-huit fois sur quarante-neuf, nous demandons si la thérapeutique n'aura pas fait un progrès immense.

Ce qui ressort de plus net des observations de M. Sée et des nôtres, c'est que, en dehors des cas graves, on guérit quarante-huit fois sur quarante-neuf, et cependant, l'honorable M. Sée est arrivé, avec des chiffres aussi précis que les nôtres, à des conclusions différentes. Nous répondrons à cela qu'il n'y a que manque de logique dans ses conclusions, et qu'il est irrévoca-

(1) On voudra bien tenir compte que nous n'avons administré la strychnine pendant plus de quatre mois de l'épidémie, qu'aux cas très-graves. La proportion de ces cas étant à tous les autres comme 1 est à 7, au moins; on peut juger, dès à présent, quelle serait la proportion des décès, aujourd'hui, si nous avions traité tous les cas en général, de la même façon, la mortalité sur 33 cas moyens ou légers étant d'un 33e.

blement démontré que le sulfate de strychnine qui, dans tout autre circonstance, les entéro-colites, les diarrhées par indigestion, par fièvre typhoïde, etc., suscite des convulsions, n'arrête pas, aggrave même la maladie, jouit ici d'une spécificité remarquable, puisque dans cette circonstance elle arrête les phénomènes morbides sans susciter des crampes, quand elle en suscite à l'état physiologique ou dans d'autres états pathologiques.

M. Sée dit qu'elle ne jouit d'aucune propriété spéciale; mais comment a-t-il fait pour guérir entre un et six jours ses 16 cas moyens et 12 de ses 31 cas graves? De deux choses l'une, ou il a guéri avec d'autres moyens concurremment employés, ou il a guéri avec ce médicament seul. S'il a guéri avec ce médicament seul, il ne lui reste qu'une voie pour échapper au contresens, c'est de dire qu'il a guéri malgré lui.

Mais laissons là ces discussions, oiseuses aujourd'hui. Plus tard, comme nous l'avons dit, nous ferons tout courber sous l'inflexible logique. Ce qui importe en ce moment, c'est que les médecins praticiens sachent que c'est surtout au début que la méthode est souveraine, comme le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes simples, — que, dans les cas algides, ils sauveront avec elle au moins deux cinquièmes des malades, c'est-à-dire une fois de plus que dans la fièvre pernicieuse algide avec le sulfate de quinine, et, qu'avant tout, il faut donner le médicament avec méthode, ce que, malheureusement, on ne fait pas toujours. Voudrait-on objecter qu'on guérit presque toujours les cas légers ou moyens par les autres traitements? Voici ce que nous avons à répondre : dans 21 cas de cholérine traités par l'ipéca et l'opium, l'opium seul, les purgatifs salins et l'opium, nous avons vu six fois les accidents passer outre pour arriver au degré le plus grave. Ces 6 cas figurent parmi nos 44 observations envoyées à l'Académie. Depuis, nous avons vu deux fois sur six la même chose se reproduire. Dans nos cas légers ou moyens, traités par le sulfate de strychnine, nous n'avons jamais vu ces accidents aller au delà. Il paraîtrait que M. Sée ne l'a pas plus vu que nous, puisqu'il a guéri seize fois sur seize.

Terminons cet article par quelques conseils aux praticiens, et surtout aux praticiens de province, qui ne peuvent dissimuler sous l'élasticité des statistiques leurs insuccès, connus des parents des malades, des voisins, de leurs confrères. Nous pourrions réunir un nombre de lettres publiées dans les journaux de médecine par plusieurs d'entre eux, et dans lesquelles ils annoncent : que sur 32 cas, il y a 30 décès ; sur 64, 60 décès; etc., etc.

Nos confrères n'ont pas de méthode de traitement sur laquelle ils puissent s'appuyer, puis qu'aucune méthode sérieuse n'a pu, jusqu'alors, s'imposer à la pratique.

Celle par le sulfate de strychnine se présente avec 165 cas à l'appui, dont ils connaissent complétement les résultats à l'heure qu'il est. Qu'ils suivent cette méthode, mais en s'y conformant strictement et non à moitié, c'est le plus sûr moyen de réussir. Qu'ils ne fassent pas surtout comme d'autres qui, après avoir essayé quatre à cinq médications différentes dans un même cas, donnent le sulfate de strychnine *in extremis*, et se trouvent tout étonnés ensuite de perdre un malade déjà irrévocablement voué à la mort.

Voici les conseils que nous leur donnons :

Dans tous les cas, légers, moyens, graves, tenir le ventre chaud, et donner sans restrictions les boissons chaudes, l'infusion de feuilles d'oranger par-dessus toutes les autres.

Après chaque prise de la potion, faire avaler aux malades un petit morceau de glace ou quelques gouttes d'eau froide, pour empêcher le vomissement. Si le médicament est rejeté avant 10 minutes, faire ingérer immédiatement une nouvelle prise.

Dans les cas graves, il faut entourer les malades de couvertures de laine, sans linge sur le corps, pour éviter le refroidissement quand la sueur arrive. Il faut aussi, dans ces cas, user des frictions sèches sur toute la surface du corps, pour chercher à réveiller un peu de circulation capillaire, appliquer de 15 à 30 sangsues autour de la ceinture pour faire un vide dans cette circulation, et favoriser ainsi l'absorption presque anéantie alors, autant que pour empêcher les foyers apoplectiques pulmonaires quand la circulation rebondira.

Dans les cas légers et moyens, presque toujours les choses se passent d'une manière fort simple, et, sous l'influence du sulfate de strychnine, les phénomènes retrocèdent sans accident posthume.

Dans les cas graves, au contraire, il y a toujours des écueils à redouter lorsque la réaction s'est établie. Il arrive alors que les malades tombent dans la somnolence, pour marcher vers le coma et la mort. Il faut tirer du sang, et par la veine et localement, quand cet état se dessine; il faut même saigner, dès que la réaction arrive, pour le prévenir.

Quand les évacuations sanguines ne conjurent pas le danger, les vésicatoires, surtout le très-large vésicatoire en calotte sur la tête, offrent de grands avantages.

Les sinapismes souvent répétés sur les membres sont utiles.

On doit continuer les boissons chaudes, en donnant quelque peu d'eau fraîche ou d'eau de Seltz par intervalles; mais il faut surtout alors, et en même temps qu'on agit à l'extérieur, donner les toniques à l'intérieur. — Une potion avec 3 grammes de teinture de quinquina et 1 gramme de teinture de cannelle, une ou deux fois par jour.

Nous parvenons maintenant, par ces moyens, à arracher à la mort bon nombre de malades qui tombent dans l'état torpide, état contre lequel ne peut plus rien le sulfate de strychnine, puisqu'il résulte d'hypostases sanguines consécutives.

Il est des malades qui, après que les vomissements et la diarrhée cholérique ont cessé, et pendant qu'ils sont en réaction, ont des vomissements ou des selles bilieuses verdâtres, ou tous les deux à la fois. Il ne faut pas craindre, dans ces cas, de donner l'ipéca pour faire vomir, ou le sulfate de soude pour purger.

Enfin, durant la réaction, on fera bien de donner plusieurs bains chauds, avec la précaution de tenir des compresses d'eau froide sur la tête des malades.

On doit donner le sulfate de strychnine dans 60 grammes de solution de gomme, sans autre addition, pour qu'on puisse juger de son goût franchement amer. — Pour les enfants, il faut ajouter du sirop et un peu d'eau de fleurs d'oranger.

Dans la cholérine, on donne 0,01 de sulfate de strychnine, à prendre en quatre fois dans quatre heures, et on répète le lendemain, si les accidents continuent.

Dans le choléra moyen, on donne 0,015 par jour.

Dans le choléra grave, de 0,02 à 0,03, et on répète matin et soir, dans l'espoir de saisir un moment où l'absorption se fera.

Dès qu'il y a réaction commençante, il faut diminuer hardiment les doses, et cesser tout à fait ensuite, quand elle est établie.

Les femmes et les enfants méritent plus de surveillance.

Nous donnons aux enfants de 15 mois à 3 ans, de 0,002 à 0,004, à prendre en vingt-quatre heures. Pour ceux de 4 à 12 ans, de 0,004 à 0,008.

ABEILLE.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Saint-Louis. — M. CAZENAVE.

Hypéresthésie de la peau. — Prurit, lichen, prurigo.

Leçon recueillie par M. le Dr CHAUSIT, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Les affections prurigineuses de la peau ont formé, dans la classification de Willan, le groupe des papules, c'est-à-dire qu'elles étaient caractérisées généralement par de petits *boutons* pleins, ne contenant ni sérosité ni pus, accompagnés d'un prurit plus ou moins intense.

Ces affections correspondaient à deux formes principales : le *lichen* et le *prurigo*.

Le lichen se subdivise en plusieurs variétés. Caractérisé par des papules très-petites, agglomérées, peu enflammées, avec un

prurit médiocre, il constitue le *lichen simplex,* forme variable, selon qu'elle existe à l'état aigu ou à l'état chronique. Dans le premier cas, les papules sont rouges, accompagnées quelquefois d'un sentiment de chaleur, de cuisson; elles se terminent par résolution et par desquamation en deux septenaires au plus. Dans le second cas, les papules sont ordinairement de la couleur de la peau; elles restent stationnaires et peuvent persister indéfiniment.

L'éruption papuleuse peut se développer avec des symptômes d'inflammation plus marquée. Les papules sont plus confluentes; elles se déchirent à leur sommet sous l'action des ongles : c'est le *lichen agrius* qui donne alors lieu à la formation de squames ou même de petites croûtes. La peau est tuméfiée; les points affectés sont le siége d'un prurit violent mélangé de cuisson, qui peut devenir assez intense pour constituer un supplice insupportable.

Certains caractères particuliers à l'éruption ont fait admettre d'autres variétés du lichen. Ainsi, on a décrit le *lichen circumscriptus* dans lequel, au lieu d'être disséminées, les papules sont agglomérées en plaques plus ou moins bien circonscrites, quelquefois arrondies, qui vont en s'agrandissant par un mouvement d'extension excentrique, de manière à laisser, dans quelques cas, le centre sain. Cette forme peut se présenter d'ailleurs sous les deux types principaux du lichen, c'est-à-dire à l'état *simplex* et à l'état *agrius.*

On a admis un *lichen pilaris,* remarquable par un prurit très-intense : un *lichen lividus,* développé sous l'influence de certaines conditions individuelles, qui font que chaque papule est compliquée d'un épanchement de purpura; un *lichen tropicus,* qui devrait ce nom à ce qu'il se développe sous certaines latitudes; enfin, un *lichen gyratus,* qui aurait pour caractère particulier une disposition en traînées plus ou moins régulières, comme rubanées.

Le prurigo se divise en deux espèces principales : le *prurigo mitis* et le *prurigo formicans,* qui semblent n'être que deux degrés différents de la même affection. Dans le premier, les papules sont plus petites, assez largement répandues, avec un prurit moindre : dans le second, elles sont plus larges, plus rares, elles sont accompagnées de démangeaisons beaucoup plus intenses.

On a décrit un *prurigo senilis* ou *pedicularis* qui serait particulier aux vieillards et qui serait compliqué de la production de poux dont la présence viendrait augmenter encore le prurit.

Telles sont les données graphiques qui avaient servi de base à l'étude des maladies papuleuses dans la classification de Willan et de son école, qui, dans un but que nous avons souvent signalé, s'était proposé surtout de bien préciser les lésions élémentaires. Depuis, et prenant cette connaissance comme un point de départ nouveau, M. Cazenave s'en est servi pour rechercher le siége anatomique, et, par suite, pour apprécier la nature de ces maladies curieuses à tant de titres. C'est ainsi qu'éclairé par l'observation clinique, et tout en conservant la description graphique de Willan et de Biett, il a placé le siége des affections papuleuses dans le corps papillaire. Cette opinion emprunte un caractère de vérité palpable, si l'on peut dire ainsi, à cette circonstance que, chez un grand nombre de malades, on peut aisément constater le passage de la papille à l'état de papule, phénomène qui a permis de dire que celle-ci n'était qu'une papille morbide. Il faut bien reconnaître aussi que la définition des affections papuleuses, dans la classification de Willan, était nécessairement incomplète, puisqu'elle ne tenait pas suffisamment compte des affections prurigineuses sans papules. La théorie de M. Cazenave sur le siége anatomique de ces affections permet, au contraire de leur assigner un caractère essentiel, absolu, ne manquant jamais : c'est l'hypéresthésie de la peau, le prurit avec ou sans papules. Elle a, de plus, l'avantage de servir à expliquer les divers aspects sur lesquels elles peuvent se présenter.

En effet, l'étude des divers symptômes de l'hypéresthésie de la peau démontre qu'ils coïncident exactement avec les divers phénomènes morbides que peut déterminer la lésion papillaire. Si l'on décompose la papille, on voit qu'elle renferme, indépendamment de l'appareil d'innervation qui lui est propre, des vaisseaux, de la matière épidermique et de la matière colorante. Eh bien! que l'élément nerveux soit seul affecté, et l'on a les symptômes de l'hypéresthésie sans papules. Cette affection curieuse est caractérisée par une sensation de prurit mêlé de cuisson, par une sorte d'excitation violente de la peau, trahissant un trouble plus ou moins marqué de l'innervation. Les faits abondent qui viennent démontrer l'existence de cette maladie, que les anciens ont parfaitement connue et décrite sous le nom de *pruritus.* C'est à elle qu'il faut rapporter les variétés de *prurigo* borné à certains siéges particuliers : à l'anus chez l'homme; aux parties génitales chez la femme. Cette hypéresthésie procède par bouffées quelquefois irrégulières, par de véritables accès. Elle est sujette à des exacerbations intenses, surtout le soir, sous l'influence de la digestion, du repos au lit; elle donne lieu alors à des démangeaisons telles, qu'elles peuvent constituer un véritable supplice. Les malades essaient en vain d'y résister; ils se grattent avec une énergie croissante, bientôt avec une véritable furie, jusqu'à ce qu'ils se déchirent, et que, ruisselants de sang, ils trouvent un peu de calme dans un épuisement particulier qui dure plus ou moins longtemps.

Si l'on examine attentivement les points affectés, même à la loupe, on ne trouve aucune trace d'éruption papuleuse : si celle-ci apparaît, ce n'est que plus tard et consécutivement à l'hypéresthésie primitive. C'est là le premier état des affections prurigineuses; et c'est, nous le répétons, l'hypéresthésie sans papules, affection le plus souvent locale, quelquefois très-étendue, générale même, ainsi que M. Cazenave l'a établi par plusieurs exemples.

Mais l'élément nerveux peut n'être pas seul affecté. Soit par suite de l'excitation locale déterminée par l'action de se gratter, soit sous l'influence de toute autre cause, le système vasculaire de la papille participe à la maladie, et des symptômes d'inflammation se manifestent. Ils consistent d'abord dans une congestion de la papille, qui se distend et forme la papule. L'inflammation peut se borner là : ce sera le *lichen simplex.* Elle peut, au contraire, s'étendre et s'accroître; la papule devient rouge, chaude, tendue, luisante : ce sera le *lichen aigu.* Sous l'influence de conditions individuelles ou de la persistance de la cause, le travail phlegmasique peut prendre plus d'intensité encore, et alors on voit apparaître successivement tous les produits de l'inflammation. Le sommet des papules se déchire, il s'établit des exulcérations plus ou moins étendues; celles-ci donnent lieu à un suintement soit séreux, soit séro-purulent, puis à la formation de squames ou même de croûtes.

La maladie peut enfin intéresser les appareils de sécrétion, soit de la matière épidermique, soit de la matière colorante, et ces progrès se traduisent par de nouveaux symptômes coïncidant parfaitement avec les altérations dont ils dépendent. Ainsi la lésion épidermique se traduit par un épaississement de la peau, qui devient sèche, rugueuse, comme parcheminée; par une desquammation plus ou moins abondante qui, dans quelques cas, rend le diagnostic difficile. L'altération de la matière colorante est un des caractères du *lichen agrius.* Elle consiste dans des empreintes comme fauves, olivâtres, ressemblant assez bien à la teinte qui résulte de l'absorption du nitrate d'argent : ces empreintes sont surtout remarquables en de certains points, au visage par exemple; elles persistent quelquefois pendant un temps infini.

En résumé, si, se fondant sur nos connaissances actuelles en anatomie de la peau, on rapproche l'étude des éléments organiques de la papille de l'observation clinique des phénomènes qui constituent l'hypéresthésie à ses divers états, on se trouve conduit, presque nécessairement, à en conclure que les diverses formes qui se rattachent à ce type curieux, ont toutes leur siége dans le système papillaire lui-même.

M. Cazenave croit devoir insister sur ce point; d'abord, parce qu'il résume aussi complétement que possible des données

théoriques dont il revendique l'initiative et dont il doit avoir la responsabilité ou le mérite, selon que l'expérience les aura sanctionnées ou infirmées ; ensuite, parce qu'il est pour lui l'occasion de maintenir sa doctrine, malgré les contradictions qu'on a dirigées contre elle, en se fondant sur des arguties qui n'ont pu amoindrir en rien la double autorité de l'anatomie et de l'observation clinique.

Ces considérations devaient avoir pour conséquence, en donnant une portée nouvelle à l'étude des maladies prurigineuses, de nécessiter une définition qui répondît à leur nature mieux connue. C'est ce que M. Cazenave a fait, en disant qu'elles constituaient, avant tout, une hypéresthésie de la peau. Dans ce système, le prurit est l'élément principal : la papule ne joue plus qu'un rôle secondaire; c'est un phénomène dont l'existence est liée à certaines conditions particulières qui peuvent manquer.

Si, maintenant, l'on étudie la marche de ces affections, on trouve qu'elle est constamment celle des maladies nerveuses, en général. Ainsi, elles peuvent se développer subitement, sous l'influence d'émotions morales vives. M. Cazenave cite à ce propos le fait d'une femme, actuellement dans son service, qui, surprise par un accident de chemin de fer, en conçut une telle frayeur qu'elle se trouva soudainement atteinte d'une hypéresthésie générale, *sans aucune trace d'éruption.* Les maladies prurigineuses sont sujettes à des alternatives de rémission et de recrudescence ; elles passent et reviennent quelquefois avec une régularité et même avec une périodicité remarquables. Il n'est pas rare de les voir coïncider avec d'autres affections nerveuses, avec la gastralgie, la sciatique et l'épilepsie, etc.

La recherche des causes qui président au développement des maladies prurigineuses vient encore confirmer les données théoriques et chimiques qui ont conduit M. Cazenave à préciser plus nettement leur valeur anatomo-pathologique. Ainsi, elles sont, en général, sous la dépendance de toutes les causes qui peuvent déterminer des troubles nerveux plus ou moins prolongés : ainsi, elles coïncident ou alternent souvent avec d'autres affections nerveuses; elles sont enfin l'apanage des individus à tempérament nerveux.

On observe aussi qu'elles sont souvent liées à une constitution lymphatique. Dans ce cas, elles semblent placées sous une double influence qui se traduit par des phénomènes très-curieux, c'est alors qu'elles affectent les femmes, les jeunes gens, les sujets à peau blanche, fine, impressionnable.

Sous la réserve de conditions générales particulières, les affections prurigineuses peuvent se manifester sous l'action de causes directes et locales. Ainsi, on les voit souvent fixées aux mains, chez des individus qui manient par état des substances pulvérulentes, comme les épiciers, les quincailliers, etc.; elles se développent souvent avec une grande acuité, et même avec un caractère de généralité remarquable chez les gens qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine. Tout ce qui produit une irritation locale vive peut amener le développement d'une hypéresthésie papuleuse ou non : ainsi, l'insolation, l'action de l'air, mais surtout les applications emplastiques. Ainsi, M. Cazenave a vu une application de papier chimique déterminer une éruption papuleuse, et, chose remarquable, celle-ci n'était pas bornée seulement au point où l'emplâtre avait été appliqué, mais elle se répétait, si l'on peut dire ainsi, et par retentissement, sur des points plus ou moins éloignés ; quelquefois même, et sous l'influence d'une cause analogue, on a pu voir se produire une hypéresthésie générale.

On a parlé, dans ces derniers temps, de la contagion des affections prurigineuses; mais M. Cazenave, qui les a observées un très-grand nombre de fois, pense que rien n'autorise une semblable supposition.

Les affections hypéresthésiques se développent enfin sous l'influence de certaines conditions auxquelles elles empruntent un caractère particulier qui les recommande à l'attention des praticiens. Il arrive, en effet, assez souvent, que chez certains enfants d'une constitution lymphatico-nerveuse, les *achores*, après avoir persisté pendant la première enfance, par exemple, se transforment sur place, à mesure qu'avec l'âge l'influence du tempérament lymphatique s'amoindrit, et qu'au contraire l'élément nerveux prend le dessus ; ils se changent en une éruption prurigineuse, ordinairement un lichen qui a toujours pour type dominant une ténacité désespérante, qui peut même résister à tous les efforts, être incurable enfin. Cette affection est caractérisée d'ailleurs par un épaississement remarquable de la peau, qui est parcheminée, hérissée de larges papules, et par un prurit des plus intenses.

Si l'on résume ces diverses considérations sur l'histoire des hypéresthésies de la peau, on arrive à en tirer certaines déductions pratiques qui ne sont pas sans importance. Ainsi, en prenant pour point de départ la doctrine de Willan, on procède à la connaissance d'une lésion élémentaire bien définie, à la recherche de la nature même de cette lésion ; la papule étant donnée dans l'espèce, on arrive à savoir ce que c'est que cette papule au point de vue anatomo-physiologique, c'est-à-dire une papille morbide ; de là, on est conduit à une définition pathologique exacte, en rapport avec tous les enseignements de l'observation clinique, à savoir que les affections hypéresthésiques, avec ou sans papules, sont de véritables névroses de la peau.

Si, enfin, on applique ces données au traitement, celui-ci va être fondé sur des indications toutes rationnelles, en même temps qu'il vient confirmer les principes qui lui servent de base.

On peut, dès à présent, ramener le traitement général des hypéresthésies de la peau à des termes très-simples. Ainsi, il consiste ordinairement dans l'administration des pilules de Méglin (1 ou 2 matin et soir), des pilules d'extrait d'aconit, aidées de tisanes amères, de bains simples ou mucilagineux.

Ce traitement est subordonné à quelques indications particulières que nous allons indiquer successivement.

Si la maladie se présente avec des symptômes inflammatoires très-marqués, chez des sujets jeunes, robustes, on s'adressera aux moyens anti-phlogistiques. C'est ainsi qu'on conseillera des évacuations sanguines, des boissons acidulées, des cataplasmes, en ayant soin de les faire appliquer peu de temps et peu chauds.

S'il y a prédominance du tempérament lymphatique, on devra recourir aux agents recommandés dans ce cas, c'est-à-dire à l'huile de foie de morue, à l'iodure de potassium, aux préparations de feuilles de noyer, au sirop de gentiane, enfin à tout ce qui agit comme modificateur de la constitution lymphatique ou strumeuse.

En général, les applications topiques sont inutiles contre les hypéresthésies de la peau ; cependant, il peut être nécessaire d'y avoir recours, ou quand l'affection prurigineuse a une intensité qui en fait un supplice pour le malade, ou quand, localisée en de certains points, elle affecte une grande ténacité. Ainsi, dans ce que l'on appelle le prurigo de l'anus, des parties génitales, il devient nécessaire d'employer certains topiques, soit des lotions, soit pommades. Dans les formes peu intenses, on peut obtenir une modification complète à l'aide de lotions avec une solution de sous-carbonate de soude (2 à 4 grammes pour 250 grammes d'eau distillée), et onctions avec une pommade offrant la même proportion de sous-carbonate de soude pour 30 à 40 grammes d'axonge. On a recours quelquefois avec succès aux préparations opiacées, à l'emploi de la belladone. Selon que l'hypéresthésie est plus intense, on conseillera des onctions avec une pommade au chloroforme (1 à 2 grammes pour 30 grammes d'axonge). On a conseillé les préparations hydrocyaniques ; mais elles ont l'inconvénient d'être trop difficiles à manier. De tous les topiques employés pour combattre l'hypéresthésie locale, les meilleurs, à beaucoup près, sont les préparations mercurielles, soit de calomelas, le précipité blanc, l'onguent napolitain, à des doses graduées et incorporées dans l'axonge. Les lotions mercurielles sont aussi très-utiles. Ainsi, M. Cazenave a obtenu de bons effets de la liqueur de Gowland, modifiée ainsi qu'il suit :

℞		
Bi-chlorure de mercure. . .	de 10 à 25	centigr.
Chlorure d'ammonium. . .	de 10 à 25	—
Lait d'amandes	250	grammes.

F. s. a.

Les lotions de sublimé à la dose de 40 centigrammes à 1 ou 2 grammes réussissent aussi très-bien. Enfin, et dans des cas très-rebelles, on a obtenu une modification complète par les fumigations cinabrées, administrées avec un appareil *ad hoc*, depuis 50 centigrammes jusqu'à 2, 4, 6 et même 8 grammes.

La syphilis constitutionnelle doit-elle être considérée comme une cause de la scrofule et du rachitisme?

> Malgré toutes nos connaissances et l'esprit de doute avec lequel nous considérons les symptômes de la vérole, nous nous trompons souvent, en regardant comme syphilitiques des maladies qui ne le sont pas. (HUNTER et S. COOPER.)

On le voit par le titre de ce Mémoire, le point d'étiologie sur lequel je viens apporter quelques détails cliniques, a une assez haute importance, quoiqu'il soit à peine effleuré dans de nombreux ouvrages spéciaux et même passé sous silence dans beaucoup d'autres, par exemple ceux de Le Vacher de la Feutrie (1), de Duverney (2), de Petit (3), de Ponteau (4), de Bertin (5), de M. Lagneau (6), de S. Cooper (7), de M. Vidal, de Cassis (8).

Puisse ce travail engager les praticiens à faire connaître le résultat de leur expérience sur cette partie étiologique, et mon but sera atteint.

Pour quelques observateurs, la syphilis constitutionnelle est, dans certains cas, une des causes qui engendrent la scrofule et le rachitisme.

Parmi eux, je citerai : Hévin (9), Sauvages (10), Fabre (11), Astruc (12), Rosen (13), de Rouseinsten (13), Portal (14), Baumel (15), Lugol (16).

M. Ricord admet aussi que les accidents tertiaires syphilitiques peuvent transmettre aux enfants le germe de la scrofule.

Dans un autre travail (17), j'ai aussi reconnu la syphilis constitutionnelle comme une cause de la scrofule. Pour plusieurs médecins, M. Bouchut (18), par exemple, l'origine syphilitique du rachitisme et des affections scrofuleuses est douteuse.

Suivant Cullen, le rapport que l'on prétend trouver entre le rachitis, les écrouelles et la maladie vénérienne, n'est pas prouvé (19). Il s'appuie principalement sur ce que les scrofules et le rachitisme, déjà connus d'Hippocrate, ont existé en Europe avant l'introduction de la vérole.

Bosquillon est de cet avis (20).

Boyer, quoiqu'ayant vu des symptômes évidents de vérole précéder et accompagner le développement du rachitisme, a écrit : « On a déduit la nature syphilitique du rachitis, moins de l'observation positive que de l'analogie que l'on a cru exister entre l'affection vénérienne et la diathèse scrofuleuse, et de l'influence que l'on a supposée à cette dernière sur le ramollissement des os. Or, cette analogie du vice scrofuleux et du vice syphilitique n'est rien moins que démontrée (1). »

(1) *Traité du rachitis*. Paris, 1770.
(2) *Maladies des os*, t. 2, p. 288.
(3) *Traité des maladies des os*, t. 2. Paris, 1772.
(4) *OEuvres posthumes*, t. 1, p. 603. Paris, 1783.
(5) *Traité des maladies vénériennes chez le nouveau-né, les femmes enceintes et les nourrices*. Paris, 1810.
(6) *Traité pratique des maladies syphilitiques*, t. 2. Paris, 1828.
(7) *Dictionnaire de chirurgie*, t. 2, p. 376, 391 et 467. 1826. — *Pathologie chirurgicale*, traduction de Delamarre. Paris, 1841.
(8) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853.
(9) *Cours de pathologie*, t. 2, p. 467. Paris, 1743.
(10) *Nosologie méthodique*, t. 3, p. 381 et 386. Paris, 1771.
(11) *Traité des maladies vénériennes*, p. 13. Paris, 1775.
(12) *Traité des maladies vénériennes*, traduction de Louis. Paris, 1777.
(13) *Traité des maladies des enfants*, p. 540. Paris, 1778.
(14) *Observations sur le rachitisme*.
(15) *Traité sur le vice scrofuleux*, p. 129. Paris, 1805.
(16) *Recherches sur les causes de la maladie scrofuleuse*, p. 116. Paris, 1844.
(17) Putégnat, *Mémoire sur le traitement du lupus* dans la *Gazette des Hôpitaux*, p. 602, 1842; le *Journal de la Société des sciences médicales* de Bruxelles, p. 554, 1847; et la *Revue médico-chirurgicale*, 1847.
(18) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, p. 65, 1845.
(19) *Éléments de médecine pratique*, t. 2, p. 590, 597 et 610. Paris, 1745.
(20) Même ouvrage, t. 2, p. 598.

Il y en a qui, avec Hunter (2), pensent que la maladie vénérienne est seulement susceptible de mettre en action la disposition particulière aux scrofules.

Pour ce célèbre syphiliographe, beaucoup de symptômes vénériens : tuméfaction des os, du périoste, etc., peuvent offrir de l'analogie avec d'autres maladies, telles que les scrofules, le rachitisme, ce qui induit en erreur sur la nature de l'affection.

Enfin, dans une dernière catégorie, viennent se ranger les auteurs qui prétendent que certains accidents, qu'on regardait comme un résultat de la diathèse vénérienne, ne sont ni scrofuleux ni rachitiques, mais bien des accidents tertiaires et tout particuliers de la syphilis, auxquels ils ont donné le nom de scrofuloïdes. Ces auteurs sont MM. Maisonneuve et Montanier (3).

Voici comment s'expliquent ces deux syphiliographes (4) :

Les enfants, en naissant, paraissent sains, mais ont un aspect général maladif, un teint pâle et terreux, des ganglions durs et engorgés. Les enfants vivent ainsi un temps plus ou moins long, cinq, dix, quinze ans et plus; puis tout d'un coup le mal éclate : les os, les articulations, les muqueuses, quelquefois les organes profonds, deviennent malades, et ces enfants sont déclarés scrofuleux ; c'est une erreur, ils sont vérolés. Les symptômes qu'ils présentent ressemblent beaucoup, sans doute, à la scrofule proprement dite; mais on ne peut cependant les en distinguer par tel ou tel caractère isolé, mais par l'ensemble des caractères qu'offre leur mal, et surtout par l'influence de l'iode et de ses préparations sur ces accidents véritablement syphilitiques, et que nous appellerons scrofuloïdes. Tandis, en effet, que l'iode n'a qu'une action problématique sur la véritable scrofule, elle guérit les scrofuloïdes avec une rapidité qui tient du prodige.

Plus loin (5), en parlant de la transmission de la syphilis par hérédité, MM. Maisonneuve et Montanier insistent sur ce point et entrent dans de plus grands détails symptomatologiques.

Nous aurons grand soin d'examiner cette nouvelle doctrine, en nous appuyant sur des faits.

Nous devons nous expliquer, maintenant, sur un point essentiel, ou répondre à la question suivante :

L'affection scrofuleuse est-elle différente du rachitisme?

Contrairement à l'opinion de Hufeland (6) (la cause fondamentale du rachitisme, dit-il, est la maladie scrofuleuse), à celle de Richerand (7) et à celle de M. Barrier (8), etc., nous pensons que la scrofule est différente du rachitisme ; ainsi, nous partageons la manière de voir de plusieurs observateurs distingués, parmi lesquels figurent Glisson, Sydenham, Boerhaave, Wan Swiéten, Sauvages, Cullen, Boyer. Nous appuyant sur nos propres observations, nous disons, avec M. Milcent (9), que l'on ne doit point confondre ces deux maladies, tout en reconnaissant, avec Burns (10) que le rachitisme peut être compliqué de la scrofule. Dans ce dernier cas, il y a cette affection double à laquelle Glisson et Sauvages ont donné le nom de ***rachitis scrofulosa***.

Toutes ces questions préliminaires étant résolues, arrivons aux faits.

1[re] *Observation*. — Madame veuve X...., âgée de 27 ans, blonde, d'une belle carnation, d'une haute stature, d'une forte constitution, d'une heureuse santé habituelle, convalescente d'une fièvre typhoïde dont nous venons de la guérir, nous con-

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. 3, p. 616. Paris, 1831.
(2) Traduction en français par M. Richelot, avec notes de M. Ricord. Paris, 1845, 1851.
(3) *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1853.
(4) *Loc. cit.*, p. 366.
(5) *Loc. cit.*, p. 396.
(6) *Traité des maladies scrofuleuses*, traduction de Bousquet. Paris, 1821.
(7) *Nosographie chirurgicale*, 4e édit., t. 3, p. 148.
(8) *Traité des maladies des enfants*, t. 2, p. 777.
(9) *Traité de la scrofule*, p. 237. Paris, 1846.
(10) *On inflammation*, t. 2, p. 232.

sulte, le 22 décembre 1852, pour son dernier enfant, une petite fille de dix-sept mois, ayant des crevasses aux fesses, qu'elle porte depuis quelques jours après sa naissance.

Cette enfant, dont les membres sont très-chétifs, ne peut encore se tenir sur les inférieurs. Sa tête est volumineuse, surtout dans le sens du diamètre bi-pariétal ; sa figure est large par le bas, et son teint légèrement rosé ; ses yeux sont bleus, sa peau fine ; son menton avance beaucoup ; ses cheveux, cendrés, sont rares ; le ventre est gros et empâté ; elle porte une glande assez dure et bien limitée, au-dessous et de chaque côté de l'os maxillaire inférieur ; ses articulations sont volumineuses. L'appétit est bon, le sommeil naturel et la gaieté grande.

Les fesses présentent une couleur légèrement violacée, non brillante, desséchée ; elles sont parsemées, à leur pointe, de gerçures nombreuses, peu profondes, épidermiques en quelque sorte.

Nous remarquons aussi plusieurs cicatrices, lisses, arrondies, non saillantes, d'un blanc bleuâtre, circonscrites, chacune, par une auréole d'un rouge noir, dont la teinte se perd insensiblement dans la couleur de la peau voisine.

Les quatre membres, principalement les jambes et surtout les avant-bras, dans le voisinage des poignets, offrent une foule de taches, arrondies, de différents diamètres, tantôt séparées, tantôt se confondant les unes dans les autres, d'une couleur rouge cuivré pâle, qui tranche sur celle de la peau, laquelle est blanche, comme satinée. A leur surface, on voit çà et là une exfoliation épidermique très-fine.

A cet ensemble de symptômes, reconnaissant une syphilis constitutionnelle, nous interrogeons soigneusement la mère, honnête et intelligente femme, à laquelle nous faisons connaître notre diagnostic, et voici les renseignements que nous en obtenons :

« Pendant les premiers mois de mon mariage, nous dit-elle, mon mari, déjà malade étant garçon, a été plusieurs fois brûlé dans la bouche pour de petites plaies, et, en même temps, il prenait des pilules qui le firent beaucoup saliver.

« A cette époque, j'ai eu des plaies et des boutons aux parties génitales, qui disparurent sous l'influence de grands bains et de lotions d'eau simple, fréquemment répétées.

« Mariée en 1844, seulement en 1846 j'ai eu mon premier né. Il est venu au monde avant terme, maigre, décharné, chétif, couvert de boutons noirs et ayant des clous aux pieds et aux mains. Il n'a vécu que quarante-huit heures.

« En 1847, j'ai eu mon second enfant, qui vit et jouit d'une bonne santé.

« En 1851, au 14 juillet, j'ai mis au monde mon dernier enfant, pour lequel je vous consulte. »

Est-il utile de dire que le mari de madame X.... est mort en février 1851, succombant à une apoplexie cérébrale, suivie d'un ramollissement aigu, autour du noyau sanguin, et que, plusieurs fois, nous lui avions donné des soins pour le délire nerveux, causé par l'ivrognerie ?

Si nous résumons cette importante observation, nous rencontrons un jeune homme qui se marie, quoique vérolé, et qui transmet son mal à sa jeune et charmante épouse ; nous voyons un premier enfant, né avant terme, au bout de deux années de mariage, et succombant à la syphilis héréditaire ; puis un second enfant, âgé de 5 ans, jusqu'alors bien portant ; enfin un troisième qui, venu au monde six ans après le premier, présente, à 17 mois, des accidents non équivoques de vérole constitutionnelle, dont l'apparition remonte à quelques semaines après sa naissance ; petite fille dont la constitution malingre et mauvaise offre des traces de la scrofule et du rachitisme.

De cette observation découlent les conséquences suivantes :

1° Des accidents syphilitiques peuvent disparaître, sur une personne jeune et d'une bonne constitution, sans traitement aucun, et seulement par les soins de propreté et la résistance de l'organisme. Telle est aussi l'opinion de MM. Yvaren et Gilbert (1). Cette proposition, que je pourrais appuyer par d'autres faits, est contraire à l'opinion de Hunter. Il est impossible, dit ce syphiliographe, que la maladie guérisse spontanément, parce que l'action du virus syphilitique va toujours en augmentant.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine* de Paris, juillet 1853.

Abernethy a soutenu le même principe, en disant que les symptômes de la syphilis constitutionnelle vont toujours faisant des progrès, et ne s'arrêtent jamais si l'on n'y oppose les secours de la médecine (1).

L'on sait que c'est Clutterbuck qui, le premier, a attaqué ce principe de la doctrine huntérienne (2).

2° Des parents, sous l'influence de la diathèse vérolique, peuvent engendrer des enfants infectés et d'autres sains, successivement.

Le fait démontre que, contrairement à l'avis de Doublet et de MM. Hardy et Huguier (3), le traitement préventif des parents est utile dans certaines circonstances ; telle est, d'ailleurs, l'opinion de nombreux observateurs, parmi lesquels je citerai seulement : Astruc, Petit, Fabre, Levret, Rosen, Underwood, Pleuck, Swédiauv, Vacca, Bertin, Bell, MM. Lagneau, Gibert, Cazenave, Ricord, Cullerier, Baumès, Devilliers.

3° La troisième et dernière conclusion que je vais tirer de cette première observation, est la suivante : la syphilis congénitale ou constitutionnelle, méconnue ou non traitée à temps, peut, dans certaines circonstances, entraîner la scrofule et le rachitisme.

Arrêtons-nous sur cette dernière proposition, comme étant celle qui nous intéresse le plus dans ce travail. D'abord, rétablissons trois points sur lesquels, à nos yeux, on ne peut élever le moindre doute :

1° La présence d'accidents syphilitiques constitutionnels ;

2° La présence de symptômes évidents de la maladie scrofuleuse ;

3° Enfin, les manifestations de symptômes rachitiques.

Ainsi, voilà une petite fille atteinte de diathèse vérolique, et, en même temps, scrofuleuse et rachitique.

Remarquons une chose importante : c'est que la sœur de la jeune enfant qui fait le sujet de cette première observation, n'offre pas la plus petite trace de la scrofule et du rachitisme, et n'a jamais présenté aucun symptôme vénérien.

Voilà donc deux enfants issus des mêmes parents : l'un est né sain, et n'est ni scrofuleux ni rachitique ; l'autre a hérité de ses parents (du père très-certainement) de la vérole constitutionnelle, et il devient écrouelleux et rachitique. Quelle conséquence peut-on tirer de ce fait, si ce n'est la suivante : la syphilis constitutionnelle est une des causes des scrofules et du ramollissement des os ?

Si la vérole constitutionnelle, dira-t-on peut-être, était une cause de scrofules et de rachitis, le traitement de celle-là devrait guérir ceux-ci ; or, c'est ce qui n'a point lieu, ainsi que tout praticien a pu le reconnaître.

A nos yeux, cet argument, puisé dans un traité récent des maladies vénériennes, n'a point de valeur. Un simple fait va le démontrer : Est-ce que le panaris, le phlegmon, sont guéris lorsqu'on a enlevé l'épine qui les a causés ?

Mais, puisque les scrofules et le rachitisme sont deux maladies, comment se fait-il, objectera-t-on, que la même cause, en supposant qu'elle puisse engendrer une des deux, donne jour à l'autre ?

Je répondrai, en disant que, chaque jour, nous voyons une même cause produire plusieurs maladies en même temps ; témoin, la pleurésie, la pneumonie et la bronchite ; ainsi encore un rhumatisme aigu et l'inflammation d'une séreuse.

Il découle, évidemment, de ce que nous venons de dire, que la diathèse syphilitique est une cause du développement de la scrofule et du rachitisme.

Comment la diathèse vénérienne peut-elle entraîner la scrofule et le rachitisme ?

(1) *Surgical observations*, p. 137.
(2) *Remarks on some of the opinions of the late* J. Hunter, p. 27.
(3) *Gazette des Hôpitaux* de Paris, p. 497, 1846.

Malheureusement, la nature a des secrets, et, dans le cas présent, il faut avouer son impuissance à dévoiler le mystère et se contenter d'hypothèses.

Tous les praticiens savent que la peau des adultes, dont la constitution est profondément altérée par la vérole constitutionnelle, prend une teinte particulière, que la plume ne saurait décrire : elle est comme recouverte d'une poussière.

Cette altération spéciale, signalée par Hunter, décrite par Ricord (1), M. Diday (2), Waller (de Prague), consiste dans une altération spéciale du sang, signalée en 1618, par Essenien de Issen, et, en 1728, par Daniel Coschiwtz, et constituée par la résolution en albumine des globules sanguins, suivant MM. Grassi et Dorvault (3).

Eh bien ! qui ne comprend pas tout de suite qu'un enfant, dont la constitution est de la sorte épuisée par la diathèse syphilitique, ne puisse devenir facilement écrouelleux ou rachitique, lorsqu'il a déjà, par sa constitution primitive, une disposition à être atteint de ces maladies, disposition qui peut encore être aggravée par d'autres causes inhérentes au climat, au logement, à la nourriture, etc. ?

Arrivons, maintenant, à ces symptômes, appelés scrofuloïdes, par MM. Maisonneuve et Montanier.

2e *Observation.* — Voici un fait que je crois important, et que, malheureusement, je ne puis rapporter dans tous ses détails. L'on sait que la position du praticien est parfois délicate :

Un homme, guéri, dans sa jeunesse, de quelques accidents vénériens, se marie.

Son premier enfant, venu avant terme, meurt syphilitique ; d'autres naissent encore avant terme et périssent ; enfin, il en élève un.

Celui-ci, quoique malingre et chétif, mais grâce à de sages précautions, arrive à l'adolescence, sans avoir présenté que je sache, des symptômes vénériens autres que son état de faiblesse particulière, et son habitude extérieure, que Doublet a heureusement dépeinte par ces mots : miniature de la décrépitude (4).

A cette époque, après quelques légères indispositions, attribuées à l'âge, il présente les symptômes suivants : tristesse, irascibilité, faiblesse générale, inaptitude à certains travaux, teint pâle et terreux ; yeux bleus, caves et cernés ; pas d'engorgement glandulaire ; pas de douleurs vives, continues ou nocturnes ; mais malaise du côté du système encéphalo-rachidien ; pas d'abcédation ; pas de toux ; rien du côté des voies respiratoires et du système digestif ; mouvement fébrile, tantôt continu simplement, tantôt continu avec redoublements périodiques, d'autres fois franchement intermittent ; dents noires et cariées ; amaigrissement, malgré un régime et des remèdes toniques, etc.

Si je ne m'abuse, voilà un exemple d'affection appelée scrofuloïde par MM. Maisonneuve et Montanier.

Traité par l'iode, le sujet de cette observation doit guérir avec une rapidité qui tient du prodige, pour me servir des expressions de ces auteurs. Eh bien ! l'iode, employé méthodiquement, a complétement échoué, et, malgré ce médicament, le mal a progressé.

A nos yeux, notre malade n'a point d'accidents tertiaires syphilitiques, mais des symptômes scrofuliformes, suivant l'expression de Sauvages. Son affection est un mélange de la scrofule et du rachitisme (rachitis scrofulosa), affection complexe, qui n'a pu se développer, grâce au régime et aux sages précautions hygiéniques auxquels le patient fut toujours soumis soigneusement.

Pour nous, ce qu'on appelle scrofuloïdes n'est point un ensemble de symptômes tertiaires de la syphilis, mais une réunion de symptômes écrouelleux et rachitiques, conséquence d'une syphilis héréditaire ; symptômes enrayés, dans leur développement, par un régime de vie spécial.

Malgré toutes nos connaissances et l'esprit de doute avec lequel nous considérons les symptômes de la vérole, nous nous trompons souvent en regardant comme syphilitiques des maladies qui ne le sont pas. Ce précepte de Hunter, approuvé par S. Cooper (1), trouve ici son application.

Somme toute : ***La syphilis constitutionnelle doit être considérée comme une cause du développement de la scrofule et du rachitisme.***

PUTÉGNAT (de Lunéville), *correspondant de l'Académie de médecine de Paris, de l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin,* etc.

(1) *Gazette des Hôpitaux,* p. 240 et 408, 1844 ; *Bulletin de thérapeutique,* t. 17, p. 3, 1844.

(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* t. 3.

(3) *Gazette médicale* de Paris, p. 200, 1850.

(4) *Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne dans les enfants nouveau-nés.* Paris, 1781.

(1) *Dictionnaire de chirurgie,* t. 2, p. 467, 1826.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie, après avoir éprouvé une recrudescence marquée le 17 et le 18, a repris des proportions très-modérées, ainsi que l'indique le tableau suivant :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
16 août.	49	26	28
17 —	74	36	30
18 —	77	28	11
19 —	58	29	26
20 —	43	23	24

Situation générale depuis le début de l'épidémie :

Le 20, Entrés.................... 5,136
Sortis.............. 1,953 } 4,577
Décédés........... 2,624 }
Reste.................. 559 en traitement.

Mortalité, sur tous les cas reçus depuis le début de l'épidémie : 57 p. cent.

Dans tous les départements dont nous avons reçu les nouvelles, l'épidémie est ou en décroissance, ou dans le *statu quo*.

— *Errata.* — Nos lecteurs sont priés de faire les corrections suivantes à l'article de M. Frémy, sur le traitement du choléra, publié dans notre dernier numéro :

Page 785, 1re colonne, ligne 32, au lieu de : *presque entièrement sauvés,* lisez ; *presque certainement sauvés.*

Même page, 2e colonne, ligne 45, au lieu de : *état nerveux,* lisez : *état nauséeux.*

Page 786, 1re colonne, ligne 10, au lieu de : *utilisé,* lisez : *établi.*

Même page, même colonne, ligne 14, au lieu de : *écoulement bilieux, écoulement gastrique,* lisez : *embarras bilieux, embarras gastrique.*

— *Médailles plus ou moins nationales.* — *Avis.* — Cet avis n'est pas pour nos abonnés. Mais comme un journal peut tomber entre toutes les mains, nous croyons rendre service aux amateurs de médailles plus ou moins nationales, en leur annonçant que le besoin d'aspirants auxdites médailles se fait généralement sentir, et que lesdits aspirants peuvent se faire inscrire chaque jour au bureau du *journal des culottières ;* à défaut de candidats médecins, on pense que les chocolatières ou les ouvrières en chemises, et surtout en caleçons, seront admises au banquet du fameux bienfaiteur anonyme.

BIBLIOGRAPHIE.

Du traitement des déplacements et de quelques autres affections de l'utérus ; résumé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine ; par H. DE CASTELNAU, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux.* — *Sous presse.* — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, franco, 2 fr., au bureau du journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée,** par M. F. GILLE, pharmacien à Paris. — A Paris, chez LABÉ, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 101. 2e année. Jeudi 24 Août 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 23 Août 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Si la nécessité d'une observation minutieuse, rigoureusement écrite, avait encore besoin d'être démontrée, s'il était encore nécessaire de prouver à quels excès d'erreur on peut être entraîné lorsqu'on fait de la science d'après de vagues souvenirs, le judicieux travail lu hier par M. Hutin nous suffirait complétement. On sait de quel crédit a joui dans la science, et ce crédit n'est pas encore absolument ruiné, cette singulière assertion de Ribes, que dans une visite qu'il avait faite à l'hôtel des Invalides, il n'avait pas trouvé un seul individu guéri sans amputation d'une fracture de la jambe ou de la cuisse, produite par les armes à feu. Or, M. Hutin n'a pas trouvé moins de 139 invalides qui sont actuellement dans la condition indiquée par Ribes, et ce qui mieux est, ou ce qui pis est, comme on voudra, plusieurs de ces 139 invalides étaient à l'hôtel des Invalides lors de la visite de Ribes ; M. Hutin a eu la bonté d'expliquer cette particularité en supposant qu'au moment de ladite visite, tous les infirmes guéris d'anciennes fractures de la cuisse ou de la jambe étaient allés se promener. Il est douteux que cette explication décharge beaucoup la mémoire de Ribes du poids que l'enquête de M. Hutin fera peser sur elle ; au reste, la science ne s'en préoccupera que très-médiocrement ; ce qui l'intéressera, c'est la vérité qu'a établie ou plutôt confirmée M. Hutin, à savoir qu'un grand nombre de fractures par armes à feu de la jambe et même de la cuisse guérissent parfaitement sans amputation, et qu'il est même douteux qu'on sauve plus de malades à l'aide de l'amputation qu'en conservant les membres. On se rappelle la grande discussion qui eut lieu sur cette question à l'Académie, à la suite des affaires de juin, et des remarquables allocutions prononcées par M. Malgaigne en faveur de la chirurgie conservatrice. Le travail de M. Hutin n'apportera pas un médiocre appui à cette doctrine, que nous adoptons complétement, et si le Rapport de M. Larrey est de nature à soulever de nouveaux débats sur cette question importante, nous ne doutons pas que les opinions de M. Malgaigne ne sortent de la discussion plus triomphantes encore qu'en 1848.

M. Bouchardat a terminé hier la lecture de son Rapport sur les intéressants travaux de MM. Homolle et Quevenne, relatifs à la médication ferrugineuse. L'habile rapporteur a fait adopter, par l'Académie, des conclusions tendant à faire inscrire, dans le nouveau Codex, et provisoirement dans le bulletin de l'Académie, les formules proposées par les auteurs.

C'est une juste récompense de recherches pénibles et utiles, et nous avons été heureux de voir que, cette fois, les équitables conclusions du rapporteur n'ont soulevé aucun orage au banc, un peu désert, il est vrai, de la section de pharmacie.

M. Heurteloup a clos la séance par une lecture que nous ne sommes pas suffisamment en mesure d'apprécier.

H. DE CASTELNAU.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

A la fin de chaque année, M. le professeur Velpeau est dans l'habitude d'exposer à son auditoire les faits généraux qui résultent des observations recueillies dans son service. Nous publions ces quelques Leçons, qui résument très-bien les savantes cliniques de l'hôpital de la Charité.

Messieurs, depuis le 1er août 1853, il est entré dans notre service 1,124 malades, dont 259 n'ont fait que passer. Ceci établit une proportion de 579 hommes et 276 femmes. Sur ce nombre, il y a eu 56 morts ; je me hâte d'expliquer immédiatement ce nombre considérable de décès.

12 ont succombé à l'épidémie de choléra.

Si maintenant nous groupons les maladies par genres, nous trouvons :

218 cas d'inflammations ;
89 cas de plaies ;
83 cas de maladies des organes de la digestion ;
142 cas de maladies des organes génito-urinaires ;
83 cas d'affections des os et des jointures ;
9 cas de luxations ;
66 cas de fractures ;
99 cas d'affections des yeux ;
53 cas de maladies non classées ;
12 cas de tumeurs diverses.

Dans tous ces cas, le nombre des hommes l'emporte sur celui des femmes ; vous l'expliquerez de deux manières : sur 86 lits composant notre service, nous ne comptons que 32 lits de femmes, ce qui établit une proportion double pour les hommes. De plus, par leurs occupations, les hommes sont plus souvent exposés aux affections chirurgicales.

153 malades ont subi des opérations diverses; vous savez d'ailleurs que le plus grand nombre des opérés d'engorgement des amygdales, d'onyxis, de kystes des paupières, de strabisme, etc., ne sont pas reçus dans nos salles, et par conséquent ne comptent pas dans nos relevés.

Analysant, nous trouvons :

- 8 amputations des membres, dont 3 de cuisse, 2 de jambe, 1 du bras, 2 de l'avant-bras ;
- 10 désarticulations des doigts, sans y comprendre de nombreuses extractions de phalanges ;
- 6 fistules à l'anus ;
- 4 debridements pour rétrécissement du rectum ;
- 12 arrachements d'ongles incarnés ;
- 6 tumeurs lacrymales, dont 3 ont été traitées par l'excision des points lacrymaux et 3 par le clou de Scarpa ;
- 26 extirpations de tumeurs du sein ;
- 5 extirpations de lipômes ;
- 24 opérations d'hydrocèles ;
- 1 extirpation d'exostose du gros orteil ;
- 1 ablation de tumeur de la mâchoire ;
- 1 hernie crurale ;
- 10 cataractes ;
- 1 cancer de l'œil ;
- 4 strabismes ;
- 1 taille bilatéralisée ;
- 10 tumeurs cancéreuses et adénoïdes ;
- 1 polype du pharynx ;
- 2 polypes des fosses nasales ;
- 3 polypes de l'utérus ;
- 2 kystes de l'abdomen ;
- 1 pied-bot (ténotomie) ;
- 2 brides cutanées ;
- 7 tumeurs cancroïdes, fibro-plastiques.

Après vous avoir donné ces résultats statistiques, nous allons reprendre notre résumé en étudiant par groupes les différentes affections chirurgicales. Je commencerai par les inflammations.

De l'inflammation.— L'inflammation a pour siége principal le tissu cellulaire. Ce tissu, nous le retrouvons dans toute l'économie, il existe dans la trame des organes. Prenez un muscle, par exemple, vous trouvez du tissu cellulaire environnant sa masse, séparant ses faisceaux primitifs et secondaires, c'est encore lui qui isole les fibres primitives. Mais si le tissu cellulaire se rencontre partout, il a des qualités qui different dans un grand nombre de points, et vous comprenez de suite que l'inflammation doit, par cela même, être modifiée suivant le lieu qu'elle occupera. Elle sera diffuse, si elle s'établit dans le tissu cellulaire lâche et peu serré ; au contraire, elle aura de la tendance à se circonscrire, si elle occupe un point où le tissu cellulaire est dense et feutré. L'inflammation, dans le tissu sous-cutané d'un membre, différera totalement de celle qui se développera dans le corps d'un muscle.

Quant à la pérégrination des inflammations, vous devez comprendre qu'elle subira des modifications purement mécaniques qui tiennent à l'arrangement des tissus ; ceci est tellement vrai, que, dans bien des cas, vous voyez les liquides et le pus, par exemple, marcher en sens inverse des lois de la pesanteur. De là aux différences que présentera l'inflammation dans les diverses régions du corps, il n'y a qu'un pas.

Au crâne, les inflammations sont presque toujours diffuses ; en effet, nous trouvons, sous les téguments, une couche lamelleuse qui se continue sur toute la voûte du crâne sans ligne de démarcation.

A la face, les inflammations sont loin d'être toujours diffuses. Ainsi, aux lèvres, au menton, où tous les tissus sont confondus, l'inflammation y est circonscrite, et vous y notez, dans tous les cas, un boursouflement considérable.

Aux paupières, c'est l'inverse, l'inflammation y est diffuse, et ce sont les qualités du tissu cellulaire qui vous donnent l'explication de ces différences.

Si de la tête nous passons au cou, là encore nous verrons l'influence de l'arrangement des tissus. Ainsi, les abcès de la région sus-hyoïdienne ne passent jamais dans la région sous-hyoïdienne. Dans cette dernière région, l'inflammation se comportera différemment, suivant son siége anatomique. Supposez-la sous la peau, au-devant de l'aponévrose, c'est un phlegmon simple et facile à reconnaître; si, au contraire, elle s'établit derrière l'aponévrose, les choses changent. Difficile à reconnaître, l'inflammation a, de plus, la tendance à s'étendre au loin. Vous savez, en effet, qu'il y a continuité entre le tissu cellulaire de cette région et celui qui remplit le médiastin.

La connaissance de la disposition anatomique vous a permis jusqu'ici de juger de l'importance des maladies suivant leur siége anatomique, elle vous permettra encore, dans la majorité des cas, de vous prononcer sur le point de départ des maladies. Ainsi, pour la fosse iliaque, suivant que l'abcès sera au-devant ou en arrière du fascia iliaca, son origine sera différente. Dans le premier cas, le pus pourra remonter jusque dans les parois de l'abdomen ; dans le second cas, il gagnera la cuisse. Pour le périnée, c'est la même chose, la situation de l'abcès vous indiquera toujours, et d'une manière certaine, quel est le siége de la lésion urétrale. Dans tous ces cas, le pus fuse le plus souvent en sens inverse des lois de la pesanteur, et toujours il est subordonné, dans sa marche, à l'insertion des aponévroses, à la continuité du tissu cellulaire, à la direction des troncs vasculaires et nerveux.

F. Dolbeau *et* A. Elleaume.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Pitié. — M. Marotte.

Spasme simultané de la glotte et du diaphragme observé chez une femme de 45 ans.

(*Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux de Paris.*)

Le 30 novembre 1853, une femme de 44 ans, nommée Audot, est entrée dans mon service, à la Pitié, pour des douleurs sourdes qu'elle éprouvait dans quelques articulations des membres inférieurs et qui nous parurent de nature rhumatismale, les articulations douloureuses étant en même temps le siége d'une légère tuméfaction.

Le lendemain de son entrée, pendant la visite, et au moment où nous venions de quitter son lit, cette femme fut prise tout à coup d'accidents spasmodiques des organes respirateurs, qui durèrent de une à deux minutes, après lesquelles le calme se rétablit. Des accès semblables se répétèrent dans la soirée et les jours suivants, ce qui nous a permis, à M. Gaube, mon interne, et à moi, d'en étudier les phénomènes d'une manière complète.

Voici, à quelques variantes près, en quoi consistaient ces accès : la malade éprouvait tout à coup une sensation de douleur et de constriction circulaire à la base de la poitrine ; la respiration restait un moment suspendue ; puis survenaient des efforts considérables d'inspiration et d'expiration, accompagnés dans les deux temps d'un sifflement laryngien. Le sifflement était plus fort, plus aigu, pendant l'inspiration, qui s'exécutait elle-même d'une manière brusque, et s'accompagnait d'une dilatation exagérée de la base de la poitrine.

La respiration ne conservait pas toujours le même rhythme; par moment, un intervalle plus long séparait une inspiration d'une autre.

Par moment aussi, le visage et les lèvres prenaient une coloration bleuâtre; mais, en général, les phénomènes d'asphyxie étaient peu prononcés.

L'oreille, appliquée sur différents points de la poitrine, percevait le bruit d'expansion pulmonaire plus rude, plus bruyant qu'à l'état normal.

Jamais nous n'avons aperçu de mouvements convulsifs des membres.

Pendant la durée de quelques accès, M. Gaube a exercé une compression sur le trajet des pneumo-gastriques, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, et les phénomènes spasmodiques ont perdu de leur intensité d'une façon très-marquée, pour la reprendre sitôt la compression cessée.

On observait encore, pendant la durée de l'accès, quelques mouvements de déglutition qui devaient être assez pénibles, à en juger par les efforts qu'ils nécessitaient; les accidents laryngés ne déterminaient aucune sensation douloureuse.

Quand l'accès touchait à sa fin, les inspirations devenaient plus sonores et plus accélérées, puis les mouvements spasmodiques s'arrêtaient subitement, et la respiration reprenait son caractère normal. La malade conservait plus ou moins longtemps de l'abattement, de la lassitude et une sensation douloureuse au creux épigastrique.

La durée des accès était, en général, assez courte; elle variait d'un quart, d'une moitié de minute à deux ou trois minutes. Leur retour était également séparé par des intervalles fort inégaux. Il se sont amoindris, puis éloignés, pour cesser complétement pendant les quinze derniers jours que la malade a passés à l'hôpital.

L'administration journalière de 4 à 8 grammes de valériane a paru contribuer à ce résultat.

Pour compléter les faits observés à l'hôpital, j'ajouterai que la malade, qui paraissait d'une bonne constitution et bien conservée pour son âge, présentait en même temps des symptômes de mobilité nerveuse; elle était émotionnée comme une jeune fille, lorsque j'arrivais à son lit; de temps en temps elle éprouvait des envies de rire et surtout des envies de pleurer sans motif; le plus petit événement qui se passait dansla salle provoquait ses larmes. L'émotion que lui a procurée notre premier examen paraît avoir occasionné le premier accès; la plupart des autres se sont développés à la suite d'incidents aussi peu considérables.

Quant à l'affection rhumatismale qui avait motivé son entrée, elle n'a éprouvé dans son intensité ou dans son siége aucune modification appréciable et qui puisse se rattacher à l'apparition, soit de la première attaque, soit des suivantes; elle s'est amoindrie peu à peu sous l'influence du repos au lit, d'une boisson délayante, d'une nourriture peu abondante et de cataplasmes laudanisés.

Voici, maintenant, ce que nous avons appris sur les antécédents de la femme Audot: elle est d'une bonne santé habituelle et a passé sa jeunesse à la campagne. La menstruation s'est établie avec assez de difficulté; les premières règles n'ont paru qu'à 17 ans, quoiqu'elle fût fort développée depuis assez longtemps; elles sont ensuite revenues tous les mois assez exactement; mais, à l'âge de 23 ans, l'écoulement menstruel ayant été interrompu par une forte émotion morale, la malade eut, à plusieurs reprises, des interruptions de deux à trois mois sans cause appréciable, ou à la suite de quelques chagrins.

C'est aussi à cette époque qu'elle éprouva, pour la première fois, des symptômes de mobilité nerveuse, parmi lesquels figurent l'anxiété épigastrique et les sentiments de constriction à la gorge; symptômes qui se sont amoindris à mesure qu'elle a pris de l'âge, sans cesser complétement toutefois, car ils ont été plusieurs fois réveillés par des émotions un peu vives. La mobilité nerveuse a repris de la suite et de l'intensité, depuis deux ans que les règles ont cessé de paraître.

Les phénomènes spasmodiques vagues que je viens d'indiquer ne forment pas les seuls accidents nerveux ressentis par la malade à 23 ans, lors du premier retard des règles; elle éprouva des phénomènes identiques à ceux dont nous avons été les témoins; lesquels se répétaient parfois trois ou quatre fois par semaine avec assez d'intensité pour faire craindre l'asphyxie. Quelquefois il y avait, à la fin des accès, nous a-t-elle dit, des interruptions de la respiration assez complètes et assez longues pour alarmer les personnes qui l'entouraiant. Dans ces moments-là, elle entendait tout ce qui se disait autour d'elle sans pouvoir parler; la respiration rétablie et l'accès terminé, elle en gardait très-bien le souvenir.

Ces accidents, d'abord assez fréquents pendant deux ou trois ans, se sont ensuite éloignés pour ne se montrer qu'à de rares intervalles et à l'occasion de troubles menstruels, ou de chagrins sérieux, quelquefois même de simples contrariétés. Mais, il y avait longtemps qu'ils n'avaient été aussi fréquents et aussi intenses.

L'hérédité paraît étrangère à ces accès de spasme phréno-glottique. Le père et la mère de la malade sont morts vieux, n'ayant eu, l'un et l'autre, que des rhumatismes. Son frère est bien portant. De deux sœurs, l'une est morte en couche; l'autre jouit d'une bonne santé et n'a jamais eu de maux de nerfs.

Réflexions. — Il me paraît difficile de ne pas reconnaître dans les symptômes que nous venons de retracer, les caractères du spasme simultané de la glotte et du diaphragme, tels qu'ils ont été décrits chez les enfants. Au spasme de la glotte se rattachent: 1° la suspension momentanée de la respiration, au début et pendant le cours de l'accès; 2° le bruit laryngé, produit par l'expiration, aussi bien que par l'inspiration, et surtout la nature de ce bruit, qui consistait en un véritable sifflement et ne revêtait un timbre sonore qu'à la fin de l'accès, lorsque le spasme du diaphragme survivait seul, quelques instants, au spasme laryngé; 3° les symptômes intermittents d'asphyxie, quelque légers qu'ils fussent.

Les contractions convulsives du diaphragme sont caractérisées : 1° par la sensation de la douleur et de contraction circulaire, éprouvée à la base de la poitrine; 2° par la rapidité convulsive de l'inspiration; 3° par l'intensité plus grande du sifflement laryngé à ce temps de la respiration; 4° par la dilatation proportionnellement plus grande de la circonférence inférieure de la poitrine, qu'accompagnait un soulèvement notable des hypochondres.

Les mouvements de déglutition pénible, que la malade exécutait par moments, indiquaient la participation du pharynx au spasme de la glotte et du diaphragme.

Pour compléter la similitude, je rappellerai la soudaineté de l'accès, sa courte durée, et les traces nulles ou passagères qu'il laissait à sa suite. Je rappellerai, enfin, la rémission déterminée par la compression exercée sur le trajet des pneumogastriques au-dessus du larynx.

Il est inutile de mettre en évidence les circonstances propres à démontrer la nature purement spasmodique de l'affection que j'ai eue sous les yeux; ceux qui auraient eu la pensée de trouver quelque relation entre les accidents convulsifs et l'affection rhumatismale, l'abandonneraient facilement, en considérant que celle-ci n'a éprouvé, dans sa marche et dans ses symptômes, aucune modification qui permette de soupçonner une métastase, en considérant surtout qu'elle était sans antécédents, et que la première invasion des accès nerveux remontait à vingt et un ans. La perturbation menstruelle qui a précédé l'apparition de la névrose phréno-glottique, et qui a constamment coïncidé avec des retours plus fréquents, rend un compte plus satisfaisant et en même temps plus exact, de son existence et de sa nature.

Il en est de même des causes toutes morales qui ont troublé la menstruation ou rappelé les accès; des symptômes de mobilité nerveuse qui ont toujours marché parallèlement avec le spasme du larynx et du diaphragme. Nous avons affaire, en un mot, à une névrose placée sous la dépendance sympathique de l'utérus. L'utérus, troublé dans ses fonctions et dans son mode de sensibilité, par une cause morale puissante, a joué ici le rôle de la dentition chez les enfants. Il n'est pas plus étonnant de voir le spasme de la glotte se développer sympathiquement à la suite de ces deux causes différentes, que de voir l'éclampsie produite par la dentition, par les vers ou par la menstruation difficile. Mais si la connaissance des causes n'a pas une grande importance, au point de vue de la nosographie, elle peut en acquérir une très-grande lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic et surtout le traitement.

Hôpital de Lariboissière. — M. CHASSAIGNAC.

Quel est le meilleur procédé pour l'amygdalotomie? ou parallèle des divers procédés.

On sait que pour beaucoup de chirurgiens, la préférence à donner au bistouri sur l'amygdalotome, ou à l'amygdalotome sur le bistouri, est encore aujourd'hui un point très-controversable, et sur lequel on est loin d'être définitivement fixé. Au milieu du conflit qui existe à cet égard entre des hommes également expérimentés, la pratique générale courrait grand risque d'être longtemps encore abandonnée à l'incertitude. C'est pourtant là une question à l'égard de laquelle il serait fort utile que chacun sût à quoi s'en tenir.

Pour sortir de cette indécision, examinons un à un les *desiderata* de l'acte opératoire, et voyons comment chacune des méthodes y satisfait.

1° Eu égard *à l'ablation aussi complète que possible de l'amygdale*, le bistouri est de beaucoup inférieur à l'amygdalotome. Car, à l'exception de quelques amygdales tellement mobiles et tellement bien pédiculées, que l'énucléation en est extrêmement facile, on peut dire qu'il est à peu près impossible d'enlever complétement l'amygdale quand on se sert du bistouri, tandis que la chose se fait sans difficulté aucune en employant l'amygdalotome.

2° En ce qui concerne la lésion du voile du palais et de ses piliers, l'amygdalotome offre toutes les garanties désirables. Le bistouri expose beaucoup plus à ce genre d'accident.

3° Eu égard à la douleur que cause l'opération, celle que fait subir l'amygdalotome est beaucoup plus rapide; car elle est pour ainsi dire instantanée, tandis que celle qui résulte de l'action du bistouri dure, quoiqu'on fasse, un peu plus longtemps.

4° Eu égard à la lésion de l'artère carotide, l'amygdalotome rend cette lésion presque absolument impossible. Il n'en est pas de même pour le bistouri.

5° Eu égard à la nécessité où l'on se trouve de voir d'un bout à l'autre de l'opération le jeu des instruments, le bistouri est soumis à des exigences qui sont loin d'exister au même degré pour l'amygdalotome.

6° Quant à l'écoulement du sang pendant l'opération, cet obstacle avec lequel il importe beaucoup de compter, quand on emploie le bistouri, s'annihile complétement avec l'ablation simultanée, pour laquelle l'emploi de l'amygdalotome est tout à fait indispensable.

7° Tout le monde convient que dans une opération, qui, par la nature du théâtre sur lequel elle se passe, est aussi anxieuse que l'amygdalotomie, la rapidité d'exécution n'est jamais trop grande, et ne saurait être trop recherchée. Il n'y a cet égard aucune comparaison à établir entre le bistouri et l'amygdalotome.

8° Eu égard à la résistance du sujet, l'opérateur est bien autrement indépendant, avec l'amygdalotome, de l'agitation et des mouvements désordonnés du malade, qu'il ne l'est avec le bistouri.

Si, du parallèle que nous venons d'établir, il ne résulte pas que l'emploi de l'amygdalotome, à titre de méthode générale, l'emporte de beaucoup sur le bistouri, nous avouerons que nous ne savons pas comment on peut, en médecine opératoire, déterminer la valeur des méthodes.

Nous insistons sur ce que, dans l'opération faite avec le bistouri, il est à peu près impossible de pratiquer l'ablation totale. Celle-ci ne s'accomplit d'une manière bien exacte que par l'emploi de l'instrument de Fahnestock. Cela tient à sa manière d'agir, qui consiste à couper par pression; or, une fois que l'amygdale a pénétré de plus de la moitié de son diamètre dans l'amygdalotome, l'anneau tranchant glisse forcément sur le pédicule de l'amygdale. Cette supériorité de l'amygdalotome sur le bistouri, au point de vue de l'ablation complète, est la cause principale de la préférence que nous accordons à cet instrument.

Quand on examine avec attention une amygdale qui vient d'être énucléée par ablation complète, faite au moyen de l'amygdalotome, on constate certains caractères que voici: on reconnaît d'abord que la muqueuse forme, au pourtour de l'amygdale enlevée, une sorte de *collerette*, ou frange mobile, qui devient flottante lorsqu'on plonge l'amygdale dans un liquide. Un autre caractère des amygdales ainsi enlevées par énucléation, consiste dans l'existence, sur la surface profonde de la glande, d'un chaton, ou demi-capsule amygdalienne dont nous avons déjà parlé.

Enfin, l'exiguïté relative de la plaie d'opération est encore un caractère de l'ablation complète.

CLINIQUE CIVILE.

Affection cancéreuse de la région hypochondriaque gauche, d'un volume considérable, ayant offert beaucoup d'obscurité dans sa marche et son diagnostic. — Singulière anomalie dans la position, le nombre et le volume des reins. — Mort. — Autopsie,

Par M. le Dr MÉRIER, *médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Dizier.*

(*Présenté à l'Académie dans la séance du 16 août 1854.*)

La maladie qui va être décrite ayant offert beaucoup d'obscurité et de difficultés dans sa marche, son développement, son diagnostic, et, par suite, dans le traitement employé; la singulière anomalie constatée à l'ouverture du cadavre, anomalie que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie, nous ont engagé à en recueillir avec soin l'observation et à la publier.

M. X...., négociant, âgé de 47 ans, d'une forte constitution, d'une prodigieuse activité dans son commerce et dans toutes les habitudes de sa vie très-occupée, avait toujours paru jouir d'une excellente santé et de la plénitude de l'exercice de ses fonctions organiques, lorsque, deux mois environ avant d'être atteint de la maladie qui l'a conduit au tombeau et qui fait le sujet de cette observation, il fut pris subitement, au milieu de la nuit, de douleurs excessivement aiguës dans la région abdominale, paraissant prendre leur point de départ dans l'hypochondre gauche, et s'irradiant de là dans toutes les parties de l'abdomen et dans la région des reins principalement. Quelques vomissements bilieux et d'une teinte *verte très-prononcée* se manifestèrent en même temps. Un médecin fut appelé immédiatement, et, comme le malade était affecté depuis longtemps, disait-on, d'une hernie à droite pour laquelle même il avait porté quelque temps un bandage qu'il avait quitté depuis, l'attention du confrère appelé dut naturellement se porter tout d'abord de ce côté; et ayant, en effet, trouvé dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'un gros œuf de poule pour le moins, quelques tentatives de réduction avaient été faites; mais s'étant bientôt aperçu que cette tumeur était flasque, molle et irréductible, le confrère abandonna aussitôt ses tentatives de réduction et constata aisément que les symptômes offerts par le malade n'avaient pas leur point de départ dans cette tumeur (qui n'était autre chose, comme plus tard l'autopsie l'a révélé, qu'une hernie de l'épiploon avec adhérence intime dans l'anneau inguinal).

Un traitement antiphlogistique assez énergique, consistant en sangsues appliquées à la région épigastrique, en cataplasmes, lavements émollients, potion calmante, boissons adoucissantes, diète absolue, fut suivi de quelque amélioration et de la notable diminution des douleurs aiguës qui avaient marqué le début de la maladie, douleurs qui avaient été telles, que des syncopes en avaient été la conséquence. Huit jours environ après l'emploi de ce traitement rationnel et suivi, je le répète, de quelque succès, voilà que tout à coup, au milieu de la nuit, les douleurs se réveillèrent de nouveau avec une grande intensité et arrachant des cris perçants au malade qui, de sa nature, était peu porté à se plaindre. Cependant, c'est alors que je fus appelé en consultation et que je vis le malade pour la première fois. A cette époque, voici dans quel état je le trouvai : facies hypocratique, traits crispés et annonçant une souffrance vive et profonde; pouls *très-petit* et fréquent; sensibilité très-prononcée dans toute la région abdominale, mais surtout dans l'hypochondre gauche et s'irradiant, ou, pour mieux dire, semblant s'irradier dans la région du rein et du trajet de l'uretère gauches. Empâtement gé-

néral de toute la région abdominale et légère tympanite, constatée par la percussion pratiquée avec beaucoup de réserve, à cause des douleurs qu'elle déterminait. La première idée qui se présenta à mon esprit fut celle d'une péritonite, mais l'absence de toute cause productrice, l'intermittence des douleurs (puisque huit jours s'étaient écoulés depuis l'invasion et qu'elles ne s'étaient pas renouvelées dans cet intervalle); d'un autre côté, ayant appris que les urines avaient été très-colorées en rouge et excrétées avec une certaine difficulté, je renonçai à l'idée d'une péritonite pour me rattacher à celle d'une néphrite, d'autant plus que le point de départ avait paru être dans la région du rein et de l'uretère, et que de tout temps, d'après le dire du malade lui-même et les commémoratifs passés en revue, il aurait eu une certaine difficulté et une fréquence extrême dans l'écoulement des urines. Je penchais donc beaucoup pour admettre une affection du rein gauche, et je fis part de mon idée à mon confrère, qui n'était pas éloigné de l'admettre, bien que pourtant le cas lui parût assez obscur pour ne pas oser se prononcer très-affirmativement.

Quoi qu'il en soit, un traitement approprié soit à une néphrite, soit à toute autre inflammation d'un organe placé dans la cavité abdominale, fut employé et consista essentiellement en adoucissants et calmants. Quelque soulagement suivit encore une fois l'administration de ces moyens simples, et le malade alla assez bien pendant quelque temps pour que, quinze jours environ plus tard, il pût se lever, vaquer à quelques affaires du bureau et prendre même avec plaisir quelque nourriture légère. On était fondé dès lors à espérer une guérison plus ou moins prochaine, bien que toutefois l'état du malade ne nous parût pas complétement satisfaisant, car il ne reprenait pas d'embonpoint, l'appétit ne revenait pas franchement, les forces restaient très-affaiblies et une douleur sourde, ou plutôt une sensation de gêne, de pesanteur accompagnée de temps en temps de quelques élancements, existait toujours dans la région de l'hypochondre gauche, *semblant* s'irradier dans le trajet de l'uretère. Je conservais toujours une tendance vers l'opinion que la maladie existait dans le rein; mais de quelle nature existait cette maladie? Quel était son siége précis et quel traitement devait être employé? Pendant cet intervalle, le temps s'écoulait et le malade, tout en prenant quelques aliments, ne revenait ni à la santé, ni à sa gaieté habituelle. Il existait toujours de l'abattement général, et, dans la région gauche du ventre, surtout un point plus douloureux qu'ailleurs, avec empâtement de la partie dans une étendue de 12 à 15 centimètres au moins. Les vomissements avaient complétement cessé; les selles étaient à peu près normales; le sommeil à peu près régulier. A cette époque, c'est-à-dire environ un mois après l'invasion des premières douleurs, le malade se levait à peu près tous les jours, passait une bonne partie de la journée dans son bureau à s'occuper d'affaires avec ses associés, et, peut-être, se fatiguait un peu trop. Deux autres confrères s'étaient adjoints à nous, et nous n'avons pu, entre nous quatre, arriver à aucune précision, à aucune certitude dans le diagnostic. Les urines avaient été essayées à plusieurs reprises avec l'acide nitrique : résultat complétement négatif. Quelques semaines se passèrent ainsi. Ensuite les digestions devinrent plus laborieuses, l'appétit moins bon; quelques vomissements bilieux reparurent; des douleurs un peu plus vives se prononcèrent de nouveau dans le ventre : le malade fut obligé de rester au lit de nouveau. Une contrariété morale assez vive, résultant d'une discussion d'affaires, étant venue se joindre à tout cela, l'état du malade empira; le pouls redevint très-petit et accéléré; la chaleur de la peau reparut; l'abattement fut plus considérable; en un mot, nous nous apercevions chaque jour que notre malade baissait de plus en plus et nous ne pouvions nous fixer sur la nature ni sur le siége du mal qui le minait. Le teint n'était pas celui des cancéreux; les douleurs *lancinantes* n'étaient pas très-marquées; en un mot, il existait toujours la plus grande obscurité dans le diagnostic et je conservais toujours mon idée relativement à une maladie du rein. Quelquefois, nous eûmes l'idée d'une affection du foie, mais l'absence de douleur et de gonflement de ce côté ne pouvaient nous laisser supposer longtemps cette affection : la teinte jaune ictérique n'existait pas non plus. A cette époque, il fut question d'appeler un cinquième médecin consultant et le choix étant tombé sur M. Chomel, on le manda. Il est fort à regretter que cet éminent praticien n'ait pu arriver à temps pour voir notre malade et nous tirer de l'embarras et de l'incertitude où nous continuions à être relativement au diagnostic. Mais la mort arriva trop brusquement pour permettre à M. Chomel lui-même d'arriver. Il fut contremandé par le télégraphe électrique. Voici ce qui arriva : deux jours, c'est-à-dire l'avant-veille de la mort, le malade qui, jusque-là, n'avait vomi que des matières verdâtres, vomit tout à coup des matières *noires, marc de café*, très-caractéristiques. Ces vomissements durèrent quarante-huit heures et furent très-abondants et de plus en plus caractéristiques. Dès lors, nous crûmes ne devoir plus conserver aucun doute dans le diagnostic, et tous *quatre* nous tombâmes d'accord pour une affection *cancéreuse* de l'estomac arrivée à sa dernière période. Dès lors aussi, je dus renoncer à mon idée de maladie du rein et me ranger à l'opinion de mes confrères [on verra plus loin que nous étions tous dans l'erreur la plus complète relativement au *siége* de la maladie (1)].

Environ quarante-huit heures après l'apparition des vomissements noirs, le malade fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de douleurs excessives dans le ventre; la face se décomposa rapidement; le pouls s'éteignit, et quelques heures après (quatre heures environ), il succombait.

L'autopsie va enfin nous révéler clairement la nature, et surtout le *siége* du mal, et nous rendre compte de la terminaison si rapidement funeste.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — Le corps n'est pas considérablement amaigri; au contraire, une couche assez épaisse de tissu cellulaire existe dans la paroi abdominale; une teinte jaune *peu prononcée,* et nullement semblable à celle des sujets affectés de cancers, existe sur toute l'étendue du cadavre. Le ventre est légèrement ballonné. L'ouverture de l'abdomen laisse apercevoir de suite une inflammation du péritoine, avec épanchement d'un liquide noirâtre dans la cavité. Cet épanchement, dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre environ, a produit la péritonite dont je viens de parler, et a déterminé les accidents mortels qui ont occasionné si brusquement la mort. Ce liquide, de couleur noirâtre, couleur marc de café, provient de la rupture d'un vaste foyer gangréneux, que nous constatons en soulevant le paquet intestinal, dans toute la région qui s'étend depuis la place occupée par la rate et l'estomac supérieurement, jusque dans la fosse iliaque et le côté gauche du bassin, à peu près à la hauteur de la moitié du psoas, qui est lui-même disséqué, en quelque sorte, et dont le tendon est dénudé dans une assez grande étendue. Cette vaste collection de matière cancéreuse, ramollie et gangrénée, occupe principalement la région du rein gauche; elle a pour limites, en dedans, la colonne vertébrale, en dehors et tout à fait en dessous, l'espèce de sillon formé par la colonne vertébrale et les muscles qui tapissent cette gouttière en dehors, le psoas et l'iliaque gauches; supérieurement, elle est recouverte par la masse intestinale, et notamment par le gros intestin qui fait corps avec elle, et forme sa paroi supérieure et latérale interne; de telle façon que c'est en soulevant ce gros intestin qui y adhère intimement, que nous arrivons dans le foyer même, en opérant une vaste déchirure. En apercevant cette vaste collection de matière cancéreuse, *mélanée,* ramollie, et offrant l'aspect d'une bouillie noire, infecte, occupant la place où devrait se trouver le rein, nous revenons à l'idée souvent émise par moi d'une maladie du rein, d'une dégénérescence cancéreuse de cet organe, et nous semblions dès lors fixés désormais définitivement sur la nature, le siége du mal, et sur le diagnostic qui aurait dû être porté, d'autant plus que de

(1) Les trois confrères qui ont avec moi suivi la maladie et assisté à l'autopsie, sont MM. les docteurs Catel père et fils, de Saint-Dizier, et Joly, d'Ancerville (Meuse).

vastes détritus cancéreux, de la grosseur d'un œuf de poule au moins, trouvés au milieu de ce magma de matières pultacées, nous paraissaient être les débris du rein lui-même, de la capsule surrénale et du tissu cellulaire abondant qui les environne. Mais, outre que nous ne pouvions guère nous rendre compte de la présence, dans l'estomac, de ce même liquide noirâtre qui avait été vomi par le malade dans les deux ou trois derniers jours de sa vie, et dont, à l'autopsie, une partie existait encore dans cet organe (environ 30 à 40 centilitres), quelle ne fut pas notre surprise lorsque, poussant plus loin nos investigations, nous recherchâmes dans la région opposée le rein droit là où il devait exister; quel ne fut pas notre étonnement, dis-je, de constater une absence complète de rein! Pas le moindre vestige, pas la moindre trace d'un rein quelconque n'existe de ce côté, entièrement sain, du reste. Or, puisqu'il n'existe pas de rein du côté droit, probablement donc, il n'en avait pas existé non plus du côté gauche, et ce que nous venons de prendre pour des débris, pour des détritus du rein n'en était donc plus. Comment expliquer, du reste, cette absence des reins quand le malade avait, de tout temps, uriné normalement et même en quantité assez notable jusqu'au dernier moment de sa vie? Évidemment, les reins devaient exister quelque part. En effet, après de minutieuses recherches, et après s'être servi de la vessie et de l'uretère particulièrement, comme d'un fil conducteur, on finit par retrouver dans le fond du bassin, au-dessous de la vessie et du rectum, un *rein unique,* du volume du poing à peu près, de forme arrondie, offrant une sorte de rainure, ou pour mieux dire, de *raphé* au milieu, qui semble indiquer que ce rein unique est constitué par la réunion des deux reins. Il n'existe qu'un seul uretère, se rendant sur le côté droit inférieur de la vessie; cet uretère est très-court; la substance du rein est, du reste, très-saine et normale.

L'estomac, le pylore, le duodénum et toute la masse des petits intestins sont dans un état d'intégrité parfaite : la muqueuse stomacale semble cependant un peu décolorée et ramollie; le gros intestin, à l'exception de la partie du colon transverse et descendant qui forme une paroi du foyer et lui adhère intimement, comme nous l'avons déjà dit, est également sain.

Le foie est un peu cirrhosé dans toute son étendue et dans toute son épaisseur; la vésicule est remplie de bile verte foncée; la rate est un peu volumineuse; elle est très-ardoisée, mais n'offre rien d'anormal dans sa structure. Le pancréas n'a pu être retrouvé au milieu de la masse cancéreuse dont nous avons parlé, et dont très-probablement il faisait lui-même partie.

Les poumons et le cœur sont très-sains et normaux.

Réflexions. — L'observation qu'on vient de lire nous a semblé offrir un double intérêt : 1° au point de vue de la difficulté, de l'obscurité du diagnostic, et de la gravité des lésions constatées par l'autopsie; 2° au point de vue de l'anomalie des reins.

1° Était-il possible de diagnostiquer une semblable affection, qui, dans tous les cas, eût toujours été entièrement au-dessus des ressources de l'art, quand bien même on aurait pu arriver à un diagnostic certain et positif? D'un autre côté, en présence des vomissements *noirs,* couleur *marc de café,* qui ont précédé de deux ou trois jours la mort, n'était-on pas fondé à croire à une affection organique de l'estomac ou du pylore, arrivée à sa dernière période? Comment expliquer, du reste, ces vomissements de matières noires, et leur présence dans l'estomac, quand celui-ci, ainsi que le pylore lui-même et le duodénum étaient parfaitement sains? Il faut admettre que le gros intestin communiquant par une ouverture avec le foyer cancéreux duquel il formait une paroi, comme nous l'avons déjà dit, cette matière noire a pu, par un mouvement ascensionnel et antipéristaltique, remonter tout le long du tube digestif jusque dans l'estomac; c'est la seule explication à donner, ce nous semble.

2° Quant à l'anomalie très-curieuse constatée dans la position et le volume, ainsi que le nombre des reins, nous ne sachions pas qu'on en ait encore observé de ce genre. On a bien déjà un certain nombre d'observations de déplacement des reins, de leur mobilité même dans la cavité abdominale (ce que M. Rayer a désigné sous le nom de *luxation des reins*); mais nous ne croyons pas qu'on ait encore rencontré une anomalie aussi complète, tant sous le rapport de la forme que sous celui de la position et du nombre des reins; anomalie qui, cependant, n'avait pas empêché le sujet de remplir normalement toutes les fonctions génito-urinaires, et de devenir père de trois enfants parfaitement constitués. Toutefois, d'après les renseignements que nous avons recueillis, il paraîtrait que de tout temps il avait eu une grande fréquence dans l'émission des urines, et que, jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, il avait constamment pissé au lit; ce qui s'explique par la pression continuelle exercée sur la vessie par un rein aussi volumineux, et fait comprendre l'inutilité des remèdes administrés en pareille circonstance pour combattre une semblable infirmité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Août 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Paquet cacheté relatif à un nouveau système de traitement du choléra, par M. Pennes, pharmacien à Paris;

2° Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, par M. Goudinet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Yriex;

3° Six Rapports sur des épidémies de variole et de scarlatine, par M. Déhée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Cazeneuve annonce l'apparition du choléra à Lille, et fait remarquer que le premier individu pris l'a été en revenant de Valenciennes, où le choléra existait déjà.

— M. Pietra-Santa adresse la Note suivante, ayant pour but de confirmer l'utilité qu'il y a dans les mesures préventives relatives au choléra :

C'est dans la maison d'arrêt des Madelonnettes, dit-il, que j'ai cru constater, grâce au concours intelligent et empressé de l'administration supérieure et locale, l'efficacité d'un système de surveillance établi jusque dans les dortoirs et les ateliers, des soins prophylactiques donnés soit par persuasion, soit par contrainte.

La prison actuelle, qui a remplacé l'ancien couvent des Madelonnettes, est située au milieu du quartier populeux du sixième arrondissement, entourée de petites rues étroites et mal aérées : son personnel se compose en général de gens de conduite peu régulière (escrocs émérites, voleurs de profession, mendiants ramassés aux coins des bornes).

La population moyenne est de 500 détenus. Du 1er octobre 1853 au 1er juillet 1854, 1,832 prisonniers ont été écroués dans la maison. Sur ce nombre, 653 ont été, malades (431) ou indisposés (222). 365 d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié des malades, le cinquième de la population flottante, ont subi l'influence de l'épidémie, mais à des degrés divers que nous avons réunis dans quatre catégories :

1° La première comprend 222 détenus qui nous ont présenté des symptômes d'embarras gastrique, et qui ont pu être traités sur la cour (diète; repos; 1 gramme d'ipécacuanha : soulagement très-prompt);

2° Les 113 de la seconde, reçus à l'infirmerie, joignaient, aux phénomènes de gastricisme, de la courbature, un malaise général (boissons légèrement stimulantes; ipéca; 3 à 4 jours à l'infirmerie);

3° La troisième se compose de 20 cas de cholérine et accidents cholériformes (à l'ipéca et aux boissons stimulantes, nous ajoutions ici l'appareil à air chaud de M. Cadet; quelques opiacés; 10 jours dans les salles; convalescence franche);

4° Dix cas de choléra asiatique constituent la quatrième catégorie; chez tous, nous avons observé des symptômes prémonitoires, et chez tous aussi par l'ipéca, les potions stimulantes et l'appareil à air chaud, nous avons pu triompher de la période algide : mais alors que la chaleur était revenue, que les pulsations de la radiale commençaient à être perçues, des symptômes de nature essentiellement nerveuse nous ont enlevé 4 de nos malades. Dans la période de réaction, il nous a semblé que l'association du sulfate de quinine à l'extrait thébaïque a été très-utile pour en abréger la durée; toutefois, nos observations sur ce sujet ne s'appliquent qu'à un trop petit nombre de cas.

En résumé, sur 1,832 individus, 365 subissent l'influence de l'épidémie. 222 embarras gastrique; 113 gastricisme, malaise; 20 accidents cholériformes, cholérine; 10 choléra confirmé algide, et 4 morts, 6 guéris.

Cette disproportion entre le nombre des personnes malades et celui où

le choléra a parcouru ses fatales périodes, ne serait-elle pas de nature à démontrer d'une manière incontestable l'*efficacité des mesures préventives et prophylactiques?*

L'administration de l'ipécacuanha en poudre et les bains d'air chaud par l'appareil Cadet-Gassicourt, nous ont paru, dans l'épidémie actuelle, d'excellents moyens pour combattre le mal à sa première manifestation et arrêter l'évolution successive de la maladie.

Algalimètre.

M. Mathieu présente un nouvel algalimètre qu'il a construit d'après les indications de M. le docteur Guérard.

Cet instrument consiste en un double compas, dont les branches sont articulées au cinquième de leur longueur totale. Il résulte de cette disposition, que l'écartement des grandes branches, à leur extrémité libre, est quatre fois plus considérable que celui des petites, et que, par conséquent, les différences de diamètres des sondes sont rendues plus sensibles.

Pathologie comparée.

M. Liége adresse une note sur l'influence de la cause cholérique dans la race ovine.

Inhumations prématurées.

M. Bally, membre de l'Académie de médecine, adresse une Note sur la fréquence des inhumations qui ont fréquemment lieu avant le terme légal pour les cadavres d'individus qui succombent à la maladie asiatique, et sur les moyens qu'il y aurait à prendre pour remédier à cet état de choses.

Excroissances de l'urètre.

M. le docteur Guillon adresse une Note sur un cas d'excroissances de l'urètre, à propos de laquelle il a fait une présentation dans la dernière séance.

Injecteurs.

M. Falconi écrit qu'il ne saurait comprendre la réclamation de M. Charrière, l'appareil pour lequel ce fabricant a réclamé n'ayant ni la même forme, ni la même capacité, ni le même but que celui que M. Falconi a imaginé.

Physiologie des sens.

M. Campmas (Laurent) communique une Note sur des *expériences qui prouvent qu'il y a analogie complète entre le sens de la vision et ceux du goût et de l'odorat.* (Comm., M. Longet.)

RAPPORTS.

Médication ferrugineuse.

M. Bouchardat termine la lecture du Rapport sur le travail de MM. Homolle et Quevenne. Nous publierons, dans notre prochain numéro, une longue analyse de cet important travail.

LECTURES.

Fractures et amputations des membres inférieurs.

M. Hutin lit un Mémoire sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu.

En 1831, Ribes avait affirmé que si, dans ce genre de lésions, on ne recourait pas promptement à l'amputation, les malades succombaient toujours; et que, dans une visite minutieuse qu'il avait faite à l'hôtel des Invalides, il n'avait pas trouvé un seul homme qui eût survécu à de semblables blessures, en conservant le membre intéressé, ni un seul cuissart qui eût eu la cuisse coupée par suite de la fracture du milieu du fémur. M. Hutin a repris les recherches de Ribes, et il est arrivé à des résultats tout différents.

Sur 4,370 invalides, il a rencontré, d'un côté, 143 cuissarts et 230 amputés de la jambe ; de l'autre, 63 individus ayant guéri, sans amputation, de fractures de la cuisse par coups de feu ; et 76 ayant également guéri, sans amputation, de fractures analogues de la jambe. Rapprochant ces données les unes des autres, en tenant compte de la hauteur à laquelle ont eu lieu les diverses lésions, M. Hutin établit le tableau comparatif suivant :

1° Fractures par coups de feu *au milieu* de la cuisse : 5 hommes amputés, et 20 guéris sans amputation;
- Id. *au-dessous du milieu :* 16 amputés, et 19 guéris sans amputation ;
- Id. *au-dessus du milieu :* Pas d'amputés, et 21 guéris sans amputation.

2° Fractures par coups de feu *au milieu* de la jambe : 12 amputés, et 22 guéris sans amputation ;
- Id. *au-dessus du milieu :* 6 amputés, et 20 guéris sans amputation ;
- Id. *au-dessous du milieu :* 64 amputés, et 34 guéris sans amputation.

M. Hutin ne veut pas qu'on lui suppose la croyance que les fractures dont il s'agit sont moins graves qu'elles le sont en réalité ; il les considère, au contraire, comme toujours extrêmement redoutables. « J'ai seulement voulu faire voir, dit-il, qu'elles ne sont pas nécessairement mortelles quand on ne sacrifie pas les membres, ainsi qu'on l'a avancé ; et que, sur ce point, l'hôtel des Invalides d'où est partie, il y a plus de vingt ans, une sérieuse accusation contre les ressources d'une chirurgie conservatrice, a offert depuis un ensemble de faits assez nombreux pour la combattre. »

Maladies des voies urinaires.

M. le docteur Heurteloup lit la première partie d'un travail sur les procédés perfectionnés d'extraction des calculs urinaires.

La séance est levée à six heures moins un quart.

THÉRAPEUTIQUE.

Ovariotomie suivie de succès.

Le professeur Langenbeck a pratiqué avec succès l'ovariotomie chez une fille de 34 ans, qui portait une tumeur à l'ovaire. Cette tumeur existait depuis cinq ans, et avait pris du développement au point que l'abdomen paraissait être celui d'une personne enceinte de neuf mois. L'opération fut faite à l'aide du chloroforme. Le professeur Langenbeck incisa la paroi abdominale sur la ligne blanche, dans une étendue de deux pouces et un quart, en allant de bas en haut et en commençant un peu au-dessus de la symphyse pubienne. Le kyste, mis à nu et fixé dans la plaie au moyen d'un crochet, fut ponctionné. Il s'en écoula environ dix-huit litres d'un liquide limpide et albumineux. Pendant cet écoulement, on tira le kyste au dehors jusqu'à son pédicule On ferma la plaie au moyen d'épingles, et on excisa le kyste au niveau de la peau; après quoi, on acheva la suture. Neuf semaines après, tout était cicatrisé; mais pendant ce temps la malade avait constamment éprouvé des coliques.

La tumeur extirpée comprenait, outre l'ovaire, d'autres kystes gros comme des noisettes, et la trompe. Le kyste avait des parois épaisses et présentait à l'intérieur des plis nombreux Le liquide était fortement albumineux et montrait seulement au microscope des cellules épithéliales éparses. — Cette opération est la septième de ce genre faite par Langenbeck; sur ce nombre il y a eu trois morts et quatre succès. (*Deutsche Klin.*)

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre honorable confrère, M. Dechambre, la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer :

Paris, le 22 août 1854.

Cher collègue,

Des quelques lignes que M. le docteur Abeille veut bien me consacrer dans l'article que publie ce matin le *Moniteur des Hôpitaux*, permettez-moi de relever seulement celles qui m'attribuent une inconséquence d'opinion et de conduite. A en croire notre confrère, je n'ai pas craint « *d'approuver* les expérimentations d'inoculations multiples du virus syphilitique sur l'homme, *de les encourager même;* » et il s'étonne ensuite de me trouver parmi les adversaires de la médication strychninée appliquée au choléra.

Il y a ici tout à la fois erreur matérielle et rapprochement inexact.

Loin d'approuver les inoculations des syphilisateurs, j'ai écrit que je ne me permettrais, pour mon compte, ni celles-là, ni même celles qu'avait antérieurement pratiquées M. Ricord. J'ai seulement soutenu que *les expérimentations faites* conduisaient à des données scientifiques qu'il était bon d'examiner et d'enregistrer.

Tout au rebours, en ce qui concerne le traitement du choléra par le sulfate de strychnine, je n'ai pas désapprouvé l'expérimentation ; je n'ai même pas contesté entièrement les applications du moyen thérapeutique; mais j'ai dit que la théorie de M. Abeille manquait de base, et que les expériences *n'avaient rien de décisif* J'ai, de plus, exprimé et j'exprime de nouveau le regret qu'une question de pratique aussi délicate ait été portée dans les journaux politiques.

En tout ceci, je persiste à croire que je suis resté fidèle et à la raison et à la dignité scientifique.

Agréez, cher collègue, etc. A. DECHAMBRE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Un de nos plus honorables confrères de Paris, M. le docteur Billout, vient de recevoir de M. le Ministre la mission d'aller visiter plusieurs localités du département de l'Yonne, envahies par l'épidémie.

— *Prix des Annales médico-psychologiques.* — Ce prix a été décerné cette année à M. Félix Boureau, interne des hôpitaux de Paris. Son travail, qui a pour titre : *Influence des altérations du sang et des modifications de la circulation sur le système nerveux,* a plus spécialement pour objet les hallucinations. Dans la première partie de son travail, il traite : 1° des hallucinations ayant pour cause une augmentation des globules du sang ; 2° de celles qui prennent leur origine dans un abaissement des globules ; 3° de celles qui sont produites par des substances toxiques introduites dans le sang, avec diminution des globules. Dans la seconde partie, l'auteur parle : 1° des hallucinations dues à des troubles de circulation résultant d'une lésion chronique ; 2° de celles dues à des troubles de circulation résultant d'un changement brusque opéré dans l'économie ; 3° enfin, des hallucinations ayant pour point de départ une inflammation aiguë, avec augmentation de la fibrine et diminution des globules du sang. (*Annales médico-psycholog.*)

— *Médecins cantonaux.* — M. le Ministre de l'intérieur, inspiré par une grande sollicitude pour la santé du peuple, vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets :

Paris, le 15 août 1854.

Monsieur le préfet,

Les villes sont généralement dotées d'établissements charitables où l'ouvrier indigent et malade trouve les secours qui lui sont nécessaires ; mais les campagnes n'offrent à nos laboureurs aucune ressource de ce genre. L'ouvrier des champs n'est que trop souvent exposé à souffrir, isolé, sans médicaments ni médecin.

La charité, la justice, la bonne politique, veulent un remède à cet affligeant état de choses : sous leur bienfaisante inspiration, l'institution des médecins cantonaux a été adoptée par plusieurs départements. Dans le Loiret, par exemple, sagement réglementée, elle rend depuis trois ans les plus touchants services, et, partout où s'essaye cette organisation de la médecine gratuite, les bons effets en sont chaque jour constatés par la reconnaissance de nos populations rurales.

Le gouvernement de l'Empereur porte au développement de cette bonne œuvre un intérêt paternel : appelez sur elle, monsieur le préfet, toute l'attention, toute la bienveillance de votre conseil général. Je désire vivement que, par un vote de subside, il vous en permette l'organisation complète et efficace, ou que du moins, si l'insuffisance des ressources départementales y fait obstacle, il en consacre dès aujourd'hui le principe par une première allocation ; si faible qu'elle soit, votre zèle, le dévouement désintéressé des médecins, les secours du Gouvernement, la charité de tous, aideront à faire le reste.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très-distingué. *Le Ministre de l'intérieur,* BILLAULT.

— *Une dame de charité.* — Sous ce titre, la *Presse* publie la chronique judiciaire suivante, qui met en lumière un des petits épisodes de la grande histoire de la philanthropie du siècle, où l'on trouverait, si l'on cherchait bien, un assez grand nombre d'épisodes semblables, qui se sont passés sur un plus grand théâtre.

« Un jour de l'hiver dernier, le docteur X..., l'un des plus riches notables de Tonnerre, rencontrant au poste de la garde nationale le boucher L..., l'aborda d'un air de bonhomie protectrice, et le complimentant sur la manière dont il servait ses clients : — Tu nous as fait manger, hier, lui dit-il, un filet capable d'exciter la convoitise d'un Brillat-Savarin ; je t'en félicite à double titre, et comme gastronome et comme médecin. Continue de soigner ainsi ma maison, et tu peux être assuré que ma pratique ne te manquera pas.

« Le sieur L... était certainement digne de ce compliment, il le croyait du moins ; mais ce qui l'étonnait, c'est qu'il lui fût adressé par M. X..., auquel, en treize années de temps, il n'avait fourni que pour une somme de 97 fr. 60 c. de viande, des qualités encore sur le mérite desquelles la gent féline seule eût été en état d'émettre une opinion. Aussi demeura-t-il stupéfait et put-il à peine balbutier quelques mots en rougissant. Le docteur, qui ne les entendait qu'à demi, n'en comprit point la portée, mais ils ne restèrent pas sans écho dans les oreilles du reste de l'auditoire.

« Il est bon de faire remarquer, pour l'intelligence de ce qui précède, que le sieur L..., en même temps qu'il approvisionnait M. X..., était également le fournisseur du bureau de bienfaisance de Tonnerre, dont madame X..., la femme du docteur, était, depuis 1832, une des principales patronesses ; or, précisément la veille, cette dame avait fait prendre et payer, au moyen d'un bon de charité, pour de soi-disant malades indigents et honteux, un filet en tout semblable à celui tant vanté par son mari.

« La sagesse des nations dit quelque part qu'il est toujours dangereux de livrer à la voix publique le secret de ses satisfactions intimes. Le docteur oublia trop cet adage, et voici ce qui arriva : après son départ du corps-de-garde, les soldats-citoyens alors présents ouvrirent de grandes assises où madame X... ne tarda pas à être dépouillée du prestige attaché à son titre de dame de charité. Chacun apporta son contingent de révélations ; et comme les uns et les autres, dans les faits parvenus à leur connaissance, recherchaient avant tout le côté grotesque, l'aréopage accueillit avec un empressement marqué l'histoire scandaleuse d'une vente de mottes à brûler faite par madame X... à une dame B..., et décerna à l'acquéreur de ce combustible le surnom de comtesse de La Motte.

« Madame B... a deux fils. La présence de ces jeunes gens en divers lieux publics ayant été saluée, à plusieurs reprises, de sourires narquois, accompagnés de l'épithète accolée au nom de madame B...., ils voulurent avoir une explication ; et, après s'être assurés de la parfaite bonne foi et de l'innocence de leur mère, ils jetèrent un long cri d'indignation qui fut entendu de l'autorité. Le parquet s'émut ; l'administration reconnut que ses précautions avaient été mises en défaut, que des abus graves avaient été commis. Dès lors, madame X.... fut révoquée de ses fonctions, et bientôt après arrêtée préventivement.

« A la suite d'une longue et minutieuse instruction, dans le cours de laquelle près de cent témoins furent entendus, il a été reconnu que si, en toute occasion, madame X.... plaidait chaleureusement la cause des malheureux, c'était uniquement pour mieux voler les infortunes qu'elle était chargée de secourir. Ainsi, elle trafiquait de la charité et réduisait les secours ; elle mangeait le pain et la viande destinés aux pauvres ; elle garnissait son foyer du chauffage des pauvres ; se faisait faire des remises sur les fournitures, et payait avec des bons de pain ses menues dépenses de table : fruits, légumes, champignons, etc. Enfin, l'information a établi que, sur la modique somme de onze à douze cents francs qu'elle a été appelée à distribuer chaque année, tant en viande qu'en pain et quelque peu d'argent, cette dispensatrice du bien des pauvres était venue à bout de détourner, notamment en 1853, plus de quatre cents francs, c'est-à-dire au delà du tiers des secours alloués !

« Les débats auxquels a donné lieu cette affaire n'ont pas duré moins de quatre audiences consécutives. Malgré une donation de cinq mille francs comptant déposée le matin même au bureau de bienfaisance, dans le but de réparer le tort fait aux pauvres ; malgré les efforts de son défenseur pour la faire considérer comme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, le tribunal correctionnel de Tonnerre a condamné madame X..... à deux années d'emprisonnement, trois cents francs d'amende et aux frais. »

BIBLIOGRAPHIE.

Étude pratique, rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au XVIIIe siècle. Appréciation des travaux et Éloge de Lepecq de la Cloture, médecin épidémiographe de la Normandie, par le docteur MAX SIMON. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de Rouen.— Paris, 1854. — 1 vol. in-8 de 332 pages, avec un portrait de Lepecq de la Cloture. — Prix : 5 fr. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire, rue Hautefeuille, 19.

De l'hypertrophie de la prostate et de son influence sur la production de quelques états morbides de la vessie chez les vieillards, par le docteur P. GELLIE. — In-4°. — Prix : 3 fr.

LIBRAIRIE VICTOR MASSON.

Sous presse :

Traité d'anatomie générale, par le professeur KOELLIKER, de Würtzbourg ; édition française publiée, avec la collaboration de l'auteur, par M. Jules *Béclard,* agrégé de la Faculté de médecine de Paris.— 1 vol. grand in-8, avec 350 figures.

Précis de chimie physiologique, par le professeur LEHMANN, de Leipzig ; édition française publiée, avec la collaboration de l'auteur, par M. *Drion.* — 1 vol. gr. in-18.

Traité d'anatomie générale, par M. SEGOND, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8.

La Chirurgie de Paul d'Égine ; texte grec, avec la traduction française en regard, et notes par M. le docteur BRIAU.— 1 vol. gr. in-8.

Traité de géographie botanique raisonnée, par M. A. DE CANDOLLE. — 1 vol. grand in-8, divisé en deux parties.

Traité des paraplégies, par le docteur LEROY-D'ÉTIOLLES fils. — 1 vol. in-8.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 102. 2e année. Samedi 26 Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — Note sur quelques nouveaux remèdes contre le choléra, par M. Imbert-Gourbeyre. — Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 22 août 1854 : Mémoire sur la médication ferrugineuse, par M. T.-A. Quevenne. — THÉRAPEUTIQUE : Traitement du choléra. Des sternutatoires dans le choléra. — Teinture de fleurs de colchique dans le rhumatisme articulaire, simple ou goutteux, et les névralgies. — Du jour et de la nuit considérés dans leurs rapports avec les maladies. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

Note sur quelques nouveaux remèdes contre le choléra,

Par M. A. Imbert-Gourbeyre, *professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand*.

Nous sommes obligés de l'avouer : en 1854, après trois grandes épidémies de choléra, nous sommes à peu près aussi peu avancés qu'en 1832, au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique de cette redoutable maladie.

Triste aveu de notre impuissance ! la presse médicale, consultée de tous les points de la France, est obligée de répondre : Voyez, on expérimente en ce moment le sulfate de strychnine ; il paraît réussir, et, jusqu'à présent, nous n'avons rien de mieux à indiquer.

Que savons-nous en étiologie ? La préférence du choléra pour les lignes aqueuses, son antagonisme avec les terrains primitifs, sa non-contagion..... voilà, certes, des points fort douteux, qu'on a voulu pourtant ériger en données positives.

Quant à la diarrhée dite prémonitoire, je suis loin d'en nier l'existence ; mais je cherche en vain les résultats, et je ne vois pas trop que l'on soit arrivé, avec les précautions indiquées et même mises en pratique, à étouffer le monstre en naissant.

En outre, les cliniciens avouent perdre 13 malades sur 14, dans le choléra algide. Dans l'épidémie de 1849, qui fut légère dans le chef-lieu que j'habite, je n'ai eu à donner des soins qu'à 11 cholériques : j'en ai vu mourir 10. En 1832 et 1849, la mortalité a dépassé 50 p. 100. Tout annonce que ce chiffre augmentera notablement dans l'épidémie actuelle. On accuse même, à Marseille, une mortalité de 70 p. 100.

En résumé, au point de vue étiologique du choléra, on ne sait pas grand'chose. La prophylaxie est à peu près impuissante. En thérapeutique, on a tout essayé : on cherche encore le spécifique, si spécifique il y a, et l'on commence à parler du sulfate de strychnine Voilà où nous en sommes.

Il faut donc sortir de l'ornière : je viens signaler à l'attention des praticiens trois nouveaux médicaments qui ont surtout été préconisés par l'École hahnemannienne. En présence de l'épidémie cruelle qui décime *six à sept fois* les populations, il faut aborder ces méthodes nouvelles qui paraissent diminuer de beaucoup le chiffre ordinaire de la mortalité ; il faut, du reste, que la lumière se fasse sur ces questions encore contestées.

S'il est vrai que les trois remèdes principaux indiqués par l'École hahnemannienne, réussissent beaucoup mieux que les mille remèdes divers que nous employons depuis 1832, il est du devoir de nous tous de les vérifier cliniquement, et de nous en servir pour combattre le fléau qui nous ravage.

Frappé de notre impuissance en présence du choléra, j'ai voulu interroger l'école spécifique allemande. J'en remercie M. Trousseau ; car j'ai été invité à ces recherches par le passage suivant que l'on lit dans l'introduction de son *Traité de thérapeutique :*
« Comme il n'y a de si grande erreur qui n'ait quelque conséquence heureuse, l'homœopathie a été de quelque utilité à la pharmacologie. Sous son influence, des Sociétés allemandes se sont formées pour la révision de la matière médicale. Tous les médicaments ont été essayés sur l'homme sain par des médecins qui, se choisissant eux-mêmes pour sujets de leur expérience, n'ont pas toujours su, il est vrai, éviter les illusions systématiques, mais qui, doués de beaucoup de patience et d'attention, et n'opérant jamais qu'avec des substances simples, ont constitué leur matière médicale pure, d'où sont sorties beaucoup de notions très-précieuses sur les propriétés dynamiques des médicaments, et sur une foule de particularités de leur action, que nous ignorons trop en France. Cette ignorance fait que nous ne connaissons des agents thérapeutiques que leurs propriétés générales les plus grossières, et qu'en face des maladies qui présentent des nuances si variées d'indication, nous manquons très-souvent de modificateurs appropriés à ces nuances. »

Qu'il me soit donc permis d'être homœopathe, comme M. le professeur Trousseau, que je soupçonne, du reste, beaucoup plus hahnemannien que je ne le suis moi-même et qu'il ne veut le paraître.

Cela posé, j'arrive aux trois médicaments qui ont été surtout prônés par les disciples de Hahnemann dans le traitement du choléra : ce sont les préparations de cuivre, d'arsenic et de vératrum. Mais avant de faire l'histoire de ces trois médicaments dans leur rapport avec la thérapie du choléra, je tiens à parler du sulfate de strychnine, mis en avant par M. Abeille, et à préciser le mieux possible sa valeur thérapeutique.

Je ne vois pas d'abord l'avantage qu'il y a à employer le sulfate de strychnine de préférence à la noix vomique, le médicament *chimique* de préférence au médicament naturel. Avec le médicament chimique, il y a toujours à craindre la cherté, la préparation mal faite, la falsification, et quelquefois, je ne dis cela qu'en général, la spéculation commerciale qui s'empare du monopole de la fabrication d'un alcali végétal, le torture chimiquement avec un acide quelconque, et présente au monde médical ce nouveau couple, orné de toutes les vertus possibles. Il est toujours à craindre, du reste, que le médicament nouveau, extrait du médicament naturel, n'en ait pas conservé fidèlement toutes les propriétés connues.

Déjà l'on a commencé à jeter quelques doutes sur l'efficacité du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra ; d'autres expériences, faites dans les hôpitaux de Paris, n'ont pas donné des résultats aussi favorables que ceux obtenus par M. Abeille.

Ne pouvant pas apporter ici mon expérience personnelle, à raison de l'absence de l'épidémie à Clermont-Ferrand, je tiens à citer quelques opinions et considérations particulières sur l'emploi anti cholérique de la noix vomique, pour essayer de donner un certain crédit à ce médicament, crédit toutefois limité à côté de celui que je veux appeler sur les trois médicaments dont j'ai parlé plus haut.

Le docteur Kurtz est le seul médecin de l'école spécifique allemande qui ait parlé de la noix vomique dans le traitement du choléra, dans un Mémoire sur le choléra asiatique, publié en 1850, dans *Hom. vierteljahzschrift* de Muller et Weit-Meyer, et dans un article qui a paru la même année dans *Hom. allg. zeitung*, de Rummel et Hartmann.

D'après le docteur Kurtz, la noix vomique serait un médicament énergique et souvent utile dans le choléra, pourvu qu'il ne soit pas arrivé à un haut degré d'asphyxie, de collapsus et de paralysie. L'auteur en appelle, pour preuve, à l'action physiologique bien connue de ce médicament. Toutefois, l'auteur ne cite aucune observation détaillée. Cette opinion n'est probablement pas une conception *à priori :* la manière dont il s'exprime fait presumer qu'elle est basée sur sa pratique personnelle.

A côté de l'opinion du docteur Kurtz, je citerai aussi celle de Hartmann, qui ne parle qu'en passant de la noix vomique et en précise ainsi l'indication : « La noix vomique, dit-il, peut convenir quand l'ipéca a fait cesser les vomissements, et qu'il reste des spasmes d'estomac, une sorte de pesanteur et de l'anxiété à l'épigastre, des douleurs dans les viscères, de fréquentes et petites évacuations, du ténesme, de la céphalalgie, de petits frissons, un froid plutôt interne qu'externe. »

J'ai besoin de préciser l'action physiologique multiple de la noix vomique, surtout dans ses rapports avec le traitement du choléra. Ici, nous sommes riches en travaux divers, expériences et observations sur l'action tant physiologique que thérapeutique de ce médicament : qu'il me suffise de rappeler, sur ce point, les travaux de Pfaff, Emmert, Meyer, Fouquier, Orfila, Magendie, Jäger, Trousseau, Flourens, Pereira....

La noix vomique paraît avoir surtout deux sphères principales d'action : le canal intestinal et la moelle épinière. A hautes doses, sur le canal intestinal, elle provoque, entre autres symptômes, des vomissements et quelquefois de la diarrhée ; du côté de la moelle épinière, des crampes, des rigidités tétaniques partielles, même du tétanos général, de la paralysie et de l'asphyxie, sans troubler ordinairement l'intelligence, sans affecter le sensorium.

De ces données physiologiques que j'esquisse à grands traits, il est facile de conclure à la thérapeutique, en prenant pour guide la loi de similitude, si féconde en indications.

Donner un médicament qui fait vomir dans une maladie où l'on vomit, un médicament qui développe des crampes, du tétanos, de la paralysie dans une affection où l'on rencontre si souvent des crampes, et quelquefois du tétanos et de la paralysie ; se servir, enfin, d'un agent qui asphyxie dans une maladie où l'asphyxie est un symptôme si notable, voilà qui paraît étrange : il semble que c'est précisément agir dans le sens même de la maladie, et en favoriser le développement.

Cette objection si naturelle, M. Abeille se l'est faite à lui-même. « Voir cesser les crampes, dit cet observateur distingué, avec l'usage de la strychnine, qui a la propriété de les provoquer, voilà qui est remarquable. » Et pour tourner cette difficulté, et se faire pardonner une application de la strychnine, qui paraît si antimédicale, M. Abeille imagine une explication de l'action du médicament dans le traitement du choléra. Cette théorie a été combattue récemment par M. Lecœur et M. Leriche. Ces messieurs ont donné, bien entendu, la leur en remplacement de celle de M. Abeille. C'est encore de l'imagination pure.

L'action d'un médicament, tant à l'état physiologique que dans la maladie, ne s'explique pas ; elle *se constate.* A l'état physiologique, la noix vomique provoque des vomissements, des crampes, de l'asphyxie....; dans les cas de choléra, elle combat heureusement les vomissements, les crampes, etc.... Voilà les faits. De ces faits découle nécessairement un rapport entre l'action physiologique et thérapeutique du médicament. Ce rapport, quel est-il? C'est un rapport d'analogie, de parallélisme, de synergie ; c'est un rapport de similitude. C'est là ce qu'on appelle *loi de similitude,* que M. Trousseau a eu tort de nommer loi de substitution ; car à un fait il a substitué une explication, un mot qui explique, au lieu de constater ; ce jour-là, l'honorable professeur a été malheureusement *inspiré.*

La loi de similitude me paraît appelée, par tous les travaux modernes, à soumettre à son niveau égalitaire toute la matière médicale, ou du moins il n'est pas permis aujourd'hui d'étudier sérieusement un médicament sans l'essayer à cette pierre de touche.

Et c'est justement cette loi qui accrédite, à mes yeux, le médicament nouveau essayé par M. Abeille contre le choléra, bien plutôt que sa théorie particulière sur le mode d'action de ce même médicament. Oui, *à priori,* d'après la loi de similitude, la noix vomique doit être un bon remède contre le choléra, et il faut remercier M. Abeille d'en avoir entrepris l'expérimentation, d'autant que nous n'avions pas encore d'observations particulières et d'expériences directes sur cet agent.

Mais il est important d'en préciser et d'en limiter la valeur. Non, *à priori,* quoi qu'en dise M. Abeille, le sulfate de strychnine n'est pas le *spécifique du choléra.* Est-il possible que ce médicament soit le spécifique de toutes les périodes et de toutes les formes du choléra, qu'il agisse aussi bien dans le choléra sec que dans le choléra spasmodique, que dans le choléra typhoïde, etc.... A coup sûr, le choléra, si varié dans ses formes et physionomies diverses, doit exiger des médicaments variés en rapport avec les mêmes formes et physionomies. Cette redoutable affection est nécessairement soumise à des indications multiples. Je l'avoue, ce sont là des conceptions, *à priori,* contre la spécificité du sulfate de strychnine, ainsi que l'entend M. Abeille; mais ces mêmes conceptions n'acquièrent-elles pas une grande force par leur application à une foule de maladies diverses, où elles ont reçu la sanction de l'expérience ?

Il est donc important, dans l'application de ce nouveau médiment, de bien étudier les formes cholériques où il semble le mieux réussir, et c'est cette négligence des formes qui m'explique déjà en partie les résultats contradictoires des autres expérimentateurs.

Les données physiologiques sembleraient indiquer que le sulfate de strychnine, ou plutôt la noix vomique, est appelée à réussir plutôt dans le choléra avec prédominance des vomissements, que dans le choléra avec prédominance de crampes et de symptômes tétaniques. Déjà le docteur Kurtz l'exclut des cas de choléra où il existe un haut degré d'asphyxie, de collapsus et de paralysie. Telles sont les données thérapeutiques actuelles, y compris l'excellent travail de M. Abeille. Il est très-possible, du reste, que la noix vomique jouisse d'une action beaucoup plus étendue que je ne le suppose: je ne demande qu'à m'incliner devant la majesté de faits sérieux en nombre et en qualité.

Au moment où j'écris ces lignes, je viens de lire, dans le *Moniteur des Hôpitaux,* n° 99, le travail de M. Sée, sur l'emploi du sulfate de strychnine comme anti-cholérique. D'après lui, la strychnine doit être réservée pour les choléras moyens; elle est impuissante dans le choléra algide. Voilà qui vient confirmer les données et les résultats de l'école spécifique. Kurtz et Hartmann l'avaient déjà dit. Quant aux accidents reprochés au sulfate de strychnine, ils tiennent, ou à une dose trop forte, ou à la forme spasmodique du choléra lui-même.

Si l'honorable M. Abeille fait appel à tous les praticiens pour un médicament nouveau, et qui n'a presque aucuns titres antérieurs, et je crois être le premier en France à les faire connaître, je prendrai la liberté de signaler, à l'attention du même public médical, trois autres médicaments qui sont munis d'excellents titres et passeports, et qui doivent figurer en première ligne dans le traitement du choléra. J'entre en matière.

Arsenic. — Sous le nom vulgaire d'arsenic, il faut entendre

l'acide arsénieux. De toutes les préparations arsenicales, c'est la seule qui ait été employée par l'école spécifique allemande. Il est probable que les liqueurs de Pearson et de Fowler donneraient les mêmes résultats.

Quelle est l'action physiologique de l'arsenic? car je suis obligé de commencer par ces études pathogénitiques pour faire comprendre comment les Hahnemanniens, en suivant la loi de similitude, ont été amenés à introduire l'arsenic dans le traitement du choléra. Je ne serai point obligé d'invoquer ici les travaux propres de cette école rivale, et de consulter ses pathogénésies, où l'observation exacte a été poussée à une minutie de détails qui fait pâlir les lauriers de l'école statisticienne. Nous sommes assez riches de notre propre fonds; qu'il nous suffise de consulter la *Toxicologie* d'Orfila.

« Si la dose du poison ingéré est plus forte, dit Orfila (*Toxicologie,* 5ᵉ édit., t. I, p. 419), les malades, après avoir éprouvé des vomissements, des douleurs abdominales, etc., sont comme foudroyés, et ressemblent jusqu'à un certain point à ceux qui seraient atteints du choléra asiatique; les traits de la face sont promptement altérés, la peau est pâle, et quelquefois violacée, et couverte de sueurs froides; les malades ressentent un froid glacial, le pouls est fréquent, petit, filiforme, et parfois insensible; une vive anxiété précordiale et des syncopes fréquentes se manifestent, la respiration s'embarrasse, l'affaissement devient de plus en plus grand, et la mort arrive quelques heures après l'invasion des accidents, quelquefois sans avoir été précédée de convulsions (*voyez* les Obs. 8 et 64). »

M. Orfila a cité 78 observations d'empoisonnement par les préparations arsenicales. A l'heure qu'il est, il en existe plus de 400 de connues dans la science; il en a été publié à l'étranger soit en Angleterre, soit en Allemagne et ailleurs, dans divers recueils, trois et quatre fois plus que n'en a connu et publié M. Orfila. J'ai pris la peine de les parcourir. Dans beaucoup de cas, la ressemblance avec le choléra asiatique a été si frappante, que plusieurs médecins y ont été trompés, leur attention n'ayant point été éveillée sur la cause réelle. Cette ressemblance avait aussi frappé Christison.

Il constate donc que l'arsenic développe un ensemble de symptômes qui jouent parfaitement bien le choléra asiatique. Avec ces données *à priori,* l'école spécifique allemande devait être naturellement conduite à employer l'arsenic dans cette maladie; qu'a-t-elle obtenu?

En France, nous avons l'habitude de demander à toute méthode nouvelle des observations et des statistiques, et nous avons bien quelque raison. Les Hahnemanniens d'au delà du Rhin ne nous ont livré que des résultats généraux de leur méthode de traitement. Ces chiffres sont précieux sans doute; mais ils ne sont pas en général appuyés d'observations, et d'observations exactes. Ils ont tort; le terrain de l'observation est un terrain commun et nécessaire à toutes les écoles. Ainsi, à propos de l'arsenic, parmi les disciples de Hahnemann, je rencontre 18 observateurs qui, tous, en divers ouvrages ou recueils, ont parlé de l'arsenic comme anticholérique; ce sont Péterson, Arnold, Quin, Seider, Bakody, Rummel, Reubel, Schmid, Vehremeyer, Henke, Lembke, Schneider, Tietzer, Lobsthel, Adler, Hofrichter. Ce dernier est le seul qui publie des observations, et encore il n'y en a que trois; les autres se contentent de dire, comme nous disons souvent en France: l'arsenic m'a souvent réussi dans tel et tel cas qu'ils précisent. Ces affirmations générales ont certainement de la valeur; mais cela ne suffit pas au point de vue des exigences de notre observation française. Il règne encore bien du vague, et même des contradictions, quant aux indications diverses du médicament dans le traitement du choléra. On peut toutefois résumer les opinions diverses en disant que l'arsenic est un remède précieux dans toutes les périodes et formes du choléra, pourvu que les symptômes de la maladie soient en rapport avec les symptômes bien connus de l'arsenic. C'est ainsi que Quin affirme que l'arsenic convient dans toutes les formes du choléra, lorsqu'il existe une douleur brûlante à l'épigastre, au gosier et dans les intestins, une constriction douloureuse de la poitrine, soif brûlante, collapsus, coliques violentes avec évacuations brûlantes, anxiété, agitation continuelle et crainte de la mort.

Préparations de cuivre. — Parmi ces préparations, on a employé le sulfate de cuivre ammoniacal, l'acétate, et même le cuivre pur.

Voici ce qui ressort des études physiologiques du médicament; ici encore restons sur notre propre terrain. M. Orfila décrit ainsi les symptômes de l'empoisonnement par l'acétate de cuivre et le vert de gris: « Nausées et vomissements opiniâtres; sentiment de strangulation; coliques atroces; déjections alvines très-fréquentes; sueurs froides; anxiété précordiale, dyspnée et syncopes; le malade est tourmenté par une soif ardente, et il urine fort peu. Indépendamment de ces accidents, il survient une céphalalgie plus ou moins violente, des vertiges, de l'abattement, une grande faiblesse dans les membres, des crampes et des convulsions. »

Guidé par la loi générale de similitude, l'École hahnemannienne devait encore naturellement employer le cuivre et ses préparations dans la thérapie du choléra. Voyons les résultats.

Ici encore, des affirmations générales sur la vertu anti-cholérique du médicament, sur les indications à suivre dans son administration, mais peu ou point d'observations. Sur 16 médecins qui ont parlé de cet agent, il n'y a que deux observations; ces 14 médecins sont: Hahnemann, Quin, Bakody, Weith, Lichtenfels, Rummel, Bernst, Fleischmann, Vehremeyer, Rummel, Lembke, Knorre, Adler, Kurtz, Gerstl, Ruoff.

L'opinion générale actuelle de l'École hahnemannienne, relativement aux préparations de cuivre, c'est qu'elles sont surtout indiquées dans le choléra spasmodique avec prédominance de convulsions cloniques partielles.

Veratrum album (varaire, ellébore blanc). — En France, nous n'employons guère que la vératrine. En Allemagne et ailleurs, l'école spécifique se sert uniquement de l'alcoolature de veratrum.

En dehors de cette école, c'est principalement au médecin allemand Schabel (Tubingue, 1817) que nous devons les connaissances les plus exactes sur l'action pathogénétique du veratrum. A dose toxique, voici quels sont les principaux symptômes développés par cet agent: vomissements et diarrhées intenses, ténesme, sentiment de brûlure sur tout le canal intestinal, constriction du gosier, avec étouffements, coliques, pouls insensible, faiblesse, sueurs froides, tremblements, vertiges, convulsions.... Schabel prétend qu'il n'y a pas de substance qui provoque le vomissement aussi promptement et aussi sûrement que le veratrum. Elle est également remarquable par la propriété qu'elle a de développer un refroidissement général (*voir* deux observations de Vicat citées par M. Orfila).

De ces données physiologiques à l'application thérapeutique, il y avait encore une conclusion naturelle pour l'École hahnemannienne. Voyons les résultats: 24 médecins ont publié leur opinion et leurs observations sur l'emploi de ce médicament: Quin, Schréter, Seider, Weith, Rummel, Hartmann, Bernst, Schmid, Roth, Reubel, Lobethal, Vehremayer, Henke, Tietzer, Adler, Schweickert, Reil, Kurtz, Gerstl, Hofricht, Widnmann, Croserio, Schuler, Ruoff et Mabit.

L'opinion générale de cette école, sur ce médicament, c'est qu'il est le remède capital du choléra (*hauptmittel*); cette opinion peut se résumer dans le passage suivant de Hartmann, un des meilleurs pathologistes hahnemaniens: « D'après tout ce qui a été écrit sur le traitement du choléra, le veratrum est toujours le remède principal, même lorsque le début n'a point été précédé d'évacuation. Il faut le répéter tous les quarts d'heures, toutes les demi-heures, ou toutes les heures, suivant l'imminence du danger.... »

Ce remède paraît convenir dans toutes les formes et dans toutes les périodes du choléra, lorsque la faiblesse n'est pas trop considérable, et que les crampes et la cyanose sont modérées et qu'il n'y a pas d'asphyxie.

J'en ai fini avec les trois principaux remèdes indiqués par

l'école spécifique. Il existe encore un assez grand nombre d'autres médicaments qu'elle a employés contre le choléra, comme l'ipéca, le camphre, le phosphore..... J'ai voulu me borner aux trois agents qui font l'objet de ce travail.

Un mot seulement sur l'ipéca : de tous les médicaments employés par notre école française, c'est un de ceux qui ont été signalés avec le plus d'avantage par tous les praticiens. L'École hahnemannienne le tient également en grande estime ; mais elle n'en trouve l'emploi convenable que dans les cas de choléras légers. D'après Hartmann, l'ipéca mérite d'être recommandé, quand le vomissement l'emporte sur la diarrhée ; mais il ne convient jamais au plus haut degré de la maladie. C'est aussi l'opinion des médecins français.

J'ai parlé, jusqu'à présent, des opinions de l'Ecole hahnemannienne sur les médicaments précités ; ces opinions ont certes de la valeur, puisqu'elles sont nécessairement basées sur l'expérimentation personnelle. Dans tous les travaux antérieurs à notre école d'observation moderne, nous ne trouvons guère aussi que des opinions. J'en appelle à tous les travaux de matière médicale du siècle dernier, où les observations sont aussi rares que possible. Nous n'en prenons pas moins en très-sérieuse considération les opinions des thérapeutistes, nos devanciers, sur la valeur de tel médicament en tel cas donné, parce que ces opinions ne sont que le fruit de leurs observations personnelles, quoiqu'ils n'aient pas assigné, en général, une masse de chiffres et de faits. Par la même raison, je conclus qu'il faut prendre aussi en considération sérieuse les opinions et affirmations de l'école spécifique, quoiqu'elle ne brille pas par la citation d'une masse de faits et d'observations.

Cependant, elle a des chiffres, et des chiffres qui parlent éloquemment. Elle a la prétention hautement avouée de nous être bien supérieure dans le traitement du choléra, et d'avoir des chiffres de mortalité de beaucoup inférieurs à ceux que nous sommes obligés, malheureusement, de mettre en ligne ; et c'est sur ces chiffres que j'appelle surtout l'attention des praticiens.

J'emprunte à Ruoff quelques recherches statistiques sur le choléra : Sur 5,379 cholériques traités par 31 médecins de divers pays, Hongrie, Moravie, Russie, Prusse, Espagne, etc., il y a eu 4,321 guérisons et 655 morts.

Dans ces recherches statistiques, les cas de cholérine sont confondus avec les cas de choléra confirmé, ou algide. Mais voici d'autres chiffres statistiques où il n'est question que de choléra algide, empruntés à la pratique de Rummel, Knorre, Schweickert, Reil, Drysdale, Adler, Hofrichter : sur 745 cholériques, 605 guérisons, 140 décès. Lobethal prétend n'avoir eu que 18 pour cent de mortalité ; Drysdale, 28 pour cent, et Reil, 33 pour cent. C'est le chiffre le plus élevé de mortalité qui soit avoué par l'École.

Certes ces chiffres, s'ils sont vrais, parlent assez haut à côté de nos 50 et 70 pour cent de mortalité dans le choléra en général, et surtout à côté de nos résultats désastreux dans le choléra algide ou cyanique, puisque nous sommes obligés d'avouer une proportion de 13 sur 14 et même de 14 sur 14, c'est-à-dire de 100 pour cent.

Il faut accorder, *à priori,* une grande considération à ces chiffres, parce qu'ils émanent d'une École sérieuse et très-sérieuse, malgré ses exagérations et les côtés faibles qu'elle peut présenter : secondement, pour savoir s'ils sont vrais, je ne connais qu'un seul moyen, c'est de les soumettre à la pierre de touche de notre observation française, si exacte et si rigoureuse. Il n'a encore été fait que quelques essais, et je ne sache pas que ces méthodes de traitement aient encore été abordées par notre presse médicale française, qui semble lui avoir refusé élection de domicile.

Et les *globules,* et les *globules !!!* entends-je crier de toutes parts. J'avais réservé cette *terrible* objection pour la fin. J'ai l'habitude d'aborder les difficultés de front ; j'entre en matière, et je vais dire toute ma pensée sur cette question.

La question des doses infinitésimales, ou la théorie du dynamisme médicamenteux a nui énormément à la doctrine d'Hahnemann. Si Hahnemann fût resté toujours jeune, s'il se fût borné à la posologie de ses premières années, tout son système se réduisait à la loi de similitude, loi incontestable pour tout esprit sérieux, et dès lors, nulle difficulté de s'enrôler sous la bannière du maître.

Mais le maître et beaucoup de ses disciples sont tombés dans de telles exagérations posologiques, qu'il a répugné essentiellement au bon sens français d'entrer dans une pareille voie. On n'a vu dès lors, dans la doctrine homœopathique, qu'une chose dérisoire, des *globules,* de la médecine expectante, sans faire attention que, par derrière les défauts réels ou apparents, il y avait une doctrine sérieuse, une loi thérapeutique éminemment vraie et féconde. On a oublié cet adage si vrai et si applicable à tout système de médecine : *Sunt bona mixta malis.*

Les erreurs du maître ont été violemment critiquées par quelques-uns de ses disciples. G. Schmid, médecin allemand de Vienne, a fait un excellent livre, où il combat Hahnemann sur sa posologie infinitésimale (*Hom. arzneibereitung,* Vienne, 1846). Il démontre que les doses ordinaires des médicaments sont des doses réellement thérapeutiques, et que leur dynamisation n'est nullement nécessaire pour arriver à la guérison.

Il faut bien qu'on le sache, un grand nombre de médecins homœopathes emploient aujourd'hui nos doses ordinaires pour la plupart des médicaments ; seulement, ils ont l'habitude de les administrer *fractâ dosi.*

J'espère que du débat posologique actuel, qui est loin d'être terminé, il ressortira un jour cette vérité, que l'échelle posologique des médicaments est beaucoup plus étendue que nous ne l'avions soupçonné jusqu'alors, et qu'à des doses très-différentes, on peut obtenir des effets thérapeutiques certains. Tôt ou tard, il se fera nécessairement sur ce point une transaction honorable entre les deux camps rivaux. Mais c'est à l'observation à fixer les limites extrêmes de cette échelle posologique pour chaque médicament ; car, pour chaque médicament, il existe de grandes différences. Ces études offrent un champ très-vaste à la matière médicale ; c'est une question qui a de l'avenir.

La question des doses infinitésimales étant mise de côté, reste pour l'École hahnemanienne un grand principe de thérapeutique, la loi de similitude ; c'est là ce qui fait sa grande force et sa valeur réelle. L'École d'Hahnemann est l'École des indications.

Un mot maintenant sur la posologie du cuivre, de l'arsenic et du veratrum. Un grand nombre de médecins allemands ont administré ces médicaments à des doses égales aux nôtres, ou s'en approchant beaucoup. Sur quarante médecins qui ont écrit sur le choléra, il en est la moitié qui se sont contentés presque habituellement de la posologie allopathique. Suivons leur exemple sans rompre avec notre passé.

Cinq centigrammes d'acide arsénieux, ou de sulfate de cuivre ammoniacal dissous dans 500 grammes d'eau, quelques gouttes d'alcoolature de veratrum, ou de teinture de vératrine dans un verre d'eau sucrée, voilà toute la posologie de ces médicaments, à donner par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou toutes les heures et plus, suivant la marche de la maladie. On a souvent alterné ces médicaments, suivant les indications.

J'en ai fini avec ces trois nouveaux agents à introduire dans notre pratique pour le traitement du choléra. J'ai voulu dire ce que j'ai lu, me proposant de le vérifier à la première occasion ; je dirai alors ce que j'aurai vu.

Je n'appartiens à aucune école, parce qu'il est impossible à une école de posséder toutes les vérités. Il faut donc faire de l'éclectisme, et, sans oublier l'excellente école d'observation de Paris, il est permis de fraterniser avec Rasori, Hahnemann, Priesnitz et Rademacher.

J'ai tenu à publier ce petit Mémoire dans le *Moniteur des Hôpitaux,* à raison du caractère scientifique et indépendant de ce journal : sur ce, j'ose prier mes confrères de vérifier, dans

leur pratique, si les trois nouveaux médicaments proposés contre le choléra ont une valeur réelle. La question en vaut bien la peine.

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 22 Août 1854.

Mémoire sur la médication ferrugineuse,

Par T.-A. Quevenne.

Analyse du Rapport de MM. Caventou, Cruveilhier *et* Bouchardat, *rapporteur*.

Entrant dans une voie complétement nouvelle, l'auteur, dit le Rapport, par une suite d'expériences considérables, exécutées à l'aide de chiens à fistules stomacales, a tâché d'élucider les problèmes les plus importants qui se rattachent à l'administration des préparations ferrugineuses associées aux aliments usuels.

L'auteur a expérimenté sur plusieurs chiens à fistule. Les résultats ont toujours été dans le même sens ; aussi ne parle-t-on guère dans le Rapport que de celui de ces animaux qui est désigné dans le Mémoire sous le nom de *Chalyb*. Il était d'assez forte taille et pesait 16 kil.

Sauf les cas qui nécessitaient une nourriture particulière, la ration d'aliments pour chaque expérience se composait de :

	Quant. de mat. sèche correspondante.
100 gr. bouilli maigre coupé menu.........	41,40
40 gr. pain blanc de 2e q. coupé menu.....	26,24
150 gr. bouillon............................	» »
	67,64

C'est ce qu'on a appelé la ration mixte ordinaire.

La durée de la digestion, pour cette quantité d'aliments, était de cinq heures.

Le but principal de l'auteur a été celui-ci : une préparation martiale étant ingérée avec les aliments, combien introduit-elle de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique?

M. Quevenne a aussi apprécié, par la voie de l'expérience, l'influence du produit martial sur le degré d'acidité du suc gastrique, celle de la nature des aliments ingérés simultanément, l'addition de divers médicaments aux ferrugineux.

Beaucoup d'autres points ont encore été examinés par lui, comme le poids des matières alimentaires dissoutes par le suc gastrique, le passage des différents composés de fer dans les urines, la cause de la couleur noire des selles, le dosage du fer dans la bile, les cheveux ; les propriétés comparatives du suc gastrique chez l'homme, le bœuf, le lapin, les poules ; l'état d'oxydation du fer dans le suc gastrique, la fonction physiologique qu'il remplit dans l'économie après qu'il s'est localisé dans le globule sanguin, etc.

Si l'on faisait le dénombrement de toutes ces expériences, qui ont été commencées en 1847, on arriverait au chiffre énorme de 2,000, ou à très-peu près.

Mais, le Mémoire *in extenso* n'ayant été déposé à l'Académie qu'à titre de renseignement, la commission a dû se borner à l'examen des questions traitées dans la partie de ce travail officiellement présentée.

Résultats obtenus. — Les résultats des expériences dont il s'agit ont été consignées dans une suite de tableaux qui permettent d'en embrasser rapidement l'ensemble, et dont les chiffres indiquent souvent d'eux-mêmes les conséquences à tirer.

Par exemple, l'un de ceux-ci montre que, pour la digestion d'une ration mixte ordinaire, à laquelle on avait mêlé chaque fois 0,50 de la préparation ferrugineuse à examiner, l'on a obtenu :

	Fer supposé à l'état métallique pour 100 gr. suc gastrique.
Avec fer réduit.........................	0,051.2
— Proto-sulfate de fer..................	0,028.4
— Tartrate de potasse et de fer.......	0,011.0
— Safran de mars........................	0,008.2

Le fer réduit avait donc introduit beaucoup plus de métal à l'état de dissolution dans le suc gastrique que les trois autres produits, circonstance qui ne s'accorde guère avec l'idée admise d'une manière absolue, que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes (safran de mars, éthiops, proto-carbonate, limaille, etc.) sont moins actives que celles qui sont naturellement solubles.

Mais les chiffres ci-dessus tendent à faire penser que cette proposition est vraie pour certains composés insolubles, le safran de mars, par exemple.

Un autre tableau explique ce résultat : on y voit qu'une solution de sel de fer (l'expérience a été faite avec le tartrate ferrico-potassique), mise en contact avec les aliments, laisse précipiter la presque totalité du métal. Ce précipité n'étant pas insoluble dans les acides, comme l'avaient déjà constaté, chacun de son côté, MM. Leras, Mialhe, C.-E. Mitscherlich, une certaine quantité se redissout dans le suc gastrique.

Il suit de là, que, dans le cas d'administration des ferrugineux *avec les aliments*, soit que l'on mêle à ces derniers une préparation de fer insoluble, soit qu'on y ajoute un sel soluble du même métal, le suc acide de l'estomac est appelé à réagir sur une matière insoluble : dans le premier cas, l'insolubilité est inhérente au produit ; dans le deuxième, elle résulte de la réaction des aliments. Dans ces deux circonstances, la quantité de métal dissoute dépend, et de la proportion de substance active (fer) existant réellement dans le produit ingéré, et du degré de solubilité de ce produit ou du précipité qu'il forme dans le suc gastrique.

Un autre tableau présente la quantité de métal dissoute correspondant à chaque dose de fer réduit administrée.

Les chiffres de ce tableau montrent que la quantité de fer dissoute par le suc gastrique, sans être proportionnelle à la dose ingérée, augmente cependant beaucoup avec celle-ci. Par exemple, 0,05 fer réduit ont introduit, dans le liquide dont nous parlons, 0,013.8 (13 milligr. et 8/10) de métal (il s'agit toujours, dans ces estimations, de 100 gr. de suc gastrique), tandis que 0,50 y en ont introduit 0,051.2.

Nous voyons donc là encore un résultat qui ne s'accorde point avec les idées jusqu'ici admises, et qui étaient :

Qu'en fait de préparations insolubles, la dose administrée n'avait qu'une faible importance, attendu que le suc gastrique, une fois saturé par le médicament, l'excès de celui-ci restait inattaqué, et continuait de parcourir le canal alimentaire à la manière d'un corps inerte. On avait oublié, en faisant cette objection théorique, qu'il s'agit, non pas d'une quantité donnée de liquide acide contenue dans un verre à expérience, mais d'un phénomène s'accomplissant au milieu d'un espace circonscrit par des parois vivantes, absorbant au fur et à mesure le liquide déjà chargé du principe médicamenteux et sécrétant simultanément des quantités nouvelles d'acide qui viennent réagir à leur tour.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation ferrugineuse difficilement attaquable par les acides faibles, comme le safran de mars, le suc gastrique s'en charge d'une si petite quantité, que, même en élevant fortement les doses, l'augmentation dans la proportion de fer dissoute est peu sensible.

Ainsi, 0gr,50 de safran de mars ayant introduit, comme nous l'avons déjà dit, 0,008.2 de fer à l'état de dissolution dans le liquide en question, 5 grammes, ou dix fois plus, n'y en ont introduit que 0,015,0, et 20 grammes, ou quarante fois plus, que 0gr,030.4.

Influence de la préparation de fer administrée sur le degré d'acidité du suc gastrique. — On a dit, *théoriquement*, que les préparations ferrugineuses avaient ceci de défavorable, qu'elles ne pouvaient se dissoudre qu'en détruisant plus ou moins l'acidité du suc gastrique, et que, par conséquent, leur absorption avait lieu aux dépens de ce liquide précieux, destiné à remplir un autre but.

Il résulte des tableaux contenus dans le Mémoire de M. Quevenne, qu'il y a là, tout au moins, une grande exagération.

En effet, le fer réduit, le safran de mars, deux préparations insolubles par elles-mêmes, et jouant le rôle de base à l'égard du suc gastrique, employées à doses thérapeutiques, n'ont que légèrement diminué l'acidité du liquide.

Pour le fer réduit, qui, sous ce rapport, offre l'effet le plus marqué, la moyenne de diminution s'est montrée seulement de 5 pour cent chez un chien, et de 8 pour cent chez un autre (*Chalyb*).

Avec le lactate, le tartrate double, administrés pareillement à doses thérapeutiques, le degré d'acidité est resté sensiblement le même qu'à l'état normal, ou n'a subi qu'une très-légère augmentation.

Mais lorsque, au lieu de doses thérapeutiques, on élève fortement les quantités de médicament administrées, la diminution d'acidité signalée pour les préparations insolubles est très-marquée, et, chose assez singulière, elle peut aussi se montrer d'une manière aussi prononcée avec les sels.

Il est supposable que dans ces cas, la diminution d'acidité n'est pas un effet direct du fer sur le liquide même, mais bien le résultat d'une action reflexe de l'organisme, influencé par le médicament.

Influence du genre d'alimentation et de quelques substances médicamenteuses sur la quantité de fer dissoute par le suc gastrique, lorsqu'on administre simultanément le fer réduit. — Lorsqu'au lieu de la ration mixte ordinaire, on a donné au chien de la viande seule avec du bouillon, en quantité équivalente [estimée en matière sèche (1)], il y a eu une diminution sensible dans la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique (0,042.8, au lieu de 0,051.2).

(1) Avec addition de 0,50 de fer réduit, comme dans toutes les expériences qui vont suivre dans cet article.

Au contraire, avec le pain seul et le bouillon, la proportion de fer introduite dans le même liquide a été fortement augmentée (0,072.2).

Avec le pain seul, et du lait au lieu de bouillon, la proportion de fer a encore éprouvé une augmentation bien plus considérable (0,101.2).

L'addition de chocolat à la ration mixte ordinaire a eu pour effet d'abaisser le chiffre du fer dissous à 0,047.5, c'est-à-dire, un peu au-dessous de celui qui correspond, avons-nous vu, à cette ration (0,051.2).

Il en a été de même pour les additions de quinquina et de cannelle.

Le vin, substitué au bouillon dans la ration mixte, n'a pas influé sensiblement sur la proportion de fer dissoute.

Le beurre frais ou roussi n'ont point paru, non plus, exercer d'influence qui mérite d'être signalée.

L'addition d'acide citrique a produit une *très-légère* augmentation dans la quantité de fer dissoute (0,055.1).

Celle de bicarbonate de soude et de sulfate de quinine ont été sans influence sensible sur le phénomène dont il s'agit.

Quant à l'acidité, elle s'est montrée, dans la majorité des expériences, un peu au-dessous du chiffre normal.

L'addition qui a le plus diminué cette acidité est celle de sulfate de quinine.

Aucune des additions ou modifications de régime n'a porté le degré d'acidité au-dessus du chiffre normal, pas même celle d'acide citrique.

Si l'on ne considérait que les chiffres que nous venons de rapporter, dit l'auteur du Mémoire, beaucoup de résultats sembleraient en contradiction avec ce que l'on observe chaque jour au lit du malade.

C'est ainsi que, en ne se laissant guider que par la quantité de fer introduit dans le suc gastrique, on serait conduit à regarder comme une circonstance favorable à la médication ferrugineuse, de donner la préparation martiale conjointement avec une alimentation composée de pain et de lait.

Avec cette déduction, on ferait évidemment fausse route : jamais un praticien n'a eu la pensée de mettre un anémique, une chlorotique (les maladies supposées dans leur état franc et sans complication) au régime lacté, en même temps qu'il leur prescrivait du fer.

Il est une autre circonstance, suivant l'auteur, qu'il faut prendre en considération, c'est la proportion de matières protéiques qui est introduite dans l'économie en même temps que le fer.

En effet, si l'on tient compte de la quantité de précipité qui se forme dans le suc gastrique, par suite de la neutralisation au moyen du carbonate de soude, d'un alcali caustique, ou même du sérum de sang, il se trouve que l'abondance de ce précipité est subordonnée, non-seulement à la condition de la présence du fer dans les aliments, mais, en outre, à la richesse du suc gastrique en matières animales ou protéiques et à diverses autres circonstances de l'alimentation.

Par exemple, lorsqu'on neutralise le suc gastrique provenant de la digestion d'une ration mixte ordinaire, sans fer, on a un précipité assez peu abondant.

Avec la même ration, additionnée de 0,50 fer réduit, le précipité est plus abondant.

Avec la viande seule et le bouillon, plus 0,50 de fer réduit, le précipité est encore un peu plus abondant.

Avec le pain seul et le bouillon (toujours 0,50 fer), le précipité est, au contraire, très-peu abondant.

Lorsqu'on ajoute à la ration mixte ordinaire, et aux 0,50 de fer, des substances analeptiques, corroborantes ou toniques, comme le chocolat, le quinquina gris, la cannelle, l'abondance du précipité s'accroît relativement par le fait de ces additions.

Mais il est une addition surtout qui fait augmenter ce précipité d'une manière considérable : c'est celle du vin.

Ainsi, et c'est là la conclusion dominante qui ressort de cette partie du travail de l'auteur, il y aurait coïncidence entre l'abondance du précipité formé par suite de la neutralisation du suc gastrique et les meilleures conditions d'alimentation des chlorotiques.

Or, si l'effet du traitement de ces malades et la condition de leur guérison consistent dans la régénération des globules de leur sang,— et personne n'en doute aujourd'hui ; — si l'absorption des matières protéiques ou albuminoïdes se fait directement par les radicules veineuses au pourtour des organes digestifs, comme cela est admis d'après les expériences nombreuses concluantes, et non pas les chylifères comme on le croyait autrefois; si, voulions-nous dire, ces faits sont établis, le suc gastrique, chargé en même temps de matières alimentaires et de fer, au moment de son entrée dans les veines, ne va-t-il pas se trouver en contact avec un liquide alcalin, le sérum du sang, et ne doit-on pas croire alors que celui-ci va y produire un précipité de la nature de ceux que nous venons d'indiquer?

Eh bien ! si, en effet, les choses se passent ainsi, voilà, suivant l'auteur, l'origine probable des globules sanguins, l'acte précurseur que la nature emploie pour former ceux-ci. Ce serait une précipitation dans la veine même, de matières albuminoïdes unies au fer (celui-ci provenant naturellement des aliments ou y ayant été ajouté) : le précipité sous forme de granulations très-fines (1/500 de milligramme environ) constituerait l'élément principal avec lequel la nature doit ensuite façonner le globule sanguin, c'est-à-dire la particule organisée et symétrique dont elle a besoin pour accomplir l'ensemble harmonieux des actes qui constituent la vie (1).

M. Quevenne est le premier à observer que, pour donner un caractère de certitude à cette manière d'envisager le mode d'action des martiaux, il faudrait doser comparativement le fer dans le sang de la veine-porte après l'introduction des ferrugineux dans l'estomac, chose qu'il n'a pu faire jusqu'ici.

Il est vrai que Tiedmann et Emelin, Bruck, disent avoir constaté que le fer entre effectivement d'une manière directe dans la masse du sang ; mais il y a d'autant plus de raisons, observe M. Quevenne, de désirer que ce fait soit vérifié, qu'il s'agit là d'expériences très-délicates ; que les différences à constater ne doivent être que légères, car les préparations de fer ne semblent susceptibles d'être absorbées qu'en très-petites quantités, données à fortes doses, si elles sont naturellement solubles ou susceptibles de le devenir, elles ne pénètrent point dans l'économie, mais elles exercent une action locale irritante sur les organes digestifs, et provoquent alors des selles ou le vomissement. L'action locale, si la dose est encore plus élevée, peut même aller, du moins pour certains sels de fer, jusqu'à attaquer les parois de l'estomac et des intestins (C. G. Mitscherlich).

Du reste, nous devons dire que M. Mialhe avait déjà émis la pensée que l'action thérapeutique du fer devait être rapportée à une combinaison d'oxyde de ce métal et de matière organique, combinaison pouvant elle-même servir de base à la constitution des globules sanguins.

Cet auteur faisait provenir du sérum même la matière organique devant s'unir au fer pour former le précipité ; tandis que M. Quevenne, sans nier que ce liquide puisse en fournir, attribue surtout l'origine de l'élément protéique des globules au suc arrivant des organes digestifs. Cette différence se rattache à d'autres idées sur l'ensemble de la digestion.

Mais que l'on accorde, dit M. Quevenne, l'importance qu'on voudra aux idées théoriques que je viens d'exposer, toujours est-il qu'il y a relation directe entre l'abondance du précipité formé par la neutralisation du suc gastrique et la richesse de celui-ci en matières nutritives albuminoïdes.

Ainsi, une nourriture végétale, qui, comme on le sait, est très-peu favorable à la reproduction des globules du sang, fournit un suc gastrique qui ne donne presque pas de précipité lorsqu'on le neutralise par le carbonate de soude.

Une nourriture animale, qui est bien plus favorable à la reproduction des globules, fournit un suc gastrique précipitant plus abondamment par le carbonate de soude.

Si l'on ajoute des ferrugineux à cette nourriture animale, la reproduction des globules de sang est par-là facilitée, et le précipité par neutralisation devient plus abondant.

Si, à la nourriture animale on ajoute non-seulement des ferrugineux, mais en outre des substances analeptiques ou corroborantes, et surtout du vin, le développement de la richesse du sang en globules s'accroît de plus en plus, en même temps que l'abondance du précipité formé par saturation du suc gastrique suit un accroissement parallèle.

Et maintenant, si en effet la régénération ou le développement des globules de sang se lie d'une manière aussi directe à la précipitation d'un composé de fer et de matière albuminoïde, la conclusion pratique à tirer serait celle-ci : Introduire dans l'économie des *quantités modérées de fer*, et en même temps, donner aux malades une nourriture où prédominent les matières animales et le vin. Les faits observés tendent à faire penser que les corroborants, tels que le quinquina, le chocolat, sont des adjuvants utiles.

Or, ce sont là les principes enseignés depuis longtemps par la pratique ; seulement, les expériences physiologiques dont nous parlons expliquent et motivent ces préceptes, auxquels ils donnent un caractère plus assuré.

La chose à faire surtout ressortir, si les vues de l'auteur sont justes, c'est qu'il ne suffit pas, pour produire la guérison, d'introduire beaucoup

(1) En ce qui concerne le lieu de formation des globules de sang (dans le système vasculaire même et non dans les lymphatiques), et, à part la question de précipitation dont parle M. Quevenne dans son travail, nous devons dire que c'est là l'opinion adoptée par M. Bérard, après examen critique des diverses opinions émises à ce sujet. (*Cours de physiologie*, t. 3, 1851, p. 197.)

Cette manière de voir rappelle, comme le remarque M. Bérard lui-même, l'ancienne théorie, qui attribuait une grande part au foie dans la formation du sang. (*Voy.* même ouvr., t. 1, p. 29, et t. 2, p. 378.)

Toute l'antiquité croyait, dit Burdach, que cette glande (le foie) reçoit ainsi (par les veines des organes digestifs) le produit de la digestion pour le convertir en sang et pour éliminer, sous la forme de bile, les matériaux incapables de subir la métamorphose (*Traité de physiol.*, t. 9, p. 581.)

M. Beau a aussi écrit sur le même sujet et dans le même sens (*Archives génér. de médecine*, 4e série, t. 25 et 26.)

de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé, il faut offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières alimentaires albuminoïdes dans des proportions sagement combinées, et variables suivant les conditions individuelles et pathologiques.

Passage du fer et de l'iode dans les urines. — M. Cl. Bernard a constaté que lorsqu'on injecte de l'iodure ferreux dans les veines, chez les lapins, l'iode apparaît très-promptement dans la salive et dans l'urine; on y trouve aussi du fer. Mais en quelle proportion ce métal passe-t-il par les reins? C'est cette deuxième question que M. Quevenne s'est proposé de résoudre.

Un gramme de protoiodure de fer ayant été pris par l'expérimentateur lui-même, le matin, dans une tasse de chocolat, et l'urine ayant été examinée, à partir du moment de l'ingestion, de cinq en cinq minutes, on a vu l'iode apparaître dans le liquide après quinze minutes d'intervalle. (Dans une expérience où le sel avait été ingéré à jeun, l'iode s'est montré plus vite encore dans les urines après dix minutes.)

Après 20, 25 et 30 minutes, le métalloïde abondait dans l'urine; il en a été de même le reste de la journée; le lendemain, la proportion d'iode décroissait d'une manière manifeste, et après 48 heures, le liquide n'en indiquait plus que des traces. La totalité de l'urine rendue depuis le commencement de l'expérience ayant été recueillie, on a pu constater qu'il était ressorti par cette voie environ les trois quarts de l'iode ingéré, tandis que la quantité de fer entraînée avec le métalloïde ne pouvait se représenter que par quelques milligrammes pour toute la masse de liquide.

Ainsi, lorsqu'on administre l'iodure de fer, il se fait aussitôt un départ entre les deux éléments du composé dans l'économie; au bout de 10 à 15 minutes, l'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment, que, 48 heures apres, les trois quarts environ de l'iode ingérée sont déjà ressortis par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

Expériences sur les matières intestinales. — Tout ce que nous avons dit jusqu'ici se rapporte aux phénomènes qui s'accomplissent dans l'estomac. Mais que se passe-t-il dans les intestins après que le reste du composé ferrugineux mêlé aux aliments a franchi le pylore? Il serait très-intéressant de le savoir. Malheureusement, les difficultés sont bien plus grandes là que dans le premier cas, l'étude de la digestion à l'état normal étant bien moins avancée pour les intestins que pour l'estomac, et les moyens d'investigatien beaucoup plus difficiles.

Non-seulement, on ne connaît pas encore complétement la nature, très-complexe d'ailleurs, des liquides qui humectent les intestins, mais on ne s'accorde même pas sur les réactions qui, du reste, sont variables par diverses circonstances, et entre autres, suivant l'espèce d'aliments. (Cl. Bernard.)

M. Quevenne a voulu constater par lui-même quelles réactions offriraient les matières intestinales d'un chien soumis à un genre d'alimentation analogue à celui qui avait été employé pour les expériences sur la digestion stomacale, alimentation qui sert d'ailleurs de base au régime des chlorotiques.

En conséquence, un chien d'assez forte taille (pouvant peser environ 15 kilogr.) a été nourri matin et soir, pendant huit jours, avec une pâtée composée de :

110 gr. bouilli maigre coupé menu,
110 gr. pain blanc de 2e qualité,
300 gr. bouillon.

Le neuvième jour, on a donné au chien une ration double pour son déjeuner, et 4 heures et demi après, il a été sacrifié.

Le contenu du canal alimentaire a été recueilli par fractions correspondantes aux principaux points de l'organe, et le contenu examiné avec détails. Les résultats les plus importants ont été consignés sur un tableau. On y voit que l'acidité du chyme se conserve, à un certain degré, dans le premier tiers de l'intestin grêle, que la bouillie alimentaire devient neutre dans le deuxième tiers de celui-ci, et alcaline dans la dernière portion ; dans le cœcum elle est redevenue franchement acide, et neutre dans le reste du gros intestin.

Quelques autres faits sont encore mentionnés sur ce tableau ; nous nous contenterons de donner les conclusions tirées à ce sujet par l'auteur, et qui sont les suivantes :

1° La partie liquide de la bouillie alimentaire qui n'a point disparu dans l'estomac, et qui franchit le pylore, paraît être rapidement absorbée dans le premier tiers de l'intestin grêle, comme tend à le prouver la grande augmentation de consistance de cette bouillie, observée en cet endroit.

Le liquide absorbé dans cette portion du canal digestif ne semble pas avoir subi jusque-là de grands changements, et son absorption paraît se faire à peu près comme dans l'estomac, puisqu'il n'a point encore perdu entièrement la condition fondamentale d'acidité.

2° Mais bientôt les nouveaux liquides complexes venus du foie, du pancréas, etc., le rendent d'abord neutre, puis plus tard alcalin, et placent dès lors la partie non encore absorbée du composé ferrugineux dans des conditions tout à fait inconnues pour nous jusqu'à ce moment.

3° Quant à ce qui peut concerner le tartrate de potasse et de fer, pour lequel on a invoqué comme une circonstance favorable d'absorption, l'alcalinité du suc intestinal, il faut remarquer d'abord qu'il est aujourd'hui reconnu que ce sel, parmi les autres composés de fer, est celui qui précipite le plus abondamment par le suc gastrique ; que le précipité additionné de potasse caustique ne se redissout complétement qu'à la faveur d'un excès marqué de cet alcali, et que, par conséquent, la condition de neutralité ne suffit pas.

Il semble donc, d'après cela, qu'une seule partie du canal digestif ici examiné eût été apte à produire ce résultat (redissolution), la troisième portion de l'intestin grêle, où l'on a constaté une réaction alcaline très-prononcée.

Du reste, aucune expérience physiologique directe n'ayant été faite jusqu'ici à ce sujet, il serait fort difficile de dire ce qui se passe dans les intestins après l'ingestion de ce sel de fer, comme d'ailleurs de tous les autres. (*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du choléra. — Des sternutatoires dans le choléra.

La thérapeutique doit déjà plus d'un remède précieux au simple hasard, comme elle en doit aussi à des erreurs d'application dans l'administration des agents pharmaceutiques les plus connus. En voici un qui mérite peut-être plus que beaucoup d'autres, d'être enregistré dans l'immense répertoire des remèdes préconisés contre le choléra.

Nous le rapportons d'après le Bulletin général de thérapeutique.

Un médecin, dont le caractère est assez honorablement connu, pour nous donner toute garantie de l'exactitude du fait, M. le docteur Roger, de l'Orne, ayant été appelé, il y a peu de jours, près d'un cholérique arrivé à la période algide, et dans un état qui ne lui laissait aucun espoir de guérison, avait cependant cru devoir conseiller, comme remède extrême, 1 gramme 50 de poudre d'ipécacuanha à administrer en trois *prises,* à demi-heure d'intervalle. La personne chargée d'exécuter cette prescription, ayant donné au mot *prises* l'interprétation plus généralement consacrée pour l'usage du tabac, se contenta de faire aspirer au malade la poudre vomitive, qui, au lieu de provoquer des vomissements, suscita de telles secousses d'éternuement que tous les muscles de la respiration se soulevèrent d'une manière convulsive ; ce qui amena en peu d'instants une réaction franche et des plus salutaires, suivie d'une guérison aussi prompte qu'inattendue. On sait que M. Jolly, dans son travail lu à l'Académie de médecine, sur l'étiologie et la thérapeutique du choléra, avait proposé la *sternutation* comme moyen d'imprimer des secousses favorables aux appareils de la respiration et de la circulation, et notamment aux nerfs diaphragmatiques, pneumo-gastriques, etc., alors frappés d'une sorte de sidération ; mais l'honorable académicien lui-même ne se doutait probablement pas de la puissance de la sternutation comme moyen thérapeutique sans pareil, non plus que de la propriété sternutatoire de la poudre d'ipécacuanha, que le fait dont il s'agit devait nous révéler.

Quelle que soit la valeur du nouveau remède que ce fait a déjà justifié, il est du moins à la fois rationnel et innocent, et mérite d'être livré à l'expérience des praticiens.

Teinture de fleurs de colchique dans le rhumatisme articulaire, simple ou goutteux, et les névralgies.

Voulant étudier la supériorité prétendue de l'action de cette teinture sur celle de la teinture de semences, M. Forget, de Strasbourg, a entrepris une série d'expérimentations cliniques qu'il publie dans le *Bulletin de thérapeutique*, et d'où découlent les propositions suivantes :

1° La teinture alcoolique des fleurs de colchique est un bon remède contre le rhumatisme articulaire aigu.

2° Elle est sans action sensiblement favorable contre le rhumatisme articulaire chronique et contre les névralgies aiguës.

3° Ses propriétés physiques et probablement ses propriétés chimiques, son mode d'administration, ses effets physiologiques et ses résultats thérapeutiques, ont beaucoup d'analogie avec ceux de la teinture de semences de colchique.

4° L'efficacité de la teinture de fleurs de colchique paraît être supérieure à celle de la teinture de semences, dans le traitement du rhumatisme aigu.

5° On doit l'administrer à la dose de dix à vingt gouttes et plus; trois fois par jour.

6° Bien qu'elle puisse agir sans produire de dérangement du ventre, il convient d'en élever les doses jusqu'à production de quelques selles par jour, point où l'on doit s'arrêter.

Du jour et de la nuit considérés dans leurs rapports avec les maladies.

Dans un intéressant mémoire sur cette question de thérapeutique générale, M. Jaumes s'exprime comme il suit, relativement aux époques du jour où il convient d'administrer les médicaments : « Le moment opportun pour les calmants narcotiques, anti-spasmodiques, antiphlogistiques et autres, est la nuit; alors tout concourt, au dehors comme au dedans, à l'effet désiré. La nuit est pareillement le temps favorable à l'action des toniques radicaux; ils sont généralement mieux tolérés alors que pendant la veille. La maladie indique-t-elle l'emploi des excitants, et surtout des excitants diffusibles, c'est le matin et pendant la nuit qu'ils seront le mieux placés. On choisit avec raison l'heure matinale pour l'administration des émétiques. La réflexion justifie ce choix, puisqu'à ce temps de la journée, le corps vivant se livre naturellement au mouvement périphérique que les vomitifs sont appelés à provoquer. C'est encore le matin que les sudorifiques et les moyens propres à appeler vers la peau une éruption, une crise, ont le plus de chance de succès. La digestion étant une fonction diurne, il n'est pas surprenant que l'expérience ait appris aux praticiens à alimenter les malades pendant le jour. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — Décroissance légère, mais continue, à Paris, depuis huit jours, ainsi que le prouve le tableau suivant des entrées dans les hôpitaux :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
21 août.	50	24	26
22 —	36	19	25
23 —	46	22	21
24 —	36	17	20

Situation générale depuis le début de l'épidémie :

Entrés depuis novembre......		5,304
Sortis...............	2,045	4,751
Décédés............	2,706	
Reste..................		553 en traitement.

— L'épidémie est en voie de décroissance dans la plupart des départements ; cependant, plusieurs localités qui avaient été épargnées ont été envahies depuis huit jours. — A Londres, l'épidémie, qui avait presque complétement disparu, a éprouvé une recrudescence qui cause dans ce moment environ 100 décès par jour.

— Un article du *Moniteur universel* signale les pertes cruelles que notre armée a éprouvées en Orient, mais il ne donne pas le nombre des décès.

— *Légion d'honneur.* — Nous avons à ajouter aux promotions que nous avons déjà publiées, plusieurs promotions nouvelles, parmi lesquelles nous avons le bonheur de trouver celle de notre excellent ami, M. Sappey. Cette promotion est une juste récompense d'un rare dévouement à la science anatomique, et de travaux qui occuperont un des premiers rangs dans l'histoire de l'anatomie de notre époque.

Ont été nommés : *officier,* M. Alibert, médecin du lycée Saint-Louis et de l'Institution des jeunes aveugles ; *chevaliers:* MM. Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Beau, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Sappey ; Villars, directeur de l'École de médecine de Besançon ; Baraduc, docteur en médecine.

— Aucun de nos lecteurs n'a certainement oublié cette perle de science, de style et de critique, que nous avons empruntée, il y a trois semaines, à la *Revue médico-chirurgicale.* Le rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Montpellier,* qui, à tort ou à raison, se pose comme le représentant de l'*École,* mais qui n'est pas le représentant de la *Faculté* de Montpellier, fort heureusement pour elle, a eu le ...... comment dirons-nous?...... le courage de répondre. Après l'Agésilas, hélas! après l'Attila, holà! Mais quelle exclamation assez lamentable pourrait peindre le sentiment de l'infortuné lecteur venant de lire l'article de M. Chrestien! Que M. Malgaigne tente l'entreprise. Quant à nous, nous y renonçons, et nous trouvons que l'*École* de Montpellier, représentée par M. Chrestien, ne peut être peinte que par elle-même. Qu'elle se peigne donc!

« Malgré le regret, dit M. Chrestien, que nous éprouvons à froisser une seconde fois la susceptibilité du directeur de la *Revue médico-chirurgicale,* nous ne pouvons nous empêcher de dire qu'il y a facétie, de sa part, à révoquer en doute si nous avons un Hippocrate, *car* (1) nous avons eu l'honneur de concourir, à Paris (2), en 1842, avec M. Malgaigne, et les journaux de l'époque sont là pour attester que nous n'eûmes pas à rougir de nous être mesuré avec lui (3). Depuis lors, nous ne croyons pas lui avoir donné le droit d'élever un doute si étrange, que nous pourrions dissiper, au besoin, *par la facture de notre libraire* (4).

. . . .

« Nous avions signalé, dans notre réponse, la différence entre l'anthropologie et la zoologie, entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire. Or, nous ne doutons pas que ces différences, auxquelles ne s'est pas arrêté le directeur de la *Revue médico-chirurgicale,* n'aient frappé l'esprit de nos lecteurs. Quant au professeur *Malgaigne,* qui *abrase* la cornée de transparente de l'homme, devenue opaque, *comme il le ferait sur un cheval, sur un âne ou sur un cochon* (5), nous comprenons qu'il n'ait pas senti l'utilité de ces dernières différences ! »

Après l'Agésilas, hélas ! après l'Attila, hola ! mais après la polémique (6) de M. Chrestien !!!....

— *Les faux bruits.* — Il paraît que le monde est plein de faux bruits dont personne ne se doute, et qui n'en sont pas pour cela moins dangereux ; c'est ainsi du moins que l'ont jugé l'*Indépendance belge,* le *Constitutionnel* et probablement une foule d'organes français et étrangers de la presse politique, en ce qui touche l'établissement orthopédique de Chaillot. Les faux bruits sur ledit établissement et sur son honorable directeur doivent avoir été très-multipliés, et même avoir été portés jusqu'à dire que M. Bouvier n'était plus ni médecin de l'hôpital des Enfants, ni membre de l'Académie de médecine, car « *pour répondre à ces faux bruits,* » lesdits journaux croient devoir rappeler :

1° Que ledit établissement orthopédique existe depuis trente-deux ans ;

2° Qu'il est situé rue...., n°.... ;

3° Qu'il est consacré au traitement des difformités, telles que pieds-bots, torticolis, etc., etc., etc. ;

4° Qu'il est *toujours* sous la direction exclusive de M. le docteur Bouvier ;

5° Que M. Bouvier est médecin de l'hôpital des Enfants et membre de l'Académie de médecine, sans etc. (*voir,* pour plus ample informé, le *Constitutionnel* du 18 août, 3e page, 4e colonne, et plusieurs autres journaux, dont l'*Indépendance belge*).

— *Autre.* — Des gens mal intentionnés ont fait courir le bruit que le célèbre W. Rogers avait été compris dans les démolitions de la rue Saint-Honoré. Le *Constitutionnel,* l'*Indépendance belge,* etc., pour détruire cette atroce calomnie, croient devoir rappeler qu'il n'y a eu de démoli que la maison de M. W. Rogers ; mais que, quant au célèbre artiste, il se remet, aux eaux de Hombourg, de la courbature que ses nombreuses opérations lui ont occasionnée dans le bras droit, et qu'il viendra bientôt rassurer, par sa présence, toutes les mâchoires confiées à sa haute direction.

(1) Admirez bien ce *car!*

(2) Ce qui prouve évidemment que M. Chrestien possède un *Hippocrate !!!*

(3) La valeur du symptôme *rougissement* dépend du plus ou moins de facilité avec laquelle on rougit.

(4) Pour le coup, voilà une preuve parfaitement irrécusable, pourvu, toutefois, que la facture soit légalisée ; mais si posséder un *Hippocrate* est quelque chose, ce n'est pourtant pas tout ; et, pour terrasser complétement M. Malgaigne, M. Chrestien devra faire certifier sur sa facture, non-seulement qu'il possède un *Hippocrate,* mais encore qu'il l'a lu, et, qui plus est, compris. En ce qui nous concerne, nous n'hésiterions pas, en présence de ces trois certificats, de considérer le doute de M. Malgaigne, non-seulement comme facétieux, mais comme de la dernière inconséquence.

(5) Le mot y est !

(6) *Car* cette *fantasia* porte le titre de *polémique.*

(*Pour toutes les variétés scientifiques :* H. de Castelnau.)

BIBLIOGRAPHIE.

Publications du Moniteur des Hôpitaux.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison,* comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 103. 2e année. Mardi 29 Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Prophylaxie du choléra.

Nous recevons très-tard la communication de notre savant et excellent ami, M. le docteur Gensoul ; le temps ne nous permet pas de la faire suivre de quelques remarques que la grande autorité de l'auteur nous semble rendre indispensables. Ce sera pour le prochain numéro. H. DE C.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez bien voulu faire insérer, en 1843, dans la *Gazette des Hôpitaux,* dont vous étiez rédacteur en chef, quelques articles que je vous avais adressés touchant le mode de propagation du choléra.

Mon opinion n'a fait que se fortifier par tout ce que j'ai appris et tout ce que j'ai vu depuis cette époque : je n'aurais que l'embarras du choix parmi les cas nombreux de transmission par les émanations des matières fécales, ou celles rendues par les vomissements. J'ajouterai seulement à ceux que j'ai déjà publiés, un seul fait qui ne peut laisser subsister le plus léger doute, si toutefois il en existe encore pour les médecins observateurs.

Au mois de juillet 1854, deux Marseillais, le mari et la femme, fuyant l'épidémie, vinrent descendre à l'hôtel de Milan, à Lyon. A peine installés, ils furent tous les deux atteints du choléra, dont ils avaient apporté le germe, et moururent tous deux le 17 juillet. Quelques jours après, le blanchisseur de l'hôtel, qui habite Crapone, petit village situé à 12 kilomètres de Lyon, vint chercher comme de coutume les linges de l'hôtel. On lui remit, dans un paquet séparé, les draps et les linges salis par les déjections cholériques. Il les emporta avec soin et les isola dans sa voiture, et il les confia à une des laveuses qu'il occupe. Cette malheureuse s'acquitta trop bien de sa mission, car elle fut bientôt après emportée par un choléra foudroyant. Sa fille éprouva le même sort. On n'a eu à déplorer aucun autre cas de choléra dans la commune, ni dans celles environnantes. Ce choix de victimes au milieu d'un pays sain n'a pas besoin de commentaires.

J'espère que ce funeste exemple fera comprendre à tous mes confrères l'importance qu'ils doivent attacher aux moyens de désinfection, pratiqués d'une manière complète ; quelque rude que puisse être la tâche d'exiger des moyens rigoureux de désinfection, ils devront les exiger. C'est principalement dans les navires que ces moyens si nécessaires devront être mis en usage sur une large échelle. On recule à l'idée du pont d'un navire empesté du choléra. Les mouvements de tangage et de roulis multiplient les contacts et les évacuations des matières infectieuses. Il faut renouveler sans cesse les lotions sur les planchers, dans les cabines et sur tous les points contaminés. Comme pour corroborer ce précepte important, j'apprends à l'instant qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où l'on jeta le sulfate de fer dans les cuvettes et dans les chaires, mais où l'on avait négligé de laver les salles avec l'eau sulfatée, le frotteur de la salle où sont couchés quelques cholériques vient d'être emporté en trois heures par une violente attaque de choléra ; aucune des sœurs, aucun infirmier, n'ont été affectés jusqu'à ce jour. A l'œuvre donc ! conseillons, prescrivons partout et en tous lieux infectés les moyens si connus de désinfection.

Dieu a donné aux animaux l'instinct qui leur apprend à couvrir avec de la terre leurs excréments ; ce c'est pas trop présumer de l'intelligence humaine, que d'espérer qu'elle servira à faire comprendre la nécessité d'opérer la décomposition des matières qui portent avec elles des germes de mort. Déjà dans l'antiquité, les moyens de désinfection ont été employés avec succès, et lors de la terrible peste d'Athènes, deux siècles avant l'ère chrétienne, on ne parvint à chasser le fléau qu'en faisant brûler du soufre dans les maisons et sur les places publiques.

Veuillez, je vous prie, donner une place à cette lettre dans votre plus prochain numéro, et insérer quelques réflexions médicales sur les maladies épidémiques, que je vous envoie sous le même pli.

Recevez l'assurance de mon estime. J. GENSOUL.

Lyon, 27 août 1854.

Note sur les maladies épidémiques.

Les maladies épidémiques affectent tantôt la peau, tantôt les membranes muqueuses qui sont les prolongements de la peau. Les principales maladies épidémiques de la peau, la variole, la scarlatine, la rougeole et la suette, se transmettent toutes par le contact ou par les effluves qui s'en dégagent et passent ainsi d'un individu malade à un individu sain qui le touche ou l'approche.

Les maladies épidémiques des membranes muqueuses, telles que le choléra, la fièvre jaune, la dysenterie, ne sont pas contagieuses dans l'acception propre du mot, parce qu'elles ne se communiquent pas par le contact de la peau ; mais elles sont infectieuses, c'est-à-dire se communiquent d'un individu à l'autre par les émanations des déjections, soit buccales, soit alvines. Depuis la plus haute antiquité, les médecins recommandent d'éviter avec soin d'aller à la selle sur les siéges des dysentériques, mais ils ont négligé d'étendre cette défense à ceux affectés de la fièvre jaune ou du choléra. L'attention des médecins s'est tout entière concentrée sur les moyens de guérir les deux fléaux modernes, le choléra et la fièvre jaune ; mais ils n'ont pas encore suffisamment étudié le mode de propagation ou d'infection d'un individu à l'autre. Il est hors de doute et de contestation que les squammes de l'épiderme d'un homme affecté de la scarlatine, qui tombent en poussière ou en lambeaux du sixième au vingtième jour sur un individu sain, l'exposent à être affecté lui-même de la scarlatine ; il en est de même de la rougeole et de la variole. La plus simple réflexion suffit pour faire comprendre que les matières vomies ou celles rendues par les selles ne sont autres que les détritus des excrétions et des sécrétions des membranes muqueuses, analogues en tout point aux squames et aux exhalations de la peau. Cette ressemblance si frappante, une fois bien comprise, il sera facile de conclure que le choléra, la fièvre jaune et la dysenterie, sont infectieuses par les émanations des déjections.

On expliquera alors sans peine les faits d'infection si évidente des infirmiers, des sœurs de charité, des blanchisseurs et des individus d'une même famille, d'une même maison, d'une caserne. On s'apercevra que si le choléra semble endémique dans certaines villes, c'est que les fosses d'aisance y sont vicieusement construites, ou n'y existent pas comme à Marseille, par exemple, et dans la plupart des villes méridionales de l'Europe.

Si les faits que j'avance devaient décourager ceux qui portent des secours aux cholériques, j'hésiterais à les publier. Mais quelque grands que fussent les efforts faits pour céler la vérité, elle ne tarderait pas à se faire jour ; et une fois de plus encore, il deviendrait évident qu'il y a un grand intérêt à dire toute la vérité.

En effet, s'il était admis par tous les médecins, comme par moi, que les déjections sont les principaux véhicules du choléra, de la fièvre jaune et de la dysenterie, dès qu'une de ces maladies se déclarerait, on aurait soin de décomposer immédiatement les déjections, et cela par les moyens que la chimie a depuis longtemps mis à la portée de tout le monde. Il suffirait de faire vomir et aller du ventre les malades dans des vases dans lesquels on aurait jeté de l'eau saturée de sulfate de fer, à laquelle on pourrait ajouter un peu de poussière de charbon de bois. Si les malades violemment atteints rendaient les déjections sans s'en apercevoir, on placerait entre leurs jambes des éponges volumineuses trempées dans l'eau saturée de sulfate de fer.

La peau des cholériques étant aride et sèche, il n'y aurait alors aucun danger à les toucher et à les entourer de soins. Les médecins n'auraient plus à lutter que contre les cas de choléra développés par l'infection de l'atmosphère ; et ces cas sont à mon avis plus rares que ceux provenant de l'infection ; alors la maladie serait bornée à des cas isolés, qui frappent plus spécialement les hommes habitués à l'intempérance.

Tous les médecins ont reconnu que, lorsque le choléra éclate dans une ville spontanément, c'est-à-dire par l'intoxication atmosphérique, il frappe d'abord les hommes affaiblis ou ceux qui prennent une mauvaise nourriture, ou se livrent à des excès de table. Tandis que, lorsque la maladie s'est étendue à un grand nombre d'individus, elle frappe sans pitié les hommes les plus sobres, les mieux portants : ceux-là, à mon avis, sont les véritables victimes de l'infection. On ne pourra plus donner comme un caractère propre au choléra de se développer indistinctement et sans cause appréciable sur tous les individus.

Si je ne craignais d'être taxé d'exagération, j'ajouterais qu'un jour, moins éloigné peut-être qu'on ne le suppose, les hommes, réunis dans une sainte coalition, tariront la source du choléra et de la fièvre jaune, en assainissant les embouchures du Gange et celles du Mississipi.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir le n° 101.*)

Au membre supérieur, il y a les phlegmons de l'épaule et ceux de l'aisselle. C'est la même région, et, cependant, vous allez voir quelle variété d'inflammation on y trouve. Ainsi, sur l'épaule, l'inflammation se présente sous deux formes : celle d'un anthrax ou bien celle d'un phlegmon diffus. Rien de plus facile à expliquer par l'anatomie : sous la peau, il existe une couche de tissu cellulaire feutré ; que l'inflammation s'y développe, elle sera circonscrite, peu étendue, et présentera la forme anthracoïde ; mais si elle pénètre dans le tissu cellulaire qui entoure les muscles, ce tissu cellulaire étant très-lamelleux, vous aurez alors un phlegmon diffus.

Arrivons à l'aisselle. C'est là surtout qu'il est important de bien connaître l'anatomie : le creux de l'aisselle est divisé en deux étages par une aponévrose. On comprend de suite que l'inflammation du tissu cellulaire de l'étage inférieur sera moins grave que celle du tissu cellulaire de l'étage supérieur ou profond. Dans la région superficielle, vous avez une peau très-mince, puis un tissu cellulaire qui forme lui-même deux couches : une première, composée de tissu feutré, et l'autre, formée d'un tissu très-lamelleux. L'inflammation ne sera pas la même dans les deux couches : dans la première, vous aurez la forme anthracoïde ou furonculaire (ce seront de petits foyers multiples distincts et ne communiquant pas ; dans la seconde, vous aurez les caractères du phlegmon diffus, du phlegmon large. Si l'inflammation est du côté du bras, en vertu des lois de la pesanteur, elle gagnera le membre et pourra l'occuper en tout ou en partie ; si, au contraire, elle est du côté du thorax, en vertu de la même loi, elle gagnera cette région, et, de proche en proche, pourra arriver à la hanche.

Les inflammations développées dans le tissu cellulaire, au-dessus de l'aponévrose, c'est-à-dire dans la région profonde de l'aisselle, vont nous montrer encore mieux l'influence de l'anatomie. Ici, au lieu de descendre, elles vont remonter : c'est qu'elles vont être entraînées par le tissu cellulaire qui avoisine cette région. Il y a là, en effet, une foule de portes ouvertes à l'inflammation : ce sont les interstices musculaires ; ainsi, au-dessus et au-dessous du grand dentelé, il existe un passage pour aller entre le trapèze et le grand dorsal ; il y a une autre traînée celluleuse qui passe sous le grand pectoral ; il y en a qui, se dirigeant vers le cou, permettent à l'inflammation de gagner le sommet de la poitrine.

Vous comprenez combien cette disposition du creux de l'aisselle doit modifier le pronostic et la thérapeutique des phlegmons de cette région. Voyons le pronostic : la forme furonculaire n'est pas grave, elle guérit toute seule ; l'inflammation de la couche plus profonde n'est pas grave également, mais il n'en est plus de même de celle qui se développe au-dessus de l'aponévrose ; nous en avons montré suffisamment toute la gravité en disant qu'elle peut monter, en suivant les vaisseaux, dans le creux sus-claviculaire, et de là tomber dans la poitrine.

La thérapeutique elle-même se trouve bien modifiée. Les furoncles, si les malades ont une trop grande aversion pour le bistouri, s'ouvriront seuls ; mais, pour aller plus vite, incisez-les, et rappelez-vous que, ne communiquant pas ensemble, vous devez inciser tous les petits foyers les uns après les autres.

Si vous avez affaire au foyer sous-cutané profond, il faut inciser, mais ici encore vous pouvez, à la rigueur, attendre l'ouverture naturelle de l'abcès. Si le phlegmon est profond, oh ! alors, il faut ouvrir et ouvrir de bonne heure, il faut avoir recours aux incisions prématurées. Pour ces abcès profonds de l'aisselle, il est une difficulté. Il est en effet très-difficile de constater dans cette région la présence d'un liquide ; on est là entre deux écueils : ou inciser trop tôt alors qu'il n'y a pas encore de liquide, ou attendre, quoique la collection soit formée. Dans ce cas, il faut agir, il faut plonger le bistouri au risque de n'avoir pas de pus ; cette manière d'agir ne peut donner que d'excellents résultats, j'en ai des preuves depuis longues années. Le bistouri, porté dans un phlegmon non entré encore en suppuration, en arrête souvent le développement. Il n'y a donc aucun danger au point de vue de la maladie. Mais il se présente une nouvelle difficulté : on doit craindre de blesser les nombreux vaisseaux qui se trouvent dans cette région.

Rappelez-vous qu'en levant le bras à angle droit, les vaisseaux se mettent alors sous l'axe du bras. On peut, le dos du bistouri étant tourné vers le membre, plonger l'instrument dans le foyer, en dirigeant la pointe vers la poitrine.

Inflammation des mains et des doigts. — Il semble que la main soit une région privilégiée par l'inflammation ; en effet, nous avons eu 39 cas de phlegmon de la main, et 37 cas de phlegmon des doigts, ce qui fait en tout 76 cas. Ce chiffre peut paraître considérable au premier abord, mais on sera moins étonné, si l'on considère la position et les usages de la main. En effet, la main est la partie la plus exposée aux vaisseaux extérieurs ; surtout chez les individus qui composent la clientèle des hôpitaux ; la main est la partie la plus active du corps, c'est elle qui est sou-

mise, chaque jour, à des frottements, à des actions physiques plus ou moins souvent répétés.

Dans les tableaux que j'ai sous les yeux, je lis 22 cas d'inflammation pour la main gauche et 17 pour la droite. Il peut paraître étrange que ce soit la main gauche qui se trouve le plus souvent atteinte ; peut-être est-ce le hasard, ou y a-t-il erreur dans ces chiffres ; cependant, on peut expliquer le fait : il y a une foule d'états dans lesquels les deux mains agissent, où la droite est employée à des usages plus délicats que la gauche ; mais je n'ose pas trop insister.

Passons au sexe. Nous avons 32 hommes sur 7 femmes : voilà une proportion bien grande pour les hommes ; rien de plus naturel, cependant, quand on songe que ces derniers se servent de gros outils qui, par leur frottement dans la paume de la main, sont une cause incessante d'inflammation ; cela est tellement vrai que, sur 39 cas, nous en avons 37 dans la paume de la main.

Eu égard à l'âge, voici les proportions dans lesquelles sont réparties les phlegmons de la main. De 15 à 20 ans 7 cas (remarquez que nous ne recevons pas les malades dans les hôpitaux d'adultes, avant 15 ans); de 20 à 30 ans, 6 cas ; de 40 à 50 ans, 6 cas ; de 50 à 60, 3 cas ; de 60 à 70, 2 cas.

Voilà des chiffres qui devaient être prévus; toujours à cause des actions mécaniques. En effet, c'est dans la jeunesse, c'est-à-dire, de 15 à 50 ans, qu'on est le plus exposé à cette affection, parce que c'est à cet âge que l'on travaille le plus.

L'inflammation de la paume de la main est superficielle ou profonde. Quand elle est superficielle, son siége est dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elle n'a rien de grave ; cependant, il faudra inciser de bonne heure les foyers qui se formeront, de crainte que de superficiel, le phlegmon ne devienne profond. Dans ce cas, l'inflammation est très-grave : c'est qu'elle se développe sous l'aponévrose, au milieu des tendons, des coulisses synoviales des nerfs et des vaisseaux. A l'éminence thénar et hypothénar, ou bien à la racine des doigts, le phlegmon prend souvent une forme particulière : l'abcès vient former, sous l'épiderme, une petite collection qui communique avec une autre placée sous la peau, au moyen d'un ou plusieurs petits trous ; ce sont les abcès que j'ai proposé d'appeler abcès en bouton de chemise.

Si nous passons à l'inflammation des doigts, nous trouvons 37 cas. Dans ce nombre, nous avons 25 hommes et 12 femmes. Remarquez que le nombre des femmes est plus considérable que pour les phlegmons de la main ; et si vous tenez compte de la proportion plus grande des hommes dans nos salles, vous aurez autant d'hommes que de femmes atteints de panaris ; c'est qu'en effet, les femmes, par suite de leurs travaux d'aiguille, se piquent souvent les doigts : de là une cause fréquente d'inflammation.

Quant à l'âge, les choses se comportent comme pour les inflammations de la main. Ainsi, de 15 à 20 ans, 5 cas ; de 20 à 30 ans, 10 cas ; de 30 à 40 ans, 9 cas ; de 40 à 50 ans, 8 cas ; de 50 à 60 ans, 3 cas.

Voyons quels sont les doigts le plus souvent atteints. Le pouce a été malade 13 fois ; l'index, 8 ; le médius, 7 ; l'annulaire, 7, et le petit doigt, une fois. Ici encore, vous trouvez l'action mécanique. En effet, c'est le pouce qui a le plus d'usage ; puis vient l'indicateur. Le médius et l'annulaire sont au même degré ; enfin, le panaris du petit doigt est rare.

Le panaris présente plusieurs degrés, selon le siége de l'inflammation. Ainsi, elle peut être sous-épidermique : c'est la tourniole sous-cutanée, dans les coulisses tendineuses ; elle peut exister autour du périoste, qui finit par se décoller, ce qui amène souvent la mortification de la phalange : cette espèce est très-fréquente au sommet des doigts, puisque nous en comptons 14 cas. La thérapeutique n'est pas la même dans toutes les espèces. Ainsi, pour la tourniole, il faut enlever l'épiderme de bonne heure ; pour le panaris sous-cutané, incisez sans trop tarder, si vous ne voulez pas courir les risques de voir l'inflammation devenir sous-aponévrotique. Dans l'inflammation des gaînes tendineuses, tâchez d'en arrêter les progrès par des incisions prématurées; mais ne vous faites pas d'illusions, ce sont le plus souvent des cas très-graves. Dans l'inflammation du périoste, il faut attendre, parce que les tissus peuvent se recoller. A la suite de ces deux dernières inflammations, le doigt peut rester roide et perdre ses fonctions par trois causes : ou à la suite d'exfoliation des tendons, ou bien à cause d'adhérences des tendons avec les tissus ambiants, ou enfin, par suite d'ankylose. Dans ce cas, il y a une grande question à se poser. Vaut-il mieux amputer le doigt? Je crois que, pour bon nombre d'ouvriers, il y a moins d'inconvénients à avoir un doigt de moins, que d'en posséder un qui ne peut plus se fléchir, et qui, par cela même, peut devenir très-embarrassant. Dans ce cas, l'amputation doit être faite de bonne heure.

F. Dolbeau *et* A. Elleaume.

(La suite à un prochain numéro.)

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95 *et* 99 *du tome* 2.)

SUITE DE LA DIX-HUITIÈME LEÇON.

Nous naissons tous avec un anneau ombilical qui n'est pas fermé; en effet, c'est par là que le fœtus reçoit sa nourriture, ce n'est que quand les vaisseaux ombilicaux sont oblitérés que l'anneau, n'étant plus dilaté par ces vaisseaux, revient sur lui-même ; au lieu d'être dilaté par les vaisseaux, il l'est par la hernie, faisons donc rentrer les viscères aussitôt que possible chez les enfants, et l'anneau tendra bientôt à se rétrécir : c'est ainsi que la hernie se guérit.

Comment maintenir cette hernie? Il y a eu un certain nombre d'appareils proposés, qui sont pour la plupart irrationnels : j'avais fait aussi moi-même un méchant petit appareil. Voici ce qu'ont fait un certain nombre de chirurgiens : les uns ont fait une petite pelote, c'était comme une moitié de boule en cire que l'on appliquait dans l'anneau ; on plaçait un bandage dessus ; cela est très-mauvais, on rentrait bien les intestins, mais on éraillait l'anneau.

On a cru mieux faire en substituant à la demi-sphère de cire une moitié de noix muscade.

Hay a imaginé de faire cette petite pelote avec des bandelettes de diachylon, roulées de manière à en faire une petite boule : voilà tout ce que j'en dirai.

Les boules en caoutchouc qui peuvent bien servir chez l'adulte, ne sont pas bonnes pour les enfants : chez eux, rien de tout ce que nous avons vu jusqu'ici n'est bon ; en effet, il faut à cet âge empêcher l'intestin de sortir, et en même temps laisser à l'anneau la possibilité de se rétrécir. Il faut donc une petite pelote qui, pour maintenir les viscères, appuie sur l'anneau entier, mais sans le dilater.

Quadri, de Naples, avait imaginé une espèce de petit bouchon qu'il introduisait dans l'anneau ; quelque temps après, quand l'anneau était un peu revenu sur lui-même, il mettait une boule un peu plus petite ; j'y ai été pris, j'ai essayé ce procédé, il est mauvais comme les autres ; il arrive la même chose si l'on met un corps étranger dans l'anneau, ou si ce sont les viscères qui le traversent. J'ai voulu perfectionner cet appareil, comme on dit, mais j'ai renoncé même au perfectionnement.

Que mettrez-vous donc? Tout ce que vous voudrez, une pelote ronde, aplatie, une compresse carrée, seule ou avec une rondelle de carton, etc.

Comment faire tenir cette pelote? On la fait tenir par des ceintures molles ou par des ressorts. Il y a longtemps que les chirurgiens, qui ont voulu étudier les hernies, ont vu que les ressorts ne peuvent pas convenir chez les enfants : je ne parle pas du *profanum vulgus* qui, sans y regarder plus que cela, envoie l'enfant chez le bandagiste. Ce ne sont pas des chirurgiens, ce sont des pourvoyeurs de bandagistes.

Depuis plus de quinze ans, je prêche qu'il est impossible d'appliquer à un petit enfant un bandage ombilical qui dure plus de

trois jours; cela dépend d'un fait d'anatomie qu'on ne connaît pas. Chez l'adulte, il y a toujours une taille, plus ou moins; chez l'enfant, au contraire, il n'y a rien de semblable, le ventre est gros, les cuisses très-petites, le tronc a la forme d'un cône à base tournée en haut; si donc on applique un bandage chez ces petits enfants, on le met sur un cône qui descend très-vite; l'enfant se remue beaucoup avec son bandage; de plus, dans le maillot, il se passe diverses choses qui obligent la nourrice à sortir l'enfant de son maillot, et, au bout d'une journée, le bandage n'est plus sur l'anneau. J'ai dit: le bandage ne contient pas la hernie ombilicale chez les petits enfants; les bandagistes n'étaient pas de mon avis, ils l'auraient probablement partagé si je leur en avais fait faire un qui coûtât bien cher; mais, malheureusement pour ces messieurs, et fort heureusement pour les malades, le meilleur moyen pour contenir une hernie ombilicale réduite chez ces petits enfants, c'est une bande de diachylon. Et je vois encore aujourd'hui appliquer ces affreux bandages aux petits enfants, même en présence des chirurgiens qui sont chargés, au Bureau central, de la distribution des bandages.

Cela est encore pis quand l'enfant marche, le bandage ne tient pas une heure. Essayez vous-mêmes à faire tenir sur un enfant un bandage de cette espèce pour une hernie ombilicale, je déclare que, si vous réussissez, ce sera un phénomène.

A. Cooper plaçait une petite boule dans l'anneau, par-dessus il mettait une petite plaque et enfin un bandage roulé : vous savez combien ce bandage se défait facilement!

On a aussi essayé des ceintures élastiques, des ceintures bouclées, tout cela ne vaut rien : chez les enfants, il faut une ceinture qui soit collée à la peau, afin qu'elle ne quitte pas la position où on l'a mise, l'enfant dût-il pisser dessus toute la journée. Le linge, le caoutchouc, ne valent rien pour cela; c'est le diachylon qui seul est bon; on a peur d'appliquer le diachylon sur l'épiderme des enfants, parce que dans les boutiques on ajoute de l'essence de térébenthine au sparadrap, afin de le faire mieux coller, et que cette térébenthine peut devenir nuisible; mais on s'est exagéré à tort les dangers de cette application. Dans les premiers temps, j'appliquais sur le ventre d'abord une petite bande de toile, puis une petite compresse et enfin une petite bande de diachylon : mais cela glissait. Alors j'appliquai directement sur la peau le diachylon ou sparadrap des hôpitaux, et c'est ce que je fais maintenant, car, je le confesse ouvertement, lorsque j'ai un appareil de ce genre à appliquer, j'emporte une petite bande de sparadrap que je prends dans mon service à l'hôpital. Je n'ai jamais vu cet appareil si simple manquer son but : M. Trousseau en tire également de très-bons résultats.

C'est un petit appareil magnifique de simplicité et d'efficacité : on prend une bande de sparadrap qui fait une fois et demie le tour du corps, et l'on n'a guère besoin de le renouveler qu'après un mois ou six semaines, et même quelquefois, quand on lève l'appareil à ce moment, l'enfant est totalement guéri par une seule application du bandage de sparadrap, et il est inutile d'y revenir.

Le maintien de la hernie est la seule condition de guérison chez les jeunes enfants, et eux seuls peuvent guérir de la hernie ombilicale par le resserrement un peu tardif, il est vrai, mais physiologique de l'anneau ombilical en avant des viscères.

Est-ce la même chose pour les hernies à partir de 20 ans jusqu'à 50 ou 60 ans? Non, pas du tout, il faut autre chose chez l'adulte, car la forme du ventre n'est pas la même chez lui que chez l'enfant.

Chez l'adulte, vous avez la cambrure du dos, le rétrécissement entre les côtes inférieures et les épines iliaques; en un mot, il y a une taille plus ou moins prononcée, mais enfin vous pouvez appliquer là une ceinture, et c'est la ceinture que je préfère aux autres moyens.

Un petit fait physiologique, en passant : vous avez dû remarquer que, quand vos pantalons montent trop haut et sont trop serrés au-dessus de l'ombilic, comme après un grand dîner par exemple, sans consulter votre livre, vous défaites un bouton de la ceinture du pantalon; cela est parfaitement bien fait, car cette ceinture vous étrangle le ventre, et l'estomac gêné ne remplit que difficilement ses fonctions. On aurait donc dû conserver le nom du tailleur qui, le premier, a eu le bon esprit de faire descendre la ceinture du pantalon au-dessous de l'ombilic, car il a rendu en cela un très-grand service. C'est la même chose si vous serrez le ventre d'un adulte avec une bande de diachylon : lorsque le malade est à jeun, la bande serre suffisamment, c'est-à-dire ni trop ni trop peu; mais quand le malade a fait un repas de corps chez Véry, la bande de sparadrap étrangle le ventre.

Examinez la différence que présente, relativement à la saillie de l'ombilic, le ventre de l'adulte et celui de l'enfant; toujours plus ou moins rebondi chez ce dernier, le ventre, même sans hernie ombilicale, présente toujours au moins une petite pointe, l'ombilic est le point le plus saillant de l'abdomen, tandis que chez l'adulte (vous pourrez ce soir vérifier cela chacun chez vous) cette saillie a disparu. Chez un individu maigre, la saillie de la cicatrice ombilicale, au lieu d'être en dehors, est en dedans; mais si le sujet est gras, c'est au fond d'une cavité plus ou moins grande qu'il faut aller chercher l'anneau.

Pour l'enfant qui présente une petite pointe à la région ombilicale, les bandagistes font une pelote très-saillante; chez l'adulte maigre qui offre un petit enfoncement, ils font la pelote moins saillante, de sorte qu'elle ne va pas jusqu'au fond de la cavité ombilicale, et la pelote qu'ils font pour les individus chargés d'embonpoint est encore plus défectueuse.

Rien de tout cela ne tient; il n'y a donc pas au monde un bandagiste qui sache maintenir une hernie ombilicale : pour les enfants, leur bandage ne tient pas vingt-quatre heures, et, pour les adultes, il n'y en a pas un seul qui soit bon. Pour l'adulte, il faut que la pelote entre dans la cavité ombilicale, qu'elle la remplisse exactement et qu'elle appuie simplement sur l'anneau sans l'enfoncer ou l'élargir. A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

Analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie,

Par M. Poggiale.

La polydipsie est considérée : par les uns, comme une perversion du sentiment de la soif, comme un acte physiologique exagéré, sans lésion organique, et, par les autres, comme une maladie dans laquelle l'eau, en traversant l'économie, entraîne une plus grande quantité de matériaux solides de l'urine qu'à l'état normal, et affaiblit ainsi peu à peu les individus atteints de cette affection. J'ai pensé qu'il était important d'être fixé, par l'analyse chimique, sur la nature de cette maladie; aussi ai-je saisi avec empressement l'occasion qui s'est offerte de vérifier ce fait, dans le service de M. le professeur Godalier, au Val-de-Grâce. Ce médecin distingué a bien voulu me communiquer la Note suivante, que je transcris textuellement, avant de faire connaître les résultats de l'analyse chimique :

« Mazel (Auguste), caporal au 11e de ligne, entré au Val-de-Grâce, le 2 août 1853, âgé de 25 ans, est d'une constitution moyenne, brun et d'un embonpoint médiocre. Il a toujours joui d'une bonne santé; on ne peut constater chez lui aucune lésion organique.

Mais il se plaint, depuis deux mois, d'une soif ardente, presque insatiable, et de sécheresse constante de la gorge; sa salive est plus rare et lui semble plus épaisse.

L'appétence exagérée des boissons s'est rapidement développée chez lui; quinze jours après qu'elle eut commencé, il n'ingérait pas moins de 25 à 30 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. S'il ne se fût retenu, il en aurait bu davantage. La soif le réveillait fréquemment pendant la nuit, et s'il ne pouvait se procurer assez d'eau, il buvait son urine.

« Il a un peu maigri depuis deux mois; l'appétit est bien conservé, et il ne recherche aucun aliment particulier. Les digestions sont parfaites; les fonctions de la peau normales, et s'il n'était pas toujours forcé de boire et souvent d'uriner, il serait comme d'ordinaire en parfaite santé. Il avoue s'être un peu

adonné au vin : c'est là, peut-être, dit-il, la cause de sa maladie.

« Son urine est très-abondante et en rapport avec la quantité de boisson absorbée ; elle ne contient ni glucose ni albumine : c'est donc un cas de polydipsie parfaitement constaté et pur de toute complication. C'est une simple névrose, une lésion de fonction sans lésion appréciable d'organe.

« On essaya d'abord de modifier la sensibilité spéciale de l'estomac et des premières voies par des vomitifs répétés (ipécacuanha et tartre stibié) : la soif diminua de moitié ; puis l'intestin se fatigua, et, dès qu'on eut cessé les vomitifs, la soif se remontra presque aussi intense.

« Des vésicatoires volants cantharidés, placés aux environs des glandes salivaires et à l'épigastre, firent cesser la sécheresse du gosier et une légère douleur épigastrique qui s'était montrée ; puis l'appétit du malade devint énergique, et comme il avait été un peu amaigri par la médication évacuante, on lui prescrivit le régime réparateur et tonique qu'il a suivi généralement pendant le reste de son séjour à l'hôpital, et qui n'a pas tardé à lui rendre un embonpoint qu'il a toujours conservé depuis. Ce régime était composé de 3/4 de pain et de viande le matin ; 3/4 de pain, 1/4 de viande, et 1/2 portion de légumes le soir, 3/4 de vin matin et soir.

Eau vineuse, 8, 10, 12 ou 15 litres.
Vin de quinquina, de 125 à 250 grammes.

« Ainsi se passe le premier mois de séjour de Mazel à l'hôpital ; pendant ce temps il buvait, en moyenne, de 12 à 15 litres dans les vingt-quatre heures, mais quelquefois il en ingérait une vingtaine. Pendant ce laps de temps, et à plusieurs reprises, M. le professeur Poggiale a fait des analyses d'urine, dont les résultats font l'objet principal de cette communication.

« On tenta successivement chez Mazel l'emploi de différentes indications.

« 1° L'opium à doses croissantes poussées jusqu'au narcotisme ;

« 2° Les infusions amères de valériane. En même temps, le malade mâchait de la rhubarbe et avalait sa salive ; bains généraux tous les deux jours ;

« 3° L'usage d'une solution d'iodhydrargirate de potasse à doses progressives et portées très-haut ;

« 4° Des boissons alcalines (bi-carbonate de soude), qui augmentèrent la soif ;

« 5° Des boissons acides (limonade sulfurique), qui la diminuèrent un peu, mais qui irritèrent bientôt les organes digestifs ;

« 6° Enfin le calomel à doses réfractées, dans le but d'exciter au ptyalisme, qui ne put être obtenu.

« Au bout de quatre mois et demi de ces essais infructueux, Mazel, qui était libéré du service, sort de l'hôpital avec une amélioration insignifiante.

« Chacun des moyens successivement employés procurait, pendant les deux ou trois premiers jours, une diminution assez notable de la soif, qui, malheureusement, ne se maintenait pas plus longtemps. Mazel, qui désirait vivement guérir et qui prenait ses remèdes avec conscience, a plusieurs fois conçu l'espoir d'une guérison qui ne s'est pas soutenue. Ce qu'il y a de plus remarquable encore à noter chez ce malade, c'est la persistance de la bonne santé générale, qui supportait sans s'émouvoir ces diverses médications, c'est la conservation de l'appétit, de l'embonpoint et des forces, malgré le flux immodéré d'urine et l'emploi des médicaments, dès qu'on eut mis Mazel à un régime substantiel et tonique, et qu'on eut cessé l'emploi des vomitifs.

« Il a donc paru évident que la polydipsie n'est pas par elle-même une cause notable d'affaiblissement, pourvu que le malade puisse faire usage d'une alimentation substantielle.

« L'urine de ce malade est sans odeur, parfaitement transparente et d'une teinte légèrement verdâtre. Elle devient un peu louche au bout de quelques heures. Chauffée à 100°, elle laisse précipiter quelques flocons grisâtres ; elle n'exerce aucune action sur le papier de tournesol ou sur le papier rougi par un acide ; sa densité est très-faible. »

Voici quelques-unes des déterminations qui ont été faites à 15° centigrades à plusieurs jours d'intervalle, depuis le 6 août jusqu'au 15 novembre 1853 :

1re *expérience* : densité. 1,00152
2e — densité. 1,00149
3e — densité. 1,00151
4e — densité. 1,00146

Cette urine ne réduit pas, à la température de l'ébullition, la liqueur de Frommersh. Elle ne donne aucun précipité par l'ammoniaque, par les acides azotique, sulfurique et chlorhydrique ; elle précipite, au contraire, en blanc, par le bi-chlorure de mercure, les sels de baryte, l'azotate d'argent et l'oxalate d'ammoniaque.

Pour la détermination de l'urée, des matières organiques et inorganiques, on a recueilli l'urine rendue dans l'espace de 24 heures, et on a analysé le mélange. La totalité de l'urine rendue par le malade du 5 au 6 septembre, et qui a fait l'objet d'une analyse complète, a été de 17k425 grammes ; mais ce chiffre a souvent varié, particulièrement sous l'influence des médications auxquelles le malade a été soumis.

On a fait évaporer au bain-marie jusqu'à siccité 1000 grammes d'urine, et on a obtenu un résidu pesant 1,942. On a calciné cet extrait dans un creuset, en y ajoutant de l'acide azotique et en chauffant la masse au rouge, afin de détruire complétement les matières organiques et d'obtenir un résidu salin parfaitement blanc ; le poids des sels fixes s'est élevé à 0gr680millig. On a ensuite procédé à l'analyse des divers éléments contenus dans la masse saline, en suivant les procédés usités pour le dosage du chlore, de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique, de la potasse, de la soude, de la magnésie, etc.

D'un autre côté, on a également évaporé au bain-marie 1000 grammes d'urine, jusqu'à consistance sirupeuse, et on a traité le résidu par l'alcool à 90° pour dissoudre l'urée. La liqueur alcoolique filtrée a été évaporée également jusqu'à consistance sirupeuse, et on y a ajouté un poids égal d'acide nitrique pur à une basse température ; le nitrate d'urée obtenu, pesait 1gr314millig.

Le résidu insoluble dans l'alcool a été traité par l'eau distillée, afin de séparer le mucus, l'acide urique, l'acide silicique et les phosphates de chaux et de magnésie. On a pu doser l'acide silicique et les phosphates terreux, en les calcinant dans un creuset de platine, et au moyen de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, on a dissous ces sels et on a laissé l'acide silicique à l'état insoluble.

J'ai reconnu la proportion d'acide urique par le procédé de M. Lecanu, en opérant sur une nouvelle quantité d'urine. J'ai obtenu une poudre amorphe, offrant tous les caractères chimiques et microscopiques de l'acide urique et pesant, pour l'urine des 24 heures, 0gr624millig.

J'ai déterminé la proportion des matières azotées contenus dans cette urine, par la méthode de M. Peligot. On sait qu'elle consiste à doser l'azote, en faisant arriver l'ammoniaque, qui provient de la combustion de la matière azotée, dans l'appareil condensateur à boules de M. Liebig, contenant un volume connu d'acide sulfurique titré. On reconnaît ensuite, par une dissolution mesurée d'hydrate de potasse, la quantité d'ammoniaque et par conséquent celle de l'azote. 100 centimètres cubes d'acide sulfurique normal (formé de 61,250 d'acide pur et d'eau pour faire un litre) équivalent à 2gr120 d'ammoniaque ou à 1gr750 d'azote. Le titre de la liqueur alcaline doit être déterminé d'une manière exacte avec l'acide sulfurique titré.

On a opéré ainsi sur le résidu provenant de 100 grammes d'urine, et on a trouvé que l'urine des vingt-quatre heures contenait 6gr204millig. d'azote.

Enfin, j'ai employé les procédés que M. Liebig a publiés dans ces derniers temps pour le dosage du chlorure de sodium et de l'urée contenus dans l'urine, et j'ai obtenu approximativement les résultats que je viens d'indiquer. Pour doser le chlorure de sodium, M. Liebig mêle un volume d'une solution de nitrate de baryte et d'eau de baryte avec deux volumes d'urine ; il prend,

à l'aide d'une pipette, 15 centimètres cubes de cette liqueur et il les introduit dans un petit vase à précipités. Il y verse ensuite peu à peu une solution titrée de nitrate de mercure. L'opération est terminée dès qu'il se forme dans la liqueur un précipité permanent. Chaque centimètre cube de la liqueur employée correspond à 10 milligrammes de sel marin.

La méthode de M. Liebig, pour doser l'urée, est basée sur l'action que le nitrate de mercure exerce sur ce corps. Ils donnent lieu, en effet, par leur mélange, à un dépôt blanc. Mais si, après avoir neutralisé la liqueur par le carbonate de soude, on continue à ajouter une solution titrée de nitrate de mercure, on obtient une coloration jaune dès que toute l'urée a été précipitée. On peut donc calculer la quantité d'urée par le nitrate de mercure employé.

En rapprochant les résultats fournis par ces divers essais, on trouve que l'urine des vingt-quatre heures est formée de :

Eau	17k391gr142
Urée	11, 204
Acide urique	0, 624
Acide lactique. Lactate d'ammoniaque. Sels ammoniacaux. Matières extractives et colorantes.	9, 465
Sulfates de potasse et de soude	4, 825
Phosphate de soude	0, 234
Chlorure de sodium	6, 521
Phosphate de chaux et de magnésie	0, 951
Acide silicique	0, 036
	17k425gr000

Cette analyse a été répétée plusieurs fois dans l'espace de quatre mois, et elle a donné, dans toutes les épreuves, approximativement, les mêmes résultats.

Si on rapporte ces chiffres à 1,000 grammes d'urine, on obtient les résultats suivants :

Eau	998gr056
Urée	0, 642
Acide urique	0, 035
Matières organiques	0, 543
Sulfates de potasse et de soude	0, 276
Phosphate de soude	0, 013
Chlorure de sodium	0, 370
Phosphate de chaux	0, 054
Acide silicique	0, 002
	999, 991

Si l'on compare les résultats consignés dans ce tableau avec ceux que différents chimistes ont obtenus en opérant sur l'urine normale de l'homme, on remarque :

1° Que la totalité de l'urine rendue dans l'espace de vingt-quatre heures est dix-sept fois plus considérable que dans l'état normal ;

2° Que la densité de cette urine est sensiblement dix-sept fois plus faible que l'urine normale ;

3° Que, pour 1,000 grammes d'urine, la proportion d'urée n'est que de 0gr642millig., tandis qu'elle s'élève à 12 grammes environ en état de bonne santé ;

4° Que la quantité d'acide urique est représentée par 0gr035millig. au lieu de 0gr600millig. ;

5° Que le chiffre des matières fixes n'est que de 0gr715millig., au lieu de 12 grammes en moyenne ;

6° Que la quantité des matières solides contenues dans l'urine des vingt-quatre heures est sensiblement la même que celle qui est fournie par l'urine normale.

Il résulte de ce fait remarquable que lorsqu'on introduit dans l'économie une grande quantité d'eau, 25 ou 30 litres par exemple, l'économie se débarrasse rapidement de ce liquide ; mais l'urine n'entraîne pas une proportion plus considérable de matières organiques et inorganiques. S'il en était autrement, les hommes atteints de polydipsie prendraient une quantité beaucoup plus grande d'aliments azotés pour réparer leurs pertes, ou ne tarderaient pas à succomber. On sait, au contraire, que les personnes attaquées de cette maladie, quoique affaiblies, vivent longtemps, et c'est avec raison, je crois, que quelques pathologistes ont considéré cette affection comme un acte physiologique exagéré, accompagné de névrose.

M. Bischoff a admis, dans une Note adressée à l'Académie des sciences, que les quantités d'eau et d'azote contenues dans l'urine gardent toujours des proportions très-exactes, et que la quantité totale d'urée est dans un rapport intime avec celle de l'eau. Cette observation, qui est peut-être vraie dans les conditions physiologiques, n'est pas confirmée par l'analyse dont je viens de rapporter les résultats.

Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine du 22 Août 1854.

Mémoire sur la médication ferrugineuse,

Par T.-A. Quevenne.

Analyse du Rapport de MM. Caventou, Cruveilhier *et* Bouchardat, *rapporteur.*

(Suite et fin. Voir le n° 102).

Valeur du fer réduit comme médicament. — Quelle est, en définitive, la valeur du fer réduit dans le traitement des maladies ?

Telle est la question qui intéresse surtout le praticien : c'est l'application, but final de toutes les recherches qui se rapportent à l'art de guérir.

C'était une chose très-importante que d'avoir déterminé la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique par chaque préparation de fer, et cette circonstance est probablement celle qui influe le plus sur l'absorption du composé par l'économie.

Toutefois, et ce sont les expressions de M. Quevenne lui-même, cette notion ne peut suffire à elle seule pour établir, d'une manière certaine, la valeur thérapeutique de chaque préparation ferrugineuse.

En effet, nous avons dit que nous ne possédons qu'une idée imparfaite des modifications que ces agents peuvent subir au delà des premières portions de l'intestin et des conditions de leur absorption dans ces parties ; nous connaissons encore moins ce qui a lieu une fois que le médicament a pénétré dans les radicules veineuses qui environnent les organes digestifs, et par suite, a été entraîné jusque dans les parties les plus profondes de l'économie. Ce n'est que par voie d'induction que l'on a pu établir quelques vues théoriques à ce sujet.

Le fait de l'appréciation de la valeur du fer réduit comme médicament, d'après sa facilité à être attaqué par le suc gastrique, pouvait donc constituer un renseignement plus ou moins fautif.

Il n'y avait qu'une voie qui pût lever le doute dont il s'agit, c'était l'observation au lit du malade, observation à laquelle il faut toujours en venir comme moyen de contrôle après les expériences chimiques et physiologiques.

M. Quevenne présente, à l'appui de son travail, des observations cliniques qui ont été recueillies dans le service de différents médecins des hôpitaux, plusieurs d'entre elles, dans celui de l'un des membres de la commission (M. Cruveilhier).

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces observations, et nous arriverons de suite aux faits importants qui peuvent en ressortir.

Résumé synoptique des observations par ordre de faits. — Il s'agit de huit femmes chez lesquelles les caractères de la chlorose ont été authentiquement constatés par les chefs de services au moment de l'entrée. Deux de ces malades avaient en même temps des affections matérielles des organes de la circulation, et ont dû être traitées par la digitaline concurremment avec le fer.

1° *Doses.* — Les doses de fer réduit administrées ont été, en général, de 0,20 à 0,30. Au-dessous de 0,20, la guérison a paru marcher lentement. D'un autre côté, en s'élevant à 0,40 et 0,50, il n'a pas semblé que l'amélioration marchât plus vite qu'avec 0,30.

2° *Manière dont le médicament a été supporté.* — Les malades ont généralement bien supporté le médicament ; le plus grand nombre n'en a ressenti aucune espèce d'inconvénient.

Chez une il y a eu, pendant plusieurs jours, des crampes d'estomac, de la gastralgie, et même des vomissements ; chez une autre il y a eu, à un certain moment, des douleurs d'estomac ; mais comme chacune de ces malades était sujette à ces inconvénients ; que c'était là l'un des symptômes de leurs maladies, il ne semble pas que l'on puisse rapporter au fer ces accidents qui n'ont d'ailleurs été que momentanés.

3° On n'a remarqué, chez ces huit malades, nulle tendance du médicament à constiper ou à relâcher.

4° *Durée du traitement.* — Elle a été variable chez ces huit malades. Parmi les malades qui ont éprouvé promptement une amélioration marquée, il en est deux qui, se trouvant ainsi beaucoup mieux (après 10 et 12 jours), ont voulu sortir avant l'entière guérison : en conséquence, la durée du traitement est ici sans valeur.

Chez une autre la guérison complète n'a demandé que seize jours. (Un traitement antérieur par le safran de mars avait exigé cinq semaines.)

Dans un autre cas, le traitement a duré un mois. (Un premier traitement par le safran de mars n'avait point guéri la malade).

Enfin, pour les deux malades où il y avait en même temps affection matérielle des organes de la circulation, que l'on a dû traiter conjointement par la digitaline, et chez lesquelles des traitements antérieurs avaient assez mal réussi, on est cependant parvenu à la guérison de la chlorose, mais il a fallu prolonger l'emploi des moyens curatifs assez longtemps (soixante-onze jours dans le cas le plus long).

Tels sont les résultats de la partie expérimentale soumise au jugement de l'Académie.

« Chacun de vous, ajoute le Rapport, est prêt à nous demander peut-être : *Mais quelle est la valeur de la préparation dont vous nous parlez, non pas seulement considérée en elle-même, mais comparativement aux autres ferrugineux ?*

« Excite-t-elle, par exemple, aussi fortement l'appétit que le lactate?

« Est-elle aussi bien tolérée par l'économie que le tartrate ferrico-potassique?

« Offre-t-elle l'action plus spécialement tonique attribuée aux oxydes de fer, comparativement aux sels? »

Votre commission, vous devez le comprendre, ne pouvait soulever une question aussi vaste, que du reste l'auteur lui-même n'avait point abordée.

« Et puis, ce point litigieux sur lequel un travail patient et de longue haleine, fait au lit du malade, pourrait assurément fournir des notions très-intéressantes pour la pratique, est-il bien susceptible d'être élucidé de manière à conduire à une conclusion absolue? — Cela nous paraît douteux. »

« En effet, beaucoup de raisons portent à croire que, pour les ferrugineux, dont le mode d'action se lie si intimement à celui des aliments, il en est comme de ceux-ci relativement à la facilité d'assimilation. Telle personne digère mieux la chair du mouton ou du bœuf, le plus grand nombre les viandes blanches; d'autres s'assimilent plus facilement les éléments nutritifs du poisson, etc...; c'est une étude continuelle à faire pour l'hygiéniste, pour le médecin praticien, selon les idiosyncrasies, les conditions pathologiques; mais toutes ces substances fournissent à l'action des liquides digestifs une matière azotée d'une composition analogue, toutes ces substances nourrissent, comme tous les ferrugineux (à très-peu d'exceptions près) guérissent les chlorotiques; dans les deux cas, c'est une question de plus ou de moins : voilà la règle dans sa généralité. »

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est des sujets qui supportent mal certaines préparations ferrugineuses, tandis que d'autres de ces composés leur réussissent bien; comme on voit des personnes ne pouvoir digérer et s'approprier certains aliments, dépérir même à la longue si la nécessité les oblige à en continuer l'usage, et recouvrer leur santé première dès qu'elles peuvent revenir à leur genre d'alimentation favori.

Le Rapport indique brièvement la préparation du fer réduit par l'hydrogène, qui est connue maintenant et que nous croyons inutile de rappeler, et une formule pharmaceutique de ce produit : ce sont des dragées de chocolat dans chacune desquelles il entre 5 centigr. de fer réduit. Elles se préparent à la manière ordinaire des dragées.

L'auteur conseille d'employer ce médicament, ou en nature, pris au commencement du repas, ou sous forme de dragées au chocolat, telles que nous venons de les indiquer.

Résumé, corollaires et conclusions. — 1° Le fer réduit par l'hydrogène, parmi les préparations examinées, est celle qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

2° Ce qui distingue cette préparation entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25) paraît suffisante, en général, pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique, dans bien des cas, on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50.

3° Les faits observés détruisent cette proposition formulée jusqu'ici d'une manière générale, à savoir, que les préparations de fer, insolubles par elles-mêmes, sont moins actives que les sels solubles de ce métal. Si cette proposition est vraie, relativement au safran de mars, elle ne l'est nullement pour d'autres préparations insolubles, le fer réduit, par exemple.

4° Il n'est pas plus exact de présenter les préparations de fer insolubles comme offrant le grave inconvénient de neutraliser le suc gastrique et de nuire ainsi à la digestion (objection théorique). L'expérience a démontré qu'il n'y avait dans ce cas qu'une diminution d'acidité très-légère, et rien ne prouve que celle-ci soit nuisible. Peut-être même est-elle quelquefois utile.

5° Lorsqu'on administre de l'iodure de fer, il se fait *aussitôt* un départ entre les deux éléments du composé : l'iode passe, avec une grande rapidité, dans les urines, où il apparaît dix à quinze minutes après l'ingestion, tandis que le fer est retenu dans l'économie, qui n'en laisse passer qu'une trace dans la vessie.

De tout ce que nous venons d'exposer, dit le Rapport, il ressort :

Que M. Quevenne, entrant dans une voie d'investigations nouvelles, par une série d'expériences très-bien instituées, exécutées avec une persévérance qu'on ne saurait trop admirer, a éclairé un grand nombre de questions qui se rattachent à l'emploi des préparations ferrugineuses;

Considérant, d'autre part, que les expériences si nombreuses, si précises, relatées avec détail dans le Mémoire de l'auteur; les faits cliniques recueillis dans les hôpitaux, démontrent que le fer réduit se range parmi les meilleurs ferrugineux employés en médecine;

Considérant aussi que ce produit, par suite de l'initiative de M. Quevenne (1), est aujourd'hui généralement usité, et qu'il importe d'en régulariser l'emploi;

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'accorder à ce beau travail sa complète approbation;

2° D'ordonner que la formule du fer réduit par l'hydrogène et des préparations dont il est la base, soient inscrites au Bulletin de l'Académie;

3° Nous n'hésiterions pas à vous prier de voter l'impression dans vos Mémoires, de ce grand ouvrage de M. Quevenne, si l'auteur ne se proposait de le publier prochainement.

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Vapeurs d'iode, aspirations.

Chacun sait la difficulté qu'on a de porter les vapeurs iodées dans les voies respiratoires. L'astriction brûlante produite dans l'arrière-gorge du malade et la toux provoquée par cet agent, sont de véritables difficultés pour son emploi.

Frappé de ces inconvénients et convaincu des heureux effets de cette médication dans la tuberculisation pulmonaire et les catarrhes chroniques, M. Barrère, ex-prosecteur de l'École de médecine de Toulouse, a dirigé ses travaux sur ce sujet, et envoyé à la *Gazette médicale de Toulouse* une note sur un procédé simple, facile, commode même d'opérer les inhalations.

Il fait priser à ses malades de la poudre de camphre imprégnée, saturée de vapeur d'iode.

On obtient le camphre iodé en plaçant dans une tabatière la poudre de camphre et un sachet de mousseline contenant la centième partie en volume d'iode officinal. En agitant de temps en temps, on obtient au bout de quelques heures, surtout si le dégagement des vapeurs d'iode est activé par la chaleur de la main, une saturation du camphre dont la couleur se rapprochera de celle de l'iode.

Le camphre iodé provoque l'éternument, il cause même un peu de cuisson aux narines, s'il est concentré; mais lorsqu'il est arrivé dans les voies aériennes, le sujet éprouve une sensation de fraîcheur bienfaisante, agréable, qui l'engage à respirer largement. Le camphre iodé une fois connu, est recherché avec avidité par beaucoup de personnes et préféré au tabac à priser.

Le camphre par sa vertu anaphrodisiaque peut être d'ailleurs dans certains cas un heureux adjuvant, puisque les désirs vénériens sont une cause puissante du développement de la phthisie.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

De la salivation mercurielle provoquée comme moyen thérapeutique.

Sous ce titre, M. Passot publie dans la *Gazette médicale de Lyon*, un Mémoire qui peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Il est des cas où, quelque graves qu'en soient d'ailleurs les inconvénients, la salivation mercurielle doit être provoquée dans un but thérapeutique;

2° La salivation mercurielle a une double action, la première, *révulsive*, infiniment plus énergique que le vésicatoire; la seconde, *spoliative*, ou appauvrissante du sang;

3° Il est des individus réfractaires à ce phénomène; il en est d'au-

(1) L'usage du fer réduit, en médecine, a été proposé en 1840, par MM. Miquelard et Quevenne.

tres, au contraire, chez lesquels il peut survenir inopinément, contre toute attente;

4° Le moyen le plus sûr de l'obtenir et dans le plus bref délai, consiste dans l'emploi simultané du calomélas, d'après la méthode de Robert Law, et des frictions avec l'onguent napolitain;

5° Pour l'éviter, c'est, d'abord, de se méfier des préparations mercurielles qu'on ne prescrira qu'à la condition d'un véritable avantage; c'est, ensuite, de soustraire l'organisme à l'absorption ultérieure du mercure, dès les premiers signes de stomatite;

6° Il est très-douteux que la salivation mercurielle agisse jamais comme *spécifique*.

7° Non-seulement la syphilis peut très-bien se guérir sans ptyalisme; mais il paraît même que le mercure cesse d'agir spécifiquement sur les manifestations syphilitiques, aussitôt qu'il s'établit;

8° La salivation est surtout indiquée dans le traitement de la péritonite, de la métro-péritonite sporadique, de la méningite simple, de la kératite, de la rétinite, de l'amaurose par congestion ou irritation, de l'orchite et de l'ovarite rebelles; enfin, dans le traitement de certains engorgements chroniques quand le tissu n'est pas dégénéré, etc.;

9° La médication de la stomatite mercurielle doit être surtout locale et consister dans les frictions sur les gencives avec l'alun pulvérisé (Velpeau), ou plus sûrement, dans l'emploi de l'acide chlorhydrique pur, porté sur la muqueuse à l'aide d'un pinceau (Ricord), ou de la solution concentrée de nitrate d'argent, à 50 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée (Bouchacourt). Comme adjuvants, les purgatifs énergiques et répétés, les compresses imbibées d'eau blanche sur les côtés du cou ne seront pas négligés;

10° Enfin, aussitôt que l'état de la bouche le permettra, on relèvera le malade de la faiblesse où l'a plongé l'intoxication hydrargyrique, par un bon régime et les ferrugineux.

Traitement abortif de la blennorrhagie,

Par M. Taglioni.

Ce traitement, que M. Taglioni dit tenir du professeur Piorry, et qu'il a employé déjà avec un merveilleux succès dans quarante cas, n'est autre que l'emploi de l'électuaire de baume de copahu et de poivre cubèbe, donné toutefois à haute dose, en même temps qu'on fait usage d'injections irritantes ou astringentes. La dose est de 80 grammes de copahu et 15 de cubèbe, mêlés à s. q. de carbonate de magnésie, à prendre dans la journée, en trois fois, et en répétant la même dose plusieurs jours de suite. Pour la commodité du malade, on peut convertir cette masse en une centaine de bols. En même temps, on pratique trois ou quatre injections par jour, faites avec une solution de sulfate de zinc, à la dose de 20 à 30 centigrammes sur 30 grammes d'eau. On doit continuer ce traitement pendant huit jours, en ayant soin d'en diminuer les doses après les deux premières. Si l'estomac et les intestins ne supportent pas les doses indiquées, on n'a aucun mauvais effet à redouter; il suffit de suspendre le remède, et de le reprendre plus tard à dose plus modérée.

Ce traitement n'a au fond rien de bien nouveau; car il est formulé dans la plupart des traités des maladies vénériennes; cependant il nous a paru bon de le remettre sous les yeux du lecteur et de constater les nouveaux succès qu'en a obtenus M. Taglioni.

(*Gaz. méd. de Paris,* d'après *el raccoglitore medico di Fano.*)

Un mot sur un nouveau traitement de la grenouillette,

Par le Dr Vandommelen.

Une longue expérience m'a démontré les inconvénients des divers procédés qui ont été imaginés pour guérir la grenouillette. La *ponction* ou l'*incision*, la *dilatation* (Louis) sont des procédés simples, peu douloureux, mais ordinairement insuffisants, et donnent lieu le plus souvent à des récidives. L'*excision* (La Cerlata) est d'une exécution souvent difficile, le malade ne pouvant porter la langue en haut et de côté, autant qu'il conviendrait pour cette manœuvre. Par la *cautérisation* déjà employée du temps d'Aétius, on s'expose, à moins qu'on n'ouvre largement la poche, à intéresser les parties environnantes, soit que l'on emploie le fer chaud, soit que l'on préfère les escarrotiques proprement dits. L'*injection* (Paracelse, Denonvilliers) présente le même inconvénient. L'usage de l'*anneau d'argent* (Brodie), de la *canule à demeure* (Sabatier, Dupuytren), constitue une véritable infirmité, au moment des repas surtout.

J'ai imaginé et appliqué, ainsi qu'on va le voir, un procédé qui se recommande par sa simplicité et qui m'a complétement réussi, dans le seul cas où jusqu'à présent j'ai eu occasion de l'employer.

Le caporal C..., âgé de 22 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, vint en 1852, à l'hôpital de Vlissingue, pour s'y faire débarrasser d'une grenouillette tellement développée, que la langue était, en quelque sorte, accolée contre la voûte palatine. On comprend que cet homme ne put manger et boire qu'avec une grande difficulté.

Voici comment j'opérai:

Le malade, assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide placé derrière lui, pendant qu'un autre tint les mâchoires écartées au moyen d'un bouchon placé entre les dents, je plongeai dans la partie postérieure de la tumeur, de gauche à droite, une grosse aiguille courbe, armée d'une large ligature, composée de quatre fils cirés et destinée à rester dans le kyste; ses deux extrémités furent nouées sur celui-ci au moyen d'un simple nœud, dont les bouts furent laissés dans la bouche, où ils ne gênèrent nullement. Trois semaines plus tard, la ligature tomba et le liquide qui s'était écoulé par l'incision de la poche ne reparut plus. La guérison ne s'est pas encore démentie jusqu'à ce jour. (*Annales médicales de la Flandre occidentale.*)

Teigne. — Emploi topique de l'acide sulfureux.

Ce traitement, recommandé par M. Jenner, de Londres, et employé avec succès par M. Bennett, d'Edimbourg, a été soumis récemment au contrôle de l'expérimentation clinique, par M. Verhaeghe, d'Ostende. Notre confrère l'a essayé dans trois cas. Dans le premier, il s'agit d'un jeune garçon atteint de favus depuis trois ans; après une amélioration qui fut de peu de durée, il fallut abandonner cette médication. Le second malade, âgé de dix-huit ans, et chez qui le favus existait au cuir chevelu depuis six ans, guérit promptement et d'une manière solide. Quant au troisième, enfant de quatre ans, atteint de favus au dos et aux membres supérieurs, quatre à cinq jours suffirent pour obtenir une guérison parfaite. — Voici comment ce moyen est administré dans les hôpitaux de Londres: on fait passer un courant d'acide sulfureux dans de l'eau, jusqu'à ce que celle-ci soit saturée. Des linges imbibés de cette solution (1 p. d'acide pour 3 p. d'eau) sont mis sur les parties malades et renouvelés plus ou moins fréquemment selon les cas; un bonnet de taffetas ciré les maintient.

(*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Bruges.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Parmi les plus célèbres victimes qu'ait faites le choléra, nous avons à mentionner M. Melloni, physicien célèbre qui a exécuté à Paris, où il a longtemps résidé, de remarquables travaux. Il est mort à Portici, le 17 de ce mois, après quelques heures de souffrances.

Naples a été cruellement désabusé de son erreur touchant l'utilité des quarantaines. Les journaux scientifiques italiens nous annoncent qu'à la date du 13 août, l'épidémie, *quoique en voie de décroissance,* faisait encore de 200 à 300 victimes par jour.

Dans la ville et la province de Gênes, le nombre des cas, à la même date, était de 3,889, et le nombre des morts de 1,890, ce qui constituerait une mortalité moindre que celle que nous sommes habitués à constater, si la désignation de *choléra* était appliquée aux mêmes cas. Les autres chiffres donnés par les journaux n'offrent rien d'approximativement certain, et qui puisse nous intéresser.

— A Paris, l'épidémie se maintient dans un *statu quo* très-modéré. Saint-Germain, qui avait été assez fortement atteint, il y a une quinzaine de jours, est à peu près délivré. Versailles et Bellevue continuent à jouir de l'heureuse immunité dont ces localités ont eu le privilége en 1832 et en 1849.

— Parmi les fonctionnaires envers lesquels l'administration a été obligée de sévir pour avoir abandonné leur poste et fui devant l'épidémie, nous avons le regret d'avoir à signaler deux médecins qui ont suivi le honteux exemple donné par plusieurs maires et adjoints. On nous permettra de taire leurs noms.

— Le *Moniteur* a publié deux décrets attendus depuis quelque temps et que nous avons annoncés, il y a plusieurs semaines: le premier, *sur l'organisation des Académies;* le second, *sur le régime des établissements d'enseignement supérieur.*

Le premier de ces décrets n'a que des relations très-indirectes avec notre profession, et n'a aucun intérêt pour nos lecteurs. Quant au second, il contient des dispositions importantes sur les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie et les Écoles préparatoires. Nous publierons le texte de ces dispositions dans notre prochain numéro, en les faisant suivre, s'il est possible, de quelques remarques.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 104. 2e année. Jeudi 31 Août 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 13

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 30 Août 1854.

Décret sur l'enseignement supérieur.

Nous publions aujourd'hui la partie de l'exposé des motifs et du décret sur l'enseignement supérieur, qui se rapportent à la médecine et à la pharmacie. L'interprétation du dernier décret sur la presse périodique nous laissant dans l'incertitude touchant la question de savoir s'il nous est permis de présenter quelques remarques sur ces documents, nous devons nous en abstenir jusqu'à nouvel ordre, et nous nous contentons d'éclairer quelques passages de l'exposé des motifs et du décret par les citations de certains textes et d'un petit nombre de chiffres.

H. DE CASTELNAU.

III. *Dispositions spéciales aux Facultés de médecine, aux Écoles supérieures de pharmacie et aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.*

Le tarif des rétributions pour le doctorat en médecine a été fixé, dès l'origine, d'une manière équitable. Le total de ces rétributions s'élève à 1,100 fr.; le projet ne l'augmente que d'une somme de 160 fr., laquelle, répartie sur les quatre années d'études, sera, pour ainsi dire, insensible.

Mais la distribution des diverses rétributions afférentes aux études médicales n'est pas rationnelle, et, sans en modifier beaucoup le total, il a paru indispensable de les répartir d'une manière plus conforme à l'intérêt des études. Ainsi, le droit d'inscription a été abaissé de 50 fr. à 30 fr., ce qui permettra à un plus grand nombre de jeunes gens d'essayer leur vocation. Les cinq examens probatoires qui précèdent la thèse ne sont subis qu'après la quatrième année d'études. Il importe, cependant, qu'on puisse s'assurer que les étudiants ont suivi avec fruit les cours annuels des professeurs. Aussi a-t-on institué, par simple arrêté ministériel, des examens de fin d'année, pour lesquels on ne perçoit aujourd'hui aucune rétribution. On propose de confirmer cette excellente pratique par une disposition formelle du décret, et de fixer à 30 fr. le droit à percevoir pour chaque examen de fin d'année, ce qui en relèvera l'importance. Le prix des examens de fin d'études a été porté de 30 fr. à 50 fr., pour compenser l'abaissement du droit d'inscription. L'introduction du nouveau droit de certificat d'aptitude complète, en l'augmentant légèrement, la somme précédemment perçue pour le doctorat en médecine. En tenant compte des augmentations présumées qui résulteront des conférences facultatives et du faible droit imposé aux sages-femmes reçues par les Écoles de médecine, on peut espérer que le produit des Facultés de médecine s'accroîtra d'une somme de 164,000 fr.

Des innovations non moins importantes ont été introduites dans les tarifs des Écoles supérieures de pharmacie, quoique la somme totale des sacrifices imposés aux étudiants n'ait pas été sensiblement augmentée. Parmi les anciens droits qu'ils avaient à payer, celui d'inscription était facultatif, c'est-à-dire que la condition de scolarité n'était pas absolument exigée des pharmaciens de première classe, et qu'ils étaient admis à remplacer cette condition par le stage dans une officine. Le projet de décret s'est bien gardé de supprimer le stage, parce que la profession de pharmacien suppose nécessairement un noviciat pratique ; mais il l'a réduit à trois années, en imposant aux étudiants l'obligation de suivre, également pendant trois années, les cours d'une École de pharmacie : c'est une organisation toute nouvelle de ces Écoles, dont la mission ne consistera plus presque exclusivement à faire des examens, mais qui donneront en même temps un enseignement obligatoire dont la pratique tirera un incontestable avantage. Le nombre des élèves des Écoles supérieures de pharmacie sera certainement plus considérable ; quoiqu'il soit difficile d'en fixer le chiffre avec certitude, on peut l'estimer en moyenne à 400. Dans cette hypothèse, les produits présumés des Écoles supérieures de pharmacie s'accroîtraient de 109,000 fr. environ.

Le certificat d'aptitude à la profession d'officier de santé, de pharmacien de deuxième classe, d'herboriste et de sage-femme, est aujourd'hui délivré par les Jurys médicaux, sorte de commissions départementales dont on pouvait comprendre la nécessité lorsque l'enseignement médical était à peine organisé en France, mais qui n'ont plus de raison d'être depuis qu'on a créé vingt et une Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. A quoi bon des commissions spéciales pour délivrer des grades, quand les Facultés de médecine et les Écoles, qui en sont des annexes, peuvent suffire à cette tâche, et sont beaucoup plus compétentes ? Les articles 17 et 18 du projet proposent, en conséquence, de mettre fin à un régime anormal, et de confier exclusivement aux professeurs de l'enseignement médical ou pharmaceutique le droit de vérifier l'aptitude de ceux qui aspirent à pratiquer quelque partie de l'art de guérir.

Mais le projet de décret veut accomplir une réforme plus importante encore et qui aura, je l'espère, les plus heureuses conséquences pour la santé publique.

Il semble que les officiers de santé, qui sont des médecins de deuxième ordre, que les pharmaciens de deuxième classe, dont le privilége ne diffère pas de celui des pharmaciens reçus par les écoles supérieures de pharmacie, devraient offrir des garanties, sinon absolument semblables, du moins analogues à celles qu'on demande aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de première classe. Il n'en est pas ainsi. Le candidat au titre d'officier de santé peut se borner à justifier par un certificat, dont il est impossible de vérifier la sincérité, qu'il a suivi pendant six ans la pratique d'un docteur en médecine. C'est là une scolarité illusoire. Après une discussion approfondie, le Conseil impérial de l'instruction publique et le Conseil d'État ont été d'avis de proposer la suppression absolue du prétendu certificat d'études médicales, et de le faire remplacer par douze inscriptions dans une Faculté de médecine, ou par quatorze inscriptions dans un École préparatoire de médecine et de pharmacie. On comprend aisément que cette grave innovation n'est pas faite dans un intérêt fiscal, quoiqu'une de ses conséquences soit d'attirer dans les Facultés de médecine ou dans les Écoles préparatoires un plus grand nombre d'étudiants.

De très-sages esprits auraient voulu aller plus loin encore, et obliger les candidats au titre d'officier de santé de justifier du diplôme de bachelier ès-sciences, lequel a été exigé, jusqu'à ces derniers temps, des pharmaciens de seconde classe. Pourquoi, disait-on, ne pas imposer à ceux qui font des prescriptions médicinales une condition dont ne sont pas affranchis ceux qui les exécutent? Il serait désirable, sans doute, que les

officiers de santé possédassent les connaissances que suppose le diplôme de bachelier ès-sciences. Mais ce qui importe avant tout, c'est que leur instruction médicale soit sérieuse. On croit avoir atteint ce but en leur imposant une scolarité réelle. Ne serait-on pas exposé à le dépasser si, à cette première et indispensable réforme, on ajoutait une exigence nouvelle? La santé publique est intéressée à ce que le nombre des officiers de santé ne diminue pas d'une manière trop rapide (1); car il pourrait arriver que le nombre des docteurs en médecine ne s'augmentât pas proportionnellement, et que les populations pauvres (2) fussent privées des secours que leur offrent des praticiens plus modestes. Ces conditions ont paru déterminantes au Conseil d'État, qui a cru, en même temps, pouvoir proposer de dispenser les pharmaciens de seconde classe du diplôme de bachelier ès-sciences, mais en leur imposant, outre le stage auquel ils sont tenus aujourd'hui, l'obligation de suivre pendant un an les cours d'une École de pharmacie; quelques notions théoriques éclaireront ainsi la pratique d'une profession qui doit continuer d'offrir à la société des garanties certaines de sécurité.

La plupart des candidats au titre d'officier de santé et à celui de pharmacien de deuxième classe ne payent à l'État qu'un droit insignifiant de visa; les herboristes et les sages-femmes en sont même complétement affranchis. Les frais d'examen des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe ne s'élèvent, pour les uns et les autres, qu'à la somme de 200 francs. L'examen des sages-femmes se fait gratuitement. Ces dispositions pouvaient être sages et utiles à l'époque où elles ont été adoptées. En l'an XI, toutes les branches de l'art de guérir étaient négligées, et, sous peine de compromettre la santé publique et le service des armées, il fallait à tout prix recruter des pharmaciens et des officiers de santé. Maintenir aujourd'hui cet état de choses, ne serait-ce pas constituer, au profit d'une classe de praticiens, un privilége exorbitant? Quand le docteur en médecine est obligé de payer son diplôme 1,260 francs, pourquoi l'officier de santé, qui dissimule d'habitude l'infériorité de son titre, et qui se donne, comme le docteur, le nom de médecin, ne payerait-il son privilége que 200 francs? L'enseignement supérieur perd, dans cette inégale répartition des charges, des ressources considérables et des moyens certains d'améliorations; la santé publique est loin d'y gagner. La concurrence est, de nos jours, tellement ardente, qu'il ne faut pas craindre de diminuer le nombre des médecins et des pharmaciens (3); on doit surtout s'attacher à exiger d'eux une instruction solide.

La réforme proposée aura, nous n'en doutons pas, ce résultat heureux. En ménageant à l'enseignement supérieur un accroissement de ressources de plus de 170,000 francs, elle nous donnera des officiers de santé plus habiles et des pharmaciens plus dignes de la confiance publique.

(1) Ainsi que le fait très-justement observer le Rapport, la santé publique est intéressée à ce que le nombre des officiers de santé ne soit pas diminué avant qu'on se soit assuré que le nombre des docteurs sera augmenté en proportion; c'est-à-dire, en d'autres termes, que le nombre total des médecins n'est que ce qu'il doit être pour suffire aux exigences du service sanitaire. Mais si ce nombre surpassait celui qui est nécessaire, il eût évidemment été très-raisonnable d'en retrancher l'excédant, exclusivement aux dépens des officiers de santé.

(2) Ces mots pourraient laisser croire, et c'est du reste là une croyance assez commune, et qui paraît assez logique, que les officiers de santé habitent les localités les moins opulentes et qu'ils donnent plus spécialement leurs soins aux malades pauvres. Mais ce n'est évidemment pas là ce qu'a voulu dire M. le Ministre, qui n'ignore nullement que c'est tout le contraire qui a lieu. En effet, dans le projet de loi du budget des recettes présenté au Corps législatif, M. le Ministre des finances a établi qu'il existe en France 11,139 docteurs et 4,933 officiers de santé; c'est-à-dire que les docteurs sont aux officiers de santé comme 100 est à 44. Or, en prenant au hasard quatre des départements les plus riches et quatre des départements les plus pauvres, voici ce qu'on trouve:

Départ. riches.	Docteurs.	Off. de s.	Départ. pauvres.	Docteurs.	Off. de s.
Aisne.	100	164	Basses-Alpes. . .	53	41
Nord	203	301	Hautes-Alpes. . .	20	14
Oise.	76	109	Creuse.	82	31
Seine-Inférieure..	190	181	Lozère.	48	11
	569	755		203	97
Rapport 100 : 132			Rapport 100 : 47		

On voit que le rapport est précisément le contraire de ce qu'on aurait pu prévoir, au premier abord; mais, en y réfléchissant, on s'assure promptement que ce rapport concorde en réalité avec la nature des choses, ce qu'il serait trop long d'expliquer ici.

(3) La concurrence que signale avec tant de raison le Rapport, n'est que trop réelle et trop déplorable; mais, ainsi qu'il l'a fait remarquer plus haut, la raison n'en saurait être dans un excédant de la profession médicale, et à l'appui de cette assertion, le Rapport aurait pu rappeler qu'aujourd'hui encore près de 600 communes d'une population de plus de 2,000 âmes manquent de médecins.

Extrait du décret sur le régime des établissements d'enseignement supérieur.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu les lois du 19 ventôse et du 21 germinal an XI, la loi du 22 ventôse an XII, les arrêtés du 20 prairial et du 25 thermidor an XI, le décret du 4e jour complémentaire an XII, le décret du 17 février 1809, l'ordonnance du 20 septembre 1840, le décret du 10 avril 1852;

Vu le titre II de la loi du 14 juin 1854 (1), relatif aux établissements d'enseignement supérieur;

Vu l'avis du Conseil impérial de l'instruction publique;

Le Conseil d'État entendu,

Avons décrété et décrétons:

TITRE Ier. — Dispositions générales.

Art. 2. Les rétributions perçues dans les établissements d'enseignement supérieur chargés de la collation des grades sont obligatoires ou facultatives.

Les rétributions obligatoires sont:

1° Les droits d'immatriculation dans les Facultés des sciences pour les aspirants au certificat de capacité des sciences appliquées;

2° Les droits d'inscription aux cours des Facultés et des Écoles supérieures de pharmacie;

3° Les droits d'examen;

4° Les droits de certificat de capacité;

5° Les droits de certificat d'aptitude;

6° Les droits de diplôme;

7° Les droits de visa spéciaux.

Les rétributions facultatives sont:

Les droits perçus pour les conférences, manipulations et exercices pratiques en dehors des cours, dans les établissements où ces moyens accessoires d'instruction sont organisés.

Les frais matériels des manipulations sont à la charge des étudiants.

Art. 3. Les droits d'immatriculation sont payés en même temps que la première inscription.

Les droits d'inscription sont payés d'avance, au commencement de chaque trimestre; ils sont acquis au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, même quand l'étudiant a encouru la perte d'une ou plusieurs inscriptions par mesure disciplinaire.

Les droits d'examen sont versés par les étudiants au moment où ils s'inscrivent pour subir l'examen. Ces droits sont acquis au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, quel que soit le résultat de l'examen. L'étudiant qui, sans cause légitime dûment constatée, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été fixé, perd le montant des droits d'examen qu'il a versé.

Les droits de certificat de capacité et de visa, de certificat d'aptitude et de diplôme sont perçus en même temps que les droits d'examen auxquels ils correspondent; ils sont remboursés aux étudiants qui n'auraient pas été jugés dignes du certificat de capacité ou du certificat d'aptitude.

Les rétributions facultatives sont perçues par trimestre et d'avance, savoir: trois dixièmes pour chacun des trois premiers trimestres, un dixième pour le quatrième.

Art. 4. Lorsqu'il y a lieu de délivrer un duplicata, le requérant ne peut l'obtenir qu'en payant la moitié du droit porté au présent décret pour le diplôme, le certificat de capacité ou d'aptitude dont il réclame une nouvelle expédition.

Art. 5. Les gradués des Universités étrangères ne peuvent jouir du bénéfice de la décision qui déclarerait leurs grades équivalents aux grades français correspondants, sans avoir acquitté intégralement, au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, les frais d'inscription, d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme qu'auraient payés les nationaux.

Art. 6. Des remises ou des modérations de droits peuvent être accordées aux étudiants des Facultés qui se distingueraient par leurs succès ou qui, par leur position de famille, auraient des titres à cette faveur. Les re-

(1) Voici l'article de cette loi auquel il est fait allusion:

« Titre II, art. 14. — Un décret, rendu en la forme des règlements d'administration publique, déterminera le tarif des droits d'inscription, d'examen et de diplôme à percevoir dans les établissements d'enseignement supérieur, chargés de la collation des grades.

« Un décret, rendu en la même forme, après avis du Conseil impérial de l'instruction publique, *réglera les conditions* D'AGE *et* D'ÉTUDES *pour l'admission aux grades.* »

mises sont prononcées par le ministre de l'instruction publique et des cultes, après avis des Facultés.

De semblables remises pourront être accordées aux gradués des Universités étrangères.

TITRE III. — Dispositions spéciales aux Facultés de médecine, aux Écoles supérieures de pharmacie et aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 12. Les étudiants des Facultés de médecine ne sont admis à prendre la cinquième, la neuvième et la treizième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Ils ne sont admis aux examens de fin d'études qu'après l'expiration du dernier trimestre de la quatrième année d'études.

Les douze premières inscriptions dans la Faculté de médecine peuvent être compensées par quatorze inscriptions prises dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie, moyennant un supplément de 5 fr. par inscription. Les élèves des Écoles préparatoires ne peuvent convertir plus de quatorze inscriptions de ces Écoles en inscriptions de Facultés.

Art. 13. Les droits à percevoir dans les Facultés de médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Doctorat en médecine.	Inscriptions (seize à 30 francs)	480
	Trois examens de fin d'année (30 fr. par examen)	90
	Cinq examens de fin d'études (50 fr. par examen)	250
	Cinq certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	200
	Thèse	100
	Certificat d'aptitude	40
	Diplôme	100
	Total	1,260
Certificat de sage-femme.	Deux examens (40 fr. par examen)	80
	Certificat d'aptitude	40
	Visa du certificat	10
	Total	130

RÉTRIBUTIONS FACULTATIVES

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au doctorat en médecine; rétribution annuelle 150

Art. 14. Les Écoles supérieures de pharmacie confèrent le titre de pharmacien de 1re classe et le certificat d'aptitude à la profession d'herboriste de 1re classe.

Elles délivrent, en outre, mais seulement pour les départements compris dans leur ressort, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe.

Les pharmaciens et les herboristes de 1re classe peuvent exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire français.

Art. 15. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe doivent justifier de trois années d'études dans une École supérieure de pharmacie, et de trois années de stage dans une officine.

Il ne sera exigé qu'une seule année d'études dans une École supérieure de pharmacie des candidats qui auraient pris dix inscriptions aux cours d'une École préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation aura lieu moyennant un supplément de cinq francs par inscription d'École préparatoire.

Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ne peuvent prendre la première inscription, soit dans les Écoles supérieures, soit dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que s'ils sont pourvus du grade de bachelier ès-sciences.

Art. 16. Les droits à percevoir dans les Écoles supérieures de pharmacie sont fixés ainsi qu'il suit :

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Titre de pharmacien de 1re classe.	Inscriptions (douze à 30 francs)	360
	Travaux pratiques pendant les trois années (100 fr. par année)	300
	Cinq examens semestriels (30 fr. par examen)	150
	Les deux premiers examens de fin d'études (80 fr. par examen)	160
	Le troisième examen de fin d'études	200
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	120
	Diplôme	100
	Total	1,390
Certificat d'herboriste.	Examen	50
	Certificat d'aptitude	40
	Visa du certificat d'aptitude	10
	Total	100

RÉTRIBUTIONS FACULTATIVES.

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe; rétribution annuelle 150

Art. 17. Les Jurys médicaux cesseront leurs fonctions au 1er janvier prochain, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, sage-femme, pharmacien et herboriste de 2e classe.

A partir de cette époque, les certificats d'aptitude pour la profession d'officier de santé et celle de sage-femme seront délivrés, soit par les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, soit par les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des Facultés de médecine.

A partir de la même époque, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe seront délivrés, soit par les Écoles supérieures de pharmacie, soit par les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des Écoles supérieures de pharmacie.

Art. 18. Un arrêté du Ministre de l'instruction publique, délibéré en Conseil impérial de l'instruction publique, déterminera la circonscription des Facultés de médecine, Écoles supérieures de pharmacie et Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, chargées de la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions mentionnées en l'article précédent, la composition des Jurys d'examen, l'époque de leur réunion, la répartition des droits de présence entre les professeurs, et généralement tous les moyens d'exécution dudit article.

Art. 19. En exécution des art. 29 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI, et de l'art. 24 de la loi du 21 germinal an XI, les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages-femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus des diplômes ou certificats d'aptitude délivrés, soit par les anciens Jurys médicaux, soit d'après les règles déterminées par les art. 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, *comme par le passé*, exercer leur profession que dans les départements POUR (1) lesquels ils ont été reçus. S'ils veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude.

Art. 20. Les aspirants au titre d'officier de santé doivent justifier de douze inscriptions dans une Faculté de médecine, ou de quatorze inscriptions dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation entre les inscriptions dans les Facultés, et celles prises dans les Écoles préparatoires, aura lieu moyennant un droit de 5 fr. par inscription.

Cette condition de scolarité ne sera pas imposée aux aspirants qui auront subi avec succès, à l'époque de la promulgation du présent décret, le premier des examens exigés des officiers de santé.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent justifier :

1° De six années de stage en pharmacie ;

2° De quatre inscriptions dans une École supérieure de pharmacie, ou de six inscriptions dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie.

Deux années de stage pourront être compensées par quatre inscriptions dans une École supérieure de pharmacie, ou, moyennant un supplément de cinq francs par inscription, par six inscriptions dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie, sans que le stage puisse, dans aucun cas, être réduit à moins de quatre années.

Art. 21. L'excédant des frais d'examen, prélèvement fait des droits de présence des examinateurs, qui était antérieurement perçu au compte des caisses départementales, le sera, à l'avenir, soit au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, pour les examens passés devant les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, soit au profit des caisses municipales, pour les examens passés devant les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Indépendamment de ces frais, qui restent fixés au même taux que précédemment, il sera perçu, pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, les droits ci-après.

RÉTRIBUTIONS OBLIGATOIRES.

Officiers de santé.	Inscriptions de la Faculté de médecine (douze à 30 fr.)	360
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	120
	Diplôme	100
	Total	580

(1) Voici le texte des articles 29 et 34 de la loi du 29 ventôse an XI, lesquels n'ont jamais été modifiés par une loi :

« Art. 29. — Les officiers de santé ne pourront s'établir que *dans le département où ils auront été examinés par le Jury*. »

« Art. 34. — Les sages-femmes feront enregistrer leur diplôme au tribunal de première instance, et à la sous-préfecture de l'arrondissement où elles s'établiront et où elles auront été reçues. »

Pharmaciens de 2e classe.	Inscriptions de l'Ecole supérieure de pharmacie (quatre à 30 fr.)	120
	Epreuves pratiques	120
	Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	120
	Diplôme	100
	Total	460
Herboristes.	Certificat d'aptitude	40
	Visa du certificat	10
	Total	50
Sages-femmes.	Certificat d'aptitude	20
	Visa du certificat	5
	Total	25

Séance de l'Académie de médecine.

Un incident assez inusité a été l'événement saillant de la séance d'hier. M. Heurteloup, dans une lecture qui n'a pas duré moins de deux séances, avait rapporté l'histoire de six malades, affectés de rétrécissements des plus rebelles, traités en vain par des hommes habiles (et l'un d'eux, entre autres, est M. Robert), et qu'il avait guéris instantanément d'une manière durable. Mais quand il est arrivé aux procédés mis en usage pour obtenir ces beaux résultats, M. Heurteloup s'est arrêté court et a dit qu'il les ferait connaître quand une fois les résultats eux-mêmes auraient été bien constatés; il a déposé, en attendant, sur le bureau du président un paquet cacheté qui en renfermait la description. Le bureau n'a pas cru qu'une commission pût recevoir la mission de constater les résultats d'une méthode qu'elle ne connaîtrait pas, et la lecture de M. Heurteloup a été considérée comme non avenue. En principe, on ne peut évidemment qu'approuver le sentiment qui a dicté une telle décision, et l'on ne peut que regretter qu'un homme d'un talent réel, d'une grande habileté opératoire comme M. Heurteloup ait cru devoir adopter une voie aussi inusitée, parmi les médecins sérieux, que celle qu'il a choisie.

Cependant, on l'a dit depuis longtemps, l'abus des meilleures choses peut avoir des inconvénients, et nous croyons que le principe posé par le bureau de l'Académie pourrait souffrir des exceptions. Nous comprenons parfaitement qu'une commission ne puisse pas sérieusement être invitée à constater des guérisons, lesquelles guérisons ne sont jamais que des demi-faits, c'est-à-dire des faits qui ne peuvent avoir de valeur qu'à la condition que l'état antérieur à la guérison aura été constaté, ainsi que le temps que celle-ci a exigé pour devenir complète.

Mais en admettant qu'une commission fût mise à même de constater l'état actuel d'un malade, la durée du traitement et le résultat définitif, devrait-elle refuser de constater ces trois conditions essentielles d'un fait thérapeutique, sous prétexte que la méthode curative serait tenue secrète? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que l'intérêt des malades impose une conduite tout opposée. L'Académie, comme tous les amis du progrès, pourrait regretter que l'auteur d'une méthode efficace pour guérir le cancer ou la phthisie, ne rendît pas immédiatement une telle méthode publique; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y aurait un haut intérêt à constater le fait de l'efficacité, alors qu'on ne connaîtrait pas l'agent curatif. L'Académie n'aurait-elle pas pu suivre cette marche dans le cas qui vient de se présenter devant elle? Nous ne trancherons pas cette question pour ce cas spécial, et nous ne la trancherons pas principalement parce que les rétrécissements de l'urètre étant, sauf de très-rares exceptions, parfaitement curables par les procédés connus, il y a beaucoup moins d'intérêt à trouver des perfectionnements à ces procédés qu'à trouver une médication efficace contre la phthisie ou le cancer. Nous constaterons seulement que rien, dans les règlements de l'Académie ni dans le soin que les Corps savants doivent prendre de leur dignité, ne s'opposait à ce que la marche que nous avons signalée comme rationnelle et même obligatoire dans certains cas, ne fût adoptée dans le cas particulier de M. Heurteloup. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Beaujon. — M. BARTH.

Sur l'attitude des malades, au point de vue du diagnostic.

L'attitude que prennent certains malades dans leur lit peut devenir un signe et éclairer le diagnostic; bien plus, dans quelques cas, certains symptômes se prononcent davantage sous l'influence de la position. — Voici un exemple dans lequel on va voir des hémoptysies augmenter chaque fois que le malade, en se couchant du côté d'une caverne pulmonaire, rendait celle-ci déclive.

Phthisie pulmonaire. — Trois cavernes au sommet du poumon gauche; tubercules isolés, répandus en grande abondance dans les deux poumons, mais sans caverne à droite; décubitus dorsal, et sur le côté droit seulement possible. Pendant le décubitus latéral gauche, hémoptysies abondantes; les hémoptysies s'arrêtent, quand le malade reste en repos dans le décubitus dorsal et la tête très-élevée.

Le nommé H. Achille, âgé de 21 ans, peintre sur porcelaines, entra le 3 mai 1854, à Beaujon, salle Saint-Louis, n° 30. Son père est mort à 40 ans (le malade ignore de quelle maladie); sa mère est morte à 45 ans, d'un catarrhe pulmonaire: elle a toussé pendant deux ans consécutifs. Quant à lui, il ne se rappelle pas avoir eu de maladies autres que la rougeole et la coqueluche, à l'âge de 4 ans, affections après lesquelles il a conservé un catarrhe pulmonaire pendant six mois.

C'est un jeune homme de taille moyenne, ayant un embonpoint médiocre: ses clavicules ne sont pas saillantes; son visage, arrondi, a conservé un peu de fraîcheur; les pommettes et les lèvres sont rosées, mais tous les téguments ont une blancheur de cygne; sa peau est très-mince, les ongles sont fortement hippocratiques. Il est malade depuis sept mois; la maladie a commencé par un abondant crachement de sang qui a duré pendant trois jours consécutifs, et a été suivi par un rhume, accompagné d'une expectoration abondante. Le sang fut d'abord rendu par petits filets mêlés à des crachats visqueux et aérés, pendant de grands efforts de toux. Déjà, depuis deux ans, le malade avait remarqué qu'il rendait, le matin au réveil, de gros crachats blancs, opaques, purulents, quand il avait pris la veille des vins capiteux. Cependant, ce n'est que depuis sept mois qu'il a maigri, perdu ses forces, et qu'il a des sueurs très-copieuses la nuit, au niveau des aisselles. Depuis ce temps, il ressent des douleurs derrière le sternum et entre les deux épaules, douleurs qu'il compare à celles que produirait un fer rouge, et qu'il a ressenties, pendant un temps très-long, dans le sein gauche. La toux, la parole, les moindres efforts musculaires exaspéraient considérablement ces douleurs. Une toux opiniâtre est survenue, s'accompagnant d'une expectoration très-copieuse, puisque le malade remplissait chaque jour un crachoir de crachats jaunes, opaques, purulents, nummulaires, nageant dans un liquide analogue à de la salive. Depuis sept mois, les hémoptysies sont revenues un très-grand nombre de fois; elles duraient toujours trois jours et s'arrêtaient souvent d'elles-mêmes. La quantité de sang rendue était tantôt plus, tantôt moins abondante. Le malade se rappelle en avoir quelquefois rendu un demi-verre à la fois; en somme, il a évalué à quinze jours le temps pendant lequel il a eu des hémoptysies. A propos du crachement de sang, le malade nous dit qu'il reve-

nait souvent, sans cause connue; qu'il ne saurait dire si la toux le produisait toujours, mais qu'il a positivement remarqué, « et c'est le point capital sur lequel nous appelons l'attention, » qu'en se couchant sur le côté gauche, aussitôt la dyspnée devenait plus grande ; il survenait à la gorge un picotement qui lui annonçait qu'il allait rendre du sang; et s'il ne changeait de côté, il avait une abondante hémoptysie qui durait pendant tout le temps que le décubitus latéral gauche était conservé, et qu'au contraire, s'il se couchait sur le dos, la tête très-élevée, le crachement de sang s'arrêtait. Le malade insiste encore sur un autre signe ; c'est le suivant :

Tandis qu'autrefois il dormait très-bien la nuit, indifféremment sur le dos, ou sur un côté, ou sur l'autre, depuis sept mois, il ne peut plus dormir que sur le côté droit, « c'est-à-dire, du côté du poumon que nous verrons être le moins malade. » Pendant la veille, il conserve ordinairement le décubitus dorsal.

Pour abréger, nous ne ferons qu'indiquer sommairement les autres symptômes que présentait le malade : les fonctions digestives se faisaient mal depuis une quinzaine de jours ; quand il entra dans le service, il vomissait chaque soir son dîner ; il n'avait pas habituellement de diarrhée, mais plutôt de la constipation. Tous les soirs, il y avait un léger mouvement fébrile. La voix était enrouée depuis huit jours seulement.

Au sommet gauche, en avant, on trouvait :

1° Une matité très-prononcée ;

2° Des douleurs à la pression dans les deux premiers espaces intercostaux ;

3° Une absence complète des vibrations thoraciques pendant qu'on faisait parler le malade ;

4° De gros râles muqueux ressemblant un peu à du gargouillement, tandis que, au sommet droit, la sonorité thoracique paraissait normale, les vibrations très-fortes, les râles muqueux un peu moins abondants, l'expiration soufflante et prolongée. Les deux bruits du cœur, réguliers, paraissaient très-superficiels, sans doute à cause de la maigreur de la poitrine.

20 *juin*. Après six semaines de séjour à l'hôpital, les accidents, qui avaient été chaque jour en s'aggravant, augmentèrent tellement, que depuis ce moment le malade n'a plus quitté son lit.

Aujourd'hui, le visage est bouffi, infiltré ; les pieds, les jambes, les cuisses sont fortement œdématiés ; les battements du cœur sont très-forts, très-superficiels, accompagnés d'un bruit de souffle au deuxième temps à l'origine présumée de l'aorte. Le pouls est devenu très-irrégulier, « comme dans les cas où il se forme des caillots dans le cœur. »

Avant-hier, il est survenu une nouvelle hémoptysie à la suite de grands efforts de toux. La respiration est haute, difficile, et s'embarrasse chaque jour de plus en plus.

Le 24, l'asphyxie avait été chaque jour en augmentant : un râle trachéal, survenu le 23, dura vingt-quatre heures, et le malade mourut à quatre heures de l'après-midi, ayant conservé complétement sa connaissance. On a remarqué que, pendant les vingt-quatre heures qu'a duré l'agonie, le malade est constamment resté couché sur le côté droit.

A l'autopsie, faite le 24 juin, on trouva les deux poumons infiltrés de tubercules, depuis leur sommet jusqu'à leur base ; ils adhéraient aux parois thoraciques dans presque toute leur étendue. L'adhérence du sommet gauche aux côtes était si intime, qu'on ne put l'extraire complétement de la poitrine, et qu'il en resta quelques fragments attachés aux côtes, au niveau du creux de l'aisselle. A l'extérieur, leur tissu est rouge foncé, marbré par un millier de points blancs jaunâtres, de la grosseur de têtes d'épingles à châle et qui sont des tubercules ramollis.

On trouva, au sommet gauche, trois grandes cavernes et une foule de petites cavernules. De ces cavernes, l'une, située tout à fait au sommet, pouvait loger une noisette; elle paraissait la plus ancienne et était tapissée, dans toute son étendue, par une fausse membrane blanche.

La deuxième, située à 6 centimètres en dehors du bord antérieur du poumon, répondait au niveau du creux axillaire; elle pouvait loger une noix ; elle n'était recouverte, en dehors, que par la plèvre épaissie ; elle était remplie de pus crémeux. A l'intérieur, son tissu, gris rougeâtre, inégal, déchiqueté, laissait voir des vaisseaux violacés allant d'une paroi à l'autre.

Enfin la troisième caverne était immédiatement en arrière de la précédente, beaucoup plus grande, plus inégale : elle aurait pu loger une pomme d'api ; elle était encore très-superficielle, et seulement recouverte en dehors par la plèvre épaisse. Elle était comme les précédentes, remplie de pus crémeux.... Nous n'avons pu trouver nulle part de bronche directement en communication avec les cavernes pour expliquer les hémoptysies fréquentes observées pendant la vie.

Dans le poumon droit, également farci de tubercules, il nous a été impossible de trouver aucune caverne. Le sommet de ce côté présentait sur chaque coupe de petites granulations rouges, entourant les tubercules ramollis ; son tissu surnageait dans l'eau, tandis que le poumon gauche ne surnageait pas.

Le cœur avait son aspect normal, mais renfermait de nombreux caillots fibrineux organisés, peu adhérents aux parois. Les valvules des orifices auriculo-ventriculaire et artériels paraissaient insuffisantes, gênées qu'elles étaient par quelques caillots qui les appliquaient contre les parois. Un gros caillot fibrineux, non adhérent, remplissait outre mesure l'oreillette droite.

Dans le larynx, on n'a trouvé qu'une ulcération tuberculeuse à la commissure postérieure des cordes vocales supérieures. Toute la muqueuse de la trachée était rouge violacée.

Nous passons sous silence les lésions trouvées dans les autres organes, parce qu'elles ne se rattachent pas aussi directement aux points que cette observation nous paraît mettre en saillie.

Si plusieurs faits semblables au précédent étaient observés, ils pourraient montrer :

1° Que les phthisiques qui n'ont des cavernes que d'un seul côté se couchent de préférence la caverne en l'air, et que le sommeil dans ces cas ne peut survenir que lorsque le décubitus a lieu sur le côté le moins malade. En sorte que le genre du décubitus pourrait indiquer déjà, avant la percussion et l'auscultation, quel est le poumon le plus malade ;

2° Que le décubitus sur le côté affecté de cavernes amène quelquefois des hémoptysies, position qui, en rendant la caverne déclive, lui donne peut-être plus de tendance à se remplir de sang ;

3° Enfin que, pour faire cesser le crachement de sang dans les cas de ce genre, il faut conseiller le repos dans le décubitus dorsal, la tête très-élevée. P. Duclos, *interne des hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Formules contre le choléra.

Paris, le 29 août 1854.

Mon cher de Castelnau,

Tant que le choléra ne sera pas mieux connu dans son étiologie et dans sa nature, tous les moyens préconisés pour le combattre doivent être essayés, et il est du devoir de chacun de faire connaître le résultat des expérimentations venu à sa connaissance.

J'arrive d'un pays où le choléra a sévi avec une grande intensité, et plusieurs médecins m'ont assuré avoir obtenu de bons résultats de l'administration des lavements de charbon végétal (une cuillerée à bouche par lavement), en même temps qu'on administrait la même dose par l'estomac.

Dans la période algide, les mêmes médecins ont employé avec succès la teinture de Strogonof, dont voici la formule.

Teinture de Strogonof :

Teinture de noix vomique	4	parties.
— d'aconit	12	—
— éthérée de valériane	8	—
— d'opium	6	—
— d'arnica	4	—
Essence de menthe	2	—
Liqueur d'Hoffmann	8	—

à prendre 15 à 50 gouttes dans de bon vin, dans les cas de réfrigération et d'extinction du pouls. (*Annuaire de Bouchardat.*)

Permettez-moi d'ajouter qu'en 1849, j'ai eu l'occasion de combattre trois fois, avec succès, le refroidissement par des frictions faites avec le mélange suivant :

Essence de moutarde.	2 parties.
Alcool de mélisse composé	20 —

en frictions sur tout le corps, et principalement aux membres inférieurs.

O. Réveil.

M. le docteur Billout, de son côté, nous communique la formule suivante, qu'il nous dit avoir prescrite avec succès, chez beaucoup de malades atteints de cholérines ou de choléras légers, et sur 4 malades atteints de choléra grave :

Racine d'Angélique.	ââ 16 grammes.
— de calamus aromaticus. .	
— de gentiane	
— de grande aunée.	
Écorce de Simarouba	10 grammes.

Faites macérer, pendant quarante-huit heures, dans un litre d'eau-de-vie de genièvre.

Je fais donner aux malades un petit verre à liqueur de cette préparation. Si, au bout d'une demi-heure, la réaction n'est pas produite, j'en donne une nouvelle dose ; puis, trois quarts d'heure après, une troisième ; enfin, toutes les heures, jusqu'à ce que la réaction se produise.

De la teinture d'iode en frictions sur tout le corps dans certaines affections thoraciques,

Par M. le Dr Leriche (*de Lyon*).

Après avoir rappelé les heureux résultats obtenus par divers praticiens de l'emploi des préparations iodées dans la scrofule, les tubercules pulmonaires et les affections catarrhales, ainsi que les nombreuses tentatives faites pour rendre ces médicaments inoffensifs, tentatives parmi lesquelles les combinaisons de M. Gille (dragées et huile de proto iodure de fer inaltérable) sont les plus heureuses, M. Leriche propose un nouveau mode d'administration de l'iode, qu'il croit plus efficace et plus exempt que tous les autres de tout inconvénient. Voici comment s'exprime ce médecin, dans un article inséré dans la *Gazette médicale de Lyon,* et l'observation d'un cas où il a employé sa méthode :

Ce n'est ni à l'absorption pulmonaire, ni à l'absorption digestive que nous nous adressons, mais bien à l'absorption cutanée, et d'avance on comprendra l'avantage immense qu'elle doit avoir, puisque aucun des organes propres à la digestion ne sera employé pour faire subir à tout l'organisme l'heureuse influence de l'iode. Ici nous pourrions nous étendre sur les fonctions de la peau, et sur l'influence de celles-ci sur les organes de la respiration ; mais comme nous ne pourrions rien ajouter à ce que chacun sait déjà, nous préférons laisser à chacun le soin d'interpréter, à son point de vue, les faits dont il aura été témoin par cette médication.

Observation. — Mlle Louise Ba..., religieuse, âgée de 28 ans, d'une constitution fort délicate, d'un tempérament nerveux, sec, ayant eu une enfance très-maladive, était néanmoins arrivée, à force de soins, à un âge où elle semblait avoir surmonté toutes les misères qu'entraîne une santé débile. En septembre 1853, Mlle B... fut prise d'une petite toux sèche, qui ne parut pas influer d'abord sur les autres fonctions ni sur l'appétit. En octobre, on remarqua que la toux était tenace, et que la malade maigrissait un peu ; on fit appeler le médecin de la maison, qui se borna à conseiller l'usage de la flanelle et de la tisane de fruits pectoraux. Le 3 novembre, la malade vint dans sa famille, à Lyon, et, ce jour-là, elle vint nous consulter. Elle nous dit que, depuis quinze jours environ, elle transpirait un peu toutes les nuits; que de temps en temps elle se sentait oppressée, et qu'elle éprouvait des douleurs passagères entre les épaules et les membres inférieurs. La percussion fit reconnaître que le son était plus obscur à droite qu'à gauche, et surtout à la région sous-claviculaire : on sent une élasticité moindre dans ce côté de la poitrine. L'auscultation fit découvrir dans le poumon droit un souffle plus rude, l'expiration était plus longue que l'inspiration ; on reconnaissait, dans quelques points de la partie supérieure du poumon, des craquements humides ; il y avait un peu de diarrhée par intervalle, menstrues régulières.

Je conseille les moyens suivants : repos le plus possible, habiter un appartement exposé au midi, dont la température sera égale et chaude ; nourriture saine et réparatrice ; vin de Bordeaux avec de l'eau au repas du matin ; le matin prendre tous les deux jours un sixième de grain d'émétique dans un peu d'eau. — Boire, dans la journée, quelques tasses de décoction de lichen avec de la réglisse. Le matin et le soir en se couchant, faire une friction sur tout le corps avec le mélange suivant :

Eau de mélisse spiritueuse. . . .	60 grammes.
Teinture d'iode.	30 —

Le 10 novembre, la malade vint nous voir ; elle nous dit qu'elle se trouvait mieux ; elle était moins oppressée. En l'examinant, nous constatâmes que la respiration était plus libre, plus soyeuse. Nous continuâmes les mêmes moyens. Le 20, la malade dit que les forces lui reviennent, que les nuits sont meilleures, la transpiration moindre, la respiration s'améliore, l'élasticité semble revenir dans la poitrine; il y a encore des râles muqueux, craquements, de la rudesse; la diarrhée semble se continuer; la malade l'attribue à ses prises du matin. Je les supprime et fais continuer le reste de la médication. Les urines, examinées au réactif, ont démontré qu'elles contenaient de l'iode.

Le 4 décembre, amélioration assez sensible, même traitement. Le 15, l'état de la poitrine est presque revenu à son état normal ; la toux, si fréquente, est devenue rare. Nous nous bornons, pour toute médication, à continuer la tisane et les frictions. Le 25, le mieux continue; les craquements humides sont remplacés par le bruit respiratoire : les forces reviennent chaque jour. Cependant, à la partie latérale de la poitrine, dans le creux de l'aisselle, il semble qu'il y a encore quelques craquements humides : on continue les frictions iodées.

Le 4 janvier, la malade demande à rentrer dans sa communauté. Examinée avec soin, on ne retrouve plus aucun des symptômes précités.

Dans les premiers jours d'avril, nous l'avons revue; elle va très-bien, et dit qu'elle ne s'est jamais aussi bien portée.

Dans le catarrhe chronique, nous avons aussi obtenu des succès très-marqués et aussi décisifs. Il nous semble qu'en joignant à ce moyen l'usage du sirop iodo-tannique, on pourrait obtenir de bons résultats.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De la structure et des mouvements de l'iris,

Par M. J. Guillemin.

D'après le plus grand nombre des auteurs, l'iris se compose de deux ordres de fibres, les unes circulaires, situées à la petite circonférence et formant l'anneau coloré interne ; les autres dirigées de la circonférence au centre et formant l'anneau coloré externe. On peut leur donner le nom de fibres radiées. Le microscope démontre que ces deux ordres de fibres existent. Maunoir, de Genève, en avait reconnu l'existence dès le commencement de ce siècle. On a cherché ensuite à savoir quelle est la nature de ces fibres. Sur ce point, les opinions des physiologistes varient. On peut dire qu'il y a deux théories en présence : les uns admettent que toutes les fibres sont musculaires ; les autres pensent que les fibres circulaires sont seules musculaires, les autres étant formées par du tissu élastique, ou tout au moins par un tissu d'une nature différente de celui des fibres circulaires. Demours se rangeait à cette dernière opinion ; pour lui, les fibres radiées étaient des fibres élastiques, et les fibres circulaires étaient musculaires.

On verra plus loin que cette hypothèse est celle qui rend le mieux compte de tous les phénomènes. Mais il n'est pas bien certain que les fibres radiées soient dépourvues de toute contractilité active.

Parmi tous les hommes de talent qui se sont occupés de la structure de l'iris, aucun, à ma connaissance, ne s'est demandé quels sont les rapports intimes de ces deux ordres de fibres entre elles. On doit cependant reconnaître que c'est là une question importante, et, si des auteurs recommandables pensent que toutes les fibres de l'iris sont musculaires et d'une nature identique, cela pourrait bien résulter, en partie au moins, de ce qu'il leur semble difficile d'admettre *la continuité* des fibres d'une nature différente, produisant des mouvements en sens inverse. Et en effet, il n'y a dans l'organisme aucune disposition qui puisse justifier une semblable hypothèse.

Il s'agit donc de rechercher quelle est la disposition des deux ordres de fibres qui, par leur réunion, forment l'iris.

Chacun peut observer sur soi-même au moyen d'un procédé fort simple que j'ai mis plus d'une fois en usage. Il faut avoir un miroir ordinaire sur lequel on applique exactement une loupe, puis on approche l'œil très-près, de manière à distinguer l'iris dans le miroir à travers la lentille. Il est presque inutile de dire que la distance à laquelle on doit placer l'œil varie un peu pour chaque personne; il est facile, après quelques tâtonnements, de trouver le point de vision distincte.

La lentille que l'on emploie doit avoir au moins un demi-pouce de rayon. Elle doit donner un grossissement de deux diamètres ou plus. Il faut avoir soin de se placer de telle sorte que la lumière arrive facilement à l'œil et que l'iris soit bien éclairé.

Si l'on veut examiner l'iris d'une autre personne, on conçoit qu'alors il n'y a plus besoin de miroir, mais il faut se servir d'une lentille plus convergente, parce que le grossissement n'est pas doublé comme il l'était dans le premier cas, les rayons lumineux ne traversant qu'une fois la lentille au lieu de la traverser deux fois.

Au moyen de l'un ou de l'autre de ces procédés, lorsque l'iris qu'on examine est d'une couleur claire, on peut voir que les fibres radiées, attachées par une de leurs extrémités à la grande circonférence, se dirigent d'abord directement vers la pupille; puis, après un très-court trajet variable suivant les individus, mais en général de 1 demi-millimètre, elles deviennent beaucoup plus flexueuses, s'entre-croisent, s'anastomosent entre elles en formant des losanges, des rectangles, etc., et arrivent ainsi jusqu'à une très-petite distance de la pupille; là, les flexuosités disparaissent, les fibres redeviennent rectilignes et semblent s'avancer vers le fond de l'œil au bord de la pupille; dans ce point aussi, les fibres radiées sont pressées les unes contre les autres, et leur coloration devient plus terne.

Chez les personnes dont l'iris est d'une couleur foncée, la disposition des fibres radiées n'est pas tout à fait celle que je viens d'indiquer. Elles ne présentent en général ni ces anastomoses, ni ces entre-croisements dont j'ai parlé. Elles sont seulement flexueuses et forment des lignes ondulées très-régulières, assez semblables sous ce rapport à des fibres musculaires en état de contraction. Elles sont aussi moins espacées que dans les iris de couleur claire.

Lorsqu'on voit les fibres radiées d'une manière bien distincte, il est impossible de ne pas penser que ces fibres, arrivées au bord de la pupille, se réfléchissent pour revenir vers la grande circonférence de l'iris, en passant en arrière des fibres circulaires qu'elles embrassent par conséquent dans une anse dont la concavité est tournée en dehors.

En résumé, les fibres radiées insérées par leurs deux extrémités à la grande circonférence de l'iris, se portent directement vers la pupille; puis, arrivées à une petite distance du bord de cet orifice, elles circonscrivent les fibres circulaires. C'est par conséquent leur partie moyenne qui forme le bord libre de l'iris ou la circonférence de la pupille (1).

On ne voit pas à la loupe les fibres circulaires de l'iris, mais cela n'a rien qui doive nous étonner, car il résulte de leur disposition même qu'elles sont cachées par les fibres radiées. On doit admettre leur existence, car d'une part, on les voit au microscope sur un iris préparé, et, d'autre part, la physiologie les démontre.

Si cette disposition est la véritable, les deux ordres de fibres de l'iris sont en réalité indépendantes, il est facile alors de concevoir qu'elles puissent être d'une nature différente. Mais de quelle nature sont-elles? C'est une question qu'on ne peut résoudre encore d'une manière certaine. On peut dire cependant que les fibres circulaires se rapprochent sous tous les rapports des fibres musculaires de la vie animale, tandis que les fibres radiées sont des fibres élastiques, ou peut-être des fibres musculaires de la vie organique.

On a remarqué que l'excitation du grand sympathique produit la dilatation de la pupille. Ce fait semble indiquer que l'action des fibres radiées est active au même titre que celle des fibres circulaires, et que, par conséquent, elles ne sont pas purement élastiques. Mais que ces fibres soient de nature élastique ou de nature contractile, il sera toujours facile d'expliquer les phénomènes qui se passent dans l'iris, si l'on remarque que les conditions de contraction de ces deux ordres de fibres sont différentes et que les agents qui agissent sur les unes n'ont aucune action sur les autres.

Ainsi l'électricité, la strychnine, resserrent la pupille, parce que ces agents déterminent la contraction des fibres circulaires, comme ils déterminent celle de tous les muscles de la vie animale.

Tout le monde sait que la belladone agit sur le système musculaire de la vie animale en le paralysant momentanément, c'est en agissant de la même manière qu'elle dilate l'iris; dans ce cas particulier, les fibres circulaires se trouvant paralysées, l'action des fibres radiées n'est plus contre-balancée et la dilatation de la pupille a lieu inévitablement. Si les fibres radiées étaient des fibres musculaires de la même nature que les fibres circulaires, pourquoi la belladone n'agirait-elle pas sur elles en les paralysant? La pupille ne devrait donc pas changer de diamètre.

On peut faire le même raisonnement pour l'action de l'électricité et de la strychnine, car ces agents devraient produire la contraction des fibres radiées, comme ils produisent celle des fibres circulaires, si elles étaient de la même nature. Dans ce cas, on ne voit pas pourquoi la pupille changerait de diamètre, puisqu'il y aurait alors antagonisme entre les deux ordres de fibres. On peut dire même que la pupille devrait, au contraire, se dilater, parce qu'on sait que les fibres radiées sont bien plus nombreuses que les fibres circulaires.

Au moment de l'agonie, lorsque les forces vitales de l'homme l'abandonnent peu à peu, on voit les muscles de la vie animale se paralyser successivement, et cette paralysie commencer par les sphyncters; tandis que les muscles de la vie organique conservent jusqu'à la fin la contractilité lente dont ils jouissent : la pupille se comporte comme les sphyncters, elle se dilate, parce que les fibres circulaires de l'iris se paralysent; tandis que ses fibres radiées, qui sont élastiques ou de nature musculaire organique, conservent leur action.

Au moyen des considérations qui précèdent, on peut essayer d'expliquer l'influence de la lumière sur les mouvements de l'iris. On sait qu'à l'état normal, la pupille se resserre lorsque la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil est plus considérable, et qu'elle se dilate lorsque cette quantité de lumière diminue. Lorsque la quantité de lumière augmente, l'excitation produite sur le centre nerveux augmente aussi; il en est de même de la réaction ou action réflexe qui se transmet par les filets iriens du moteur oculaire commun, cette surexcitation produit une contraction plus forte des fibres qui sont soumises à l'influence de ce nerf; or, l'iris se resserre, ce sont donc les fibres circulaires seules qui sont soumises à l'influence du moteur oculaire commun, car si ce nerf animait aussi les fibres radiées, elles devraient se contracter et dilater la pupille.

Lorsque la quantité de lumière diminue, l'impression nerveuse est moins forte, il en est de même par conséquent de la contraction des fibres circulaires; et l'élasticité des fibres élastiques, si elles sont élastiques, leur contractilité organique dans le cas contraire, produit une dilatation de la pupille. Mais si ces fibres radiées jouissent, en effet, d'une contraction active, on ignore la cause qui la produit dans le cas de diminution de la quantité de lumière.

Conclusions. — L'iris est formé de deux ordres de fibres, les unes circulaires, existant seulement à la petite circonférence; les autres radiées.

Les fibres radiées sont insérées par leurs deux extrémités à la grande circonférence de l'iris, de là elles se portent vers la pu-

(1) Je ne puis garantir d'une manière positive la réalité de cette disposition, il faudrait qu'on pût la voir distinctement au microscope. Je fais donc appel aux recherches des micrographes à ce sujet, tout en faisant remarquer que cette disposition serait très-simple et permettrait d'expliquer facilement, comme on va le voir, toute la physiologie de l'iris, jusqu'à ce jour si obscure.

pille, puis arrivées à une petite distance du bord de cet orifice, elles se dédoublent pour circonscrire les fibres circulaires.

Les fibres circulaires forment un véritable anneau recouvert par les fibres radiées.

Ces deux ordres de fibres sont indépendantes dans leurs contractions. Les fibres circulaires se comportent, dans toutes les circonstances, comme des fibres musculaires de la vie animale. Les agents qui produisent la contraction ou la paralysie des muscles de la vie animale (électricité, strychnine, belladone) agissent de la même manière sur les fibres circulaires.

Les fibres circulaires sont animées par un nerf qui anime des muscles de la vie animale (le moteur oculaire commun, qui se distribue à la plupart des muscles du globe oculaire).

Les fibres radiées sont ou des fibres élastiques, ou des fibres musculaires de la vie organique.

Si elles sont de la deuxième espèce, leur contraction est soumise à l'influence du grand sympathique.

Les agents qui déterminent la contraction des muscles de la vie animale et des fibres circulaires n'ont pas d'action sur les fibres radiées.

Si l'on admettait que toutes les fibres de l'iris sont musculaires et de la même nature, on ne pourrait pas expliquer les mouvements de l'iris sous l'influence de la lumière, de l'électricité, de la strychnine, de la belladone, tandis qu'on les explique très-bien si l'on admet que les fibres circulaires sont analogues aux fibres musculaires de la vie animale, et les fibres radiées analogues soit aux fibres élastiques, soit aux fibres musculaires de la vie organique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Août 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un Mémoire en anglais, sur les causes du choléra et sur un préservatif contre cette maladie, par M. le docteur Fennings, de l'île de Wight (renvoyé à la commission des remèdes secrets et nouveaux).

2° Une lettre de M. le docteur Mansonnet, de Dijon, qui préconise, contre le choléra, le nitrate de potasse à la dose de 12 grammes dans un litre d'eau distillée, à administrer par demi-verrées, d'heure en heure, et le sulfate de quinine à la dose de 3 grammes, par la méthode endermique ;

3° Une lettre de M. Blin, de Caen, au sujet des propriétés anticholériques de la liqueur de benjoin ;

4° Des tableaux de vaccinations pour les départements de la Seine-Inférieure, du Nord, de l'Isère, des Pyrénées-Orientales, du Tarn ;

5° Une lettre de M. Peunes, pharmacien, qui demande l'ouverture du paquet cacheté contenant une nouvelle méthode de traitement du choléra. Cette méthode se compose de nombreux moyens dont l'examen est renvoyé à la commission des remèdes secrets et nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Une lettre de M. le docteur Léon Gigot, de Levroux (Indre), qui dit avoir obtenu de bons effets, dans le traitement du choléra, de la potion suivante :

℞	Eau distillée	60 grammes.
	Nitrate d'argent	16 centigrammes.
	Sirop de sucre	30 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure, jusqu'à ce que les évacuations soient arrêtées. Concurremment avec ce moyen, employer les procédés de caléfaction connus.

—M. Leroy-d'Étiolles fait hommage, au nom de M. le professeur Évrard, de La Haye, d'une brochure relative au choléra qui règne en Russie. Il y joint une courte analyse, qu'il croit utile dans les circonstances actuelles.

Le traitement auquel on donne la préférence dans les hôpitaux militaires est celui qu'a proposé le médecin de l'Empereur. Il se compose de moyens internes et de moyens externes. Les médicaments internes sont : l'extrait alcoolique de noix vomique, l'acide phosphorique, l'ellébore blanc, le musc et le camphre. L'extrait de noix vomique est la base du traitement : on l'associe d'abord avec l'acide phosphorique, et si la chaleur tarde à se rétablir, avec l'ellébore, puis avec le musc et le camphre. La dose de chaque médicament est de 1/50 de grains, administré toutes les cinq minutes s'il y a des vomissements, tous les quarts d'heure, ou même toutes les demi-heures s'il n'y en a pas.

Les moyens externes consistent à envelopper le corps d'un drap trempé dans de l'eau salée froide, puis tordre, ou appliquer par-dessus une couverture de laine.

M. Évrard dit avoir vu une grande diminution de la mortalité, sous l'influence de cette médication. Pourtant, il a cru devoir la modifier, d'après une double considération : 1° Il existe une grande similitude entre le choléra et la stade d'invasion de la fièvre intermittente : l'indication est donc de les combattre par le sulfate de quinine, associé à la noix vomique, dont l'action se fait plus spécialement sentir au système nerveux ; 2° l'estomac et les premières voies digestives étant dans un état de phlogose, il vaut mieux administrer le médicament par l'anus. La dose est de 1/20 de grain d'extrait de noix vomique, et 2 à 4 grains de sulfate de quinine, dissous dans 2 onces de liquide. Les lavements seront répétés de deux en deux heures, jusqu'à sept. Il faut commencer cette médication dès que les évacuations alvines ont cessé.

M. Évrard assure que les résultats ont été très-satisfaisants, et cette assertion, dans la bouche d'un médecin aussi distingué et aussi haut placé que M. le docteur Évrard, mérite d'être prise en considération.

Extrait de viande.

Un Mémoire de M. Bellat, pharmacien à Paris, intitulé : *De l'extrait de viande et de ses applications à la préparation du bouillon gras* (comm. MM. Bricheteau, H. Gaultier de Claubry, Chevallier et Bouchardat) ;

Erysipèle.

Un Mémoire de M. le docteur Faucher, chef du service médical de la Maison centrale de Loos, *sur l'érysipèle dans les prisons* (comm. MM. Ferrus et Robert) ;

Toxicologie.

Une lettre de M. Commaille, médecin à Douéra, qui répond à la réclamation de priorité soulevée par M. Rancurel, à l'occasion d'un fait d'empoisonnement par l'*atractylis*, communiqué à l'Académie, dans sa séance du 13 juin (renvoyé à la commission nommée pour cette communication).

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. H. Gaulthier de Claubry donne lecture d'un Rapport sur une demande d'exploitation des eaux de Soultzmath (Haut-Rhin). — Conclusions favorables adoptées.

Le même membre lit un Rapport sur les eaux de Seltz artificielles, et conclut à ce que les eaux gazeuses ordinaires, qui ne contiennent que de l'acide carbonique, ne puissent être vendues que sous le nom d'eaux acidules gazeuses.

M. Londe pense qu'une telle exigence portera le trouble dans une industrie considérable, sans grande utilité ; car les personnes qui consomment de l'eau de Seltz, qui est plus encore une boisson d'agrément qu'un médicament, savent parfaitement ce qu'elles achètent.

Les conclusions du Rapport sont adoptées.

LECTURE.

Maladies des voies urinaires.

M. Heurteloup termine la lecture qu'il a commencée dans la dernière séance. Il cite, en terminant, l'histoire de six malades qu'il a guéris instantanément de rétrécissements qui avaient été traités sans succès par divers chirurgiens, et demande que la commission veuille bien constater ces guérisons avant qu'il ne fasse connaître les procédés dont il se sert, et qu'il a décrits dans un paquet cacheté déposé sur le bureau du président.

M. le président fait observer qu'il ne peut nommer une commission pour examiner les résultats d'un traitement tenu secret, et engage M. Heurteloup à rompre immédiatement le paquet cacheté qu'il vient de déposer.

Sur le refus de M. Heurteloup, son paquet cacheté lui est rendu, et la lecture qu'il a faite sera considérée comme non avenue.

RAPPORT.

Action du lait.

M. Collineau lit un Rapport sur un Mémoire de M. le docteur Ardoin (de Draguignan), ayant pour titre : *Effet énervant du lait.* — Remerciements à l'auteur. (Adopté.)

PRÉSENTATION.

Désarticulation du genou.

M. Maisonneuve présente un malade dont nous publierons plus tard l'observation. — La séance est levée à 4 heures et demie.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 105. 2e année. Samedi 2 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — Service des calculeux. — M. Civiale.

Des rétrécissements de l'urètre qu'on ne peut traverser par les moyens ordinaires, ou qui sont réfractaires à l'emploi de ces moyens. — Que doit faire le chirurgien dans ces cas graves?

Il s'est présenté, dans ces derniers temps, divers cas de coarctations urétrales qui me fournissent l'occasion de présenter quelques remarques pratiques, d'autant plus dignes de fixer votre attention, que les rétrécissements urétraux sont fort communs, qu'ils constituent une des plus graves complications de l'affection calculeuse, et qu'alors même qu'ils existent indépendamment de toute autre maladie, ils présentent trop souvent les difficultés les plus grandes. Je ne m'occupe en ce moment que des coarctations réfractaires aux traitements usités.

Ces cas forment deux catégories. Dans l'une, la déviation, la déformation, ou l'oblitération plus ou moins complète du canal s'opposant à la sortie de l'urine et à l'introduction des instruments, on est réduit à agir sur la coarctation d'avant en arrière, ou de dehors en dedans. Dans l'autre, l'urètre conserve encore une certaine lumière qui permet le passage de l'urine et des bougies, ou des sondes d'un petit volume ; mais ses parois sont tellement serrées et crispées, indurées et rétractiles, que la dilatation temporaire est impossible, et que les sondes à demeure ne produisent qu'un résultat incomplet. La cautérisation, dans ces cas, est nuisible plutôt qu'utile.

1re *catégorie.* — L'expérience des temps passés et la pratique de chaque jour ont mis hors de contestation l'exactitude de cette doctrine. Il y a donc nécessité de recourir à d'autres moyens. Ceux qu'on a employés avec des chances raisonnables de succès forment trois ordres principaux : 1° la ponction des rétrécissements, qui comprend l'incision d'avant en arrière ; 2° l'incision de dehors en dedans, ou la section externe ; 3° et la division des tissus de dedans en dehors et d'arrière en avant, ou section intra-urétrale.

Il y a quelques autres procédés que j'ai indiqués ailleurs, et que je me bornerai à rappeler ici, parce qu'ils n'ont pas produit les résultats qu'on en attendait. A diverses époques, en Italie, en Allemagne, en Angleterre et en France, on a proposé, tantôt pour faciliter l'introduction des sondes et des bougies, tantôt aussi pour vaincre l'obstacle au cours de l'urine, de pousser avec force dans l'urètre de l'air ou de l'eau, et même des liquides composés, tels que l'eau de chaux, des eaux minérales, de l'huile, de la bile d'animaux, du mercure, etc. Quoique l'expérience ait déjà fait abandonner plusieurs fois ce moyen, on l'a reproduit encore naguère, en lui attribuant une efficacité qui, si elle était réelle, lui donnerait droit à prendre place parmi les ressources de la thérapeutique. Mais pas plus aujourd'hui qu'autrefois, les injections urétrales de cette espèce ne sauraient produire l'effet qu'on leur attribue.

Cette pratique repose sur des suppositions gratuites. On a dit que, chez les sujets affectés de rétrécissements, la rétention d'urine tenait presque toujours à un bouchon accidentel de mucosités, ou à un caillot de sang engagé dans le point rétréci du canal. Une telle assertion est réfutée par les ouvertures des cadavres, et par le fait bien connu de la puissance avec laquelle s'exercent les contractions vésicales. Comment concevoir qu'une colonne d'air ou de liquide lancée par saccades, au moyen d'une bouteille en caoutchouc, ou de tout autre instrument, puisse forcer un obstacle organique capable de produire une rétention complète d'urine? Si parfois on a fait arriver une certaine quantité de fluide, soit dans la vessie, soit seulement derrière le point rétréci, c'est que la coarctation n'était pas aussi considérable que l'avaient fait supposer des tentatives inhabiles de cathétérisme ; c'est que la rétention dépendait plutôt d'un défaut, d'une irrégularité des contractions vésicales, que de l'obstruction de l'urètre. Quant à l'écoulement d'urine qui se voit ensuite, il résulte uniquement de la cessation du spasme ; on l'observe même en l'absence de tout traitement quelconque. D'ailleurs, il importe de faire observer que les injections poussées avec force déterminent souvent des douleurs atroces dans l'urètre ; qu'elles irritent et fatiguent la partie du canal antérieure au point rétréci. Il suffit de rappeler que celles de cire, faites après la mort, peuvent rompre et déchirer l'urètre, comme l'a observé Charles Bell. A la vérité, leurs partisans ne signalent d'accidents que dans les circonstances où le procédé était employé comme simple moyen de dilatation, et chez des malades qui déjà pouvaient uriner. Mais s'il s'en est manifesté alors, que doit-il donc arriver dans les cas extrêmes, puisqu'on reconnaît que la résistance est parfois assez grande pour recourir à des machines de compression, et qu'on avoue n'avoir cependant pas introduit assez d'eau pour qu'elle pût contribuer à exaspérer les symptômes de la strangurie? En outre, si l'on considère, d'un côté, que la vessie ne peut forcer l'obstacle, malgré les avantages de son mécanisme et le concours de puissances auxiliaires énergiques ; de l'autre, que la partie de l'urètre située au-devant du rétrécissement est moins propre que ce dernier lui-même à supporter les efforts qu'on peut faire en pratiquant l'injection, il sera facile d'apprécier les inconvénients d'une méthode dont je n'aurais même pas parlé, si l'enthousiasme avec lequel on accueille tous les moyens nouveaux ou remis en lumière ne s'opposait pas si souvent à ce qu'on les jugeât avec rectitude.

Je dois insister particulièrement sur un procédé que la théorie nous présente avec une sorte de complaisance, mais dont on n'a pas fait une application rigoureuse.

1° *Ponction des rétrécissements d'avant en arrière.* — L'idée de porter un instrument piquant, ou piquant et tranchant tout à la fois, dans l'urètre rétréci et plus ou moins oblitéré, afin de donner issue à l'urine, dut se présenter aux premiers chirurgiens qui ne réussirent pas à introduire une sonde ordinaire dans la vessie. Les auteurs mentionnent, en effet, diverses tentatives de ce genre, et elles eurent assez de retentissement au XVIe siècle, pour que la Faculté de Paris crût devoir intervenir et les interdire. Ce fut un des principaux motifs pour lesquels, dans une censure, en date du 15 décembre 1603, elle déclara Turquet de Mayerne indigne d'exercer l'art de guérir, *propter temeritatem, impudentiam et ignorantiam*, ce qui ne l'empêcha pas de devenir un homme fort célèbre : le roi d'Angleterre lui confia le soin de sa santé.

Cependant, quelques succès, enregistrés dans les annales de la médecine, et les besoins sans cesse renouvelés de la pratique, ont inspiré à quelques chirurgiens modernes la pensée de revenir à la ponction des rétrécissements, et ils ont proposé des instruments spéciaux pour la pratiquer. Je citerai, entre autres, ceux de Lafaye, de Physick, de Daniel, de Stafford, etc., qui paraissent avoir servi de modèle à d'autres plus récents, qu'on nous présente comme des inventions dont on s'exagère l'importance. Il y a plusieurs manières de faire cette opération ; mais, presque toujours, sans guide, sans conducteur, on pousse dans la direction présumée du canal, un instrument pointu ou conique, terminé en trois-quarts, en fer de lance ou de toute autre manière. On conçoit combien ce procédé est aventureux, et combien on doit répugner d'y avoir recours. « Les inconvénients de cette « méthode, dit Boyer (t. 9, p. 231), sont si grands, si évidents, « que personne n'a osé s'en servir, et que, probablement, on ne « s'en servira jamais. »

Les opinions du célèbre chirurgien de la Charité ne sont point partagées par tous les modernes. Des hommes sérieux, tant en France qu'à l'étranger, s'en sont déclarés les partisans, et quelques urologues n'hésitent pas à y recourir.

Faisons remarquer, d'abord, qu'on n'a ni spécifié suffisamment les cas qui peuvent en réclamer l'emploi, ni indiqué les différences que l'opération doit présenter, suivant qu'on agit à la partie pénienne, à la courbure de l'urètre ou dans le voisinage du col vésical.

Or, cette opération, utilement appliquée dans certains cas rares que je ferai connaître, peut devenir, dans d'autres, une source d'accidents formidables, notamment à la partie profonde de l'urètre, où le plus grand nombre de ces opérations ont été faites. Il est constaté, en effet, que de quelque manière qu'on procède, de quelque précaution qu'on s'entoure, le malade court les plus grands dangers ; et cependant, les modernes comme les anciens s'expriment, à l'égard du procédé opératoire, avec une confiance regrettable, et tracent des préceptes qui ne sont réellement pas fondés sur l'observation. En effet, prétendre qu'un chirurgien, dans ces cas difficiles, peut être assez sûr de lui-même pour ne pas s'écarter de la direction normale du canal, et qu'en poussant l'instrument avec vigueur, il ponctionnera sûrement l'obstacle, qu'il pénétrera dans la vessie, n'est-ce pas se faire illusion? Pour s'en convaincre, ne suffit-il pas d'avoir vu un seul de ces cas?

On fait intervenir la finesse du toucher, la sûreté que donne une grande habitude, et surtout les données que fournissent de vastes connaissances en anatomie ; mais d'abord les chirurgiens, qui possèdent le toucher le plus délicat, et qui ont le plus d'habitude de ces opérations, sont généralement ceux qui la proposent et la pratiquent le moins. Je le demande, à quoi serviront les connaissances anatomiques qu'on ne cesse d'indiquer comme un guide certain, eu égard à la direction de l'urètre, à l'épaisseur, à l'élasticité, à la souplesse de ses parois? Au lieu d'un canal tel que l'anatomie nous le fait connaître, on va agir sur un conduit noueux, dévié, au milieu de tissus indurés, épaissis, rigides, conséquences de la maladie. Ici, d'ailleurs, comme dans le cathétérisme forcé, on ne saurait méconnaître les effets de la pression que l'instrument exerce sur les parties à traverser, et qui renversent tous les calculs de la théorie. On ne doit pas se le dissimuler, le chirurgien le plus avantageusement placé est réduit à des indices souvent infidèles.

En masquant les difficultés de la pratique par la régularité, l'alignement des préceptes, la théorie conduit naturellement le jeune praticien dans une voie inextricable d'où il ne pourra sortir sans exposer son honneur et la vie de son malade ; il s'y sera engagé sans méfiance, sans se douter même des obstacles qu'il va rencontrer : les difficultés se multiplieront et grandiront sous ses pas, par la raison seule qu'il ne les aura point prévues et calculées ; il poussera la sonde-trocart dans la direction normale qu'on lui a donnée pour guide sûr ; et parce que cette direction sera changée, tant par la maladie que par le refoulement des parties au-devant de l'instrument, il déprimera le canal dans un sens ou dans un autre, et au lieu de suivre la direction du point rétréci, l'extrémité conique de l'instrument se fourvoiera : il y aura un commencement de fausse voie, et, dès lors, le chirurgien ne parviendra plus à s'y reconnaître. Le toucher par le périnée et par le rectum, sur lequel il compte pour se guider, deviendra lui-même trop souvent inutile pour faire avancer l'instrument dans la bonne voie ; et qu'arrivera-t-il de tout ceci? Les cabinets d'anatomie pathologique sont là pour nous l'apprendre.

Je rappellerai, en passant, une remarque qui me paraît avoir été négligée, eu égard à ce qu'on peut attendre du toucher par le périnée et par le rectum.

Dans les cas les plus ordinaires, où l'obstacle siége à la courbure de l'urètre, lorsque le doigt, placé sur le périnée, cesse de sentir l'extrémité de la sonde, on l'introduit dans le rectum ; mais, entre le point qu'on touchait par le périnée et celui qu'on va explorer par l'intestin se trouve le bourrelet que forme l'orifice externe de l'anus, et qui, par son épaisseur et sa rigidité, empêche de porter l'extrémité de l'instrument à l'endroit même où l'on aurait le plus besoin de le suivre. La pression exercée sur la sonde refoule, il est vrai, le point rétréci de manière à ce qu'on puisse le sentir par l'anus ; mais alors il y a déplacement. Il faudrait pouvoir le sentir quand on ne presse pas ou quand les tissus ont repris leur situation normale. Eh bien, alors existe la difficulté que je viens de signaler, et qui rend la position fort embarrassante.

Je ne me suis jamais trouvé dans la pénible nécessité de recourir à la ponction d'un rétrécissement à la partie profonde de l'urètre ; presque toujours, à force de tâtonnements et par la dilatation d'avant en arrière, je suis parvenu à surmonter l'obstacle, et quand il a résisté, au moyen d'une petite sonde métallique, je suis parvenu dans la vessie. Je me borne à indiquer ici ce résultat que des faits nombreux, dont j'ai donné les détails, ont mis en toute évidence. Mais j'ai vu pratiquer cette ponction par des chirurgiens aussi prudents qu'habiles. Une fois l'instrument n'arriva pas dans la vessie, et il fut retiré après avoir pénétré à une certaine profondeur. Il n'y eut pas d'accidents immédiats, mais je ne sais pas ce qu'est devenu le malade.

Dans un autre cas, dont j'ai publié les détails, une sonde pointue pénétra à travers l'obstacle, jusqu'à la vessie ; l'opération eut immédiatement le succès désirable, mais le résultat définitif ne fut point satisfaisant. La voie ouverte à l'urine ne se soutint pas, les fistules périnéales persistèrent, et, dès qu'on voulut retirer la sonde en permanence, le malade ne recouvra plus la faculté d'uriner naturellement. Il fallut plus tard soumettre ce malade à de longs traitements pour empêcher la coarctation de se reproduire.

Les tiges conductrices, solides ou flexibles, qu'on a ajoutées aux métrotomes, agissant d'avant en arrière et au moyen desquelles on espérait écarter les obstacles et assurer le succès de l'opération, n'ont pas eu de succès au-dessous de l'arcade pubienne.

Dans ces cas, heureusement rares, où l'obstacle existe vers le col vésical, comme chez le malade couché au pavillon Saint-Vin-

cent, les difficultés ne sont pas moins sérieuses. En cet endroit, l'exploration est aussi confuse ; la mobilité des parties donne à la manœuvre une incertitude d'autant plus regrettable que, par suite des états morbides du col vésical, il est souvent difficile d'établir un diagnostic différentiel satisfaisant : c'est là un point important sur lequel les auteurs ne se sont point arrêtés. Or, quelle est la nature de l'obstacle qui se présente? Quelle est son étendue d'avant en arrière? Si l'urètre est rétréci et dévié tout à la fois, dans quel sens s'est opérée la déviation? Les moyens explorateurs dont on fait usage ne fournissent tout au plus quelques données qu'eu égard à la face antérieure du rétrécissement. J'ai fait voir en traitant des lésions de la prostate et du col vésical dans le 2e volume du *Traité pratique,* combien les explorations usitées sont difficiles et incomplètes, et avec quelle facilité le chirurgien peut être induit en erreur.

Les tentatives de cathétérisme produisent généralement peu de douleurs en cet endroit ; cependant, on doit en être sobre et savoir s'arrêter à temps. A part l'écoulement sanguin quelquefois assez abondant qui en résulte, comme nous le voyons chez notre malade, il faut se rappeler que ces tentatives entraînent souvent des difficultés consécutives d'uriner et des réactions fébriles quelquefois très-graves. Dans les cas analogues à celui que nous avons sous les yeux, lorsque la miction s'accomplit encore, fût-ce avec difficulté, il faut temporiser, recourir aux bougies molles, essayer de dilater d'avant en arrière. Si l'on parvient à engager les petites bougies, on doit persister dans cette voie. La sensibilité du lieu s'émousse peu à peu; l'écoulement sanguin que produisaient les premières introductions diminue et finit par cesser ; le passage de l'urine devient de moins en moins pénible, et l'on arrive, comme dans les autres espèces de coarctations, à rétablir la voie normale.

Je ne saurais trop vous conseiller cette marche lente, temporisante, qui a l'inappréciable avantage de diminuer beaucoup les cas où le cathétérisme forcé devient une nécessité.

E. CROUZAT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôtel-Dieu. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistules urinaires chez la femme.

De toutes les lésions qui réclament l'intervention de la chirurgie, les fistules urinaires chez la femme, et que l'on désigne sous le nom de vésico-vaginales, sont peut-être celles qui ont présenté le plus de difficultés à surmonter. Aussi, malgré l'habileté des opérateurs et l'ingéniosité des traitements mis en usage, les résultats obtenus n'ont jamais été que très-incomplets, et lorsqu'après avoir été regardées pendant longtemps comme incurables, Desault, le premier, et après lui Chopart, formulèrent le traitement qui leur paraissait le meilleur, ils étaient plutôt inspirés par le désir bien légitime, d'ailleurs, d'être utiles à l'humanité, que par le résultat de leur observation pratique. Depuis lors, l'étendue donnée aux études anatomiques et physiologiques, la hardiesse que ces connaissances ont communiquée aux chirurgiens, et pour tout dire, en un mot, le génie d'invention qui caractérise notre siècle ont fait sortir cette partie importante de la science de l'ornière dans laquelle elle paraissait fatalement condamnée à demeurer. Je ne suivrai pas ici les différentes phases de son évolution progressive ; je me contenterai de constater que M. Jobert est le premier, depuis Desault, Chopart et Dupuytren, qui ait osé entreprendre la cure radicale de cette terrible infirmité : le résultat a justifié son attente, en récompensant sa persévérance; mais il faut bien le dire, ce résultat n'a pas été obtenu du premier coup : sans doute, l'idée primitive est restée la même, la réparation de la perte de substance a toujours été le but de tous les efforts du savant professeur ; seulement, les moyens d'application ont varié ; c'est ainsi qu'après avoir eu recours à l'autoplastie indienne, qui était d'une exécution difficile, et qui ne donnait que des succès peu nombreux, il a imaginé la nouvelle méthode autoplastique qu'il appelle *par glissement.* Tout le monde, aujourd'hui, connaît la valeur de cette méthode, peu de fistules vésico-vaginales proprement dites résistèrent à son emploi. Il existait cependant encore des cas que M. Jobert regardait comme incurables : c'était lorsque le col de l'utérus avait été en grande partie détruit, et qu'il ne restait en arrière le plus petit vestige de la cloison, ou bien lorsque la communication anormale s'était établie entre la vessie et l'intérieur de l'utérus ; en d'autres termes, lorsque l'on avait affaire à une fistule qu'il a appelée vésico-utéro-vaginale, ou à une fistule vésico-utérine. Maintenant, ces cas d'incurabilité ont eux-mêmes disparu, et nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs trois observations qui ont été recueillies dans le service de M. Jobert, et qui offrent chacune un exemple particulier de l'espèce de fistules que nous venons d'énumérer.

1re *Observation. — Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par glissement. — Guérison.* — La nommée Cartan (Julie), âgée de 20 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1854. Cette femme, qui exerce la profession de vigneronne, a toujours joui d'une santé parfaite. Réglée à l'âge de 14 ans, la menstruation s'est établie avec une régularité qui n'a cessé qu'au moment où la malade est devenue enceinte. La grossesse ne fut traversée par aucun accident, et parvint sans obstacle au terme normal. Il n'en fut pas de même de l'accouchement : celui-ci, laborieux et difficile, ne put être terminé que par une double application des forceps, après trente-six heures de souffrances. La délivrance n'offrit rien de remarquable : il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive.

Dès le lendemain, madame C.... s'aperçut que les urines passaient par le vagin, et que la sensation du besoin d'uriner était abolie. Depuis lors, cette incommodité a persisté, et c'est pour en être débarrassée qu'elle entre dans le service de M. Jobert.

Le 13 juin, l'examen de la malade permet de constater l'état suivant :

1° Les parties génitales externes, et l'anus, sont érythémateuses et le siége d'excoriations douloureuses qui occasionnent des cuissons d'autant plus vives que toutes ces parties sont constamment baignées par le liquide irritant ;

2° Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus à sa place normale : il est saillant, irrégulier, mamelonné ; évidemment, il a été le siége de déchirures qui ne permettent plus de reconnaître parfaitement ses deux lèvres;

3° En avant du museau de tanche, et sur la paroi vésico-vaginale, on rencontre l'ouverture de la fistule qui est en forme de boutonnière et suffisamment large pour permettre l'introduction, dans la vessie, du doigt indicateur ; les bords en sont légèrement épaissis ;

4° L'examen direct fait voir une certaine quantité de liquide urinaire au fond du vagin, dont les parois présentent quelques brides ou des plis heureusement peu résistants, et qui laissent à ce conduit assez de mobilité ;

5° Le col de l'utérus a éprouvé une perte de substance ; son orifice est frangé, et on aperçoit à sa surface une petite ulcération superficielle ;

6° Sur la paroi vésico-vaginale, et à 5 ou 6 centimètres du méat urinaire, on trouve l'ouverture qui livre passage à l'urine : elle est obliquement allongée, en forme de boutonnière, et dirigée de droite à gauche ; son diamètre est de 2 centimètres ; les bords sont recouverts d'une membrane bien organisée;

7° L'urètre est libre ; on peut y introduire facilement une sonde d'argent, sans provoquer de douleur ;

8° Le liquide urinaire s'écoule par le vagin, surtout lorsque la malade se tient debout ; il en demeure au contraire une certaine quantité dans la position assise ;

9° Enfin, depuis l'accouchement, les règles n'ont reparu qu'une seule fois, le 2 mai 1854.

Le 14 juin, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante :

1° La malade est couchée sur le dos, le siége placé sur le bord du lit, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses : celles-ci sur

le bassin ; les grandes et les petites lèvres sont écartées, et le spéculum univalve déprime la paroi recto-vaginale ;

2° Le col de l'utérus est saisi avec les pinces de Museux et attiré presque jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire ;

3° Le pourtour de la fistule est ravivé de manière à avoir tout autour une plaie saignante de 0,01 centimètre environ d'étendue en largeur ;

4° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués de gauche à droite, de telle sorte que la suture se trouve située sur la ligne médiane ;

5° Le vagin est détaché de son insertion au col de l'utérus au moyen d'une incision demi-circulaire pratiquée au-devant de la lèvre antérieure de ce dernier organe ;

6° Deux autres incisions sont faites sur les côtés de la réunion, et sont prolongées en avant jusque sur les côtés du bulbe ;

7° Après s'être assuré qu'il n'existe plus aucun tiraillement dans les parties réunies par la suture. M. Jobert opère la suture des fils, au ras du nœud ; quelques injections d'eau froide sont poussées dans le vagin, un tampon d'agaric est introduit dans le vagin. Enfin la malade est reportée dans son lit, où une sonde en gomme élastique est mise à demeure dans la vessie.

Le soir du jour où l'opération a été pratiquée, le ventre est souple, nullement douloureux. L'urine coule par la sonde, elle est un peu sanguinolente ; le tampon est retiré.

Le 15, pas d'accidents ; l'urine est claire.

Le 16, quelques coliques dans la journée ; l'urine est de nouveau colorée. Cependant, il n'y a pas de fièvre. Le ventre est souple.

Le 17, l'urine qui s'écoule par la sonde est sanguinolente. Il n'existe plus de coliques.

Le 19, M. Jobert retire les points de suture ; les lèvres de la solution de continuité paraissent être réunies. L'urine est toujours sanguinolente ; le soir, l'urine redevient claire et limpide.

Le 23, la malade est examinée ; on ne trouve pas la moindre trace d'urine dans le vagin. Les cicatrices paraissent complètes. M. Jobert retire une petite portion de fil qui était restée dans les tissus.

On continue la sonde.

Le 26, l'algalie est supprimée. Pendant la journée, la malade a éprouvé le besoin d'uriner quatre fois, et n'a pas perdu une seule goutte d'urine ; dans la nuit, elle a été réveillée trois fois par le besoin d'uriner.

Le 2 *juillet,* M. Jobert permet à madame C.... de se lever. Dans la position debout, elle a perdu involontairement quelques gouttes d'urine.

Le 3, nouvel examen. Le vagin est parfaitement sec ; la cicatrice des incisions de débridement est complète, celle de la fistule est rougeâtre et présente encore quelques bourgeons charnus qu'on réprime avec du nitrate d'argent. En examinant avec soin cette cicatrice, M. Jobert découvre sur son trajet l'extrémité d'une anse de fil qui est immédiatement enlevée, et ordonne à la malade de demeurer couchée.

Le 4, elle n'a point mouillé sous elle et urine trois ou quatre fois par jour.

Le 8, elle se lève de nouveau et peut marcher pendant plusieurs heures sans perdre une seule goutte d'urine.

Le 13, M. Jobert examine une dernière fois la malade, et constate que les cicatrices latérales sont blanches. A l'endroit où existait la fistule, on voit une cicatrice encore rosée.

La petite ulcération du col a disparu.

La vessie contient une grande quantité d'urine limpide et transparente ; le développement que ce réservoir a pris, depuis l'opération, est considérable.

Le 16 juillet, la malade sort de l'hôpital complétement guérie et conservant ses urines à volonté.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter est un exemple de ce que nous avons désigné sous le nom de fistule vésico-vaginale proprement dite ; c'est le cas le plus simple, celui qui ne saurait résister à l'efficacité de la méthode autoplastique par glissement, et cependant, lorsqu'on compulse les ouvrages des auteurs anciens, de J.-L. Petit, par exemple, on trouve que c'est pour un fait de cette nature que l'illustre chirurgien formulait le plus désespérant pronostic, en déclarant sa complète incurabilité. Comme on le voit, nous sommes aujourd'hui loin de cet arrêt inexorable, puisque douze jours ont suffi à M. Jobert pour obtenir la guérison radicale de notre malade. Cette rapidité de la cicatrisation est d'autant plus remarquable qu'elle s'obtient également dans des cas plus graves, alors que le manuel opératoire est plus difficile dans ces cas, enfin, où le museau de tanche a été presque complétement détruit, et où il s'agit d'une fistule vésico-utéro-vaginale, c'est ce dont on peut se convaincre, en lisant l'observation suivante :

2e *Observation. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Perte de substance. — Destruction du col de l'utérus. — Autoplastie par glissement. — Persistance de la communication de l'utérus avec la vessie. — Destruction de cette même communication avec le vagin. — Fonction menstruelle s'exécutant par la vessie et l'urètre. — Guérison.* — Madame Dreux, âgée de 26 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 13 mai 1854. Cette femme, qui exerce la profession de vigneronne, est bien conformée ; sa constitution est bonne, et jamais elle n'a fait de maladie grave.

Réglée pour la première fois, à l'âge de 12 ans, la menstruation s'est établie de suite, avec une parfaite régularité, sans qu'il en résultât le moindre trouble dans l'état fonctionnel des organes.

Mariée à l'âge de 15 ans, madame Dreux devint immédiatement enceinte ; la grossesse ne présenta rien de particulier. L'accouchement eut lieu prématurément à 7 mois ; il fut long et laborieux, dura quatre jours, et se termina cependant par les seuls efforts de la nature.

Depuis lors, madame Dreux est devenue enceinte trois fois. Les grossesses sont toutes parvenues à terme, mais les accouchements ont toujours été longs et laborieux ; le dernier, surtout, n'a pas duré moins de cinq jours, et cependant, il s'est fait sans que l'on ait eu besoin d'avoir recours au forceps. L'enfant, mort-né, était très-volumineux.

Neuf jours après cette dernière couche, survenue il y a deux ans, madame Dreux s'aperçut qu'elle avait perdu la sensation du besoin d'uriner, et que le liquide urinaire passait en totalité par le vagin. Le médecin, consulté, crut d'abord à une paralysie de la vessie ; mais, bientôt, un examen plus attentif lui permit de constater l'existence d'une communication anormale entre la vessie et le vagin. D'après son avis, la malade vint à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Boyer, qui la soumet pendant quatre mois à un traitement consistant en de nombreuses cautérisations de l'orifice fistuleux, au moyen du nitrate d'argent, et dans le tamponnement du vagin. Au bout de ce temps, la malade n'éprouvant pas la moindre amélioration dans son état, quitta le service de M. Boyer pour rentrer dans celui de M. Jobert, qu'elle quitta au bout de dix jours, ne voulant pas se soumettre à l'opération jugée indispensable ; mais elle ne tarda pas à être profondément ennuyée de sa position malheureuse : elle sollicita de nouveau son admission, et rentra, le 13 mai 1854, dans le service de M. Jobert.

Le 14 mai, elle est examinée, ce qui permet de constater l'état suivant :

1° Les parties génitales externes, le pourtour de la vulve, de l'anus, et les parties internes des cuisses sont rouges, érythémateuses ;

2° Dans le fond du vagin, on trouve une assez grande quantité d'urine mélangée avec du muco-pus. Les parois de ce conduit sont molles et flasques dans quelques endroits, dures et résistantes dans d'autres, particulièrement celles où il y a eu un dépôt de tissu inodulaire :

3° Il n'y a pas de trace du col de l'utérus ; le vagin se termine postérieurement par un cul-de-sac en doigt de gant, sur lequel fait saillie une espèce de bride qui pourrait être prise pour les restes du museau de tanche ;

4° En soulevant cette bride, on trouve une petite ouverture correspondant à l'endroit que devait occuper le museau de tanche. Un stylet droit ne peut pénétrer plus d'un centimètre, mais en le recourbant, on pénètre facilement dans la vessie ; d'où il résulte que cette ouverture constitue à la fois et l'orifice du col, et la communication anormale de la vessie avec le vagin. Par le toucher, on reconnaît facilement la fistule par la perte de substance ;

5° L'état général est excellent. Les règles ont reparu neuf mois après la dernière couche, et ont repris leur régularité habituelle.

Les urines s'écoulent involontairement par le vagin, et cela d'une manière continue. Cependant, la perte urinaire varie quant à la quantité, suivant la position prise par la malade. Faible dans le décubitus dorsal, elle augmente dans la position assise, et devient totale lorsque madame D.... se tient debout. Les envies d'uriner ne sont pas complétement abolies, et d'après ce que nous venons de dire, il est clair que ce sera le matin qu'elles se feront sentir le plus vivement.

Après avoir laissé la malade se reposer quelques jours, et l'avoir préparée par des bains, des injections, et quelques laxatifs, M. Jobert pratiqua l'opération le 17 mai 1854.

1° La malade est placée dans la position ordinaire, celle que j'ai décrite dans la 1re observation ;

2° Une pince de Museux, implantée sur la paroi vésico-vaginale, au-devant de la fistule, sert à l'attirer légèrement en avant, de manière à rendre son orifice plus accessible à la vue et à l'instrument tranchant ;

3° Les bords de cet orifice sont ravivés dans l'épaisseur de 3 à 4 lignes environ ; mais comme la lèvre antérieure du col de l'utérus a été complétement détruite, et que les deux ouvertures du col et de la fistule se trouvent confondues ensemble, le ravivement de la lèvre postérieure de la perte de substance ne peut être opérée que sur ce qui reste de la lèvre postérieure du museau de tanche, qui est, de cette manière, rendue saignante. Le ravivement terminé laisse voir un orifice de près de 2 centimètres, dans lequel on pourrait facilement introduire l'extrémité du doigt.

4° Deux points de suture entrecoupée sont appliqués de droite à gauche, de manière que la suture se trouve longitudinale située d'avant en arrière. D'après ce que nous avons dit plus haut, il est facile de comprendre que les parties réunies par la suture sont, d'une part, la lèvre antérieure de la fistule, et d'une autre part, la lèvre postérieure du col utérin, de telle sorte qu'en arrière de la suture existe toujours une communication entre la vessie et l'utérus, qui servira plus tard à l'écoulement menstruel ;

5° Deux longues incisions longitudinales sont faites sur les côtés de la suture et parallèlement à cette dernière ; elles sont destinées à éviter tout tiraillement qui pourrait exister entre les parties mises en contact. Cela fait, les fils sont coupés à une petite distance du nœud ;

6° Plusieurs injections d'eau froide sont poussées dans le vagin, deux lamelles d'agaric sont appliquées sur les plaies résultant des incisions longitudinales faite sur la paroi vésico-vaginale. Enfin, la malade est reportée dans son lit, où une sonde est mise à demeure dans la vessie.

Dans la journée, la malade a eu deux selles liquides avec quelques coliques ; malgré cela, le ventre est souple, non douloureux, la sonde marche bien.

Le 18, les coliques et la diarrhée ont disparu, ventre souple, pas de fièvre. Le soir, on retire les deux lamelles d'amadou ; la sonde a donné issue à la totalité de l'urine.

Le 19, même état ; on change la sonde.

Le 20, dans la soirée, la malade a eu quelques coliques accompagnées de pesanteur dans le bas-ventre. En même temps, l'urine qui coule en totalité par la sonde, est mêlée de sang. Madame D.... est à l'époque de ses règles.

Le 21, les règles continuent, les coliques ont disparu.

Le 23, l'urine commence à être moins colorée.

Le 24, elle a repris sa limpidité ordinaire. La malade est examinée ; M. Jobert enlève les deux points de suture. Les parties paraissent très-bien réunies. On continue la sonde à demeure. Le soir, il ne s'est pas écoulé une seule goutte d'urine par le vagin.

Le 26, l'introduction de la sonde est un peu douloureuse.

Le 30, la malade a retiré la sonde à 4 heures du matin, et jusqu'à 7 heures, que l'urine s'est accumulée dans la vessie, elle n'a pas été mouillée. La sonde est supprimée. Pendant la journée, madame D.... a uriné deux fois et a gardé ses urines plus de trois heures sans être incommodée.

1er *juin*. — Nouvel examen qui permet de constater au fond du vagin, à l'endroit ou existait la fistule, une cicatrice linéaire située d'avant en arrière. Sur les côtés, on aperçoit deux autres cicatrices linéaires résultant des incisions de débridement. La malade n'a pas perdu une goutte d'urine depuis qu'elle a retiré la sonde.

Le 16, elle est examinée une dernière fois ; on constate alors la parfaite guérison de la fistule, qui est entièrement cicatrisée. De plus, on retire avec la sonde une grande quantité d'urine accumulée dans l'intérieur de la vessie.

Le 19, elle sort de l'hôpital.

Réflexions. — Ce n'est pas sans raison que nous avons cité, au commencement de ce travail, les noms de Desault, Chopart et Dupuytren. C'est qu'en effet, l'observation qu'on vient de lire fournit une nouvelle preuve de l'insuffisance du mode de traitement adopté par ces illustres chirurgiens. Aussi, chez notre malade, le tamponnement du vagin, conseillé par Desault et Chopart, la cautérisation, mise en usage par Dupuytren, ont été employés concurremment, et cela sans qu'il en résultât le plus petit changement dans la nature des phénomènes et l'intensité des symptômes. L'autoplastie seule était donc capable de triompher des obstacles, et alors même que nous ne posséderions que ce seul fait, il suffirait, suivant nous, pour prouver la supériorité de la nouvelle méthode imaginée par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Heureusement, la science n'en est pas réduite à un pareil isolement. Depuis plusieurs années, un grand nombre de guérisons des fistules vésico-vaginales ont été consignées dans ses archives, et sont de nature, assurément, à convaincre les plus incrédules, de manière à ne pas même leur permettre de révoquer en doute la constante efficacité de l'autoplastie par glissement. Il existait cependant encore quelques cas d'incurabilité, ou au moins, qui paraissaient être au-dessus des ressources de la chirurgie réparatrice. Ces cas, peu nombreux, à la vérité, étaient constitués par une communication anormale entre la vessie et la cavité utérine ; en d'autres termes, par ce que l'on a désigné sous le nom de fistule vésico-utérine. Déjà, depuis plusieurs années, M. Jobert est parvenu à les faire sortir eux-mêmes du cercle des impossibilités, et après un grand nombre d'expériences et d'études, il a obtenu la guérison de cette terrible lésion, que personne, avant lui, n'avait même entrepris de combattre d'une manière sérieuse et efficace.

L'observation que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs en est un nouvel exemple, qui démontre d'autant mieux la supériorité de la méthode autoplastique par glissement, et l'efficacité du procédé opératoire mis en usage par M. Jobert, qu'après l'opération, il est survenu quelques complications sur lesquelles nous nous proposons de fixer un instant l'attention de nos confrères. Bien que peu graves en elles-mêmes, et surtout au point de vue de la santé générale, ces complications sont susceptibles de compromettre le résultat de l'opération ; à ce titre, elles méritent donc d'être prises en très-grande considération.

3e *Observation. — Fistule vésico-utérine. — Hémorrhagie. — Diarrhée. — Diphtérite. — Escarre au sacrum. — Persistance d'un pertuis fistuleux. — Cautérisation avec le nitrate d'argent. — Oblitération du col de l'utérus. — Fonction menstruelle s'exécutant par la vessie et l'uretère. — Guérison.* — La nommée Perdrigeon, âgée de 28 ans, entra

à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre 1853. Cette femme, qui travaille habituellement aux champs, est d'une forte constitution et n'a jamais été malade.

Réglée à l'âge de 16 ans, la fonction menstruelle prit de suite une régularité qui ne fut interrompue qu'à l'époque où notre malade devint enceinte pour la première fois, il y a de cela 4 ans. La grossesse se passa sans accidents; l'accouchement fut laborieux, le travail pénible; l'enfant était mort lorsqu'il vint au monde.

Vers la fin de 1852, elle devint enceinte une seconde fois; cette grossesse fut accompagnée de quelques accidents congestifs vers la tête et la poitrine tels, qu'il fut nécessaire de pratiquer trois saignées successives: les accidents se dissipèrent, et la grossesse parvint à son terme normal. L'accouchement, difficile et long, ne dura pas moins de cinq jours, et ne put être terminé qu'après trois applications successives des forceps. L'enfant ainsi amené, avait, au dire de la malade, une tête plus volumineuse qu'à l'ordinaire.

La délivrance ne présente rien de remarquable, si ce n'est qu'elle fut suivie d'une hémorrhagie qu'on a eu beaucoup de peine à arrêter. Cinq jours après, la malade s'aperçut, pour la première fois, que le liquide urinaire s'écoulait involontairement par le vagin. A partir de ce moment, elle n'a plus éprouvé le besoin d'uriner, et l'urine a continué de passer par le conduit vulvo-utérin. Plusieurs médecins ont été consultés, aucun n'a voulu tenter l'opération, et tous lui ont donné le conseil de venir à Paris. Ce fut alors qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 novembre 1853. Après l'avoir laissée reposer pendant environ un mois, M. Jobert examine l'état des parties et constate l'état suivant, le 3 janvier 1854:

1° Les parties génitales externes, les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties internes des cuisses, sont érythémateuses, rouges, gonflées et douloureuses;

2° Le vagin paraît un peu raccourci, mais il a conservé sa largeur habituelle;

3° Sur le pourtour de l'anus, on voit quelques petites tumeurs hémorrhoïdaires;

4° Le col de l'utérus n'existe plus: à l'endroit où il devrait se rencontrer, on trouve une ouverture dans laquelle on peut introduire l'extrémité du doigt indicateur, et qui donne issue à la totalité de l'urine contenue dans l'intérieur de la vessie. Cette ouverture, de près d'un centimètre de diamètre, est irrégulière et présente sur son contour trois ou quatre petits tubercules de tissu cicatriciel, qui sont les seules parties qui restent du museau de tanche. Il résulte de là que la communication anormale s'est établie au-dessus du col utérin, et qu'elle existe entre la vessie et l'intérieur de la cavité utérine;

5° La santé générale est bonne;

6° Le liquide urinaire s'écoule involontairement et d'une manière incessante par le vagin, mais l'écoulement est plus considérable lorsque la malade est couchée que dans la position verticale;

7° Depuis l'accouchement, les règles ne sont pas revenues; elles reparaissent le 6 janvier, sous l'influence de l'émotion morale occasionnée par l'annonce que l'opération serait pratiquée le lendemain.

Le 11 janvier, l'écoulement menstruel a cessé.

Après quelques jours employés à préparer la malade, au moyen de bains répétés, d'injections émollientes et de laxatifs, M. Jobert pratique l'opération, le 18 janvier 1854, de la manière suivante:

1° La malade est placée dans la position que nous avons décrite plus haut, les grandes et les petites lèvres sont écartées par des leviers, et la cloison recto-vaginale est déprimée par un spéculum univalve;

2° Une pince de Museux est implantée sur la cloison vésico-vaginale, au-devant de l'ouverture fistuleuse, qui est ainsi attirée en avant et en haut;

3° Avec des pinces à dents et un bistouri ou des ciseaux, les bords de la solution de continuité sont ravivés de manière à avoir sur tout le pourtour de la fistule une plaie saignante d'un centimètre environ de largeur. Dans ce ravivement, les tubercules dont nous avons constaté la présence sont enlevés; cela fait, l'orifice a plus de 2 centimètres de diamètre;

4° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués et pratiqués avec des aiguilles courbes armées de fils plats cirés ou des lacets de soie cirés; une assez grande quantité de tissu est comprise dans chaque anse de fil;

5° Afin de faire cesser toute espèce de tiraillement entre les lèvres de la fistule, M. Jobert pratique en arrière de la suture, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, une incision qui détache la paroi recto-vaginale de son insertion au col de l'utérus; les deux autres incisions sont latérales Au moyen de toutes ces incisions, le relâchement des lèvres réunies par la suture est complet;

6° Après quelques injections d'eau froide poussées dans le vagin, un tampon d'agaric est introduit dans ce conduit; puis, enfin, la malade est reportée dans son lit, où une sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée a été assez bonne; le soir, il n'y a pas de fièvre; le ventre, cependant, est un peu tendu, et cette tension est accompagnée de légères coliques.

L'urine qui sort par la sonde est mélangée de sang.

Le tampon d'agaric est retiré.

Le 19, ventre tendu, quelques coliques; l'urine coule en totalité par la sonde.

Le soir, la peau est chaude, le pouls fréquent; les coliques sont plus vives; la malade se plaint de céphalalgie; l'urine est plus colorée par le sang.

Le 20, disparition des accidents fébriles, ventre moins tendu; l'urine continue d'être sanguinolente.

Le 21, l'urine a repris presque complétement sa transparence ordinaire.

Le 23, M. Jobert enlève les trois points de suture. Dans la journée, les urines redeviennent légèrement sanguinolentes; dès le soir, elles ont repris leur limpidité.

Le 24, l'introduction de la sonde est un peu douloureuse.

Le 26, le canal de l'urètre est enflammé, ce qui oblige à retirer la sonde à demeure. Dans la journée, la malade a bien éprouvé des besoins d'uriner; malgré cela, elle a été mouillée sous elle.

Le 27, on remet la sonde à demeure.

Le soir, madame P.... est prise de douleurs extrêmement vives dans le ventre, accompagnées de contractions vésicales telles que la sonde est violemment chassée au dehors; immédiatement après, il sort par l'urètre un caillot sanguin dont le volume considérable et la consistance permettent de supposer qu'il a déjà plusieurs jours de date.

Après l'expulsion de ce caillot, les coliques et les douleurs de ventre ont disparu, mais l'écoulement sanguin continue.

Le 28, la malade peut conserver les urines pendant une heure et demie environ; mais, quand le besoin se fait sentir, il est extrêmement pressant. On ne remet pas la sonde.

Le soir, il existe de nouveau quelques coliques, et le ventre est légèrement sensible. Il survient une nouvelle perte sanguine assez abondante.

Le 29, M. Jobert procède à l'examen des parties, et constate qu'il n'existe dans le vagin ni d'urine ni de sang: ce dernier s'écoule tout entier par l'urètre.

On aperçoit, au fond du vagin, la cicatrice de la fistule, qui est complétement fermée, excepté dans un point où il existe encore un petit pertuis qui a été immédiatement cautérisé avec le nitrate d'argent. On applique de nouveau la sonde à demeure.

Le soir, l'urine est mélangée de sang; il n'en est pas sorti par le vagin, et lorsque la sonde s'obstrue, le besoin d'uriner se fait sentir.

Le 30, urines sanguinolentes; sonde à demeure. Dans la nuit, il survient une diarrhée très-intense qui force la malade de retirer la sonde; jusqu'au lendemain matin, elle a éprouvé le besoin d'uriner toutes les heures environ, et n'a pas été mouillée sous elle.

Le 31, au matin, la sonde est remise.

1er *février*. L'urine qui s'écoule par l'algalie est claire et transparente. Dans la nuit, la malade éprouve de nouveau des coliques et de la diarrhée.

Le 2, M. Jobert fait retirer la sonde.

Le 3, les coliques et la diarrhée persistent, et ont même pris plus d'intensité que la veille.

Le 4, la diarrhée continue. L'examen de la malade fait découvrir une exsudation pseudo-membraneuse, ou diphtéritique, occupant les grandes lèvres et l'entrée du vagin : toutes ces parties sont cautérisées avec le nitrate d'argent ; de plus, M. Jobert prescrit un bain.

Le 5, la diphtérite vulvaire a presque disparu.

Le 6, la malade conserve ses urines pendant une heure ; au bout de ce temps, le besoin d'uriner devient pressant et doit être promptement satisfait.

Le 7, même état des urines. Madame P.... se plaint de faiblesse générale, de douleurs vagues dans le ventre et dans les membres ; il n'y a pas de diarrhée.

Le 8, les parties génitales sont œdématiées.

Le 9, fièvre, prostration. Le décubitus dorsal prolongé a produit au sacrum une escarre qui est tombée pour être remplacée par deux à trois petites ulcérations qui ont chacune un diamètre de 0,01 à 0,02 centimètres : ces ulcérations sont aujourd'hui recouvertes de pseudo-membranes blanchâtres, de même nature que celles qui existaient deux jours auparavant sur les parties génitales. Cautérisation avec le nitrate d'argent ; bain.

Le 10, l'escarre du sacrum est de nouveau cautérisée avec le nitrate d'argent et lavée avec de l'eau-de-vie camphrée.

Le 12, les parties génitales externes, et le vagin, sont le siége de petites ulcérations grisâtres, recouvertes de pseudo-membranes blanchâtres ; ces ulcérations, dont le diamètre varie d'une pièce de 0,20 centimes à une pièce de 1 franc, se remontrent particulièrement sur les grandes lèvres et au pourtour de l'anus ; dans le vagin, elles sont nombreuses sur les parties latérales et sur le cul-de-sac postérieur. L'examen fait voir en outre que la cicatrice de la fistule est tout à fait complète, excepté dans un point par lequel on ne voit cependant pas suinter d'urine ; celle-ci est claire et limpide, et sort en totalité par l'urètre.

Le 13, même état. Cautérisation, cataplasme, bain.

Le 15, les ulcérations des grandes lèvres et de l'entrée du vagin ont presque disparu ; il n'en est pas de même de celles situées plus profondément : ces dernières sont encore très-apparentes et recouvertes de fausses membranes grisâtres. L'ulcération du sacrum commence à se cicatriser. Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 16, un nouvel examen permet de reconnaître sur la cicatrice de la fistule une petite cavité infundibuliforme, au fond de laquelle on rencontre le petit pertuis qui conduit dans la vessie. (Cautérisation au nitrate d'argent.)

Le 18, la malade éprouve quelquefois le besoin d'uriner ; l'escarre du sacrum est cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 20, l'état diphtéritique a disparu pour faire place à une surface rouge. Au fond du vagin, on aperçoit deux à trois gouttes de liquide ; la cicatrice de la fistule présente toujours vers sa partie centrale un point par où suintent quelques gouttes d'urine. (Cautérisation avec le nitrate d'argent.)

Le 24, nouvelle cautérisation, ainsi que les 26 et 28.

1er *mars*. — On trouve un peu d'urine au fond du vagin ; le pertuis fistuleux, ainsi que le petit conduit dont il est la terminaison, sont cautérisés à l'aide d'une canule porte-caustique.

Le 6, cautérisation avec le nitrate d'argent ; la malade retient ses urines pendant deux heures, après lesquelles un besoin pressant d'uriner se fait sentir.

Le 8, pendant les deux jours précédents, elle n'a pas uriné involontairement, si ce n'est la nuit.

Le 10, le petit pertuis fistuleux est cautérisé avec le nitrate d'argent ; il en est de même le 13. La sonde est remise à demeure dans la vessie.

Le 17, nouvelle cautérisation ; les cautérisations sont continuées jusqu'au 6 avril.

9 *avril*. — La malade n'a pas perdu une seule goutte d'urine depuis la dernière cautérisation. Pendant la nuit même, elle éprouve le besoin d'uriner, et se réveille trois ou quatre fois.

Le 10, M. Jobert applique encore le caustique, mais cette fois, il ne provoque l'issue d'une seule goutte d'urine.

Le 11, la malade est restée levée plus de quatre heures et a marché sans qu'il s'écoule une seule goutte de liquide urinaire involontairement.

Le 14, elle peut être considérée comme guérie.

Le 17, avant de sortir de l'hôpital, elle est examinée une dernière fois. Les parties génitales sont sèches.

Au fond du vagin, on aperçoit une cicatrice linéaire allongée, correspondant au col de l'utérus, et qui resulte de la parfaite cicatrisation des lèvres de la fistule, réunies par la suture.

Sur les parties latérales, on aperçoit la cicatrice des incisions de débridement.

La malade conserve ses urines deux heures et demie à trois heures environ, et cela quelle que soit la position prise par elle. De plus, le besoin d'uriner, lorsqu'il se fait sentir, n'est plus aussi pressant qu'auparavant.

Réflexions. — Bien que la guérison de la fistule n'ait pas été obtenue sans difficulté, elle n'en a pas moins été complète, et sous ce point de vue, et surtout à cause des difficultés mêmes, l'observation que nous venons de rapporter méritait de ne pas être passée sous silence. Il est, d'ailleurs, un fait qui a besoin d'être éclairci ; car, si je ne me trompe, la lenteur de la cicatrisation est plus apparente que réelle. Si, en effet, on examine avec attention les détails que nous avons donnés, on voit qu'après avoir été opérée le 18 juillet, dès le 28, la malade peut conserver ses urines pendant une heure et demie, éprouve le besoin d'uriner, et lorsque le lendemain, M. Jobert procède à l'examen des parties, il constate que le conduit vulvo-utérin ne contient pas une seule goutte de liquide. Ce n'est que longtemps après que ce dernier recommence à s'écouler par le vagin, et cela après que ce canal a été le siége d'une complication diphtéritique grave, et que, de plus, la santé générale a été influencée d'une manière fâcheuse, soit par la perte sanguine, soit par la diarrhée épidémique. Il me paraît bien évident, d'après cela, que la cicatrisation était opérée dès le quinzième jour ; seulement, sous l'influence des causes générales et locales que je viens d'énumérer, un point de la cicatrice s'est rompu, ou a été le siége d'une petite ulcération. Je ne vois rien qui s'oppose à cette explication ; les cicatrices, considérées d'une manière générale, ne se comportent pas autrement, et il n'y a assurément pas de raison pour que celles qui sont situées au fond du vagin fassent exception à la règle. Nous aurons sans doute un jour l'occasion d'étudier la question des récidives, considérées au point de vue des fistules urinaires chez la femme ; nous verrons alors que si elles sont peu fréquentes, il n'est pas rare de voir la cicatrice se déchirer, ce qui se comprend d'autant mieux, qu'il n'est pas toujours facile d'éviter les efforts de tiraillements qui peuvent être exercés sur elle : il l'est encore moins de la soustraire aux effets funestes de la diphtérite et de la pourriture d'hôpital. La forme ulcéreuse de cette dernière complication lui donne un degré de gravité plus grand, sur lequel nous nous étendrons davantage une autre fois. Je veux seulement dire ici que, suivant moi, le nom de pourriture d'hôpital convient mieux que celui de diphtérite aux lésions que nous avons décrites dans le courant de l'observation.

A. Rozé.

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Variole. — Traitement abortif par l'emplâtre de zinc.

Les applications mercurielles qui ont été, à juste titre, recommandées comme moyen abortif des pustules varioliques, et en particulier l'emplâtre de Vigo mercuriel, agissent-elles par une action spéciale propre au mercure, ou seulement parce qu'elles soustraient les par-

ties au contact de l'air? Question résolue fort diversement, et qu'il faudrait résoudre cependant dans le dernier sens, après les expériences de M. Hughes Bennett, à moins d'admettre que le zinc possède, lui aussi, une action spéciale. M. Bennett s'est servi, en effet, de calamine (carbonate de zinc) saturée d'huile d'olive, avec laquelle il a formé une croûte épaisse et cohérente sur la face des malades. Trois cas de variole non modifiée, traités de cette manière auraient, non-seulement vu prévenir la formation de cicatrices difformes, mais encore diminuer les symptômes locaux et généraux, exactement de la même manière qu'après l'application d'un emplâtre mercuriel. M. Bennett rapporte le fait d'une jeune fille de treize ans, chez laquelle l'application fut faite au troisième jour de l'éruption, qui était évidemment confluente. Le masque formé sur la face constituait une croûte épaisse et cohérente, qui était renouvelée dans les parties où elle se détachait. Au dixième jour, ce masque tombait et laissait la face parfaitement nette, sans aucune cicatrice. La formule de l'emplâtre donnée par M. Bennett est la suivante : carbonate de zinc, 3 parties, oxyde de zinc, 1 partie, mélangés dans un mortier, avec quantité suffisante d'huile, pour lui donner la consistance convenable. (*Monthly Journal*, 1854 et *Bull. de thér.*)

Pommade siccative dans le traitement des plaies,

Par M. Bourgeois de Faverdaz, *pharmacien à St.-Just-Lapendue.*

Souvent les gens de campagne contractent des plaies aux jambes, qui, par leur négligence, deviennent très-difficiles à guérir. J'ai l'honneur de vous soumettre un moyen que j'ai toujours vu réussir : lavez la plaie, matin et soir, avec une décoction très-concentrée de feuilles de noyer et d'écorce de chêne, étendez ensuite sur la plaie une couche légère de la pommade suivante :

℞ Sous-carbonate de plomb,		
Litharge en poudre, de chaque. . .	15	gramm.
Cachou en poudre très-fine. . . .	20	—
Eau pour délayer le cachou. . . .	30	—
Huile d'olive.	60	—
Cire jaune.	15	—
Axonge balsamique.	125	—

F. s. a. (*Rép. de pharm.*)

Génération spontanée d'acide cyanhydrique dans un médicament,

Par M. Plumber.

Un fait, qu'il est important de signaler, vient de se passer en Amérique.

Un jeune docteur, atteint de dyspepsie, faisait usage depuis longtemps d'une mixture composée de teinture de jusquiame et de sous-carbonate de potasse. Le traitement ayant été suspendu quelques jours, la mixture resta exposée à l'action de l'air et subit un commencement de fermentation ; le malade en ayant repris l'usage, éprouva tout à coup des symptômes alarmants. Il perdit connaissance pendant plus d'une demi-heure, puis resta étourdi et privé de ses facultés pendant un temps assez long.

L'auteur de cette observation, M. Plumber, de Richmond, ayant été appelé, soupçonna un cas d'empoisonnement : ayant examiné la mixture, il fut tout d'abord frappé de l'odeur d'amandes amères qui s'en dégageait, et s'assura par l'analyse qu'elle contenait de l'acide cyanhydrique, en proportion plus que suffisante pour expliquer les accidents graves qu'avait éprouvés le malade.

M. Plumber attribue la présence de l'acide, à la réaction de l'alcali sur la matière organique en fermentation. On en voit, en effet, de fréquents exemples en chimie, et, quoique des cas de cette nature soient nouveaux dans la pratique médicale et qu'ils réclament la confirmation de l'expérience, il est utile de les signaler et de faire ressortir le danger qu'il peut y avoir à prescrire les alcalis, conjointement aux matières organiques. (Trad. du *American Journal of Pharmacie*, par F. Hottot. — *Rép. de Pharm.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Empoisonnement de deux chiens par les liquides sortant de fabriques d'allumettes chimiques.* — Un jeune chien appartenant à un commerçant de la rue Saint-Laurent, à Belleville, jouait devant la porte de son maître, lorsque, échauffé par les ébats auxquels il se livrait, il alla se désaltérer dans le ruisseau.

Quelques instants après, on le voyait se rouler sur le pavé en poussant des hurlements de douleur. A quelques pas plus loin, un autre chien, qui aussi avait bu de l'eau du ruisseau, se trouva en proie aux mêmes symptômes d'empoisonnement.

Le commissaire de police fut prévenu, et il ne tarda pas à constater que l'eau provenant d'une fabrique d'allumettes chimiques voisine s'écoulait sur la voie publique et qu'elle contenait des résidus de phosphore qui avaient mis les chiens en si piteux état. Quelques soins ont suffi pour dissiper leur mal.

Ces faits, auxquels on pourrait malheureusement joindre des faits beaucoup plus graves d'empoisonnements criminels et non criminels chez l'homme, montrent combien il serait urgent de remplacer le phosphore ordinaire par le phosphore rouge dans la fabrication des allumettes chimiques, d'un produit qui se trouve entre les mains de tout le monde, et combien les conclusions d'un travail que nous avons publié récemment, méritent d'être connues.

— Nous avons eu la douleur d'apprendre que M. Bégin, à qui nous avions serré la main mardi à l'Académie, avait été atteint d'une apoplexie cérébrale qui s'était présentée avec des apparences fort graves. Mais nous sommes heureux de pouvoir annoncer aujourd'hui que le célèbre malade est hors de danger.

— Nous sommes heureux d'annoncer qu'un des praticiens les plus répandus de province, M. Lépine, ancien chirurgien militaire, médecin en chef de l'hôpital de Châlon-sur-Saône depuis plus de 25 ans, membre du conseil général de Saône-et-Loire depuis plusieurs années, est nommé membre de la Légion d'honneur.

— Le choléra persiste à Paris, ainsi que l'indiquent les chiffres ci-après :

Mouvement des cholériques dans les hôpitaux de Paris.

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
25 août.	45	21	25
26 —	58	35	31
27 —	55	39	41
28 —	47	25	31
29 —	41	24	20

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie.		5,550
Sortis........................	2,193	5,043
Décédés.......................	2,850	
Reste..................		507 en traitement.

Dans les départements, l'épidémie est partout en voie de décroissance. Marseille est à peu près délivré, et Lyon est toujours à peine atteint.

— M. Broca, suppléant de M. le professeur Laugier, dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, commencera sa clinique le lundi 4 septembre, et la continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

La visite commencera à sept heures et demie. Les leçons auront lieu à neuf heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie générale, théorie de la structure embrassant les substances organiques et les éléments, les tissus, les membranes et les parenchymes, par L.-A. Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8. — A Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Essai pratique sur l'absorption des médicaments dans le choléra, par A.-P. Duchaussoy, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique de Paris. — Thèse in-4°. — Au bureau du journal.

Des tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur, par L.-J. Bauchet, interne-lauréat des hôpitaux de Paris, membre titulaire et secrétaire de la Société anatomique de Paris. — Thèse in-4°. — Prix : 3 fr. — Au bureau du journal.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851) par M. le docteur Gariel, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 106. 2e année. Mardi 5 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Cochin. — M. MAISONNEUVE.

Tumeur sarcomateuse de la tête du péroné. — Désarticulation du genou. — Guérison.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune femme à laquelle il a pratiqué la désarticulation du genou pour une tumeur sarcomateuse (fibro-plastique) de la tête du péroné et qui maintenant marche avec une jambe mécanique aussi facilement que si elle eût subi l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection.

L'amputation de la jambe dans l'articulation du genou, dit M. Maisonneuve, était une opération presque entièrement oubliée, lorsque, en 1829, M. Velpeau entreprit de la réhabiliter et l'exécuta avec succès.

Cet illustre chirurgien démontra, par des faits nombreux et des raisonnements péremptoires, que cette opération, moins dangereuse peut-être que l'amputation de la cuisse, avait encore sur cette dernière l'immense avantage de laisser le malade dans des conditions bien préférables pour l'application d'un membre artificiel.

Malgré cette autorité imposante, la désarticulation du genou trouva peu de partisans parmi les chirurgiens de Paris, et c'est à peine si, depuis dix ans, elle a été pratiquée une ou deux fois dans les hôpitaux. Je ne pense pas, ajoute M. Maisonneuve, que cette sorte de proscription soit méritée, et dernièrement, ayant à choisir entre cette amputation et celle de la cuisse, je n'ai pas hésité à pratiquer la désarticulation. C'est le fait dont il soumet les détails à l'Académie :

Ninot (Augustine), âgée de 22 ans, se présenta, le 1er mars 1854, à l'Hôpital Cochin, pour y être traitée d'une tumeur volumineuse développée à la partie supérieure et externe de la jambe gauche. Cette tumeur, dont la malade dit ne s'être aperçue que vers le mois d'octobre 1853, acquit en peu de temps un développement considérable, malgré l'emploi de nombreux moyens résolutifs. Plus grosse qu'un gros œuf d'autruche, elle remplissait le creux poplité et faisait saillie à la partie supérieure et externe de la jambe.

Sa base, complétement immobile, se confond évidemment avec les parties osseuses; sa surface externe lisse, régulière, ne présentait au contraire aucune adhérence aux téguments. Sa consistance était ferme et légèrement élastique, on n'y reconnaissait aucun battement. La malade n'y accusait aucune douleur, seulement l'obstacle mécanique qu'elle apportait aux mouvements rendait la marche presque impossible.

D'après ces symptômes, M. Maisonneuve pensa qu'il avait affaire à une tumeur sarcomateuse et que celle-ci enveloppait la partie supérieure et la tête du péroné. Or, la nature de cette affection et surtout la marche rapide de son développement ne pouvaient guère laisser d'illusion sur la terminaison funeste, si l'art n'intervenait, il crut donc devoir proposer l'opération. Du reste, la malade y était parfaitement résignée, c'était même dans cette intention qu'elle était venue à Paris.

Mais une grande question restait à résoudre : la tumeur communiquait-elle avec l'articulation du genou, ou bien lui était-elle étrangère? Dans le premier cas, l'amputation du membre était de rigueur; dans le second, au contraire, il n'était peut-être pas impossible de le conserver.

L'opinion de M. Maisonneuve fut que l'articulation était bien réellement compromise; cependant, comme il n'en avait pas une certitude complète, il fit connaître à la malade que, pendant l'opération et le bistouri à la main, il ferait une dernière exploration, que s'il reconnaissait la possibilité de lui conserver la jambe, il ne négligerait rien pour obtenir ce résultat, mais que, dans le cas contraire, il n'hésiterait pas à faire l'amputation séance tenante.

C'était le 2 mars 1854.

Tout étant disposé pour ces diverses éventualités et la malade étant soumise au chloroforme, M. Maisonneuve fit à la partie postérieure du jarret une longue incision qui divisa la peau et toute l'épaisseur du muscle soléaire externe. La tumeur, ainsi mise à nu, le chirurgien chercha d'abord à l'énucléer des parties voisines, mais il acquit promptement la certitude qu'elle était intimement confondue non seulement avec le péroné, mais encore avec les fibres du muscle soléaire qui y prennent insertion. Il reconnut aussi qu'elle pénétrait dans l'articulation du genou et que les gros troncs vasculaires et nerveux y adhéraient d'une manière intime.

La conservation du membre était dès lors impossible; aussi, sans plus tarder, M. Maisonneuve se décida à en faire le sacrifice et pratiqua la désarticulation du genou par la méthode circulaire. Cette opération fut simple et rapide, et la plaie fut réunie au moyen de bandelettes de diachylon. Pendant les premiers jours, tout se passa sans le moindre accident; mais, le 12 mars, il se manifesta, à la chute du fil principal, une hémorrhagie grave qui força ce chirurgien de faire la ligature de l'artère fémorale à la partie moyenne du membre. Depuis ce moment, la plaie prit un aspect moins favorable, elle se remplit de pus fétide dont la résorption entretint un dévoiement colliquatif; la malade tomba dans un état de dépérissement extrême. Il devenait urgent de combattre cette putridité et de soustraire la malade à cette cause incessante d'empoisonnement. Pour cela, M. Maisonneuve enveloppa le moignon d'un manchon de caout-

chouc vulcanisé; puis, à l'aide d'une petite pompe adaptée à l'extrémité de ce manchon, il fut facile d'extraire tout le pus renfermé dans les anfractuosités de la plaie. Cette opération, répétée plusieurs fois par jour, sans douleur, sans gonflement du moignon, eut tout le succès qu'il s'en était promis; les accidents colliquatifs cessèrent, la cicatrisation reprit sa marche, et peu à peu, la malade arriva à la guérison complète. Aujourd'hui, la plaie est entièrement cicatrisée, la malade a recouvré ses forces et son embonpoint, et, grâce à la jambe artificielle construite dans les ateliers de M. Ferdinand Martin, l'un de nos plus habiles mécaniciens orthopédistes, elle peut se servir de son moignon avec autant de facilité que si l'amputation eût été pratiquée dans la continuité de la jambe.



Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcome fibro-plastique de la partie supérieure du péroné; sa surface extérieure est entièrement recouverte par le périoste épanoui, et reçoit l'insertion de toutes les fibres musculaires et tendineuses qui, dans l'état normal, vont s'attacher à cette partie du péroné.

L'intérieur de cette tumeur contient de nombreuses lacunes remplies de sang et de sérosité rougeâtre et séparées par des cloisons fibreuses d'épaisseur extrêmement variable. Dans le point où cette tumeur se continue avec la partie saine du péroné, on voit les fibres de l'os s'écarter en éventail pour se confondre avec sa coque ostéo-fibreuse. Le microscope n'y a démontré que du tissu fibro-plastique sans mélange de cellules cancéreuses.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99 *et* 103 *du tome* 2.)

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

Messieurs, nous en sommes restés, dans la dernière Leçon, à l'application du bandage pour la hernie ombilicale chez l'adulte. J'ai élevé à la hauteur d'un principe, sans exception, que pas un bandagiste ne sait maintenir une hernie ombilicale; ils font tous une pelote trop épaisse, qui, appuyant sur la paroi abdominale mobile, maintient les viscères un moment, puis glisse et bientôt ne maintient plus rien. D'un autre côté, je vous ai dit qu'il ne faut pas trop serrer le ventre avec la ceinture; je vous ai exposé les inconvénients qui en résultent. Voici où j'ai été conduit par l'expérience, pour l'application du bandage ombilical chez l'adulte :

Pour que la pelote s'applique exactement sur la hernie, sans être exposée à glisser et à laisser la hernie à découvert, la forme du ventre doit être prise en considération. Je fais mouler avec de la cire molle la cavité ombilicale; je fais tailler, d'après cette forme, une pelote dans du caoutchouc plein; je suis sûr alors de contenir exactement la hernie, sans érailler l'anneau ombilical, puisque j'ai une pelote reproduisant exactement la capacité de la cavité ombilicale. Je coupe alors la pelote au ras du ventre: je suis donc bien sûr que la pelote remplira exactement la cavité ombilicale sans presser, par un excès de longueur, sur les viscères qu'elle maintient, et que, par conséquent, elle n'ira pas érailler l'anneau. Je fixe alors la pelote sur une plaque plus large qu'elle, de manière à appuyer sur la paroi abdominale par ses bords qui l'empêchent de pénétrer plus profondément; enfin, cet appareil est maintenu par le ressort mi-corps retenu lui-même par des courroies. Je n'évite pas complétement ainsi les inconvénients que j'ai signalés précédemment comme inhérents aux variations de grosseur du ventre avant ou après les repas; mais la pelote herniaire est montée sur un ressort qui aboutit lui-même à une autre pelote qui porte sur la région lombaire, et ces deux pelotes sont réunies par une courroie; supposons maintenant que le ventre soit distendu par un bon repas, les deux pelotes seront plus fortement pressées qu'avant, mais la plaque retenant la pelote herniaire et l'empêchant de s'enfoncer dans la cavité ombilicale, les effets de cette pression exagérée sont presque nuls.

Il y a, en effet, dans ce bandage, trois élasticités accumulées : élasticité du caoutchouc, élasticité du ressort spiral, et enfin élasticité du bandage. Aux dépens de quoi le ventre se dilate-t-il? Aux dépens du ressort spiral; mais à mesure que la digestion se fait, l'estomac se dégonfle, et, alors, l'élasticité du ressort spiral agit de nouveau : la pression sur les viscères est donc constante, et elle n'a pas varié d'intensité.

Jusqu'ici, je me suis bien trouvé de ce bandage, et, en prenant bien la configuration du trou ombilical, on a un appareil qui n'est pas exposé à se déplacer, même dans les plus grands mouvements du ventre. Sur un de mes confrères il a fallu, à cause d'une forme extraordinaire du ventre, retoucher plusieurs fois à la pelote, sans obtenir de résultat. De guerre lasse, j'allais tenter autre chose, lorsqu'il vint m'annoncer qu'à force de tâtonner, il était arrivé à bien maintenir sa hernie.

Pour appliquer le bandage, comment fait-on rentrer l'intestin? Avec la main gauche, on presse la hernie entre les doigts, de manière à l'effiler, et on pousse directement en arrière; mais quelquefois, elle rentre par le milieu, et l'on sent sur les bords une petite partie qui revient au dehors. Pour éviter cet inconvénient, en même temps que l'on presse avec la main gauche sur le centre de la hernie, avec la main droite on appuie sur les bords, et l'on réussit toujours : on entend alors comme un petit *cloc*, et la hernie est rentrée.

Il y a des hernies qui sont irréductibles : des adhérences se sont formées, et la hernie pend au dehors. Dans ces cas, les bandagistes ne connaissent pas d'autre moyen qu'une plaque convexe; c'est un tort immense. Moulez une pelote sur la hernie, et mettez-la sur une plaque plus grande, de manière qu'elle puisse prendre son point d'appui sur le ventre.

J'ai vu une fois une hernie immense, avec des adhérences, sur une dame très-grande et très-grosse. Les sujets gras ne prennent leur embonpoint que par l'amincissement du derme; la peau est donc très-délicate chez ces individus, et il faut alors, pour éviter les accidents, répartir la pression sur une plus grande surface : pour peu que l'on serre la ceinture sur des sujets gras, elle entre dans la chair, et y fait de ces replis que l'on peut voir sur le ventre des petits enfants; l'épiderme se détruit bientôt dans ces replis, et les malades ne peuvent plus porter le bandage. Cette dame dont je vous parle avait essayé de tous les bandagistes et de tous les bandages; elle avait une plaque métallique assez large, assez solide, qui contenait assez bien la hernie; mais il fallait maintenir la plaque. La malade ne pouvait supporter un ressort; elle avait une ceinture qui se laçait derrière les hanches, mais elle faisait de chaque côté des bourrelets énormes qui faisaient horriblement souffrir la pauvre patiente.

Je compris qu'il fallait absolument s'opposer à la formation de ces replis; il fallait donc empêcher que la ceinture ne se cordât sur les côtés, et ne blessât plus la malade. C'est une chose très-simple : quand on veut passer une ceinture sur le dos d'un cheval, on lui met une petite sellette, et si la pression doit être considérable, c'est une grosse selle ou un bât. Il fallait faire la même chose pour ma malade : je lui fis porter une petite sellette

bien rembourrée, creusée de manière à recouvrir les apophyses épineuses du rachis, et protégeant les chairs de chaque côté ; la courroie en cuir pouvait alors être serrée convenablement sans se cordeler. Ce n'était, certes, ni élégant ni léger; mais cela remplissait parfaitement le but. Vous voyez, messieurs, que d'expédients il faut chercher dans certains cas !

Peut-on guérir l'exomphale de l'adulte? Je n'en sais rien ; je crois l'art aussi impuissant en cela que la nature.

Peut-on faire rentrer un exomphale quand il a contracté des adhérences? Peut-être pourrait-on le faire rentrer; mais comme l'anneau ombilical est très-dilaté, la grande difficulté est alors de maintenir l'intestin réduit, et, une fois l'intestin rentré, on serait peut-être plus embarrassé qu'avant.

Hernies de la ligne blanche.

Les hernies de la ligne blanche sont beaucoup plus communes que les exomphales ; un peu plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Sur les 400 et quelques hernies que j'examinai au Bureau central en 1835, il y avait 5 hernies de la ligne blanche chez l'homme et 7 chez la femme.

A Bicêtre, j'ai trouvé, chez l'homme, 8 hernies de la ligne blanche sur 1,000 vieillards.

Relativement aux exomphales, j'ai trouvé les chiffres suivants : à Bicêtre, 8 hernies de la ligne blanche contre 65 exomphales, et à la Salpêtrière, 2 hernies de la ligne blanche contre 33 exomphales; c'est 1/15 environ : mais rappelez-vous bien que ces chiffres expriment la proportion des hernies de la ligne blanche comparativement aux exomphales.

C'est chez l'adulte que les hernies de la ligne blanche sont le plus communes, il est très-rare d'en trouver chez les enfants, car, pour que cette hernie se produise, il faut qu'il y ait une éraillure de la ligne blanche. Cependant, j'ai vu quelques hernies de ce genre chez des enfants, survenues à la suite de cris très-violents et prolongés.

L'hérédité a une grande influence sur leur production, en outre, il y a chez certains sujets une prédisposition toute spéciale.

Les deux muscles droits de l'abdomen semblent s'écarter au-dessus de l'ombilic : il y a là un petit creux : c'est une faiblesse originelle de la ligne blanche, qui permettra plus facilement à la hernie de se former.

Les hernies de la ligne blanche me paraissent être, plus souvent encore que les autres hernies, dues à une faiblesse générale des parois abdominales : elles arrivent quelquefois à la suite des efforts pour crier. Ainsi, dans une autre partie de ce cours, je vous ai parlé de ce brave homme qui fut traité par Boyer d'une fracture du col du fémur, et qui, criant jour et nuit, se fit naître une hernie de la ligne blanche.

Grand nombre de ces hernies, comme dans les autres espèces de hernies, se font spontanément, sans cause connue.

Ce qui me semble parfaitement démontrer que ces hernies sont dues à une faiblesse générale de l'enveloppe abdominale, c'est que très-rarement elles sont simples. Sur les 5 hernies de la ligne blanche chez l'homme, que j'ai trouvées au Bureau central en 1835, il n'y en avait pas une seule qui fût simple.

La première était compliquée de hernie inguinale simple ; la deuxième était compliquée de hernie inguinale double ; la troisième était compliquée de hernie ombilicale ; la quatrième était compliquée de hernie inguinale et une seconde hernie de la ligne blanche ; la cinquième était compliquée d'une hernie inguinale, une crurale, et une seconde hernie de la ligne blanche.

Enfin, j'ai vu un autre malade qui portait 6 hernies ; il aurait pu suffire à lui seul pour tout un cours de hernies. Chez la femme, la proportion est à peu près la même.

Ce sont donc bien des hernies de faiblesse. Quand elles sont multiples, ce sont toujours celles de la ligne blanche qui se produisent les dernières ; et quand vous trouvez, sur un sujet, une hernie de la ligne blanche, il est excessivement rare de n'en pas trouver une autre ailleurs.

Les hernies crurales sont souvent compliquées d'autres hernies, mais dans une proportion très-faible. Avec une hernie crurale, il est rare d'en trouver deux ou trois autres. La hernie crurale est aussi bien plus fréquemment seule; tandis que, sur 18 hernies de la ligne blanche (hommes et femmes ensemble), il n'y en avait que 4 qui fussent simples.

Un point très-singulier à noter dans l'histoire des hernies de la ligne blanche, c'est qu'elles siégent presque exclusivement au-dessus de l'ombilic, quelquefois très-près de celui-ci, à 2 ou 3 millimètres, quelquefois à 1 ou 2 pouces, d'autres fois enfin plus haut : ces dernières sont très-mauvaises, car c'est l'estomac qui les forme.

D'où vient cette prédisposition ? Il est bien difficile de reprendre cette théorie de M. J. Cloquet, qui fait intervenir ici l'action du diaphragme qui pousse les viscères en avant ; mais c'est toujours sur la moitié inférieure de la paroi ventrale que retentit l'action du diaphragme. Or, il est très-rare de trouver une hernie de la ligne blanche existant au-dessous de l'ombilic ; en 1840, je n'en avais encore vu qu'une seule ; depuis, j'ai bien idée d'en avoir trouvé une autre, mais je ne sais ce qu'est devenue l'observation : je n'ose donc pas vous l'affirmer.

Quel est le volume des hernies de la ligne blanche? Il est très-variable ; il y en a de très-petites, et j'en ai vu une qui avait le volume de la tête d'un adulte, elle avait son siége au-dessus de l'ombilic, l'estomac y était certainement contenu. J'essayai de la faire rentrer, mais quand je poussais d'un côté, elle sortait de l'autre ; le malade, qui en avait l'habitude, la réduisit d'un seul coup de main.

Il faut maintenir ces hernies, mais comment? Quand elles sont petites, on les maintient avec une petite pelote aplatie, assez large pour bien boucher l'orifice de la hernie.

Chez l'adulte, on a à lutter, dans l'application de ce bandage, contre l'accroissement abdominal après les repas : on met alors par-dessus la pelote un appareil dont je vous ai déjà parlé, la double plaque séparée par un ressort spiral.

Peut-on guérir les hernies de la ligne blanche? Non.

Ces hernies s'étranglent-elles? Je n'en ai jamais vu d'étranglées.

En outre de ces hernies ordinaires de la ligne blanche qui siégent au-dessus de l'ombilic, il y a encore ce que l'on appelle des *éventrations;* cela se rencontre surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants et dont le ventre, par suite de ces nombreuses couches, a été fortement éraillé. C'est une masse d'intestin qui passe par une fente de la paroi abdominale. Pour voir quelle est la largeur de l'ouverture qui livre passage aux viscères, il faut faire coucher la malade, faire rentrer l'intestin, placer la main dans la fente abdominale et faire lever alors la femme, l'écartement des muscles en ce moment mesure la largeur de l'ouverture.

Comment maintient-on ces hernies ou plutôt ces éventrations? C'est avec une ceinture très-large, car avec une pelote, si large qu'elle fût, on ne pourrait venir à bout de contenir tout le ventre. Pour remédier à cette infirmité, quelques malades vont chez une couturière se faire faire une ceinture, d'autres vont trouver un bandagiste : tous les bandagistes disent : « Il y a là une éventration » (c'est quelquefois un sujet dont le ventre est très-gros, et tombe au point de masquer complétement les parties génitales, mais sans qu'il y ait éventration). Que ce soit l'un ou l'autre de ces deux cas, il s'agit de soutenir la paroi ventrale qui tombe en avant. Le bandagiste dit : « Une ceinture comme ci, une ceinture comme ça, et le ventre sera maintenu ; » mais les individus qui ont ce gros ventre sont le plus généralement de grands mangeurs, l'estomac se remplit très-vite, et le malade se figure que c'est l'effet de la dilatation du ventre. Non, pas du tout, c'est une maladie causée par la ceinture.

Règle générale. Aucune ceinture ne doit passer au-dessus de l'ombilic ; sans cela, vous comprimerez l'estomac et vous causerez aux malades de telles douleurs d'estomac pour le moindre repas qu'ils feront, qu'ils seront condamnés à jeûner toute leur vie.

Ici s'arrêterait ce que je dois vous dire des hernies réductibles

ou irréductibles, s'il ne me restait encore à vous parler des hernies anomales.

A. Cooper a vu des hernies qui siégeaient dans la ligne semi-circulaire en dehors des muscles droits. On a dit qu'il y en a qui se font vers la région lombaire ; par le trou obturateur, je n'en ai jamais vu qu'un seul cas. On a parlé aussi de hernies qui se font par un trou quelconque causé par une plaie : je n'en ai vu qu'un cas chez un vieux troupier qui avait reçu un coup d'une lance de Cosaque ; la cicatrice qui avait succédé à la plaie s'était éraillée et avait livré passage à l'intestin.

M. Gerdy a cité des hernies qu'il appelait *hernies ad. inguinales :* elles se faisaient par l'aponévrose du grand oblique.

Des hernies un peu plus communes que ces différentes espèces dont nous venons de parler se font par l'anneau inguinal externe sans passer par l'anneau inguinal interne : ce sont les hernies que l'on appelle *hernies inguinales directes;* nous en parlerons à propos de l'étranglement.

J'ai vu à Bicêtre un cas singulier de hernies symétriques que personne n'a encore signalées ; c'était un individu qui avait deux hernies sorties à 1 pouce en dehors et en arrière de l'anneau ; elles étaient interstitielles entre les muscles des parois abdominales, sans passer dans l'anneau ni dans le canal.

Si l'on fouillait bien les auteurs, on trouverait bien sûr à grossir cette liste de hernies rares. Quand il vous arrivera de rencontrer dans votre pratique une de ces hernies extraordinaires, consultez soigneusement sa nature et les données anatomiques qu'elle présente, suivez les règles générales pour la cure de toutes les hernies, en les modifiant suivant le cas particulier, et allez sans inquiétude. A.-P. DOUMIC.

(La suite à un prochain numéro.)

Sur le traitement de la fièvre intermittente.

Nous extrayons du *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers,* les préceptes suivants sur la thérapeutique des fièvres d'accès qui, comme on le sait, sont endémiques dans le Poitou. L'auteur de ce travail, M. le docteur Vergier de Saint-Savin, nous paraît avoir bien saisi les indications générales que le praticien ne doit jamais perdre de vue dans le traitement de ces maladies, si diverses dans leurs manifestations, bien qu'elles soient dues à une cause unique.

« Le traitement consiste dans le fébrifuge par excellence, le quinquina et ses préparations comme moyen de fonds, et dans les vomitifs comme adjuvants indispensables, lorsqu'il y a complication saburrale ou bilieuse. Le quinquina en opiat m'a toujours paru plus sûr que les sels de quinine dans les cas réfractaires, si communs dans ce pays. On le prend plus longtemps, et il paraît avoir sur l'économie une action moins vive. Il ne stimule pas au même degré ; mois il oppose aux influences morbides des influences salutaires qui, si elles sont plus lentes, ont l'avantage de ne pas surstimuler aussi facilement et qui retentissent plus longtemps dans l'économie.

« Parmi les sels de quinine, les préparations solubles ont ma préférence ; l'acétate de quinine, ou la dissolution du sulfate par l'acide tartrique, m'ont toujours mieux réussi. On obtient par eux une saturation quinique plus prompte à dose bien moindre ; et comme on peut mesurer la quantité absorbée, puisque tout ce qu'on administre est susceptible de l'être, la prudence est mieux satisfaite ; la sursaturation et tous ses accidents de surdité, d'étourdissements et de paralysies sont moins à redouter.

« L'essence de térébenthine réussit dans les cas légers, particulièrement chez les femmes et les enfants. En frictions sur la colonne vertébrale et en embrocation sur la région lombaire pendant l'accès, elle coupe parfois la fièvre, et diminue surtout l'intensité et la durée de ses accès lorsqu'on en fait l'application au moment du frisson. Le plus souvent on rencontre la forme saburrale ou bilieuse ; on se trouve très-bien alors d'un vomitif au début. Les purgatifs m'ont semblé mieux convenir après la disparition des accès, quand on ne pouvait émétiser dès le principe. Mais commencer un traitement par ce mode d'évacuation n'est pas prudent, et il m'est démontré, conformément à l'opinion de Hufeland, qu'à moins d'indication toute particulière, on s'expose à augmenter les accès de force et de fréquence. En général, il ne faut pas affaiblir, et les hémorrhagies artificielles, comme aussi les évacuations séreuses, sont, dans les cas ordinaires, formellement contre-indiquées.

« D'accord avec l'observation de la plupart des praticiens, la mienne me porte à penser qu'il est très-dangereux d'attendre la venue d'un certain nombre d'accès avant d'administrer le fébrifuge ; car l'état pernicieux pourrait facilement venir les compliquer. On ne gagne rien à cette expectation sans motif. Cependant quelques confrères exerçant dans la contrée, ont conservé cette méthode, pensant qu'après quelques accès passés d'eux-mêmes, la fièvre est usée un peu par les seuls efforts naturels, et se laisse plus facilement couper ; ils prétendent ainsi avoir moins de récidives. Le sulfate de quinine est redouté par eux à cause des accidents cérébraux : mais ces accidents ne sont pas à comparer aux chances pernicieuses qui atteignent facilement les personnes frappées d'une lésion organique ou d'une cachexie.

« Appréciant d'autre part cette expectation au point de vue vitaliste, on peut dire qu'elle n'est fondée sur rien. Le fébrifuge n'agit pas physiquement ni chimiquement contre la diathèse paludéenne, et l'on n'est pas sûr, en l'administrant, d'obtenir à volonté des effets curatifs, comme lorsqu'on met en contact un acide avec sa base pour en faire un sel. On ne combine pas remède et maladie pour produire un quinate palustre dépendant et de la quantité et de la qualité physique et chimique des éléments qui en seraient les facteurs. L'action du quinquina, sitôt qu'il est introduit dans l'économie, est élevée au degré physiologique, parce que ce remède est vitalisé. Dans cet état physiologique, il féconde les propriétés saines de l'organisme, leur fait appel, et les provoque à digérer, séparer ou éliminer, comme le dit l'École hippocratique, et il en corrobore les moyens d'action, si réellement les propriétés auxquelles il s'adresse sont saines. Or, quels sont ces moyens d'action ? Ce sont les phénomènes eux-mêmes qui constituent l'organisation, et dont la force de résistance et d'utilité vitale, autrement dit la nature médicatrice, dispose pour former chacune de ses réactions salutaires, critiques ou autres. Qu'est-ce que cette force ? Quels sont les phénomènes constitutifs dont elle se sert ?

« La nature médicatrice est, pour l'organisation animale, la puissance que le Créateur ne pouvait refuser à aucune créature vivante à qui il avait fixé une certaine durée d'existence, la puissance de résister aux efforts étrangers qui s'attaquent à l'organisme, et par suite de maintenir son unité vitale et rétablir son intégrité, rompue par des hétérogènes. Les phénomènes constitutifs, qui sont les moyens d'action de la nature médicatrice sont les deux ordres, végétatif et nerveux : 1° la chaleur propre, l'assimilation, l'absorption, l'excrétion, la contraction, la circulation, la sécrétion, le sommeil, telles sont les conditions végétatives coordonnées par l'innervation ganglionnaire, qui en est, pour ainsi dire, le moteur ; 2° les facultés instinctives, sensibles et intellectuelles, avec l'innervation cérébro-rachidienne, qui en établit les sympathies.

« Pour opérer ses réactions, la nature médicatrice s'appuie sur les propriétés saines de l'économie et les met en jeu. La médecine doit imiter cette sage doctrine, et faire en sorte de calmer les propriétés morbifiées pour les ramener à leur intégrité à l'aide des facultés restées saines. Or, dans les cas de fièvre intermittente, toutes les probabilités actuellement acquises à la science donnent à penser que peut-être cette maladie frappe les facultés nerveuses primitivement. L'absence de toute lésion organique, le tremblement, les intervalles, où le plus souvent tout symptôme disparaît, établissent des analogies entre elles et les affections nerveuses. *A priori* donc, il paraît naturel de calmer ces propriétés nerveuses ; et, en effet, il est d'observation que l'opium associé à la quinine en rend l'effet plus assuré et plus com-

plet ; il calme, tandis que le fébrifuge provoque d'autre part les conditions végétatives en les tonifiant, c'est-à-dire en leur ajoutant des influences spéciales coordonnées avec les tendances de la nature médicatrice. Si donc on attend le développement de plusieurs accès, n'a-t-on pas à craindre, d'une part, que la diathèse paludéenne ne morbifie peu à peu les propriétés saines, et qu'au moment choisi pour son intervention, le médecin ne trouve plus que la maladie partout? N'a-t-il pas à redouter aussi une bien plus grande chance de provoquer ainsi à l'action une propriété qui, gagnée par la maladie, demanderait bien plutôt à être calmée?

« D'autre part, il arrive à tout praticien de rencontrer des constitutions ainsi faites, que le remède n'agit sur elles que plusieurs jours après son administration. Alors, le remède donné, on est en droit de s'en tenir à des moyens hygiéniques; de peur de susciter une fièvre quinique. En commençant par ces moyens hygiéniques, l'action du remède pourrait bien arriver trop tard.

« L'expectation à l'aide de ces moyens hygiéniques ne me paraît permise que chez les individus doués du vice que Hunter nommait irritabilité. Chez eux le quinquina, comme tous les remèdes proprement dits, irrite le système nerveux, surstimule précisément l'innervation qu'il faut laisser en repos et complique sans aucun avantage la maladie. Ce sont les *noli me tangere* de la médecine, et la médication physiologique, ou la médecine des symptômes, reste alors comme seule ressource au médecin intelligent.

« Une considération importante est celle ci : l'on n'est pas sûr d'obtenir à l'instant voulu l'effet curatif, ou même l'impression de laquelle il dépend; car il arrive souvent que l'organisme n'obéit pas : ainsi, on ne purge pas toutes les fois qu'on a donné le purgatif le mieux approprié ; on n'obtient pas toujours la sédation avec les sédatifs les plus habilement choisis ; il faut pour cela que l'organisme y soit bien disposé, il faut qu'il y *consente*. Il vaut donc mieux solliciter ce consentement plus tôt que plus tard, afin d'obtenir au plus vite la tolérance de l'activité médicamenteuse.

« Pour résumer succinctement ce qui est relatif au traitement, il m'a paru convenable d'employer plusieurs méthodes, selon les indications ou tendances naturelles et selon les sujets. En général, je ne crois pas possible d'éviter les vomitifs, aussi bien dans les maladies simples que dans les fièvres compliquées du vice pernicieux. Alors, pour ne pas retarder l'emploi du spécifique, j'ai pour habitude de le donner par l'anus, sous forme de suppositoires, et je préfère encore pour cela des sels solubles, en les associant à l'opium. Ce mode d'administration est surtout utile chez les enfants.

« La meilleure manière d'administrer le fébrifuge dans les cas réfractaires, et pour éviter les cachexies chez les gens prédisposés, est celle-ci : on fait avec le quinquina et le miel un opiat que l'on donne, pendant huit ou dix jours, ou en bols, ou en le délayant dans un mélange d'eau et de vin rouge. »

PHARMACOLOGIE.

Des préparations de houblon,

Par M. Personne, *pharmacien en chef de l'hôpital du Midi.*

Dans un travail remarquable et étendu sur l'histoire naturelle, chimique et pharmacologique du houblon, M. Personne a donné, sur les préparations de cette plante, des détails qui intéresseront les médecins et les pharmaciens. Nous publierons ces détails *in extenso.*

Le houblon est un des agents thérapeutiques dont l'emploi est journalier, sans être cependant de premier ordre. Malgré la fréquence et l'ancienneté de son usage en médecine, les thérapeutistes ne sont pas tous d'accord sur ses propriétés. Ainsi, le lupulin a été préconisé, en Amérique, comme un narcotique pouvant remplacer l'opium dans certains cas ; c'est, dit le docteur Yves, « la seule substance qui réunisse la propriété d'être aromatique, tonique et narcotique à la fois. » On a dit aussi que la matière amère diminuait les facultés digestives, etc.

Il ne m'appartient pas de discuter ici les propriétés médicales de cet agent, mais je crois devoir dire que, pendant le cours de la longue étude à laquelle je me suis livré, je n'ai observé aucune action narcotique aux produits volatils, quoique je me sois souvent trouvé soumis à l'action de leurs vapeurs. La matière amère, que j'ai ingérée très-souvent, n'a jamais diminué ni apporté le moindre trouble dans mes fonctions digestives ; cette expérience, répétée sur un grand nombre de sujets, a toujours donné les mêmes résultats; j'ai vu plusieurs personnes ingérer par jour, depuis, 1, 2 et jusqu'à 12 grammes de lupulin, entier ou trituré avec du sucre, sans qu'elles aient ressenti de dérangement sensible dans leurs fonctions vitales. Le seul effet que j'ai bien constaté était produit par l'odeur repoussante de l'acide valérianique impur, odeur tellement adhérente aux doigts sur lesquels on a le malheur d'en répandre, qu'elle peut provoquer des nausées, qui ont été pour moi, quelquefois, la cause d'insomnies très-désagréables.

Je crois donc qu'il faut tout simplement considérer le houblon comme un puissant antispasmodique, et le ranger à côté de la valériane, sur laquelle il possède l'avantage d'être tonique et antispasmodique à la fois.

Appliquons maintenant les connaissances acquises par ce travail à la préparation de diverses formules médicamenteuses qui ont pour base le houblon ou le lupulin.

La plus ancienne de ces préparations, et la seule employée, à peu près, jusqu'ici, est la tisane de houblon; elle s'obtient par l'infusion de 16 grammes de cônes de houblon dans 1 kilogramme d'eau bouillante.

Je n'ai pas la prétention de changer cette formule, mais il est une recommandation que je crois devoir faire au médecin aussi bien qu'au pharmacien : le médecin a l'habitude de prescrire, et le pharmacien, par conséquent, celle de délivrer du *houblon mondé :* ce mode est vicieux ; car, il a pour but de perdre la presque totalité du *lupulin,* qui est, comme il a été démontré, la partie du houblon qui renferme seule le principe actif. Il faut donc avoir le soin de ne prescrire et de n'employer que les cônes entiers du houblon, et encore doit-on préférer les cônes que le commerce destine spécialement à la fabrication de la bière (1), à celui qui croît naturellement aux environs de Paris.

Cette tisane doit se préparer avec :

Cônes entiers de houblon cultivé...	15	grammes.
Eau bouillante....................	1,000	—

Faites infuser pendant deux heures et filtrez.

Cette infusion est claire, aromatique et amère. Elle contient en même temps le principe amer (*lupuline*) et les principes huileux aromatiques qui s'y trouvent dissous à la faveur d'une certaine quantité de résine.

Il faut éviter la décoction, qui donne un liquide trouble impossible à éclaircir par la filtration, à cause de la grande quantité de matière résineuse qu'il renferme en suspension.

Quelques pharmacopées contiennent la formule d'une teinture et d'un extrait de houblon : la première, préparée avec les cônes et l'alcool à 56° cent.; la seconde, en traitant les cônes reduits en poudre grossière, par lixiviation au moyen de l'alcool au même degré. Ces préparations me paraissent peu rationnelles; car il est démontré, par des expériences antérieures aux miennes, que tous les houblons du commerce ne contiennent pas la même quantité de *lupulin,* et de plus, une lixiviation n'est pas suffisante pour pénétrer les grains de lupulin et en dissoudre les principes.

Je propose de les remplacer par d'autres préparations qui ont pour base le lupulin. Ce moyen permet d'obtenir des médicaments, sur la valeur desquels on peut sûrement compter, puisque la base en est toujours fixe.

Occupons-nous d'abord de l'extraction et des moyens proposés pour purifier le lupulin. On l'obtient facilement en froissant les cônes entiers de houblon sur un tamis de crin ; en le faisant ensuite passer, à plusieurs reprises, à travers un tamis de soie, on le sépare des débris d'écailles et des fruits qui l'accompagnent. Ainsi obtenu, ce lupulin contient une assez grantité de sable fin, transporté sur les cônes par le vent. Je me suis assuré, par plusieurs dosages, que ce sable s'y trouve dans la proportion de 8 à 10 pour cent en moyenne.

M. Planche propose de séparer ce sable par l'immersion du lupulin dans l'eau ; la pesanteur spécifique différente de ces deux corps permet, selon lui, d'obtenir cette séparation complète. Mais ce mode doit être rejeté, d'abord, comme insuffisant ; ensuite, parce que l'eau altère toujours le lupulin. Le sable siliceux qui accompagne le lupulin ne nuit en rien aux préparations auxquelles il peut être employé ; il suffit de purifier le lupulin par des tamisages successifs, et de le renfermer ensuite dans des flacons bien bouchés pour éviter une oxydation ultérieure.

Comme il est impossible de séparer tout le lupulin renfermé dans les cônes de houblon, et que ceux-ci en retiennent encore une assez grande

(1) Les brasseurs ont depuis longtemps reconnu la nécessité de retenir le lupulin dans les cônes de houblon, aussi ces cônes sont-ils conservés de manière à ce que les écailles qui les composent ne se désagrégent pas.

quantité, on peut les destiner à la préparation de l'acide valérianique et d'un extrait hydro-alcoolique.

Extrait hydro-alcoolique de houblon.

Pr. Cônes désagrégés de houblon...... Q. V.

Placez ces cônes dans la cucurbite d'un alambic avec une suffisante quantité d'eau, et distillez. Séparez l'huile essentielle de l'eau acide à l'aide du récipient florentin. Cette eau acide pourra servir à l'obtention de l'acide valérianique, en la saturant par le carbonate de soude, évaporant à siccité et traitant le sel par l'acide sulfurique dans un appareil distillatoire.

Évaporez au bain-marie le décoctum, après l'avoir filtré sur un tamis, traitez l'extrait obtenu par l'alcool à 91 centésimaux qui sépare une grande quantité de matières extractives insolubles ainsi que des sels. La solution alcoolique filtrée, après refroidissement, pour éliminer la matière sireuse qu'elle peut renfermer, est ensuite soumise à la distillation pour retirer la majeure partie de l'alcool, puis évaporée en consistance d'extrait.

Cet extrait est aromatique et très-amer, il renferme une grande quantité de matière résineuse, et n'est, par conséquent, pas entièrement soluble dans l'eau. Il peut, je crois, être substitué avec avantage à l'extrait de valériane dans le cas où cet extrait est employé comme antispasmodique associé à d'autres médicaments, comme dans les pilules de Méglin, etc.

Préparations de lupulin.

J'ai eu pour but d'obtenir, par les formules suivantes, des médicaments dans lesquels les principes médicamenteux sont toujours dans des rapports simples et parfaitement connus; afin que le praticien puisse se rendre facilement compte de la dose de médicament réelle qu'il veut prescrire.

Teinture alcoolique de lupulin.

Pr. Lupulin.................... 1 partie.
Alcool à 36° 91 cent........ 4 —

Faites digérer pendant dix jours dans un vase clos : une température de + 30 à + 40° favorise l'action dissolvante de l'alcool; passez avec expression, filtrez et conservez pour l'usage.

Cette teinture contient exactement 15,12 p. cent de matière dissoute (1); par conséquent, 5 grammes représentent 1gr,07 de lupulin, rapport très-simple.

Extrait alcoolique de lupulin.

On l'obtient facilement en évaporant à une douce chaleur la teinture alcoolique de lupulin. 50 grammes de lupulin donnent 35gr,60 de matière dissoute, par conséquent, 70 centigrammes de cet extrait représentent 1 gramme de lupulin. Cet extrait est très-résineux, très-aromatique et amer. Il peut s'administrer en pilules, et doit être substitué au lupulin entier dont il contient tous les principes actifs. Il faut le conserver en vase clos pour éviter son altération.

Sirop de lupulin.

Pr. Sucre blanc............. 333 grammes.
Teinture de lupulin....... 25 —
Eau....................... 180 —

Concassez le sucre, mêlez-le bien avec la teinture, puis ajoutez l'eau peu à peu; portez le tout jusqu'à l'ébullition, puis filtrez et conservez pour l'usage. Ce sirop est un peu trouble, sa saveur est amère et aromatique; il n'est pas d'une amertume désagréable et peut être facilement administré aux enfants. 100 grammes de sirop représentent 1 gramme de lupulin.

Saccharure de lupulin.

Pr. Sucre blanc en poudre grossière..... 100 grammes.
Teinture de lupulin............... 25 —

Mêlez par trituration la teinture au sucre; faites ensuite évaporer l'alcool à l'étuve à une douce chaleur; 20 grammes de ce saccharure représentent 1 gramme de lupulin.

En substituant ce saccharure au sucre dans la préparation de la gelée de grénétine, on peut préparer la gelée suivante :

Gelée de lupulin.

Grénétine.............................. 2gr,5
Eau.................................... 60
Saccharure de lupulin.................. 40

pour obtenir 100 grammes de gelée qui représentent 2 grammes de lupulin.

Enfin, on a recommandé une pommade de lupulin dont la formule a été donnée par M. Planche; il obtenait cette préparation, en triturant une partie de lupulin avec trois parties d'axonge, et faisant chauffer au bain-marie pendant six heures, etc., etc.

(1) 5 grammes de cette teinture donnent 0gr,756 d'extrait.

Ce procédé doit être tout à fait rejeté : 1° parce qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de déchirer les grains de lupulin par la trituration; 2° les corps gras pénètrent difficilement le lupulin, même avec le secours de la chaleur. La formule suivante doit donner une préparation bien préférable :

Pommade de lupulin.

Pr. Axonge.............................. 30 grammes.
Extrait alcoolique de lupulin........ 3 —

On ramollit le lupulin par une légère chaleur et quelques gouttes d'alcool, puis on le divise dans l'axonge. On comprend que cette pommade doit être légèrement excitante par les principes résineux odorants qu'elle renferme. Cette dose d'extrait alcoolique représente, à peu de chose près, 4 grammes de lupulin.

Je dois ajouter, en terminant, que je ne préjuge en rien la valeur médicale de ces préparations. Je n'ai eu d'autre but, après avoir soumis le lupulin à une étude sérieuse, que celui de passer en revue les diverses préparations dont il avait été l'objet, et de présenter des formules plus rationnelles et basées sur les notions fournies par l'analyse des principes renfermés dans cette glande.

J'ai fait ce que j'ai pu, le reste est du domaine de la médecine.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du choléra. — Mixture anticholérique,

Par M. le Dr Tony Saucerotte fils (de Lunéville).

Malgré le nombre immense de formules qui inondent nos journaux de médecine, j'ai cru utile de faire connaître un composé médicamenteux qui réunit, sous un petit volume, des propriétés énergiques, aptes à répondre aux diverses indications fournies par le choléra. La formule que je présente a, sur plusieurs autres de même nature, l'avantage d'être plus rationnelle et de pouvoir être dosée plus exactement qu'elles. L'élixir de Thielmann, par exemple, fort en vogue dans notre département, où l'a importé de Paris un personnage haut placé, contient l'ipéca à une dose évidemment trop faible pour agir comme modificateur, et plus propre, je crois, à provoquer des nausées, si le malade y est déjà disposé. Il ne contient, en effet, que les principes solubles de 0,50 ipéca pour 38,00 de liquide. Voici sa formule :

Vin d'ipéca . . . . . . } ââ 8 grammes,
Huile de menthe poivrée. . }
Teinture d'opium safranée . . . 4 grammes.
Teinture éthérée de valériane . . 15 grammes.

J'ai modifié la mixture de Strogonoff, ainsi formulée dans l'officine de Dorvault :

Teinture éthérée de valériane. } ââ 4 grammes.
Liqueur d'Hofmann. . . . }
Teinture de noix vomique. . } ââ 2 grammes.
Teinture d'arnica, ... }
Teinture d'opium. . . . . . 3 grammes.
Essence de menthe. . . . . . 1 gramme.
M.

Voici celle que je propose :

R. Strychnine. . . . 0,10.
Alcool. . . . . . . 2,00.
F. dissoudre et ajoutez :
Teinture éthérée de valériane.. } ââ 4 grammes.
Liqueur d'Hofmann. . . . . }
Laudanum de Rousseau. . . } ââ 3 grammes.
Huile essentielle de menthe. . }
M.

Vingt gouttes ou une dose, représentent 0,006 à 0,007 de strychnine, 5 gouttes de laudanum et 5 gouttes d'essence de menthe. Trois doses doivent suffire, données à une demi-heure d'intervalle, dans la pluralité des cas.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Août 1854. — Présidence de M. Régnault.

Corps étrangers introduits par les plaies d'armes à feu.

M. Sédillot adresse quelques réflexions sur la difficulté avec laquelle l'organisme supporte les corps étrangers introduits par les plaies, et sur la

nécessité de les extraire autant que possible ; il insiste sur la rareté du fait communiqué par M. Guyon (balle enkystée au sommet du poumon).

Recherches sur la structure du conarium et des plexus choroïdes, chez l'homme et les animaux.

M. Faivre communique des recherches qu'il résume ainsi :

« J'ai reconnu que trois éléments entrent dans la constitution du conarium chez l'homme et les animaux : une capsule fibro-vasculaire, une matière molle parenchymateuse et un élément inorganique.

« La matière parenchymateuse, qu'on a regardée jusqu'ici comme formée par la substance grise, en diffère complétement par la structure. A un grossissement de 500 diamètres, on la trouve invariablement formée par des corps arrondis ou ovoïdaux, à bords nets, grenus à l'intérieur, et d'un volume variable suivant l'âge et les espèces. Leur grand diamètre varie chez l'homme de $0^{mm},010$ à $0^{mm},015$; il est de $0^{mm},020$ chez le cheval et le bœuf ; de $0^{mm},002$ chez la poule, et de $0^{mm},012$ dans la tortue terrestre. Ces corps singuliers, dont la réunion constitue le parenchyme, sont insolubles dans l'eau, l'acide nitrique et l'alcool. Dans quelques circonstances, on les voit nettement entourés d'une cellule ; il est, par conséquent, naturel de les regarder comme des noyaux.

« D'après mes observations, je regarde comme certain que chez l'homme comme chez les animaux, la glande pinéale est constituée par un élément histologique particulier, distinct de ceux qui entrent dans la composition du tissu nerveux.

« Par une singulière coïncidence, ce petit organe, qui a donné lieu, au XVIIe siècle, aux célèbres théories de Descartes, révèle encore aujourd'hui les particularités curieuses d'une organisation spéciale.

« Depuis la belle dissertation de Sœmmering, on connaît les modifications des concrétions inorganiques désignées sous le nom d'acervulus. J'ai montré que ces concrétions n'existent pas chez les animaux, mais qu'on trouve toujours dans le conarium des mammifères et des oiseaux, soit des grains de phosphate de chaux, soit des lamelles de cholestérine.

« Je devais porter mon attention sur la glande pinéale du chien, Duverney ayant nié son existence devant l'Académie, en 1683. Déjà son assertion, soutenue par Samuel, Collins et Comper, a été plusieurs fois réfutée. Mes observations lèvent tous les doutes, puisque non-seulement j'ai trouvé le conarium chez les chiens, mais que j'y ai encore constaté la présence des éléments constants et caractéristiques qui le composent chez l'homme et les animaux.

« Les plexus choroïdes de l'homme offrent trois dispositions particulières que j'ai cru devoir désigner sous les noms de villosités choroïdiennes, d'amas choroïdiens, et de vésicules choroïdiennes ; ces villosités sont ces saillies flottantes, découpées, multiples, qui hérissent la face supérieure du plexus, et se distinguent surtout lorsqu'on a soin de les examiner sous l'eau.

« Les amas choroïdiens ont la forme de masses oblongues, situées généralement au niveau de l'étage inférieur des ventricules latéraux.

« Les vésicules choroïdiennes forment une grappe que tapisse la cavité même du ventricule latéral. On savait déjà que les villosités choroïdiennes sont formées par des anses vasculaires, tapissées par une couche d'épithélium pavimenteux ; mais il restait à faire connaître la nature et les modifications de cet épithélium.

« Chez l'enfant, les cellules sont souvent irrégulières, elles renferment un noyau volumineux ; ce noyau diminue de volume avec l'âge, il peut même disparaître entièrement. Chez les animaux, l'épithélium des plexus choroïdes est toujours nucléaire et représente l'état primitif de l'épithélium humain.

« Il se forme, avec l'âge, dans toutes les cellules épitéliales des concrétions inorganiques consistant en petits grains arrondis de phosphate de chaux. Ces grains se développent tantôt dans l'intérieur du noyau, tantôt entre celui-ci et la cellule. Leur abondance et leur constance, chez l'homme et les animaux, me conduisent à les regarder comme des produits normaux.

« Il y a, sans doute, plus d'une analogie à établir entre ces productions inorganiques des cellules animales, et les dépôts cristallins ou amorphes des cellules végétales.

« Les vésicules choroïdiennes n'existent que chez l'homme ; elles sont disposées dans l'étage inférieur des ventricules latéraux, sous forme de grappe, et cette grappe, lorsqu'on l'étudie bien, est formée par le plissement d'une lame celluleuse adhérant, en certains endroits, à un lassis vasculaire sous-jacent. Les portions libres de la lame prennent ainsi l'apparence de vésicules. Chaque vésicule renferme une masse molle et blanchâtre de tissu cellulaire, ainsi qu'un nombre prodigieux de petits grains inorganiques ; ces petits grains, désignés sous le nom de sable cérébral, sont arrondis et composés en partie de carbonate de chaux.

« En passant de l'homme aux animaux, la structure des plexus choroïdes se simplifie notablement, tout en restant encore complexe chez certaines espèces. Les plexus choroïdes du cheval et du bœuf sont riches en villosités, mais on n'y trouve plus les vésicules choroïdiennes et les concrétions qu'elles renferment. Chez le chien, le mouton, le lapin, le cobaye, les saillies villeuses se distinguent encore, en certains points, de la lame choroïdienne, qui reste simple dans la plus grande partie de son étendue. Chez le porc, les flexuosités artérielles représentent à peine, sur la membrane fine des plexus, l'ébauche des villosités complètes ; enfin, sur d'autres mammifères, les oiseaux et les poissons que nous avons examinés, les plexus se réduisent à une lame unie et mince.

« La tortue, si remarquable déjà par le volume de son conarium, se distingue également par ses plexus, formés d'arborescences vasculaires qui ne s'étalent sur aucune membrane sous-jacente.

« Chez l'homme, comme chez les animaux supérieurs, on trouve dans les plexus choroïdes de nombreuses concrétions, tantôt produites, comme je l'ai fait voir, dans les cellules d'épithélium, tantôt disposées dans les vésicules, ou attachées sur la paroi des vaisseaux, ou libres dans les espaces compris entre les flexuosités vasculaires et la couche d'épithélium. En classant ces concrétions d'après leur importance, je crois devoir en énumérer sept dans l'ordre suivant :

« 1° Carbonate de chaux ; 2° phosphate de chaux ; 3° cholestérine ; 4° silice ; 5° phosphate de magnésie ; 6° carbonate de potasse ; 7° phosphate ammoniaco-magnésien.

« Van Ghert a signalé l'existence du carbonate de potasse ; Stromeyer, celle du phosphate ammoniaco-magnésien ; Lassaigne, celle de la cholestérine chez le cheval ; je crois être le premier qui indique l'existence de la silice. Dans un travail sur les glandes de Pacchioni, j'ai déjà signalé, dans l'arachnoïde, la présence de ce principe immédiat ; une nouvelle analyse chimique, que j'ai fait exécuter avec soin, m'a démontré qu'il existe en notable quantité dans les plexus choroïdes. Acceptant ce résultat inattendu, j'ai cherché si les particules siliceuses ne seraient pas visibles directement au microscope. Mes efforts ont été infructueux.

« La cholestérine se rencontre surtout chez les animaux herbivores ; chez le cheval en particulier elle forme sur les villosités des masses qui, dans des cas morbides, peuvent atteindre la grosseur d'un œuf de poule. Hors ces cas extrêmes, j'ai toujours trouvé la cholestérine disposée par petites masses sur le plexus des ventricules latéraux et du quatrième ventricule.

« Lorsqu'on réfléchit à la signification des plexus choroïdes et des nombreuses concrétions qui s'y développent, on ne tarde pas à reconnaître qu'il se passe dans cette partie de l'encéphale des phénomènes importants et nombreux, et qu'il y a là un dépôt de matériaux inorganiques divers, résultant de l'influence de l'âge sur la nutrition du cerveau. La constance des produits inorganiques et leur augmentation avec l'âge conduisent à formuler ce résultat.

« D'après des inductions légitimes, auxquelles cependant je n'accorde pas la confiance que les expériences seules méritent, je crois devoir avancer que les plexus choroïdes, dont la surface vasculaire est plus que décuplée par les villosités, ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien. »

Sur le moyen de faciliter la transmission des sons pour les personnes affectées de surdité plus ou moins complète.

M. Strauss-Durckheim adresse la réclamation suivante :

« Je lis dans le *Compte rendu* de l'Académie des sciences, séance du 10 juillet dernier, que M. l'abbé Le Cot est parvenu à faire entendre la parole à des sourds-muets, en la leur transmettant au moyen d'un cornet acoustique (qu'il nomme *porte-voix*), en l'appuyant par sa petite extrémité contre les dents de la personne à laquelle il veut faire entendre la voix.

« M. Le Cot cite bien à ce sujet M. le docteur Itard comme ayant eu la même idée, sans indiquer toutefois le lieu où ce dernier en parle, mais ne fait aucune mention des expériences de même genre que j'ai faites déjà, en 1842, en présence de M. le professeur Puybonnieux, sur les élèves de l'institution des Sourds-Muets, et que j'ai publiées dans le journal l'*Écho du monde savant* du 18 septembre 1842, et que j'ai depuis de nouveau résumées dans ma *Théologie de la nature*, tome 2, p. 106, ouvrage entre les mains d'un grand nombre de personnes. Ces expériences ont consisté à faire très-bien entendre et parfaitement apprécier, non-seulement les coups frappés par une montre à répétition dont ces élèves tenaient la queue entre les dents, mais surtout toutes les modulations de la musique, exécutées par une boîte à musique également appuyée contre les dents. Enfin, je réclame même la priorité à l'égard de la découverte du moyen que M. Le Cot a employé pour faire entendre la voix aux sourds-muets, l'ayant formellement indiqué dans le journal cité ci-dessus, comme devant indubitablement réussir. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Rapport à l'Empereur sur le traitement des malades à domicile.

Sire, les souffrances du pauvre sont l'objet de votre constante sollicitude; travailler à les soulager, c'est vous servir suivant votre cœur; vous rendre compte des résultats obtenus, c'est être assuré de votre plus bienveillante attention. Je viens aujourd'hui signaler à Votre Majesté les premiers succès pratiques d'une heureuse et bienfaisante innovation.

Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, du 20 avril 1853, approuvé le 13 octobre suivant, par le préfet de la Seine, a créé, dans les divers arrondissements de Paris, un service pour le traitement des malades à domicile.

Retenir et soigner, autant que possible, dans sa demeure, au sein de sa famille, l'indigent malade, tel est le but principal de cette nouvelle institution.

Mise en activité depuis le 1er janvier de cette année, elle justifie déjà les espérances qu'elle avait fait concevoir.

159 médecins, attachés aux divers arrondissements et répartis en raison composée du chiffre de la population malheureuse et de l'étendue des distances à parcourir, donnent, dans les maisons de secours, des consultations à toutes les personnes qui se présentent, et traitent à domicile les malades, sur l'avis qui leur en est transmis par le bureau de bienfaisance. Ces visites se renouvellent pendant toute la durée de la maladie, et aussi souvent que la situation du malade l'exige.

Des sages-femmes sont également appelées à donner leurs soins aux femmes enceintes pendant l'accouchement et les neuf jours qui le suivent.

Dans chaque arrondissement, des employés visiteurs, chargés spécialement de cette mission, recueillent, sur la position des malades, sur leurs besoins et ceux de leurs familles, des renseignements qui, soumis chaque semaine au bureau de bienfaisance, lui permettent de modifier, suivant les circonstances, la nature et la quotité des secours.

Les administrateurs, prévenus de l'entrée en traitement des malades, se font un charitable devoir de les visiter.

Les sœurs attachées aux diverses maisons de secours trouvent, dans leur inépuisable dévouement, les forces nécessaires pour accomplir cette nouvelle tâche, et prodiguent à tous les soins et les consolations de leur angélique charité.

Chaque semaine, une commission, composée d'un administrateur, d'un commissaire de bienfaisance, d'un médecin et du secrétaire trésorier, se réunit sous la présidence du maire de l'arrondissement, revoit les renseignements recueillis et accorde tout ce qui est nécessaire.

La population n'a pas tardé à comprendre l'importance de l'assistance nouvelle qui lui était offerte.

Du 1er janvier au 30 juin 1854, les inscriptions au traitement à domicile se sont élevées, pour les douze arrondissements, à 14,330. Dans ce nombre figurent 6,704 indigents inscrits sur les contrôles ordinaires des bureaux de bienfaisance. Les autres malades, soit 7,626 individus, sont pour la plupart des ouvriers, pères de famille, qui jusqu'ici n'avaient pas eu recours à l'assistance publique, et dont le plus grand nombre seraient venus, sans l'organisation du nouveau service, chercher un asile et des soins dans les hôpitaux.

Au 30 juin, les bureaux de bienfaisance comptaient 1,178 malades en traitement; 13,152 avaient cessé de recevoir à leur domicile les soins des médecins des bureaux, et sur ce nombre 6,590 avaient été guéris, 2,636 renvoyés aux consultations comme atteints d'affections légères, 1,918 rayés pour causes diverses, telles que le caractère chronique de leurs maladies, ou bien encore parce que la nature de l'affection pour laquelle ils avaient réclamé l'assistance à domicile ne présentait aucune gravité; 1,294 étaient décédés, et 714 avaient été transportés dans les hôpitaux, soit que la nature de la maladie exigeât des soins particuliers, soit que le dénûment ou l'isolement du malade ne permît pas de le traiter d'une manière efficace dans son habitation.

La durée moyenne du traitement ne peut encore être établie; mais, des chiffres déjà connus, il est permis de conclure qu'en général elle aurait été assez courte. Les malades, assurés de trouver à côté d'eux une assistance prompte et facile, n'ayant plus de déplacement à subir, plus de séparation à redouter, viennent avec confiance solliciter les soins du médecin, dès le début de la maladie. Le traitement à domicile, appliqué ainsi avec opportunité, prévient l'invasion ou arrête les progrès d'affections que le défaut de soins eût rendues dangereuses, et qui, aggravées par le retard, eussent exigé ensuite une médication longue et dispendieuse dans un hôpital. Les secours, non compris les médicaments et les bains donnés sur ordonnance aux malades, se sont élevés, pendant le premier semestre de 1854 :

Les secours en nature, à.	37,076 78
Les secours en argent, à.	13,622 35
Au total, à.	50,699 13

Ce qui porte, pour les douze arrondissements, le chiffre moyen de chaque secours à 3 fr. 86 cent.

Ces allocations accordées par les commissions sont calculées sur les besoins du malade et sur ceux de sa famille, et données principalement en nature; leur moyenne générale de 3 fr. 86 c. pour les douze arrondissements a varié de 2 fr. 42 c. dans le cinquième, à 5 fr. 66 c. dans le douzième.

Le dépouillement des ordonnances délivrées par les médecins des bureaux de bienfaisance n'a pu être encore effectué, et l'administration ne saurait, en conséquence, indiquer actuellement le chiffre de la dépense faite en médicaments.

A côté du traitement à domicile, et comme complément utile de ce nouveau mode d'assistance, se trouve le service des consultations. Les médecins des bureaux désignés à tour de rôle, reçoivent, aux mairies et dans les maisons de secours, toutes les personnes qui, atteintes d'affections légères, peuvent se déplacer sans inconvénient. Le nombre des consultations ainsi données pendant le 1er semestre de 1854 s'est élevé, pour dix arrondissements, à 50,860. Le septième et le douzième ne sont pas compris dans ce chiffre; les médecins y reçoivent à leur domicile les indigents malades, et n'ont pas tenu note exacte du nombre de leurs consultations.

De semblables résultats obtenus, dès le début, témoignent éloquemment en faveur de l'institution nouvelle; ils en font présager le rapide développement. La population parisienne sentira chaque jour davantage le prix de ce bienfait : elle en rendra grâce à l'Empereur, et l'Empereur qui, tout en voulant le bien, veut aussi connaître ceux qui y coopèrent, saura que le succès de cette bonne œuvre est dû surtout à l'active impulsion du directeur de l'assistance publique, au concours infatigable et dévoué des maires et des administrateurs des douze bureaux de bienfaisance de Paris.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, de Votre Majesté, le très-obéissant, très-dévoué et très-fidèle serviteur et sujet.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur, BILLAULT.

— M. le docteur L. Lunier, médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice de Niort, a été nommé directeur-médecin en chef de l'asile départemental des aliénés de Blois, en remplacement de M. le docteur Rousselin, dont nous avons annoncé la nomination comme médecin-adjoint de la maison impériale de Charenton.

— On annonce que M. le docteur Gustave de Beauvais vient d'être nommé à l'unanimité, par la Faculté de médecine, chef de clinique dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu. Ce jeune médecin remarquable est le même qui, après les affaires de juin 1848, obtint la croix et une pension pour avoir contracté une ophthalmie blennorrhagique en recevant dans l'œil un jet de sang artériel d'un blessé auquel il amputait la cuisse. Le cas effectivement était assez nouveau pour qu'il fût intéressant d'en fixer le souvenir par des faveurs exceptionnelles.

— Les conventions sanitaires conclues avec des puissances étrangères viennent, par décret, d'être rendues applicables à l'Algérie.

— Dans les éloges qu'il donne aux médecins, à propos de la cruelle épidémie qui vient de nous enlever plusieurs chirurgiens militaires et plus de 9,000 hommes de nos troupes, Raschid, gouverneur chargé des affaires des troupes auxiliaires à Gallipoli, signale ainsi le docteur Xanthopulo :

« Il est un nom encore digne d'être placé parmi ceux que je viens de vous signaler : c'est celui de M. Spiro Xanthopulo, docteur sanitaire des Dardanelles, que le gouvernement a envoyé ici depuis l'apparition du fléau. J'aime à vous le faire savoir, monsieur le général, M. Xanthopulo a eu de nombreuses conférences avec M. le colonel Adam pour la propreté de la ville, à laquelle il a aussi beaucoup contribué. Il est inutile de dire que M. Xanthopulo a soigné, avec un désintéressement sans égal, un grand nombre de familles prolétaires de toutes religions. »

— *Concours pour le Bureau central des hôpitaux.* — Lundi 2 octobre 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour une nomination à une place de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire du vendredi 1er septembre 1854 au vendredi 15 du même mois, à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, *signé* L. DUBOST.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les fractures des os du métacarpe, par J. RENAULT DU MOTEY, docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Paris. — Chez GERMER-BAILLIÈRE, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17. — Prix : 2 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 107. 2e année. Jeudi 7 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être [illegible]

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — CLINIQUE DES HOPITAUX : MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. M. MONOD. Observation de luxation complète du fémur en dedans ou sous-pubienne, compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien. Fractures multiples des membres inférieurs et de la base du crâne, par M. Demarquay. — De l'abolition de l'absorption dans la période algide du choléra. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Maison municipale de santé. — *Service de* M. MONOD. — M. DEMARQUAY, *suppléant.*

Observation de luxation complète du fémur en dedans ou sous-pubienne, compliquée de fracture du sourcil cotyloïdien. — Fractures multiples des membres inférieurs et de la base du crâne.

M. Maisonneuve, en publiant tout récemment dans ce journal (*voir* le *Moniteur des Hôpitaux* du 24 juin), une observation de luxation iliaque compliquée de fracture du rebord supérieur de la cavité cotyloïde, m'a déterminé à livrer à la publicité une observation du même genre, et dans laquelle la luxation s'est produite en dedans, dans le trou ovale, après une fracture de la partie interne du rebord de la cavité cotyloïde. Cette observation, intéressante à plusieurs titres, pourra servir à édifier l'histoire des luxations de la hanche, surtout celles qui sont accompagnées de fracture. C'est au nom de M. Monod et au mien que je la publie. Voici les principaux détails de cette observation, recueillie sous mes yeux par M. Leplot, interne du service :

Legros (Eugène), âgé de 30 ans, commis en bijouterie, entre à la Maison de santé, le 24 avril, pour des plaies multiples qu'il a reçues sur le chemin de fer de la rive droite de Versailles. Ce jeune homme, d'une force moyenne, a toujours joui d'une brillante santé. L'accident est arrivé le 23 avril; au moment où Legros traversait la voie du chemin de fer, il est surpris par un train de grande vitesse, qui le jette à quinze pas et le mutile horriblement; il reste étendu sur la voie, dans un état comateux profond. Les médecins qui sont appelés pour lui donner des soins lui pratiquent une abondante saignée. Le lendemain, il est apporté à la Maison de santé; pendant la nuit, il a recouvré un peu son intelligence et reconnaît les personnes qui l'entourent.

État actuel. — Ce malheureux jeune homme est dans l'état le plus déplorable, à peu près sans connaissance, répondant mal aux questions qu'on lui adresse, et n'ayant point le souvenir de ce qui lui est arrivé; il s'agite automatiquement, se plaint quand on le déplace.

Les paupières sont ecchymosées, la conjonctive du côté droit est infiltrée de sang. Ses deux oreilles sont teintes du même liquide. Quelques caillots obstruent l'orifice externe de l'oreille droite; il n'y a point eu écoulement de liquide céphalo-rachidien ni par le nez, ni par les oreilles. Le pied gauche est le siége d'une plaie contuse très-grave; les orteils sont arrachés, la peau du dos du pied est enlevée jusqu'au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. La peau et les muscles de la plante du pied sont conservés.

La jambe droite est broyée vers sa partie moyenne; la peau, dans ce point, recouvre un magma de sang et d'esquilles. L'état grave dans lequel se trouvait le malade ne permit pas de porter plus loin les investigations, et de reconnaître d'autres lésions non moins graves que celles que nous venons de signaler, et que nous révélera l'autopsie deux mois plus tard.

La jambe fracturée est placée dans une gouttière en fil de fer, une irrigation continue est établie sur le pied, de la glace est appliquée sur la tête.

Le 25, à la visite du matin, M. Monod constate les lésions mentionnées plus haut, et continue provisoirement le traitement institué; de plus, il prescrit l'émétique en lavage, continue la glace sur la tête, et prescrit 20 sangsues derrière les oreilles.

Du 24 avril au 13 mai, le malade est soumis à l'expectation; il ne recouvre pas son intelligence; il est continuellement agité; il remue sans cesse la jambe fracturée, fait saillir les os. Huit jours après son entrée, le foyer de la fracture s'enflamme; de vastes débridements sont faits, et plusieurs esquilles du tibia sont enlevées. Cependant, l'état du malade ne semble pas s'aggraver; il peut prendre quelques bouillons, et parfois son intelligence semble revenir; il répond juste, reconnaît les personnes qui le visitent; il sait où il se trouve, mais il en ignore la raison. Tantôt il a le sentiment de son état, tantôt il l'oublie complétement, et raisonne comme s'il était bien portant. La plaie du pied va très-bien; elle se régularise, se recouvre de bourgeons charnus. Sa jambe suppure abondamment, mais la suppuration est bonne.

Lorsque M. Demarquay prend le service de M. Monod, le malade est dans un état satisfaisant, vu la gravité de sa position. Son pouls est bon; il mange passablement, n'a pas de diarrhée. Mais son intelligence est à peu près dans le même état. M. Demarquay, jugeant qu'il importe de pratiquer l'amputation de la jambe droite pour tarir le foyer de suppuration qui épuise le malade, prend l'avis de MM. Monod et Denonvilliers, et le 13 juin, il fait l'amputation de la jambe de la manière suivante :

Deux lambeaux sont taillés, l'un à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, et les os sont sciés à trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Les deux lèvres de la plaie résultant de l'opération sont réunies par des points de suture. Le pied gauche se recouvre de bourgeons charnus, des fragments osseux se détachent, et tout fait espérer, de ce côté, une prompte guérison. La plaie résultant de l'opération marche régulièrement.

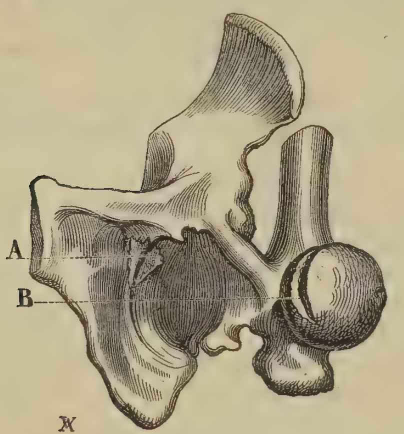
Cependant, vers la fin du mois, il se manifeste un vaste abcès à la partie interne et supérieure de la cuisse du côté gauche; il est ouvert, et donne issue à un pus mal lié, mêlé de sang et de sérosité fétide.

La diarrhée s'empare aussi du malade, et, à partir des pre-

miers jours de juin, il est pris de délire ; il s'amaigrit, et marche insensiblement vers une terminaison fatale.

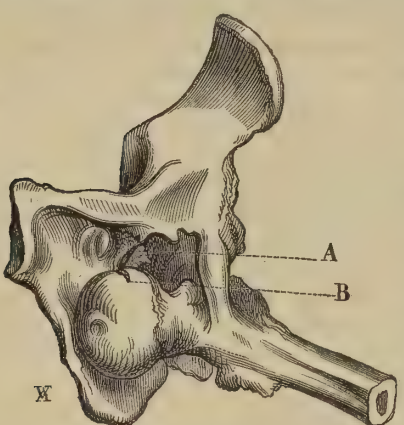
En même temps que l'on observait de l'empâtement et de la tuméfaction à la partie interne et supérieure de la cuisse, M. Demarquay avait observé que les mouvements d'abduction du membre malade étaient difficiles et douloureux ; la cuisse droite restait inclinée en dehors dans une demi-rotation. Lorsque l'on imprimait des mouvements à ce membre, on percevait une crépitation sourde qui se passait au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Toutes ces circonstances, réunies, avaient porté M. Demarquay à admettre une lésion, soit du bassin, ou mieux encore, de la cavité cotyloïde elle-même.

Ce malheureux jeune homme a succombé le 16 juin ; il a résisté pendant presque deux mois à une fracture multiple des os du crâne, à une contusion du cerveau, à un écrasement du pied, à un broiement de la jambe, etc.



Autopsie. — Dans cette narration des lésions trouvées à la mort de notre malade, nous ne nous arrêterons qu'aux choses importantes. La plaie résultant de l'opération était à peu près guérie, il en est de même de la plaie du pied gauche.

La dissection de l'articulation coxo-fémorale gauche démontre l'existence d'une luxation sous-pubienne, avec fracture du rebord orbitaire de la cavité cotyloïde. La tête du fémur est sortie de sa cavité, à travers la capsule fibreuse qui est détruite dans ses deux tiers internes. Le ligament rond a complétement disparu ; la surface articulaire de la tête du fémur est en grande partie dépouillée de son cartilage ; elle est rugueuse. Les deux saillies osseuses qui limitent l'échancrure pubio-iliaque sont fracturées. La tête fémorale est en rapport avec la fosse obturatrice ; le muscle obturateur est en partie détruit ; les vaisseaux et nerfs obturateurs sont directement appliqués sur la tête fémorale qui, elle-même, est sous-jacente aux muscles pectinés. Le tendon du psoas est tendu sur le col du fémur ; ce qui reste de la capsule fibreuse est très-épaissi, infiltré. La cavité cotyloïde est complétement remplie par le boursouflement d'une masse adipeuse. La tête du fémur, par la partie qui correspond au sourcil cotyloïdien fracturé, est érodée tout près de son col. L'abcès, qui a été ouvert, conduit dans le foyer de la fracture et de la luxation.



Les os du crâne sont sciés avec soin. Le cerveau est ferme, sans trace d'inflammation ni d'épanchement. Le lobe antérieur gauche est contusionné dans l'étendue d'un franc, dans sa partie inférieure. La dure-mère est saine dans toute son étendue ; des traces d'épanchement de sang, en partie résorbé, se trouvent dans les endroits où existent les fractures. La voûte orbitaire du côté droit est fracturée ; une petite lamelle osseuse en est complétement détachée ; elle a glissé sur la voûte orbitaire restée saine, et elle y adhère intimement. Cette fracture de la voûte orbitaire communique avec une fracture qui entre dans la composition de la fosse sphénoïdale du même côté ; il résulte de la fracture orbitaire que nous avons signalée plus haut, que le cerveau, dans un point limité, il est vrai, était en rapport avec la cavité orbitaire.

Une fracture fort intéressante est celle que nous a présentée le rocher du côté droit : une fracture, en effet, divise cet os en deux parties, l'une antérieure et l'autre postérieure ; elle est perpendiculaire à la scissure de Glaser. Bien que la division du rocher soit complète, la membrane du tympan a été respectée. La fracture, en se portant de dehors en dedans et d'arrière en avant, est venue aboutir à la trompe d'Eustache, qui se trouve déchirée dans sa partie supérieure.

Je désire arrêter un instant l'attention du lecteur sur deux points : 1° la luxation du fémur, et 2° sur les fractures du crâne. Était-il possible, du vivant de notre malheureux blessé, de reconnaître la luxation du fémur ? Je ne doute pas que si l'attention, au moment de l'arrivée du malade dans le service, n'avait été détournée par des accidents cérébraux fort graves, on eût reconnu la lésion en question. Il y avait, en effet, une rotation du membre en dehors, une grande difficulté à ramener le membre en dedans à sa rectitude normale ; les mouvements d'abduction, toujours difficiles et douloureux, étaient accompagnés d'une crépitation assez forte. Ces circonstances, bien que je n'eusse jamais rencontré de faits de ce genre, m'avaient porté à admettre une lésion grave du lobe de la cavité cotyloïde, sans toutefois bien préciser la nature de cette lésion. A plusieurs reprises, nous avons cherché à apprécier la longueur du membre ; mais l'écrasement du pied, qui rendait les mouvements difficiles et douloureux, nous a empêché d'arriver à un résultat bien précis.

Les lésions que nous avons trouvées du côté de la base du crâne sont également très-intéressantes. Nous avons vu que la voûte sus-orbitaire avait été fracturée ; mais ce que nous n'avons encore vu mentionné nulle part, c'est qu'une lamelle osseuse, faisant partie de cette même voûte et ayant l'étendue d'un franc, ait été déplacée par suite d'un mouvement de propulsion, de sorte que la base du cerveau reposait sur les parties molles de l'orbite. La fracture que nous avons décrite du côté du rocher n'est pas moins intéressante ; elle fait communiquer la cavité crânienne avec le conduit auditif ; respecte la membrane du tympan, met en communication la caisse du tympan avec la cavité encéphalique, en même temps qu'elle la fait communiquer plus largement avec la gorge, par la fracture de la partie osseuse de la trompe d'Eustache. Il y a eu, chez notre malade, écoulement de sang par l'oreille et le nez ; mais on n'a pu constater aucun écoulement séreux par l'oreille, ce qui se comprend parfaitement, avec les théories généralement admises. Mais d'où venait le sang qui s'est écoulé par le nez, au moment de l'accident ? venait-il de la membrane pituitaire ou d'une autre source ? Depuis 1840, époque à laquelle j'ai publié la première observation moderne d'écoulement aqueux par le nez, à la suite de fracture de la base du crâne, je me suis souvent demandé, dans mes cours d'anatomie chirurgicale, si les écoulements, soit de sang, soit de sérosité, qui se faisaient par les fosses nasales, ne venaient pas quelquefois du rocher lui-même ; bien des raisons anatomiques me portaient à conclure par l'affirmative : l'autopsie du malheureux jeune homme qui est venu mourir à la Maison de santé, me donnait une preuve matérielle de la possibilité de cet écoulement, lorsque M. Laugier recueillait à l'Hôtel-Dieu un fait clinique qui ne laisse aucun doute dans l'esprit, je ne dirai point sur la possibilité de ces écoulements, mais bien sur leur réalité.

DEMARQUAY.

De l'abolition de l'absorption dans la période algide du choléra.

Un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Duchaussoy, vient de soutenir une Thèse dans laquelle il établit les propositions suivantes, basées sur de nombreuses expériences faites avec soin et dans les circonstances les plus variées :

1° Dans l'*algidité*, les cholériques ont perdu la faculté d'absorber les médicaments qu'on leur administre soit par l'estomac, soit par le rectum, soit par la vessie, soit par la peau, soit par le tissu cellulaire sous-cutané ; le manque d'expériences personnelles m'empêche de joindre à ces voies la muqueuse pulmonaire, bien que je sois persuadé qu'elle n'offre pas plus de ressource.

2° Cette perte de la faculté d'absorber cesse dans les cas de *moyenne gravité*, à l'époque où une réaction bien franche s'établit ; mais, dans les cas *très-graves*, elle persiste encore quelque temps après qu'une réaction salutaire s'est prononcée, sans qu'on puisse rattacher, d'une manière précise, le rétablissement de cette fonction à la cessation des évacuations morbides ou même à la réapparition de l'urine, bien qu'en général cette coïncidence soit exacte.

3° Malgré le retour de la chaleur et du pouls, si le *coma* survient, l'absorption ne se fait pas mieux que pendant l'algidité ; il en est de même dans la cyanose intense et dans la période terminale dite d'asphyxie.

4° Si, dans quelques cas, l'absorption n'est pas absolument nulle, elle est au moins tellement faible, qu'on ne saurait compter sur elle pour obtenir un résultat thérapeutique. Il se peut néanmoins que de rares exceptions se présentent, et qu'un médicament donné dans ces circonstances soit absorbé ; on comprend, en effet, que les efforts du vomissement puissent quelquefois débarrasser la muqueuse de l'estomac d'une partie du mucus qui la recouvre, et que, pour cette raison ou pour toute autre, il puisse y avoir une absorption accidentelle.

5° Par conséquent, tout médicament actif porté pendant ces périodes dans les voies précipitées est pour le moins *inutile ;* il y a plus, il peut être *nuisible ;* car, si le médecin, confiant dans une prétendue tolérance, élève considérablement les doses des médicaments toxiques, et que ceux-ci ne soient pas expulsés par les selles ou par les vomissements, il pourra se faire qu'au moment où les organes retrouveront leurs propriétés, l'absorption se fasse d'une manière assez rapide pour produire l'empoisonnement. Aussi, dans la prévision d'un pareil accident, le médecin qui aurait prescrit, par exemple, le laudanum à haute dose dans la période algide, devra-t-il, si le malade revient à la santé, et s'il n'a ni selles ni vomissements, faire prendre immédiatement des évacuants ; il devrait de même faire administrer un contre-poison, si la substance ingérée pendant l'algidité en comportait l'emploi ; c'est une précaution sur laquelle M. Vernois insiste avec beaucoup de raison.

6° Les médecins ne sont nullement fondés à attribuer les guérisons qu'ils ont obtenues, à l'action des substances qu'ils ont employées dans ces périodes, et ils le sont moins encore, s'il se peut, à vouloir établir la prééminence de leurs médications ; car, en réalité, le malade a guéri par les bénéfices de la nature, aidée de bonnes conditions hygiéniques, et nullement par l'action d'un médicament qui n'a pas été absorbé.

7° Si l'on veut faire pénétrer une substance active au sein des organes d'un cholérique, dans ces périodes, il faut s'adresser directement au système veineux par la méthode des injections. J'ai cité un exemple bien ramarquable de la promptitude avec laquelle les signes physiologiques se manifestent après cette opération ; j'en possède beaucoup d'autres, et j'espère pouvoir plus tard traiter cette question avec les détails qu'elle mérite.

Voici maintenant quelques-unes des observations rapportées par M. Duchaussoy à l'appui de sa Thèse. Nous choisissons parmi celles qui ont trait à la strychnine, cet agent thérapeutique qui a excité tour à tour tant d'espérances et de si vives appréhensions :

1re *Observation. — Choléra bien caractérisé : 5 milligrammes de sulfate de strychnine, pris en cinq heures, par la bouche, ne donnent aucun signe de leur absorption; une friction faite sur le front, avec 1 gramme de belladone, pendant que la peau est couverte d'une sueur visqueuse, ne dilate pas les pupilles ; le lendemain, une des pupilles se dilate après qu'on a lavé le front ; guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 27. Pinard (Léonarde), âgée de 38 ans, chargée d'enfants, venue du département de la Creuse, il y a quatre mois ; ordinairement bien portante. Le 23 juillet elle a eu de la diarrhée, a perdu l'appétit et a éprouvé de la douleur à l'épigastre et un malaise général ; elle a continué son travail.

Le 24, la diarrhée persiste ; elle est claire comme de l'eau ; il s'y joint des vomissements aqueux, qui contiennent plusieurs ascarides lombricoïdes ; les médicaments qu'on lui administre sont tous vomis.

Le 25, des crampes se font sentir dans les membres inférieurs ; les selles se répètent à chaque instant, de même que les vomissements ; il y a une soif ardente. La malade entre à Necker dans la nuit ; on l'entoure de boules chaudes et on lui fait prendre de la glace et de l'eau de Seltz.

Le 26, face plombée, yeux enfoncés, pupilles petites, pas de troubles de la vue ni de l'ouïe ; langue fraîche, blanche ; voix cassée ; mains fraîches, sans viscosité ; le pouls se sent assez bien, 96 ; les vomissements sont clairs comme de l'eau, un peu spumeux ; les selles abondantes et légèrement teintes en vert. Les crampes ont cessé dans la nuit ; soif ardente, douleur épigastrique assez vive ; pas d'urine depuis hier soir. Au moment de l'invasion, elle allaitait un enfant de 20 mois. — Frictions, camomille, glace, eau de Seltz, 5 milligrammes de sulfate de strychnine divisés en deux doses. A onze heures, je fais prendre moi-même 3 milligrammes de ce médicament dans une cuillerée d'eau glacée.

A quatre heures, il n'y a eu aucun vomissement, la malade n'a éprouvé aucune roideur dans les muscles du cou ni dans ceux des mâchoires, aucune secousse convulsive ; les pupilles sont toujours petites ; il y a eu une selle blanche aqueuse ; en ma présence, il y a eu un vomissement verdâtre contenant un ascaride ; la langue a une bonne température ; les mains sont encore fraîches ; le pouls bat 90, on le sent bien ; il n'y a pas eu d'urine depuis l'entrée ; quelques instants après le vomissement, tout le corps se couvre d'une sueur un peu visqueuse. — Je fais prendre 2 milligrammes de sulfate de strychnine dans une cuillerée d'eau glacée, et je frictionne le front avec 1 gramme d'extrait de belladone pendant cinq minutes.

Le 27, la strychnine, a été conservée, il n'y a pas le moindre signe de son action, pas même de saveur amère ; les pupilles ne sont pas dilatées. La malade vient d'avoir un vomissement bilieux qui contient encore un ver. Dans la nuit, elle a eu une selle légèrement jaunâtre ; elle a uriné il y a peu d'instants, cette urine est pâle et précipite en blanc par l'acide azotique. La face est encore plombée, et l'œil enfoncé ; la peau est chaude, sans viscosité ; la voix plus ferme ; le pouls plus résistant, 90 ; l'épigastre est douloureux, et la soif toujours très-vive. On enlève l'extrait de belladone du front, et l'on continue les boissons.

Le soir, il y a eu des nausées continuelles sans vomissement ni selle ; la face reste cyanosée ; la douleur à l'épigastre et la soif persistent ; les seins sont tuméfiés et douloureux ; la pupille gauche est un peu dilatée.

Le 28, il y a eu dans la nuit plusieurs vomissements aqueux, avec un ver et quatre selles un peu colorées en jaune. La malade a bien uriné ; la pupille gauche est resserrée, il n'y a aucun trouble de l'intelligence ni des sens ; la face et les mains conservent le cachet du choléra ; le pouls est à 80, assez fort ; il y a eu une petite épistaxis ; les seins sont encore plus tuméfiés qu'hier. — Cataplasmes arrosés d'huile camphrée ; eau rougie, glace.

Les jours suivants, ces symptômes se sont amendés ; les seins se sont bien dégorgés. Le 30, la malade a mangé une portion ; il y a encore un peu de diarrhée le 1er août. Sortie le 3.

2e *Observation. — Un centigramme de sulfate de strychnine, pris par le rectum, ne donne pas signe d'absorption ; la belladone, appliquée sur le front, dilate les pupilles. Guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 26. Useil (Caroline), âgée de 34 ans, journalière, mal nourrie, mal logée, chargée d'en-

fants malades, venue de la Savoie à Paris il y a trois mois. Depuis huit jours, elle a de la diarrhée avec quelques coliques ; cette diarrhée a d'abord été jaune, puis blanche. Hier matin, elle a vomi des cerises qu'elle venait de manger, puis de nombreux vomissements aqueux se sont succédé ; les selles sont devenues semblables à de l'eau claire, et une soif ardente s'est allumée. Dans la nuit, des crampes très douloureuses se sont fait sentir dans les orteils, les jambes et les mains, et ont arraché des cris. On l'apporte à Necker vers minuit ; elle n'était pas alors très-froide.

Le 26 juillet, selles blanches avec dépôt considérable de flocons d'un blanc grisâtre ; vomissements aqueux ; suppression des urines depuis hier soir. Les crampes, qui avaient cessé, viennent de reparaître ; voix cassée, face plombée, pas froide ; pupilles petites, pas de troubles de la vue, de l'ouïe ni de l'intelligence ; langue humide, chaude, un peu blanche ; la peau des membres est terreuse, sèche ; le pouls radial est assez fort et bat 82. — Camomille, glace, sulfate de strychnine. Je fais prendre moi-même 3 milligrammes de ce médicament dans une cuillerée d'eau glacée ; mais, deux minutes après, un énorme vomissement clair comme de l'eau entraîne probablement le médicament. Je frictionne chaque aisselle pendant cinq minutes avec 1 gramme d'extrait de belladone.

A quatre heures, il n'y a pas eu de nouveaux vomissements ; une selle blanche ; face plombée ; *pupilles très-petites ;* langue chaude ; céphalalgie légère ; quelques crampes, pas de douleur épigastrique ; pas d'urine ; mains fraîches, un peu visqueuses ; pouls, 90, assez large ; impulsion précordiale forte. Je fais laver les aisselles, administrer un quart de lavement avec 1 centigramme de sulfate de strychnine, et faire une légère friction sur le front avec 1 gramme d'extrait de belladone.

Le 27, le lavement a été gardé pendant vingt minutes au moins ; il n'y a aucun signe d'absorption de la strychnine ; *les pupilles sont largement dilatées ;* dans la nuit, il y a eu quatre vomissements, et la malade vomit encore plusieurs fois devant nous ; trois selles blanches, avec un dépôt grisâtre ; ventre douloureux ; pas de crampes ; pouls petit, 100 ; soif toujours insatiable. La malade a rendu un demi-verre d'urine qui donna un précipité blanc, caillebotté, par l'acide nitrique. — Camomille, glace, sinapismes à l'épigastre.

Les vomissements ont continué jusqu'au 28 inclusivement, puis la malade s'est rétablie promptement et a pu sortir le 2 août, bien guérie.

3e *Observation. — Choléra foudroyant algide, cyanique ; 3 centigrammes de sulfate de strychnine, administrés par la bouche, ne donnent pas de signe de leur absorption, et n'augmentent pas d'une manière notable les battements du cœur ; une injection de belladone dans la* vessie *ne dilate pas les pupilles ; les sinapismes ne rougissent pas la peau.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 16. Femme Delbiche (Marie), âgée de 44 ans, couturière, apportée le 2 août, à dix heures du soir, dans un tel état d'affaissement, qu'on peut à peine en obtenir quelques mots ; on apprend seulement qu'elle a été prise de diarrhée et de vomissements dans la matinée ; elle est glacée, et des crampes lui arrachent des cris ; on la met dans un lit bien chaud, on l'entoure de boules, et on la frictionne.

Le 3, on n'a pu rétablir la chaleur ; la face est cyanosée, froide, la langue très-froide ; les mains cyanosées, froides, visqueuses ; la peau est fripée ; on ne sent pas le pouls radial, mais les battements du cœur sont énergiques, il y en a 100 par minute ; 32 inspirations ; affaissement profond. Dans la nuit, il y a eu plusieurs selles involontaires, et claires comme de l'eau pure. Après m'être assuré que les pupilles sont très-petites, et qu'il n'y a aucun trouble de la vue, j'introduis une sonde dans la vessie, qui ne contient pas une goutte d'urine, bien que la malade n'ait pas uriné depuis hier matin, et j'injecte 1 gramme d'extrait de belladone dissous dans 15 grammes d'eau. M. Vernois prescrit 3 centigrammes de sulfate de strychnine dans une petite potion, à prendre en quatre fois.

J'administre moi-même la première dose ; une demi-heure après, les battements du cœur n'offrent aucune augmentation de leur énergie, il y en a 102 par minute ; trois quarts d'heure après, l'énergie est la même, le nombre est de 104. Les mains, qui sont couvertes de sinapismes depuis une heure, *ne sont pas plus rouges que le reste du corps, et sont restées glacées.* Au bout d'une heure, je donne la seconde dose ; mais elle est vomie peu de temps après avoir été avalée : les deux autres doses ont été administrées par la religieuse et n'ont pas été vomies.

La malade expire à une heure, sans avoir fait le moindre mouvement, sans dilatation des pupilles, sans serrement des mâchoires, car elle boit aisément, et sans roideur des muscles du cou, ce qu'on a constaté en lui remuant plusieurs fois la tête.

4e *Observation. — Choléra très-grave ; essai de l'absorption simultanée de l'extrait de belladone et du sulfate de strychnine introduits dans le* tissu cellulaire sous-cutané ; *pas de signes physiologiques, même pendant la période de réaction ; action manifeste de l'électricité sur les crampes. Guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 28. Marie Profit, âgée de 53 ans, cardeuse de coton, demeurant rue de Sèvres, n° 135, habite Paris depuis dix-huit ans ; elle est veuve, travaille beaucoup pour se nourrir, et ne peut souvent s'accorder qu'une alimentation insuffisante ; elle n'a pas mangé beaucoup de fruits dans ces derniers temps, et se porte ordinairement très-bien, à cela près d'un peu de constipation.

Le 17 juillet, dans la matinée, elle fut prise de selles diarrhéiques très-abondantes, et dont elle compare le produit à de l'eau claire. Elle déjeuna néanmoins ; mais, à deux heures après midi, elle vomit les aliments qu'elle avait pris, puis apparurent des vomissements blancs, séreux, qui furent presque immédiatement suivis de crampes dans les orteils et les muscles des mollets. Elle ne put se donner aucuns soins, et fut apportée à Necker à dix heures du soir. Là on lui fit prendre un bain d'air chaud, on la frictionna, on l'entoura de boules d'étain pleines d'eau chaude, et on parvint à faire succéder un peu de chaleur au refroidissement très-marqué qu'elle présentait à son arrivée. L'interne de garde prescrivit en outre une potion éthérée ; mais, après en avoir pris quelques cuillerées, la malade déclara qu'elle ne pouvait la supporter, lui attribua ses nombreux vomissements, et ne prit qu'une légère infusion de camomille.

Le 18, au matin, nous constatâmes l'état suivant : face très-cyanosée, yeux enfoncés, pupilles petites, pas d'ecchymoses sous-conjonctivales, pas de troubles de la vision ni de l'ouïe ; voix cassée ; langue petite, blanche, ni chaude ni froide ; mains cyanosées, un peu fraîches et un peu visqueuses ; il y a eu un nouveau refroidissement dans la nuit : une friction générale douce a ramené la chaleur. Parmi les assistants, les uns prétendent qu'on ne sent pas le pouls radial, les autres qu'il est formicant ; pas de céphalalgie ni de douleur épigastrique ; soif insatiable. Mais la malade vomit toutes les fois qu'elle boit ; ces vomissements surpassent de beaucoup, en quantité, le liquide ingéré ; ils sont blancs, séreux, avec un dépôt semblable à de la colle d'amidon. Depuis l'entrée, il n'y a eu qu'une selle, qui a les mêmes caractères physiques que la matière des vomissements ; crampes violentes.

D'après le conseil de M. Vernois, je recherche si, dans cet état, les muscles sont sensibles à l'action de l'électricité ; pour cela, j'applique sur un avant-bras préalablement mouillé les deux conducteurs d'un appareil Breton de moyenne grandeur. Au degré 2 de l'indicateur, la malade ne sent rien ; mais au degré 3, elle éprouve les sensations ordinaires. A ce moment, la malade ressentait dans les membres inférieurs des crampes très-douloureuses ; j'applique les deux excitateurs sur la jambe droite, et poussant l'indicateur au degré 3 1/2, j'électrise cette jambe pendant deux minutes : l'effet paraît exactement le même que dans l'état de santé.

Puis je préviens la malade que je vais lui faire une saignée, et je pratique sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, un peu au-

dessus du poignet, une incision longue de 15 millimètres, et qui pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané ; un des externes, M. Topinard, arrête, par une compression momentanée, un très-petit écoulement de sang provenant d'une veinule, et j'introduis dans le tissu cellulo-adipeux, parfaitement nettoyé de sang, 1 centigramme de sulfate de strychnine, que j'humecte après l'avoir déposé au fond de la plaie ; un morceau de taffetas gommé, une bandelette de diachylon et une bande protégent la petite plaie. C'est à peine si cette incision a été sentie.

Sur la face dorsale de l'avant-bras droit, je pratique une autre incision longue de 2 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'aponévrose antibrachiale, car la malade n'a pas d'embonpoint; j'introduis dans cette incision 10 centigrammes d'extrait mou de belladone, et j'applique aussi un appareil défensif : cette incision, faite sur une peau moins froide que celle du bras gauche, a été mieux sentie, mais n'a pas été bien douloureuse. Assis près de la malade, et surveillant attentivement les pupilles et les muscles, j'attendis en vain pendant deux heures la manifestation des effets physiologiques : je ne pus remarquer qu'un seul fait, la cessation des crampes dans la jambe qui avait été électrisée, et leur persistance dans celle qui ne l'avait pas été.

A cinq heures du soir, les *pupilles sont aussi petites que ce matin;* il n'y a ni troubles de la vue ni céphalalgie ; les conjonctives sont vivement injectées; la voix est moins cassée, la langue assez chaude et humide ; soif toujours très-vive ; pouls très-faible, 104 ; la malade n'a pas uriné depuis hier à midi. Après mon départ, elle a encore ressenti des crampes dans le membre qui n'a pas été électrisé, aucune dans l'autre ; elle se trouve mieux, et a dormi presque tout l'après-midi : ce sommeil paraît naturel. Elle a eu plusieurs vomissements aqueux, blanchâtres, et une selle de même aspect ; ses mains sont cyanosées, sèches, pas froides ; *elle n'a éprouvé, dans aucune pratie du corps, rien qui puisse faire croire à des contractures.* La plaie du bras gauche est humide, il m'est impossible d'affirmer que la strychnine est ou n'est pas mêlée à cette humidité de la plaie. Je lave avec soin, et j'introduis de nouveau 1 centigramme 5 milligrammes de sulfate de strychnine. (Pansement *ut suprà.*) La plaie du côté droit contient encore la plus grande partie de l'extrait de belladone, sinon le tout ; je le laisse et réapplique le petit appareil.

Le 19, *la malade n'a ressenti aucune contracture dans les membres, aucun resserrement des mâchoires;* elle a bien dormi ; les crampes ont cessé pendant la nuit ; il n'y a eu ni selle ni vomissement, mais des nausées fréquentes ; pas encore d'urine ; la voix est un peu plus forte qu'hier ; la face est toujours cyanosée ; les pupilles ne sont pas du tout dilatées ; le pouls est encore extrêmement faible, subflaminable, 100 ; la peau des membres est brune, mollasse, fripée ; sentiment de brisement général. La plaie du côté gauche contient encore bien évidemment *la plus grande partie de la strychnine* d'hier, sinon la totalité ; je la lave avec soin, elle n'est pas douloureuse, ne présente aucune injection de tissu cellulaire ; les lobules de graisse sont parfaitement blancs ; j'introduis dans cette plaie 2 *centigrammes de sulfate de strychnine.* La plaie du côté droit contient encore un peu de belladone, mais moins qu'hier ; ceci tient à ce qu'une partie de l'extrait s'est attachée au taffetas gommé, — Eau de Seltz ; solution de sirop de groseilles.

Le soir, yeux très injectés, face d'un rouge violet ; un peu de céphalalgie ; pas de bourdonnements d'oreille ni de troubles de la vision ; langue chaude, légèrement blanche ; soif vive, douleur épigastrique dans les mouvements d'inspiration ; ventre légèrement ballonné, quelques borborygmes ; il n'y a eu ni crampes, ni selles, ni vomissements, mais de fréquentes nausées. La malade a rendu un demi-verre d'urine d'un jaune foncé, contenant un léger dépôt grisâtre ; traitée par l'acide azotique, elle ne donne aucun précipité, mais prend seulement une teinte brune ; mains très-chaudes ; pouls petit, 100 ; *il n'y a aucune dilatation des pupilles ; pas de contractures.* La plaie de l'avant-bras gauche contient une poudre blanche, que j'enlève par le lavage ; il n'y a encore aucune injection du tissu cellulo-graisseux, aucun épanchement visible de lymphe plastique. J'introduis de nouveau 2 centigrammes de sulfate de strychnine, sans les humecter, comme je l'avais fait précédemment.

Le 20, aucun changement dans les pupilles, *aucune contracture ;* bon sommeil ; langue chaude, naturelle ; soif encore vive ; la face est toujours fortement colorée, mais les conjonctives sont moins injectées ; pas de vomissements, de selles ni de crampes ; peau chaude ; les veines du dos de la main, aplaties jusqu'ici, commencent à faire saillie ; pouls bien relevé, 90. La plaie *contient encore la poudre en magma ;* je la laisse, et ferme bien la plaie avec une bandelette de diachylon. La malade a rendu un verre d'urine pâle, qui ne donne aucun précipité par la chaleur et l'acide nitrique, mais dans laquelle le tannin décèle de l'albuminose.

Le soir, même état. — Sinapismes.

Le 21, la plaie de l'avant-bras droit contient un peu de pus bien lié ; ses bords ne sont nullement enflammés ; la plaie du côté gauche offre un commencement de suppuration, qui a entraîné au dehors une partie du médicament. Pas de contracture, ni de crampes, ni de selles, ni de vomissements ; urine assez abondante, qui ne précipite pas par la chaleur ni l'acide nitrique, mais précipite par le tannin ; la face et les yeux sont injectés ; la voix un peu cassée ; la peau chaude et moite ; le ventre indolent, très-légèrement ballonné ; appétit. — Bouillons.

Il n'y a plus rien d'important dans le reste de l'observation ; les petites plaies n'ont offert rien d'extraordinaire dans leur cicatrisation, et la malade est sortie le 29, parfaitement guérie, et mangeant trois portions,

5e *Observation. — Neuf centigrammes de sulfate de strychnine, pris par la bouche pendant une réaction comateuse, ne donnent pas de signes d'absorption.* — Salle Saint-Ferdinand, n° 37. Le 7 août, est entré le nommé Didier (Georges), âgé de 40 ans, demeurant à Alfort. Le 8 au matin, diarrhée aqueuse, depuis le 5, extrêmement fréquente, sans douleurs ; souvent les selles s'échappent involontairement, elles contiennent des grumeaux verdâtres ; vomissements depuis le 7, ils sont aqueux et très-fréquents ; langue froide et couverte d'un enduit blanc léger ; un peu d'amertume dans la bouche ; dents d'un blanc mat, haleine d'une odeur très-aigre ; crampes incessantes, extrêmement douloureuses ; douleur à l'épigastre, la pression ne l'augmente pas ; les yeux sont excavés, entourés d'un cercle noir ; les pupilles sont petites ; réponses lentes, mais nettes, faites d'une voix cassée ; aucun trouble de l'intelligence ; la peau est un peu moins sensible qu'à l'état normal, elle est flasque et conserve les plis qu'on y fait ; froid général, plus marqué aux extrémités ; les mains sont bleues, les doigts restent fléchis, il n'y a pourtant pas de roideur ; urines diminuées ; pouls excessivement faible, de fréquence ordinaire. — Potion de Rivière, additionnée de 12 gouttes de laudanum de Rousseau ; lavements avec 8 gouttes de laudanum ; limonade ; sinapismes.

Le 8 au soir, la diarrhée a beaucoup diminué, il n'y a eu que douze selles, quatre ou cinq vomissements, moins de crampes ; le tronc est chaud, les membres sont encore froids ; la peau n'a pas recouvré sa tonicité ; le pouls est un peu plus fort.

Le 9, trois ou quatre vomissements dans la nuit et trois selles selles aqueuses ; langue blanche, haleine d'odeur aigre ; très-peu d'urine ; le pouls est relevé, bien qu'encore très-dépressible ; pas de crampes, de froid ni de roideur dans les doigts ; les yeux sont toujours enfoncés et les pupilles petites ; voix presque éteinte, somnolence, paupières presque fermées, quelques éblouissements, pas de tintements d'oreille ; la peau est peu sensible et toujours flasque ; respiration un peu bruyante, très-égale. — Potion de 60 grammes, contenant 3 centigrammes de sulfate de strychnine, à prendre par cuillerées d'heure en heure, avec la précaution de donner un morceau de glace après chaque cuillerée ; on continue les lavements laudanisés.

Le soir, la prescription a été ponctuellement exécutée, et il n'y a pas eu un seul vomissement ; néanmoins, le goût amer que le malade éprouvait avant l'administration de la strychnine n'a

pas augmenté ; il n'y a ni roideur des muscles du cou, ni serrement des mâchoires, ni contractions spasmodiques, rien qui témoigne de l'absorption du médicament ; le pouls est plus faible que ce matin.

Le 10, il n'y a pas eu de vomissement, et deux selles seulement ; pas d'urine ; le pouls est très-dépressible, plus lent qu'hier et encore plus petit ; langue légèrement blanche, sans amertume ; pas de crampes ; peau chaude, mais flasque ; pupilles petites, somnolence ; aucun signe qui dénote l'action physiologique de la strychnine. — On prescrit la même potion qu'hier et des lavements laudanisés.

Le soir, la potion est encore conservée ; il n'y a eu que deux selles, pas d'amertume dans la bouche, aucune roideur du cou, des mâchoires ni des membres. La sœur du service, qui connaît l'action de la strychnine, dit qu'elle a observé quelques petits mouvements convulsifs dans les bras ; le malade dit qu'il ne les a pas ressentis, et ses voisins l'ont vu seulement s'agiter et se découvrir ; quoi qu'il en soit, il n'a en ce moment aucun symptôme de l'action de la strychnine.

Le 11, voix tout à fait éteinte, céphalalgie, yeux injectés, chaleur, pouls misérable ; la diarrhée a augmenté, les selles sont involontaires ; pas de vomissements, pas d'urines.— Potion avec 3 centigrammes de strychnine.

Le soir, le malade est dans le coma le plus profond ; il n'a eu ni secousses, ni roideur, ni serrement des mâchoires ; il expire sans agitation.

Nos lecteurs trouveront à ces faits une signification évidente et ils reconnaîtront l'inanité, à la période algide du choléra, de tous les médicaments déposés à la surface de la muqueuse gastro-intestinale ou dans le tissu cellulaire.

Nous y trouvons, pour notre compte, une explication aux résultats fournis par la statistique, qui fait voir, partout et toujours, une mortalité proportionnellement égale, quelle que soit la médication mise en usage.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Septembre 1854.— Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra.

1° Une lettre de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, qui demande au plus tôt l'avis de l'Académie, sur les différents remèdes contre le choléra, qu'il lui a transmis dans ces derniers temps, et qui communique de nouvelles recettes contre la même maladie.

Rougeole.

2° Un Rapport de M. le docteur Du Garray, du Puy (Haute-Loire), sur une épidémie de rougeole compliquée de dyssenterie, qui a régné dans la commune de Beaulieu.

Vaccine.

3° États de vaccination pour les départements du Doubs, de la Drôme, de l'Eure, de la Creuse, des Côtes-du-Nord, du Calvados, de l'Aude, de l'Aisne, de la Vendée, de Vaucluse, de la Haute-Saône, de la Haute-Marne, de la Marne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

1° M. le docteur Albert, correspondant de l'Académie à Saint-Chinion (Hérault), donne quelques renseignements sur l'apparition et la marche du choléra dans cette contrée ;

2° M. le docteur Guibert, de Paris, propose une méthode de traitement contre le choléra, à laquelle il attribue un grand nombre de guérisons. Cette méthode consiste à administrer d'une certaine façon, l'ipécacuanha à dose vomitive, et l'huile de ricin, soit en lavements, soit par la bouche ;

3° M. le docteur Monchaux a remarqué que jamais un individu n'avait été atteint du choléra pendant qu'il fumait.

Succédané du quinquina.

4° M. le docteur Rouhier, de Grancey-le-Château (Côte-d'Or), adresse une Note sur le choléra, dans laquelle il insiste sur la nécessité de traiter les prodromes et recommande dans ce but l'emploi des purgatifs salins ;

5° M. le docteur Houzelot, de Meaux, adresse un travail sur le *traitement préventif du choléra par les purgatifs salins.* (Comm. du choléra.)

6° M. le docteur Clément, des Forges de Bigny, demande un Rapport sur un nouveau fébrifuge extrait des différentes parties du lilas. (Comm. des succédanés du quinquina.)

De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.

7° M. le docteur Duchenne (de Boulogne) communique le résumé suivant, d'un Mémoire sur ce sujet :

I. Il existe deux paralysies de l'enfance dont les symptômes sont tellement identiques dans la période d'acuité, qu'il est impossible alors de les distinguer entre elles.

II. L'une se termine toujours par une guérison rapide, et a été particulièrement décrite par Kennedy, qui lui a donné le nom de paralysie temporaire de l'enfance, nom qui me paraît juste et devoir être conservé.

III. L'autre a une longue durée, et se termine par l'atrophie ou par la transformation graisseuse d'un plus ou moins grand nombre de muscles, et plus tard, par la déformation des muscles ou par leur attitude vicieuse, consécutivement au trouble apporté dans l'équilibre des forces musculaires. Cette dernière paralysie a été parfaitement étudiée par Heine, surtout au point de vue des difformités qu'on observe dans une seconde période (période d'atrophie). Je propose d'appeler cette dernière maladie, paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.

IV. Ces deux espèces de paralysies ont été confondues par M. Rellet, qui les a décrites sous la dénomination de paralysies essentielles de l'enfance.

V. La paralysie temporaire de l'enfance me paraît être une affection périphérique légère, peut-être de nature rhumatismale ; tandis que la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance doit être rapportée à un état morbide quelconque d'une partie plus ou moins étendue de la moelle épinière.

VI. L'exploration électro-musculaire permet de distinguer à coup sûr, à une époque voisine du début, ces deux espèces de paralysies de l'enfance. En effet, dans la paralysie temporaire, la contractilité électro-musculaire est toujours intacte ; elle est, au contraire, affaiblie ou abolie dans la paralysie atrophique graisseuse.

VII. On peut encore reconnaître, dans la période d'acuité de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, alors que tous les muscles sont également paralysés, quels sont ceux qui doivent recouvrer plus tôt leurs mouvements sans souffrir dans leur nutrition ; quels sont ceux qui s'atrophieront plus ou moins ; quels sont, enfin, ceux qui sont frappés de mort ou sont menacés de devenir graisseux ; car les premiers conservent leur contractilité électrique à peu près normale, les seconds perdent une grande partie de cette propriété, et les troisièmes la perdent complétement.

VIII. Dans une période avancée, la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance pourrait être quelquefois confondue avec une paralysie de cause cérébrale de l'enfance, si l'on n'employait pas l'exploration électro-musculaire comme moyen de diagnostic différentiel. On constate, en effet, dans celle-ci, l'existence de tous les muscles que l'on fait contracter individuellement, quelque atrophiés qu'ils soient, tandis que, dans l'autre, il est toujours un certain nombre de muscles qu'on ne retrouve plus par cette même exploration électro-musculaire.

IX. La paralysie atrophique de l'enfance, qu'on observe chez l'adulte, a une grande analogie avec l'atrophie graisseuse progressive ; mais la première se distingue par un arrêt de développement qui n'a pas été encore observé dans la seconde.

X. L'électrisation localisée, appliquée à temps, c'est-à-dire à une époque rapprochée du début de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, pourrait abréger la durée de la paralysie ; diminuer, sinon prévenir l'atrophie des muscles, et peut-être empêcher leur transformation graisseuse.

XI. A une époque très-avancée de la maladie (après un an et plus de durée), les muscles qui ne sont pas graisseux ont recouvré leur contractilité électrique, quelque atrophiés qu'ils soient. L'électrisation localisée peut être très-utile, en développant leur force et en favorisant leur nutrition.

XII. Lorsque, dans cette même période, l'absence de la contractilité électro-musculaire fait craindre que le tissu musculaire soit entièrement graisseux, on peut encore espérer, cependant, d'après le résultat de mes expériences, qu'il reste quelques fibres musculaires saines, cachées dans l'épaisseur du tissu graisseux, autour desquelles il serait possible de développer, par un long traitement électrique, d'autres fibres qui, par leur réunion, formeraient des faisceaux musculaires, des portions de muscles, et même des muscles entiers. (Comm. MM. Jolly, Rostan et Cruveilhier.)

Rhammus frangula.

8° M. le docteur Ignace Gumprecht (de Hambourg) rappelle qu'il y a

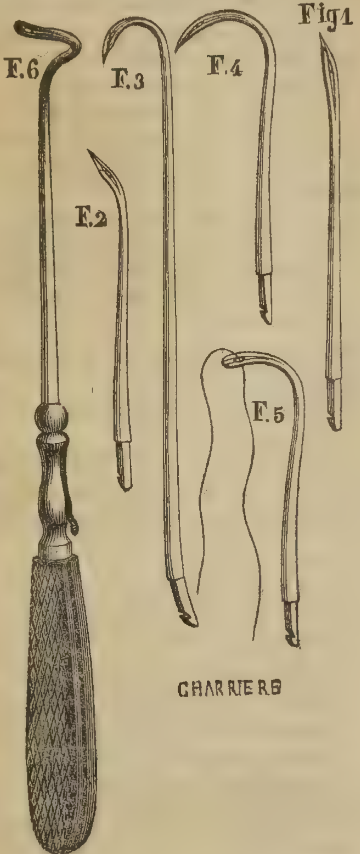
quatre ans, il a envoyé à l'Académie un Mémoire sur les propriétés purgatives de cette plante, et réclame la priorité de cette découverte. (Comm. MM. Martin, Solon et Bricheteau.)

Tumeur cancéreuse du rein gauche.

9° M. le docteur Dufau, correspondant de l'Académie, à Mont-de-Marsan, communique une observation de tumeur cancéreuse du rein gauche, prise pour un engorgement de la rate. (Comm. M. Barth.)

Nouvelle aiguille à sutures.

M. Charrière fils adresse à l'Académie un nouveau modèle d'aiguille destinée aux diverses sutures, soit dans les cavités pour la staphilorophie, les fistules vésico-vaginales, celles ordinaires, et de même pour les ligatures d'artères profondes.



Les avantages de son principe consistent à pouvoir employer avec facilité de simples aiguilles à manche, divisées latéralement dans une certaine étendue, ainsi qu'on le voit dans la planche ci-contre, qui en représente les diverses formes ; les unes (*fig.* 1, 2, 3 et 4), ont les chas divisés près de la pointe ; et les autres (*fig.* 5 et 6), qui sont mousses, sont divisées à partir du bout. Un des côtés de la division étant plus faible, devient élastique et permet de maintenir le fil pendant l'introduction de l'aiguille, sans le laisser rétrograder. Aussitôt que l'aiguille a pénétré d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, dans les cavités ou sur les surfaces, on saisit le fil passé, que l'élasticité du chas permet de dégager très-facilement.

RAPPORTS.

Traitement du choléra par la strychnine.

M. Gérardin donne lecture d'un Rapport sur un travail de M. le docteur Abeille, relatif à l'emploi du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra. Nous publierons ce Rapport dans notre prochain numéro.

Voici, en attendant, comment s'exprime, en terminant, l'honorable rapporteur :

« Vous déciderez si vous devez encourager un traitement dit *spécifique*, basé sur une expérimentation imparfaite, empirique et dangereuse.

« Je dis dangereuse, car si l'usage de la strychnine doit se répandre dans le public pour combattre, comme le propose M. Abeille, non-seulement tous les cas de choléra, mais encore la cholérine, il s'élèvera bientôt une redoutable question de responsabilité médicale.

« J'ai l'honneur de vous proposer :

« 1° De remercier M. Abeille de sa communication ;

« 2° D'inviter instamment cet honorable confrère à publier ses observations, afin que chacun puisse en apprécier la valeur ;

« 3° De renvoyer les documents à la Commission du choléra. »

M. Gibert signale une lacune dans le Rapport. Il voudrait qu'il y fût rappelé que le *spécifique* de M. Abeille ne donne pas de meilleurs résultats que tous les spécifiques vantés pendant le cours des trois épidémies que nous avons eu à traverser. La mortalité a toujours été invariablement de la moitié des cas.

M. Londe appuie cette proposition et ajoute que, s'il ne connaissait M. Abeille, il serait tenté de croire qu'il n'a jamais traité un cholérique; car tout le monde sait qu'à la période cyanique les sangsues ne prennent pas ou se détachent aussitôt. Quant au reproche adressé à M. Abeille de n'avoir point rapporté d'autopsie, M. Londe fait observer que les lésions cadavériques dans le choléra n'expliquent ni les symptômes ni la mort.

M. Bouchardat. — L'examen des voies digestives aurait du moins fait voir si l'absorption du médicament a pu avoir lieu.

M. Collineau. — M. Abeille me paraît avoir tort d'attribuer à la strychnine toutes les réactions qui sont survenues dans les vingt-quatre heures, alors que ce phénomène s'observe communément, et sous l'influence de médications diverses.

M. Larrey. — Je regrette l'absence de M. Isid. Bourdon, qui est délégué par l'Administration pour étudier dans les hôpitaux le traitement par la strychnine. Il aurait pu peut-être nous renseigner utilement.

M. Requin. — M. Bourdon est venu à l'Hôtel-Dieu, et je l'ai entendu se plaindre du peu d'empressement que mettaient les médecins à expérimenter la strychnine dans leurs services hospitaliers.

M. Bouillaud déplore la tendance qui s'empare des médecins les plus sages, à s'aventurer dans des voies excentriques, pour poursuivre la chimère d'un spécifique contre le choléra.

Les administrateurs eux-mêmes convient les médecins à ces tentatives inconsidérées. Dans cette situation, l'honorable professeur voudrait que l'Académie fît quelque chose pour éclairer les pouvoirs publics et leur faire sentir l'inanité de tous les arcanes, dont le nombre g ossit chaque jour.

Autant vaudrait chercher une formule pour guérir les pendus et les foudroyés, qu'un remède contre le choléra, qui tuera toujours à une certaine période. Les corps constitués devraient s'occuper de cette question, et encourager uniquement la recherche de la cause et du mode de propagation du fléau.

M. Bouillaud, désespérant de la commission actuelle du choléra, demande à l'Académie qu'elle nomme une commission nouvelle.

M. Davenne dit qu'il est harcelé de recettes contre le choléra, qui lui viennent de toutes parts, et le plus souvent appuyées par de puissants personnages. Mais il a pour coutume de laisser aux médecins des hôpitaux, à qui il transmet ces recettes, la faculté d'en user à leur gré.

M. Desportes voit, dans l'épidémie actuelle, une névrose des organes respiratoires, sous la dépendance du nerf grand sympathique. En conséquence, il trouve rationnelle la médication strychninée ; mais il voudrait qu'on y adjoignît l'électrisation, appliquée à la base de la poitrine.

Les conclusions du Rapport sont mises aux voix, et adoptées à une grande majorité.

M. Gibert insiste pour qu'une conclusion complémentaire soit votée dans le sens de sa proposition. Il la formule ainsi :

4e *Conclusion :* « Enfin, appeler l'attention sur ce fait capital, que le chiffre des guérisons annoncé par M. Abeille est celui que l'on obtient généralement du traitement méthodique du choléra. » — Adopté.

M. Moreau voudrait que l'Académie intervînt pour mettre un terme au charlatanisme éhonté dont le choléra est le prétexte, et qu'à l'instar de ce qui s'est fait en 1832, il fût rédigé une nouvelle instruction à l'usage du peuple.

M. Rostan regrette, avec l'Académie tout entière, que la commission du choléra ne présente pas son Rapport. Mais il ajoute qu'il est difficile de nommer une commission nouvelle, qui aurait à recommencer tout le travail déjà fait. Il en résulterait que le Rapport serait retardé plutôt qu'avancé.

M. Dubois (d'Amiens) fait observer que, dans ces derniers temps, M. Jules Guérin a été empêché d'achever son travail pour cause de maladie, et que ce n'est que depuis peu que la commission est en possession des documents, résultant de l'enquête administrative sur l'épidémie de 1849. Le travail de M. Guérin est si avancé, qu'une commission nouvelle exigerait un temps beaucoup plus long pour le recommencer, qu'il n'en faudra pour le finir. M. le secrétaire perpétuel prie, d'ailleurs, la presse médicale d'insister, de son côté, auprès de la commission du choléra, pour obtenir d'elle ce que, pour son compte, il n'a pu obtenir encore.

M. Velpeau rappelle qu'il a maintes fois cherché à stimuler le zèle de la commission du choléra. Toutefois, il ne se fait pas illusion sur ce que peut l'Académie. Personne ne peut faire, jusqu'à ce jour, que la moitié environ des cholériques ne succombe pas. Eh bien ! tant que cela sera, les charlatans auront beau jeu, et aussi longtemps qu'ils promettront de guérir tout le monde, tout le monde ira à eux.

M. Bouillaud objecte que l'Académie a la mission de diriger et d'apprécier les progrès de la science, mais non de proposer des remèdes. Il soutient sa première proposition, et demande qu'une commission nouvelle soit nommée pour préparer d'urgence un rapport sur l'épidémie actuelle.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée. Il est décidé que la nomination de cette commission aura lieu dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

Molluscum (cas rare).

M. Gibert présente, à la fin de la séance, une malade de son service, traitée à l'hôpital Saint-Louis, depuis un an environ, d'un *impetigo* chronique (dartre crustacée d'*Alibert*) répandu sur presque toute l'étendue du corps. Depuis quatre mois, se sont successivement développées sur les cuisses, puis sur le ventre et la poitrine, enfin, au col, sur le front et les tempes, des tumeurs cutanées dont quelques-unes ont acquis le volume d'une grosse noix. Ces tumeurs, généralement arrondies, bosselées, plus ou moins sessiles, mais se détachant bien au-dessus du niveau de la peau, sont rouges, douloureuses, quelques-unes légèrement croûteuses à leur

surface, et paraissent formées par le développement de tout le tissu de la peau, avec dépôt athéromateux dans les mailles du derme.

De nouveaux *tubercules* se sont produits depuis peu de temps au visage, où ils se présentent sous la forme de petites saillies sessiles rouges, lisses, qui diffèrent des *tubercules* de la lèpre, ou *éléphantiasis*, par leur mode de développement, leur forme, leur couleur, leur sensibilité, etc.

On sait que le nom de *molluscum* vient de l'éruption endémique aux îles *Moluques*, dont la forme sporadique, observée plusieurs fois par M. Gibert, dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, est une sorte de reproduction accidentelle. Ces faits sporadiques ont présenté plusieurs variétés : celle mise aujourd'hui sous les yeux de l'Académie semble devoir être rapportée au *molluscum athéromateux* de Bateman.

La femme, sujet de cette observation, est une marchande de Granville, en Normandie, dont les parents sont sains et ne présentent aucun indice d'affection du même genre. Elle est âgée de 32 ans. La première apparition de la maladie de la peau remonte à trois ans environ.

La séance est levée avant 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

Rapport à l'Empereur.

Sire, les circonstances ont rendu nécessaire la réorganisation de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, qui, placée dans les conditions les plus favorables, doit répondre complétement aux espérances que son installation a fait concevoir. Cette réorganisation, en raffermissant la discipline et en assurant le progrès des études, mettra fin à un état de malaise qui tenait moins aux personnes qu'à la distribution même des cours et à des conditions locales dont mon administration, d'accord avec l'autorité municipale, est parvenue à détruire l'influence.

Les moyens d'études médicales que présente la population de notre plus grand centre industriel, avaient porté le Gouvernement à dépasser, dès l'origine, pour cette École, le cadre de l'enseignement donné dans toutes les autres, et elle compte aujourd'hui dix chaires ; mais, dans le nombre, il s'en trouve deux dont l'objet doit rentrer en partie dans l'enseignement des Facultés des sciences, tandis qu'une troisième, qui n'a donné que des résultats douteux, et qui semble condamnée par l'expérience, sera avantageusement remplacée par un cours plus spécial et plus positif.

Le Conseil impérial de l'instruction publique, dans sa délibération du 11 juillet 1854, a adopté le projet de réorganisation que je lui avais soumis, et par lequel l'enseignement sera réparti désormais entre huit professeurs titulaires et trois professeurs adjoints, assistés de quatre professeurs suppléants. Le cours de pathologie et de thérapeutique générale est supprimé. Le cours de chimie et de pharmacie est reconstitué sous le titre de *chaire de pharmacie et de notions toxicologiques ;* celui d'histoire naturelle et de matière médicale, sous le nom de *chaire de matière médicale et thérapeutique.*

Les éléments de la chimie et de l'histoire naturelle qui sont compris dans le programme de l'enseignement secondaire, et qui sont d'ailleurs exposés dans les Facultés des sciences, ne doivent plus être considérés comme une partie essentielle de l'enseignement des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Cette réforme aura pour effet de diriger exclusivement l'enseignement pharmaceutique vers l'application et vers la pratique, tandis que les élèves trouveront dans la Faculté des sciences, dont l'enseignement sera donné aussi en vue des applications les plus usuelles, le complément d'instruction qui pourra leur être nécessaire.

Il est à désirer que, conformément au vœu exprimé par le Conseil impérial de l'instruction publique, cette organisation puisse être appliquée immédiatement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, et ultérieurement à toutes les Écoles préparatoires de médecine placées près des Facultés des sciences; mais le concours des autorités locales est ici indispensable, et à mesure qu'elles seront disposées à subvenir aux dépenses de cette installation, j'aurai soin de proposer à Votre Majesté de les faire profiter des avantages qui doivent en résulter.

Si Votre Majesté veut bien approuver les mesures inspirées par la nécessité de consolider un établissement digne de toute sa sollicitude, et par les besoins mêmes de l'intéressante population au milieu de laquelle il est placé, je la prierai d'apposer sa signature au projet de décret ci-joint.

J'ai l'honneur d'être, etc. H. FORTOUL.

DÉCRET.

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite École est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 5. Notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

— Par arrêté en date du 4 septembre 1854, M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes a pourvu ainsi qu'il suit à la nomination du personnel de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, réorganisée par le décret du 13 août précédent :

Sont nommés professeurs titulaires des chaires suivantes :

Anatomie et physiologie : *M. Richard.*
Pathologie et médecine opératoire : *M. Petrequin.*
Clinique externe : *M. Bonnet.*
Pathologie interne : *M. Senac.*
Clinique interne : *M. Devay.*
Accouchements, maladies des femmes et des enfants : *M. Colrat.*
Matière médicale et thérapeutique : *M. Brachet.*
Pharmacie et notions de toxicologie : *M. Glenard.*

Sont nommés professeurs adjoints :

Clinique externe : *M. Bouchacourt.*
Clinique interne : *M. Teissier,* médecin à l'Hôtel-Dieu.
Anatomie et physiologie : *M. Foltz.*
M. Davallon est nommé professeur adjoint hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie.

Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite : *M. Gromier,* médecin de l'Hôtel-Dieu.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements : *M. Barrier.*
Pour les chaires de sciences accessoires : *M. Socquet,* médecin de l'Hôtel-Dieu.
M. Foltz, professeur adjoint, est nommé chef des travaux anatomiques.
M. Richard, professeur d'anatomie et de physiologie, est nommé directeur de l'École.

Mouvement du choléra dans les hôpitaux de Paris.

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
30 août.	49	18	24
31 —	38	26	38
1er septembre.	45	20	14
2 —	37	15	25
3 —	41	19	40
4 —	36	16	33
5 —	35	17	26
	281	131	200

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie.		5,831
Sortis	2,393	5,374
Décédés	2,981	
Reste		457 en traitement.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 108. 2e année. Samedi 9 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Cancroïde de la lèvre inférieure. — Nouveau procédé de chéiloplastie,

Par M. ALPH. GUÉRIN, *chirurgien des hôpitaux.*

L'autoplastie par la méthode de Celse, ou par glissement, ne donne nulle part de meilleurs résultats que lorsqu'il s'agit de la restauration de la lèvre inférieure ; mais tous les procédés de cette méthode sont loin d'avoir la même valeur. Le procédé de Horn, qui consiste à enlever la partie dégénérée par une incision en V, et à réunir les bords de cette plaie après avoir, par la dissection, séparé la peau du périoste qui recouvre la face antérieure du maxillaire, ne peut convenir que pour les cas où la dégénérescence n'a pas encore une grande étendue.

Le procédé de Chopart expose à l'érysipèle, à une longue suppuration, et il ne remédie jamais complétement à la difformité pour laquelle on a recours à l'autoplastie. J'en dirai autant de ceux de Lisfranc et de M. J.-M. Roux. On voit donc que la restauration de la lèvre inférieure laisserait encore beaucoup à désirer, si la chirurgie ne possédait pas d'autre procédé autoplastique. Heureusement, il n'en est point ainsi.

Au mois de janvier de cette année, un homme de 60 ans me fut adressé, à l'hôpital Saint-Louis, par un médecin qui me priait de débarrasser ce malade d'un cancer déjà ancien. Le mal dont ce vieillard était affecté était un cancroïde qui avait atteint toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, dans laquelle on suivait les indurations jusqu'à sa jonction avec la mâchoire inférieure, au niveau du sillon mento-labial.

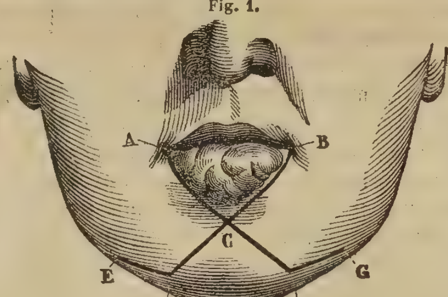
Le maxillaire inférieur étant sain, et les ganglions lymphatiques ne paraissant point avoir été envahis par le cancer, je me décidai à faire une opération.

Il était impossible de songer à enlever la tumeur sans chercher à restaurer, ou plutôt à remplacer la lèvre inférieure, qui était cancéreuse dans toute son étendue. Pouvais-je espérer, après avoir extirpé toute la lèvre, de rapprocher les bords de l'incision ? Sans doute, cela n'était pas impossible, et il est peu de chirurgiens qui n'aient obtenu de pareils résultats. Mais il est difficile de mettre en contact les bords de la plaie, alors même que, pour les faire glisser plus facilement, on les a, par la dissection, détachés des parties sous-jacentes (procédé de Horn) ; cette difficulté sollicite toujours le chirurgien à se rapprocher du mal, pour conserver une plus grande étendue aux parties qu'il faudra réunir, et comme c'est là le plus grand vice d'une opération de cancer, je n'hésitai pas à rejeter cette méthode opératoire qui a, d'ailleurs, l'inconvénient de faire une bouche d'une difformité ridicule, lorsqu'une grande partie de la lèvre a été enlevée.

Tous les autres procédés de la méthode autoplastique par glissement se présentèrent à mon esprit ; mais mon choix fut bientôt fait, parce que, depuis plusieurs années, j'enseigne à l'amphithéâtre des hôpitaux, un procédé qui, je crois, a été pratiqué sur le vivant par M. Syme, et qui donne un résultat auquel nul autre ne peut être comparé.

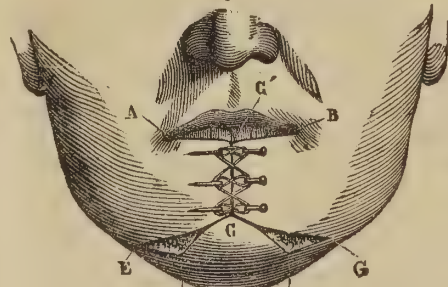
Le malade ayant été couché sur un lit où sa tête était soulevée par des oreillers, je pratiquai une incision en V dont les deux branches, partant des deux commissures de la bouche, venaient se réunir au-dessous du sillon mento-labial. La partie qui était le siége du cancroïde se trouva ainsi circonscrite et enlevée. Je prolongeai les deux branches du V vers le bord inférieur de la mâchoire, de manière à avoir une incision en X ; puis faisant tomber, sur chacune des extrémités inférieures des deux branches de l'X, une incision horizontale, longue de 3 centimètres environ, j'obtins la figure que je représente ici (*fig.* 1).

Fig. 1.



Je disséquai les lambeaux ACDE, BCFG, et réunissant, au moyen d'une suture entortillée, les deux lèvres supérieures des incisions CD et CF, je portai les bords AC et BC sur une même ligne horizontale, remplaçant le bord libre de la lèvre inférieure.

Fig. 2.



Le glissement des lambeaux et la suture sur la ligne médiane de la lèvre supérieure des incisions CD et CF, laissèrent de chaque côté un espace triangulaire (*fig.* 2) qui ne tarda pas à être comblé par les bourgeons charnus.

Au bout de quatre jours, je pus enlever les épingles ; quinze jours après l'opération, le malade était complétement guéri, et sa cicatrice était si belle, que les personnes qui le voyaient pour la première fois, ne pouvaient pas croire à l'étendue du mal qui avait nécessité l'opération.

Je voulais, malgré sa guérison, retenir cet homme pour le surveiller pendant quelque temps encore ; mais il profita d'une permission de sortir qu'il m'avait demandée, pour s'échapper de l'hôpital et n'y plus revenir.

Je ne publie donc pas cette observation comme un cas de guérison radicale, puisque j'ignore ce qu'est devenu le malade ; mais j'ai voulu lui donner de la publicité pour faire connaître un mode opératoire qui est supérieur à tous les procédés d'autoplastie auxquels on a recours pour restaurer la lèvre inférieure, quand elle est envahie dans une grande étendue par une dégénérescence cancéreuse.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103 *et* 106 *du tome* 2.)

SUITE DE LA DIX-NEUVIÈME LEÇON.

De l'étranglement.

Nous voici arrivés à l'étranglement, étude grave, messieurs, grave et difficile, pour laquelle je réclame non-seulement toute votre attention, mais toute la sévérité de votre critique pour les différentes doctrines que je vais exposer devant vous : j'ai fait un très-grand ravage dans les doctrines qui ont régné jusqu'ici sur ce sujet ; ces doctrines ont malheureusement duré beaucoup trop, il est temps qu'elles disparaissent de la science ; mais il faut aussi que l'on me demande compte, à mon tour, de ce que j'ai fait : il faut donc que les preuves soient devant vos yeux. Mais avant de commencer, je dois vous prévenir qu'il y a des points que je n'affirmerai pas, que je ne ferai que soulever devant vous, car j'avoue franchement et sans honte que je ne sais pas tout, et il reste à mettre en lumière plus encore qu'on n'a découvert jusqu'à présent.

Qu'est-ce qu'une hernie étranglée?

Il arrive des cas où la hernie devient douloureuse ; si elle rentrait, elle ne rentre plus, elle est dure, douloureuse : cela est peu de chose encore ; mais, en même temps, le malade a une barre transversale de douleurs au niveau de l'ombilic, des nausées et des vomissements : il vomit d'abord les aliments qu'il avait dans l'estomac, puis de la bile verte, de la bile jaune, puis des matières excrémentitielles du petit intestin, puis des matières stercorales ; le ventre se ballonne ; il survient du hoquet ; le pouls est filiforme, et puis.... les malades s'en vont revoir leurs ancêtres.

Ce tableau ne convient-il qu'à la hernie étranglée? Erreur. Dans les grandes péritonites, dans les péritonites puerpérales, vous voyez tous les mêmes accidents ; cela se voit encore quand il y a des intussusceptions intestinales, des étranglements internes, des volvulus.

En face de ces symptômes, les premiers médecins ont été fort embarrassés.

Il est fort remarquable que, dans les livres d'Hippocrate, il n'y a qu'un seul endroit où il parle des hernies et de leur étranglement, et encore ce passage est-il très-obscur, ce qui est fort heureux pour lui, car tout ce que l'on croit y comprendre est complétement faux.

Il est à remarquer que, dans les premiers temps de la médecine, on n'avait pas l'anatomie pathologique, ni même l'anatomie normale : on ne faisait pas d'opérations ; mettez-vous donc à la place d'un habitant de la Nouvelle-Hollande avant la découverte du Nouveau-Monde, que feriez-vous ? C'est là le cas des médecins romains ; ils appelaient cela un *iléus,* un *volvulus :* qu'est-ce que c'est que cela ? Je n'en sais rien, ni eux non plus ; on confondait sous ce même nom toutes les maladies qui offrent des symptômes semblables. Dans les ouvrages des anciens chirurgiens, à l'article *hernie,* vous ne trouvez que la description des bandages ; mais la hernie étranglée, c'est à l'article *volvulus* qu'il faut la chercher.

Praxagoras de Cos, qui vivait dans le siècle qui suivit Hippocrate, eut l'audace d'ouvrir la hernie étranglée ; il s'était aperçu que lorsque la hernie donne lieu à ces accidents, elle devient dure : mais comment devient-elle dure? Ce sont des crottins, disait-il : ne riez pas, il y a des chirurgiens encore aujourd'hui qui n'y voient autre chose que des crottins. En y appliquant la main, il vexait les intestins *magna concassione;* il cherchait donc à concasser les crottins : vous riez, messieurs ; eh bien ! il n'y a pas plus de six mois que j'ai vu un médecin en faire autant. Quand il ne pouvait pas concasser les crottins, il ouvrait le ventre près du pubis, il enlevait les crottins, puis il refermait l'intestin et la paroi du ventre. Les chirurgiens de son temps, effrayés d'une semblable opération, aimèrent mieux s'abstenir de tout traitement chirurgical, et se bornèrent à un traitement médical.

Celse, qui, le premier, parle du traitement chirurgical dans ce que nous appelons la hernie étranglée, parle de l'engouement. Il avait vu que, lorsque ces accidents arrivent, il y a de la fièvre et de la douleur ; les crottins ne suffisent plus, il faut qu'il y ait de la *crudité :* par ce mot, Celse comparait ce premier degré d'irritation à la première période des fièvres. Mais bientôt la crudité disparaît et fait place à l'inflammation : alors, Celse avait tout un arsenal de moyens purement médicaux pour la combattre.

Archigènes admet, comme Celse, l'amas de matières fécales ; mais, suivant lui, ce sont ces matières accumulées et durcies qui amènent l'inflammation : lors donc qu'il n'y avait pas encore d'inflammation, il essayait le taxis ; mais si une fois l'inflammation était développée, sans recourir à l'opération, il faisait comme Celse un traitement médical complet : saignée, diète, cataplasmes, etc.

Cette croyance de l'inflammation, jointe à l'incarcération des matières fécales durcies et desséchées, se maintint dans tout le moyen âge ; cependant les médecins de cette époque, ne copiant pas toujours les anciens, Gilbert, à la fin du XIIIe siècle, ne se servait plus du nom d'*iléus;* il l'appelle *passion iliaque* ou *miserere :* c'est la grande péritonite ou la colique de miserere ; il cite le cas d'un homme qui en est mort.

Un peu plus tard, Montagnana comprit bien que les matières fécales durcies n'étaient pas la source de l'inflammation ; il attribue celle-ci à ce que les matières retenues dans l'intestin y pourrissaient.

Nous arrivons ainsi jusqu'au milieu du XVIe siècle.

Quelle nouvelle lumière aurons-nous? L'opération, pratiquée par ces *inciseurs,* qui n'étaient pas médecins, mais qui étaient les grands opérateurs de ce temps.

Vers 1551, Maupas, de Blois, fit le premier quelques opérations suivies de succès ; puis vint Franco, dont Roussel nous a raconté les exploits.

Maupas était très-ignorant, comme tous les opérateurs ou inciseurs de son temps ; il fit donc une nouvelle théorie, une nouvelle doctrine : Maupas, ouvrant une hernie grosse comme la tête, ne voyait pas là des crottins ; il dit que la hernie était *incarcérée.* En Angleterre et en Italie, cette idée se retrouvait il y a peu de temps encore : pour Franco, il y a dans cette incarcération de l'intestin non plus seulement, comme on le disait jusqu'alors, des matières fécales accumulées, desséchées et durcies, il y a des matières fécales, et de plus des *ventosités.*

Voilà donc les gaz qui font leur apparition dans l'histoire de l'étranglement herniaire : c'est une grande chose déjà, messieurs, que d'avoir signalé la présence des gaz dans la hernie étranglée, car ils rendent compte de la dureté de la hernie, et nous pourrons, avec le plessimètre, nous assurer si c'est à leur présence ou à une autre cause qu'est due cette résistance de la hernie à la pression.

Franco reconnaît donc trois choses dans une hernie étranglée : l'inflammation, les matières liquides et les ventosités. Telle fut alors l'autorité de la doctrine des ventosités que, quelque temps après Franco, Bauhin assiste à l'opération d'une grosse hernie ; il rapporte que la hernie était tellement distendue par

des vents, qu'on ne put la réduire : il oublie les matières fécales, il ne voit plus là que des vents.

Formi, chirurgien de Montpellier, voulant régulariser l'opération de la hernie étranglée, annonce que, si l'intestin est trop enflammé et trop gonflé par les gaz pour pouvoir être rentré dans le ventre, il faut débrider l'anneau : ici donc se trouve la première idée de l'*étranglement;* il fallait bien que l'on en vînt à s'apercevoir que l'intestin était sorti par un orifice trop étroit : on nomme enfin l'étranglement par son nom, et on nomme l'agent qui le cause, c'est l'anneau : car alors on ne connaissait pas encore le canal inguinal, on ne connaissait que l'anneau.

Le nom de l'étranglement a donc été prononcé.

Jusqu'ici vous n'avez vu que des chirurgiens français. Voyons un peu ce qui se faisait dans les autres pays.

Au XVIe siècle, un médecin allemand, ami de Fabrice de Hilden, lui écrit qu'il a vu un cas de ce genre, et Fabrice de Hilden ajoute qu'il est fâcheux qu'on n'ait pas pu l'opérer.

Marcorelli ne connaissait pas les hernies étranglées.

Wiseman, le Paré anglais, au sujet de la hernie étranglée, décrit tout au long le traitement médical, et, « quand on a fait ce traitement, ne pourrait-on pas opérer? » dit-il.

Turner, auteur d'un *Traité de chirurgie,* dans la sixième édition de son ouvrage, avoue n'avoir encore fait cette opération qu'une seule fois.

C'est donc en France presque exclusivement que l'on s'est occupé des hernies étranglées; remarquez bien que je ne dis pas : « Que l'on a étudié l'étranglement. » Voilà pourquoi, au XVIIe et au XVIIIe siècle, les Anglais, les Italiens et les Allemands étaient si faibles en fait de hernies : et vous verrez que les doctrines adoptées encore aujourd'hui sont toutes françaises.

A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101 *et* 103.)

Après avoir envisagé, au point de vue de l'anatomie, l'inflammation en général; après l'avoir étudiée dans chaque région en particulier, nous arrivons à celle qui envahit certains systèmes de l'économie, tels que les artères, les veines et les lymphatiques.

Artérite. — C'est une maladie rare qui se montre surtout comme complication d'une autre affection; aussi, ne m'y arrêterai-je pas.

Phlébite.— L'inflammation des veines, bien que rare encore, si on la compare aux autres phlegmasies, est cependant plus commune que la précédente.

J'éprouve de l'embarras pour vous donner le chiffre exact des phlébites qui se sont présentées dans mon service. L'inflammation des veines n'est pas, en effet, toujours accessible aux yeux du chirurgien; il existe des cas où elle est admise par les uns et niée par les autres. Certains praticiens croyent qu'il ne peut y avoir infection purulente sans phlébite; d'autres, au contraire, comprennent l'infection purulente sans phlébite. Quoi qu'il en soit, nous n'en avons eu qu'un très-petit nombre; deux cas d'infection purulente et deux autres cas d'inflammation des veines par suite de varices.

L'anatomie joue encore un grand rôle dans cette maladie. En effet, il y a deux espèces de phlébite : la phlébite externe, c'est-à-dire celle où l'inflammation n'occupe que la tunique externe de la veine, et la phlébite interne, c'est-à-dire celle qui a pour siége la tunique interne. Ces deux espèces doivent toujours être distinguées, parce que, autant l'une offre peu de gravité, autant la seconde présente de dangers; la symptomatologie ne diffère pas moins, dans les deux cas, que le pronostic. Dans la phlébite externe, ce sont d'abord des symptômes locaux : chaleur et douleur sur le trajet d'une veine, plaques rouges disséminées le long du membre, chaque plaque correspond à des noyaux, à des engorgements formés par la veine enflammée; cet engorgement considérable, autour de la veine, tient au développement que prend le tissu cellulaire qui entoure immédiatement la veine. Ces phénomènes locaux sont accompagnés des symptômes généraux suivants : fièvre, chaleur à la peau, malaise général, langue pâteuse, etc., etc.

La phlébite externe suit la marche du phlegmon; aussi peut-on dire que c'est un véritable phlegmon à foyers multiples qui se modifient et se cicatrisent avec beaucoup de rapidité. Mais il n'en est pas toujours ainsi, il se peut que l'inflammation traverse l'épaisseur de la veine, et, gagnant la membrane interne, donne lieu à une infection purulente. Par ces quelques mots, vous comprenez de suite la gravité de la phlébite interne. Cette dernière, en effet, peut gagner de proche en proche et arriver à une distance très-grande; ainsi, supposez-la partir de la jambe, elle pourra gagner la cuisse, le bassin, la veine-cave et même le cœur. Le traitement est alors le même que celui de l'infection purulente, je n'en dirai donc rien ici.

Angioleucite. — *Adénite.* — L'inflammation des lymphatiques et des ganglions présente un groupe nombreux et assez varié; il s'en est présenté dans nos salles 36 cas, c'est donc une affection assez commune, et la fréquence des maladies de ces vaisseaux peut s'expliquer par leur position anatomique et les fonctions de ce système.

Il y a partout des vaisseaux lymphatiques et des ganglions; il y en a de superficiels et de profonds, on en trouve autour de tous les organes, au milieu de leur parenchyme, et ces organes, en devenant eux-mêmes malades, peuvent enflammer consécutivement le système lymphatique; vous voyez donc que nous devons être étonnés comment ces inflammations ne sont pas plus fréquentes.

Les fonctions de ce système sont lentes et difficiles; les lymphatiques ont pour usage de prendre, à l'intérieur, des matériaux de composition très-variée, matériaux qui ont déjà servi et qui doivent être reportés dans la circulation. Les vaisseaux étant tortueux, ces matériaux doivent circuler difficilement, ils doivent être souvent arrêtés dans leur route, ils sont là comme des corps étrangers qui peuvent amener des inflammations du vaisseau lymphatique, et, par suite, d'une portion plus ou moins étendue du système.

Ces matériaux arrivant aux ganglions, qui sont des espèces de tamis au travers desquels ils doivent passer, si, pendant cette action, il se trouve des corpuscules irritants ou de mauvaise nature, vous aurez là une cause puissante d'inflammation.

Sur les 36 cas d'inflammation du système lymphatique, nous avons 27 hommes et 9 femmes. Il y a eu 11 angioleucites proprement dites et 25 adénites. Sur les 11 angioleucites, nous trouvons 10 hommes et 1 femme, tandis que, sur les 25 adénites, il y a 17 hommes et 8 femmes. Remarquez que, pour les angioleucites, il y a une grande disproportion entre les hommes et les femmes. Cette inflammation survient à la suite d'une lésion externe, d'une plaie, d'une écorchure, d'une excoriation, lésions qui se trouvent principalement chez les hommes. Pour les adénites, la proportion des femmes est beaucoup plus grande; rappelez-vous que cette affection se montre de préférence dans certaines régions, telles que le cou, et qu'elle se rencontre là par suite de causes qui sont les mêmes dans les deux sexes; ce sont : des maux de la bouche, du nez, des yeux, des oreilles, etc.

Le mécanisme des angioleucites et des adénites est très-clair. Vous avez une écorchure, une irritation, une plaque, une rougeur sur la peau; il y a nécessairement en cet endroit quelques bouches lymphatiques. Qu'il survienne maintenant une cause occasionnelle, une perturbation quelconque, et voilà qu'aussitôt une molécule de matière altérée pénétrera dans un lymphatique. Suivant les individus, suivant certaines conditions, il faudra l'introduction d'un plus ou moins grand nombre de ces parcelles dans les lymphatiques pour amener une inflammation de ce système. Il se pourra, dans certains cas, que ces particules, parcourant les vaisseaux sans les enflammer, du moins en appa-

rence, arrivent dans les ganglions où ils agiront comme corps étranger.

L'inflammation peut s'établir dans les lymphatiques de deux façons, ou par l'introduction de ces molécules ou par continuité. Par exemple, que la bouche d'un de ces vaisseaux soit atteinte d'inflammation, celle-ci va gagner de proche en proche et pourra ainsi s'étendre fort loin.

Une autre particularité se rattache aux adénites. Depuis longtemps, je cherche à prouver qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se fait dans la mamelle. De même que pour cet organe, l'adénite aiguë, se terminant par suppuration, présente trois variétés. En effet, le pus peut se former entre le ganglion et la peau, ou bien derrière le ganglion entre cet organe et le tissu cellulaire profond, ou bien dans la substance même du ganglion. Nous aurons donc les trois variétés d'adénites sous-cutanées, profondes et parenchymateuses. Tout cela est facile à comprendre. L'inflammation s'empare du ganglion, mais elle gagne bientôt le tissu cellulaire sous-cutané ; on comprend que, par la même raison, elle puisse gagner la couche celluleuse profonde, enfin elle pourra rester limitée dans le ganglion. Pour le pronostic, vous tiendrez compte de ces variétés, il ne sera pas le même pour l'adénite sous-cutanée et l'adénite profonde ; cette dernière peut être grave, tandis que, dans la première, le foyer s'ouvre ordinairement seul et n'est cause d'aucun danger. La thérapeutique variera également : il faudra ouvrir les abcès superficiels de bonne heure, de crainte de les voir devenir profonds. Quant à ceux-ci, vous ne tarderez pas également à les inciser, et vous n'oublierez pas que, dans ce cas, il faudra traverser le ganglion avant d'arriver au foyer purulent.

F. Dolbeau *et* A. Elleaume.

(*La suite à un prochain numéro.*)

OPHTHALMOLOGIE.

Clinique du Dr Sichel.

Leçon sur l'encéphaloïde de la rétine,

*suivie de l'***Observation micrographique du myéloblaste**, par M. Ch. Robin.

Messieurs, vous avez tous vu un petit garçon de 2 ans, qui m'a été présenté il y a environ trois semaines, portant un encéphaloïde de la rétine de l'œil gauche : cette tumeur encéphaloïde, passée au deuxième degré, a pris un tel développement, qu'elle remplit une grande partie de la chambre postérieure de l'œil, et semble près de toucher, en quelques points, la face postérieure de l'iris. Nous n'avons pu voir cette affection quand elle était à son premier degré, alors que le diagnostic aurait été beaucoup plus facile ; aussi, bien que persuadé que nous avons affaire ici à un encéphaloïde de la rétine, je ne regarde pas comme tout à fait impossible de trouver, après l'extirpation du globe oculaire, qu'il y avait là une hydropisie sous-choroïdienne gélatiniforme, car cette maladie et le cancer encéphaloïde de la rétine passé au deuxième degré ont plusieurs points de ressemblance.

Lorsque je vis l'enfant pour la première fois, il y avait dans la chambre postérieure de l'œil gauche une masse blanchâtre, à trois lobules très-élevés, qui était déjà très-rapprochée de l'iris : j'ai dit de suite qu'il y avait là un encéphaloïde de la rétine, mais j'ai dit aussi que l'aspect de l'affection n'était pas aussi tranché que d'ordinaire, et que quelques-uns de ses caractères, tel que la teinte jaunâtre très-pâle, presque blanchâtre, et ses lobules moins élevés, moins nombreux et plus confluents, lui donnaient quelque ressemblance avec une hydropisie sous-choroïdienne gélatiniforme.

Lorsqu'un liquide séreux ou séro-sanguinolent est épanché entre la choroïde et la rétine, il y a un signe que j'ai mentionné le premier, la fluctuation de ce liquide, qui est manifeste et facile à constater dans la plupart des cas, surtout quand la pupille est dilatée par l'effet même de la maladie ou par l'instillation d'une solution mydriatique. La membrane de Jacob, ou couche des baguettes, qui fonctionne comme une séreuse, donne lieu, quand elle est enflammée, à une sécrétion de liquide entre la choroïde et la rétine ; celle-ci, décollée et soulevée par ce liquide, devient le siége d'un tremblottement que l'on ne saurait méconnaître : ce mouvement manque complétement dans l'encéphaloïde de la rétine.

Mais quand, dans le deuxième degré de l'hydropisie sous-choroïdienne, il y a une trop grande quantité de liquide épanché, et que celui-ci, trop serré sous la partie soulevée de la rétine, ne peut plus se déplacer, à plus forte raison encore lorsque le liquide, comme je l'ai vu plusieurs fois, est très-consistant, gélatiniforme, l'oscillation manque tout à fait, et ce signe très-positif nous fait défaut.

Nous pourrions donc, à la rigueur, avoir affaire ici à un cas de ce genre, d'autant que jamais je n'ai vu, dans un encéphaloïde au deuxième degré, une teinte aussi blanchâtre de la tumeur : pourtant je ne le crois pas, car la tumeur est très-opaque ; de plus, c'est un enfant de 2 ans, d'une constitution un peu lymphatique, et je n'ai jamais vu l'hydropisie sous-choroïdienne au deuxième degré chez un enfant aussi jeune ; la circonstance, au contraire, de la fréquence de l'encéphaloïde de la rétine dans les premières années de la vie, et surtout chez les enfants lymphatiques, est un élément de plus pour me faire pencher vers cette dernière opinion.

En tout cas, l'extirpation de l'œil malade ne peut être remise davantage, car la maladie est à sa dernière période, à celle où l'encéphaloïde, ayant rempli la plus grande partie de la cavité du globe, tend à se frayer un chemin à travers la coque oculaire, et en même temps à se ramollir, circonstances qui, une fois accomplies, ne permettent plus d'entreprendre l'extirpation du globe avec des chances de succès complet, et sans crainte de rechute.

J'admets trois périodes dans l'encéphaloïde de la rétine. Première période : la tumeur présente une surface concave très-profonde, occupant encore la position anatomique normale de la rétine, laissant au-devant d'elle un large espace pour le corps vitré ; il y a alors un signe caractéristique de cette maladie : c'est un chatoiement qui a fait donner par Berr, à cette affection, le nom d'*œil de chat amaurotique*. Ce chatoiement, qui est surtout visible à un demi-jour, ressemble au reflet d'une plaque métallique mobile frappée par la lumière : la tumeur est bosselée et divisée en lobes lobulés eux-mêmes, d'un jaune orangé pâle, souvent très-élevés, et sillonnée à sa face antérieure par des vaisseaux, ramuscules de l'artère centrale de la rétine ; elle ne présente aucun mouvement d'oscillation ou de fluctuation, caractère qui la distingue nettement de l'hydropisie sous choroïdienne simple.

Dans l'hydropisie sous-choroïdienne, il y a une opacité profonde, jaunâtre, formée de stries ou de bosselures plus ou moins larges, plus ou moins élevées, dans lesquelles on aperçoit à chaque déplacement du globe oculaire un tremblottement, une oscillation indiquant la fluctuation d'un liquide épanché entre la choroïde et la rétine soulevée. Quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, la fluctuation ne peut plus s'opérer, la rétine étant trop fortement distendue par la quantité de liquide qui la soulève. Quelquefois, au lieu de stries ou élévations multiples, il n'y en a qu'une seule, très-volumineuse, d'un gris verdâtre ou jaunâtre, douée d'un certain reflet, mais non pas chatoyante comme l'est le cancer encéphaloïde de la rétine à son premier degré. Un dernier caractère différencie l'hydropisie sous-choroïdienne de l'encéphaloïde de la rétine, c'est que, dans le premier cas, on observe souvent au début une vision latérale, phénomène qui manque dans la deuxième affection ; c'est par les points de la rétine soulevés par le liquide sous-jacent que le malade ne perçoit plus la lumière.

A mesure que l'affection marche, les lobules et l'opacité s'approchent de l'iris et de la pupille ; alors commence la deuxième période : la sclérotique devient bleuâtre en quelques points, ce qui indique qu'elle s'amincit, pressée qu'elle est par la tumeur qui finit par traverser cette membrane fibreuse et envahir le tissu cellulaire et les parties molles de l'orbite. Il est rare que

la partie postérieure du globe soit ainsi perforée avant que l'on ne voie pareille chose dans l'hémisphère antérieur ; aussi, j'espère beaucoup que la maladie, chez notre intéressant petit malade, est encore purement locale, et que les parties voisines ne sont pas encore envahies par l'affection cancéreuse.

Dans le troisième degré de l'encéphaloïde rétinien, la tumeur ayant traversé la sclérotique, les muscles de l'œil et le tissu graisseux qui sert de coussinet à cet organe, sont, ainsi que l'œil lui-même, envahis par l'affection qui, quelquefois même, s'étend aux parois osseuses de l'orbite.

Quand on fait l'extirpation du globe oculaire pour un encéphaloïde au troisième degré, il est très-rare que la maladie ne repullule pas et que le malade ne succombe pas à la récidive. Dans la deuxième période, il y a un peu moins de chances pour que l'affection se représente ; mais ce qu'il y a de plus terrible dans cette cruelle maladie, c'est que, l'extirpation de l'œil étant pratiquée même dans la première période de l'altération cancéreuse de l'œil, on ne peut pas dire, d'une manière absolue, que le malade soit à l'abri d'une récidive.

En effet, dans la première période, alors que l'encéphaloïde est entièrement limité à l'intérieur de l'œil, que la coque oculaire est parfaitement saine, l'opération étant pratiquée avec le plus grand soin, le nerf optique étant coupé tout à fait en arrière, le plus près possible du trou optique, il arrive quelquefois une récidive qui est toujours mortelle. L'anatomie pathologique a démontré que, dans ces cas, bien que dans l'œil il n'y ait qu'un encéphaloïde au premier degré, il y a, soit dans le cerveau, soit dans la partie intrà-crânienne du nerf optique, quelques noyaux de cancer encéphaloïde.

La science possède plusieurs faits de ce genre, entre autres celui de Panniza, qui l'a décrit sous le nom de *fungus médullaire*. Il en a dessiné plusieurs cas. Dans le même ouvrage, vous trouverez aussi un cas que Panniza décrit comme étant un fungus médullaire pour lequel on a pratiqué l'extirpation du globe, et qui n'est autre chose qu'une hydropisie sous-choroïdienne de l'espèce de celles que j'appelle hydropisie sous-choroïdienne gélatiniforme.

Les Allemands et les Italiens ont appelé, jusqu'il y a peu de temps encore, l'encéphaloïde *fungus médullaire* de la rétine ; Wardrope et les Anglais l'appellent *fungus hématode*.

Ce que l'on a décrit dans l'œil comme fungus hématode n'est autre chose que l'encéphaloïde de la rétine. Il ne faut donc pas le confondre avec le véritable fungus hématode, qui est notre tumeur fongueuse sanguine ou érectile. Le petit nombre de tumeurs vraiment érectiles que l'on a observées dans l'intérieur de l'œil commencent toujours dans la choroïde, l'iris et les autres tissus vasculaires de l'œil et non par la rétine.

Revenons maintenant à notre petit malade. Nous avons donc affaire ici à un encéphaloïde rétinien au deuxième degré. Il n'y a aucun traitement qui puisse rétablir la vision et conserver l'intégrité du globe oculaire, même lorsque l'encéphaloïde rétinien n'est qu'au premier degré. L'extirpation est la seule ressource pour enrayer la marche de la maladie et sauver la vie du malade. On peut cependant quelquefois, dans cette période, amener l'atrophie du globe et en même temps celle de la tumeur.

Personne que moi n'a encore observé cette terminaison heureuse d'une maladie aussi grave. Je l'ai obtenue plusieurs fois sur le vivant, et la preuve que je ne me suis pas fait illusion, et que c'était bien réellement dans l'encéphaloïde de la rétine que je l'avais obtenue, c'est que j'ai pu m'en convaincre par la dissection. Voici le fait : il y environ dix-huit ans, j'observai un petit enfant affecté aux deux yeux d'encéphaloïde rétinien congénial : dès qu'il me fut présenté, je le soumis à un traitement antiphlogistique et antilymphatique. Sur l'œil droit, j'obtins par ce moyen l'atrophie du globe oculaire et en même temps l'atrophie de la tumeur ; sur l'œil gauche, la maladie suivit sa marche fatale, et l'enfant succomba. L'autopsie montra dans l'œil gauche un cancer encéphaloïde bien caractérisé, arrivé à sa dernière période ; dans l'œil droit atrophié, l'encéphaloïde était atrophié aussi, c'est-à-dire qu'on ne trouva plus de traces de l'affection, bien qu'au début de la maladie les deux yeux eussent présenté le même aspect.

Quand bien même l'affection n'a pas encore dépassé la première période, il faut se hâter pour lui opposer les moyens nécessaires, car généralement la maladie marche très-rapidement ; et en effet, chez ce petit enfant que je ne vois que depuis trois semaines, la tumeur s'est développée très-rapidement, et même aujourd'hui il m'est impossible de répondre d'une manière positive du succès de l'opération. Voilà pourquoi j'ai insisté auprès des parents sur la nécessité d'opérer le plus vite possible.

Comment pratique-t-on l'extirpation du globe oculaire? Il y a deux procédés : 1° La méthode ancienne : lorsque la maladie n'est pas parfaitement limitée au globe de l'œil, lorsque le tissu cellulo-graisseux qui tapisse l'orbite et sert de coussinet à l'œil est déjà envahi par l'affection ou sur le point de l'être, on enlève tout le contenu de la cavité orbitaire, on incise la commissure externe et la conjonctive, on détache les muscles et le tissu cellulo-graisseux avec un bistouri qui rase toutes les parois de l'orbite, puis, avec des ciseaux courbes, on coupe le nerf optique aussi profondément que possible, et par conséquent le plus près possible du trou optique.

Cette opération se pratiquait autrefois, même lorsque la maladie était limitée au globe de l'œil ; mais, depuis l'invention de la myotomie oculaire comme moyen curatif du strabisme, on a appris à l'appliquer à l'extirpation de l'œil, en énucléant cet organe. Cette méthode doit être réservée pour les cas du premier degré, où la coque oculaire n'a pas encore été perforée par la tumeur. Elle a ce très-grand avantage sur la méthode ancienne, qu'elle permet à l'opérateur de conserver au malade les muscles oculaires et le tissu cellulo-graisseux de l'orbite formant un support analogue à un petit moyeu et capable de recevoir un œil artificiel, qu'il y a impossibilité de placer lorsque le contenu de l'orbite a été complétement enlevé.

Voici comment se pratique l'extirpation du globe par énucléation : les paupières sont tenues écartées par un élévateur et un abaisseur : avec une pince à dents de souris, je soulèverai un grand pli transversal sur le côté interne de la conjonctive, et en l'incisant, je pratiquerai à cette membrane une large ouverture verticale semi-circulaire, que, dans la marche ultérieure de l'opération, je prolongerai tout autour de l'hémisphère antérieur ; chemin faisant, je saisirai les muscles avec un crochet et les inciserai dans l'ordre suivant : droit interne, droit inférieur, oblique inférieur, droit externe, droit supérieur, et finalement l'oblique supérieur. Ceci étant fait, je n'aurai plus qu'à couper avec des ciseaux courbes sur le plat, l'extrémité postérieure du nerf optique, aussi près que possible du trou optique.

Nous anesthésierons d'abord l'enfant par le chloroforme, en surveillant constamment l'état du pouls et de la respiration.

L'opération, pratiquée au commencement de mai, et de la manière qui vient d'être exposée, n'a rien présenté d'extraordinaire.

La réaction traumatique, excessivement faible, a été combattue par des applications d'eau glacée ; dès le troisième jour, le petit malade a pris des potages, et le sixième jour, il a pu quitter la Clinique pour retourner dans la maison de ses parents.

Je l'ai revu vers la fin d'août, sa santé était parfaite, et la disposition des paupières et de l'orbite est telle, que l'application d'un œil artificiel ne souffrira pas de difficulté : remarquons toutefois que, dans le cas d'extirpation totale du globe et des parties molles de l'orbite, l'absence de moignon produit l'immobilité de la pièce artificielle.

Le globe oculaire extirpé a été, de suite après l'opération, ouvert par une incision verticale, le partageant en un hémisphère antérieur et un postérieur, pour permettre de procéder à un examen anatomique sommaire qui, conforme dans son résultat à celui de la note détaillée de M. Robin, m'a paru confirmer entièrement mon diagnostic, en ce qu'il a montré le même aspect des parties malades que j'ai observé dans l'encéphaloïde rétinien.

A.-P. Doumic, *chef de clinique.*

(La suite à un prochain numéro.)

Expériences et considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode,

Par M. Duroy, *pharmacien à Paris.*

(*Rapport de* M. Chatin, *lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 16 août.*)

M. le professeur Piorry et M. le docteur Forget, appelés pour donner des soins à un pauvre enfant atteint de tuberculisation des vertèbres, pratiquèrent la ponction d'un abcès qui s'était formé, et injectèrent aussitôt dans le sac un liquide composé de :

Teinture d'iode	50	grammes.
Iodure de potassium	2	—
Eau	50	—

Deux heures après l'injection, il s'écoula environ 150 grammes d'un liquide dont la couleur, à peine rosée, contrastait avec la couleur brun foncé du produit injecté, en même temps qu'il n'avait plus qu'une légère odeur safranée, très-éloignée de l'odeur forte et caractéristique d'iode qu'exhalait le mélange. Frappé de cette perte de couleur et d'odeur, M. Duroy pensa que l'iode s'était combiné avec les éléments organiques du pus. L'immersion, puis le séjour prolongé d'un papier amidonné dans l'humeur écoulée, montrèrent qu'il ne restait, en effet, plus d'iode libre. Le pus ainsi additionné d'iode était d'ailleurs alcalin comme le pus frais et normal.

Cette première observation indiquait que l'iode agit sur le pus comme agent de conservation, fait mis hors de doute par les expériences suivantes :

1° M. Duroy, ayant placé dans un verre de montre 2 grammes de pus déjà ioduré dans l'abcès, l'additionna d'une goutte de teinture d'iode, qui perdit immédiatement sa couleur, son odeur, et ne put être indiquée par le papier amidonné ; trois autres gouttes de teinture furent à leur tour absorbées ; une cinquième goutte ne disparut pas sur-le-champ, mais il suffit de quelques minutes d'agitation pour que le papier amidonné cessât d'accuser, par sa coloration en bleu, la présence de l'iode libre ;

2° Quoique exposé à l'air et à une température de + 20° à 25°, une autre partie de pus iodé tiré de l'abcès ne commença à donner une faible odeur et des indices de fermentation ammoniacale qu'au bout de huit jours. L'addition de quelques gouttes d'iode arrêta court la fermentation, qui ne reparut plus.

3° Du pus normal, qui avait été recueilli au moment de la ponction, ayant été placé à côté du précédent, donnait, après vingt-quatre heures seulement, une odeur fétide et des produits ammoniacaux.

4° Un papier amidonné et préalablement bleui s'est immédiatement décoloré par son immersion dans le pus normal ; bien plus, le même phénomène de décoloration s'est produit à l'immersion du papier bleu dans du pus déjà combiné avec l'iode injecté dans l'abcès.

Ces faits mettaient hors de doute que l'iode s'unit au pus, qu'il le préserve de la putréfaction, et que son affinité pour lui est plus forte que pour l'amidon.

Cette action de l'iode sur le pus, si importante au point de vue de la thérapeutique, s'étendrait-elle à d'autres produits animaux, tels que le lait, le sang et l'albumine? Question digne d'intérêt, et que M. Duroy a voulu résoudre.

1 centigramme d'iode, trituré avec 1 centigramme de lait, de sang et de blanc d'œuf, s'y est dissous sans produire de coagulation, et le papier d'amidon n'a pu accuser sa présence. Bien plus, le papier bleui par l'iodure d'amidon a été décoloré par ces substances comme il l'avait été par le pus. Le gluten a agi de même.

Le tableau suivant comprend les altérations subies par le lait, le sang, l'albumine du blanc d'œuf, et le gluten, abandonnés à eux-mêmes, d'abord pendant vingt-quatre heures, ensuite pendant huit jours, ainsi que l'action conservatrice exercée sur ces mêmes substances par le contact de l'iode, toutes les autres conditions restant les mêmes que pour les matières non additionnées de ce principe antiseptique :

		Après 24 heures.	Après huit jours.
LAIT	non iodé	Odeur aigrelette, le lait est légèrement caillé	Odeur aigre et fétide, couvert de moisissures.
	iodé	Lait homogène, un peu de crème a monté, odeur d'iode	Odeur suave approchant de celle de l'amande, non encore caillé.
SANG	non iodé	Le sérum se sépare	Odeur de viande faisandée.
	iodé	Odeur d'iode, homogène.	Pas de changement.
ALBUMINE	non iodée	Perd sa transparence	Odeur sulfureuse d'œufs pourris.
	iodée	Sans changement	Pas de changement.
GLUTEN	non iodé	A perdu de sa cohésion, devient ammoniacal	Odeur ammoniacale.
	iodé	Nul changement, légère odeur d'iode	Nul changement, l'odeur d'iode s'affaiblit.

L'Académie reconnaîtra aisément que tous ces faits s'accordent pour affirmer les qualités antiseptiques de l'iode.

M. Duroy ajoute que, pendant les deux mois qu'a duré le traitement de l'abcès par les injections iodées, le pus n'a jamais contracté d'odeur désagréable.

La propriété que possèdent les corps protéiques d'enlever l'iode à l'amidon, conduit d'ailleurs l'auteur à cette remarque, que le lait et l'albumine pourraient être substitués avec avantage aux matières amylacées que conseillait M. Orfila pour combattre les effets toxiques de l'iode.

Je viens de résumer les observations contenues dans le Mémoire de M. Duroy, observations qui tendent à établir :

1° Que l'iode est un puissant antiseptique ;

2° Que ce corps a plus d'affinité pour l'albumine, le gluten, etc., que pour l'amidon lui-même ;

3° Qu'il ne coagule ni ne décompose, en apparence, l'albumine et les autres matériaux de l'organisme avec lesquels on le met en contact ; que par conséquent, la coagulation de l'albumine, que l'on a vu être déterminée par la teinture d'iode, est l'œuvre de l'alcool et non celle de l'iode.

Après ces faits sont exposées, toutefois avec une réserve pour laquelle l'auteur doit être loué, quelques hypothèses. Étant donné la propriété antiseptique de l'iode, ne pourrait-on pas, demande M. Duroy, tenter l'emploi de cet agent pour combattre l'action des venins et virus ainsi que les empoisonnements miasmatiques? On remarquera que déjà, pour un point de ces hypothèses, les expériences faites par MM. Brainard et Greene sur le poison du crotale et le curare (simple extrait de lianes suivant les uns, mélange d'extrait de lianes et de venin de crotale suivant les autres), justifient les prévisions et les raisonnements de M. Duroy. Nous ne saurions trop faire remarquer que les *déductions* tirées par ce savant de ses propres recherches, ont précédé l'*expérimentation* de MM. Brainard et Greene.

Mais M. Duroy n'a-t-il pas été devancé à son tour dans la découverte qu'il a cru, de bonne foi, avoir faite le premier, des qualités antiseptiques de l'iode? Il faut le reconnaître, un sentier était déjà tracé là où notre auteur, qui ne l'avait pas vu, a ouvert une plus large voie, car voici ce qu'on lit dans le Compte rendu des savantes leçons faites au Collége de France par M. Magendie, Compte rendu que M. Fauconneau-Dufrenne a publié dans l'*Union médicale,* le 2 octobre 1852 :

« L'iode paraît avoir la propriété de conserver les substances animales ; M. Magendie ayant mis la fibrine dans une solution concentrée d'iode, cette solution, qui auparavant était d'un rouge presque opaque, se trouvait décolorée au bout de peu de jours et n'avait plus l'odeur de l'iode. Mais *aucune odeur de putréfaction ne s'y faisait sentir*, tandis qu'une même quantité de fibrine, conservée pendant le même temps dans l'eau ou dans une solution moins concentrée d'iode, offrait tous les signes d'une putréfaction avancée. On a conservé encore dans l'eau un morceau de rate, ce qui montre que *cette préparation pourrait être employée à conserver des pièces anatomiques*. Pour savoir jusqu'à quel point il serait possible de se servir de l'iode pour les embaumements, M. Magendie a injecté dans le système vasculaire d'un lapin qui venait de mourir, 1 gramme d'iode et 1 gramme d'iodure en dissolution dans un quart de litre d'eau ; au bout de trois jours, il n'y avait aucune trace de décomposition, les yeux même étaient à peine ternes. La température extérieure était douce, et sans la propriété conservatrice de l'iode, il y aurait certainement eu une putréfaction avancée. »

Nous ajouterons que les qualités antiseptiques de l'iode sont indiquées sommairement par M. Liebig.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 5 Septembre.

Traitement du choléra-morbus par le sulfate de strychnine.

M. Gérardin lit le Rapport suivant sur un Mémoire de M. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule :

Messieurs, je viens remplir la mission dont vous avez bien voulu me charger et vous rendre compte des documents qui vous ont été transmis, sur le traitement du choléra-morbus, par M. Abeille, médecin de l'hôpital militaire du Roule. Ces documents se composent d'un Mémoire et d'un recueil d'observations divisées en deux séries.

Dans son Mémoire, après avoir signalé l'impuissance actuelle de l'art en

présence du choléra parvenu au summum de son développement, M. Abeille soumet à votre examen une méthode de traitement par la strychnine, qui, selon ses expressions, n'est point inférieure, par ses effets dans le choléra, au sulfate de quinine dans la fièvre marématique, c'est-à-dire que la strychnine en constitue le spécifique proprement dit.

Dans l'intervalle compris entre le 26 avril et le 3 juin, M. Abeille avait traité par cette substance 22 cas de choléra arrivé à la période cyanique algide. Sur ce nombre, 10 malades guérirent, 12 succombèrent. Tous ces malades avaient été frappés du choléra dans l'hôpital. Ce sont ces 22 observations qui composent la première série du recueil dont nous avons parlé.

Le 19 juin, M. Abeille informait l'Académie des sciences des succès de sa méthode curative, et adressait les mêmes documents au Conseil de santé des armées.

Par suite de cette dernière communication et sur sa demande, notre confrère fut soumis à un contrôle supérieur ou plutôt à une contre-expérimentation officielle. M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital, fut chargé de désigner les malades à traiter, de suivre toutes les phases du traitement, de vérifier de nouveau les malades à leur sortie et d'assister aux autopsies cadavériques.

Dans cette contre-expérimentation, M. Abeille soigna, du 2 au 31 juillet, 38 cholériques algides; il arrêta ses observations après le vingt-deuxième malade, afin d'avoir un chiffre égal à celui de ses premières expériences. Sur ces 22 nouveaux cholériques, 9 guérirent et 13 moururent; 5 avaient été atteints dans la salle des fiévreux, les 17 autres étaient arrivés du dehors : ces 22 observations forment la deuxième série du recueil précité.

Tous ces cholériques, de la première et de la deuxième série, présentaient une telle uniformité dans les symptômes, qu'il a été facile de les réunir et d'en former un tableau aussi concis qu'exact.

Refroidissement général, toujours plus prononcé à la face et aux mains; absence du pouls radial ou pouls impossible à compter, à cause de sa petitesse; langue et haleine froides; teinte bleue noirâtre de la face et des extrémités, et quelquefois du tronc en entier; vomissements et déjections de matières blanchâtres, liquides comme de la solution de gomme; crampes dans la moitié des cas; gêne très-grande de la respiration, avec menace d'asphyxie; suspension de la sécrétion urinaire au moins depuis vingt-quatre heures; aphonie, excavation des yeux, effilement des traits de la face : tels sont les phénomènes constants que présentaient les malades lorsque la strychnine a été administrée.

Le premier effet signalé a été la réapparition du pouls radial, le rétablissement graduel de la circulation, et itérativement, le retour de la chaleur et des fonctions d'hématose.

Sur les 22 malades de la première série, 3 ont succombé dans l'état algide, les 10 autres ont éprouvé une réaction plus ou moins vive. La réapparition du pouls, de manière à pouvoir être compté, s'est effectuée chez les 19 malades entre 6 et 17 heures, à partir du moment où la strychnine a été ingérée, et la réaction complète, c'est-à-dire le retour de la chaleur générale avec pouls saillant et plus ou moins fort, entre 16 et 46 heures.

En somme, cette réaction a lieu par gradation et sans secousse brusque; quelquefois cependant, elle a été assez forte au bout de 24 heures pour nécessiter la saignée générale et locale.

D'après les observations, il paraît démontré que la strychnine n'a déterminé aucun accident du côté du cerveau, du tube digestif et des organes de la locomotion; les crampes elles-mêmes ont cédé au bout de 16 à 26 heures. Enfin, la sécrétion urinaire, sûr indice d'une réaction franche, s'est rétablie à des intervalles plus ou moins éloignés.

En définitive, sur les 22 malades de la première série, 3 sont morts à l'état algide; 4, après avoir eu une bonne réaction pendant quarante-huit heures et trois jours, se sont refroidis subitement et sont morts asphyxiés comme dans une seconde algidité; 4 ont succombé à l'état torpide; le 12e paraît surtout avoir été victime d'une consomption précipitée par une double otorrhée et par une parotidite suppurée.

Quant aux 10 cholériques qui ont guéri, plusieurs sont sortis de l'hôpital, les autres ont été transférés dans les autres salles pour être traités de leurs maladies antérieures.

Les observations de la deuxième série, recueillies par la contre-expérimentation officielle, sont également au nombre de 22; elles comptent 9 guérisons et 13 décès. De ces 22 cholériques, 5 ont vu la maladie se développer dans la salle des fiévreux, 3 sont morts et 2 ont échappé; les 17 autres sont arrivés du dehors et ont été fournis : 13 par les voltigeurs et les grenadiers de la garde, casernés à Courbevoie; 2 par les sapeurs-pompiers de Paris, 1 par le 22e de ligne et 1 par le 8e léger, casernés à Paris. Sur les 13 voltigeurs et grenadiers de la garde, il y a eu 8 décès; des 2 sapeurs-pompiers, l'un est mort, l'autre a guéri; et des 2 cholériques du 22e et du 8e, l'un est également mort et l'autre a été sauvé.

Si l'on réfléchit que plusieurs de ces militaires de Courbevoie sont arrivés dans un état tellement avancé d'algidité que la mort s'en est suivie une heure et une heure et demie après leur arrivée, on sera de nouveau convaincu de l'immense danger qui menace les cholériques transportés dans un hôpital éloigné.

Mais il est des circonstances qui ont eu une part encore plus active sur le nombre de décès fournis par les militaires de Courbevoie. Voici, à cet égard, comment s'exprime M. Abeille :

« Il est des choses qui, au premier abord, confondent la raison humaine; celle dont nous allons parler se trouve de ce nombre. Nous avons fait l'autopsie de 7 des grenadiers et des voltigeurs qui figurent parmi les 8 décès cholériques de Courbevoie, et, chose incroyable, si elle n'avait eu pour témoins notre médecin en chef et de jeunes médecins sous-aides, nous avons rencontré dans les 7 militaires des affections organiques du cœur plus ou moins avancées. »

Après avoir décrit les lésions organiques et les avoir rapprochées d'autres cas analogues, M. Abeille en déduit la fatale conclusion que les maladies du cœur concourent puissamment à la terminaison funeste dans le choléra.

Sur les 22 malades, il en est 5 qui sont morts sans avoir éprouvé de réaction; c'est 2 de plus que dans la première série; un seul est tombé dans la période torpide après la réaction, tandis qu'il s'en trouve 5 dans cette première série.

Quant aux effets de la strychnine, sous le rapport de la décroissance et de la disparition des phénomènes cholériques, tout s'est passé à peu près comme dans les 22 premiers cas.

Après cet exposé sommaire des résultats fournis par le recueil d'observations, nous arrivons au point capital de la question, au mode de traitement proposé par M. Abeille.

Ce traitement est-il une conséquence logique et rigoureuse des faits observés?

Pour résoudre cette grave question, il faut, messieurs, vous faire connaître la formule définitive à laquelle notre confrère s'est arrêté.

Voici les prescriptions hors desquelles il n'est point de salut pour le malade :

1° Lorsqu'on donne le sulfate de strychnine au commencement ou dans un état avancé de la période algide, il faut se hâter de faire un vide dans le système capillaire : comme la saignée générale est impuissante pour atteindre le but, puisqu'on n'obtient pas de sang par la veine, il faut appliquer 15 à 40 sangsues sur la base du thorax, suivant la force du sujet.

2° A mesure que, sous l'influence de la strychnine, la circulation se rétablit et qu'il se rencontre de la réaction, on réitère l'application des sangsues, on ouvre même la veine pour vider en partie les vaisseaux et donner plus de liberté au cours du sang

3° Un peu plus tard, on plonge le malade dans un bain chaud, avec la précaution de lui tenir de la glace ou des compresses d'eau froide sur la tête.

4° Le sulfate de strychnine est donné dans 60 grammes d'eau distillée ou de solution de gomme; dans les cas très-graves ou algides, la dose est portée à 0,02 ou 0,03 deux fois par jour.

5° Les doses du médicament, dans 60 grammes de véhicule, doivent être prises en quatre heures, c'est-à-dire par quart de la potion par heure.

6° Dans le choléra, les malades ont des vomissements fréquents, et rejettent toutes les boissons qu'ils prennent. Il importe de bien surveiller l'administration du médicament, sous peine de cruelles déceptions; car, s'il est rejeté par le vomissement, les malades n'en auraient réellement point absorbé, lorsqu'on croirait ceux-ci en avoir pris des doses considérables.

Il est donc nécessaire de leur faire avaler un petit morceau de glace après chaque prise, ou quelques gouttes d'eau fraîche. S'ils ne vomissent pas avant dix minutes, et que les fonctions d'absorption s'exécutent encore, la strychnine a eu le temps d'être absorbée; s'ils vomissent avant ce temps, il faut répéter de suite la dose.

7° Quand la réaction s'est établie bien franche, c'est-à-dire quand le pouls a reparu large et avec une certaine résistance, quand la peau est le siége d'une chaleur douce et humide, il faut cesser l'usage du médicament et continuer à donner en abondance les boissons chaudes. L'usage des boissons froides, tant désirées par le malade, doit être sévèrement proscrit.

8° A cette période de la maladie, on se contentera de surveiller les phénomènes appelés improprement typhiques, et on les combattra par les saignées générales et locales, la glace sur la tête, les révulsifs cutanés et les larges vésicatoires en calotte sur la tête.

Je répète ma question : cette méthode de traitement, dite spécifique, est-elle la conséquence légitime et irrésistible des faits observés?

Chez les 22 cholériques composant la première série, et sur lesquels on compte 10 guérisons et 12 décès, *jamais* un plus ou moins grand nombre de sangsues n'a été appliqué à la base du thorax. Jamais les malades n'ont

été plongés dans un bain chaud avec des réfrigérants sur la tête, afin de faciliter et d'entretenir la réaction.

Chez un certain nombre, la glace a été prescrite de préférence aux boissons chaudes.

Enfin, dans plus de la moitié des cas, la strychnine a été administrée à la dose de 15 milligrammes matin et soir ; dans les autres, la dose a varié de 1 à 3 centigrammes, rarement 3, également matin et soir. Vous voyez, messieurs, que le mode de traitement adopté pour les malades de cette première série, s'éloigne non-seulement, mais diffère en totalité de la formule générale que nous avons exposée.

Pour les 22 cholériques de la deuxième série, le traitement se rapproche davantage de cette formule.

Je dis davantage, parce que les bains chauds n'ayant été employés que trois fois, il me paraît difficile de fixer leur efficacité signalée dans la formule.

Parce qu'enfin, contrairement et en opposition formelle avec le traitement dit spécifique, l'usage de la strychnine a été continué, nonobstant une réaction franche, ainsi qu'on peut le constater dans les observations 15, 16 et 17.

Je n'hésite point à dire que M. Abeille a commis une profonde erreur lorsque, réunissant et confondant ses 44 observations, il arrive à cette conclusion : que sur 44 cas très-graves, il a obtenu, par son spécifique, 19 guérisons.

Cette conclusion n'est point admissible, puisque le traitement des malades de la première série n'offre aucune analogie avec celui de la deuxième série : au lieu d'une méthode curative unique et spéciale, il est évident qu'il en existe deux dont les résultats ne sauraient être comparables et compris dans la même catégorie. Auquel de ces deux traitements doit-on donner la préférence ? Ce choix ne saurait être douteux, puisque le traitement adopté pour les malades de la première série est plus simple dans son administration, et compte plus de guérisons.

Ce traitement, qui se substitue naturellement à celui formulé avec tant de soin par M. Abeille, se réduirait, en dernière analyse, à l'usage de la strychnine donnée à la dose de 1 à 2 centigrammes, deux fois par jour.

Tel est, messieurs, le remède spécifique du choléra-morbus dans tous ses degrés, spécifique dont l'action est aussi positive que celle du sulfate de quinine dans les fièvres d'accès.

Lorsqu'on veut élever un médicament au rang d'un spécifique, il est indispensable de bien préciser ses différents modes d'action et les conditions qui peuvent en assurer les effets. Relativement à la strychnine, quand et comment la tolérance s'est-elle établie? A-t-il fallu souvent rapprocher les doses du médicament, qui pouvait être expulsé par les vomissements? Son extrême amertume a-t-elle provoqué la répugnance des malades, et, par suite, les nausées et les vomissements? Dans quelles circonstances a-t-il fallu augmenter ou diminuer les doses? Quelles modifications a-t-il apportées dans la nature des liquides sécrétés?

Toutes ces questions et celles qu'elles supposent ont été éludées dans les 44 observations de M. Abeille : est-ce ainsi que les médecins thérapeutistes ont étudié les préparations de fer, d'antimoine, d'iode, de quinine, de morphine, de digitaline, etc. ?

Dans la question qui nous occupe, il était également indispensable d'apporter les plus grands soins aux autopsies cadavériques, et surtout aux lésions des organes digestifs.

Les autopsies manquent en totalité dans la première série d'observations : dans la deuxième série, sur les 13 décès, 10 autopsies ont été pratiquées ; sur les 10 ouvertures cadavériques, 7 ne contiennent pas un mot sur les organes digestifs : les 3 autres constatent seulement l'existence de la psorentérie.

Mais, dira-t-on, les faits parlent plus haut que la critique et feront toujours autorité. Les faits..... Mais sans parler des journaux et du nombre incalculable d'écrits qui ont paru sur le traitement du choléra, ouvrez les cartons des Académies de tous les pays, et vous y trouverez une foule de recettes et d'observations, tout aussi merveilleuses que celles de M. Abeille. En 1832, Broussais m'interpellait en ces termes :

« Vous venez de parcourir l'Europe pour en rapporter une hérésie monstrueuse ; vous prescrivez dans le traitement du choléra les bains de vapeur, le sulfate de quinine et l'opium à hautes doses, je vous l'accorde ; mais baser votre traitement sur l'emploi de l'ipécacuanha, des boissons et des lotions froides, voilà l'erreur grave et inexcusable ; je suis à l'œuvre pour combattre et mettre au néant cette pratique erronée et éminemment dangereuse ; je sauve tous mes cholériques par la méthode antiphlogistique. »

Sur le premier point, Broussais a tenu parole : il s'est égayé à son aise sur les commissionnaires en Russie. Mais sur le second point, je crois qu'il n'a pas eu le même succès.

A la même époque, Dupuytren me disait avec un air de satisfaction, si rare sur sa physionomie : Je possède un traitement infaillible pour la guérison du choléra. Ces paroles de Dupuytren nous rappelèrent à l'instant Récamier, qui, placé près de moi à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, déclara, avec le sentiment de la plus profonde conviction, qu'il guérissait tous les cancers du sein par sa méthode de compression.

Sans prolonger cette revue rétrospective et sans sortir de l'hôpital du Roule, notre honorable confrère, M. Bonnafont, n'a-t-il pas soumis à l'examen de la Compagnie un Mémoire remarquable sur le traitement de l'orchite, appuyé sur plus de 40 observations? Était-il possible de rencontrer un problème de thérapeutique plus simple, plus facile à résoudre, et moins susceptible de controverse : d'une part, une tumeur dont le siége et la nature sont connus, tumeur qu'à chaque instant on peut voir, palper, examiner dans tous les sens; d'autre part, une simple couche de collodion. Eh bien ! messieurs, vous savez tous ce qu'il est advenu.

Nous ne contestons donc pas les faits; mais nous ne les acceptons que sous bénéfice d'examen et de vérification.

Telle est, messieurs, l'impression que m'a laissée le travail de M. Abeille. Telles sont les réflexions qu'il m'a suggérées. Je les livre sans réserve à votre appréciation et à votre jugement (*voir*, pour la fin du Rapport et pour la discussion, notre dernier numéro).

THÉRAPEUTIQUE.

Aménorrhée. — Emploi du sinapisme sur le sein,

Par M. CORMACK.

Les anciens appliquaient des excitants, des ventouses sur les seins, pour provoquer la menstruation. M. Paterson, ayant vu reparaître les règles arrêtées depuis deux ans et demi chez une fille à laquelle on avait appliqué un sinapisme sur le sein, eut l'idée d'employer le même moyen dans un cas analogue; ce moyen eut un plein succès. M. Cormack, qui en a fait usage, considère l'irritation des mamelles comme un des moyens les plus efficaces et les plus rapides pour ramener la menstruation. Il peut être employé seul dans beaucoup de circonstances; mais, en général, on se trouve bien de le combiner avec d'autres moyens. (*Scalpel.*)

Bons effets de la belladone dans la spermatorrhée,

Par M. LEPRI.

Nos lecteurs connaissent l'action sédative qu'exercent sur les organes génitaux la digitale, la digitaline et le lupulin ; la belladone paraît posséder une action analogue. Chez un jeune homme de mœurs très-pures et très-continent, atteint depuis quelques semaines de pollutions nocturnes qui avaient résisté à divers moyens, M. Lepri, se rappelant que le malade avait eu antérieurement une incontinence d'urine, eut l'idée de prescrire l'usage de la belladone matin et soir. Il pensait que la spermatorrhée avait peut-être quelque liaison avec l'incontinence d'urine. En quelques jours, toute trace de la maladie avait disparu. (*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Cent-un médecins militaires, pris dans tous les grades, même parmi les professeurs à l'École d'application, viennent de recevoir l'ordre de se rendre à l'armée d'Orient.

— Une récente décision de M. le Ministre de la guerre porte qu'à l'avenir le sulfate de quinine ne sera délivré aux corps de troupes et aux hôpitaux de l'armée d'Orient, que sous forme pilulaire, pour la commodité de son administration.

— *Mortalité en France.* — Un curieux travail de statistique établit qu'il meurt en France près de 800,000 individus par année, et qu'à Paris, notamment, suivant un calcul de M. Cochut, pendant la période de 1830 à 1840, la moyenne annuelle des décès a été de 23,000 personnes, c'est-à-dire qu'à Paris seulement, comme le remarque l'auteur, il s'éteint une existence toutes les 20 minutes à peu près.

Les calculs les plus précis établissent que la mortalité du monde entier est d'une personne par seconde, ce qui élève par année le nombre des décès à 31,536,000.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 109. 2e année. Mardi 12 Septembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101, 103 *et* 108.)

De l'érysipèle. — Après avoir examiné les inflammations dans leurs rapports avec l'anatomie, il nous reste à étudier un autre ordre de phlegmasies qui se distinguent des précédentes par leurs causes spéciales et leur nature, inflammations qui ont toujours des caractères particuliers et indépendants des organes ou des régions.

L'érysipèle constitue une phlegmasie spéciale qui se distingue de toutes les autres. Il est vrai que la région peut en modifier légèrement les caractères : c'est ce que nous voyons à la face ou au crâne ; mais ces modifications ont peu d'importance, et ce qu'il faut remarquer, c'est la nature de cette affection. L'érysipèle, avons-nous dit, diffère complétement des autres inflammations, et c'est un point sur lequel je veux attirer votre attention, parce qu'il est encore des chirurgiens qui traitent cette maladie comme une phlegmasie modifiée par l'élément anatomique. — Voyons donc, en quelques mots, les caractères distinctifs de cette inflammation.

Les phlegmasies ont cela de particulier que vous pouvez les faire naître à volonté, au moyen d'irritations mécaniques : c'est ainsi que vous ferez des phlegmons diffus et circonscrits, des phlébites, etc. L'érysipèle ne pourra jamais, quoi que vous fassiez, naître à volonté ; il pourra se développer à la suite des irritations mécaniques que vous mettrez en action, mais il faudra de plus une cause qui vous échappera et qu'il ne dépendra pas de vous de faire naître.

Le phlegmon, au moyen d'un traitement bien dirigé, pourra être arrêté dans sa marche : l'érysipèle ne s'arrêtera jamais ; quoi que vous fassiez, il parcourra sa marche sans jamais être même influencé par votre médication. Enfin, les inflammations ont une durée que l'on peut prévoir d'avance, tandis qu'on ne sait jamais quand un érysipèle se terminera.

En résumé, vous voyez donc que l'érysipèle est une inflammation d'une nature toute spéciale et dont on ne connaît pas la source ; ce fait est d'une grande importance, parce que, si vous admettez que ce soit une inflammation ordinaire, vous vous rangez de l'opinion des médecins qui en font une dermite.

Contrairement à ce qui se passe ordinairement dans les inflammations, vous rencontrerez des érysipèles ayant l'air bénin, et qui cependant causeront la mort, rappelez-vous que dans cette affection ce n'est pas l'inflammation qui est dangereuse, mais bien l'état général qui l'a fait naître ; ce n'est pas l'inflammation superficielle de la peau de la face qui fait mourir, mais c'est l'état général qui l'a provoquée.

Nous avons eu, dans le cours de cette année, vingt-cinq érysipèles. C'est un chiffre peu élevé, aussi suis-je porté à croire que tous n'ont pas été notés ici. Sur ce nombre, nous comptons six morts, ce qui serait une proportion considérable. Un sur quatre, c'est beaucoup. Mais remarquons que l'on divise l'érysipèle en spontané et en traumatique. Le second est beaucoup plus grave que le premier ; ainsi, par exemple, un érysipèle de la tête n'est généralement pas grave quand il n'y a pas de plaie dans cette région ; mais quand il en existe une, ce sont alors des cas dangereux : la plaie est déjà grave par elle-même, et l'érysipèle ne doit rien enlever de sa gravité. Dans l'érysipèle chirurgical, il faut donc faire la part de l'érysipèle et de la maladie qui l'a fait naître.

Une autre particularité de l'érysipèle est celle de sa durée absolue, abstraction faite de toute complication. Vous me voyez souvent insister sur ce point : c'est que c'est là la base de l'étude de cette maladie. Je pose donc en principe que l'érysipèle pur, exempt de toute complication, ne dure que trois à quatre jours. Voilà une proposition qui heurte les idées généralement reçues, puisqu'on dit partout que cette affection a une durée qui varie entre huit et quinze jours, et cependant ces derniers, à un certain point de vue, ont raison. L'érysipèle doit se décomposer en un certain nombre de plaques qui se succèdent les unes aux autres. Or chaque plaque ne dure que trois à quatre jours ; au bout de ce temps, l'affection a disparu de cet endroit, la peau reprend ses caractères.

Mais, à côté de la plaque dont nous venons de parler, peut en succéder une autre, puis une troisième un peu plus loin, et un érysipèle parcourra ainsi une étendue plus ou moins considérable du corps. Quel que soit le nombre des plaques érysipélateuses, rappelez-vous bien que chacune d'elles, prise à part, ne durera que trois à quatre jours ; en sorte que, s'il ne se forme que trois ou quatre plaques, la maladie, prise dans son ensemble, aura une durée d'une quinzaine de jours, ce qui explique ce chiffre, admis généralement comme durée de l'érysipèle. Ainsi donc, chaque plaque doit être considérée comme une plaque distincte, et alors on aura une succession d'érysipèles. Contrairement au phlegmon, qui suit toutes ses phases sur place, l'érysipèle va donc en envahissant diverses régions de la peau ; jamais vous ne le voyez dans deux endroits à la fois. Avec cette manière d'envisager l'érysipèle, rien n'est clair comme sa durée.

L'érysipèle diffère encore des inflammations, par plusieurs caractères physiques qui lui sont propres. Il en est un sur lequel j'attirerai votre attention d'une manière particulière : c'est un liséré festonné en zigzag, qui termine l'érysipèle à sa circon-

férence; ce liséré forme un léger relief appréciable par la vue et par le toucher; en passant, en effet, légèrement le doigt sur ce feston, on sent très-distinctement un petit relief de la peau.

Il est un autre caractère non moins important, c'est la terminaison tranchée de l'inflammation. Dans les autres phlegmasies, telles que le phlegmon, par exemple, l'inflammation se termine d'une manière vague, en mourant; dans l'érysipèle, au contraire, elle est aussi intense au pourtour qu'au centre. C'est là un caractère pathognomonique, car il ne se retrouve dans aucune autre inflammation.

Il est très-important de bien connaître ces deux signes, parce que, dans la pratique, il y a une foule de médecins qui confondent l'érysipèle avec d'autres inflammations, telles que le phlegmon diffus et l'angioleucite. Cette dernière affection peut, en effet, être confondue quelquefois avec l'érysipèle; mais vous éviterez toute erreur, si vous vous rappelez que l'angioleucite n'est pas limitée par un bord festonné, en relief, que cette inflammation va en mourant, et n'abandonne pas une région pour en envahir une autre; d'un autre côté, l'érysipèle a une durée fixe, tandis que les autres inflammations n'en ont pas; elle ne dure pas plus de trois à quatre jours dans un endroit, et vous ne diminuerez pas cette durée, quoi que vous fassiez; l'angioleucite, au contraire, peut être arrêtée en vingt-quatre heures; il en est de même du phlegmon diffus et des autres inflammations.

Il est une autre proposition que je pose en principe, c'est que l'on ne peut pas abréger la durée de l'érysipèle, et on ne la guérit pas. Ces idées sont en opposition avec celles de bien des médecins, c'est que ces derniers ne tiennent pas compte de la durée naturelle de l'érysipèle, et ils croient guérir une maladie qui, abandonnée à elle-même, ne durerait pas plus de temps.

F. Dolbeau *et* Alf. Elleaume.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

De la blennorrhagie chez l'homme.

Rédigé par MM. A. Lecadre, *externe du service, et* D. Calvo (*de Marseille*), *élève particulier de* M. Ricord.

(Suite et fin. Voir les nos 36, 37, 43, 76 et 98 du tome 2.)

Traitement abortif. — Il faut toujours, autant que possible, arrêter le développement d'une blennorrhagie : plus on est près du début, plus on a de chances de succès.

On commencera par se soustraire aux causes de l'affection; régime doux, repos physique et moral, éviter les érections. Les moyens thérapeutiques se divisent en directs et indirects : les injections dans le canal, et les résineux à l'intérieur. On peut réussir avec l'un ou l'autre de ces moyens, mais il vaut mieux les combiner.

Les injections, beaucoup vantées par Bell, ont été vivement décriées ensuite. On leur a reproché de porter le mal d'avant en arrière, comme si cela ne se faisait pas tout seul; de répercuter la maladie, de donner lieu à des métastases dans les yeux et les articulations; mais si l'on examine nos malades, on verra que la plupart de ceux qui présentent ces accidents, n'ont fait aucun traitement, à moins qu'on n'accuse la tisane de graine de lin qu'ils ont bue : on leur reproche encore de donner naissance aux rétrécissements, mais un examen attentif démontre que les malades qui en sont atteints ont eu plusieurs blennorrhagies à longue durée, tandis que ceux qui se sont traités par les injections dès le début du mal et qui ont guéri, ont le canal parfaitement libre : un grand nombre de rétrécissements ont encore été produits par la rupture de la corde, dans la chaudepisse cordée, par des cicatrices de chancres, etc., etc., chez des individus qui n'ont jamais fait d'injections. Sans doute des injections irritantes, caustiques, faites pendant le cours d'une blennorrhagie suraiguë, sont capables de provoquer ces accidents, mais une injection bien composée et faite à propos, en guérissant promptement une blennorrhagie, est le meilleur moyen prophylactique contre les rétrécissements. Pour que l'injection soit bien faite, il faut qu'elle parcoure toute l'étendue du canal, qu'elle y séjourne une ou deux minutes, et qu'elle ne soit pas répétée trop souvent : trois par jour suffisent. Le tampon sous le périnée est inutile, car le canal se contracte sous l'influence du liquide astringent et jamais il ne pénètre dans la vessie. Un excellent modificateur des muqueuses, c'est le nitrate d'argent : on l'emploie en solution à la dose suivante :

℞	Eau distillée. . . .	30 grammes.
	Azotate d'argent. . .	0,10
	M.	

On va jusqu'à un gramme. Ce moyen est très-bon, mais il a des inconvénients dans la pratique. L'injection est d'abord très-douloureuse : puis il se déclare de la dysurie, quelquefois une rétention complète et une exhalation sanguine dans les vingt-quatre heures qui suivent. Mais si les malades peuvent la supporter, l'écoulement s'arrête net, pour recommencer un ou deux jours après : alors on revient deux ou trois fois à l'injection et la blennorrhagie est définitivement guérie. C'est un moyen exceptionnel qu'on n'emploiera qu'en prévenant les malades des petits accidents qui peuvent arriver : cependant dans la majorité des cas, tout se passe sans dysurie et sans douleurs bien vives.

Une autre injection qu'on peut employer le plus souvent, comme méthode abortive, est la suivante :

℞	Eau de roses.	200	grammes.
	Sulfate de zinc	1	
	Acétate de plomb	2	
	Teinture de cachou.	ââ 4	grammes.
	Laudanum de Sydenham. . . .		
	M.		

Agitez la bouteille. — Faites trois injections par jour.

Les moyens indirects comprennent les résineux, *le copahu* et *le cubèbe.* On peut les employer isolément, ou combinés sous forme d'opiats, exemple :

Copahu.	2 parties.
Cubèbe.	1 —
Magnésie calcinée, q. s.	
M.	

Mais il vaut peut-être mieux les administrer isolément, afin de pouvoir donner du cubèbe au malade fatigué du copahu, et réciproquement.

Ils agissent à peu près de la même manière : ils dérangent quelquefois l'appétit et les digestions, provoquent des nausées, des rapports, des vomissements, surtout le copahu. Le cubèbe a plutôt une action irritante et donne lieu quelquefois aussi à des gastrites, à des gastralgies.

Leur action est identique dans l'intestin : le copahu surtout donne lieu à l'intolérance et à la diarrhée. Ici l'action est révulsive.

En outre, ils agissent sur l'économie tout entière, comme les résineux, en passant dans la circulation, en imprégnant l'individu, et en modifiant la muqueuse dans son mode de nutrition. Mais ce n'est pas là leur action la plus importante : aussi la vaginite, l'ophthalmie blennorrhagique ne sont nullement amendées par leur emploi.

Néanmoins cette imprégnation occasionne, surtout avec le copahu, des éruptions cutanées simulant des exanthèmes aigus; principalement quand les voies digestives sont en mauvais état (*état saburral, constipation*), dans les saisons froides et humides. Ces exanthèmes prennent la forme de *lichen urtié*, d'*urticaire à plaques rouges animées*, d'*urticaire simple*, puis quelquefois d'*eczéma*, d'*herpès*, d'*érythèmes* papuleux, noueux. On a même vu la forme scarlatineuse, ou rubéolique circinée. De là des erreurs de diagnostic de la part des spécialistes haut placés qui ont fait *une syphilide*, suite de blennorrhagie, de cette éruption qui n'apparaît pas sans l'emploi des résineux. En effet, ne la voit-on pas encore dans les catarrhes utérins, vésicaux, pulmonaires, qui exigent l'emploi des résineux?

L'éruption apparaît dans les premiers jours du traitement, rarement après huit jours. La peau est animée, prurigineuse, puis l'éruption se montre vivement, quelquefois universelle et confluente, le plus souvent limitée au voisinage des articulations, dans le sens de l'extension (coude, épaule, fesse, cou-de-pied, tour des oreilles). Il n'y a pas

de fièvre, le pouls est calme, les démangeaisons sont très-vives, elles sont augmentées par la chaleur du lit, et pendant les digestions ; de là, insomnie, agitation.

On voit, par ces signes, que le diagnostic est assez facile ; en outre, ici, *sublatâ causâ, tollitur effectus*, suspendez les résineux, et en trois, quatre, cinq jours, tout disparaît. La reprise du traitement n'amène pas généralement de récidive, ou bien elle est moins forte et guérit seule.

Le copahu a une action sur les centres nerveux : à haute dose, il donne de l'exaltation, de l'excitation, des attaques de nerfs, des symptômes de congestion, de compression cérébro-spinale, de paralysie.

Une femme, atteinte de vaginite, ayant pris une once et demie de copahu, eut une hémiplégie complète ; elle prit un purgatif, et ces accidents cessèrent ; mais aussitôt se déclara une éruption résineuse.

L'action des résineux sur les voies urinaires est la plus importante : la fonction rénale est stimulée, l'urine est chaude et odorante ; elle est chargée du principe médicamenteux qui a subi une transformation dans les reins, et arrive dans le canal, comme une injection d'arrière en avant. L'urine *copahurée* est l'agent local de guérison. M. Ricord a observé des faits qui ont été publiés et qui prouvent complétement cette assertion : des individus, porteurs d'une solution de continuité de l'urètre, et atteints de blennorrhagie, qui prenaient les résineux à l'intérieur, ont vu la portion postérieure du canal se guérir, tandis que la partie antérieure, par où l'urine ne passait pas, continuait à être malade. En injectant cette urine dans la portion antérieure, ou bien en faisant uriner le malade par toute la longueur de son canal (comme l'un d'eux a pu le faire), on a pu guérir complétement l'affection blennorrhagique. On comprend par là le défaut d'action des résineux dans la *vaginite ;* mais on peut injecter dans le vagin le copahu uni à un peu d'urée, ou, ce qui vaut mieux, l'urine copahurée préparée par la nature. Ce traitement a amené plusieurs guérisons.

Mode d'administration du copahu. — La voie la plus efficace est la bouche ; mais, quand le malade ne peut le tolérer, on est obligé de l'introduire dans l'économie par le rectum.

Les formules pharmaceutiques sont excessivement nombreuses ; la spéculation s'en est emparée et en a fait des *bols*, des *capsules*, des *pilules*, des *mixtures*, des *opiats*, etc., etc.

Plus le baume sera à l'état de pureté, plus il sera actif ; aussi mettons-nous au premier rang la potion de Chopart :

℞ Baume de copahu	ââ 60 grammes.
Eau de menthe	
Eau de fleurs d'oranger	
Alcool	
Sirop de Tolu	
Acide nitrique dulcifié	8 —

M. ; secouez la bouteille.

A prendre de trois à six cuillerées par jour.

On peut remplacer le sirop de Tolu par le sirop de pavot : la potion est alors plus facilement tolérée. Pour masquer la saveur repoussante du copahu, on a inventé les capsules gélatineuses, renfermant le copahu liquide (*capsules Mothes*). Dans les capsules de *Raquin*, le copahu est solidifié par la magnésie :

Copahu	30 grammes.
Magnésie	1,50

M. pour 64 capsules au gluten.

On en prend 18, 24, 30 par jour, ce qui fait de 8 à 15 grammes de copahu.

Ces dernières capsules s'avalent facilement, agissent moins sur l'estomac et occasionnent moins de renvois et de dégoût.

On peut prendre en même temps une cuillerée de sirop de pavot, ou une infusion théiforme de camomille.

Pour administrer le copahu par le rectum, on prend d'abord un lavement évacuant froid, puis on tâche de garder le plus longtemps possible le quart de lavement composé ainsi qu'il suit :

℞ Copahu	10 à 15 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1
Décoction d'une tête de pavot	100 grammes.

M.

Ajoutez 10 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham.

M. Puche emploie à l'intérieur le sirop suivant, que nous recommandons également :

℞ Copahu	80 grammes.
Poudre de gomme arabique	20 —
Eau	50 —

Emulsionnez.

Ajoutez :

Essence de menthe	30 gouttes.
Sirop de sucre	400 grammes.

M.

Le poivre cubèbe, médicament moins cher, moins désagréable, plus facile à tolérer, peut se prendre en poudre dans un demi-verre d'eau, ou bien en bols, dans du pain azyme. On l'administre aussi en capsules et en pilules, soit seul, soit additionné d'alun et de fer.

Le copahu se prend à la dose de 8 à 15 grammes par jour ; le cubèbe à la dose de 15 à 30 grammes.

On peut tolérer des doses de cubèbe beaucoup plus considérables : M. Puche en a fait prendre 80 grammes par jour, sans avoir d'accident.

Il ne faut pas commencer le traitement par de trop petites doses. Il faut prescrire immédiatement 30 grammes de cubèbe, ou 24 capsules de copahu, à prendre en trois doses, dans la journée, deux heures avant et après les repas. Tant que la blennorrhagie persiste, il faut continuer la même dose ; quand l'écoulement s'arrête, persister pendant cinq ou six jours, puis diminuer progressivement la quantité du médicament pendant un septenaire.

Traitement de la période aiguë. — Si la méthode abortive a échoué ou si le malade est venu trop tard, si l'inflammation n'est pas enrayée, on peut combiner les deux méthodes : *sangsues au périnée, cubèbe, copahu et injections, diète sévère, repos absolu, pas de bains, pas de boissons abondantes.* On peut ainsi réussir. Mais si la miction est très-douloureuse, s'il y a des érections cordées, si le parenchyme de l'urètre est pris, dur, tendu, alors plus de résineux, plus d'injections : sangsues, boissons abondantes, bains tièdes et prolongés, tisane de graine de lin, de pariétaire, de queues de cerises, orgeat, groseille, repos, diète, lait, bouillon, fruits cuits, viandes blanches. Il faut aussi entretenir avec soin la liberté du ventre, avec l'huile de ricin et la limonade au citrate de magnésie ; on prescrira des lavements avec l'eau de guimauve et la mélasse, mais il faut surtout combattre les érections. A cet effet, le malade couchera sur un lit dur, prendra des quarts de lavement froids et des pilules camphrées :

℞ Camphre	ââ 3 grammes.
Thridace	
Mucilage, q. s.	

F. s. a. vingt pilules ; quatre chaque soir.

Le camphre cependant agit mieux, pris par le rectum :

℞ Décoction d'une tête de pavot	100 grammes.
Camphre	40 centigrammes.
Jaune d'œuf	n° 1.

F. s. a. un lavement.

On a proposé de comprimer le prépuce, au-devant du gland, à l'aide des doigts, de traverser même le gland avec une aiguille ; mais le moyen qui réussit le mieux, est d'entourer la verge, couchée sur le scrotum, entre les testicules, d'une bande de sparadrap large de trois travers de doigts, et de faire du tout un seul paquet cylindroïde. On a là un véritable bandage anti-érectil. Le caoutchouc peut être substitué avec avantage au diachylon.

Traitement de la période de déclin. — Dès que les douleurs en urinant ont cessé, quoique les érections soient encore pénibles, on revient au traitement abortif ; seulement, on évitera les injections, on emploiera seulement les résineux. Au bout d'un ou deux septenaires, si l'écoulement persiste et qu'il n'y ait plus de douleur dans les érections, on peut de nouveau faire usage des injections pour guérir définitivement le malade. Mais il arrive trop souvent que, malgré ce traitement méthodique, la blennorrhagie passe à l'état chronique, à l'état de *blennorrhée*, de *goutte militaire*.

Il faut alors examiner d'abord le méat urinaire, en écartant ses

lèvres, et si on aperçoit des follicules enflammés, il faut les fendre avec une aiguille à cataracte et les cautériser avec le nitrate d'argent. Si le suintement persiste, on fera usage du sirop suivant :

℞ Sirop de Tolu. . . . . 500 grammes.
Citrate de fer. . . . . 4 —
M.

Trois à six cuillerées par jour.

Eau de goudron, trois verres par jour, pour tisane. Ou bien encore, tisane d'*uva ursi*, édulcorée avec le sirop de bourgeons de sapin. On peut prescrire la térébenthine ou le baume du Canada, à la dose de 6 pilules de 30 centigrammes matin et soir.

Les succès remarquables qu'on avait obtenus des préparations iodées et en particulier de l'iodure de fer, conservé par les procédés de M. Gille (*dragées* et *huile* de protoïodure de fer inaltérable, de Gille) dans le traitement des sécrétions purulentes chroniques, même entretenues par des lésions osseuses, m'engagèrent à essayer ces préparations contre la blennorrhée. Les résultats répondirent complétement à mon attente, et les dragées d'iodure de fer, de Gille, à la dose de 4 à 8 par jour (elles contiennent 5 centigrammes d'iodure chacune) constituent des médicaments dont l'action est la plus efficace contre ces écoulements chroniques, qui, par leur ténacité, font le désespoir des praticiens les plus expérimentés.

Les vésicatoires au périnée, à la face interne des cuisses, sont quelquefois de bons révulsifs, quelquefois ils agissent synergiquement et donnent un coup de fouet à la maladie. Il en est de même des bains froids de rivière ou de mer.

Les injections à employer dans cette période sont les suivantes :

℞ Eau de roses. . . . . 200 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . . . } ââ 2 —
Acétate de plomb. . . . . . }
M.

℞ Eau de roses. . . . . 200 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . . } ââ 1 — ou 2.
Acide tannique. . . . . . }
M.

℞ Infusion vineuse de roses de Provins 200 grammes.
Acide tannique. . . . . 1 à 2 —
M.

℞ Eau. . . . . 1 partie.
Vin du Roussillon. . . . . 1 —
M.

Ajoutez un peu de sucre.

℞ Eau distillée. . . . . 200 grammes.
Limaille de fer. . . . . 1 —
Protoïodure de fer. . . . . . . 20 à 30 centigr.
M.

Ne pas secouer la bouteille.

Il y a des suintements persistants, sans rétrécissement, qui ne guérissent que par l'introduction des bougies. Cette introduction détermine une irritation mécanique, une blennorrhagie artificielle, qui guérit alors par le cubèbe et les injections. Les bougies en étain de Béniqué sont surtout excellentes pour cet usage : on les introduit doucement, et on les garde deux ou trois minutes.

Une autre ressource extrême, c'est la cautérisation du canal avec le porte-caustique de Lallemand. L'instrument est introduit jusqu'au col et on le retire à soi en le faisant tourner sur son axe, de façon que le caustique touche tous les points de la muqueuse urétrale.

Il y a un peu de douleur, de chaleur en urinant à la suite de cette petite opération, mais généralement tout se calme promptement et l'écoulement disparaît au bout de deux ou trois cautérisations. Enfin, il y a des gouttes militaires qui résistent à tous ces moyens; il faut alors conseiller un régime tonique, des rapports sexuels modérés, la campagne, les distractions et surtout que le malade évite de penser à sa *goutte*, car c'est trop souvent une cause d'hypochondrie et même de suicide chez les esprits faibles. (*Presse médicale.*)

Observation de paralysie du deltoïde survenue à la suite d'une chute sur la main et l'avant-bras,

Par M. le Dr C. Coppée.

Ce genre de paralysie s'observe souvent après des contusions directes de l'épaule, ou dans les cas de luxations scapulo-humérales; mais il est rare qu'on le voie survenir à la suite d'une chute sur la main, avec simple entorse de l'articulation de l'épaule, comme dans l'observation suivante :

Obs. — M. Pierre M..., âgé de 45 ans, dans un état d'ivresse, tomba d'un escalier. Peu de temps après son accident, il ne pouvait pas mouvoir son bras droit. De prime abord, on voyait qu'il n'y avait pas de luxations, pas plus que de fracture ni du corps, ni du col, ni des tubérosités de l'humérus. La clavicule et les apophyses de l'omoplate étaient intactes. Les téguments de l'épaule et du bras ne portaient aucune trace de contusion ou de toute autre violence; seulement, au coude et à la main, il y avait de légères excoriations.

Le lendemain, le malade apprit que la nuit s'était passée dans l'insomnie, par le fait de douleurs très-vives. Il ne pouvait mouvoir le bras droit qu'en le soulevant avec la main gauche.

Au moment de la chute, M. P... avait étendu instinctivement le bras, et après l'accident, aucune manœuvre de réduction n'avait été faite.

Deux jours après, il y avait un léger gonflement de l'épaule et apparition d'une tache ecchymotique qui, se faisant jour entre l'insertion humérale du pectoral et du deltoïde, descendait jusqu'au milieu du bras.

Une semaine après, l'ecchymose et le gonflement avaient disparu, mais le malade était dans l'impossibilité d'élever le bras en le portant soit en avant, soit en arrière.

Le mouvement inflammatoire de l'articulation étant apaisé, on employa les stimulants : vésicatoires volants et suppurants, liniments divers; tout fut inutile, et pendant trois mois le deltoïde resta paralysé. C'est alors que M. Coppée appliqua à l'épaule quatre raies de feu avec le cautère cultellaire rougi à blanc.

Cinq jours après cette cautérisation, les mouvements de l'épaule étaient redevenus libres.

(*Annales de la Société de méd. de Gand*, et *Gaz. méd. de Paris.*)

Rapport à M. le directeur de l'Assistance publique sur le traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, en 1852, 1853 et 1854,

Par M. E. Bazin, *médecin de cet hôpital.*

En 1807, il y a bientôt 50 ans, l'administration des hôpitaux de Paris avait accueilli le procédé des frères Mahon pour la guérison de la teigne, moyennant une assez faible rétribution par tête (1). Les malades soumis au traitement dit externe venaient, les mercredi et vendredi de chaque semaine, recevoir les soins des frères Mahon.

Il y avait un médecin de la teigne dont les fonctions se bornaient à constater préalablement l'existence de la maladie, et à certifier la guérison.

Les médecins de l'hôpital Saint-Louis recevaient dans leur service quelques teigneux ; mais, en général, c'était, soit pour servir de sujets d'étude aux nombreux élèves qui suivent les cliniques de cet hôpital, soit pour offrir l'hospitalité à ces malheureux qu'une extrême misère et la crainte de la contagion laissaient sans asile. Ils ne s'occupaient nullement du traitement, toujours confié aux frères Mahon pour ces malades comme pour ceux qui restaient à leur domicile.

De temps à autre, il se rencontrait, il est vrai, des médecins de Saint-Louis et des autres hôpitaux spéciaux, qui, impatients de l'inaction à laquelle ils étaient condamnés, en présence de l'empirisme triomphant, cherchaient à guérir la teigne et à pénétrer le mystère du procédé Mahon.

Les uns, les plus inexpérimentés sans doute, ont pensé que tout le secret était dans l'administration des soins de propreté. Ils ont attribué les succès des Mahon à ce que ceux-ci pansaient eux-mêmes les enfants, peignaient, pommadaient et entretenaient leur tête avec le plus grand soin : erreur partagée dans tous les temps et sans cesse reproduite !

D'autres, imbus de l'idée que, pour la teigne comme pour la gale, tout le problème thérapeutique était la nature de la pommade, ont soumis au creuset, à tous les réactifs, les poudres des frères Mahon. Ils ont cru pouvoir arriver aux mêmes résultats avec des pommades composées

(1) De 9 fr. par tête dans le principe, cette rétribution a été d'abord réduite à 7 fr. 80 c., et n'est plus aujourd'hui que de 3 fr.

d'après la formule supposée de ces poudres, ou d'après celle de poudres analogues.

D'autres, enfin, ennemis nés des arcanes, n'ayant qu'un profond mépris pour les poudres et pommades des Mahon, n'ont vu, dans leurs cures, qu'un simple résultat de l'épilation. Ils ont épilé, mais partiellement et sans méthode.

Toutes ces idées, en définitive, ont fait éclore des traitements qui, mis en pratique, n'ont eu que des résultats partiels, incertains, et qui devaient tomber devant l'incontestable supériorité de la méthode Mahon.

La science n'avait-elle donc pas fait un pas depuis 50 ans, et devait-on toujours être réduit à demander à l'empirisme la cure de cette dégoûtante affection ? Non, sans doute.

Des recherches du plus haut intérêt, faites par des hommes d'un mérite éminent, avaient appelé l'attention des observateurs sur la véritable nature des teignes. En Allemagne, on avait découvert que la teigne n'était autre chose qu'une sorte de moisissure à la surface de la peau, une véritable plante parasite. MM. Gruby, Lebert et Ch. Robin, en France, avaient vérifié ces recherches et confirmé cette opinion par leurs travaux.

Une théorie nouvelle de la teigne devait engendrer un traitement nouveau. Si la teigne est un végétal, on doit la guérir par tous les agents qui ont la faculté de détruire le végétal. Les lotions de sublimé, de sulfate et d'acétate de cuivre, etc., furent préconisées. Malheureusement, le succès ne répondit pas à l'attente des partisans de la théorie nouvelle.

Bien convaincu, par mes recherches propres et par celles des observateurs que je viens de citer, qu'en effet la teigne était un cryptogame parasite, je me livrai à de nouvelles recherches pour découvrir à quoi tenait l'insuccès de remèdes si bien indiqués par la nature de la maladie. J'acquis bientôt la certitude que cela tenait uniquement à ce que le siége du mal n'avait pas été parfaitement précisé par les observateurs modernes; que le végétal de la teigne réside non-seulement sur la peau, en dehors du cheveu, mais encore pénètre plus profondément dans l'étui qui reçoit la racine, et jusque dans la substance du cheveu lui-même (1). Il devenait évident, dès lors, que, pour guérir la teigne, il ne fallait pas se borner à faire des lotions sur la peau avec un solutum *parasiticide;* mais encore extraire le cheveu malade, afin de pouvoir introduire le même liquide jusque dans l'intérieur des conduits radiculaires, et, de cette manière, atteindre les derniers vestiges de la plante.

J'instituai à l'hôpital Saint-Louis, au commencement de l'année 1852, un traitement de la teigne établi sur ces idées théoriques; il eut un succès complet (2).

Mes premières observations, livrées à la publicité, éveillèrent votre attention, monsieur le directeur; et, dans votre constante sollicitude pour tout ce qui intéresse les établissements hospitaliers, vous fîtes prendre un arrêté par lequel deux infirmiers épileurs étaient mis à ma disposition; quinze lits étaient accordés, au pavillon Saint-Mathieu, aux malades atteints de la teigne; un dispensaire public, où les malades du dehors seraient traités d'après ma méthode, était ouvert à l'hôpital Saint-Louis. Dix mois bientôt se sont écoulés depuis cette époque; je viens, suivant le désir que vous avez exprimé, vous rendre compte de ce qui a été fait.

L'état nominatif et statistique que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux a été dressé avec la plus grande exactitude; malheureusement, il n'est pas complet. Plusieurs malades atteints de teigne, de ceux surtout qui ont été admis dans les premiers temps, ne figurent pas sur ce tableau, soit parce que le mal s'est déclaré chez eux pendant leur séjour dans nos salles, soit parce que, reçus et inscrits comme scrofuleux, ils étaient en même temps porteurs d'un favus qui n'a pas été noté. Ces omissions ne sauraient en rien atténuer l'importance des résultats obtenus, qui n'en ont pas moins une haute signification.

202 malades ont été traités suivant notre méthode, soit au pavillon Saint-Mathieu dans l'intérieur de l'établissement, soit au dispensaire ou traitement externe.

Ces 202 malades sont ainsi répartis :

128 malades traités dans l'hôpital;
74 au dispensaire.
202

Ce chiffre se décompose de la manière suivante :

123 favus	93 hommes.	29 femmes.
28 teignes tondantes	25 garçons.	3 filles.
4 teignes achromateuses	4 hommes.	
3 teignes décalvantes	2 femmes.	1 homme.
44 mentagres.		
Total.. 202		

Pour avoir un tableau statistique complet, il eût fallu recueillir l'histoire complète de tous nos malades. Cela eût demandé trop de temps et n'a pas été fait; mais nous avons noté avec soin le sexe, l'âge des malades, l'ancienneté de la maladie, l'époque des admissions, la durée du traitement de la teigne et les traitements antérieurs. Ce sont là, il nous semble, les points sur lesquels les documents recueillis offrent le plus d'intérêt pour les médecins, et sont le plus utiles à connaître pour l'appréciation de notre méthode de traitement. Voyons donc ce que la statistique nous apprend sur chacune de ces données.

Sexe. — Je dois, avant tout, faire une observation : c'est que, pour établir le rapport proportionnel des sexes, les chiffres ne sont valables qu'autant qu'ils s'appliquent aux malades du dispensaire, attendu que le nombre excessivement restreint de lits de femmes, dont il nous est possible de disposer, ne nous a pas permis d'admettre toutes les femmes atteintes de teignes qui se sont présentées, demandant à entrer dans nos salles.

Or, voici la répartition des malades admis au dispensaire :

40 favus	27 hommes.	13 femmes.
19 tondantes	17 hommes.	2 femmes.
15 mentagres.		

En ne tenant compte que des favus et des tondantes, laissant de côté les mentagres, on a le rapport ci-après :

44 hommes;
15 femmes.

On voit, par ces chiffres, que la teigne attaque de préférence le sexe masculin. La proportion des garçons a été plus du double de celle des filles. L'explication de cette différence se trouve facilement dans la différence des habitudes des deux sexes, et fournit une nouvelle preuve à l'appui de la contagion de la maladie. Les filles, qui restent plus souvent à la maison, la tête couverte d'un bonnet, y sont moins exposées que les garçons, toujours dehors, élevés en commun, la tête nue, se coiffant volontiers de la casquette d'un camarade, sans s'inquiéter s'il est malade ou non.

Age.—Il importe de bien distinguer l'âge des malades quant à l'époque de leur admission à l'hôpital, et l'âge des malades quant à l'époque du développement de leur maladie. Or, voici ce que nous apprend la statistique :

Favus : 12 ans 1/2; moyenne de l'âge à l'époque du traitment. 5 ans 1/2; moyenne de l'âge à l'époque de la contagion.

(1) J'ai été heureux d'apprendre qu'un de nos plus illustres micrographes, M. Ch. Robin, était arrivé, dans ses dernières recherches, aux mêmes résultats que moi. (*Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants.* — Paris, 1853, pag. 442.)

(2) Nous ajouterons ici quelques détails sur le traitement institué par M. Bazin. Ce traitement a pour but de mettre les champignons partout en contact avec l'agent destiné à éteindre le principe de vie dans la production végétale Une condition nécessaire pour atteindre ce but, c'est d'épiler. Si la chevelure est épaisse, une seule épilation ne suffira pas, il en faudra plusieurs.

On commence d'abord par nettoyer la tête, couper les cheveux à deux ou trois centimètres, détruire les poux avec l'onguent napolitain ou le bain sulfureux, détacher les croûtes avec des lotions tièdes et des cataplasmes; et enfin laver le tout avec la solution parasiticide pour détruire tous les champignons à la surface. Cela fait, on pratique l'épilation avec des pinces; le seul reproche que l'on adresse à ce moyen est la lenteur; mais quelle que soit l'étendue des surfaces malades, on peut les dégarnir dans un espace de temps qui varie de quelques minutes à six heures; ainsi, pour les têtes les plus malades, il suffit de trois séances de deux heures chacune, en trois jours consécutifs. Toutefois, si la teigne est récente, si le cheveu offre quelque résistance à l'avulsion, on doit frictionner préalablement la partie pendant quelques jours, soit avec l'huile de cade pure, soit avec l'huile de noix d'acajou, de 50 centigrammes à 1 gramme pour 30 grammes d'axonge; soit avec une pommade alcaline avec soude et chaux, de chaque 2 grammes pour 60 grammes d'axonge. Mais l'huile de cade est ce qui vaut le mieux.

On interrompt l'épilation dès qu'une surface d'un centimètre est dégarnie, pour laver la peau avec un peu d'eau de savon tiède qui dissout le corps gras; puis on fait immédiatement la lotion parasiticide, ou mieux l'imbibition avec un linge, une éponge fine ou une petite brosse douce. M. Bazin préfère le sublimé et l'acétate de cuivre à la dose de 3 à 5 grammes pour 500 grammes de véhicule. On pourrait les employer sous forme d'onguent ou de pommade; la solution liquide lui a paru s'insinuer mieux dans les cavités folliculaires, après l'ablation des poils.

Tondantes	8 ans 1 mois; moyenne de l'âge à l'époque du traitement.
	7 ans 2 mois; moyenne de l'âge à l'époque de la contagion.
Mentagres	36 ans 9 mois; moyenne de l'âge à l'époque du traitement.
	34 ans; moyenne de l'âge à l'époque de la contagion.
Achromateuses	35 ans 1/2; âge moyen.
Décalvantes	27 ans; âge moyen.

Il suit de là que :

Le favus est une maladie de l'enfance et de la jeunesse ;

La teigne tondante une maladie de l'enfance ;

Les teignes achromateuse et décalvante, des maladies de l'adolescence et de l'âge mûr ;

La mentagre, généralement, une affection de l'âge mûr.

Il suit de là aussi qu'une période de sept années sépare, dans la teigne faveuse, l'époque de la contagion de l'époque à laquelle les malades viennent sérieusement réclamer les secours de l'art, tandis que, dans la teigne tondante, cette même période n'est que de dix mois. — A quoi tient cette différence? Serait-ce que la teigne faveuse inspire moins d'effroi, moins de dégoût que la teigne tondante? — Non, sans doute : elle en inspire davantage; mais la dernière se montre généralement dans une classe de la société plus aisée, où les parents ont plus de soin, plus de souci de la santé de leurs enfants. D'un autre côté, le favus est souvent considéré comme une affection incurable, ou bien il est confondu avec les gourmes, et, dans l'un ou l'autre cas, abandonné aux soins de la nature; tandis que la teigne tondante, prise assez communément pour une dartre, éveille davantage la sollicitude des parents.

Le sexe modifie l'âge de la manière suivante :

Favus.

Garçons	Age de la contagion	4 ans 22.
	Age de l'admission dans les hôpitaux	7 ans 05.
Filles	Age de la contagion	6 ans 55.
	Age de l'admission	12 ans 32.

Il suit de là que les garçons gagnent la teigne plus tôt que les filles, et que les filles la gardent volontairement plus longtemps que les garçons.

Tondantes.

Garçons	Age de la contagion	7 ans 15.
	Age de l'admission	8 ans 32.
Filles	Age de la contagion	6 ans.
	Age du traitement et de l'admission	6 ans 50.

Age moyen de la maladie.	Favus	7 ans.
	Tondante	10 mois.
	Mentagre	2 ans 9 mois.
	Achromateuse	6 ans 4 mois.
	Décalvante	1 an 9 mois.

Époque des admissions. — Si nous retranchons les malades admis en en 1854, année qui n'est pas complète, nous trouvons un total de 71 malades, ainsi répartis :

Janvier	6	Juillet	4
Février	4	Août	5
Mars	6	Septembre	11
Avril	4	Octobre	6
Mai	10	Novembre	10
Juin	4	Décembre	1
		Total	71

Ce qui ressort évidemment de ce tableau, c'est que les teigneux arrivent aux hôpitaux plus particulièrement au printemps et à l'automne, parce que, sans doute, à ces époques de l'année, le végétal qui constitue la teigne croît avec plus d'activité et engage les malades à chercher un remède contre leur hideuse maladie.

Durée du séjour à l'hôpital. — La durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital est bien différente, suivant les diverses catégories de teignes que nous avons établies. Généralement, pour toutes les teignes, et même pour la mentagre, elle dépasse de beaucoup les limites du temps qui sera ultérieurement nécessaire pour la guérison de ces sortes d'affections. La raison en est non-seulement dans le perfectionnement que nous apportons chaque jour au nouveau traitement, mais encore et surtout dans cette circonstance, que jusqu'à présent nous avons gardé six semaines, deux mois et plus après guérison, les malades à l'hôpital, pour nous assurer qu'aucune récidive n'était à craindre. Une autre raison contribue encore à augmenter la durée moyenne du séjour à l'hôpital : c'est la coïncidence avec la teigne d'un autre état morbide, la scrofule, par exemple. Des maladies incidentes, comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc., concourent évidemment aussi à prolonger la durée du séjour à l'hôpital. Enfin, nous avons trouvé, dans le mauvais vouloir des parents, qui croyaient leurs enfants définitivement placés, en raison de l'incurabilité supposée de leur mal, une cause de la prolongation de ce séjour.

Depuis que le dispensaire est établi, la moyenne du séjour est considérablement diminuée. C'est ainsi que nous voyons des enfants atteints de teigne entrer à l'hôpital après avoir, au préalable, reçu des soins pendant un mois, six semaines, au dispensaire. Ils ne restent à l'hôpital que vingt-cinq jours, un mois, six semaines, etc.

Les soixante favus qui ont été traités complétement dans l'hôpital, en 1852-53, nous donnent, comme moyenne de la durée du séjour, *cinq mois.*

Les teignes tondantes ont presque toutes été traitées au dispensaire, et, quant à la mentagre, la durée moyenne du séjour des malades atteints de cette maladie est tellement arbitraire, que faire connaître la durée moyenne du séjour de nos mentagreux ne serait d'aucune utilité, et pourrait même engager dans une voie erronée.

Durée du traitement. — La durée du traitement de la teigne n'a rien de fixe, rien de régulier. Elle varie suivant le sexe, plus longue chez la femme que chez l'homme ; suivant l'âge de la maladie, plus longue, toutes choses égales d'ailleurs, quand l'affection est plus invétérée (une seule épilation suffit dans quelques teignes récentes et peu étendues ; — quatre et cinq épilations sont souvent nécessaires dans les vieux favus de tout le cuir chevelu, qui datent des premières années de la vie). — Elle varie suivant l'espèce de teigne : instantanée dans certaines formes de la mentagre, elle ne dure que le temps de l'épilation. Dans quelques variétés de favus et de teignes tondantes, on la voit se prolonger pendant plusieurs mois.

Nous ne renvoyons, en général, nos malades, que six semaines, deux mois après la dernière épilation, temps nécessaire à la nouvelle pousse des cheveux. De la durée moyenne du séjour à l'hôpital, il faut donc d'abord retrancher cette période du temps où l'on ne fait absolument rien que d'administrer les soins les plus vulgaires de propreté, qui pourraient parfaitement bien être donnés aux enfants dans leur famille.

Nous avons cherché quelle avait été la durée moyenne du traitement pour soixante-six favus traités dans nos salles : nous avons trouvé *trois mois vingt jours.* Nous en exceptons, bien entendu, les favus qui entraient dans notre service après avoir reçu, pendant, plus ou moins de temps, des soins au traitement externe. Chez ces derniers, en effet, la durée moyenne du séjour n'est peut-être pas de deux mois.

Constatation des guérisons. — Pour affirmer la guérison radicale de la teigne, il ne suffit pas, comme on l'a dit, que le cuir chevelu ait perdu toute sa rougeur morbide, il faut encore que les cheveux repoussés aient un aspect franc et parfaitement normal. Il faut, de plus, qu'un espace de cinq à six mois se soit écoulé, et que, pendant cet intervalle, le favus n'ait eu aucune tendance à se reproduire. Si même, après la guérison, la tête d'un teigneux est constamment tourmentée, brossée, lavée, pommadée plusieurs fois par jour, et qu'après trois ou quatre mois, on vienne tout à coup à cesser complétement ces soins exagérés, négligeant même l'hygiène la plus ordinaire de la tête, il pourra bien survenir sur le cuir chevelu, çà et là, de petits godets faviques, pour peu que, pendant la cure, tout le germe du favus n'ait pas été détruit dans sa racine.

Nos constatations ont, en général, eu lieu dans le cours de l'année qui a suivi ces six mois d'épreuve.

En faisant le relevé de ces constatations, nous arrivons aux chiffres que voici :

35 favus (hommes) sur 93.
6 favus (femmes) sur 29.
14 tondantes (garçons) sur 25.
1 tondante (fille) sur 3.
16 mentagres sur 44.
2 achromateuses sur 4.
1 décalvante sur 3.

Le temps a donc sanctionné la guérison radicale et définitive de quarante et un favus et de quinze teignes tondantes. Chaque jour augmentera cette proportion, puisqu'à l'heure qu'il est, sur nos quatre-vingt-treize favus (hommes), nous en comptons soixante-huit parfaitement guéris, et depuis longtemps déjà. Si nous n'en portons que quarante et un constatés, c'est, ou bien qu'il nous a été impossible de revoir nos malades de la province, ou que le temps écoulé depuis la fin du traitement jusqu'à l'époque actuelle ne nous a pas paru suffisamment long.

Des traitements antérieurs. — La plupart de nos malades avaient subi divers traitements avant de s'adresser à nous. Je n'ai pas cru qu'il fût utile de noter tous ces traitements. J'ai cru devoir passer sous silence les remèdes empiriques, les pommades, les lotions, les traitements internes les plus variés, etc. L'attention ne pouvait se porter sur tous ces traitements bizarres qui, en définitive, sont jugés d'avance par les hommes

compétents ; mais il y avait pour nous quelque chose de plus essentiel à faire sortir des antécédents de nos malades :

1° Au point de vue de la comparaison à établir entre notre méthode et les autres méthodes curatives, de connaître combien avait été antérieurement traités par la calotte, l'épilation simple, le traitement Mahon ;

2° Au point de vue des intérêts de l'administration, de savoir combien de temps les malades avaient pu séjourner dans les hôpitaux avant de venir réclamer nos soins.

Or, voici ce que nous apprend notre état statistique :

19 favus avaient été traités sans succès par les frères Mahon.

1 teigne tondante avait aussi été traitée par les frères Mahon.

4 favus avaient inutilement, et à diverses reprises, subi l'application de la calotte. L'un de ces malades avait eu, à lui seul, vingt-cinq fois la calotte.

Perroche avait été épilé pendant six mois dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants.

Découdin était resté pendant un an dans le service de M. Devergie, à l'hôpital Saint-Louis. — Aubry, pendant onze mois dans le service de M. Cazenave. — Ledieu, pendant quatre mois dans le service de M. Cazenave. — David, pendant dix-huit mois dans le service de M. Cazenave. — Fontaine, six mois dans le service de M. Hardy. — Grillon, Delalanne, Auvry, Cuvélier, pendant six et huit mois dans notre propre service avant l'emploi de la nouvelle méthode, etc.

L'objection qu'on nous adresse d'être juge et partie dans notre propre cause, en recevant nous-même les malades et constatant nous-même leur guérison, objection qui, en définitive, ne reposerait que sur l'ignorance ou la mauvaise foi, ne se trouve-t-elle pas détruite par la connaissance des faits? Ces 19 favus, traités par les Mahon, ces affections du cuir chevelu qui font, en pure perte, un séjour d'un an à dix-huit mois à l'hôpital Saint-Louis, dans les divers services médicaux de cet hôpital : ne sont-ce donc pas des teignes (1)?

De quelques faits exceptionnels qui peuvent donner une apparence d'insuccès à la nouvelle méthode. — Des 122 favus qui figurent sur notre état statistique, nous ne connaissons que trois cas où il y ait eu récidive. Il est utile de donner un mot d'explication pour chacun d'eux.

Le premier fait est celui d'Oscar Laslier. Ce malade est un des premiers sur lesquels nous avons fait l'application de notre traitement. Atteint d'une teigne invétérée qui avait résisté trois fois au traitement des Mahon, il n'avait été chez nous épilé que deux fois. — Pendant un an, la guérison ne s'est pas démentie. Livré de nouveau au vagabondage, couchant souvent à la belle étoile et probablement mis encore en contact avec des teigneux, Laslier s'est vu repris de son porrigo. Est-ce bien là une récidive, n'est-ce pas plutôt une nouvelle contagion? Quoi qu'il en soit, rentré dans notre service, Laslier a déjà été épilé trois fois. — Il est de nouveau guéri, et j'espère qu'à l'avenir il pourra même impunément s'exposer à la contagion.

Le deuxième fait est celui de Gennerat, qui n'est resté en traitement que six semaines environ. Ce petit malade a été imparfaitement épilé, à deux reprises, et privé de tous soins après sa sortie de l'hôpital. — Deux mois à peine s'étaient écoulés, que trois ou quatre godets reparaissaient sur la partie antérieure de la tête. C'est bien là évidemment une récidive ; mais peut-être n'eût-elle pas eu lieu si, pendant cinq ou six mois, après la sortie de l'hôpital, on eût maintenu propre et pommadée la tête de Gennerat. Cet enfant subira de nouveau trois épilations partielles et sera à tout jamais guéri (2).

Joseph Pilliot est le troisième fait qui demande une explication. Cet enfant, naturellement sale, adonné à l'onanisme, est une espèce de *fumier*, si je puis m'exprimer ainsi, sur lequel le champignon du favus germe et pousse avec la plus étonnante facilité. Il est depuis deux ans dans notre service, et nous ne sommes peut-être pas encore arrivé à une *transformation complète du milieu*, ou, si l'on aime mieux, à une modification générale du tégument externe, qui prévienne toute reproduction ultérieure du favus. Voici, en deux mots, l'histoire de Pilliot.

Après deux ou trois épilations générales du cuir chevelu, notre petit malade a été guéri de son favus de la tête. On l'avait, en même temps, débarrassé des godets faviques qu'il portait sur le nez, les oreilles et diverses parties de la figure. Quelque temps après sa guérison, il fut pris de rougeole, et à la suite de cette fièvre, éruption nouvelle et générale de favus. Traité une seconde fois comme la première, il guérit encore; mais bientôt un herpès circiné se montre sur la figure, le col, la poitrine, le ventre et les membres. Toutes les plaques herpétiques, au bout de quelques temps, sont, dans un même nuit, couvertes de champignons faviques. Pilliot est littéralement couvert de champignons : il y en a sur les sourcils, les cils, les oreilles, dans l'intérieur des conduits auditifs, sur le ventre, les aisselles, partout, en un mot, excepté sur le gland, la paume des mains, la plante des pieds. Je fais épiler de nouveau le cuir chevelu, les cils, les sourcils, et généralement toutes les parties velues du corps. — Aujourd'hui, l'état est meilleur qu'il n'a jamais été. La tête est guérie ; les cheveux, les cils et les sourcils ont repoussé et sont parfaitement sains. Chose étonnante ! ce qui résiste le plus et ce qui résiste seul à l'heure qu'il est, c'est le corps. On en conçoit la raison par la difficulté d'épiler un duvet que la pince saisit avec peine. Pilliot est retourné chez sa mère, où il se trouvera dans les plus déplorables conditions hygiéniques; mais nous ne le perdrons pas vue. C'est un sujet qui nous intéresse trop au point de vue scientifique.

Ce petit malade nous conduit naturellement à dire quelques mots de la contagion et de la nécessité d'isoler, dans les hôpitaux, les malades entrants, ceux qui ont la tête encore toute couverte de croûtes, de les séparer des malades en traitement.

La teigne est une affection essentiellement contagieuse; personne n'en doute aujourd'hui. On la reproduit par l'inoculation. Des sujets, parfaitement exempts de maladies du cuir chevelu, l'ont gagnée dans nos salles, par suite du voisinage des teigneux ; mais, de tous les sujets, ceux qui sont le plus disposés à la contracter, ce sont ceux qui en sont à peine guéris.

Pour obvier à cet inconvénient, du moins en partie, j'ai combiné les avantages du dispensaire avec ceux de l'hôpital. On commence par donner les premiers soins au dispensaire. Là, on nettoie le malade, on le baigne, on lotionne sa tête, on détruit avec un solutum parasiticide toutes les productions extérieures de la teigne. On lui recommande de faire tomber les croûtes par des applications de cataplasmes en rentrant chez lui. On le frictionne avec l'huile de Cade, et enfin, on commence l'épilation. Il n'est admis à l'hôpital que quand on n'a plus à redouter, pour ses voisins, une véritable atmosphère contagieuse.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Les agents de l'autorité amènent parfois, dans nos salles, des teigneux vierges de tout traitement, et surtout *vierges de tout soin de propreté.* Ces teigneux n'ont pas d'asile ; ils ont été pris en vagabondage, et deviennent, pour nos convalescents, un contact des plus dangereux. Qu'on se représente maintenant un sujet aussi disposé à recevoir la semence de la teigne que le jeune Pilliot, et l'on comprendra facilement comment il se fait que nous ayons eu tant de peine à le guérir.

Je crois qu'il est urgent d'avoir, dans l'hôpital et aussi éloignée des salles que possible, une chambre où de pareils malades seraient tenus isolés pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'on les eût mis en état de pouvoir être admis dans les salles sans nuire à leurs voisins.

Deux malades atteints de mentagre, après avoir été traités par notre méthode, sont entrés dans le service de M. Hardy, comme affectés de récidive. Je soupçonne que l'un de ces malades, au moins, a provoqué artificiellement le retour de sa mentagre pour avoir une occasion de prolonger son séjour à l'hôpital. Quant au second, il n'est venu que très-irrégulièrement au dispensaire.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'au traitement externe, nous avons trouvé quelques mentagres rebelles. J'en ai moi-même traité quelques-unes en ville, qui n'ont pas paru céder à une seule épilation. Au pavillon Saint-Mathieu, toutes nos mentagres ont été guéries instantanément par une seule épilation bien faite. J'ai gardé les malades dans le service, six semaines après guérison : aucune pustule ne s'est reproduite. A quoi peut tenir cette différence ? — Sans nul doute, à la permanence des causes, qui chez les sujets que l'on traite en ville ou qui viennent au dispensaire, entretient la permanence des effets.

Enfin, je ne dois pas taire qu'une de nos malades, atteinte de teigne tondante, Maria Flicoteaux, a cessé de venir à notre dispensaire pour suivre le traitement des frères Mahon. Cette enfant nous avait été amenée par les dames du couvent où elle se trouvait en pension. La mère de cette enfant ayant appris ce qui se passait, a conduit sa fille qui n'était venue que trois ou quatre fois à notre pansement, chez les Mahon, rue du Pas-de-la-Mule. Nous aurions passé sous silence un fait aussi insignifiant, si M. Mignot, représentant des Mahon à l'hôpital Saint-Louis, n'avait cru devoir le signaler, et encore mieux le donner comme un échec de notre traitement des teignes. On voit à quoi cela se réduit.

Je puis affirmer maintenant, en toute certitude, qu'aucune méthode de traitement des teignes ne saurait être comparée à la nôtre :

1° Sous le rapport des *succès :* guérison de toutes les teignes (à part trois ou quatre faits exceptionnels) admises à l'hôpital ou traitées au dispensaire pendant le cours des années 1852-1853.

2° Sous le rapport du *rétablissement intégral des parties affectées :* notre méthode ne compromet en rien la chevelure. — Les cheveux sont au contraire plus fournis et plus beaux après la guérison. Il en est tout autrement

(1) MM. Hardy et Cazenave ont dernièrement admis quelques malades à notre traitement externe; ils auront à constater leur guérison.

(2) Gennerat avait été traité pendant deux ans, au dire des parents, par les frères Mahon. Nous avons revu cet enfant depuis sa sortie de l'hôpital ; il est, aujourd'hui, définitivement guéri. Ainsi, vingt de nos teigneux avaient été antérieurement soignés par le procédé Mahon.

à la suite des guérisons obtenues par la calotte et même par le traitement Mahon. La tête, après ces traitements, est souvent sillonnée de parties cicatricielles, complétement dénuées de cheveux.

On conçoit, en effet, que n'employant aucun agent irritant après l'épilation, nous ne déterminions dans les follicules pileux aucune inflammation adhésive capable d'en oblitérer les conduits. Un seul fait viendrait nous contredire ; c'est celui d'une jeune fille (Delphine Gay), guérie par nous d'un favus invétéré, et sur la tête de laquelle les cheveux, après guérison, n'étaient pas aussi fournis qu'avant l'application du traitement; mais ce fait confirme plutôt ce que nous avançons. On nous avait beaucoup vanté les bons effets du papier chimique dans le traitement de la teigne, autant comme modificateur de la peau que comme moyen propre à préserver les parties malades de l'action d'une atmosphère contagieuse. Nous avons voulu essayer cet agent. — Après la première épilation, une feuille de papier chimique a été appliquée sur la tête de Delphine Gay : elle y a bientôt provoqué une éruption confluente de pustules, une inflammation vive, qui ont sans doute amené l'oblitération d'un certain nombre de conduits folliculaires. Nous avons dû bien vite renoncer à l'emploi de cet agent emplastique.

3° Sous le rapport de la *durée du traitement,* aucune ne guérit aussi vite que la nôtre.

4° Sous le rapport des *dépenses,* notre méthode offre encore pour l'Administration un avantage réel. Le séjour des malades à l'hôpital sera moins prolongé. Chaque guérison de teigne, au dispensaire, ne reviendra pas, pour les frais médicamenteux, à plus de 1 fr. 25 c. (1), et ce prix pourrait être encore notablement réduit, en ne donnant de pommades qu'aux personnes dénuées de toutes ressources. Les teignes tondantes s'observent, en général, dans une classe moins nécessiteuse. On pourrait fort bien se passer de délivrer gratuitement les médicaments qui sont nécessaires pour la cure de ces dernières affections. J'en dirai autant des mentagres.

Le dispensaire, établi en dehors de l'hôpital, a non-seulement d'immenses avantages pour l'Administration, en diminuant le nombre des admissions dans les hôpitaux ; mais il peut encore devenir une école d'enseignement pratique où les médecins et les personnes charitables pourront puiser d'utiles leçons et apprendre à guérir une maladie qui, trop longtemps regardée comme incurable, est restée confiée à des mains empiriques. Oserai-je dire que déjà plusieurs médecins distingués, parmi lesquels je citerai notre savant et honorable collègue, M. Legendre, nous ont fait l'honneur d'assister à notre traitement externe. Une dame charitable et dévouée, mademoiselle de Rambuteau, qui a fondé dans son pays un hôpital qu'elle dirige elle-même, est venue s'instruire auprès de nous et apprendre à pratiquer l'épilation.

Quoique simple et facile, la nouvelle méthode est mal comprise et mal appliquée par les médecins qui ont voulu la mettre en usage. Nous ne saurions trop recommander aux personnes qui ont envie d'employer notre traitement, d'assister à quelques séances du dispensaire et de s'y exercer à l'épilation.

Les teignes sont très-répandues en France ; ce sont des affections très-communes. J'ai la conviction que notre traitement contribuera à en diminuer le nombre ; mais si la surveillance dans les écoles était plus sévère, si les sujets atteints étaient immédiatement renvoyés chez leurs parents, le mal se propagerait beaucoup moins et ferait beaucoup moins de victimes. Des sujets guéris retournent à l'école ; ils y retrouvent souvent encore les mêmes élèves qui les ont déjà une fois contagionnés, et qui leur communiquent de nouveau la même maladie.

Il arrive même quelquefois que les parents ne veulent pas faire soigner leurs enfants atteints de teigne. Les uns espèrent qu'en raison de l'incurabilité de leur mal, on pourra les placer définitivement dans un hospice ; d'autres, et nous en connaissons, comptent sur cette affection pour faire exempter leurs fils du service militaire : ils attendent, pour les faire traiter, qu'ils aient satisfait à la loi du recrutement. — Ne serait-il pas temps de rayer la teigne des affections incurables, et désormais de ne plus la compter parmi les cas d'exemption ? La grande majorité des enfants et des jeunes gens atteints de la teigne sont bien constitués, et pourraient faire d'excellents soldats.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Ecole impériale vétérinaire de Lyon.* — Dans une revue des monuments de notre ville, la *Gazette de Lyon* a publié quelques détails intéressants sur notre Ecole vétérinaire, et que nous croyons devoir reproduire :

La première Ecole vétérinaire d'Europe fut fondée à Lyon en 1761, par Claude Bourgelat. Elle fut installée d'abord à la Guillotière, et ce ne fut qu'en l'an V qu'on la transféra à la place de l'ancien monastère du tiers-ordre de Sainte-Elisabeth, où elle est encore. Ce monastère était appelé des *deux amants,* à cause d'un tombeau démoli en 1707 pour élargir la voie publique. Ce fut un acte de vandalisme, car ce monument, à en juger par les nombreuses dissertations auxquelles il donna lieu et par les gravures qu'en ont laissées Ménestrier et Brossette dans leurs ouvrages, était assez digne d'intérêt par son architecture et par ses inscriptions pour être conservé.

L'École vétérinaire est un ensemble de trois corps de bâtiments sans ornements, formant une cour avec des portiques et fermé sur le quai par une grille. Cet ensemble est de la plus pauvre simplicité, et à l'entrée d'une grande ville, on désirerait quelque chose de mieux. Derrière, s'étendait un vaste clos en amphithéâtre, célèbre par la beauté de sa situation et de ses ombrages. Il a été morcelé par une route qui monte au cimetière, et qui laisse à découvert quelques maisons banales sur la colline et les batteries d'un fort.

L'École a été depuis peu agrandie aux dépens de l'antique église. Les nouvelles constructions, faites avec les beaux matériaux que l'on emploie à Lyon, sont sans aucun doute fort utiles ; mais elles sont d'un style d'architecture insignifiant et qui rappelle ces pauvres essais soi-disant dans le genre antique, que le peintre Landon publiait au commencement du siècle dans les *Annales du Musée.*

On peut en dire autant d'un édicule qui fait l'angle de la nouvelle route et qui reste inachevé ; on assure que c'est une église destinée à remplacer l'ancienne. Jusqu'à présent rien n'annonce la destination religieuse de ce bâtiment.

L'emplacement de l'École avait appartenu, en partie du moins, aux Bellièvre, puis à Jacques Moyron, baron de Saint-Trivier, procureur général de la ville, né le 15 février 1564, mort le 26 mai 1656, laissa t son immense fortune aux pauvres de l'Aumône générale.

Claude Bourgelat naquit à Lyon, le 27 mars 1712, de Pierre Bourgelat, échevin, et de Geneviève Terrasson. Il fut d'abord directeur de l'Académie d'équitation établie sur le rempart d'Ainay, à l'endroit qu'occupe la rue qui porte son nom. Il composa un grand nombre d'ouvrages : le *Nouveau Newkastle,* publié en 1745 ; les *Eléments d'Hippiatrique,* Lyon, 1750; l'*Anatomie comparée du cheval, du bœuf et du mouton,* Paris, 1766; la *Matière médicale,* Lyon, 1767 ; *Traité de la conformation extérieure du cheval*, Paris, 1769 ; *Eléments de l'art vétérinaire,* Paris, 1808, et rédigea les articles de médecine vétérinaire dans l'*Encyclopédie.*

L'École vétérinaire de Lyon passa ensuite entre les mains de l'abbé Rozier. Bourgelat fut appelé, en 1765, par le gouvernement, pour fonder celle d'Alfort, et mourut pauvre, le 3 janvier 1779, ne laissant que des sœurs alliées aux du Gas, aux Prost de Grangeblanche et aux Fayard de Champagneux. Son buste fut exécuté par Boisot, en 1780, et l'on trouve sur lui, dans les biographies de la Société Monthyon et Franklin, une Notice fort bien faite et un portrait ressemblant, je dis ressemblant, à en juger d'après une excellente miniature venant de sa famille, dans laquelle il est représenté avec une figure ouverte, intelligente et d'un caractère que l'on ne pouvait inventer. Une de ses boucles d'oreilles représente un petit fer à cheval, et, en effet, Bourgelat, destiné à la magistrature, laissa le code pour se donner entièrement à l'étude de la race chevaline, pour laquelle il avait une vocation non douteuse. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

(1) Prix de revient des teignes traitées au dispensaire.

BIBLIOGRAPHIE.

Publications du Moniteur des Hôpitaux.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison*, comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 110. 2e année. Jeudi 14 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

De la méthode empirique et de la méthode des indications dans le traitement du choléra.

Des effets de la strychnine et de la noix vomique dans cette maladie,

Par le Dr J. DAVASSE.

A Monsieur HENRI DE CASTELNAU, *rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.*

Très-cher confrère et ami,

Le *Moniteur des Hôpitaux* a publié successivement, dans le courant du dernier mois (août 1854), une série de travaux dus à des médecins distingués, sur l'emploi de la strychnine dans le traitement du choléra. Cette question est à l'ordre du jour. Après beaucoup de controverses, il s'en faut qu'elle soit jugée. Toutes les solutions qu'on en donne ne parviennent qu'à l'obscurcir. Et, — comme l'eau d'une fontaine, — plus on l'agite, plus on lui fait perdre de sa transparence.

C'est d'abord l'empirisme qui a commencé cette campagne et fait tout le bruit. L'honorable docteur Abeille est venu annoncer avec quelque enthousiasme la découverte d'un spécifique qui ne serait point inférieur, dans le choléra, au sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. Ce spécifique anticholérique, c'est la strychnine. Mais voilà que bientôt un autre médecin, également recommandable, M. le docteur Sée, après avoir expérimenté le même agent thérapeutique, n'a point tardé à en reconnaître l'impuissance absolue dans les formes graves du choléra épidémique. Et enfin, d'autres observateurs, parmi lesquels il faut citer les noms de MM. Renouard, Frémy, Chapottin de Saint-Laurent, ont vu ou cité des cas dans lesquels ce prétendu spécifique aurait été funeste. Ainsi, tour à tour, le même moyen est regardé comme efficace, — comme impuissant, — et comme dangereux. Tel est le résultat logique et habituel de l'empirisme. Il n'y a pas à s'en étonner. Cette méthode, après avoir essayé de tout dans tout, avec des résultats contradictoires, finit toujours par ne plus croire à rien.

Au nom de la science, on a réclamé bien vite, et avec raison, contre ces expérimentations hasardeuses. Cette réclamation a été faite dans le *Moniteur des Hôpitaux,* par M. le docteur Frémy, dans l'*Union médicale,* par M. le docteur Cerise. Les Sociétés savantes, l'Académie elle-même, se sont émues. Malheureusement, et la polémique des journaux, et les discours des orateurs, en un mot, toute cette croisade formée en faveur des indications dites *méthodiques,* tout cela n'a eu et n'aura qu'un résultat, — celui de montrer la diversité des conjectures sur ces indications. En attendant, la pratique reste dans l'embarras, et la théorie dans une controverse plus vive que jamais.

La thérapeutique est-elle donc condamnée à étouffer dans cette impasse? N'y a-t-il donc qu'à courir les aventures, ou qu'à rester dans les conjectures? Faut-il retomber sans cesse du septième ciel de l'illusion dans l'ornière de la banalité? Pour moi, je ne le crois pas; je pense qu'il faut sortir de cette alternative, que tout le monde cherche une autre route, et, si elle existe, qu'il faut la trouver.

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. WILDE, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande; chirurgien de Saint-Mark'Hospital* (pour les maladies des yeux); *membre honoraire de la Société de médecine de Stokolm,* etc.

(Premier article.)

Je me propose d'analyser, dans un petit nombre d'articles, un traité important de chirurgie aurale, publié à Londres, depuis un an (1).

Le succès de ce livre, qui grandit chaque jour, non-seulement en Angleterre, mais aussi en Amérique et en Allemagne, où deux éditions viennent de paraître, m'excusera sans doute si je crois utile de la faire connaître sur le continent.

Depuis quelque temps, j'avais traduit en partie le traité de W. Wilde, pour mon instruction propre, et, en même temps, pour les élèves, qui ont l'habitude de fréquenter mes leçons.

(1) Practical observations on aural surgery, by W.-R. Wilde, surgeon, etc. London, 1853.

Quelques personnes bienveillantes m'ayant engagé à publier ces notes, je me suis rendu d'autant plus volontiers, à ce bienveillant désir, que ce sera pour moi une circonstance heureuse de tracer, chemin faisant, le parallèle de la chirurgie aurale en Angleterre, en France et en Allemagne.

L'analyse du traité de W.-R. Wilde sera donc le point de départ d'une revue analytique, historique et critique, dans laquelle j'examinerai les notions qui m'ont été transmises sur ce sujet, par les auteurs anciens et modernes, sans oublier toutefois les travaux de nos contemporains.

En procédant ainsi, nous pourrons, en quelque sorte, assister à l'origine et au développement de cette partie importante de la pathologie; nous suivrons sa marche lente et pénible, ses faibles progrès, et nous chercherons ensuite à signaler les lacunes, encore nombreuses, qu'il reste à combler pour l'élever à la hauteur des autres branches qui composent l'art de guérir.

Commençons par jeter un coup d'œil sur le Traité du chirurgien de Dublin.

L'ouvrage de W.-R. Wilde est divisé en huit chapitres à peu près égaux et un appendice, comprenant ensemble 500 pages, d'un format grand in-8°, et quelques figures sans importance, intercalées dans un texte d'une belle exécution.

Si nous cherchons, tout d'abord, à prendre une vue générale des huit chapitres qui composent ce livre, nous trouvons dans le premier : une in-

C'est vers cette route nouvelle que M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, a dirigé ses idées, dans son intéressant travail *sur quelques nouveaux remèdes contre le choléra,* travail qui a placé la discussion thérapeutique de la strychnine sur une voie toute différente. Ce médecin, dont nous connaissons l'érudition et le talent, n'a pas craint de demander à *la loi de similitude* la solution du problème en discussion. Par lui, un élément de plus a été introduit dans le débat. Je rends grâce, pour ma part, à M. le docteur Imbert de son initiative. Après lui, je n'aurais pas élevé la voix ; ma tâche eût été inutile, si la Note de cet ancien ami ne contenait de ces réticences et de ces contradictions qu'il importe de ne pas laisser subsister, dans l'intérêt de son initiative même.

Je viens donc, à mon tour, contribuer, dans la mesure de mes forces, à la recherche de la vérité. Je le fais avec confiance, même en présence de la publication du jugement de l'Académie impériale de médecine sur cette question. Si mon but est celui de la docte Compagnie, mon point de départ et mes résultats ne sont certainement point les mêmes. Et quelque regret que j'en puisse concevoir, en face d'hommes aussi éminents, j'ai l'espoir que les principes et les développements de ce travail jetteront peut-être une vive lumière sur la question qui s'agite dans les ténèbres, — et que la science, comme la pratique, pourront y trouver enfin une solution positive que, jusqu'à présent, elles attendent encore.

Quoi qu'il en soit, mon cher et excellent confrère, merci toujours de la généreuse hospitalité que vous allez donner à mon travail dans le *Moniteur des Hôpitaux.* Quand la plupart des organes de la presse médicale se font malheureusement les échos de misérables coteries, et les apôtres de l'intolérance, vous qui comprenez plus noblement la mission d'indépendance et de dignité de votre journal, vous en avez fait un champ de bataille pour toutes les luttes provoquées par des convictions sérieuses, un asile pour toutes les vérités. Ce n'est donc pas à vous qu'on pourrait adresser ce proverbe de Salomon : « Le juge qui fait acception des personnes ne fait pas bien ; pour une bouchée de pain, il trahira la vérité. » Adieu ! en trouvant en vous un adversaire, je sais ne pas perdre un ami.

Paris, 10 septembre 1854. JULES DAVASSE.

I.

Il est impossible de se jeter au milieu de la confusion dans laquelle est tombée la question thérapeutique du choléra, sans l'augmenter encore, si on ne prend soin de régler quelques points laissés malheureusement à l'arbitraire de chacun dans l'histoire de cette maladie.

Avant toutes choses, il y a un préjugé malheureusement répandu dans le monde, c'est que le choléra-morbus est une de ces maladies singulières, bizarres, mal déterminées, peu ou point connues, et que les médecins, dans l'ignorance de sa véritable nature, ne sauraient traiter avec efficacité. Si ce n'était là qu'une de ces mille erreurs populaires qui fourmillent à l'égard de la médecine, peut-être conviendrait-il de ne pas s'en occuper; mais ce n'est pas seulement une opinion du vulgaire : ce préjugé est encore accepté avec faveur et propagé même par un assez grand nombre de médecins, et nous n'avons pas été peu étonné d'en entendre maintes fois l'aveu de la part de nos confrères les plus instruits. Cette erreur nous paraît avoir de graves inconvénients : elle ne nuit pas seulement à la considération de notre art, elle sert à troubler les esprits; enfin, elle détourne les médecins de la véritable recherche des meilleurs moyens de traitement : *ignoti nulla cura morbi.*

Or, il faut bien le savoir, si par nature de la maladie, on entend ses causes prochaines, si l'on entend surtout par là les opinions qu'il plaît à chacun de se faire pour l'explication d'une chose qui ne saurait s'expliquer, c'est-à-dire pour l'explication de l'essence de la maladie, le choléra est et nous sera toujours inconnu.

Il faudrait pourtant bien en finir avec ces rêves et ces caprices de l'imagination. Le choléra est comme la plus simple de toutes les maladies, comme la fièvre éphémère, comme la migraine, comme la grippe, comme toute espèce morbide quelconque, irréductible aux plus savantes élucubrations. Si la question, de nature intime, est complétement insoluble, ce n'est pas acte de sagesse que de s'en occuper.

Mais si par nature on entend — non des hypothèses stériles — mais un ensemble des caractères certains qui font du choléra une essence morbide, propre, distincte, avec ses phénomènes qui se succèdent ou s'associent dans un ordre donné, avec ses formes particulières, ses altérations spéciales et ses signes positifs, qui permettent, dans tout le cours de la maladie, de la reconnaître toujours et le plus souvent d'en présager la durée et l'issue; si par nature, dis-je, il faut entendre scientifiquement cet ensemble de caractères, aucune maladie n'est peut-être mieux connue que celle dont il est ici question.

En tout cas, aucune n'a une tradition plus reculée. Son nom se retrouve jusque dans les livres saints. Avant le chapitre 38e de l'*Ecclésiastique,* que tout le monde connaît ou devrait connaître : *Honora medicum propter necessitatem ; etenim illum creavit Altissimus,* se trouvent trois versets qui font mention du choléra et de ses causes, et que nous demandons la permission de citer :

« *Noli avidus esse in omni epulatione, et non te effundas super omnem escam.*

« *In multis enim escis erit infirmitas, et aviditas appropinquabit usque ad* CHOLERAM.

---

troduction historique remarquable, non par sa nouveauté, car on la rencontre à la même place dans tous les traités du même genre; mais digne d'attention par quelques observations pratiques inhérentes au sujet lui-même.

Je m'efforcerai donc, en raison de l'intérêt qui s'y attache, d'en donner une translation assez étendue, pour ne rien omettre d'important. Les sept autres chapitres forment une suite toute naturelle; au chapitre deuxième, l'auteur, dans une énumération consciencieuse, passe en revue les différents moyens d'exploration et de diagnostic, ainsi que les modes si nombreux de traitement vantés contre la surdité.

Aussi trouvons-nous, à côté des moyens empiriques et ridicules, ceux qui, plus rationnels et non moins efficaces, ont acquis une juste et légitime importance dans la guérison ou l'amélioration du plus grand nombre des cophoses : je veux surtout parler du *cathétérisme des trompes d'Eustache,* que l'auteur, à mon grand étonnement, ne prend pas la peine de décrire, tant cette opération est difficile :

« *It is very difficult to describe* (1). »

C'est là une raison que, généralement, nous n'acceptons pas en France. Je reviendrai en temps et lieu sur cette question.

Dans le troisième chapitre, nous entrons complétement en matière, et W. R. Wilde, adoptant l'ordre anatomique, consacré par Duverney dans son bel ouvrage (1), étudie successivement l'anatomie et la pathologie du pavillon, du méat du tympan, de la caisse du labyrinthe, et arrive ainsi à traiter de la surdité appelée nerveuse.

Le huitième chapitre est consacré tout entier à l'étude de l'*otorrhée,* question importante, et dont la solution divise encore des auteurs généralement estimés.

Enfin, un appendice, assez concis, d'ailleurs, et relatif aux sourds-muets, termine le Traité du chirurgien de Dublin.

Nous venons de passer en revue l'ensemble de l'ouvrage : quant à la marche adoptée pour les descriptions particulières, nous devons féliciter l'auteur d'avoir cherché à imiter notre célèbre Duverney, en faisant précéder la partie pathologique d'un exposé anatomique de l'organe affecté. Seulement, l'œuvre de Duverney, excellente pour le XVIIe siècle, est nécessairement incomplète aujourd'hui; et Wilde a su heureusement combler, autant que possible, ces *desiderata,* en puisant dans sa propre expérience et dans les écrits des différents auteurs qui l'ont précédé.

De cet aperçu général, si l'on descend maintenant dans les détails, l'at-

(1) Op. cit., p. 68.

(1) Duverney, *Traité de l'organe de l'ouïe,* contenant la structure et les maladies, in-12, 1683. Paris.

« *Propter crapulam multi obierunt : qui autem abstinens est adjiciet vitam.* »

Et dans un des chapitres qui précèdent.

« *Vigilia,* CHOLERA *et tortura viro infrunito* (1). »

Il est intéressant de suivre dans ces temps reculés, la tradition de la maladie. On y verra les témoignages irrécusables de son ancienneté et de son immutabilité. Qu'on nous permette donc cet examen rétrospectif, que tout le monde connaît sans doute, mais dont il est bon de réveiller de temps en temps le souvenir.

Dans les recueils hippocratiques, au 5e livre des épidémies, nous trouvons les observations suivantes, qui caractérisent nettement déjà la maladie :

« Un habitant d'Athènes fut pris du choléra et allait pas bas « avec douleur, rien ne pouvait arrêter ses évacuations ; la voix « lui manquait, il ne pouvait se lever de son lit ; ses yeux étaient « ternes et caves ; le ventre et les intestins agités de convul- « sions ; il y avait du hoquet. Les déjections étaient plus abon- « dantes que le vomissement. Le malade prit de l'*ellébore* dans « une décoction de lentilles ; puis il but de cette décoction au- « tant qu'il put, et ensuite il la vomit. Enfin, les déjections et les « vomissements s'arrêtèrent. Il eut froid et prit un demi-bain « jusqu'à ce qu'il fût réchauffé entièrement. Le lendemain il était « bien et prit une légère bouillie. »

Dans l'observation d'Eutichydès, du même livre, il est également question de vomissements, de déjections alvines, de crampes dans les jambes, de rareté de l'urine, d'anxiété, de faiblesse extrême, enfin de tous les symptômes les plus caractéristiques de la maladie.

La définition que Galien donne du choléra-morbus est une des meilleures que l'on puisse citer même aujourd'hui :

« Le choléra est une affection aiguë, avec vomissements bi- « lieux, déjections alvines répétées, contracture des membres et « refroidissement des extrémités. Chez ces malades, le pouls « devient aussi plus faible et plus obscur. »

Voici la description de Celse :

« Le malade va par haut et par bas ; la bile que l'on rend est « d'abord semblable à de l'eau, ensuite à de la lavure de chair « récente ; quelquefois elle est blanche, quelquefois noire, ou de « différentes couleurs. C'est à cause de ces évacuations bilieuses « que les Grecs ont nommé cette maladie χολέρα. Outre les symp- « tômes dont nous venons de parler, souvent les jambes et les « mains se contractent ; le malade est pressé par la soif ; il tombe « en défaillance. Lorsque tous ces accidents se rencontrent, il « n'est pas étonnant que l'on périsse promptement (*si subitò* « *quis moritur*). »

Un des auteurs anciens qui a le plus excellé dans la peinture des divers états morbides, Arétée de Cappadoce, donne ainsi les caractères de la maladie :

« Les matières que les vomissements portent au dehors sont « semblables à l'eau ; celles qui s'écoulent par le bas sont ster- « corales, liquides, et d'une odeur fétide. Si l'on provoque leur « évacuation par des lavements, elles sont d'abord muqueuses, « puis bilieuses. Au commencement, la maladie est légère et « sans douleur, puis il survient des tiraillements douloureux au « cardia, le long de l'œsophage, et des douleurs dans le ventre. « Si le mal s'aggrave, et que les coliques s'accroissent, le malade « semble en défaillance, les muscles sont sans force, les aliments « causent une répugnance invincible, le sujet s'alarme sur son « état ; si le mal arrive au plus haut degré, la sueur inonde le « corps, une bile noire s'échappe par haut et par bas ; la vessie, « en proie au spasme, retient l'urine qui d'ailleurs ne peut être « abondante, en raison de l'afflux des liquides vers les intestins ; « la voix s'éteint, le pouls devient petit et très-fréquent ; le ma- « lade fait de perpétuels et vains efforts pour vomir ; il ressent « de vives épreintes sans évacuations alvines ; la mort arrive « enfin au milieu de vives douleurs, de convulsions, de senti- « ment de suffocation et d'efforts infructueux de vomissement. »

Je ne fais point ici l'historique du choléra-morbus, mais je veux montrer seulement combien la connaissance de cette maladie était déjà nette et précise chez les anciens. On peut en suivre la tradition non interrompue dans tous les écrits des princes de la médecine grecque et latine, dans les travaux de la renaissance et jusqu'à nous.

Et ce n'est pas seulement de l'état sporadique dont il est question dans la tradition médicale, mais encore du choléra épidémique.

Lazare Rivière parle d'une épidémie de choléra qu'il a observée à Nîmes, en 1564, et qui emporta beaucoup de malades rapidement, *multos intrà quatuor interficiens dies.*

Sydenham a rapporté l'histoire de deux épidémies de cette maladie, en 1669 et en 1676 : « Cette maladie, dit-il, fut plus « répandue en 1669 que je ne me souviens de l'avoir vue dans « aucune autre année. » Et l'illustre auteur anglais a bien soin de distinguer « le choléra-morbus qui survient indifféremment, « dans tous les temps de l'année, pour avoir trop mangé et trop « bu, et qui est d'un autre genre, quoiqu'il ait à peu près les « mêmes symptômes et se traite de la même façon. »

L'épidémie de 1669, indépendamment des vomissements énormes, des déjections alvines, de la cardialgie, de la soif, du pouls petit et inégal, présentait « des sueurs colliquatives, des con- « tractions dans les bras et dans les jambes, des défaillances, « de la froideur des extrémités, et d'autres semblables symp- « tômes qui épouvantaient extrêmement les assistants et tuaient « souvent les malades en vingt-quatre heures. »

(1) Intemperanti.

---

tention trouve à se reposer un instant sur quelques passages du premier chapitre, qui n'est, à vrai dire, qu'une introduction.

On me permettra de citer textuellement, pour laisser à l'auteur toute l'originalité du récit :

« Dans le Traité suivant, qui est surtout destiné aux praticiens et aux étudiants en médecine, je me propose, dit l'auteur, de démontrer l'histoire, les symptômes, les causes, le mode de traitement des plus fréquentes maladies de l'oreille.

« Je dois faire observer que je possède tout ce qui est nécessaire pour entreprendre cette tâche : une clientèle très-étendue, une institution clinique, à Dublin, la seule ouverte depuis longtemps, en Angleterre, aux étudiants et aux médecins qui désirent se familiariser avec les maladies de l'appareil auditif.

« Cet ouvrage est donc le résultat de l'expérience que j'ai acquise. Des fragments détachés, des faits cliniques et des observations recueillies à Saint Mark' Hospital ont déjà paru dans notre contrée, et quelques-uns de ces essais ont été traduits et publiés séparément sur le continent.

« Je les ai rassemblés tous ensemble, depuis leur publication, et je les offre maintenant, renfermés dans cet ouvrage.

« Ce recueil n'est point un système proprement dit de *chirurgie aurale,* contenant une description complète de toutes les maladies de l'oreille reconnues par les auteurs. Je le crois destiné, seulement, à guider le lecteur dans la pratique, s'il vient à rencontrer quelques-unes de ces affections fréquentes, longues et douloureuses, qui affectent l'organe auditif ; et c'est plus particulièrement à ces dernières que j'ai appliqué mon attention.

« Dans l'étude des maladies de l'oreille, j'ai eu soin de prendre pour base de mes recherches les principes généralement admis en pathologie, et je me suis proposé de réduire le traitement local et général de ces affections aux règles communément admises par la thérapeutique et la chirurgie moderne la plus éclairée.

« Mais, par-dessus tout, j'ai travaillé à dépouiller cette branche de la médecine, de l'empirisme grossier et du charlatanisme médical et populaire, à l'abri duquel elle vivait depuis longtemps.

« Des confrères me demandent chaque jour : « Avez-vous trouvé un nou- « veau remède contre la surdité ? » — Je ne prétends pas introduire ou inventer de nouveaux remèdes, mais je cherche à établir des règles pratiques analogues à celles qui existent dans les maladies des autres appareils.

« Comme beaucoup d'étudiants, j'avais appris, pendant mes études, assez de théorie et très-peu de pratique, si bien que, grâce à mes maîtres, je pensais que l'étude des maladies de l'organe auditif était complétement inutile.

« Telle était l'opinion honnêtement exprimée par les grands hommes de notre profession, dont les jugements et les conseils sont le plus souvent sans appel, aux yeux d'un public prévenu ; et cependant tout leur secret

L'épidémie de 1676 se trouvait « accompagnée de convulsions « terribles qui n'attaquaient pas seulement le ventre, mais en- « core tous les muscles du corps, et principalement ceux des « bras et des jambes, en sorte que le malade, pour s'en garantir, « se jetait quelquefois hors du lit et faisait tous les efforts ima- « ginables. »

C'est le *trousse-galant* des anciens auteurs français, de Tissot, Sauvages, etc., etc. Ce dernier raconte que tous les ans, en septembre, cette maladie régnait à Montpellier, et emportait, lorsqu'elle était négligée ou mal traitée, les malades en très-peu de temps. Toutes ces descriptions sont répétées identiquement par Forestus, Hoffmann, Wan Swieten, Cullen, Pinel, etc., etc., etc. Hoffmann disait que, sauf la peste et les fièvres pestilentielles, il n'y avait point de maladie d'une issue plus prompte et plus rapidement meurtrière que le choléra.

C'est le *merdechi* des Indes-Orientales, où il était également bien connu de tous les temps et décrit avec ses caractères propres jusque dans les livres sanscrits.

Dellon, dans son *Voyage aux Indes,* publié à Amsterdam, en 1689, en avait rapporté la description exacte de la maladie.

Bontius, qui était également dans l'Inde, au XVIIe siècle, a laissé aussi une peinture très-fidèle du choléra, et a rapporté, en exemple de la promptitude avec laquelle la mort survenait quelquefois, le fait d'un certain Cornélius Van Royen, « *qui horâ « sextâ vespertinâ adhuc valens, subito cholerâ correptus, « et ante duodecimam noctis horam, vomendo simul ac per « alvum dejiciendo, cum duris cruciatibus ac convulsio- « nibus, miserrimè expiravit.* »

Depuis cette époque, un grand nombre de médecins européens et surtout anglais, vivant dans ces contrées, ont observé, à divers intervalles, plusieurs épidémies intercurrentes graves. Cependant, jusque-là, cette maladie, même à l'état épidémique, avait limité à quelques régions ses ravages. Mais ce n'est que depuis 1817 et 1829 que se sont manifestées les grandes épidémies qui, du Bengale d'abord et de la Perse ensuite, sont venues visiter le monde entier. Ce n'est pas pour cela une maladie nouvelle.

Comme on vient de le voir, le choléra-morbus était depuis longtemps une maladie connue et familière dans nos contrées. Seulement, elle a pris un essor plus grand, un mode de propagation nouveau, enfin un génie épidémique plus étendu.

C'est là une de ces variations comme on en trouve dans l'histoire de toutes les épidémies, variations si fréquentes, qu'il n'est peut-être pas une épidémie qui ressemble entièrement à une autre pour la même maladie ; et c'est là justement ce qui fait le *génie* propre à chacune d'elles, ce qui constitue leur physionomie spéciale et leur individualité.

Quoi qu'il en soit, les trois épidémies cholériques qui depuis 1829 sont venues parcourir les diverses contrées du monde, ont eu pour résultat d'augmenter considérablement la masse de nos connaissances traditionnelles sur cette maladie. Frappés par l'intensité du fléau, et surtout par sa propagation rapide et insolite, tous les médecins se mirent à l'œuvre, et de toutes parts, à Calcutta, à Bombay, à Pondichéry, en Egypte, dans la Crimée, à Moscou, à Saint-Pétersbourg, en Pologne, dans toute l'Allemagne, en Angleterre, en France, dans l'Italie, surgit un nombre considérable de travaux, de renseignements, de statistiques et d'observations, qui ont fait des annales du choléra les annales les plus riches peut-être de la nosographie.

L'épidémie n'avait pas encore touché la France en 1830, et déjà la description traditionnelle des symptômes de la maladie était tellement perfectionnée, qu'on ne trouvait presque plus rien à y ajouter.

Pour les altérations, qui jusque-là avaient été peu recherchées, Davy avait analysé l'air expiré par les cholériques et le sang poisseux des vaisseaux. Christie avait donné la composition des fluides intestinaux. Hermann avait cherché à découvrir l'urée dans le sang, lorsque la sécrétion urinaire était interrompue. Ce dernier chimiste avait indiqué, dans des analyses parfaitement faites, la composition du sang, des liqueurs vomies et des matières évacuées, des urines, de la bile, etc., etc. Davy avait encore noté la flaccidité des muscles ; Markus, Frantz, Keraudren, Jachnichen, avaient indiqué les congestions cérébrales et rachidiennes ; Gravier et Annesley, Volf et Christie avaient reconnu souvent des lésions inflammatoires dans l'estomac et les intestins.

Pourtant, il y a eu encore de remarquables progrès, depuis 1830, dans la nosographie et l'anatomo-pathologie du choléra. Qu'il me suffise de mentionner les noms de MM. Magendie, Gérardin, Bouillaud, Gendrin, Michel Lévy, Andral, Becquerel, pour les intéressants renseignements que nous devons à ces médecins distingués, sur cette maladie. Citons encore quelques points restés douteux, comme les lésions gastro-intestinales, points qui ont été parfaitement éclairés par les recherches anatomo-pathologiques du docteur Hubbenet, de Riga, en 1852. Enfin citons de même la distinction nette et précise des *formes* naturelles de cette maladie, indiquées par le docteur J.-P. Tessier, en 1849, et qui constitue un des progrès récents appelés à rendre le plus de services, non-seulement dans la séméiotique, mais encore dans les indications thérapeutiques du choléra.

II.

Or, cette dernière question, celle des *formes*, dans la maladie qui nous occupe, si importante dans la pratique surtout, nous sommes obligés de la rappeler aux auteurs qui l'ont niée ou la méconnaissent. Car, sans cette distinction essentielle, leur statistique devient illusoire, et leur terme de comparaison in-

---

consistait, après longue délibération, à ordonner *gravement* de faire des injections dans l'oreille avec de l'eau chaude, du savon de Castille, du vieux brun de Windsor, etc.

« A cela on ajoutait des purgations et des boissons amères, dans la pensée que l'affection pourrait bien venir de l'estomac.

« En effet, il est peu de maladies à propos desquelles le patient ne soit disposé à nous répondre : « J'avais besoin d'une bonne purgation ; on m'a « dit que j'étais très-bilieux. »

« Puis, si les purgations n'enlèvent pas la surdité, on a recours aux vésicatoires appliqués derrière les oreilles, et toujours dans l'intention de chasser l'humeur accumulée autour de l'organe si délicat de l'audition.

« De telles méthodes ne procurent point de soulagement.

« Quant aux stimulants, ils sont souvent d'une nature âpre et mordante ; on les fait pénétrer dans le conduit auditif interne et externe, dans le but d'y remplacer une sécrétion qui a disparu, soit d'exciter ou réveiller l'innervation languissante ; alors, les teintures irritantes, la térébenthine, la créosote et les huiles âcres, sont appliquées à la surface externe de la membrane du tympan, mais sans aucune amélioration.

« Quelques praticiens ont recours à des moyens plus anodins et recommandent de mettre pendant la nuit, dans l'oreille, de l'huile d'amandes tièdes, ou de l'eau de Cologne dont on frotte le côté de la tête correspondant à la surdité.

« D'autres laissent constamment un petit morceau de laine noire dans le méat, pour préserver l'organe du froid, et selon un vieux préjugé populaire, on doit prendre *cette laine au pied gauche d'un bélier noir de 6 ans.*

« Quelques personnes conseillent aussi d'introduire un morceau de lard dans le méat, toutes les deux nuits, jusqu'à guérison.

« Tous ces moyens n'ayant point donné de soulagement au malade, on recommande le galvanisme et l'électricité.

« Viennent ensuite les voyages, les bains de mer, les eaux minérales, lieux charmants, où l'on rencontre bonne et nombreuse compagnie, et les distractions ont le grand avantage de faire oublier pour un temps, au malade, ses douleurs et son infirmité.

« Enfin, beaucoup de ces malades, désespérant de trouver une guérison entre les mains des médecins, finissent par se confier aux charlatans et aux marchands de remèdes secrets.

« En réfléchissant aux causes qui amènent ces déplorables résultats, j'ai pensé qu'il fallait placer, en première ligne, les difficultés qui obsèdent l'étudiant pour acquérir la connaissance de l'anatomie de l'oreille. En effet, cet appareil se dérobe à nos regards par la profondeur à laquelle il est situé : le rocher qui l'enveloppe et le protége, la délicatesse de sa structure, le nombre de singuliers noms attachés à ses différentes parties, sont autant d'écueils anatomiques dont personne ne veut garder le souvenir après son examen passé.

certain. Il ne ressortira jamais de leurs données que des contradictions.

Ce n'est point cependant que le sentiment de ces distinctions naturelles manque aux auteurs dont je parle en ce moment. Chacun d'eux en comprend la nécessité, mais d'une manière vague et en tous cas fort arbitraire. La science a laissé, en effet, cette expression, comme bien d'autres, à la fantaisie de langage de chacun. La pathologie générale de M. Chomel n'a pas même eu soin de la définir.

Il résulte de là qu'on l'emploie, tantôt pour exprimer le degré de gravité de la maladie (choléra léger, moyen, grave), tantôt pour indiquer la prédominance d'un seul symptôme (choléra algide, cyanique, convulsif), etc., etc.; et que chacun crée, en un mot, autant de formes qu'il a de manières de voir dans cette maladie. Mais un degré est un degré, une période est une période, un symptôme est un symptôme, et rien de plus. Or, la forme est plus que tout cela. C'est l'ensemble complet des phénomènes qui composent la maladie, dans leur association et leur évolution successives, ***ab initio usque ad finem;*** c'est une modification pour ainsi dire totale, non pas à un moment donné, mais dans tout le cours des phénomènes morbides. Les degrés, les périodes, les symptômes se succèdent et se remplacent; la forme est fixe et ne se transforme pas. Elle répond à peu près à ce que les anciens auteurs regardaient comme ***espèces*** dans les maladies : elle correspond surtout, autant qu'une lointaine analogie peut le permettre, à l'idée de ***sexe*** admise par les naturalistes dans un autre ordre de choses.

Partant de ces principes, M. le docteur J.-P. Tessier a trouvé, dans le choléra, les quatre formes suivantes, dont je vais esquisser à grands traits le tableau :

1° La ***cholérine,*** — ce n'est pas le phénomène ***diarrhée,*** prélude habituel de la plupart des formes du choléra-morbus. La cholérine est déjà la maladie elle-même sous son aspect le moins grave, mais enfin, c'est la maladie. Elle a plusieurs variétés, — depuis les cas les plus légers, où elle se borne à un peu de courbature, de malaise, accompagné de nausées et de coliques, — jusqu'aux cas plus intenses, où il existe un mouvement fébrile modéré, de la réfrigération souvent au début, un peu de lividité des doigts, des vomissements et des déjections alvines, quelques crampes, de la stomatite. — Le tout d'une durée de quatre jours à un septenaire entier, quelquefois même avec des accidents consécutifs ;

2° Le ***choléra franc,*** c'est la forme commune, et qui sert de type à la description du choléra-morbus, celle dont nous avons trouvé plus haut les principaux caractères dans les auteurs anciens. Il y a des prodromes. L'invasion se caractérise par la diarrhée, les vomissements et les crampes. L'algidité et la cyanose se prononcent à la période d'augment. La période d'état offre le tableau complet de la maladie : facies hippocratique, lividité et refroidissement de la peau, affaissement des forces, anéantissement de la voix, diminution ou absence du pouls, etc.;

3° La *forme ataxique,* qui comprend d'abord une période algide irrégulière, — une période de rémission incomplète, — et enfin une période nerveuse. Forme qui est caractérisée, pendant tout son cours, par une désharmonie entre les symptômes, un défaut de lien dans tous ses rapports, une irrégularité dans la succession des phénomènes, et une atteinte profonde à la vie, sous une apparence insidieuse et perfide, bien faite, au début surtout, pour tromper le médecin ;

4° Enfin, la *forme foudroyante,* dans laquelle il existe à peine quelques prodromes, le plus souvent de courte durée. L'invasion a lieu *d'emblée* par la cyanose et l'algidité, en même temps que par les crampes et les déjections, l'extinction de la voix, la sidération des forces, et l'aspect cadavéreux. La mort survient de deux à vingt heures seulement après le début.

Maintenant, dans chacune de ces formes peuvent prédominer tel symptôme, telle lésion, telle complication ; les troubles des fonctions peuvent porter surtout sur les forces naturelles, sur les forces vitales, sur les forces animales : de là des différences de détail qui ont une grande valeur dans la pratique, mais dont nous n'avons pas à parler ici.

Cependant, à ce sujet, nous devons faire une remarque importante : c'est que, dans le choléra, ce sont surtout les forces naturelles qui sont le plus radicalement et le plus souvent engagées. Elles révèlent cette atteinte, — par les troubles des excrétions : vomissements et diarrhée ; — par les troubles des sécrétions, dont quelques-unes sont supprimées : sécrétion urinaire ; — par les troubles de l'absorption, qui, souvent, et dans quelques parties, est suspendue ; — par les troubles de la nutrition et l'amaigrissement subit qui en résulte; — par les troubles de la caloricité; — par la perte de la tonicité des fluides et de la plasticité des humeurs; — enfin, par cette habitude extérieure générale si bien désignée sous le nom de *cadavéreuse.* « Dans chacune « des parties du corps qu'il frappe, le choléra semble ne point « se borner à l'altération des phénomènes de contractilité et de « sensibilité. Son action est plus profonde ; elle affecte les phé- « nomènes de formation, ce qu'il y a de plus intime et de plus « essentiel dans la vie (J.-P. Tessier). »

Le défaut d'absorption, dont on s'occupe beaucoup en ce moment, dans la période algide du choléra, et sur lequel M. le docteur Duchaussoy vient de publier sa Thèse inaugurale, n'est qu'un des éléments de ces forces naturelles altérées. C'est un phénomène qui mérite d'être pris en considération, et qui a certainement une grande importance ; mais je crains qu'on ne l'exagère beaucoup. En tout cas, on ne doit pas croire que ce trouble fonctionnel soit toujours absolu et uniforme. Comme tous les

---

« Tout cela ne contribue pas peu à fortifier l'opinion erronée que l'étudiant a reçue de ses maîtres, à savoir, qu'il n'y a rien à tenter contre les maladies d'un organe si délicat et si compliqué.

« Cependant, malgré les insinuations que nous entendons faire chaque jour dans le monde et dans les journaux, que le traitement des maladies de l'oreille est l'opprobre de notre art, les progrès de cette branche de la médecine, lents et pénibles sans doute, sont aussi réels que ceux dont peut s'enorgueillir la chirurgie contemporaine. Parmi les nombreuses raisons qui ont donné naissance à cette opinion, d'ailleurs accréditée par l'ignorance, il y en a deux surtout qui nous intéressent au plus haut degré :

« La *première,* c'est que jadis le traitement de ces maladies était confié aux médicastres les plus ignorants ;

« La *seconde,* c'est que des hommes de l'art eux-mêmes, médecins et chirurgiens (ne leur en déplaise), traitent les maladies de l'oreille comme ceux dont je parlais tout à l'heure : ils ne craignent point de prescrire au hasard des remèdes secrets, qu'ils rougiraient d'employer pour tout autre organe.

« Cette manière d'agir vient uniquement de l'ignorance affligeante des princes de la science à cet endroit, et de l'habitude qu'ils ont de prescrire à l'aventure un traitement pour des maladies dont ils ne connaissent point le diagnostic et la pathologie.

« A ces deux causes s'en ajoutent d'autres ; par exemple, l'indifférence plus ou moins grande des malades à chercher un conseil utile près des hommes compétents. Mais ce que l'on croirait à peine, si l'expérience de chaque jour ne le montrait, c'est l'empressement que ces mêmes malades mettraient à se procurer des secours, si un autre de leurs organes venait à éprouver quelque difficulté dans l'exercice de ses fonctions.

« On les verrait alors s'occuper très-activement de leur maladie et chercher un soulagement dans un traitement, si sévère qu'il pût être. Tout au contraire, quand il s'agit du sens de l'ouïe, on le laisse volontiers s'affaiblir et disparaître sans faire aucun effort pour la guérison d'une telle infirmité. Seulement, quand des mois et des années ont contribué à confirmer la maladie et à la rendre incurable, nous voyons les patients commencer à s'inquiéter et suivre un traitement conseillé par le premier charlatan (quaker) (1). Ils le suivent pendant des mois et des années, et, ce qui ne doit pas surprendre, c'est qu'ils n'éprouvent aucun soulage-

(1) Le mot quak ou quaker ne signifie pas seulement charlatan, c'est encore le nom que porte une secte religieuse, en Angleterre ; et je supposerais même que ce nom de quaker a été donné aux charlatans parce que cette secte, composée de personnes fort riches, pour la plupart, et en même temps très-charitables, s'occupe à visiter les pauvres malades et leur fournit des remèdes et des secours de toute sorte ; le plus souvent, il est vrai, sans ordonnance du médecin (physician). — *Note du traducteur.*

autres troubles physiologiques du choléra-morbus, il peut offrir beaucoup de variations ; il ne faut donc pas s'y fier.

Les quatre catégories naturelles dont j'ai parlé contiennent toutes les différences, toutes les particularités de la maladie : elles sont très-importantes à distinguer.

Sous le rapport du pronostic, on peut dire que la première guérit à peu près toujours ; la seconde, encore assez souvent ; la troisième, rarement ; la quatrième, presque jamais. Ces renseignements sont déjà précieux à la médecine pratique, pour le jugement de la maladie.

Sous le rapport du traitement, on voit aussi qu'il ne saurait exister de médicament donné correspondant à des modalités aussi diverses, et qu'il est bien différent de s'adresser au choléra franc, quoique grave, ou bien d'avoir affaire à la forme ataxique ou à la forme foudroyante. Ce sont ces dernières formes qui doivent constituer la véritable pierre de touche de tout moyen thérapeutique ; ce sont, au contraire, les premières, qui entretiennent tant d'illusions et font le succès de ces prétendus spécifiques et de ces innombrables formules de polypharmacie, que chaque jour voit naître et mourir.

Enfin, sous le rapport de la statistique, si l'on ne forme pas ces catégories naturelles ; si un observateur se borne à grouper, comme à traiter, dans un seul bloc, ce que l'on nomme vaguement les formes graves du choléra, en considération de la cyanose et de l'algidité, symptômes qui existent dans la plupart des formes de cette maladie, que d'erreurs dans les chiffres ! que de malentendus dans les mots ! que de confusion dans les résultats ! En effet, la proportion relative des diverses formes peut varier, non-seulement d'une épidémie à l'autre, mais encore dans le cours d'une même épidémie, et cela suivant l'époque, suivant le génie épidémique, suivant le foyer variable où est placé chaque observateur, que conclure de ces états numériques, si l'on ne tient aucun compte de ces différences ? En 1832, sauf de très-rares exceptions, les 100 premiers cholériques périrent dans tous les services de l'Hôtel-Dieu de Paris. Nous nous souvenons qu'il en fut différemment en 1849, et que les guérisons abondèrent alors dans les premiers temps ; c'est que, dans la première épidémie, la forme foudroyante ou cyanique d'emblée fut plus fréquente au début, et, au contraire, ce fut le choléra franc qui domina surtout au commencement de l'épidémie de 1849. Ces distinctions ne permettront pas aux médecins éclairés de rapporter au traitement ce qui est le seul fait des formes de la maladie.

J'en ai dit assez pour démontrer que le choléra-morbus est une maladie parfaitement connue depuis les premiers temps de la tradition médicale, et qu'il n'est peut-être pas de maladie, surtout depuis les trois épidémies que nous avons eu l'occasion d'observer depuis 1830, mieux connue dans ses caractères, dans ses symptômes, dans ses lésions, dans ses formes, dans sa marche, — en un mot, *nosographiquement*.

Il serait fort intéressant, au point de vue *étiologique*, après avoir mis de côté la vaine recherche des causes prochaines que nous ne connaissons pas, dans quelque espèce morbide que ce soit, de démontrer que les causes occasionnelles du choléra peuvent être aussi bien déterminées, sinon mathématiquement, au moins philosophiquement, que dans toute autre épidémie.

Enfin, au point de vue *thérapeutique*, il y aurait une grande importance à établir que cette maladie peut être l'objet d'indications parfaitement scientifiques et régulières ; et que si, malgré cela, elle échappe encore si souvent à nos ressources, sous l'influence d'un génie épidémique qui, le plus souvent, atteint rapidement la source de la vitalité même, il ne faut pas moins s'étudier à définir ces indications, où la médecine doit enfin trouver le point d'appui qui lui manque contre ce redoutable fléau.

Mais ces développements dépasseraient de beaucoup les limites que je dois m'imposer dans ce travail, et j'ai hâte de passer à la question de la strychnine dans le choléra, et de montrer, à l'occasion de ce médicament : 1° que la question a été mal posée ; 2° comment il faut la poser à propos de toute médication.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Tumeur encéphaloïde de la face. — Extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit. — Guérison,

Par M. le Dr MAISONNEUVE, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

(*Présentation faite à la séance du 12 septembre de l'Académie de médecine.*)

Voici les détails de ce fait :

Vincent Zachniewitz, âgé de 46 ans, Polonais, s'aperçut, il y a dix ans, d'une légère tuméfaction au niveau du rebord orbitaire inférieur du côté droit. Pendant plusieurs années, cette tumeur sembla rester stationnaire ; mais, vers 1850, ses progrès étant devenus plus sensibles, le malade consulta plusieurs médecins et, d'après leur conseil, se soumit à des médications méthodiques par les préparations iodurées, la ciguë, l'arsenic et les eaux sulfureuses thermales. Malgré ces médications, le mal n'en continua pas moins ses progrès.

En 1853, la joue, fortement tuméfiée, devint le siége d'une ulcération profonde ; en même temps apparurent des douleurs lancinantes. C'est à cette époque que le malade se rendit à Montpellier, où pendant plusieurs mois il se confia aux soins de MM. Alquié et Bouisson. Là encore il fut soumis à des traitements médicaux divers qui n'apportèrent aucun soulagement à

---

ment, et de plus, on finit par leur dire qu'il n'y a pas de guérison à espérer.

« Nous voilà bien éloignés du but pratique de cet ouvrage.

« J'ajouterai encore que les hommes de l'art ont contribué, sans aucun doute, à occasionner ce besoin de crédulité de la part du public ; d'abord, par leur opinion sincère et souvent exprimée, que la nature de la maladie est incurable ; ensuite, par la prescription de traitements si futiles qu'ils lassent la confiance des malades le plus heureusement doués sous ce rapport.

« Cependant, il faut avouer que nous avons de grandes difficultés à vaincre dans le traitement de la *surditénerveuse*, par exemple.

« Cette surdité, comme on le sait, reconnaît pour causes la perte des fonctions du nerf acoustique, à la suite d'une paralysie, d'une altération des parties du cerveau qui président à l'audition, etc.

« Cette affection (surdité nerveuse) présente la plus grande analogie avec l'amaurose, et le traitement est tout aussi difficile et non moins entouré de déceptions.

« Malgré ces difficultés, qui tiennent à la délicatesse de la structure et des fonctions de ces deux appareils sensoriaux (œil et oreille), je ne crains pas d'affirmer que si les maladies de l'oreille, dès leur début, étaient aussi bien étudiées et comprises que les maladies de l'œil, on trouverait à leur appliquer, comme à ces dernières, un traitement rationnel et scientifique.

« Un dernier mot. Nous avons, dès à présent, quelques bonnes monographies sur la chirurgie aurale, et il est à regretter que les traités les plus récents de chirurgie pratique contiennent si peu d'enseignements relatifs à cet important sujet (1). La surdité est pourtant une infirmité très-commune et très-affligeante, et, quand elle date depuis des années, si incurable que nous ne pouvons trop recommander aux praticiens de se familiariser avec l'étude des maladies de l'oreille ; ils devraient aussi encourager leurs malades à s'adresser à eux, pour le soulagement de cette dangereuse infirmité, avant qu'elle soit devenue chronique et souvent sans espoir, après un traitement mal dirigé. »

Ici se termine l'introduction de l'ouvrage de W. Wilde ; et, comme les enseignements de plus d'un genre qu'elle renferme, peuvent trouver leur application aussi bien à Paris qu'à Dublin, j'ai cru devoir n'en rien retrancher.

Dr E. TRIQUET.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Ce qui est vrai en Angleterre ne l'est pas moins en France ; et ce sujet nous occupera un peu plus loin.

ses souffrances. Rebuté de l'insuccès de la médecine, il prit la résolution de venir à Paris réclamer les secours de la chirurgie. Il entra d'abord à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, où il ne séjourna que quinze jours et où, malgré ses instances, on ne crut pas devoir entreprendre une opération qui paraissait presque impossible. C'est dans ces conditions qu'il vint consulter M. Maisonneuve.

Le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme, produite par une dégénérescence fongueuse de l'os maxillaire supérieur tout entier, par celle des parties molles de la joue, de l'orbite, de la paupière inférieure et du côté droit du nez. Le centre de cette tumeur était occupé par une ulcération profonde d'où s'écoulait un ichor fétide.

Le malade, en proie à des douleurs atroces, ne pouvait plus goûter un moment de repos. Abandonné à lui-même, il était inévitablement voué à la mort, et, d'un autre côté, les ressources médicales les plus énergiques, employées avec persévérance par les praticiens éminents, n'avaient produit aucun résultat. Il ne pouvait donc rester d'espoir que dans une opération. Mais cette opération était-elle possible?

D'illustres chirurgiens de Montpellier et de Paris l'avaient déclarée inexécutable et avaient refusé de l'entreprendre, à une époque où le mal était moins avancé. Malgré ces opinions importantes, M. Maisonneuve, considérant que la dégénérescence n'englobait aucun organe essentiel à la vie, que les ganglions cervicaux eux-mêmes étaient intacts et que rien ne dénotait l'existence de la cachexie, pensa qu'au moyen de l'opération, il restait encore quelque chance de sauver ce malheureux, et ne crut pas devoir lui refuser cette dernière ressource

C'est le 27 juillet 1854 que l'opération fut pratiquée, dans la maison de santé des Frères-St-Jean-de-Dieu.



Le malade étant couché sur un lit et soumis aux inhalations du chloroforme, M. Maisonneuve fit, sur le côté droit du nez, une première incision longitudinale, qu'il prolongea jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Une seconde incision oblique, partant de la commissure externe des paupières, contourna le bord externe de l'ulcération de la joue et vint rejoindre la première au niveau de l'aile du nez. Le chirurgien put alors, par une dissection rapide, renverser le lambeau formé d'une partie de la lèvre et de la joue, de manière à mettre à découvert toute la partie antérieur de la tumeur.

Portant ensuite une scie à chaînettes dans la fente sphéno-maxillaire, il la fit ressortir au-dessous de l'arcade zygomatique et divisa promptement les os compris dans sa concavité. Puis à l'aide d'une pince de Liston, il coupa successivement la voûte palatine et l'apophyse montante de la mâchoire supérieure.

Enfin, après avoir détaché, d'un coup de bistouri, le voile du palais de ses adhérences aux parties osseuses, il fit basculer la tumeur et en acheva l'isolement, au moyen de quelques coups de ciseaux.

Cette partie principale de l'opération étant achevée, M. Maisonneuve procéda immédiatement à l'extirpation de l'œil et à la destruction de tous les tissus dégénérés renfermés dans l'orbite ou dans les anfractuosités des fosses nasales et des sinus frontaux. Ce dernier temps exigea l'emploi énergique du fer rouge.

Enfin, quand il fut bien constaté que sur toute la surface de cette large excavation il ne restait plus rien de suspect, l'opérateur rapprocha, autant que possible, les lèvres de la plaie, au moyen de serre-fines et de la suture entortillée, Il resta, toutefois, au centre de la joue, un vide assez considérable, que M. Maisonneuve ne crut pas devoir combler par un lambeau autoplastique, afin de pouvoir mieux surveiller la cicatrisation des parties profondes.

Les suites de cette opération si grave furent vraiment d'une simplicité étonnante. Dès le quatrième jour, la cicatrisation des parties qu'on avait pu mettre en contact était complète, et la plaie restée béante se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, et aujourd'hui que six semaines sont à peine écoulées depuis l'opération, le malade, complétement débarrassé de ses douleurs et de ses insomnies, a recouvré toutes ses forces et son embonpoint. Enfin, grâce à un obturateur habilement construit par M. Charrière, l'énorme perte de substance est entièrement dissimulée, et la parole est aussi nette que dans l'état le plus normal.

Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcôme de l'os maxillaire supérieur droit, à l'exception du rebord alvéolaire qui a échappé à la dégénérescence et est encore garni de toutes ses dents, parfaitement saines, tout le reste de l'os a presque entièrement disparu dans la masse cancéreuse. Le globe oculaire est sain, mais tous les tissus qui l'environnent sont envahis par la maladie.

THÉRAPEUTIQUE.

Ventouses sèches dans le travail de l'accouchement,

Par M. Manson.

Observation. — Une femme, âgée de 23 ans, en travail de son second enfant depuis vingt-quatre heures, était en proie à de violentes douleurs qui se traduisaient par des cris presque continuels, l'angoisse, la rigidité des bras et des mains. Ces douleurs étaient toutes rapportées au sacrum. Le col était dilaté environ d'un schelling, tendu et non dilatable, le vagin chaud, brûlant, sec, très-douloureux au toucher. L'enfant se présentait par la tête, en position sacro-iliaque droite.

L'huile de castoréum, les lavements émollients et opiacés, la saignée, le tartre émétique, n'avaient pas apporté de changement sensible dans l'état du col. Bientôt le délire survint. Craignant que si cet état se prolongeait, il ne produisît une rupture de l'utérus ou des convulsions, M. Manson, n'ayant pas de chloroforme à sa disposition, eut recours à l'application de larges ventouses, une de chaque côté du siége de la douleur, et une immédiatement au-dessus du coccyx. Ce moyen changea immédiatement l'état des choses; les cris furent instantanément apaisés, les douleurs devinrent naturelles, le vagin plus frais et abondamment lubréfié, le col largement dilaté. En moins d'une demi-heure, l'enfant était expulsé.

M. Manson dit que l'effet des ventouses, dans ce cas et dans beaucoup d'autres où il a eu occasion de les appliquer, est tout à fait analogue à celui du chloroforme, avec cette exception que, tandis que le chloroforme exerce son influence sur tout le système nerveux, la ventouse agit comme dérivatif local et anesthésique. Il l'a employée avec un égal avantage dans des cas où le travail était long, difficile et douloureux; il fait observer que, si on a recours à ce moyen avant que l'action péristaltique de l'utérus soit *suffisamment* établie, il tend à l'arrêter. La considération de ce fait l'a porté à y avoir recours dans les cas de menace d'avortement, et souvent cela lui a réussi parfaitement. (*Association Medical-Journal* et *Gaz. méd. de Paris.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Du diagnostic de certains médecins.* — Un interne distingué de nos hôpitaux nous adresse la singulière narration suivante qui prouve jusqu'à quel point certains artisans, décorés du titre de médecin, peuvent porter l'ignorance des premiers éléments de la profession dont l'exercice leur a été donné en monopole. Le héros de la triste histoire qu'on va lire est ici un homœopathe; mais il s'en faut bien que la doctrine hahnemannienne soit la seule qui compte dans son sein des héros de cette taille. L'allopathie, hélas! n'en possède que trop de la même espèce, et pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons celui d'un médecin de Paris, qui, pour un ganglion du poignet, crut à une fracture du radius, et appliqua sur le bras d'abord pendant *quatre* mois un bandage à fractures ordinaire, puis pendant *cinq* mois un bandage inamovible; il se disposait à renouveler l'application de ce dernier quand, me trouvant par hasard témoin de l'exploit qu'il allait faire, je lui fis observer que sa malade avait un simple ganglion. Qu'il y en a eu encore des D. M. P. de cette espèce! Comment peut-il en être autrement lorsqu'on voit les quatre cinquièmes au moins de nos médecins rester étrangers, une fois leurs examens passés, à tout mouvement scientifique, ou consulter au plus de temps à autre quelques feuilles qui couvrent l'ignorance et l'industrialisme sous un titre scientifique!

Paris, 11 septembre 1854.

Monsieur le rédacteur,

Je vous prie d'insérer dans votre journal les quelques mots que je vous envoie sur un fait qui mérite la publication à plus d'un titre. Il servira à édifier les personnes qui ne le seraient point encore sur la confiance qu'elles doivent avoir dans une méthode thérapeutique nouvelle à qui son étrangeté tend chaque jour à donner une extension trop grande. C'est un fait que je vous livre, Monsieur le rédacteur; je n'ai l'intention d'attaquer personne. Ce fait, je l'ai sous les yeux, l'auteur m'est tout à fait inconnu.

Il s'agit d'une malheureuse victime que M. Demarquay avait à examiner mercredi matin à la maison de santé. C'est une jeune femme de 32 ans instruite, intelligente, mais affligée depuis bientôt un an d'une maladie très-grave, et qui malheureusement s'est confiée aux soins d'un médecin homœopathe. Au mois de novembre dernier elle a ressenti les premières atteintes de son mal; elle ne s'en est nullement préoccupée jusqu'au mois de mai; mais lorsque ses douleurs ont été plus vives, que sa constipation est devenue presque insensible, qu'elle a vu ses matières fécales réduites à une ténuité extrême, comme étirées à la filière, elle s'est décidée, sur le sage conseil d'une de ses amies, à prendre l'avis d'un médecin homœopathe. Elle se rend chez lui, lui raconte son histoire, et certes elle lui en dit assez pour exciter sa curiosité, mais ce Monsieur, qui a pour principes de faire tout homœopathiquement, même l'examen de ses malades, se garde bien de s'abaisser à voir directement la partie affectée. Son intuition homœopathique le fait conclure immédiatement à la présence d'hémorrhoïdes. La maladie connue, le remède était trouvé : les hémorrhoïdes ne pouvaient résister à une potion homœopathique à la dix-millionième dilution, lorsque surtout l'audacieux médecin ajoutait un atome d'une substance merveilleuse qui devait tirer à la malade une bonne palette de sang. Cependant Madame X. ne cessait de consulter; car le mal luttait avec avantage contre une quantité prodigieuse de globules de carbonate calcaire, de pulsatile d'arnica, de Nux.; mais les doses étaient sans doute trop fortes. Toujours est-il que le résultat était excessivement faible : je me trompe, ce traitement énergique aboutissait à des conséquences terribles. La malade avait une affection organique du rectum avec rétrécissement considérable. Cette affection, parfaitement secondée dans sa marche, par les soins intelligents d'un médecin plus intelligent encore, faisait de rapides progrès : les matières fécales se frayaient un passage à travers les tuniques du rectum, et venaient s'infiltrer dans les fosses ischiorectales; il se déclarait un vaste phlegmon et pus et matières fécales filtrant au milieu du tissu cellulaire, se faisaient mille ouvertures nouvelles à travers les tissus de la région anale.

Sans doute la médecine, si bien entendue qu'elle soit, ne guérit pas toutes les maladies, mais il n'est pas permis de les méconnaître : passe encore d'être ignorant; mais il est défendu de ne pas s'entourer de tous les éléments nécessaires pour arriver à la connaissance exacte de la vérité. N'est-il pas infâme qu'un médecin soigne pendant trois mois pour une affection qu'elle n'a pas une personne atteinte d'une maladie très-grave, *que pas une fois pendant trois mois* il n'examine directement la partie affectée? Le cœur se soulève d'indignation quand on voit une malheureuse femme, guérissable peut-être dans le principe, réduite à l'état où elle se trouve aujourd'hui.

Si telle est la manière de faire de tous ces meneurs de la nouvelle doctrine, ils doivent avoir souvent à se glorifier de leurs magnifiques succès.

Recevez, monsieur le rédacteur, mes salutations les plus respectueuses.

E. LEPTAT, *interne du service.*

— Il n'est pas d'année où, à l'approche de la saison des champignons, certains journaux ne publient quelques prétendus moyens de distinguer les champignons alimentaires de ceux qui peuvent plus ou moins altérer la santé, et même causer la mort, comme le prouvent des exemples qui se renouvellent malheureusement tous les ans. Ces publications, loin de diminuer les dangers qu'elles sont destinées à prévenir, les augmentent, au contraire, en inspirant une fausse sécurité. C'est donc avec un vif regret que nous avons lu, dans un journal scientifique sérieux, l'*Agriculture*, l'article suivant :

« *Manière de distinguer les bons champignons des mauvais.* — Toutes les fois que l'on a à préparer des champignons dont on n'est pas tout à fait certain, il ne faut pas négliger de mettre cuire avec ces champignons suspects la moitié d'un oignon blanc ordinaire dépouillé de son enveloppe extérieure; si la couleur de cet oignon s'altère, qu'elle devienne bleuâtre ou brun tirant sur le noir, c'est un signe que, parmi les champignons, il y en a de vénéneux, et qu'il faut s'abstenir d'en manger; si, après avoir bouilli pendant un certain temps, l'oignon conserve sa couleur blanche, on n'a rien à redouter.

« Une autre précaution qu'on ne devrait jamais négliger, c'est de faire séjourner plus ou moins longtemps les champignons dans l'eau fortement vinaigrée; car on a remarqué qu'elle s'empare des principes vénéneux des espèces délétères; mais il faut la jeter ensuite, parce qu'elle contient les parties qui pourraient être nuisibles. »

Le procédé indiqué dans le premier des paragraphes précédents est un des vingt à vingt-cinq moyens proposés pour distinguer les champignons vénéneux; *aucun* de ces moyens n'a la moindre valeur, pas plus celui de l'oignon, que celui qui consiste à plonger dans les champignons cuits une cuiller d'argent, qui doit rester blanche si les champignons sont bons, et noircir s'ils sont vénéneux. La seule manière de distinguer les divers champignons, c'est de les connaître, sinon scientifiquement, au moins *pratiquement*, c'est-à-dire, d'en avoir vu cueillir longtemps avant de se hasarder à en cueillir soi-même. Sans cette connaissance pratique, il serait même dangereux de se laisser guider dans son choix par des figures ou des descriptions botaniques, tant sont difficiles à décrire et à représenter les caractères distinctifs de certaines espèces.

Quant au moyen indiqué dans le second paragraphe, son utilité n'est encore basée que sur quelques expériences faites avec la fausse oronge (*amanita venenosa*), et il serait très-imprudent de déduire de ces expériences une règle générale applicable à tous les champignons vénéneux. D'ailleurs, pour extraire des champignons leur principe vénéneux à l'aide de l'eau acidulée, il faut les couper en assez petits morceaux, les laisser macérer assez longtemps (deux heures au moins), les faire passer dans de l'eau bouillante et les laver à grande eau, opérations qui, outre le soin extrême qu'elles exigent, ont encore l'inconvénient d'enlever à l'aliment la plus grande partie de la saveur quile rend agréable.

Il n'y a donc, dans l'état actuel de la science, qu'un seul moyen d'éviter les accidents que peuvent occasionner les champignons, et ce moyen, nous le reconnaissons, est peu honorable pour les savants, c'est de renoncer complétement à cet aliment, quand on ne le connaît pas parfaitement et *pratiquement*.

— Nous apprenons, à notre retour d'une courte absence, que quelques personnes ont donné à notre expression d'*ophthalmie blennorrhagique*, employée dans la nouvelle scientifique qui concerne M. de Beauvais (*Monit.* du 5 septembre), une signification que nous n'avons pu avoir la pensée de lui donner. Le mot *blennorrhagique* est une qualification générique, synonyme de *purulente*, et c'est dans cette véritable acception qu'il a été et pu être employé.

Mouvement du choléra dans les hôpitaux de Paris.

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
6 septembre.	40	10	21
7 —	44	18	44
8 —	38	17	22
9 —	28	18	34
10 —	21	13	20
11 —	21	11	24
12 —	20	15	13
	212	102	78

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,055

Sortis........................ 2,576 } 5,666
Décédés...................... 3,090 }

Reste................... 389 en traitement.

— Nous sommes obligé de renvoyer à un prochain numéro les Comptes rendus de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 111. 2e année Samedi 16 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

De la méthode empirique et de la méthode des indications dans le traitement du choléra.

Des effets de la strychnine et de la noix vomique dans cette maladie,

Par le Dr J. DAVASSE.

(Suite. Voir le n° 110.)

III.

Il y a deux méthodes générales qui se partagent la thérapeutique : celle des *spécifiques* et celle des *indications*.

Pour déterminer la valeur réelle de la strychnine dans le choléra, il est nécessaire d'étudier ce médicament au point de vue de chacune de ces méthodes en particulier.

IV.

C'est à titre de spécifique que la strychnine a été présentée tout d'abord par l'honorable docteur Abeille.

La recherche des spécifiques est une de ces utopies malheureuses après lesquelles se passionnent souvent les esprits les plus généreux. Trouver un médicament qui guérisse une maladie, surtout quand cette maladie décime cruellement les populations, est l'idéal non pas seulement des gens du monde, mais encore de beaucoup de médecins abusés. Il y a de quoi tenter les efforts de tous les gens de bien.... et d'imagination.... Malheureusement, les belles inventions se transforment vite en désappointements cruels : les spécifiques, comme les plus belles choses, ont à peine la vogue d'un jour. D'autres moyens sont prônés le lendemain ; de nouvelles tentatives recommencent ; et de spécifique en spécifique, d'essai en essai, de déception en déception, il vient un moment où le scepticisme thérapeutique est le terme final de cette dangereuse erreur.

Le nombre des médecins qui croient, avec le vulgaire, qu'il existe naturellement un remède spécifique contre chaque maladie, est infini, et c'est pourquoi nous ne saurions assez désabuser les partisans de cette méthode facile. Nous ne saurions trop leur dire : Il n'y a point de spécifique, il ne saurait y en avoir de certain, ni contre la coqueluche, ni contre la pneumonie, ni contre la fièvre typhoïde, ni contre l'esquinancie, ni contre l'asthme, ni contre l'épilepsie, ni contre la migraine, ni contre le rhume, ni contre le mal de dents.

« Un médicament, — dit Griesselich, — convient dans telle « circonstance, aussitôt on l'érige en remède souverain ; mais « dès qu'on voit qu'il n'est pas approprié à tous les cas, on le « rejette, on n'en veut plus. On s'adresse alors à un autre ; mais « celui-ci ne tarde pas à subir le même sort que le précédent. « Voilà, en résumé, la destinée de tous ces remèdes qui excitent « tant d'enthousiasme. »

Je ne comprends guère, pour mon compte, comment M. le docteur Abeille a été si peu conséquent avec les principes posés par lui-même dans ce paragraphe :

« Si quelques médecins ont annoncé parfois avoir mis la main « sur cette nouvelle pierre philosophale, ce sont plutôt des « hommes avides de réclame que des esprits convaincus, ou « tout au moins des hommes à courte illusion. Les nombreuses « exhibitions académiques sont là pour en faire foi. »

Malheureusement, M. le docteur Abeille ajoute immédiatement après : « A l'heure qu'il est, la science, le public, le Pou- « voir lui-même, si soucieux du bien des populations, attendent « encore impatiemment la découverte d'un spécifique qui ferait « la gloire de l'auteur, en même temps qu'il serait un bienfait « inappréciable pour la société. »

C'est-à-dire que l'on attend toujours cette pierre philosophale introuvable, et que l'honorable médecin du Roule se flatte pourtant d'avoir trouvée.

« Dans le choléra cyanique algide, — dit-il, — notre méthode « de traitement est supérieure de beaucoup, pour les résultats, « sur tout ce qui a été fait jusqu'alors, puisqu'elle fournit 9 « et 10 guérisons sur 22 cas. »

M. le docteur Abeille se trompe ; sa proportion n'est tout juste que la proportion ordinaire.

« Si l'on veut comparer l'accès de fièvre pernicieux algide et « le choléra algide, on voit que le sulfate de quinine, ce spé- « cifique si vanté, ne guérit qu'une fois sur cinq dans les pre- « miers.... »

Je soupçonne fort l'habile médecin militaire du Roule, préoccupé de son idée et de sa comparaison, d'avoir employé, — plutôt que la noix vomique simplement, — le sulfate de strychnine, afin d'avoir un pendant au sulfate de quinine réputé le spécifique des fièvres d'accès.

C'est, au reste, ce dernier médicament qui est l'exemple favori, la grande affaire, le dernier mot de l'empirisme. Certes, ce n'est pas nous qui nierons les grands services qu'il rend tous les jours dans la fièvre intermittente ; mais ce n'est pas à titre de spécifique contre cette maladie, c'est contre quelques-uns de ses éléments qu'il agit, savoir, contre l'affection splénique et contre l'accès intermittent ; et encore, contre ces éléments mêmes, est-il bien loin de réussir toujours. Nous savons tous qu'il existe des cas dans lesquels le sulfate de quinine, non-seulement ne coupe pas l'accès, mais encore exaspère les accidents. La conquête d'Afrique a rendu ces exemples familiers. Schœnlein, en Allemagne ; M. Boudin, en France, ont employé avec succès les préparations arsénicales *dans les cas les plus désespérés,* et lorsque le quinquina avait déjà complétement échoué. De même, le quinquina réussit souvent là où l'acide arsénieux reste sans action. Enfin, il est des cas où le sulfate de quinine et l'arsenic sont également inefficaces. Il y a donc, même pour l'accès de la fièvre intermittente, des indications particulières relatives au quinquina, comme à l'arsenic, comme à d'autres moyens, sans

doute. Et le progrès réel de la thérapeutique devrait consister à définir, à distinguer ces indications particulières ; or, c'est ce que les spécificiens, ce que les empiriques ne feront jamais.

Quant aux chiffres donnés par M. le docteur Abeille sur l'action curative comparée de la strychnine et du sulfate de quinine, tout le monde peut les contester, mais je me bornerai seulement à faire remarquer que la fièvre pernicieuse tue habituellement les malades, après un très-petit nombre d'accès, tandis que le choléra algide guérit encore, au moins quelquefois, de lui-même, ou, si l'on veut, avec la plupart des moyens empiriques employés ; de sorte qu'il n'est point juste d'attribuer à l'action curative de la strychnine, des résultats que la nature seule suffit souvent à donner dans le choléra, et elle n'en donne guère pour les accès pernicieux abandonnés à eux-mêmes ou méconnus ; on peut le dire sans crainte d'erreur.

M. Abeille prétend, en outre, que, « dans le choléra avec cyanose et algidité, l'impuissance de la médecine est tellement avouée, que les plus habiles déclarent avoir perdu 13 malades sur 14. Il en est, ajoute cet expérimentateur, qui avouent franchement qu'ils en perdent 14 sur 14. » Autre erreur de chiffre encore. C'est non pas 14 sur 14, mais 3 sur 5 qui est le chiffre de la mortalité ordinaire dans ce que l'on nomme les formes graves, et 2 sur 5 seulement, si l'on y joint les cholérines ou choléras légers.

Voilà effectivement M. le docteur Sée qui, lui aussi, a expérimenté empiriquement la strychnine, et qui vient nous dire : « Tous les médicaments semblent s'arrêter à une même limite d'action, que la strychnine elle-même ne saurait franchir. »

En vain M. Abeille veut-il regarder les chiffres donnés par M. Sée comme favorables à l'action prétendue spécifique de la strychnine, il n'effacera point, malgré tous ses efforts, cette conclusion de l'expérimentation de M. Sée : « Dans le choléra algide, la *strychnine est, au contraire, impuissante, car elle n'exerce pas de modification sur les symptômes*, et donne une mortalité de 19 sur 31. »

Maintenant, il est une autre question, celle de faits que plusieurs expérimentateurs ont fait connaître comme démontrant l'action fâcheuse de la strychnine dans le traitement du choléra, dont elle aurait exagéré les phénomènes convulsifs et asphyxiques. Aux doses massives où l'on emploie ce médicament, cela est parfaitement possible, surtout si l'on tient compte de l'intermittence d'action, ou au moins de l'irrégularité de l'absorption dans le cours de la maladie ; ce qui peut permettre l'accumulation de ces doses répétées et leur résorption ultérieure en masse, lorsque les orifices absorbants reprennent leur activité.

Mais, même sans s'occuper de cette explication, pourquoi ne donner que des doses relativement élevées? Si l'on ne veut pas obtenir des phénomènes médicamenteux toxiques, pourquoi s'élever à cette limite? Pourquoi chercher toujours des perturbations? On croyait autrefois que le mercure, pour agir dans la syphilis, devait déterminer la salivation. Aujourd'hui, l'on n'a pas besoin de déterminer cet accident grave pour être assuré de l'action salutaire du médicament. Il y a, au-dessous de la limite toxique ou au moins perturbatrice des médicaments, des actions très-positives et dont il serait bien urgent de s'occuper.

Quoi qu'il en soit, d'après les résultats mêmes de l'empirisme, la strychnine n'est point le spécifique du choléra.

Est-ce donc encore une illusion, — partant une déception de plus, — que la thérapeutique doit enregistrer dans les annales des expérimentations vaines? Non. Pour nous, cette expérimentation consciencieuse, habile, éclairée, faite par des hommes dont nous reconnaissons le talent, ne doit pas être perdue. Nous la ferons contribuer directement à la recherche de la vérité. L'erreur peut encore y servir.

V.

La méthode dite des *indications*, — qui ne voit dans la précédente qu'une thérapeutique de casse-cous, — se pique de reposer sur la tradition et la logique, sur la sagesse et la raison. « Heureux, dit M. le docteur Cerise, ceux qui, aux prises avec cette déception (les spécifiques), ne perdent pas courage, et reviennent avec énergie aux moyens plus vulgaires, que l'expérience a consacrés, que la raison adopte, dont l'administration est possible en tout temps et en tout lieu, et dont l'ensemble constitue la médication traditionnelle ! »

Voilà certes de fort belles paroles, et nous nous plaisons, comme on voit, à les citer. Mais on nous permettra de ne pas nous laisser séduire par les pompes et la majesté du langage, et de juger avant tout la valeur pratique des choses. La médication traditionnelle! C'est un mot bientôt dit, et qui peut avoir un grand air dans une phrase, mais ce n'est qu'un mot. Est-ce la médication d'Hippocrate ou de Galien? Celle des Grecs ou des Arabes? Celle de Paracelse ou de Van Helmont? Celle de Sylvius ou de Fernel? Celle de Boerhaave ou de Sydenham? Celle de Cullen ou de Sauvages? Celle de Pinel ou de Broussais? « La pratique des médecins varie, dit Machiavel, mais la médecine elle-même ne varie point : elle est comme la vérité, une, simple, invariable. » Si la pratique des médecins varie, elle a surtout singulièrement varié entre les mains des fauteurs de systèmes qui, pendant vingt-quatre siècles, se sont succédé. Et il faudrait pourtant choisir, au milieu de ces disputes et de ces embarras. Or, quelle hypothèse préférer? Car, il faut bien qu'on le sache, c'est toujours une hypothèse qui a servi de base à une indication. Toutes ces hypothèses du froid et du chaud, de l'humide et du sec, — de la bile et de la pituite, de l'atrabile et du sang, — du strictum et du laxum, — du pneuma et des archées, — des acides et des sels, — du spasme et de la réaction, — de l'état sthénique et de l'état asthénique, — de l'irritation des solides et de l'intoxication des humeurs, — en un mot, toutes ces vieilleries comme toutes ces nouveautés physiologiques, qui ont eu la prétention d'expliquer l'essence des maladies, ont conclu, dans la pratique, par des indications systématiques correspondantes, c'est-à-dire par des indications fatalement hypothétiques, qui ont donné naissance tour à tour, suivant le système des auteurs, aux évacuants, aux astringents, aux relâchants, aux dissolvants, aux incrassants, aux sédatifs, aux antispasmodiques, aux antiphlogistiques, aux dépurants, aux carminatifs, etc., etc., de sorte que ce n'est pas en vertu d'une indication définie, mais en conséquence d'un point de vue arbitraire et d'une pure rêverie, que l'on se détermine dans le choix et la pratique de l'une ou de l'autre de ces médications.

Est-ce la médication traditionnelle du choléra-morbus, en particulier, à laquelle il faut revenir « *avec énergie ?* » Mais, n'est-ce pas justement dans cette maladie, où l'on a épuisé toutes les ressources de la matière médicale, que le choix des indications et des médications est le plus embarrassant? Galien ne défendait-il pas de s'opposer aux efforts de la nature, qui se débarrassait de la *matière peccante* par les déjections? L'indication capitale était alors de favoriser l'issue du principe morbifique. Mais, plus tard, Sydenham n'a-t-il pas proscrit cette même méthode évacuante, et n'a-t-il pas posé, de préférence, l'indication de détremper et de corriger, dès le début l'acrimonie des humeurs? Voilà comment se déterminaient ces prétendues indications, tout hypothétiques. Et la meilleure preuve du peu de confiance qu'elles inspirent, c'est l'état d'anarchie dans lequel la thérapeutique dite traditionnelle semble tombée aujourd'hui, c'est le cri de détresse que fait entendre en ce moment la pratique aux abois.

Si on laisse pour ce qu'elle vaut cette médecine d'hypothèses, on n'a plus d'autre ressource qu'une médecine de symptômes, — c'est-à-dire de banalité, — une pratique toute d'inspirations individuelles et de fantaisies. Un premier veut arrêter le vomissement avec la glace, le second avec les infusions aromatiques chaudes ; celui-ci avec un éméto-cathartique, celui-là avec les sangsues à l'épigastre ; l'un avec l'opium, l'autre avec le café, — heureux encore quand les moyens les plus contraires n'entrent pas dans la même formule, ou dans ces recettes informes qui sont autant d'injures à la vérité de notre art !

Nous aimons, nous respectons, nous suivons la tradition médicale au moins autant que ceux qui en parlent le plus. L'esprit

de tous nos travaux en fait foi. Le dogme de l'immutabilité des espèces, *immutabiles rerum essentiæ,* sans lequel il n'y a plus de tradition possible, est notre devise. Mais nous ne croyons pas, personne ne croit, je suppose, que la tradition médicale ait dit encore le dernier mot de la vérité, et que désormais il n'y ait plus rien à faire qu'à chanter des hymnes en son honneur. La science marche sans cesse ; elle accepte l'héritage du passé ; elle ne répudie point les progrès du présent. C'est justement le respect de la tradition qui nous fait séparer, avec soin, les réalités de la science des hypothèses qu'elle contient, et chercher à concilier les vérités d'autrefois avec celles d'aujourd'hui. *Novi veteribus non opponendi, sed quoad fieri potest perpetuo jungendi fœdere.*

Telle n'est pas précisément la manière de voir des représentants de la méthode qui regarde ses conjectures comme des indications. Le sulfate de strychnine, dans le traitement du choléra-morbus, blesse ses habitudes, — le sulfate de strychnine, après l'ombre d'une tentative, ou après le simulacre de quelques expérimentations, doit être sévèrement proscrit. « Il ne modère « la maladie dans aucune de ses formes, à aucune de ses pé- « riodes, en aucun de ses symptômes, dit M. Cerise. — La diar- « rhée, il n'en triomphe point. Le vomissement, il semble au « contraire l'accroître. Les crampes, il est de sa nature de les « augmenter. La chaleur, il ne la ramène point. La circulation, « il ne la ranime point. L'état torpide, quand il existe, il ne le « modifie point. Bien plus, dans l'impossibilité où nous sommes, « dans cette cruelle maladie, de mesurer l'absorption du médi- « cament, il peut déterminer des effets funestes, en ajoutant à « l'asphyxie imminente les secousses tétaniques qui contractent « les muscles du thorax et du diaphragme, ainsi que je l'ai ob- « servé moi-même, ainsi que d'autres l'ont observé.... N'est-ce « pas le cas de répéter cet autre aphorisme : *Melius est occi-* « *dere vi morbi quam vi remedii* (1). »

Ainsi donc, voilà comment agit cette méthode « des moyens plus vulgaires » (que nous avons nommée des banalités)! Elle conjecture que la strychnine ne peut agir favorablement dans le traitement du choléra, à cause de l'aggravation qu'elle peut déterminer dans les symptômes, et elle ne veut employer que des doses qui rendent vraisemblable cette aggravation. Telle est la fatalité des doses dites *sérieuses,* — trop sérieuses même pour les malades, il faut en convenir, si elles peuvent amener par la force du remède, ce qui n'arrive que trop souvent déjà par la force du mal.

VI.

Après les deux méthodes qui précèdent et qui ne sauraient, on vient de le voir, nous donner la clef de toutes ces difficultés, il en est une autre dont on ne parle jamais, et avec laquelle, pourtant, les médecins justes, dégagés d'esprit de parti, — amis du progrès, amis de la vérité, amis de leur art, doivent enfin compter. M. le docteur Imbert est de ce nombre. Pour sortir *de l'ornière,* et je l'en félicite, il a voulu chercher ailleurs que dans une thérapeutique de hasards ou de suppositions, de plus scientifiques indications. Ces indications, il les a trouvées tout simplement dans la *loi de similitude,* indiquée par Hahnemann, — loi qui lui « paraît appelée, par tous les travaux modernes, à sou- « mettre à son niveau égalitaire toute la matière médicale, » — ou du moins, ajoute M. Imbert, « il n'est pas permis, aujourd'hui, « d'étudier *sérieusement* un médicament sans l'essayer à cette « pierre de touche. »

Je ne sais pas si le principe de l'*École allemande,* — si improprement nommée *spécifique* par M. Imbert, car elle est *anti-spécifique* par excellence, — doit devenir un jour la loi souveraine de la thérapeutique; mais ce que je sais bien, c'est qu'elle exerce déjà une influence remarquable sur l'esprit et la direction de la matière médicale contemporaine. C'est une chose, en effet, infiniment curieuse à considérer que le courant qui emporte depuis ces derniers temps, jusqu'aux adversaires les plus déclarés de la méthode nouvelle. Peut-être est-ce, à l'insu des uns, et contre la volonté des autres, — car nous supposons nécessairement la bonne foi des expérimentateurs, — mais toujours est-il bien évident que la thérapeutique actuelle s'engage de plus en plus, quoique en cachette encore, dans la voie féconde qui a été ouverte à la science par le génie de Hahnemann. M. Imbert a notamment accusé M. le professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, de cette tendance à l'homœopathie déguisée.

« Frappé, dit M. Imbert, de notre impuissance en présence du choléra, j'ai voulu interroger l'École spécifique allemande. J'en remercie M. Trousseau; car j'ai été invité à ces recherches par le passage suivant que l'on lit dans l'introduction de son *Traité de thérapeutique :* « Comme il n'y a de si grande erreur « qui n'ait quelque conséquence heureuse, l'homœopathie a été « de quelque utilité à la pharmacologie. Sous son influence, des « Sociétés allemandes se sont formées pour la révision de la « matière médicale. Tous les médicaments ont été essayés sur « l'homme sain par des médecins qui, se choisissant eux-mêmes « pour sujets de leur expérience, n'ont pas toujours su, il est « vrai, éviter les illusions systématiques, mais qui, doués de « beaucoup de patience et d'attention, et n'opérant jamais qu'a- « vec des substances simples, ont constitué leur matière médi- « cale pure, d'où sont sorties beaucoup de notions très-pré- « cieuses sur les propriétés dynamiques des médicaments, et sur « une foule de particularités de leur action, que nous ignorons « trop en France. Cette ignorance fait que nous ne connaissons « des agents thérapeutiques que leurs propriétés générales les « plus grossières, et qu'en face des maladies qui présentent des « nuances si variées d'indication, nous manquons très-souvent « de modificateurs appropriés à ces nuances. »

« Qu'il me soit donc permis d'être homœopathe, comme M. le professeur Trousseau, que je soupçonne, du reste, beaucoup plus Hahnemannien que je ne le suis moi-même et qu'il ne veut le paraître. »

M. Imbert aurait pu ajouter que cet exemple, descendu de la chaire professorale, n'a point été sans suite et sans succès. Chaque jour un journal, une revue de médecine, une clinique des hôpitaux, nous apportent des faits très-précieux à cet égard; et, l'un de nos meilleurs amis, M. le docteur F. Gabalda, n'a pas manqué de les recueillir pour la plus grande gloire de la vérité. Comme ils ne sont pas étrangers au sujet qui nous occupe, en voici quelques-uns.

Les médecins qui ne dédaignent pas de connaître à fond la doctrine de l'expérimentation positive de l'École hahnemannienne, savent parfaitement que la *belladone,* par exemple, est un médicament fort souvent indiqué contre l'érysipèle, — cette substance médicamenteuse, administrée à l'homme sain, déterminant des symptômes qui ont de l'analogie avec ceux de la maladie. — Mais les prétendus observateurs qui ignorent ou aiment mieux dénigrer que de vérifier cette application sur le terrain de la pratique, ne manquent pas d'inventer, après coup, comme par hasard, ou, au moins, à la suite de longs tâtonnements, ce qui a été fait et reconnu bien longtemps avant eux. N'est-ce pas ce qui arrive à M. le docteur Ganneau lorsqu'il vient communiquer à la Société médicale du 12e arrondissement de Paris, en décembre 1850, les bons effets de l'axonge *belladonée* en onctions dans l'érysipèle du cuir chevelu? « *Ce moyen* « *très-simple,* dit l'auteur, nous a paru abréger la durée de « l'érysipèle, et même dans quelques cas, faire avorter cette « phlegmasie. »

Voilà encore M. le docteur Yvaren, d'Avignon, qui, dans un cas d'érysipèle accompagné des symptômes les plus graves, tels que refroidissement général, pouls filiforme à 180, vomissements, etc., etc., se détermina à recourir, en désespoir de cause, à *un agent thérapeutique dont l'emploi était inusité jusqu'à présent dans cette circonstance,* — *à la belladone,* — à la dose *d'une goutte de teinture* en solution dans 100 grammes

(1) Que dirait ce sage et prudent critique de ce terrible commissaire de l'Académie, qui gourmandait les médecins des hôpitaux de leur mollesse et de leur manque de vigueur dans l'expérimentation du sulfate de strychnine? O Molière!... Comment ne pas te pardonner ta sanglante ironie?

d'eau sucrée, et il déclare, quoique *cette médication fût complètement inusitée en pareil cas,* que l'idée de recourir à la belladone lui fut inspirée par la propriété dont jouit cette substance *de déterminer fréquemment à la peau une rougeur vive, scarlatiniforme, érysipélateuse, et que ce fait l'a conduit à penser qu'elle pourrait agir à la manière des médications* SUBSTITUTIVES. Ceci dispense de toute explication. Je pourrais multiplier à l'infini les cas relatifs à l'emploi de la belladone, suivant les mêmes *inspirations,* et en outre rapporter un très-grand nombre de nouveaux faits du même genre à l'égard d'autres médicaments, tels que l'*arsenic*, indiqué, — soit dans les *névroses de l'estomac,* avec *accès,* par le docteur Pultaert ; — soit dans l'*asthme* avec *accès répété,* par le docteur Bouchard; — l'*aconit* par M. Marbot, et l'*ipéca*, par M. Delioux dans la dyssenterie; — le *charbon végétal* du docteur Belloc dans le traitement des *affections nerveuses, gastro-intestinales ;* — la teinture de *cantharides,* employée par M. Rayer dans le *catarrhe vésical; — l'acide nitrique* et *l'acide phosphorique* auxquels M. Malgaigne a eu recours avec succès pour combattre les *diarrhées réfractaires.* Mais j'ai hâte d'en arriver particulièrement à la strychnine, ou, pour mieux dire, à la noix vomique, dont l'action a été beaucoup vantée, suivant les mêmes tendances thérapeutiques de ces derniers temps, ce qui va nous ramener à l'actualité de ce médicament dans le choléra.

L'emploi de la noix vomique, contre la *constipation opiniâtre, par inactivité* ou *par étranglement des intestins,* a été recommandé, par l'École allemande, comme une des plus importantes indications tirées de l'action de ce médicament. Et voilà que nous retrouvons cette application imaginée contre *l'étranglement intestinal,* par M. Homolle, en France, et en Belgique, par M. Ossieur, comme un moyen rempli d'efficacité.

D'autre part, Hahnemann a préconisé l'indication positive de la noix vomique contre les affections de l'estomac qui s'accompagnent, « *après le repas, de rapports, de régurgitations, de nausées, de vomituritions ou de vomissements violents des aliments ou de matières muqueuses, aigres, avec pression à l'estomac ou à l'épigastre,* ou *surtout de douleurs contractives ou comproïdes....* » Et nous voyons que l'on recommence *après lui* les expérimentations de ce médicament dans la *cardialgie,* mais sans le nommer.

Enfin, la strychnine, qui donne des *vomissements,* souvent des *déjections alvines, de la cardialgie, des crampes, des contractions tétaniques, le ralentissement du pouls, l'asphyxie,* est proposée en ce moment, par M. le docteur Abeille, contre le *choléra,* — maladie dans laquelle tous les symptômes ont précisément, avec les phénomènes de la strychnine une grande analogie. Aussi, cet honorable confrère de s'en apercevoir :

« De prime-abord, on aurait pu croire, vu la propriété qu'a « la strychnine de susciter des convulsions musculaires quand « on la donne dans l'état physiologique ou dans certains états « morbides, la paralysie, par exemple, que son emploi dans le « choléra serait suivi des mêmes résultats et augmenterait l'in- « tensité des crampes déjà existantes.

« Il faut même avouer que cette crainte, bien fondée, *en « apparence,* était capable de détourner de son usage, et cela, « avec d'autant plus de raison que si, dans l'état algide, où les « fonctions d'hématose sont si gravement compromises, on « suscitait des convulsions des muscles thoraciques ou du « diaphragme, les malades succomberaient promptement « asphyxiés.

« Nous croyons même savoir que c'est là le motif qui a « empêché plusieurs médecins sérieux de recourir à cette mé- « thode. »

Après des précautions oratoires, voici l'aveu de ces suppositions toujours *à priori*, toujours hypothétiques.

« Il y a mieux, *et la chose pourra paraître bizarre au « premier aperçu,* dans tous les cas où les malades avaient « des crampes plus ou moins intenses, la diminution de ce phé- « nomène, puis sa disparition, a été *un des premiers effets « que nous ayons pu constater* après son emploi. »

Il est bien entendu que les expérimentateurs dont je viens de citer les découvertes préfèrent crier à la bizarrerie des faits que d'en avouer la loi. Ils se hâtent bien vite d'en voiler jusqu'à l'apparence, par l'artifice de quelque honnête explication. Malheureusement, l'explication varie, tombe, et le fait reste. Il faut bien finir par accepter les faits.

Au moins, M. le docteur Imbert n'est-il point entré dans *cette conspiration du silence* contre le principe de l'École hahnemannienne, conspiration dont l'histoire impartiale ne manquera pas quelque jour d'infliger le reproche à la médecine officielle. Il a eu le courage de dire tout haut (ce qu'il n'avait pas été permis de dire encore dans un journal de médecine, au grand préjudice de la science), que le principe de cette École contient pourtant l'idée mère des véritables indications.

Étudions donc la strychnine au point de vue de cette méthode des *indications positives*, qui commence à prendre enfin sa place légitime dans la science, comme nous avons déjà étudié ce médicament au point de vue de l'empirisme et des indications banales.

(La suite au prochain numéro.)

Division congénitale de l'iris,

Observation recueillie par M. le Dr VERRIEST, *membre résident.*

Au mois de mars dernier, je fus appelé pour visiter l'enfant du sieur Collier, qui souffrait d'un engorgement des glandes du cou. Je fus d'abord frappé de l'expression singulière de la physionomie de cet enfant, sans pouvoir l'attribuer à une mauvaise conformation ou à un défaut de symétrie de la face. Mais, en l'examinant de plus près, je m'aperçus bientôt de la division de l'iris qui existait des deux côtés. L'enfant, du sexe masculin, était âgé de 8 mois. Il était d'une constitution lymphatique, et il avait des glandes engorgées dans le cou qui se sont abcédées plus tard. Ses parents et les autres enfants de la même famille, au nombre de trois, n'étaient pas atteints du même vice de conformation. A l'œil gauche, la pupille occupe sa place ordinaire comme dans l'état normal, c'est-à-dire vers le milieu de l'iris; mais elle se prolonge en bas, jusqu'à la sclérotique, en décrivant une légère courbure à convexité externe, de manière à former une division complète de l'iris, division qui égale la largeur du diamètre de la pupille. Du côté droit, la pupille existe au tiers inférieur de l'iris, et jette un prolongement en bas d'une longueur de 1 millimètre, en divisant la sclérotique à cet endroit, dans la même étendue; la cornée même se prolonge dans ce sens, et prend ainsi, au lieu d'une forme circulaire, celle d'une ovoïde.

Les pupilles sont aussi mobiles que dans l'état naturel, et se contractent fortement sous l'impression d'une vive lumière; elles se dilatent au contraire dans un milieu plus obscur, et permettent alors de voir très-profondément dans l'intérieur des yeux.

L'enfant paraît avoir la vue très-bonne. Il appréhende les objets qu'on lui présente, et reconnaît bien les personnes qui l'entourent.

La division congénitale de l'iris a encore été observée, mais elle est cependant bien rare. Le professeur Walther, qui la désigne sous le nom de *Coloboma-Iridis,* attribue ce vice de conformation à un arrêt de développement et à un retard qu'éprouve l'ouverture antérieure de la choroïde à se former. Elle est encore désignée par d'autres auteurs sous le nom de *Iridoschima.*

Cette observation, quoique offrant peu d'intérêt sous le rapport pratique, me paraît cependant assez curieuse comme cas d'observation d'anatomie anormale, pour la présenter à la Société. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Bruges.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Septembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Deux Rapports de M. Morère, médecin à Monléon-Magnonac, sur des maladies épidémiques qui ont régné dans le canton de Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées). (Comm. des épidémies.)

2° Une demande d'avis sur une source d'eau minérale, dite l'*Espérance*, située à Vals (Ardèche). (Comm. des eaux minérales.)

3° Deux demandes d'application du décret du 3 mai 1850, faites l'une par M. Quevenne, pour les préparations de fer réduit par l'hydrogène, et la seconde par MM. Quevenne et Homolle, pour les préparations de digitaline. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Plusieurs communications relatives à des remèdes contre le choléra. (Même commission.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Hernies étranglées.

Nouvelle observation de M. de Larue, de Bergerac, relative à un cas de réduction d'une hernie étranglée par l'emploi de la belladone. (Comm. M. Malgaigne.)

Monstruosité.

Note de M. Le Noël, d'Amiens, contenant la naissance de deux enfants à terme, unis par l'abdomen. (Comm. M. Cazeaux.)

Hygiène générale.

Mémoire de MM. Pouget, médecin inspecteur des bains de mer de Royan, et Valat, ancien recteur en retraite, sur la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique, et son utilité dans l'éducation intellectuelle. (Comm. MM. Londe et Collineau.)

Choléra.

1° Nouvelle Note de M. Pennes, contenant une observation de choléra intense, guéri par les bains électro-chimiques. (Comm. des remèdes secrets.)

2° Lettre de M. Czernikowski, qui soumet à l'examen de l'Académie une ceinture de laine électrique, pour la guérison du choléra. (Même commission.)

3° Lettre de M. Manget, qui fait hommage à l'Académie d'un formulaire à l'usage des sœurs de charité et des personnes momentanément appelées à donner des soins aux cholériques.

4° M. Gibert présente une lettre de M. Padioleau, de Nantes, qui communique quelques remarques sur l'épidémie cholérique de cette ville. Il y a eu 282 décès (dont 39 enfants) du 11 juin au 9 septembre.

RAPPORTS.

Empoisonnement par les allumettes chimiques.

M. Chevallier lit un Rapport sur le Mémoire de M. Séverin Caussé, d'Alby, relatif à l'empoisonnement par les allumettes chimiques. M. Caussé a voulu fixer l'attention de M. le Ministre :

1° Sur un genre d'intoxication dû à la pâte fixée sur les allumettes chimiques, intoxication qui devient de plus en plus fréquente et qui doit son action au phosphate que l'on fait entrer dans cette pâte;

2° Sur la difficulté que le chimiste éprouve, dans des cas d'empoisonnement, de constater la présence dans les organes du toxique, le phosphate dans divers cas se transformant en combinaisons qui l'unissent avec les bases, forment des sels analogues à ceux qui se trouvent dans l'organisme, sels qui ne peuvent être distingués lors de l'analyse chimique;

3° Sur la possibilité qu'il y aurait d'ajouter à la pâte phosphatée qui sert à la préparation des allumettes chimiques une substance qui, par sa présence dans les produits fournis par l'autopsie, viendrait en aide au chimiste, et lui permettrait d'être plus affirmatif dans les conclusions qu'il établirait par suite de ses recherches.

La substance que M. Caussé propose pour additionner la pâte qui sert à confectionner les allumettes chimiques, est le tartrate acide de potasse et d'antimoine, l'émétique.

Ce médecin fait observer, avec juste raison :

1° Que l'emploi de ce sel ne pourrait augmenter sensiblement le prix des allumettes chimiques;

2° Que, mêlé au phosphate pour faire la pâte qu'on utilise, il n'augmente pas l'action toxique de la pâte phosphorée;

3° Qu'il pourrait au contraire faciliter le vomissement de l'aliment empoisonné par la pâte phosphorée;

4° Qu'il pourrait avertir la victime et peut-être la sauver;

5° Qu'il n'empêche en aucune manière l'inflammation des allumettes, de telle sorte qu'on peut obtenir du feu par le frottement avec les produits, dans la pâte desquels on a fait entrer de l'émétique;

6° Qu'il serait nécessaire de réglementer la fabrication des allumettes phosphorées.

M. Caussé a appuyé ces raisonnements de faits qui viennent en aide à son opinion. Ainsi, il cite plusieurs cas d'empoisonnement volontaire par la pâte des allumettes chimiques.

La lecture du Mémoire de M. Caussé, ajoute M. le rapporteur, a vivement fixé notre attention, en raison de la gravité des faits qu'il signale. En effet, dans ce Mémoire, M. Caussé fait connaître les graves dangers qui résultent de ce que l'on trouve dans le commerce, et entre les mains de tout le monde, un produit capable de donner la mort, produit dont l'action toxique commence à être connue des habitants de campagne, d'un produit qui est plus dangereux que l'arsenic, car on sait comment l'on peut combattre l'action toxique des composés arsénicaux, tandis qu'on ne sait pas encore positivement quelles seraient les préparations à administrer dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée ou plutôt par le phosphore qui entre dans cette pâte.

Ces considérations, développées par M. Caussé, nous ont porté à nous poser la question suivante :

Peut-on préparer des allumettes chimiques dans des conditions telles, qu'on puisse les utiliser pour les usages ordinaires sans qu'elles puissent être employées pour déterminer l'empoisonnement?

M. le rapporteur rappelle ici une série de recherches, qu'il avait entreprises avec diverses substances, dans le but de donner à l'agent toxique un goût amer et une couleur intense destinée à prévenir et tenir en garde les personnes auxquelles on essaierait de l'administrer, lorsqu'on lui remit une certaine quantité de phosphore rouge amorphe (oxyde de phosphore) dont il décrit ainsi les caractères :

1° Il est amorphe, pulvérulent, non lumineux dans l'obscurité;

2° Exposé au contact de l'air, il ne répand pas, comme le phosphore ordinaire, de vapeurs alliacées;

3° Il ne brûle pas comme le phosphore ordinaire, à la température de l'air, et il faut, pour déterminer sa combustion, une température assez élevée; cette combustion, dans ce cas, est plus lente que celle du phosphore, et elle se fait presque sans odeur.

Tous ces caractères ayant porté M. le rapporteur à penser que l'on pourrait tirer un très-grand parti de ce phosphore pour fabriquer des allumettes, qui ne contiendraient pas un produit capable d'empoisonner, et dont la préparation serait rendue plus salubre pour les ouvriers, il a institué une série de recherches pour mettre ces différents points hors de doute. Des expériences ont été faites, en particulier, pour établir l'innocuité du phosphore rouge. Nous avons publié, dans notre numéro du 12 août dernier, l'important travail auquel elles ont donné lieu de la part de MM. Reynal et Lassaigne, travail exécuté, d'ailleurs, sur l'invitation de M. Chevallier.

Après avoir rappelé les conclusions de ce travail, M. Chevallier ajoute :

Les expériences que nous venons de faire connaître, les résultats qui en découlent, semblaient devoir trancher la question; mais lorsqu'il s'agit de faits graves, on ne saurait trop répéter les expériences.

Voulant, avant de vous présenter ce rapport, que ces faits que nous venons de signaler fussent répétés, nous demandâmes à l'Académie que MM. les membres de la section de médecine vétérinaire fussent invités à répéter les expériences et à en faire connaître les résultats.

Ces essais ont été faits par MM. Renault et Delafont, qui ont reconnu que le phosphore rouge ne jouit pas des propriétés toxiques.

On voit, par ce qui vient d'être dit, que l'application du phosphore rouge à la fabrication des allumettes chimiques présente un très-grand avantage sous le rapport moral, puisque la pâte qui sert à rendre les allumettes inflammables n'est pas toxique, et que ces allumettes, qui se trouvent entre les mains de tout le monde, ne pourront servir à commettre le crime d'empoisonnement, ce qui pouvait arriver et ce qui est arrivé, avec des allumettes phosphorées ordinaires.

La préparation des allumettes chimiques, à l'aide du phosphore rouge, peut encore rendre un immense service : elle soustraira les ouvriers qui préparent les allumettes à une horrible maladie, la nécrose, qui a été observée dans un très-grand nombre de fabriques.

La substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire serait, dans ce cas, un immense service rendu à l'humanité, car, dans un Mémoire qui m'est commun avec MM. Bricheteau et Boys de Loury, nous avions établi que la nécrose n'était due ni à la malpropreté des ouvriers, ni au défaut de sobriété, ni à la présence du soufre qui est fixé sur les allumettes chimiques, mais à la vapeur qu'exhalent la pâte et les allumettes préparées avec cette pâte.

M. Caussé a eu pour but non de rendre l'empoisonnement par les allumettes chimiques impossible, mais de le prévenir par la crainte du châtiment, l'empoisonnement par les moyens qu'il indiquait pouvant être plus facilement constaté; mais ne serait-il pas possible de profiter des indica-

tions données par M. Caussé, en modifiant son procédé et en l'appliquant aux pâtes phosphorées qui ont pour but la destruction des animaux, pâtes qui ont été détournées de leur emploi, et qui, quelquefois, ont été employées pour l'empoisonnement de l'homme? A cet effet, le procédé de M. Caussé devrait être modifié, car il ne serait pas possible de faire entrer, dans les pâtes phosphorées, de l'émétique qui tendrait à provoquer le vomissement de l'animal empoisonné, de telle sorte que cette pâte ne jouirait pas des propriétés toxiques qui nécessitent sa préparation.

La modification que je propose serait de faire entrer, dans la pâte phosphorée, du kermès préparé par la méthode de Kabroin qui est d'un prix peu élevé; le kermès donnerait à la pâte une couleur brune, diminuerait les chances d'emploi de cette pâte pour l'empoisonnement criminel; de plus on pourrait, dans les cas où cette pâte aurait été employée comme toxique, constater soit dans les matières excrémentitielles, soit dans les organes, la présence d'une préparation d'antimoine, but que s'était proposé M. Caussé, en adressant son Mémoire à M. le ministre.

De tout ce qui précède, il résulte :

1° Que le Mémoire présenté par M. le docteur Caussé, d'Albi, qui aurait pour but de rendre l'empoisonnement par la pâte qui sert à fabriquer les allumettes chimiques (allumettes phosphorées) moins fréquent, est un Mémoire dont la lecture présente un vif intérêt;

2° Que la lecture de ce Mémoire nous a conduit à étudier l'emploi du phosphore rouge dans la fabrication des allumettes chimiques, et que cette étude, faite sur notre demande, par des hommes habiles, a démontré que ce phosphore n'agit pas comme toxique ni sur les oiseaux ni sur les chiens;

3° Qu'il y aurait avantage, sous le rapport de la sécurité publique, de ne préparer les allumettes phosphorées commerciales qu'avec ce phosphore;

4° Que l'emploi de ce phosphore, dans les fabriques d'allumettes, soustrairait les ouvriers à une grave maladie, à la nécrose, maladie qui, le plus souvent, se termine par la mort.

En résumé, nous proposons à l'Académie :

1° De remercier M. Caussé de son intéressante communication;

2° De renvoyer le présent Rapport et le travail de M. Caussé à M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, qui, seul, pourrait ordonner la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire, dans la fabrication des allumettes phosphorées.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Traitement de l'orchite par le collodion.

M. Ricord lit une Note intitulée : *Traitement des épididymites et des orchites par le collodion.*

L'intéressante communication de M. Bonnafont, sur les résultats extraordinaires qu'il a obtenus de l'emploi du collodion dans le traitement des orchites, ayant rencontré un peu d'opposition au sein de l'Académie, je viens, messieurs, selon votre désir, vous rendre compte des nouvelles observations que j'ai recueillies sur ce traitement.

J'ai soumis, dans mon service, à l'hôpital du Midi, 38 malades affectés d'épididymites blennorrhagiques, à des applications de collodion élastique, en suivant les préceptes de M. Bonnafont. Ces applications ont été répétées de deux à cinq fois, en laissant au moins quarante-huit heures entre chaque application.

Voici les résultats obtenus :

Douleur. — Chez presque tous les malades, la douleur n'a duré que de six minutes à un quart d'heure, au plus.

Quatre seulement ont eu des récidives de douleur dans la journée.

Un seul a éprouvé des douleurs si violentes, qu'il a fallu appeler l'interne de garde. Il faut dire que ce malade s'était levé dans la journée.

En général, la douleur est assez vive, et, quoique de courte durée, quelques malades ont de la peine à la supporter et redoutent beaucoup de nouvelles applications.

On peut diminuer les souffrances par une rapide évaporation de l'éther, en dirigeant un courant d'air à l'aide d'un soufflet, sur les parties qu'on couvre de collodion.

Je me plais donc à reconnaître que M. Bonnafont a eu raison lorsqu'il a dit que le collodion élastique n'occasionnait pas des douleurs d'aussi longue durée que le collodion ordinaire, que nous avions d'abord expérimenté.

Quant à la douleur symptomatologique de l'épididymite, elle avait déjà cessé, ou considérablement diminué chez presque tous les malades. Et le collodion n'a pas paru avoir sur elle beaucoup d'influence. Sur 5 malades, cependant, elle a augmenté pendant toute la journée, après l'application.

Diminution de volume. — Chez aucun malade, nous n'avons eu de ces diminutions miraculeuses que notre confrère a observées. Nous n'avons jamais eu à courir, passez-moi l'expression, après le testicule; il n'a jamais été nécessaire de lui barrer le passage, en comprimant d'abord la racine des bourses. Nous avons pu commencer l'application par n'importe quel point du scrotum, sans que rien ne soit déplacé.

Chez beaucoup de malades, j'ai compris la totalité des bourses dans l'application du collodion, ce qui constitue un meilleur mode d'application que celui indiqué.

Pour être bien sûr des résultats, j'ai fait prendre des mesures exactes avec un compas d'épaisseur du diamètre vertical, du diamètre antéro-postérieur et du diamètre transverse des tumeurs.

Chez tous les malades, la diminution de volume a été insensible dans les premières vingt-quatre heures. Dans 17 cas seulement, on a constaté, quarante-huit ou cinquante-six heures après l'application, une diminution d'un centimètre à peu près, et presque toujours dans le diamètre transverse. La maladie suivait, après cela, sa marche décroissante ordinaire, et d'une manière graduelle; les applications de collodion étant répétées, comme je l'ai dit en commençant.

Sur quelques malades, soit que le gonflement inflammatoire s'accrût malgré l'emploi du collodion, soit que celui-ci se rétractât plus qu'il ne diminuât la tumeur, il en résultait de nombreuses fissures, ou des décollements plus ou moins étendus.

Durée de la maladie. — La durée moyenne de la maladie a été de dix-sept à dix-huit jours. Le minimum a été de sept jours pour un cas très-léger, et le maximum de trente-cinq jours pour un cas avec récidive.

Des 38 malades traités par le collodion, 35 sont sortis avec des épididymes plus ou moins engorgés; 5 seulement ont pu se considérer comme étant complétement guéris.

Trois de ces malades sont revenus dans la huitaine, à l'hôpital, avec des récidives. L'un d'eux avait eu quatre applications de collodion en douze jours; les deux autres en avaient eu deux chacun.

Les 38 malades dont il vient d'être question n'étaient affectés que d'épididymites blennorrhagiques. Il n'y a pas eu un seul cas d'orchite proprement dite; chez aucun, le corps du testicule n'a été atteint par l'inflammation. Chez tous, le cordon a été plus ou moins engorgé, et le plus souvent, le canal déférent seul. Quatre seulement ont présenté un épanchement un peu considérable dans la tunique vaginale.

En même temps que j'expérimentais le collodion, 11 malades, dans des conditions aussi analogues que possible aux premiers, ont été traités par le repos, et des applications de compresses imbibées d'eau blanche. On les a tenus, comme les autres, à une diète convenable; à l'usage des boissons rafraîchissantes, et on a eu le soin d'entretenir la liberté du ventre.

Les *douleurs* de l'inflammation ont rapidement disparu.

Le *volume* a diminué, dans un cas, d'un centimètre en trente-deux heures. Chez les autres malades, il a suivi la marche de ceux soumis à l'usage du collodion.

La durée a été de dix-sept à dix-huit jours. Un cas très-léger est sorti quatre jours après son entrée. Le maximum a été de vingt-cinq jours.

De ces malades, deux seulement sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris. Les autres conservaient, comme ceux traités par le collodion, des noyaux d'induration.

D'autres malades, au nombre d'une vingtaine, et toujours dans les mêmes conditions, ont été traités par le repos et la compression à l'aide du coton cardé (ouate) et du suspensoir.

La *douleur* inflammatoire a aussi promptement cédé.

Le *volume*, chez 11, avait diminué d'un centimètre au moins en vingt-quatre heures, et chez 2, de moitié.

La *durée* moyenne a été de quinze jours. Un malade est sorti guéri au bout de six jours, un autre après huit jours.

Du reste, de ce grand nombre de malades soumis soit au collodion, soit aux autres traitements comparatifs, aucun ne présentait, au moment du traitement, des symptômes de suracuité et de complications sérieuses. Mais lorsque les expériences furent instituées, il y avait, dans les salles, deux malades affectés d'épididymites très-inflammatoires, d'un volume considérable, très-douloureuses, et pour lesquelles il a suffi de quatre jours de traitement par le repos, les sangsues, les cataplasmes laudanisés, les quarts de lavements laudanisés, les laxatifs et les boissons délayantes pour les réduire à l'engorgement de terminaison. Un cas d'orchite véritable et très-intense, traité par la saignée du bras, les sangsues, le débridement de la tunique albuginée, et la compression à l'aide du coton, a diminué de 2 centimètres en quarante-huit heures, et s'est terminé par la résolution franche en seize jours!

Je n'ai pas besoin de rappeler à l'Académie la rapidité avec laquelle, dans quelques circonstances, on voit cesser la douleur et diminuer le volume des épididymites, sous l'influence de la ponction de la tunique vaginale, dans les cas d'épanchement; de la cessation de la douleur dans l'orchite et de la rapidité de la résolution, par la saignée du bras, et surtout par le débridement de la tunique albuginée, plus rarement obligée.

Je conclus donc, sans passer en revue tous les moyens rationnels employés contre les épididymites et les orchites :

1° Que le collodion élastique ne fait pas autant souffrir que le collodion ordinaire, mais qu'il fait un peu plus souffrir que d'autres traitements;

2° Que ce n'est pas un agent thérapeutique aussi efficace qu'on aurait pu le croire;

3° Qu'il ne calme pas plus promptement la douleur que beaucoup d'autres moyens;

4° Que la durée de la cure est celle que donnent les autres méthodes;

5° Que son action la plus prononcée se fait sentir sur l'engorgement du tissu cellulaire sous-scrotal et peut-être sur l'inflammation du scrotum lui-même;

6° Que c'est un faible moyen de compression;

7° Que si le collodion n'agissait que par le refroidissement, qui résulte de l'évaporation, au moment où on l'applique, il suffirait de faire évaporer l'éther sur les bourses, ou de traiter simplement par le froid;

8° Enfin, qu'il n'est pas rationnellement permis de croire que le collodion peut guérir l'épididymite et l'orchite, en mettant les parties malades à l'abri de l'action de l'air!

Nota. — Les observations qui ont servi pour faire ce résumé ont été recueillies par mon interne, M. Nassans.

M. Velpeau. — L'Académie ayant décidé, comme on s'en souvient, qu'il ne serait pas nommé de commission pour le collodion, mais que chaque chirurgien serait invité à expérimenter de son côté, je me suis mis en devoir de le faire. Je rappellerai d'abord que lorsqu'il a été question, pour la première fois, dans cette enceinte, de l'application du collodion aux orchites, cela a fait naître une sorte de surprise, les résultats annoncés par M. Bonnafont ont paru très-remarquables. On aurait pu croire, au premier abord, que ce résultat tenait à un *modus faciendi* particulier, à une méthode propre à M. Bonnafont, mais tout le monde sait que cette méthode avait déjà été préconisée en Allemagne, en Belgique et même en France, notamment par M. Coste, de Bordeaux. Voyant que des praticiens recommandables se réunissaient pour annoncer le même résultat, je me suis demandé comment il se faisait que je n'eusse pas été aussi heureux. Je dois me hâter d'ajouter, du reste, que je n'avais point remarqué les accidents dont a parlé M. Ricord. Depuis, j'ai fait de nouvelles expériences, et voici ce que j'ai vu:

J'ai été frappé d'abord d'une difficulté, c'est de savoir quelle est la durée habituelle de l'orchite lorsqu'elle est livrée à elle-même; on connaît rarement l'origine, le point de départ réel de l'orchite; et puis, quand l'orchite est-elle terminée? Cela n'est pas, non plus, très-facile à dire. Il y a des sujets qui ne souffrent plus, bien que leur testicule soit encore gros, il en est d'autres qui conservent très-longtemps une épididymite; à quel moment fixera-t-on la guérison? D'un autre côté, il est des chirurgiens qui datent la maladie du moment où ils commencent le traitement; on conçoit combien il est difficile, avec de pareilles données, d'avoir une idée exacte de la durée de la maladie et de l'influence du traitement. Quoi qu'il en soit, voici ce que j'ai fait:

J'ai eu à soigner 30 orchites depuis la communication de M. Bonnafont. J'ai divisé ces 35 orchites en trois groupes. Le premier groupe se compose de 6 cas auxquels je n'ai appliqué aucun traitement particulier, je me suis borné au repos et à l'application de compresses d'eau de Saturne. Le deuxième groupe se compose de 8 cas que j'ai traités par le collodion seul; et le troisième, de 21 cas que j'ai traités par les petites piqûres. J'ai tenu note très-exactement, dans tous ces cas, de l'origine de la maladie, du jour et de l'heure où le traitement a été commencé, et puis je n'ai considéré les malades comme guéris que du moment où ils n'avaient plus ni douleur ni engorgement. Or, voici le résultat que j'ai obtenu:

La durée du traitement a été de 18 jours pour les sujets traités par les piqûres, de 18 jours également pour ceux qui ont été traités par le collodion, et de 17 jours pour ceux qui n'ont pas été traités du tout (sourires).... Il est vrai de dire que ceux qui n'ont pas été traités eu tout n'étaient pas les plus affectés: c'étaient plutôt des cas légers que des cas graves. Il y a une dizaine d'années, j'avais obtenu le même résultat en essayant comparativement tous les moyens usités; de quelque façon que je traitasse les malades, j'obtenais toujours la guérison dans une limite de 15 à 18 jours. Ainsi, c'est là, quoi qu'on fasse, un résultat à peu près constant; on ne peut pas empêcher, par quelque moyen que ce soit, la maladie de durer ce temps-là.

Maintenant, quels ont été les effets spéciaux du collodion? En général, le collodion n'a pas produit de douleur, les malades s'en sont même presque constamment bien trouvés; en général, aussi, on aurait pu croire, à ne s'en rapporter qu'aux apparences, qu'ils étaient guéris vers le troisième jour. En effet, le testicule, à cette époque, paraissait dégonflé; mais il ne l'était pas en réalité, car si l'on enlevait partiellement le collodion, on pouvait s'assurer, par l'inspection des points d'où il était détaché, que l'engorgement inflammatoire persistait encore. Il y a ceci à dire en faveur du collodion, c'est que les malades, généralement, ne souffrent pas, et que, dès le deuxième ou le troisième jour, ils peuvent déjà marcher.

Chez un sujet, seulement, il y a eu de la douleur, au point même que le collodion n'a pu être supporté, et que le malade se serait sauvé de l'hôpital si on ne se fût empressé de l'enlever. Mais cela a tenu à ce que j'avais appliqué d'abord un anneau de diachylon qui comprimait circulairement la racine des bourses: la preuve que la douleur dépendait de la compression opérée par cet anneau de diachylon, c'est que, dès qu'on l'a enlevé, la douleur a cessé.

Chez un autre malade opéré d'hydrocèle, j'ai voulu voir si en appliquant une compression immédiate, à l'aide du collodion, on obtiendrait une adhésion plus immédiate et plus prompte des parois de la tunique vaginale; mais à peine le collodion avait-il été appliqué que la verge s'est tuméfiée, le malade a éprouvé de très-vives douleurs; la gangrène de la verge devenant imminente, il a fallu immédiatement enlever le collodion. J'ai reconnu encore un autre inconvénient au collodion, c'est que, dans quelques cas, il produit une inflammation eczémateuse très-douloureuse.

Voilà ce qu'a produit le collodion en ce qui concerne l'orchite. Il n'abrége pas la durée de l'orchite; il ne provoque pas en général de douleurs, sauf cependant dans quelques cas rares et exceptionnels où les douleurs produites ont été telles qu'il a fallu y renoncer.

C'est donc, en définitive, un moyen qui n'est pas mauvais, qui peut même être utile, mais qui n'a pas d'avantages très-marqués sur les autres moyens. Si j'osais, je dirais que je préfère la pratique des petites piqûres. Je ne sais ce qui a pu faire dire à M. Ricord, qu'il n'existe jamais d'épanchement dans l'orchite, je l'ai rencontré, au contraire, très-souvent, et les piqûres dans ce cas, en produisant l'évacuation du liquide épanché, hâtent beaucoup la guérison. Elles ont toujours au moins cet avantage de soulager les malades sur-le-champ. Rien n'est plus facile d'ailleurs, rien n'est plus innocent et moins douloureux que ces petites piqûres elles ne font pas plus souffrir qu'une piqûre de sangsues, et elles sont de beaucoup préférables.

En résumé, le collodion vaut autant mais non mieux que beaucoup d'autres moyens; il peu être dangereux dans quelques cas; mais c'est aux praticiens à distinguer les cas où il peut convenir et ceux où il serait nuisible.

M. Ricord. — Je suis heureux de me trouver d'accord avec M. Velpeau, sauf sur quelques petits détails. Comme M. Velpeau, j'ai trouvé pour une moyenne de la durée de l'orchite de 15 à 18 jours, 15 jours minimum. En donnant cette moyenne, j'ai cherché, comme M. Velpeau, à connaître le plus exactement possible le point de départ de la maladie, car ce n'est, en effet, qu'en fixant son âge, qu'on peut parvenir à déterminer cette moyenne.

M. Velpeau s'étonne que je n'aie pas signalé l'existence de l'hydrocèle concomitante; je n'y ai pas, je l'avoue, attaché la même importance. Lorsque l'épanchement est peu considérable, je ne le combats pas. Dès le commencement de ma pratique à l'hôpital du Midi, je ne manquais jamais de pratiquer une petite piqûre, je le fais encore aujourd'hui, à moins que les malades n'y répugnent trop.

J'aborde une autre question, celle de la compression. Sans doute, on peut obtenir, par l'application du collodion, une certaine pression sur le testicule, mais cette pression n'est pas aussi forte qu'on pourrait le croire. Je ne crois pas que l'on puisse prendre comme exemple de l'énergie de cette compression, l'engorgement du fourreau de la verge; tout le monde sait avec quelle facilité cet organe s'engorge.

J'ai voulu essayer, comme M. Velpeau, le collodion dans le traitement consécutif d'hydrocèle, je m'en suis très-mal trouvé, cela n'a ni prévenu le développement de l'engorgement, ni hâté la guérison. J'ai observé, en outre, que le collodion produisait presque toujours, dans ce cas, une dénudation, une sorte de vésication du scrotum. J'ai également remarqué l'espèce d'eczéma dont a parlé M. Velpeau; mais cet effet m'a paru dépendre plutôt de l'occlusion, du défaut d'exhalation résultant de l'imperméabilité de cet enduit, que de la compression. Mes conclusions sont, d'ailleurs, celles de M. Velpeau.

M. Bonnafont. — La question a fait quelques progrès. Au lieu de l'apostrophe fulminante de M. Ricord, je ne trouve plus aujourd'hui qu'une appréciation qui ne diffère pas beaucoup de celle qui ressort de mes faits eux-mêmes. Reste maintenant à voir dans quels cas le collodion a été employé de part et d'autre. Chaque fois que j'y ai eu recours, ça été au début ou très-près du début de la maladie; dans ces conditions la guérison a été obtenue en deux ou trois jours. En est-il de même des malades auxquels M. Ricord et M. Velpeau ont eu affaire? Nos malades n'entrent en général à l'hôpital, que lorsqu'ils ne peuvent plus vaquer à leurs affaires et après avoir employé divers moyens, et alors qu'il y a induration des épididymes. Dans ce cas-là, je l'ai dit moi-même, on n'obtient pas le même résultat.

M. Bonnafont donne lecture d'une lettre de M. Schange, de Bruxelles, qui, lui, dit avoir guéri 17 fois l'orchite aiguë avec le même succès. Il en est de même de M. Costes, de Bordeaux, et de M. Strolh, de Strasbourg, qui n'emploie pas d'autre moyen.

M. Velpeau. — M. Bonnafont vient de nous dire qu'il y a une différence

entre ces malades et les nôtres. J'admets cette différence; cependant elle n'est peut-être pas aussi grande que paraît le croire M. Bonnafont. Nous voyons aussi dans les hôpitaux civils un assez bon nombre d'orchites aiguës au début ; de sorte qu'en ne tenant compte que de celles-là, il y a encore une comparaison possible.

M. Bonnafont dit que le collodion convient plus particulièrement quand il n'y a pas encore d'épididymite ; mais il n'y a pas d'engorgement testiculaire sans que l'épididyme y participe ; de sorte que je ne comprends pas très-bien ce que notre collègue veut dire. Il nous dit aussi que ses malades guérissent en 2 ou 3 jours ; je n'ai pas vu cela, du moins sur le malade qu'il a collodionné sous mes yeux à la Charité, la guérison n'a eu lieu, chez lui, que du 7e au 8e jour. Comment M. Bonnafont entend-il la guérison? Est-ce quand les malades ne souffrent plus, ou quand l'engorgement est dissipé? J'ai besoin de renseignements là-dessus.

M. Bonnafont. — J'appelle guérir lorsque la douleur et l'engorgement ont disparu et que les sujets peuvent marcher et demandent à reprendre leur service. Quant à la résolution de l'épididyme, je ne la considère pas comme une condition essentielle de la guérison, car sans cela il n'y aurait que très-peu de sujets guéris.

M. Ricord a parlé de la vésication produite par le collodion ; j'ai vu cette vésication lorsque je me servais de l'ancien collodion, mais elle ne s'est jamais produite depuis que je me sers du collodion élastique.

M. Malgaigne. — Cette question a été agrandie par M. Velpeau. M. Velpeau a cherché à connaître quelle est la durée moyenne de l'orchite, et il est arrivé à ce résultat que l'orchite, livrée à elle-même, guérit aussi vite que celle qui est traitée par divers moyens. Je ne suis pas éloigné d'admettre ce résultat ; mais, pour en connaître la valeur, il faut savoir à quel moment on a pris l'orchite. M. Bonnafont a fait, à cet égard, une distinction très-importante. Il y a une très-grande différence entre une orchite prise à son début et une orchite déjà plus ou moins ancienne et qui a été plus ou moins mal traitée. Combien dure l'orchite, non pas mal traitée, comme la plupart de celles dont il a été question, mais l'orchite non traitée du tout, entièrement livrée à elle-même? Question importante et difficile et que j'adresse à mon tour à M. Velpeau.

M. Bonnafont vous a dit qu'il les prend au début, et que prises ainsi, il les guérit en deux ou trois jours. Maintenant, je demanderai à M. Velpeau et à M. Ricord combien ont duré, parmi les orchites qu'ils ont eu à traiter, celles qui étaient récentes, celles qui étaient en cours d'évolution depuis plus ou moins longtemps. Ils ne le disent pas, parce qu'ils n'ont pas fait cette distinction, et cela était très-important, car personne n'ignore qu'on n'arrête pas une inflammation au milieu de sa marche.

M. Velpeau répond à M. Malgaigne que lorsqu'il a pris une moyenne de la durée de la maladie, cela s'appliquait aux malades pris dans le cours de la maladie. Pris au début, il en a guéri aussi en cinq ou six jours par les piqûres ou par d'autres moyens. Il est évident qu'au commencement, on les guérit toujours plus vite, et cela par tous les moyens indifféremment, et non pas seulement par le collodion.

La discussion est close.

PRÉSENTATION.

M. Maisonneuve présente un malade dont nous avons publié l'histoire dans notre dernier numéro.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Saisie des globules et des dilutions dans les pharmacies homœopathiques. — Questions délicates de jurisprudence médicale.* — Le Jury médical des Bouches-du-Rhône vient de prendre une initiative qui ne sera pas sans importance pour l'avenir de la pratique homœopathique, et qui soulève des questions fort délicates, relativement à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Il a saisi, dans les pharmacies dites homœopathiques, les médicaments préparés suivant les prescriptions hahnemanniennes, et a fait poursuivre les pharmaciens, en se basant sur les trois motifs suivants :

1° Ces pharmaciens n'ont pas, dans leur officine, le registre prescrit pour la vente des substances vénéneuses, ce qui est conséquent avec leurs principes, puisqu'un médicament homœopathique ne peut jamais être un poison ;

2° Ils n'avaient pas non plus les médicaments marqués d'un astérisque au *Codex*, et que tout pharmacien est tenu, aux termes des lois et règlements, d'avoir tout préparés à l'avance ;

3° Enfin, ils sont accusés du délit commun de tromperie sur la qualité de l'objet vendu, l'analyse chimique ne permettant pas, au moins dans la grande majorité des cas, de constater, dans les globules et dans les dilutions, la matière active qu'on prétend y être renfermée.

Si les deux premiers faits sont une fois bien établis, aucun doute ne pourra exister relativement à leur caractère répréhensible. Il est bien évident qu'on ne saurait en aucun cas, pas plus sous un prétexte doctrinal ou scientifique que sous tout autre, se soustraire aux prescriptions formelles de la loi ; lors même que la loi serait défectueuse ou injuste, tant qu'elle n'est pas réformée, le devoir de tous est de l'observer ; c'est là un principe élémentaire en jurisprudence, et la médecine ne saurait faire exception aux principes généraux.

Quant au troisième motif, celui-là, nous l'avouons, nous semble soulever des questions d'une délicatesse extrême et qui sont liées, plus peut-être que ne l'a supposé d'abord le jury des Bouches-du-Rhône, à l'indépendance de la profession médicale. Qu'un pharmacien qui, sous le nom ordinaire de casse ou de quinquina, vendrait des globules ou des dilutions où l'analyse chimique ne décélerait aucune trace de ces substances, soit poursuivi et condamné pour délit de tromperie sur la qualité de la matière vendue, la chose va de soi et ne peut soulever aucune objection ; c'est du droit commun. Mais qu'un pharmacien ne puisse, sans délit, posséder dans son officine des dilutions conformes à des prescriptions qui sont journellement faites par certains médecins, ou qui seules peuvent lui permettre d'exécuter ces prescriptions, voilà qui nous semble difficile à faire admettre ; car ce qui, aujourd'hui, s'appliquerait à une prescription homœopathique, se serait appliqué il y a plus de deux siècles, si l'on en avait cru Guy-Patin, à l'émétique, et pourrait s'appliquer demain à l'huile de foie de morue ou à l'iodure de fer. Nous savons, et personne ne le déplore plus que nous, que la doctrine des millionnièmes favorise la fraude des pharmaciens, ou plutôt en assure presque complétement l'impunité, puisqu'elle ne permet pas, le plus souvent, de constater la nature du médicament administré ; mais au fond, est-ce là un mal aussi grand qu'on pourrait le croire au premier abord? Evidemment non, et même, pour tout dire, le médecin homœopathe est le seul qui pourrait avoir à s'en plaindre.

Pour tout médecin habitué à raisonner d'après les faits authentiquement démontrés, il importe peu qu'une potion contienne un dix-millionnième d'extrait de belladone ou qu'elle n'en contienne pas du tout. Il faut bien avouer même que le pharmacien n'a pas non plus un grand intérêt à tromper sur des quantités de cette espèce, et qu'il lui faudrait avoir la bosse de la propriété singulièrement développée pour en subir les entraînements jusqu'à de telles limites. Le seul coupable dans tout cela, si coupable il y a, c'est le médecin, qui ordonne sous sa responsabilité. Quant au pharmacien, quoiqu'il soit en général peu poétique, il est, dans cette circonstance, esclave comme la rime et ne doit qu'obéir. Le procès des globules ne devrait donc pas être dirigé contre l'exécuteur, mais bien contre l'ordonnateur ; or, nous ne pensons pas que ceux qui déplorent le plus les progrès, d'ailleurs trop évidents, de la doctrine hahnemannienne, veuillent aller jusqu'à l'attaquer dans l'indépendance du médecin ; la justice, en tous cas, ne les suivrait pas dans cette voie, et, pour notre compte, nous ferions comme la justice.

Quoique nous soyons appelé, par notre position, à gémir chaque jour sur la déplorable ignorance d'une grande partie du Corps médical, nous ne pensons pas que la raison l'ait encore abandonné à ce point, qu'on ne puisse combattre avec succès, et avec les seules armes de la logique, les aberrations de l'homœopathie ; ce sont donc ces armes que nous conseillerons d'employer. Nous n'en applaudirons pas moins aux bonnes intentions qui ont guidé le Jury médical des Bouches-du-Rhône. Il est probable que son exemple sera suivi par plusieurs autres Jurys, et qu'ainsi, nous serons prochainement fixés sur les intéressantes questions que nous n'avons fait qu'effleurer ici, mais dont nous croyons cependant avoir donné en quelques mots les véritables solutions. H. de Castelnau.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés, par M. Putégnat, de Lunéville, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. — 1 vol. in-8. — Paris, 1854.

Publications du Moniteur des Hôpitaux.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison*, comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 112. 2e année. Mardi 19 Septembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

De la méthode empirique et de la méthode des indications dans le traitement du choléra.

Des effets de la strychnine et de la noix vomique dans cette maladie,

Par le Dr J. DAVASSE.

(Suite et fin. Voir les nos 110 et 111.)

VII.

Mais avant de rechercher, d'après ces données, les indications de la noix vomique ou de la strychnine dans le choléra, un mot sur les principaux résultats que les médicaments déterminent sur l'homme sain, et des diverses applications que l'on en a tentées.

1° Tous les observateurs qui ont constaté les effets de l'empoisonnement par la noix vomique, parlent en première ligne de *secousses* violentes, *tétaniques, par accès*, de *spasmes* musculaires *douloureux*, de *contractions partielles* ou même de *roideur générale*, comme des phénomènes les plus saillants et les plus dignes de fixer l'attention.

A côté de ces faits, je signalerai des exemples de guérison d'*affections convulsives* rapportés par les auteurs. Suivant Sidron, la noix vomique calma des *attaques convulsives*, en diminua la fréquence où même parvint à les guérir, ainsi que l'*épilepsie* elle-même. Lichtenstein sur 28 épileptiques en a guéri 5 entièrement, 16 autres furent améliorés. Buchner et Junghauss, l'ont vue réussir contre l'épilepsie et l'*hystérie ;* de même, Thébésius. Ce remède est en grand usage contre les attaques hystériques, chez les femmes de la campagne, en Suède. Le docteur Cazenave l'a vue guérir la *danse de Saint-Guy*, Michaëlis, la *coqueluche*, et Samuel Hahnemann rapporte plusieurs cas de guérison d'*asthme périodique* dans le journal de Hufeland.

2° Des symptômes de *paralysie* ont été notés par divers observateurs, et plusieurs individus sont morts, au dire de Giacomini, en présentant ce seul symptôme. Crimm a vu des doses élevées des graines du vomiquier, déterminer la *cécité*, un *relâchement* et une *paralysie absolue, l'asphyxie* et la mort en quelques heures. Fouquier et d'autres ont noté la difficulté de rendre les urines.

A côté de ces symptômes, il faut signaler les exemples de guérison de *paralysie rhumatismale*, générale ou partielle, *amauroses, rétentions d'urine,* rapportés par Becker, et de paralysies diverses par Fouquet, Mercier, Lescure, Gendron, Mauricet, Rose, Coze, Lafage, Finot, Snabilé, Andral.

3° Fodéré avait observé dans les effets toxiques de la noix vomique, ce qu'il appelait des actions purement sédatives, c'est-à-dire le *ralentissement de la circulation et de la respiration*, chez un individu soumis à son observation, le pouls qui était à 72 descendit à 30 seulement en une minute. Ces phénomènes ont été confirmés par l'observation de Giacomini. Dans une observation d'empoisonnement par 16 grammes de noix vomique en poudre, sur une jeune fille qui guérit, observation rapportée par la *Gazette médicale* de Londres en 1819, il est dit : « Les « *mouvements du cœur* étaient *faibles* et *lents*, le *pouls très-petit* et même *difficile à sentir* ne donnant guère que 50 pulsations par minute... » Orfila, dans une observation de son *Traité de Toxicologie*, rapporte : « La *respiration* devint de « plus en plus *oppressée*, et finit par se *suspendre momentanément ;* en même temps les *battements du pouls* et des artères « de plus en plus irréguliers se *perdirent entièrement*, etc. »

4° L'*algidité* et la *cyanose* sont également marquées dans les observations précédentes. Dans la dernière, rapportée par Orfila, « la *peau*, de pâle qu'elle était, devient *bleuâtre*, les capil- « laires cutanés se remplissent d'un sang veineux ; la figure « devient bouffie et d'un *bleu violet*, etc. » A l'autopsie d'un autre malade qui s'était empoisonné par une quantité considérable de noix vomique concassée, dont il saupoudra ses aliments, M. Jules Cloquet a noté « la *teinte violacée* de presque toute *la surface de la peau*, etc. »

5° Après ces phénomènes si remarquables, qui ont frappé, surtout dans les cas d'empoisonnement, les médecins légistes, il est une autre série de phénomènes qui ne sont pas moins importants, quoique d'une manifestation moins apparente, et qui ont été révélés surtout par un nombre considérable d'expérimentations tirées de l'École hahnemannienne. Ces dernières compléteront l'étude de l'action physiologique de la noix vomique. Je veux parler surtout de l'action de cette substance sur les voies digestives.

Du côté des intestins, les symptômes notés sont des *envies fréquentes*, mais *inutiles et anxieuses d'aller à la selle*, des *alternatives* de *constipation* et de *diarrhée*, des déjections glaireuses et sanguinolentes, des *douleurs contractives* dans le *rectum*....

Et à côté de ces symptômes médicamenteux, il faut mettre en regard l'action curative de la noix vomique dans la *dyssenterie*. Hagstromm, en 1773, en avait fait des centaines d'essais dans cette maladie, et s'en était trouvé fort avantageusement. Odhélius, Hartmann, Zetterbeig, l'avaient trouvée également utile. Dalberg remarque qu'elle calme surtout les épreintes et diminue les déjections. Dans une épidémie qui régna à Gênes en 1795, Hufeland traita, par la noix vomique, après un ipéca donné au début, 140 dyssentériques avec le plus grand succès. Rademacher, Müller, à la suite, ont loué cette médication.

6° Du côté de l'estomac, j'ai déjà mentionné ci-dessus les symptômes *cardialgiques* particuliers à la noix vomique, symptômes qui peuvent s'accompagner, selon les cas, d'une lésion inflammatoire qu'on a signalée dans les autopsies. Il y a une *sensation au cardial*, comme *si les aliments s'y arrêtaient* et

remontaient dans l'œsophage, une pression épigastrique intense, ou même des douleurs crampoïdes violentes, surtout après le repas, des aigreurs, des régurgitations et des vomissements. Rademacher a signalé des *vomissements* abondants par suite de l'usage de la noix vomique. Bell, en Angleterre, a rapporté qu'une femme eut des *mouvements convulsifs* et une *cardialgie* de longue durée, après avoir pris de la noix vomique.

Cependant Horn, Nevermann, Voigtel, Niemann, Schmidtmann, avaient recommandé l'emploi de cette substance dans les cardialgies. Mais c'est surtout à Samuel Hahnemann, si cette application était connue avant lui (car on peut dire que tout médicament avait déjà été essayé d'une manière empirique dans chaque maladie), c'est, dis-je, à Hahnemann qu'il convient incontestablement de rapporter la gloire d'en avoir fixé positivement les véritables indications.

VIII.

C'est d'après ces indications que j'ai expérimenté, depuis l'année 1846, c'est-à-dire depuis huit ans déjà, la noix vomique dans les cardialgies ; et je puis dire que, sur un nombre déjà très-considérable d'observations, chaque fois qu'il m'a été permis de saisir les indications posées par Hahnemann, je n'ai pas été peu étonné de voir l'effet positif du médicament répondre immédiatement à mon attente. Je publierai quelque jour, sans doute, les résultats de ces expérimentations variées, lorsqu'ils me paraîtront avoir quelque utilité pour la pratique médicale. — En attendant, voici le résumé succinct de deux de ces observations :

Il s'agit, dans le 1er cas, d'une jeune personne (Mlle Augustine P.....), âgée de 20 ans, qui avait été soignée jusque-là pour une *chlorose* dont elle offrait effectivement les symptômes confirmés : décoloration des téguments, fréquence du pouls, palpitations, essoufflement, bruits vasculaires, troubles notables de la menstruation, fluxions ovariques douloureuses, accidents nerveux divers, et enfin gastralgie habituelle.

Cette affection avait pour phénomènes : après le repas, malaise épigastrique, avec chaleur à la tête, au visage ; vertiges et sentiment de défaillance ; puis douleurs contractives à la base de la poitrine, avec oppression, tension et ballonnement qui rendent le contact des moindres vêtements serrés insupportable ; enfin, vomiturition et vomissements violents, avec efforts crampoïdes des aliments mélangés à quelques matières muqueuses. Les vomissements soulageaient la jeune malade ; mais, au bout d'un certain temps, survenaient des tranchées, des borborygmes fréquents, et des douleurs avec élancements, surtout dans le côté droit du ventre. Depuis quatre années, ces accès se répétaient pour ainsi dire chaque jour, après le repas, et on comprend combien la nutrition générale en avait dû souffrir. Préparations martiales, antispasmodiques, opiacés, rien n'y avait fait ; le fer, essayé sous toutes les formes, en pilules, sirops, pastilles, et dans tous ses composés, n'avait réussi qu'à exaspérer la gastralgie. C'est dans ces circonstances, en 1847, que, consulté par la famille, et prenant en considération la prédominance des phénomènes dyspepsiques, dont l'indication me paraissait la plus urgente à remplir, j'administrai la strychnine à la dose de 1 centigramme dans 125 grammes d'eau distillée ; solution à prendre, trois cuillerées à café par jour, dans demi-verre d'eau sucrée chaque fois, une heure avant les repas. L'effet de cette médication simple fut aussi prompt que remarquable : dès le premier jour, les vomissements furent arrêtés ; au bout de trois jours, la cardialgie avait entièrement disparu ; mais trois jours après que la solution fut terminée, et comme on avait négligé de la faire renouveler, un nouvel accès se déclara. La solution, administrée de nouveau, fit cesser immédiatement les accidents, et, cette fois, continuée sans interruption pendant cinq ou six semaines, elle amena la guérison définitive de l'affection gastrique. Il devint possible de faire supporter à l'estomac non-seulement les aliments les plus indigestes, mais encore les préparations ferrugineuses qui jusqu'alors n'avaient servi qu'à aggraver la maladie.

La deuxième observation n'est pas moins remarquable. Dans la même année, en 1847, une jeune dame, dont je puis citer ici le nom sans indiscrétion, madame Brodeur, demeurant encore à Paris, faubourg Saint-Denis, 54, portait depuis plusieurs années une tumeur blanche du genou, qui paraissait arrivée à un état de désorganisation locale tellement avancée, que l'un des plus habiles professeurs de clinique chirurgicale avait proposé l'amputation de la cuisse comme dernière ressource. La malade n'avait pour ainsi dire plus de repos, à cause des douleurs vives, lancinantes, intolérables, qui, du genou, se répandaient dans tout le membre. Ces douleurs se manifestaient par exacerbations surtout nocturnes, qui troublaient le sommeil. Il y avait, en outre, une violente cardialgie : efforts répétés de vomissements convulsifs, d'abord inutiles, puis déjections répétées, par le haut, de matières aqueuses ou glaireuses, avec éructations spasmodiques et borborygmes nombreux. Cependant, dans l'intervalle de ces accès, la digestion était encore assez bonne, quoique l'inappétence fût presque complète, et que la nutrition générale, par le fait de la maladie, fût singulièrement altérée. Il y avait un mouvement fébrile accusé le soir, avec une chaleur vive et sèche, une petite toux assez fréquente et de mauvais caractère ; les forces diminuaient. Le facies était fatigué, la peau terne, couverte d'une éruption lichenoïde générale. Une petite tumeur, de nature fibreuse en apparence, globuleuse et mobile, occupait le tissu graisseux de l'un des deux seins. L'auscultation ne donnait pas de signes d'une altération pulmonaire, autres que l'affaiblissement du murmure respiratoire en quelques points, aux sommets de poumons. Les médications nombreuses auxquelles la malade avait été jusque-là soumise, avaient été impuissantes contre les progrès du mal. La cardialgie même avait été exaspérée au point que, de périodique, elle était devenue habituelle, et que tous les médicaments étaient rejetés presque aussitôt que pris, avec de grands et pénibles efforts. Appelé dans ces circonstances, par le mari de cette dame, qui ne pouvait se résigner à l'idée de l'amputation, j'avoue que ce fut, pour ainsi dire, en désespoir de cause que, cherchant à établir une certaine hiérarchie dans les indications si nombreuses à tirer de son état, je me résolus à commencer par l'emploi de la strychnine contre la cardialgie. Je donnai donc ce médicament à la même dose que précédemment. Le succès dépassa mon attente. La cardialgie fut rapidement amoindrie, et enfin supprimée ; cependant, elle reparaissait encore quelquefois, et je fus obligé de revenir plusieurs fois, dans la même année, à l'emploi de ce moyen pour obtenir enfin un effet définitif. L'appétit était revenu, et malgré les douleurs encore aussi fréquentes et aussi vives de la tumeur du genou, les forces avaient repris, le teint était meilleur, le mouvement fébrile du soir avait cessé. La guérison de la cardialgie avait suffi pour amener ces favorables changements. Encouragé par ce premier résultat, plus libre désormais de confier à l'estomac des médicaments dès ce moment faciles à supporter, je m'appliquai, suivant les mêmes principes, à démêler les autres indications tirées de la nature et du siége de l'affection articulaire, du caractère des accidents, de leurs rapports, de leur succession. Et, après bien des tâtonnements, après bien des moyens successivement employés pour remplir ces indications, tels que l'iode, le fer, l'argent, le soufre, la belladone, la soude, la pulsatille, etc., — après un traitement, en un mot, qui dura près de quatre années, et qui fut suivi avec une constance et une résignation rares par la malade, j'eus le bonheur de la voir guérir d'une affection aussi grave, qui semblait condamnée fatalement au couteau de l'opérateur (1).

J'ai cité cette observation pour montrer ce qu'il a été permis

(1) Comme la guérison n'avait pu être obtenue que dans l'état de flexion où se trouvait depuis longtemps le membre, M. le docteur Monod, dont il serait facile d'invoquer le souvenir sur ce fait intéressant, parvint avec beaucoup d'habileté à obtenir l'extension forcée du genou. Depuis plus de deux ans, cette dame a recouvré l'intégrité des fonctions du membre affecté ; elle marche librement, sans peine et sans appui, et fait des courses dans Paris, pendant des heures entières ; — enfin, elle a pris, de plus, un embonpoint remarquable, et une florissante santé. L'état de son estomac se maintient en aussi bon état que possible....

d'obtenir en suivant avec persévérance la méthode des indications et des médications positives. Sans doute, même avec cette méthode, il n'est pas donné fréquemment d'arriver à de tels résultats, mais c'est au moins un devoir impérieux d'y recourir, surtout lorsque les indications banales et les médications empiriques ont échoué et qu'il ne reste plus d'autre perspective que la dernière raison de la chirurgie : l'amputation.

Depuis cette époque, j'ai donné la noix vomique à des doses très-variés, et, dans ces derniers temps, dans un état d'*atténuation* extrême. Et ce qu'il y a eu de fort remarquable, c'est que l'action de ce médicament ne s'est assez souvent manifestée, dans certaines gastralgies fort aiguës ou fort rebelles, que lorsqu'il était administré à des doses très-atténuées et sous forme de dilutions homœopathiques.

IX.

Je pourrais parler encore de l'action thérapeutique de la noix vomique dans les *entéralgies*, où elle a été indiquée par Spielmann ; — dans les *fièvres intermittentes* par Ludovicus, Wedel, Büchner, Hartmann, Yunghauss ; dans *la goutte et le rhumatisme*, par Wiel, Portal de Palerme, etc., etc. Mais j'arrive au choléra.

Nous venons de voir, dans les phénomènes médicamenteux de la noix vomique, — les mouvements convulsifs, les spasmes douloureux, les contractions des muscles des extrémités et du tronc, la diminution du pouls, le ralentissement de la respiration, l'abaissement de la température de la peau, la lividité du visage et du corps, l'aphonie, et l'arrêt de la sécrétion urinaire. Tous ces symptômes se rapportent plus ou moins à ceux du choléra.

Nous pouvons maintenant citer, en regard de ces effets, l'emploi de la noix vomique contre cette maladie.

Elle a été pour la première fois employée, en dehors de l'École hahnemannienne, par M. Kuczkowski, médecin militaire russe, qui eut l'occasion de l'administrer aux cholériques de la campagne de Pologne ; plus tard, par Jenkins, en Angleterre ; puis par Dreyfus, Grimaud (d'Angers), Pottin et plusieurs autres, en France, dans l'épidémie de 1832 ; par M. Legrand, le Dr Manec, en 1849 ; enfin par MM. Abeille et Sée, dans l'épidémie actuelle.

Quant à l'emploi qui aurait été fait de cette substance, suivant les indications de l'École allemande, dans le choléra-morbus, si nous en croyons M. Imbert, le docteur Kurtz serait le seul qui en aurait parlé dans un Mémoire publié en 1850. Mais il est plus qu'étrange que M. Imbert ne cite pas aussi M. le docteur J.-P. Tessier, qui a expérimenté également la noix vomique, suivant les indications de Hahnemann, dans l'épidémie de 1849, expérimentations qui sont parfaitement connues, à Clermont-Ferrand et ailleurs, et particulièrement de M. Imbert, comme j'ai quelque raison de le penser. Voici ce que dit, en effet, M. le docteur J.-P. Tessier, dans le résumé thérapeutique de ses observations, et pour la première période du choléra franc : « Si « l'ipécacuanha et la *noix vomique* n'arrêtent point la marche « de la maladie, il faut se hâter d'arriver à l'ellébore blanc ; et « si l'on voit les phénomènes persister, arriver à l'arsenic. »

Quoi qu'il en soit, il y a deux remarques importantes à faire dans l'étude de la noix vomique ou de la strychnine contre le choléra-morbus. — La première, c'est la contradiction que nous avons déjà remarquée dans les résultats obtenus par les auteurs de la première série, qui considèrent ce médicament, les uns comme efficace, les autres comme impuissant, les autres, enfin, comme funeste. — La seconde remarque, c'est le petit nombre des auteurs de la deuxième série, qui ont adopté définitivement la noix vomique comme un médicament capital dans le traitement du choléra.

A ces deux remarques une explication ; c'est que, malgré l'analogie apparente des phénomènes médicamenteux de la noix vomique et des phénomènes morbides du choléra, il y a au fond une assez grande différence pour rendre l'emploi de cette substance moins sûr qu'on ne serait porté à le supposer.

En effet, pour ce qui regarde le choléra-morbus, si l'on veut bien analyser physiologiquement les phénomènes de cette maladie et en mesurer l'importance hiérarchique, on voit que le trouble des *forces naturelles* est l'élément le plus radical, le plus essentiel de la maladie. Suivant le docteur J.-P. Tessier, qui a donné dans son livre une analyse si remarquable de cet excès morbide, « les fonctions naturelles sont les premières « atteintes dans le choléra, et leur altération est le phénomène « constant de la maladie à tous les degrés, sous toutes les « formes qu'elle peut revêtir. Les changements que présentent « les qualités extérieures du corps sont on ne peut plus remar- « quables ; ce sont ceux dont l'ensemble donne aux cholériques « l'aspect cadavéreux ; ils dénotent une profonde altération dans « la nutrition des parties solides.... — La vie, dans le choléra, « est atteinte jusque dans son principe, dans sa source, mais « elle ne l'est pas toujours au même degré... » Il faut ajouter à cela, — dans l'ordre des fonctions vitales, — que « le sang « perd la seule propriété vitale dont il jouisse, sa plasticité. « Or, pour le sang, la perte de la plasticité répond à la perte « de la tonicité pour les tissus organisés ; c'est l'abolition du « mouvement spontané moléculaire, de ce qui manifeste et me- « sure la vie... »

Mais, d'un autre côté, pour ce qui concerne la noix vomique, si l'on veut bien analyser de la même manière les propriétés de cette substance, et en déduire sa prédominance d'action, il est facile de voir que c'est, non plus sur les forces naturelles et vitales, mais sur les forces animales que son action porte primitivement et essentiellement. C'est, en effet, par des spasmes douloureux, des secousses tétaniques, des contractures, des paralysies musculaires, soit des membres, soit du tronc, soit des viscères, qu'elle se manifeste surtout. Si les mouvements du cœur se ralentissent, si les phénomènes respiratoires se suspendent, si la peau devient souvent froide et livide, c'est que ces spasmes, ces secousses, ces roideurs, troublent, arrêtent, annihilent le jeu régulier de la contraction musculaire du cœur, du diaphragme et des muscles inspirateurs, et que l'asphyxie s'ensuit. Mais on ne voit pas, comme dans le choléra, cette perte de contractilité des tissus, ce trouble profond de la nutrition, cette émaciation prompte et remarquable. Au contraire, dans l'empoisonnement par la noix vomique, la figure devient plutôt bouffie, le cou se tuméfie ; les yeux, au lieu de s'excaver dans les orbites, deviennent saillants ; le malade s'agite, se tourmente, s'effraye, et tout son corps est baigné de sueur, etc., etc.

On voit par cette comparaison que, au lieu de procéder, comme le choléra, à l'extinction directe de la vie par l'annihilation des forces naturelles et vitales qui l'entretiennent, c'est plutôt par le trouble exagéré et désordonné des fonctions animales que la noix vomique exerce son action.

De là, la recherche par les médecins de l'École hahnemannienne et l'application d'autres agents thérapeutiques, plus précieux que la noix vomique dans le traitement du choléra, et qui sont, en première ligne, l'ellebore blanc, le cuivre, l'arsenic, l'esprit de camphre, etc., etc.

Je n'ai point à donner les indications particulières de chacun de ces médicaments ; cette étude intéressante ne saurait être faite ici. Je mentionne seulement que l'ellébore blanc, — une des substances médicamenteuses dont l'action se rapproche le plus de l'apparence du choléra, au point que plusieurs auteurs, Forestus en particulier, s'y sont trompés, et ont rapporté des observations de cette maladie qui aurait été causée par ce poison ; — que l'ellébore blanc, dis-je, indiqué déjà il y a vingt-quatre siècles, par Hippocrate, contre le choléra-morbus, est encore un des meilleurs moyens thérapeutiques employés contre la même maladie, par les seuls disciples de Hahnemann.

X.

Je dirai brièvement quels ont été les résultats que l'expérimentation de le noix vomique m'a donnés dans le choléra-morbus de 1849 et de 1853. Déjà dans la première de ces épidémies, l'expérimentation auparavant faite par moi de ce médicament, dans certaines cardialgies, et l'analogie apparente de son action comparée aux symptômes du choléra, m'avaient conduit fréquemment à son emploi contre cette dernière maladie. Cette année

surtout, chargé d'une division assez étendue du bureau de bienfaisance du 3ᵉ arrondissement de Paris, division où l'épidémie a sévi avec une certaine intensité, il m'a été donné de pouvoir administrer la noix vomique et la strychnine dans un assez grand nombre de cas. Il m'a été facile de conclure, que si ces substances étaient souvent d'une incontestable utilité dans les cholérines intenses et dans la première période du choléra franc, elles étaient à peu près sans efficacité dans le choléra ataxique et le choléra foudroyant. C'est là, du reste, la conclusion de M. Sée, qui, ne tenant point compte des *formes*, mais seulement des *degrés* de la maladie, a indiqué que la strychnine devait être réservée pour les choléras moyens.

Seulement, on ne peut pas, avec les données de M. Sée, encore moins avec celle de M. Abeille, constituer l'apparence même d'une indication.

Cette indication doit, selon nous, se résumer ainsi : *La noix vomique peut convenir dans le choléra-morbus dans les cas où les forces naturelles sont peu troublées, ou du moins quand leur atteinte se manifeste plutôt par le vice des excrétions et des sécrétions, que par celui des phénomènes de nutrition et de formation ; et surtout lorsque les symptômes des fonctions animales,* crampes, contractures, convulsions, spasmes douloureux, spasmes cardialgiques, etc., etc., *semblent prédominer.* — Cette conclusion n'est pas moins conforme aux faits qu'à la théorie.

XI.

§ I. Un mot sur l'administration de ce médicament : comme pour tous ceux dont on veut obtenir une action nette et bien déterminée, il faut éviter de suivre les errements du vulgaire qui consistent à le donner en compagnie d'agents thérapeutiques, souvent le plus diamétralement opposés. Il n'y a pour ainsi dire pas de médecin de l'École ancienne qui sache s'affranchir de cette habitude funeste. Le plus ordinairement, c'est l'opium qui est l'assaisonnement obligé de toutes ces formules; celle de Strogonoff, citée dernièrement encore, par exemple, contre le choléra, contient, entre autres médicaments, deux parties d'arnica et de noix vomique, et trois parties de teinture d'opium.

— Or, 1° *cette addition de l'opium à la noix vomique*, voici ce qu'elle produit. Lorsque MM. Pelletier et Caventou, après avoir isolé la strychnine de la noix vomique, expérimentèrent sur les animaux ce nouvel alcaloïde végétal, ils trouvèrent ceci :

1 centigramme de strychnine suffisait pour tuer les lapins, les cochons d'Inde, les chats, dans l'espace de 20 à 60 minutes.

1 centigramme de la même substance, préparée par l'acide azotique et l'acide hydrochlorique, faisait mourir les mêmes animaux comme une dose double de strychnine pure, c'est-à-dire, en 5 minutes. L'association à l'acide hydrocyanique tuait aussi plus rapidement.

1 centigramme de strychnine associé à 10 centigrammes de morphine ne produisait de symptômes spasmodiques qu'au bout d'une heure, et encore ces symptômes étaient-ils interrompus par un état de calme. La même chose avait lieu en remplaçant la morphine par 60 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Enfin, 1 centigramme de strychnine associé à 30 centigrammes de morphine, ne produisait plus aucun symptôme évident. De sorte que cette même dose de morphine qui seule avait donné la mort à d'autres lapins, était anéantie par 1 centigramme de strychnine qui, elle aussi, avait été mortelle pour de pareils animaux.

Ces expériences, extrêmement intéressantes, et que l'on paraît avoir oubliées, furent soigneusement répétées, et les mêmes résultats obtenus par Cremer, qui affirma que la morphine était le contre-poison de la strychnine.

Rademacher, dans ses expérimentations de la noix vomique contre la dyssenterie, pour empêcher ou atténuer les aggravations que donnait ce médicament, ne trouvait rien de mieux que de le combiner avec la teinture d'opium, c'est-à-dire de le neutraliser au moins en partie.

Alibert et Richeraud regardaient les opiacés comme les meilleurs moyens, après les vomitifs, contre l'empoisonnement par la noix vomique.

Miquel, en 1826, apaisa à l'aide de la morphine les terribles effets des semences du vomiquier.

Ceci suffit et au delà, pour démontrer que la noix vomique et l'opium, qui entrent si souvent dans les mêmes formules contre le choléra, *se neutralisent réciproquement dans leurs effets thérapeutiques.*

2° Après l'opium, le *camphre.* Voici encore une substance toxique dont on abuse terriblement dans la pratique vulgaire du choléra. Beaucoup de médecins l'ordonnent fréquemment à l'extérieur et à l'intérieur, contre les crampes, dans cette maladie. Ce n'est pas que ce médicament ne puisse rendre des services réels quand son indication rigoureuse existe et surtout quand son mode d'application est convenable; mais donné à hautes doses, en même temps ou dans les mêmes associations que la noix vomique, il en paralyse les effets.

1. Au commencement de l'épidémie de cette année je soignais, au bureau de bienfaisance, la femme Deforge, rue Chabrol, 21, atteinte d'un choléra franc. Bien qu'il y eût un commencement de cyanose et d'algidité, que la nutrition eût été troublée dès les premières heures par une émaciation profonde et rapide ; en un mot, que les forces naturelles fussent gravement atteintes, cependant les désordres des fonctions animales étaient de leur côté si violents, que je présumai la noix vomique indiquée et que je l'administrai à la dose de deux gouttes dans la quantité ordinaire d'eau distillée en teinture — par cuillerée à bouche toutes les heures. — Un mieux sensible ne tarda pas à se manifester par rapport aux phénomènes contre lesquels j'administrai le médicamen (crampes fréquentes, cardialgie excessive, vomissements et déjections répétés). Et cette amélioration se manifesta peu après également du côté de la cyanose, de l'algidité, de l'aspect cadavéreux du visage. Le troisième jour, la résolution de tous les phénomènes graves paraissait complète. Mais le 4ᵉ jour, dès la visite du matin, je retrouvai la malade au plus mal. Le froid, la teinte livide, la viscosité de la peau, le ralentissement du pouls, la barre épigastrique, l'anxiété, les déjections étaient plus intenses que jamais. Je ne tardai pas à découvrir la cause de cette aggravation, — une odeur de camphre m'en disait la raison. J'appris que la veille dans la soirée une parente, pleine de zèle, avait apporté et placé du camphre dans tous les coins et les recoins de la chambre petite et peu aérée occupée par la malade, et que peu de temps après, celle-ci, incommodée par cette odeur pénétrante et forte, avait été reprise de tous ses accidents. Le camphre éloigné, la chambre ventilée autant qu'il fut possible, la noix vomique continua dès lors sans influence contraire, les accidents diminuèrent aussitôt et disparurent rapidement.

2. Dans le même temps, une jeune fille de 16 ans fut prise de choléra, après avoir soigné un jeune enfant mort en peu d'heures de cette maladie. — La forme était franche. Les crampes, les vomissements et les déjections alvines aqueuses étaient dès le début les phénomènes les plus tranchés. Je donnai la noix vomique aux mêmes doses que précédemment. Mais le même jour une voisine, fanatique à l'endroit du camphre, intervint de son autorité privée. Le médicament en question fut administré à grandes doses, en lavements, en frictions, en *fragments* sur la langue, et comme on peut le croire, sans grandes précautions. Dès ce moment, les symptômes qui, jusque-là avaient été stationnaires sous l'influence de la noix vomique, prirent une intensité redoutable, et la jeune fille succomba dans la nuit à la suite de phénomènes *nerveux* et asphyxiques, triste victime d'une aussi imprudente médication.

Maintenant si l'on consulte les travaux de l'Ecole dite allemande, partout le CAMPHRE est donné comme **UN DES ANTIDOTES DE LA NOIX VOMIQUE.**

3° *L'ammoniaque,* et ce que l'on nomme les ***stimulants diffusibles,*** peuvent être rangés encore parmi les moyens qui peuvent neutraliser l'action de la noix vomique.

Sauvages rapporte le fait suivant : un étudiant en médecine ayant avalé une semence entière de noix vomique pulvérisée, se

guérit parfaitement en prenant de quart d'heure en quart d'heure 6 gouttes d'*alcali volatil*.

Bardsley ayant vu la strychnine, à la dose de 0,07 centigr. dans les vingt-quatre heures, produire des symptômes toxiques, parvint à les calmer à l'aide de l'*alcool* et de l'*éther*.

Voilà des faits qui contiennent, ce me semble, d'importantes révélations pour la pratique. Comment se fait-il donc que l'on n'en tienne aucun compte, et que l'on continue à administrer le plus souvent tous ces médicaments à la fois?

Je connais un fait qui a été donné comme exemple d'un *traitement énergique* employé sans succès contre un cas grave de choléra On trouve, dans ce traitement, justement l'administration simultanée de la strychnine et de l'opium, du camphre et de l'ammoniaque, sans compter l'immersion dans l'eau de moutarde, etc. Il est difficile de se faire une illusion plus grande sur l'*énergie* d'une telle médication, dont les éléments répugnent les uns aux autres et se neutralisent réciproquement. N'est-ce pas là le cas de répéter, avec un publiciste célèbre : « Tout accou-« plement monstrueux a pour condamnation inévitable la sté-« rilité. » Ou bien de rappeler Hippocrate, et de dire avec lui : « *Medicamentorum varietas ignorantiæ filia est.* » Cette pensée philosophique du père de la médecine n'est-elle pas toujours juste et vraie?

On ne saurait donc condamner assez hautement cette manie antiscientifique des recettes et des formules contre le choléra, dont l'abus est poussé jusqu'au scandale, et qui font de la thérapeutique un véritable chaos. « J'ajoute, — disait dernièrement le docteur Munaret, — que la polypharmacie est la très-proche parente du charlatanisme, qui protége, par une occulte solidarité, la réputation du praticien médiocre et les intérêts d'une profession qui s'en va (1). »

XII.

Reste la question des doses.

Dans les cardialgies où la noix vomique m'a paru indiquée, j'ai donné la strychnine à la dose de 1 centigr., de 1 milligr., ou la teinture de noix vomique à la dose de 1 à 4 gouttes, en solution dans 125 à 150 grammes d'eau distillée, par cuillerées à café, trois fois par jour, dans un verre d'eau sucrée, avant les repas. Dans le choléra-morbus, j'ai prescrit de moindres doses encore, avec la précaution de les faire répéter plus fréquemment, tous les quarts d'heure ou toutes les heures, selon les cas. Mais je dois dire, de plus, que mes expérimentations sur l'étendue de l'échelle posologique de ce médicament me l'ont fait employer dans le choléra comme dans les cardialgies, d'atténuation en atténuation, à des doses que certains esprits prévenus, et habitués aux seules doses toxiques, ne manqueront pas de trouver *ridicules*, parce que n'ayant jamais pris la peine de les expérimenter, ils ne les connaissent pas. « On traite volontiers « d'inutile ce qu'on ne sait pas, — a dit Fontenelle, — c'est une « espèce de vengeance. » Mais, tôt ou tard, les faits crient plus haut que les préjugés : laissons donc crier ceux-ci, et tenons-nous-en à ceux-là.

Or, les faits sont invincibles pour démontrer que, lorsque l'on administre la noix vomique comme tout autre médicament, d'après la loi d'analogie, les doses *toxiques* sont en général peu salutaires et peuvent être souvent funestes : et c'est là ce qui explique d'une part les revers avoués par quelques expérimentateurs, et d'autre part la répugnance des praticiens à user de tels médicaments. Au contraire, les doses *atténuées* des mêmes médicaments, en tenant compte des indications positives, n'ont aucun inconvénient, agissent avec plus de certitude : c'est dire qu'il faut non seulement les employer, mais les préférer.

Maintenant, quant à fixer la limite de cette posologie, je ne le ferai point. Personne ne peut le faire encore! Évidemment, c'est une question réservée, que l'avenir résoudra sans doute et que je n'ai pas la prétention de trancher en ce moment. Dans l'École ancienne, aucun travail n'a été même tenté pour connaître la limite d'action des médicaments. Dans l'École thérapeutique moderne, l'immense travail de Hahnemann mérite d'être vérifié. Il y a là un sujet pratique du plus haut intérêt. Il faut y travailler — non avec défiance, mais avec conscience, — non sous l'empire des préjugés, mais sur le terrain de l'observation. C'est là notre but, ce sera bientôt celui de tous les sincères amis du progrès.

Comment donc notre savant confrère de Clermont, lui qui reconnaît que le principe de l'École moderne allemande est celui des véritables indications, est-il venu trancher la question posologique d'une façon aussi péremptoire? Quand on annonce que l'on a l'habitude d'aborder de front toutes les difficultés, ce n'est pas sans doute pour s'en tirer avec des réticences et des contradictions. M. Imbert veut bien accorder que les chiffres des succès de l'École allemande dans le choléra méritent une grande considération, parce qu'ils émanent d'une École sérieuse et très-sérieuse, et d'autre part il taxe d'exagérations et d'erreurs les doses qu'elle emploie. Si ce sont là des erreurs, comment ces résultats seraient-ils sérieux? — Le même auteur avoue que l'échelle posologique des médicaments est plus étendue que nous ne l'avions soupçonné jusqu'ici, et que c'est à l'observation seule à fixer ses limites extrêmes pour chaque médicament; mais pourquoi donc cet *observateur* dédaigne-t-il d'invoquer l'observation, et se contente-t-il d'invoquer à la place le bon sens *français?*

Et cela, dans une question que l'observation seule peut résoudre et à le droit de résoudre, avec ou sans la permission du sens commun. Il n'y a pas d'autorité contre des faits vérifiés par des milliers de témoignages. Mais en matière d'observation, l'opinion d'un homme ou le sens commun de plusieurs, ne comptent pour rien. Montaigne a dit : « Il ne faut pas juger possible ce qui ne « l'est pas, par ce qui est croyable et incroyable à notre sens. » Il faut étudier et observer voilà tout.

Laissons le refrain du *sens français* et les vulgarités du sens commun. Ces arguments ne sont pas dignes d'un savant, et puisque les savants peuvent être quelquefois, plus que les simples mortels, esclaves des préjugés et du doute, nous leur dirons, nous leur répéterons, comme à notre ami M. Imbert, cette vérité de l'immortel Shakespeare : « Nos doutes sont des traîtres et nous « font perdre le bien que nous pourrions obtenir, en nous ôtant « le courage de le tenter. »

CONCLUSIONS. — Dans le choléra-morbus, comme dans toute autre maladie :

1° La recherche des spécifiques est une chimère qui est sans utilité, mais non pas sans dangers;

2° L'emploi empirique des formules et des recettes, composées de moyens le plus souvent contradictoires, est une véritable mystification indigne de l'art;

3° La médecine des *indications* peut rendre seule d'incontestables services, à la condition que les *indications*, au lieu d'être *hypothétiques*, et que les *médications*, au lieu d'être *arbitraires*, soient les unes et les autres également positives;

4° Les *indications positives* se tirent de l'*ensemble des caractères* de la maladie, de ses formes, de ses degrés, de ses périodes, etc., etc., mais suivant *une hiérarchie* dans ces indications.

Pour le choléra-morbus, l'une des indications capitales se tire surtout de l'état *des forces naturelles* et des phénomènes de formation;

5° Les *médications positives* se tirent surtout de la *méthode* expérimentale appliquée à l'homme sain, — et du rapport qui existe entre les effets du médicament à employer et les symptômes de la maladie à guérir;

6° *Cette méthode,* plus ou moins avouée, semble inspirer les récentes *découvertes* de la thérapeutique. La noix vomique en est un exemple, dans la cardialgie et dans le choléra;

7° Ce médicament ne répond pas à l'ensemble des caractères et des formes du choléra-morbus. Il y répond moins que le veratrum album, l'arsenic, le cuivre, l'esprit de camphre, l'acide

(1) « Nous ne voyons pas, dans la pharmacie, une profession *qui s'en va* (ce « qui est vraiment utile ne doit pas périr), mais une science qui se transforme « pour répondre aux besoins nouveaux de la thérapeutique dont elle fait partie. » (Dr F. Gabalda.)

phosphorique, etc. Mais chacun de ces médicaments doit être donné *suivant la spécialité* et *l'opportunité de son indication.*

La noix vomique n'est donc point le spécifique du choléra;

8° L'*expérimentation empirique* ne donne sur ses effets que des résultats contradictoires.

Le *système des indications conjecturales* le repousse *à priori,* sans en avoir le droit.

La *méthode des analogies positives,* proclamée par l'Ecole hahnemannienne, détermine seule sa valeur et ses indications, comme le prouvent les travaux remarquables et nombreux qu'on peut consulter à cet égard;

9° Cette méthode a, de plus, l'avantage de n'employer jamais ce médicament à des doses capables de produire de funestes résultats; mais à des doses assez atténuées pour réduire la substance à ses effets purement dynamiques. C'est sur ces atténuations, mal connues, mal appréciées (l'étendue de l'échelle posologique n'ayant jamais été scientifiquement fixée), que nous appelons, en terminant, l'attention sérieuse de nos confrères, et l'épreuve décisive de l'expérience.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106 *et* 108 *du tome* 2.)

VINGTIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance, nous avons commencé l'histoire de l'étranglement en général, et nous avons vu qu'au moyen âge, quand les chirurgiens n'avaient la ressource ni de l'anatomie pathologique, ni même de l'anatomie normale, ils avaient été frappés de la dureté des hernies étranglées; pour eux, c'étaient des matières fécales durcies, qui amenaient dans l'intestin, où elles s'accumulaient, un certain degré d'inflammation. Plus tard, on vit que ces tumeurs, que l'on incisait, étaient remplies de gaz; voilà un nouvel élément, les ventosités, et l'on introduit un nouveau mot, l'incarcération; à tout cela Franco ajoute les ventosités et l'inflammation.

Enfin, au XVIIIe siècle, quand on opéra ces tumeurs, on introduisit dans la science une nouvelle dénomination, l'étranglement. Comment, pour les chirurgiens de cette époque, l'étranglement herniaire se faisait-il? Nous touchons à l'Académie de chirurgie.

En 1720, Garengeot, écho des colléges de chirurgie, admettait dans l'étranglement un amas de matières fécales dans une portion d'intestin, et une inflammation qui, partie de ce point, se propageait à l'anneau ; mais ici, messieurs, je traduis la phrase de Garengeot, sans quoi on en est à se demander s'il se comprenait lui-même quand il l'a écrite.

Ledran dit que les matières accumulées enflamment l'intestin et donnent ainsi naissance aux phénomènes de l'étranglement. Suivant lui, une seconde cause de ces accidents est que, l'intestin étant ulcéré, l'anneau peut s'enflammer et étrangler la hernie; mais cette inflammation, loin de resserrer l'anneau, tendrait, au contraire, à l'élargir.

Au dire d'Arnaud, l'étranglement provenait d'une surabondance d'intestin sorti; il faut, en effet, ou que l'anneau qui a livré passage à l'intestin se soit rétréci, ou que les matières sorties se soient épaissies. L'Académie de chirurgie est fondée; elle jugea nécessaire de renseigner les praticiens sur l'étranglement : elle en chargea Boursault, qui fit un Mémoire sur les diverses espèces d'étranglement. Il n'avait pas fait d'autopsies, il n'avait pas interrogé l'anatomie pathologique, il avait consulté Franco, qui lui avait dit : Il y a de l'engouement. On fait donc revivre la doctrine de l'engouement, qui depuis longtemps avait disparu. Il y a donc engouement par l'accumulation des matières fécales, puis survient de l'inflammation. Pour donner plus de poids à son Mémoire, Boursault y avait joint trois ou quatre observations dans lesquelles l'administration d'un purgatif avait suffi pour faire rentrer dans son domicile une hernie étranglée par engouement : c'était tout au plus un épiplocèle; mais, pour des hernies étranglées par l'inflammation, il n'en cite pas un seul cas.

Comme ici se trouve l'origine de la grande doctrine moderne sur l'étranglement herniaire, permettez-moi de vous dire quelques mots; cet historique est fort important, car il est honteux que jusqu'à Boursault on ait cru à des doctrines aussi mal fondées. Eh bien ! messieurs, ces doctrines sont les plus avancées de l'époque moderne.

Plus tard l'opération de la hernie étranglée s'est répandue en Italie : Scarpa étudie donc l'étranglement; il se rappelle, dit-il, qu'on a appelé cela incarcération, c'est la même chose, et l'on prend indifféremment les deux dénominations l'une pour l'autre. Mais, ne pourrait-il pas y avoir un étranglement spasmodique? Je crois bien que Scarpa avait consulté Richter, lequel n'entendait pas grand'chose aux hernies. Au lieu de suivre les doctrines françaises sur la hernie étranglée, Richter étudie l'étranglement inflammatoire; il se demande s'il ne pourrait pas y en avoir d'autres, et pour s'en assurer, ce n'est pas à l'hôpital, au lit du malade, qu'il fait ses recherches, ce n'est pas à l'ouverture des cadavres et à l'examen anatomique qu'il demande des lumières, c'est sous son bonnet qu'il le prend; pourquoi n'y aurait-il pas un étranglement bilieux? Pourquoi pas? c'est vrai, mais nous pourrions bien dire nous : Pourquoi y aurait-il un étranglement bilieux? et cela pourrait bien nous mener très-loin sans rien nous apprendre. On n'a pas pris au sérieux cet étranglement bilieux.

Pour l'étranglement spasmodique, Richter disait : Il me paraît très-vraisemblable que cet étranglement doit être caractérisé par tel ou tel signe. Qu'est-ce qui cause cet étranglement? Il me paraît aussi vraisemblable que ce sont telles et telles causes : le traducteur met en note : « Schmidt confirme le sentiment de Richter, » qui, s'il eût commenté Schmidt, aurait très-certainement dit la même chose. Ce sont donc des étranglements de *sentiment,* qui ne pouvaient pas entrer dans la science.

Il ne sera pas dit qu'un médecin aura écrit quelque chose d'absurde sans qu'un autre médecin vînt dire : « Cela pourrait bien se passer d'une autre façon. » Scarpa a donc imité Richter, et il a cru à un spasme du tube digestif, mais il n'en cite pas un seul fait.

A. Cooper lui-même, qui pourtant faisait la chirurgie avec des faits cliniques et anatomiques, a donné aussi dans l'étranglement spasmodique, il avait aussi sa petite théorie là-dessus; il croyait l'étranglement très-rare à l'anneau externe, mais à l'anneau abdominal, c'est bien différent. Il finit cependant par dire qu'il n'y a pour lui qu'un seul étranglement; mais il avait tort en cela, car la chirurgie française reconnaissait deux états différents dans l'étranglement. C'est Boyer qui, malgré l'erreur de ses doctrines, distingua le premier ces deux états différents, l'étranglement inflammatoire et l'engouement : Boyer, chirurgien en chef d'un des grands hôpitaux de Paris, Boyer fléchit les genoux devant l'Académie de chirurgie! L'Académie avait beaucoup laissé à faire à Boyer. « L'étranglement, dit-il, consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières, interruption qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie et qui provoque des accidents graves. »

Cette définition pèche beaucoup, car elle laisse de côté toutes les hernies épiploïques, dont l'étranglement n'amène pas un arrêt du cours des matières.

Les preuves que donne Boyer, à l'appui de sa définition et de sa doctrine, sont déplorables : 1° les matières s'accumulent d'autant plus que rien ne les force à sortir; ainsi, on trouve toujours les matières fécales accumulées dans les vieilles hernies. En examinant cette théorie avec les yeux de la raison pure, cela paraît assez naturel : la hernie étant sortie, n'est plus soumise à l'action des muscles qui entourent l'abdomen; il doit donc y avoir arrêt des matières dans ces anses intestinales sorties. Eh bien! cela n'est pas; c'est un malheur de s'appuyer sur l'abo-

minable routine d'ignorants qui ont parlé à tort et à travers de choses qu'ils n'ont jamais étudiées. Boyer n'avait pas un seul fait à citer à l'appui de ce qu'il avançait.

J'ai rapporté l'observation d'une hernie qui avait 62 centimètres de circonférence, sonore partout; la digestion se faisait très-bien. J'en ai rapporté deux autres cas : l'une de ces hernies avait $0^m,56$, et l'autre $0^m,54$ de circonférence. J'ai, dans ce moment, à l'hôpital Saint-Louis, dans mon service, une femme dont la hernie a $0^m,67$ de circonférence; elle est sonore partout.

Ce sont des cas observés sur le vivant, a-t-on dit, et j'ai pu me tromper sur le vivant. J'ai donc fait l'autopsie d'une grosse hernie qui ne contenait rien que de l'intestin grêle; il n'y avait pas plus de matières que dans tout le reste du petit intestin. On a objecté que, dans l'intestin grêle, les matières sont trop liquides pour pouvoir s'y accumuler; mais dans une hernie volumineuse, où le colon était renfermé en grande partie, j'ai trouvé des matières fécales accumulées dans l'intestin, au-dessus de l'anneau; j'ai trouvé un autre crottin au-dessous de la portion étranglée, mais la hernie était vide.

Dans les opérations, on ne trouve pas ces accumulations de matières; mais il y a une observation d'une pauvre petite hernie très-rare qu'a rencontrée J.-L. Petit : un homme qui avait mangé des alouettes, et qui avait tout avalé, squelette et tout, on trouva les pattes des alouettes dans la hernie; je crois que ce n'est pas là de l'engouement. On a trouvé, dans un ou deux cas, un peu de matières dans l'intestin hernié, mais je déclare hautement que ce n'est pas un petit crottin comme celui-là qui amènera des accidents aussi formidables que ceux de la hernie étranglée.

Quelles sont les conséquences de cet amas de matières? Quand il est très-petit, et l'ouverture large, cela ne donne lieu qu'à des coliques et du borborygme; mais s'il est considérable, et l'ouverture petite, il y aura un étranglement.

C'est à merveille; mais, dans la même page, Boyer conclut que l'étranglement par engouement survient dans les hernies grosses et anciennes : c'est donc tout le contraire de ce qu'il disait tout à l'heure, que l'engouement se montrait surtout dans les petites hernies.

Symptômes. — Cet étranglement par engouement diffère de l'autre, parce que l'étranglement, ici, procède toujours avec lenteur; mais quelquefois, l'inflammation survient et accélère la marche des accidents : il y a là quelque chose de vrai, mais que la théorie a transformé en une chose fausse; ce serait peu important, si cela ne devait pas avoir des conséquences pratiques de la plus grande gravité : j'ai signalé déjà ce qu'il y avait de téméraire dans la manière de faire de Boyer : chez les sujets fort avancés en âge, et d'une grande faiblesse, l'opération pour l'engouement doit se pratiquer dans les trois premiers jours de l'étranglement, *bien que les accidents n'augmentent pas et que la nature de l'étranglement permette du délai.*

Il n'y a pas, dans toute la chirurgie, de précepte plus mortel que celui-là, car il est très-fréquent que l'on soit appelé pour de prétendus étranglements, c'est de l'engouement lent, qui peut fort bien attendre, et Boyer dit, au contraire, qu'il faut se hâter d'opérer. Du reste, Boyer ne croyait pas l'opération dangereuse; lorsqu'elle tuait, cela était dû à l'inflammation et non à l'opération : vous pourriez aussi bien dire que les amputations de cuisses et de jambes ne tueraient personne s'il ne survenait pas d'inflammation. Je reviendrai là-dessus.

Quoi! on coupe la peau, du tissu cellulaire, du tissu fibreux, l'anneau, le péritoine qui n'est vivant, dit-on, et cela ne serait pas dangereux s'il ne survenait pas d'inflammation! Vous avouerez que c'est une singulière manière d'envisager la chirurgie.

Percival Pott fut appelé un jour auprès d'un malade dont la hernie s'était gonflée sous l'influence d'un coup de pied de cheval; il donne un purgatif, pas de matières fécales; trois jours après, nouveau purgatif, pas de selles; on opère le malade et il meurt. On trouve quoi? Un épiplocèle. Voilà pour le XVIIIe siècle.

Dupuytren cite un chirurgien qu'il ne nomme pas, mais qui pourrait bien être lui-même : on fait l'opération le troisième jour, et on trouve du pus dans le sac, pas de viscères : le malade était mort une heure après l'opération. Vous trouverez cela dans les *Leçons orales* de Dupuytren.

Dans un autre cas, Dupuytren parle de ce qui lui est arrivé à lui-même : un individu est apporté à l'Hôtel-Dieu avec de la constipation, des vomissements, du hoquet; cela peut tenir à une hernie ou à une péritonite; le malade avait deux hernies inguinales, dont une était sortie la veille; un médecin l'avait rentrée de suite, et malgré cela les accidents avaient augmenté : il fit saigner son malade, un lavement amena des selles abondantes et fit cesser les vomissements : le succès était complet; néanmoins Dupuytren, en y réfléchissant bien, trouve là les signes de l'étranglement; il ne restait plus que les hoquets, ils disparurent dans la soirée : malgré cela, le chirurgien, persuadé du peu de gravité des accidents que pouvait développer l'opération, et voulant soustraire son malade aux dangers de l'étranglement, opère la hernie droite; il n'y avait pas d'étranglement; il opère la hernie gauche, il n'y en avait pas non plus : le malade guérit tout de même : il faut avouer qu'il l'a échappée belle. « Il est fort douteux (ajoutent les rédacteurs des *Leçons orales*), que cette double opération ait contribué à la guérison.»

Mon collègue, M. Gerdy, qui sait ce que c'est que les hernies, reçoit dans son service un individu qui avait une grosse hernie douloureuse, sans autre signe d'étranglement : on fait le taxis, la douleur augmente; on applique 30 sangsues. Le lendemain, on recommence le taxis, le malade a du délire : nouvelle application de sangsues et purgatif; la hernie ne se réduit encore pas; alors, de peur que la douleur ne masque les signes de l'étranglement, on se hâte de pratiquer le débridement : il n'y avait pas d'étranglement; le malade succomba vingt-quatre heures après l'opération.

M. Guersant reçoit dans son service un enfant porteur d'une hernie étranglée, sans vomissements ni hoquets, etc. : on fait six fois le taxis, mais inutilement, et, de guerre lasse, on pratique l'opération. Que trouve-t-on? Une épiplocèle gangrénée.

Enfin, messieurs, voici un fait qui m'appartient : je remplaçais, en 1837, un collègue à la maison de santé; on m'apporte un jour un homme qui avait une tumeur abdominale irréductible, dure, à peine douloureuse; le malade, néanmoins, était très-abattu : je conclus à un engouement, et je pratique le taxis. Je me fis relayer par mes internes, et nos tentatives furent continuées pendant sept quarts d'heure, sans amener de résultat. Le malade vomit de la bile verte : je le laissai reposer un peu, puis je pratiquai de nouveau le taxis. Ne pouvant réduire cette hernie, je me décide, après six heures, à faire l'opération : j'opère donc, et je trouve une épiplocèle qui avait partout contracté des adhérences. Je crois pardieu bien que la hernie ne pouvait pas rentrer! — J'avais ainsi trituré l'épiploon pendant plusieurs heures. Le malade succomba, et nous trouvâmes une épiploïte suppurée.

Dans tous ces cas, messieurs, nous étions parfaitement dans notre droit, d'après Boyer; mais gardez-vous bien maintenant d'être aussi téméraires : cette opération prématurée est meurtrière, elle tue presque infailliblement. Nous agissions, nous, suivant les préceptes du maître; mais vous, qui en connaissez tous les dangers, vous n'auriez plus cette excuse.

Ce coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de l'étranglement n'est donc pas sans utilité, comme vous le voyez, car je vous ai montré ce que valait cette doctrine de Boyer, qui a pourtant séduit nombre de bons chirurgiens.

Qu'y a-t-il donc de vrai dans la doctrine française? C'est l'*irritation* de la hernie, tantôt très-légère, fugace, tantôt plus forte, allant jusqu'à l'inflammation adhésive ou suppurative, toujours sans étranglement primitif, quelquefois consécutif.

Dans l'étranglement vrai, que l'on appelle *inflammatoire*, il n'y a pas d'inflammation, d'abord. La première chose, c'est la striction de l'intestin, assez forte, quelquefois, pour le couper, et l'inflammation ne vient qu'après; mais le *pseudo étranglement*, ce qui pourrait avoir donné à Richter son idée de l'étran-

glement spasmodique, c'est l'inflammation primitive de la hernie, à laquelle succède quelquefois l'étranglement.

A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du lombago par le massage et le chloroforme.

M. Bonnet, de Lyon, en parlant des affections articulaires de la colonne vertébrale, traite incidemment des lombagos, et rapporte plusieurs cas de cette maladie dans lesquels le massage a fait disparaître immédiatement la douleur. M. Nélaton a eu récemment l'occasion d'expérimenter cette méthode curative, et nous devons dire que le résultat en a été aussi heureux que rapide. Il s'agissait d'un homme qui, le 30 juillet dernier, était tombé à la renverse sur le dos. A la suite de cette chute, la masse commune des muscles sacro-lombaire et très-long du dos devint le siége de douleurs que les mouvements de torsion et de flexion du tronc rendaient excessives. M. Nélaton, ayant reconnu la nature du mal, procéda, sans délai, au massage dss parties endolories. Il commença par enduire de cérat toute la région lombaire, pour faciliter le glissement des mains et prévenir la rubéfaction et l'irritation de la peau. Cette précaution prise, il pétrit énergiquement avec le pouce et l'index la masse musculaire malade, et continua cet exercice pendant cinq minutes; un interne le remplaça et agit de la même manière pendant sept autres minutes. Au bout de douze minutes de massage, le malade se leva, et, à sa grande surprise, il put marcher et exécuter des mouvements qui étaient impossibles auparavant; la douleur n'était pas complétement éteinte, mais amoindrie, au point d'être très-tolérable.

Avant de recourir au massage, qui de tous les moyens est le plus expéditif et le plus simple, M. Nélaton combattait le lombago par des applications de chloroforme pur. Ce chirurgien a vu un certain nombre d'individus atteints de torticolis aigu de nature rhumatismale, et de lombago, être soulagés au bout de quatre à huit minutes, quand on appliquait sur le siége de leur mal, des compresses imbibées de chloroforme pur, doublées extérieurement de taffetas gommé, pour prévenir l'évaporation du liquide anesthésique. Ce topique produit d'abord une sensation de chaleur très-voisine de celle de la brûlure, sensation pénible qui nécessite un certain empire sur soi pour être supportée; mais au bout de six minutes, on retire la compresse, et alors on voit des mouvements, jusque-là impossibles ou douloureux, s'exécuter avec une facilité relative, qui indemnise amplement le malade de la souffrance artificielle qu'il a éprouvée. Le chloroforme pur et le massage sont donc deux agents de médication également précieux dans le traitement du lombago, puisqu'ils enlèvent en quelques minutes une maladie qui, abandonnée à elle-même ou traitée par d'autres moyens, ne dure pas moins de six à huit jours.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Distribution annuelle des prix à l'hôpital des Enfants malades.* — L'introduction de la gymnastique à l'hôpital des Enfants malades, dont nos lecteurs ont pu apprécier les beaux résultats en lisant récemment l'intéressant Mémoire de M. Blache, n'a pas été seulement un bienfait pour la santé des jeunes malades confiés aux soins de l'administration de l'Assistance publique. Pour stimuler le zèle des jeunes malades, l'habile professeur, M. Laisné, a créé d'abord quelques modestes récompenses pour les plus assidus, et M. le directeur de l'Assistance publique, appréciant les heureux effets de ces premières tentatives, a eu la bonne pensée de les étendre et de les régulariser, et grâce à son zèle éclairé, qu'il a eu l'extrême modestie d'oublier dans son allocution, nous avons pu, pour la quatrième fois déjà, assister à la petite solennité annuelle qu'avec une véritable exactitude, M. Davenne a pu appeler une fête de famille. Au reste, quelque peu de retentissement qu'ait cette touchante cérémonie, quelques spectateurs distingués par leurs talents, leur position ou leur amour du bien, viennent chaque année prouver à M. le Directeur Général, ainsi qu'au personnel médical et administratif de l'hôpital, que ses efforts sont appréciés. Parmi ces personnages de distinction, nous avons cette année remarqué M. Delamarre, dont on connaît les remarquables travaux sur la *vie à bon marché*, ou plus exactement, sur l'amélioration de la condition des classes peu aisées. Dans quelques mots empreints du cachet de la véritable philanthropie, M. le Directeur Général a indiqué le but et le caractère de la réunion qu'il présidait. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ses propres paroles.

« Messieurs, il y a un an, à pareille époque, nous nous réunissions comme aujourd'hui, dans cette modeste enceinte, pour assister à la distribution des récompenses obtenues par les plus méritants parmi nos jeunes malades en état de suivre les leçons et les exercices dont nous cherchons à les faire profiter.

« Nous avons tous emporté de cette solennité de famille, il vous en souvient, une pensée consolante : c'est que les maux qui affligent cette partie intéressante de notre population hospitalière sont adoucis, autant qu'ils peuvent l'être, par les soins maternels d'une intelligente charité comme par les efforts persévérants de la science; c'est que, pour ceux de ces pauvres enfants qu'une maladie cruelle, et malheureusement trop commune, condamne à passer des années dans cet asile, rien n'est négligé de ce qui peut tendre à les instruire, à les diriger dans les voies de la religion et de la morale; c'est enfin qu'en venant chercher ici la guérison de leurs maux physiques, ils y trouvent encore, avec la tendre compassion dont leurs jeunes cœurs ont tant besoin, la puissante diversion qu'apportent à de longues souffrances les travaux du corps et de l'esprit mesurés à chacun selon ses forces.

« S. M. l'Impératrice, providence visible de tous les malheureux, étend particulièrement sa protection sur l'enfance du pauvre : la soulager dans ses souffrances, la moraliser, l'instruire, tels sont les devoirs que dictent, à l'Administration de l'assistance, ses bienfaisantes inspirations, auxquelles nous sommes heureux d'obéir.

« C'est, vous le savez, messieurs, sous cet auguste patronage qu'un nouvel hôpital d'enfants vient d'être ouvert dans le faubourg Saint-Antoine, aux acclamations de toute une population reconnaissante; que des essais se poursuivent à l'effet de constater l'efficacité du traitement de la scrofule des enfants par les eaux de Forges, essais dont les résultats justifient de plus en plus nos espérances. Enfin, c'est encore à la munificence de LL. MM. que nos jeunes lauréats sont redevables de la plus grande partie des dons qui vont leur être distribués comme prix de leur application au travail et de leur bonne conduite.

« Des exemples partis de si haut ne pouvaient manquer de trouver des imitateurs. Déjà les maisons de convalescence créées et entretenues, l'une à la Rocheguyon, par M. Georges de Larochefoucauld, qui vient d'être agrandie et complétée, l'autre à Paris, par M. Joseph de la Bouillerie, comme annexe de la Société de patronage des jeunes ouvriers, reçoivent depuis longtemps les jeunes garçons sortant de nos hôpitaux. Mais rien de semblable n'avait été fait jusqu'ici pour les filles. Cette lacune va bientôt être comblée par un nouveau bienfait de la charité privée : une maison suffisamment spacieuse avec un jardin attenant, située au village de Lhay, dans l'exposition la plus salubre, sera très-incessamment ouverte à nos jeunes convalescentes, qui y trouveront, sous la direction des dignes sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, tous les soins matériels et moraux qui sont prodigués à leurs frères d'infortune dans les deux asiles dus aux bienfaiteurs que nous venons de nommer.

« Ajoutons que plusieurs dons particuliers sont venus se joindre à celui que LL. MM. ont daigné nous faire remettre, pour contribuer à la solennité de ce jour. Madame la supérieure de cet établissement, MM. Jos. de la Bouillerie et Georges de Larochefoucauld, dont les noms se présentent si souvent sous notre plume, y ont apporté leur généreux contingent. Une autre offrande mérite aussi d'être mentionnée particulièrement : c'est celle d'une somme de 25 francs, versée, au nom de la Société de patronage des jeunes ouvriers, par des membres de cette Société, qui tous, ou presque tous sortis de cet hôpital, ont voulu témoigner ainsi leur reconnaissance des bons soins qu'ils y ont reçus. Il suffit de citer un pareil trait pour en faire ressortir la touchante moralité.

« Admirons, messieurs, cet élan sympathique, ce concours généreux d'efforts et de sacrifices de tout genre, encouragé, stimulé par un pouvoir qui sait si bien pratiquer la bienfaisance et en inspirer le sentiment par son exemple.

« Et vous, chers enfants, que votre reconnaissance pour les soins que nous prenons de vous remonte jusqu'à votre auguste protectrice, dont, en vous les prodiguant, nous ne faisons que seconder les intentions, accomplir la volonté. Apprenez à l'aimer, à la bénir; la tâche vous sera douce et facile; et que désormais les noms révérés de Napoléon et d'Eugénie s'unissent et se confondent dans vos sentiments de respectueuse gratitude, de même que dans les prières que vous adressez à Dieu chaque jour, comme aussi dans le souvenir ineffaçable que vous garderez de leurs bienfaits. »

Après ces paroles, que le jeune auditoire a chaleureusement applaudies, M. le docteur Jadelot a tracé, dans une remarquable allocution que le défaut d'espace nous empêche de reproduire, les principes qui doivent guider le médecin et l'administration elle-même dans les soins à donner aux enfants, soins qui ne consistent pas seulement dans la prescription de quelques médicaments, mais bien dans une intelligente application de tous les moyens qui peuvent favoriser le développement normal du corps, et diriger convenablement les aptitudes de l'esprit; M. Jadelot a rendu un hommage public au zèle et à l'intelligence du professeur de gymnastique, M. Laisné, et, en nous entretenant des diverses améliorations introduites dans le traitement des maladies de l'enfance, il nous a surtout révélé ce fait remarquable, que sur 44 enfants scrofuleux envoyés cette année aux eaux de Forges, 41 en sont revenus avec une amélioration des plus prononcées. Cet établissement thermal pour les enfants pauvres est donc une création dont on ne saurait trop s'applaudir.

Grâce aux libéralités de divers donataires dont M. le Directeur Général a cité les noms, il a été distribué dans cette séance, outre des livres et divers objets, quatorze livrets de caisse d'épargne de 25 francs chacun.

H. de Castelnau.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 113. 2e année. Jeudi 21 Septembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 20 Septembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Peu s'en est fallu que le débat sur le traitement de l'orchite par le collodion n'ait été ranimé hier par M. Velpeau; mais le défenseur du collodion ayant eu la chance de se trouver absent au moment de l'allocution de M. Velpeau, le combat a fini faute de combattants. C'est fâcheux ; M. Velpeau a fait ressortir, en partie, les conséquences peu favorables au collodion, qu'on peut tirer des sept observations publiées par M. Armand ; mais il n'a pas assez insisté sur le peu de valeur que peuvent avoir, d'une manière générale, des faits recueillis avec une très-grande bonne foi sans doute, le caractère très-honorable de l'auteur nous en est un sûr garant, mais avec une telle négligence, un tel oubli de l'état de la science et de toutes les règles d'une observation sérieuse, que de tels faits sont nécessairement voués à une stérilité presque absolue, et qu'on en pourrait recueillir des milliers de semblables sans que la science fît un pas. C'est peut-être ce que M. Velpeau aurait montré si un contradicteur avait quelque peu excité sa verve critique ; mais puisqu'il ne l'a pas fait, nous serons obligé de suppléer à son silence, d'autant plus que le vague même des observations dont M. Velpeau n'a fait qu'une appréciation incomplète, pourrait être invoqué contre la justesse de cette appréciation. Il faut montrer que si elle n'a pas été plus rigoureuse, c'est que la défectuosité des observations ne le permettait pas ; nous nous imposons cette tâche pour notre prochain numéro.

Après les courtes réflexions de M. Velpeau, M. Robinet a commencé une série de ces sacrifices périodiques auxquels l'habile et zélé académicien a trouvé le secret de donner une couleur si récréative. A chaque holocauste nouveau, nous avons la douleur de constater que les médecins ne manquent presque jamais d'avoir quelques représentants parmi cette galerie d'inventeurs grotesques dont l'ignorance est à beaucoup près le moindre défaut. M. Robinet en a flagellé deux avec son esprit accoutumé, et particulièrement un certain docteur X...., de Marseille, qui ne doutait pas que son remède contre le choléra ne fût infaillible, quoiqu'il n'eût jamais eu, jusqu'à ce jour, l'occasion de l'employer! M. Robinet a beaucoup égayé l'Académie aux dépens de cet inspiré ; mais pourquoi M. Robinet n'a-t-il pas complété le bonheur de son auditoire en étendant sa bonne humeur à la doctrine de l'inspiration en général, laquelle n'est pas sans quelques représentants à Paris, voire même dans la Faculté de ladite ville?

Au reste, il en est de la gaieté comme de la vertu : s'il en faut un peu, pas trop n'en faut ; ce dont on doit surtout se garder soigneusement, c'est que l'esprit n'envahisse jamais, au moins dans les œuvres scientifiques et administratives, la place que doit constamment occuper la raison. Peut-être, pour cette fois, M. Robinet n'a-t-il pas évité d'une manière complète cet écueil. Pour ne parler, par exemple, que du Rapport sur la médication proposée par un pharmacien de Paris, M. Pennes, comment M. Robinet conciliera-t-il cette conclusion dudit Rapport : « Il resterait la *question de savoir si un bain alcalin est utile....*, etc.,» avec cette autre conclusion :

« Les rapports que nous allons faire nous permettront de répondre à M. le Ministre qu'il n'y a rien de nouveau ni d'utile dans les pièces qui ont été envoyées à l'Académie? »

D'abord, le bain proposé par M. Pennes n'est pas un bain alcalin, comme on le verra par la réclamation que nous adresse cet honorable pharmacien ; en second lieu, sa médication offre certainement quelque chose de nouveau, au moins dans son mode d'application ; enfin, comment peut-on déclarer qu'elle n'offre rien d'utile, quand on ne l'a pas expérimentée une seule fois?

Certes, on ne nous accusera pas de faiblesse envers les coquillarderies, qu'elles viennent d'un capitaine en retraite, d'un garçon charron, d'un pharmacien ou d'un de ces docteurs que Granville a si artistiquement coiffés de la toque dans les *Fables* de La Fontaine, illustrées par son crayon inimitable. Mais dans une maladie où l'art est aussi désarmé que dans le choléra, où la science n'offre presque que des conjectures, nous croyons que c'est dépasser les limites d'une sévérité raisonnable que de repousser, sans expérimentation aucune, une médication qui contient évidemment des substances très-actives, et qui ne répugne en rien au bon sens médical.

Qu'il nous soit permis, à propos de l'impuissance des médications *suffisamment expérimentées,* de faire encore remarquer au savant et spirituel académicien qu'il nous paraît avoir manqué à la sévérité qui lui est habituelle, quand il a proposé de déclarer à M. le Ministre que :

« L'expérience acquise depuis vingt-deux ans donne

aux médecins *plusieurs moyens* de combattre avec succès, tantôt les symptômes précurseurs de la maladie, tantôt la maladie quand elle est déclarée. »

Les discussions qui s'agitent chaque jour dans la presse médicale nous semblent prouver que, loin d'avoir donné plusieurs moyens efficaces aux médecins, l'expérience ne leur en a même pas donné un seul, et si M. Robinet était convaincu du contraire, il aurait dû indiquer quels sont ces moyens.

Sous le bénéfice de ces réserves, nous sommes heureux de payer au zèle et au talent de M. Robinet le tribut d'éloges auquel il a tant de droits, et que nous ne marchandons jamais à ceux qui les méritent.

La séance a été close par une intéressante présentation de M. Heurteloup, précédée d'un Rapport de M. Bussy, dont nous réserverons l'appréciation à une plume plus compétente que la nôtre. H. de Castelnau.

Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les n*os 101, 103, 108 *et* 109.)

Comme maladies générales, il nous reste à étudier : les brûlures, les contusions et les plaies ; ce sont là trois affections souvent associées et qui présentent de nombreuses analogies. Les brûlures et les contusions doivent plus particulièrement être rapprochées l'une de l'autre, et il y a longtemps que j'essaie de démontrer les nombreux rapports qui existent entre ces deux maladies.

Brûlures. — Contusions. — Voyons d'abord ce que nous apprend la statistique : 21 brûlures se sont présentées dans notre service ; sur ce nombre, nous trouvons 12 femmes et 9 hommes ; remarquez combien la différence est grande ; n'oubliez pas que nous avons, dans nos salles, deux fois plus d'hommes que de femmes. A quoi cela tient-il ? Rien de plus facile à expliquer. Les femmes travaillent dans l'intérieur, près du feu, à la cuisine, elles se chauffent plus que nous ; elles se servent de chaufferettes qui sont une cause fréquente de brûlures pour elles.

Enfin, sur les 21 brûlures, nous n'avons eu qu'un mort, et encore était-ce un malheureux vieillard usé et qui semblait devoir succomber prochainement.

Les contusions ont été plus nombreuses, nous en comptons 45 cas et pas de mort. Ici la proportion entre les hommes et les femmes est bien différente à celle que nous avons trouvée pour les brûlures. Nous avons 32 hommes et 13 femmes ; c'est que les hommes, par suite de leurs travaux, sont beaucoup plus exposés aux contusions. Voyons ce que l'âge nous apprendra : de 15 à 20 ans, nous avons eu 5 cas ; de 20 à 30 ans, 11 cas ; de 30 à 40 ans, 8 cas ; de 40 à 50 ans, 7 cas ; et de 50 à 60 ans, 11 cas. Ce dernier chiffre est remarquable, mais il est probable qu'il est dû au hasard, il semble naturel, rationnel, que cette affection soit plus fréquente chez les jeunes gens qui se livrent à des travaux plus forts et qui sont d'un caractère plus impétueux.

La brûlure et la contusion ont été divisées toutes deux en six degrés.

Le premier degré est caractérisé, dans la brûlure, par une simple rougeur de la peau : c'est la brûlure la plus simple ; elle n'offre aucune gravité. Dans la contusion, ce degré est marqué par une rupture de vaisseaux très-fins, rupture qui donne lieu à une légère ecchymose.

Vous rapprocherez encore la brûlure avec phlyctènes de la contusion au second degré. Voyez une brûlure avec escarre et une contusion du troisième degré, au bout de cinq jours, quelqu'un qui n'aurait aucun renseignement distinguerait avec peine la brûlure de la contusion. De part et d'autre, il faudra quatre jours avant le développement de l'inflammation ; l'élimination de l'escarre demandera cinq à huit jours ; il faudra, dans les deux cas, les mêmes soins et le même temps pour la cicatrisation.

Pour les brûlures plus profondes, les rapports avec la contusion ne sont plus aussi évidents. Il n'est pas possible, en effet, qu'une brûlure du quatrième, cinquième et sixième degré atteigne les tissus sans désorganiser la peau, tandis que dans la contusion la peau peut encore exister.

Maintenant que je vous ai montré en quelques mots les rapports qu'il y a entre ces deux affections, étudions-les séparément.

La brûlure du premier et du second degré, avons-nous dit, n'est pas grave, à moins toutefois qu'elle n'occupe une grande étendue. Dans ces cas, les fonctions de la peau sont brusquement suspendues ; de là, la source d'accidents fort graves.

Dans la brûlure du premier degré, la plus superficielle, la guérison se fait en trois ou quatre jours.

La brûlure avec phlyctène exige au moins huit jours pour se guérir ; souvent elle met plus de temps. Pour le troisième degré, lorsque la peau est escarrifiée, il faut plusieurs semaines : la brûlure va passer par des phases successives ; ainsi, nous aurons la période d'inflammation, d'élimination, de mondification et de cicatrisation. Si tous les médecins connaissaient bien les phases par lesquelles passe la brûlure au troisième degré, nous ne verrions pas si souvent l'annonce de médicaments guérissant *les brûlures* en trois ou quatre jours. Oui, vous pourrez inventer une pommade, une eau, qui guériront la brûlure du premier degré en trois jours, rien d'étonnant à cela, car si vous n'aviez rien fait, la guérison se serait opérée de la même façon ; mais il est impossible de guérir les autres degrés en trois jours avec n'importe quel remède, parce qu'il y a là un travail de la nature qui doit se faire en son temps.

Les brûlures au quatrième, cinquième ou sixième degré n'ont pas de durée fixe, celle-ci dépend de l'étendue de la blessure, de la région ; dans tous les cas, la guérison sera longue.

A propos des brûlures, il est deux points sur lesquels je ne manque pas de m'arrêter toutes les fois que l'occasion s'en présente ; ainsi, en voyant une brûlure, il est possible d'en indiquer la date et l'espèce.

En effet, les brûlures diffèrent selon qu'elles viennent de telle ou telle source ; vous distinguerez les brûlures par les liquides des brûlures par corps incandescents : les unes seront diffuses, étendues, généralement peu profondes ; les autres seront, au contraire, bien limitées, plus ou moins profondes. Dans les brûlures par les liquides, vous ferez encore plusieurs distinctions qui auront leur importance : ainsi, vous ne confondrez pas les brûlures par l'huile bouillante, par le bitume fondu, comme vous en avez vu un cas il y a quelques jours dans nos salles. Il est encore une autre classe de brûlures, ce sont celles par les acides ; là encore, chaque acide produira une brûlure particulière et que vous devrez distinguer.

La durée de la brûlure ne sera pas difficile à diagnostiquer, pour peu que vous y fassiez attention. Y a-t-il une escarre sans inflammation, la brûlure est récente ; s'il y a de l'inflammation, elle date de six jours ; si l'escarre se détache, il y a huit jours. L'escarre est-elle tombée, il y a dix jours.

Vous voyez que toutes ces données peuvent avoir leur importance dans la pratique ; mais il est une autre partie de la science où elles auront une grande utilité : je veux parler de la médecine légale.

Le traitement des brûlures est généralement très-simple : pour le premier degré, des résolutifs ; le deuxième degré se guérit aux membres par un ou deux pansements avec les bandelettes de diachylon ; on laisse chaque pansement trois jours en place. Pour les autres régions, on aura recours aux topiques. Un des meilleurs liniments est le suivant :

℞ Eau de chaux.	8 parties.
Huile d'amandes douces.	1 —
M.	

Dans les brûlures avec escarres, vous employerez les cataplasmes de farine de lin à nu ou un pansement simple. Enfin, pour les brûlures très-profondes, le traitement n'a pas grande prise, il faut du temps.

Les contusions diffèrent peu des brûlures dans leur marche et leur durée. La contusion du premier et du deuxième degré guérit en quelques jours; celle du troisième degré, c'est-à-dire avec escarrification, se conduit comme la brûlure du troisième degré; au bout de quelques jours survient l'inflammation éliminatrice, l'escarre tombe, la plaie se déterge et la cicatrisation se fait.

La contusion du quatrième degré, c'est-à-dire celle qui s'étend à la couche sous-cutanée, se divise en deux espèces: 1° contusion avec plaie; 2° contusion sans plaie. La première espèce, c'est-à-dire la contusion avec plaie, peut être comparée à la brûlure au quatrième degré. Mais si vous avez affaire à une contusion sans plaie, il y a complication d'épanchement de sang. Or, cet épanchement peut se faire par infiltration ou par dépôt.

L'épanchement de sang par infiltration n'est presque jamais grave, ordinairement il se dissipe de lui-même. Cela tient à ce que le sang, infiltré dans les tissus, est en contact avec des myriades de pores qui l'absorbent. Cette résorption est soumise à certaines lois, elle dépend de la densité, de la perméabilité du tissu cellulaire; la migration du sang infiltré se fait en raison de la disposition anatomique des tissus. Ainsi, au pli de l'aine, l'infiltration, au lieu de descendre vers les cuisses, va monter vers le ventre.

Quand l'infiltration est considérable, on observe un phénomène remarquable: le malade devient jaune, mais cette jaunisse diffère complétement de celle qui dépend d'une altération du foie, elle n'a aucune gravité; elle tient, sans doute, à une sorte d'imbibition du tissu cellulaire, imbibition qui se généralise.

Le traitement de la contusion avec infiltration consiste simplement en résolutifs, eau salée, eau de Goulart, etc.

La contusion avec dépôt ne se comporte pas ordinairement d'une manière aussi simple. Quand il n'a pas disparu au bout de quinze jours ou un mois, ce sang ne peut plus être résorbé; il est entouré d'un kyste qui empêche cette résorption.

Il faudra encore distinguer le cas où il y aura escarre de la peau, et celui où il n'y en aura pas. Quand il y a escarre, le cas est plus grave, parce que la suppuration se formera d'une manière inévitable, et l'on sera dans la nécessité d'ouvrir le dépôt. Mais s'il n'y a pas d'escarre, on a recours à une thérapeutique particulière.

Remarquant que l'infiltation guérissait toujours, je me suis demandé si on ne pouvait pas transformer un dépôt sanguin en une infiltration de même nature. J'ai mis en usage un procédé employé depuis longtemps par les médicastres; j'ai rompu le kyste par l'écrasement, et le sang, ainsi infiltré dans le voisinage, a été promptement résorbé.

Ce procédé m'a toujours parfaitement réussi, il est précieux; en effet, si on a recours à l'incision du sac, on a une plaie qui peut amener toute sorte d'accidents.

Malheureusement, ce traitement n'est pas toujours applicable; il faut qu'il y ait au-dessous de la tumeur une surface dure et résistante, puis il est indispensable que la peau soit saine. Cependant, si vous êtes appelé le premier jour, bien qu'il y ait escarre de la peau, vous pouvez rompre le foyer; mais si l'accident date déjà de plusieurs jours, ce serait imprudent.

Ces tumeurs sanguines se prêtent à des transformations dont l'étude est très-intéressante. Tantôt on ne trouvera dans le kyste qu'un caillot sanguin; tantôt, au contraire, ce sera du sérum; enfin, comme l'a démontré M. Morel-Lavallée, il pourra se former de suite un épanchement séreux. Il y a plus, d'un hématocèle vous pouvez faire une hydrocèle. Ainsi, vous avez un grand sac hématique, vous le ponctionnez, il en sort du sang pur; il se remplit de nouveau, et une seconde ponction donne issue à un liquide rougeâtre; enfin, une troisième ponction ne fournit que du sérum, vous avez donc une hydrocèle que vous guérirez par l'injection de teinture d'iode.

F. Dolbeau *et* Alf. Elleaume.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

Des eaux ferrugineuses incrustantes,

Par M. C. Menière.

Toutes les eaux minérales ferrugineuses ne doivent pas être incrustantes; mais il y en a certainement une grande quantité. Toutes celles qui entraînent avec elles un léger excès de carbonate de chaux, viennent se ranger dans cette classe, en laissant sur les objets qu'elles baignent les marques de leur passage.

J'ai recherché quelle pouvait être la cause de l'agglomération d'un sable ferrugineux et arsénical, que l'on rencontre dans le voisinage des fontaines rouillées, dans le département de Maine-et-Loire. J'avais pensé que le dépôt humide pourrait seul lier le solide et former ainsi des agglomérations plus ou moins considérables; mais en rencontrant des coquilles dont l'enveloppe, formée de carbonate de chaux, était liée plus intimement que toute autre partie de la masse, j'ai pensé que le sol calcaire de l'eau rouillée, et celui de la coquille désagrégé par l'eau, s'unissaient pour fourmer une masse solide, et que, sans sel calcaire, il ne pouvait y avoir d'agglomération compacte: de là, point d'incrustations possibles. Les feuilles, les bois, tous les objets, en un mot, que le hasard fait baigner dans le bassin d'une eau rouillée contenant un sel calcaire, avec le temps se recouvrent d'une couche plus ou moins épaisse de sel de chaux.

Cependant, il faut rechercher avec quelque attention pour rencontrer ce phénomène, qui ne se présente que dans l'endroit où commence la décomposition de l'eau ferrée. Le sel calcaire, libre alors, se dépose naturellement et se trouve recouvert d'oxyde de fer; une seconde couche se dépose, puis une troisième, et ainsi de suite.

Nos incrustations dans le département se font lentement et n'acquièrent jamais une grande importance; ainsi, à la fontaine de Gohier, à Quincé, etc., les incrustations ne pèsent jamais plus de 5 à 10 grammes.

Dans certains ménages du département, où l'on se sert journellement de l'eau rouillée, les tasses se recouvrent naturellement d'incrustations ferrugineuses, les seaux de bois, examinés avec attention, sont couverts de petits cristaux de carbonate de chaux. Les carafes sont dans le même cas. Les conduits de plomb des pompes sont souvent nettoyés quand on veut éviter que ces incrustations n'occasionnent des engorgements.

(Répertoire de Pharmacie.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Septembre 1854.— Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapports: sur une épidémie de variole, par M. Balme du Ganay, médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy;
— Sur une épidémie de fièvre typhoïde, par M. de Montozon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Gonthier;
— Sur les épidémies de suette et de choléra dans la Haute-Marne, par M. Thomas, envoyé en mission dans ce département;
2° Un grand nombre d'états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Fractures de la cuisse par armes à feu. — Réclamation.

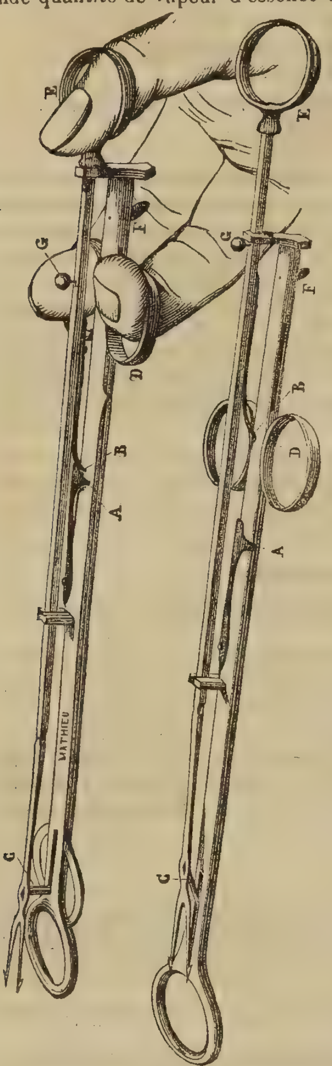
M. Ribes fils adresse une lettre explicative, de laquelle il résulterait que le reproche adressé à son père par M. Hutin, dans une lecture récente, ne serait nullement fondé.

Choléra.

M. le docteur Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Arles, adresse une relation de l'épidémie qui a régné *dans la ville d'Arles et dans son territoire.*

Action de l'essence de térébenthine.

M. le docteur Letellier, de Saint-Leu-Taverny, informe l'Académie que, d'après une expérimentation qui lui est personnelle, l'absorption d'une grande quantité de vapeur d'essence de térébenthine par le poumon agit sur le cerveau en déterminant des vertiges, sans altération d'aucune autre fonction.



Amygdalotóme.

M. Mathieu présente une modification qu'il a fait subir à l'instrument de Fanestock. L'instrument ainsi modifié est muni de trois anneaux et n'a plus de manche. La manœuvre opératoire n'exige jamais que l'emploi de la main droite, quel que soit le côté sur lequel on opère ; elle se compose de trois temps qui se réduisent pour l'opérateur à un seul mouvement, lequel consiste simplement à rapprocher les deux anneaux fixes D maintenus par l'indicateur et le médius, et l'anneau mobile E qui fait avancer le pouce.

On obtient ainsi, et d'une manière instantanée, la fixation de l'amygdale, son élévation et sa section.

L'instrument se démonte entièrement, en imprimant un quart de tour à la clef F, ce qui permet de l'entretenir très-facilement dans un état parfait de propreté.

Atractylis gummifera.

M. Ramurel envoie la copie du Rapport qu'il a adressé à M. le Maire de Douera, sur le cas d'empoisonnement par l'atractylis gummifera, dont il a déjà entretenu l'Académie et à propos duquel il y a une réclamation de M. Commaille.

Aiguilles brisées.

A propos de la réclamation adressée dans la dernière séance par M. Mathieu, M. Charrière fils adresse une nouvelle réplique. Nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs le texte même des deux réclamations, n'ayant fait que mentionner, il y a huit jours, celle de M. Mathieu.

Réclamation de M. Mathieu. — J'ai exécuté il y a trois ans, d'après les indications de M. le docteur Chassaignac, les aiguilles présentées par M. Charrière. Je ne les ai pas présentées à cette époque, parce que j'ai trouvé dans la collection de la Faculté de médecine une aiguille analogue, imaginée depuis longtemps par M. Doniges ; j'ai l'honneur de déposer sur le bureau une boîte de six aiguilles se montant sur un seul manche, d'après un système qui m'est propre ; il sera facile de voir que ces aiguilles servent depuis longtemps, et sont bien connues des personnes qui suivent les cliniques de Saint-Antoine, de Lariboisière, ou le cours de médecine opératoire de M. Chassaignac.

Réplique de M. Charrière fils. — M. Mathieu dit avoir fait ces mêmes aiguilles il y a trois ans, pour M. Chassaignac qui les a employées dans son service. M. Charrière a pris des renseignements auprès de ce chirurgien, et sa réponse, donnée en public, à l'amphithéâtre de l'hôpital, consiste en ce qu'il avait voulu en effet essayer des aiguilles présentées par ce fabricant, mais que ces essais n'avaient pas été heureux ; que les deux pointes de l'aiguille s'étaient écartées en faisant hameçon dans les tissus, et qu'il avait été obligé d'y renoncer complétement.

M. Chassaignac a ajouté que les aiguilles de M. Charrière, dont le principe diffère en tout de celles de M. Mathieu, étaient justement ce qu'il avait demandé à ce dernier ; elles ont été employées avec succès, dernièrement, par MM. Giraldès et Richard, dans leurs services à l'hôpital.

Traitement de l'orchite par le collodion.

M. Velpeau demande la parole à l'occasion de la correspondance.

Je regrette que M. Bonnafont ne soit pas présent à la séance, car ce que j'ai à dire l'intéresse un peu. Cela ne concerne pas seulement le fait qui a été l'objet du débat dont l'Académie a été témoin, mais bien encore la méthode d'observation qui a dirigé M. Bonnafont dans ses recherches.

On se rappelle qu'avant d'admettre les résultats extraordinaires du traitement préconisé par M. Bonnafont, nous avions demandé quelques explications sur la manière dont on avait fixé la durée de la maladie ; nous comprenions qu'ayant traité ses malades à une époque plus rapprochée du début de leur maladie, notre honorable confrère eût pu agir plus efficacement que nous ; mais enfin, nous demandions des détails, et dans une sorte d'interpellation à M. Dechambre, M. Bonnafont nous annonça que des observations détaillées allaient être publiées par un journal ; ces observations ont paru en effet ; je les ai lues attentivement dans la *Gazette hebdomadaire*, et mon examen m'a conduit à un résultat fort singulier, et bien éloigné de celui que M. Bonnafont nous avait annoncé.

Ces observations sont au nombre de sept.

Dans la	1re,	la maladie a duré	20 jours,
—	2e,	—	29 —
—	3e,	—	33 —
—	4e,	—	27 —
—	5e,	—	22 —
—	6e,	—	16 —
—	7e,	—	10 —

ce qui donne un total de 157 jours, soit une durée moyenne de 22 jours et demi, au lieu d'une durée de 24 à 48 heures que M. Bonnafont croyait avoir observée, et au lieu de 16 à 18 jours que nous avons observés nous-même.

Certes, M. Bonnafont et ceux qu'il a pu séduire sont des hommes fort honorables, qui n'ont pas la moindre intention de nous tromper, et la preuve, c'est qu'ils ont publié en détail les faits dont je viens de présenter l'analyse ; mais cette analyse prouve combien, avec la meilleure foi du monde, on peut se faire illusion et combien il importe de publier les observations complètes des faits qui ont servi de point de départ à notre discussion.

RAPPORTS.

Choléra.

M. Robinet lit une longue série de Rapports officiels et défavorables sur divers remèdes proposés contre le choléra.

A propos de la médication proposée par M. Pennes, *M. Londe*, sans vouloir se prononcer sur sa valeur, croit cependant devoir informer l'Académie que plusieurs personnes qu'il a interrogées, et qui avaient fait usage de cette médication, lui ont assuré s'en être parfaitement trouvées.

M. Gérardin. — Comment voulez-vous que nous ayons la moindre confiance dans les moyens de M. Pennes, quand nous voyons un médecin certifier que, sur 34 cas de choléra algide, il les a employés avec succès 34 fois !

M. Lagneau, à propos d'un de ces Rapports, demande si l'Académie a fait expérimenter une médication proposée dans le temps par M. Chabert, médecin français qui a exercé au Mexique, et qui consistait en une espèce de liane dont il racontait des merveilles.

M. Gérardin. — Le même médicament avait été proposé aussi contre la rage, et je sais que les vétérinaires qui l'ont essayé n'en ont pas obtenu de résultats.

M. Dubois, d'Amiens, fait observer que l'Académie ne peut faire expérimenter tous les remèdes qu'on lui propose.

Analyse du lait.

M. Bussi lit un Rapport sur un nouveau procédé pour déceler la richesse du lait par la détermination directe de la proportion de beurre qu'il contient, par M. Marchand, pharmacien.

Conclusions : Porter le nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de correspondant regnicole.

M. Bouley demande en outre le renvoi du Mémoire et du Rapport à M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, avec recommandation de vulgariser le procédé de M. Marchand.

Cette proposition n'est pas appuyée dans son ensemble, mais il est décidé que le Rapport sera seulement adressé à M. le Ministre.

Les conclusions du Rapport sont adoptées.

Calculs vésicaux.

M. Heurteloup présente deux malades auxquels il a extrait des pierres de la vessie par les voies naturelles et sans les briser.

Il fait voir aussi l'instrument qui a servi à ces deux opérations.

La séance est levée à 5 heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 4 et 11 Septembre 1854.

Séance du 4. — Présidence de M. Combes.

Cautérisation ignée.

M. C. Sédillot communique la Note suivante :

« Les procédés thérapeutiques le plus justement vantés ont souvent présenté des périodes d'enthousiasme et de discrédit, dont il n'est pas sans intérêt de se rendre compte.

« Pour qu'un moyen de traitement réunisse l'assentiment général, il faut qu'il offre les conditions suivantes : *Facilité et simplicité d'application, précision des indications, explication rationnelle des effets produits.* Sans ces avantages, les malades, comme les médecins, repoussent les meilleures médications que des insuccès inévitables, par suite de flagrantes contre-indications, achèvent de compromettre.

« L'histoire de la cautérisation ignée nous a paru justifier ces considérations. Toute l'antiquité mettait le feu au nombre des trois indications souveraines que possède l'art de guérir. Hippocrate avait dit : *Quæ non medicamentum sanat, ferrum sanat; quæ non ferrum, ignis.* Depuis ce temps, le cautère actuel n'a pas cessé de trouver de nombreux panégyristes, et, pour ne citer que notre époque, tout le monde a lu la *Pyrotechnie* de Percy, et sait la confiance qu'accordait au moxa notre célèbre Larrey. Cependant l'emploi de la cautérisation ignée est resté restreint aux cas en quelque sorte désespérés, et l'imminence des plus graves dangers en fait seule accepter l'application.

« Instruit, par une expérience déjà ancienne, de l'immense utilité de la cautérisation, nous avons cherché à en faire disparaître les inconvénients, et nous avons fait choix d'un procédé aussi avantageux, croyons-nous, que les moyens ordinaires, et plus acceptable.

« Les plus grandes répulsions contre la cautérisation tiennent à la crainte qu'inspire l'appareil instrumental. Les malades sont frappés d'effroi à la vue des fers volumineux, coniques, en roseau, nummulaires, que l'on fait rougir à blanc pour s'en servir, et ils frémissent à l'idée d'entendre leurs chairs crier et éclater lentement sous un moxa enflammé. Pour oser proposer une pareille médication, il fallait au chirurgien une conviction bien forte du danger de ses malades, et il y renonçait dans tous les cas où l'espoir de la guérison par des moyens plus doux lui était offert.

« La réforme que nous proposons consiste à remplacer habituellement le moxa et ces fers volumineux rougis sur un brasier ardent, par un stylet de trousse, en or, en argent ou en acier, chauffé à la flamme d'une simple lampe à alcool. On touche très-légèrement les parties malades, de manière à ne produire ni phlyctènes ni escarres. L'épiderme seul est atteint et présente une tache sèche et jaunâtre du diamètre d'une tête d'épingle. Ces pointes de feu sont instantanées, et c'est à peine si les malades les ressentent. Les plus impressionnables comparent la douleur à celle d'un pincement ou d'une légère piqûre. Dans l'immense majorité des cas, cette sensation ne se prolonge pas. Si, par exception, il persiste un peu de cuisson et de chaleur, on diminue le nombre des cautérisations, ou l'on entoure, pendant quelques minutes, la partie intéressée d'un linge mouillé, et la douleur disparaît.

« Le nombre des pointes de feu varie, selon la nature et l'étendue de l'affection et selon la susceptibilité du malade, de trois ou quatre, à trente, cinquante et même plus, et on les répète une ou plusieurs fois en vingt-quatre heures, ou seulement tous les deux ou trois jours, selon les mêmes règles.

« Ce mode d'application, déjà employé d'une manière spéciale et dans des conditions assez rares, nous a paru mériter d'être généralisé et nous en avons fait heureusement usage dans la plupart des cas où l'on n'a pas recours au feu comme moyen d'hémostasie ou de destruction.

« L'effet du cautère actuel (*voir* notre *Médecine opératoire*, 2e édition, et notre *Traité de l'infection purulente*) est d'appeler énergiquement le sang artériel dans les tissus touchés par le feu. Sur les parties saines, la rougeur est uniforme. Si l'inflammation est inégalement disséminée, la rougeur apparaît plus marquée aux points où la phlogose est plus intense. Sous ce rapport, la cautérisation est un moyen de diagnostic des inflammations profondes et cachées.

« La fluxion de sang artériel, principal résultat de l'application du feu, en explique l'action et les avantages.

« Dans les ulcérations infectieuses, sources de lymphites et de phlébites toujours dangereuses et souvent fatales, l'abord du sang rouge modifie immédiatement les dispositions organiques des tissus lésés. L'oblitération des orifices vasculaires ulcérés met obstacle aux intoxications par introduction dans l'économie de principes délétères. On arrête de même, avec certitude, l'inflammation des lymphatiques et des veines dont les vasa vasorum hypérémiés tendent à produire des infiltrations séreuses et des suppurations d'une extrême gravité. L'afflux artériel provoque des épanchements globulaires et fibrineux qui forment barrière à toute extension inflammatoire et à toute propagation infectieuse.

« Dans les ulcérations phagédéniques, les plaies virulentes et de mauvaise nature, la cautérisation ponctuée avec le stylet donne d'excellents résultats : les douleurs brûlantes de la partie lésée cessent immédiatement, et sont efficacement combattues, lorsqu'elles reparaissent, par de nouvelles cautérisations; le gonflement, l'œdème et la coloration d'un rouge brunâtre diminuent, et les malades éprouvent une amélioration si notable, qu'ils sont les premiers à réclamer cette médication vraiment héroïque, et que plusieurs se l'appliquent eux-mêmes avec confiance.

« Les inflammations profondes, compliquées d'altérations des os, de gonflements séreux et d'indurations couenneuses, sont également modifiées avec une grande rapidité par la cautérisation ; et une de nos malades, atteinte de gonflement du tibia et privée de sommeil par excès de douleur depuis quatre mois, réfractaire, en outre, aux traitements les plus variés, se trouva sur-le-champ soulagée et en voie de guérison dès la seconde application de notre mode de cautérisation.

« On n'ignore pas de quelle ressource est le cautère actuel pour prévenir la gangrène ou en arrêter la marche, et toutes les fois qu'une révulsion énergique est nécessaire, la cautérisation ignée en est le moyen le plus puissant.

« Les faits nombreux que nous avons observés depuis plusieurs années ne nous laissent aucun doute sur l'utilité du procédé dont nous proposons de généraliser l'emploi, et nous espérons que notre appel à l'expérience de nos confrères sera entendu et justifié. »

Thoracentèse sous-cutanée.

M. Jules Guérin lit un Mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

« 1° La thoracentèse sous-cutanée constitue une application de la méthode sous-cutanée générale réalisant, à l'aide d'instruments particuliers, les caractères et tous les avantages de la méthode dont elle émane;

« 2° Les instruments employés par la thoracentèse sous-cutanée se composent : *A* d'un trocart plat recourbé à son extrémité libre et muni d'un robinet sur son trajet; *B* d'une pompe hermétique munie d'un robinet à double effet, destiné à permettre l'inspiration et l'expiration du liquide sans déplacement;

« 3° La thoracentèse a pour caractère et pour but spécial d'opérer l'évacuation du liquide renfermé dans le thorax à l'abri du contact de l'air, avant, pendant et après l'opération. Elle se propose, en outre, d'opérer cette évacuation de façon qu'aucune partie du liquide extrait ne s'épanche dans le trajet sous-cutané parcouru par le trocart, soit pendant, soit après l'opération. Le résultat physiologique de cette double précaution est de prévenir toute inflammation suppurative de la plèvre thoracique et d'obtenir son organisation immédiate ;

4° L'application de la thoracentèse sous-cutanée consiste à faire un large pli à la peau, à ponctionner le thorax à la base de ce pli, de façon qu'après l'opération les deux plaies cutanée et thoracique soient distantes l'une de l'autre de 3 à 4 centimètres. L'instrument étant introduit avec les précautions qui préviennent sûrement l'entrée de l'air, la succion du liquide s'opère au moyen de la pompe, avec une précision qui permet de s'aider des mouvements d'expiration dans la mesure et au degré utile au succès de l'opération ;

« 5° Sur seize sujets atteints d'empyème et opérés en public au dépôt de Saint-Denis, à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce, et qui ont nécessité trente ponctions, aucune opération n'a été suivie d'accident immédiat ou consécutif ; onze sujets ont été complétement guéris ; les cinq sujets restants ont succombé à des récidives compliquées : un d'une affection organique du cœur, trois d'une affection tuberculeuse pulmonaire et constitutionnelle, et un d'une pleurésie purulente aiguë résultant d'un décollement traumatique de la plèvre ;

« 6° Le but que se propose la thoracentèse sous-cutanée, les moyens qu'elle emploie et les résultats qu'elle produit, constituent des caractères positifs qui la distinguent de toutes les méthodes employées jusqu'ici, et permettent de lui reconnaître le caractère d'une méthode originale, ou au moins d'une application nouvelle de la méthode sous-cutanée. »

Opération césarienne (1).

M. le docteur Baudelocque communique une observation qu'il résume ainsi :

« Le 15 mars dernier, ayant été demandé par un médecin, M. Piéplu, pour l'aider à terminer un accouchement, chez la femme d'un commerçant, âgée de trente-six ans, et déjà mère de quatre enfants, rue du Faubourg-Saint-Honoré, je reconnus, comme ce médecin l'avait fait déjà, une oblitération *complète* du col utérin, avec une bride, d'avant en arrière, formée par la muqueuse vaginale : cette constatation fut faite également, avec

(1) C'est, du moins, le titre de l'auteur.

beaucoup de soins, par MM. les docteurs Gimelle père et fils. Cette oblitération, qui n'avait pas le moindre pertuis, était-elle la conséquence de la chute d'escarres qui avait eu lieu pendant le traitement d'une affection utérine que cette dame avait eue avant de devenir enceinte, escarres qui, d'après son médecin, avaient été très-volumineuses? C'est probable. Toutefois, il s'agissait d'ouvrir la partie inférieure de l'utérus, pour donner issue au produit de la conception ; c'est ce que je fis de la manière suivante :

« Après avoir enveloppé de linge un bistouri droit jusque près de sa pointe, que je recouvris d'une boulette de cire, je le glissai sur la face palmaire de l'indicateur de ma main gauche introduite préalablement dans le vagin, et j'enfonçai sa pointe très-doucement dans le tissu de l'utérus qui avait, à cet endroit 1 1/2 centimètre environ d'épaisseur, en ayant le soin d'avancer le doigt indicateur en même temps que le bistouri, de sorte que bientôt l'ongle de ce doigt sentît les membranes ; alors avec un bistouri boutonné, j'agrondis l'incision en travers, dans l'étendue de 5 centimètres environ, puis je donnai à prendre à la malade 50 centigrammes de seigle ergoté, et j'en attendis l'effet pendant une demi-heure ; ce temps écoulé, les contractions utérines ne se ranimant pas, mais l'ouverture artificielle étant dilatable, j'appliquai le forceps et fis l'extraction d'un gros garçon qui continua de vivre. La délivrance fut naturelle.

« Le quatrième jour des couches, des symptômes de péritonite s'étant manifestés, je les combattis avec 8 gouttes de teinture d'aconit, que je continuai plusieurs jours de suite ; et le dixième jour, cette dame étant sans fièvre et complétement convalescente, je la laissai aux soins de son médecin ; le dix-huitième jour, elle descendit à son comptoir, et, depuis cette époque, sa santé n'a pas été troublée un seul instant. »

Choléra.

M. E. Baudrimont annonce l'intention de soumettre prochainement au jugement de l'Académie un Mémoire sur le traitement du choléra, suivant une méthode imaginée par son oncle, M. A. Baudrimont, en 1832, et dont les heureux effets ont pu être constatés dans l'épidémie de 1849, comme dans celle de cette année. A la Lettre est jointe une Notice imprimée sur ce mode de traitement, qui consiste dans l'emploi à haute dose des carbonates alcalins et particulièrement du carbonate de soude.

La Lettre et la Notice sont renvoyées, à titre de renseignements, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, chargée de prendre connaissance des pièces adressées au concours pour le prix *Bréant*, et de toutes celles qui, sans être destinées à ce concours, sont relatives à la nature, aux causes ou au traitement du choléra.

M. le Président invite à cette occasion la section de médecine et de chirurgie à présenter le plus promptement possible le programme qui lui a été demandé, programme destiné à faire connaître aux concurrents les conditions, les règles auxquelles ils devront se conformer.

Séance du 11. — Présidence de M. Régnault.

Mémoire sur le périnèvre, espèce nouvelle d'élément anatomique qui concourt à la constitution du tissu nerveux périphérique.

M. Ch. Robin communique un Mémoire dont il donne l'extrait suivant :

« Le périnèvre constitue autour des *faisceaux primitifs des nerfs* un tube ou gaîne non interrompue, qui s'étend depuis la sortie des nerfs hors de la dure-mère, ou depuis les ganglions pour les nerfs de sentiment jusqu'à la terminaison des tubes nerveux au sein des tissus. Il manque dans les rameaux du grand sympathique dont la coloration est grise et la consistance molle ; il existe dans ceux qui ont une couleur blanche. Chaque tube est composé d'une paroi épaisse de quelques millièmes de millimètre, dont la substance est homogène, sans fibres ni fissures ; mais elle est un peu granuleuse et pourvue de noyaux longitudinaux, d'autant plus écartés les uns des autres et d'autant moins nombreux que le tube est plus large. Les réactifs agissent sur lui tout autrement que sur le tissu cellulaire ; l'acide azotique, surtout, le durcit et le plisse en lui donnant une consistance parcheminée ; lorsqu'au contraire il agit sur le tissu cellulaire, il le gonfle et le réduit à l'état d'une masse granuleuse jaunâtre.

« Chaque filet nerveux, visible à l'œil nu ou non, est enveloppé par le périnèvre; c'est à la résistance considérable de celui-ci, à son peu d'élasticité que les nerfs doivent de pouvoir résister à de fortes tractions ou à la distension que leur font éprouver les tumeurs, bien que les tubes ou fibres primitives dont ils sont formés soient d'une délicatesse extrême.

« Entre les filets qu'enveloppe le *périnèvre* se trouve le tissu cellulaire connu sous le nom de *névrilème*, qui forme en outre une couche assez épaisse autour des gros nerfs. Or, les vaisseaux nourriciers des nerfs se ramifient et se distribuent dans le névrilème seulement. Aucun capillaire sanguin ne traverse le *périnèvre* pour ramper dans sa cavité entre les tubes ou fibres nerveuses primitives.

« En un mot, l'affection morbide connue sous le nom de *névrite* a son siége dans le *névrilème*, mais nullement au sein même des faisceaux que forment les tubes nerveux, puisque nul capillaire ne les accompagne d'une manière directe. C'est également au *périnèvre* dépourvu de vaisseaux et n'étant point traversé par eux, que les filets nerveux doivent la propriété de traverser des tissus diversement altérés sans participer à cette altération.

« Le périnèvre présente encore plusieurs autres particularités anatomiques et physiologiques intéressantes à étudier.

« Cet élément anatomique tubuleux est ramifié comme les filets nerveux qu'il enveloppe d'une manière immédiate. Ces ramifications s'observent : 1° dans les plexus et les anastomoses des branches nerveuses : les anastomoses des nerfs ne portent en effet que sur le *périnèvre ;* quant aux tubes ou fibres primitives des nerfs, elles ne font que passer d'un filet nerveux dans l'autre, grâce à cette inoculation du périnèvre ou gaîne immédiate de ces filets ; 2° le périnèvre se ramifie encore lorsque dans la peau, les muscles, etc., chacun des faisceaux de tubes ou fibres primitives qu'il enveloppe, se dissocie en formant des subdivisions dans lesquelles les tubes sont de moins en moins nombreux. Le périnèvre se subdivise alors d'une manière correspondante et finit par n'envelopper plus qu'un seul élément nerveux sur lequel il est immédiatement appliqué. Lorsque ce tube se ramifie lui-même en deux ou plusieurs branches, le périnèvre le suit dans ces ramifications.

« Si un élément nerveux se termine par une extrémité libre et aiguë, comme on le voit dans les appareils électriques, dans les muscles, etc., le périnèvre s'amincit peu à peu et cesse d'exister un peu avant la terminaison même du tube nerveux.

« Si l'élément nerveux se termine dans un *corpuscule de Pacini,* le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce renflement dont les couches sont en continuité de substance avec lui. Si, au contraire, il se rend à un *corpuscule du tact,* le périnèvre l'accompagne jusqu'à ce corpuscule et se confond avec lui ; en sorte que les *corpuscules de Pacini* et ceux du *tact* peuvent être considérés comme une dépendance du *périnèvre*.

« Le périnèvre offre assez souvent une modification de structure qui peut être sénile ou pathologique. Il n'est guère de sujet ayant dépassé 60 ans sur lequel on ne puisse rencontrer cette disposition. L'altération dont il s'agit est caractérisée par un dépôt de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt plus ou moins rapprochées ou même contiguës, de manière à former des plaques d'étendue et de configuration variées. Ces granulations graisseuses sont incluses dans l'épaisseur de la substance du périnèvre. Partout où elles sont abondantes et rapprochées, elles masquent en partie ou entièrement les noyaux ovoïdes, allongés, finement granuleux, à contour net, mais pâles, qui sont propres à la substance de ces tubes.

« Le périnèvre constitue les tubes que Bogros a autrefois injectés avec le mercure (*Mémoire sur la structure des nerfs*, lu à l'Académie des sciences le 2 mai 1825); mais ces recherches n'ont pas été prises en grande considération, parce qu'il prenait cette enveloppe, commune à plusieurs éléments nerveux, pour les derniers éléments des nerfs. Il distinguait pourtant du *névrilème* fibreux la tunique qu'il injectait et qu'il nommait *tunique pulpeuse*. M. Cruveilhier, qui a vérifié les observations de Bogros quant à la possibilité d'injecter les filets nerveux visibles à l'œil nu et leurs subdivisions (*Anatomie descriptive*, 1836, t. 4, p. 756), donne le nom de *gaîne propre* à la tunique dite *pulpeuse* par Bogros. Il la considère comme étant de la même nature que les membranes *séreuses*. Il pense que c'est sur elle que portent les causes rhumatismales qui déterminent des névralgies aussi indifféremment que des lésions des synoviales articulaires, et qu'elle est le siége de la névrite.

« Mais on a vu plus haut que le périnèvre est un élément anatomique lui-même ; qu'il est simple, homogène, sans vaisseaux ; que par conséquent il ne saurait être comparé aux séreuses, qui sont composées d'une trame complexe très-vasculaire, tapissée d'un épithélium mince, qui manque ici complétement. Aussi l'examen direct de ces parties du corps montre que leurs altérations sont bien différentes.

« Quelques anatomistes allemands ont vu çà et là le périnèvre (Henle, *Anatomie générale*, trad. française, 1843, t. 2, p. 164 ; R. Wagner, *Dictionnaire de physiologie*, Brunswick, 1847, t. 3, p. 384, *fig.* 51 ; Kölliker, *Anatomie microscopique*, 1850, t. 2, p. 515 et p. 340, *fig.* 107), mais ils le confondent avec le *névrilème* et lui en donnent le nom. En outre, c'est surtout dans la profondeur des tissus, autour des tubes nerveux isolés ou réunis deux, trois ou quatre ensemble, qu'ils ont observé le *périnèvre* dont ils ont figuré les noyaux ovoïdes allongés en les rapportant toujours au névrilème, tissu bien différent de l'élément anatomique décrit dans ce Mémoire. »

Choléra.

M. Legrand prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance d'une Note qu'il lui a adressée sous pli cacheté, et dont elle a accepté le dépôt dans la séance du 19 décembre 1853.

Le paquet ouvert en séance renferme une Note ayant pour titre : *Nouvelle thérapeutique du choléra-morbus asiatique.*

Dans cette Note, après avoir exposé les motifs qui l'ont porté à considérer cette maladie comme une gastro-entéralgie portée à son summum d'intensité, et par suite à employer pour le traitement de cette terrible maladie des moyens analogues à ceux qu'il emploie depuis longtemps avec succès pour combattre la gastralgie simple, il donne l'observation de deux cas bien caractérisés de choléra qu'il a guéris par cette médication, dont l'agent principal est l'extrait aqueux de noix vomique dans la proportion de 15 à 25 centigrammes pour 150 grammes de véhicule, administré par cuillerée à bouche, de deux en deux heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Je savais depuis longtemps que les idées neuves et hardies avaient de rudes combats à soutenir avant d'être adoptées. Cela explique comment l'Académie de médecine a considéré le traitement anticholérique que j'ai soumis à son appréciation, comme l'œuvre d'un esprit malade (1). Mais ce que je ne veux pas accepter, c'est un jugement sans appel, attendu que ma cause est trop bonne pour être perdue. Les théories peuvent tomber devant les sophismes et la raillerie, mais les faits restent toujours pour convaincre les incrédules. Ceci m'amène tout naturellement à vous prier de mettre sous les yeux de vos lecteurs les pièces du procès, afin que chaque praticien non prévenu puisse juger la question avec connaissance de cause.

Voici ce qui s'est passé :

Pendant le mois d'août dernier, il s'est présenté dans mon quartier un assez grand nombre de cas de choléra, sans qu'il ait été toujours possible de trouver un médecin à l'instant même du danger. Cette circonstance m'a mis dans la nécessité de satisfaire l'exigence absolue de plusieurs familles, en livrant ce que je croyais utile aux malades en attendant l'arrivée de leur médecin.

J'ai fait en cela un acte d'humanité et non un acte d'exercice illégal de la médecine. Dans des cas aussi pressés, tout homme de cœur doit chercher à soulager son semblable, et à plus forte raison, lorsqu'il est appelé par ses connaissances spéciales à aider chaque jour le médecin.

Ce que j'avais donné d'abord, ayant parfaitement réussi, j'ai dû le redonner souvent sur l'invitation pressante de mes voisins, dont la confiance grandissait chaque jour en raison des effets produits.

Voilà, monsieur le rédacteur, comment j'ai été entraîné malgré moi à *traiter gratuitement* des cholériques qui étaient trop pressés pour attendre l'arrivée de leur médecin.

Deux praticiens, très-étonnés d'avoir vu les effets rapides et salutaires de mon traitement, voulurent bien mettre de côté les préjugés et employèrent mes préparations dans l'intérêt de leurs malades ; ils eurent la satisfaction d'obtenir des résultats encore plus heureux que les miens ; ainsi, M. Aussandon, médecin, rue Notre-Dame-de-Lorette, 48, à Paris, témoignera, quand on voudra, qu'il a appliqué mon bain plus de quarante fois sans constater plus de trois morts.

M. Roussel, médecin à Saint-Ouen, a déclaré à M. le sous-préfet de Saint-Denis, qu'il a toujours sauvé les cholériques, lorsqu'il les a mis dans mon bain.

M. le préfet de la Seine, M. le directeur général de l'Assistance publique, ont bien voulu, après enquête faite, me recommander à la bienveillance de MM. les médecins des hôpitaux, pour appliquer mes moyens curatifs dans leurs services; mais j'ai le regret d'apprendre que ces messieurs m'ont refusé leur concours.

Persuadé que l'Académie de médecine me donnerait son appui tout-puissant, j'ai pris la liberté de lui adresser, sous le couvert de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, les formules de mes agents thérapeutiques, ainsi que leur mode d'emploi.

J'ai le regret d'apprendre que l'Académie a mis ma proposition et les attestations médicales qui l'accompagnaient, au rang des choses inutiles et sans valeur.

Une fin de non-recevoir pareille m'impose le devoir de porter à la connaissance du Corps médical les termes abrégés de la communication que j'ai adressée à cette savante Compagnie, bien convaincu qu'elle ne perdra pas dans la publicité les avantages qu'elle peut offrir aux médecins, qui tiennent plus au fond qu'à la forme, et qui veulent avant tout guérir leurs malades.

(1) Nous croyons de notre devoir de publier la lettre que nous adresse M. Pennes, ainsi que ses formules, quoique nous les ayons déjà mises sous les yeux de nos lecteurs. Nous devons déclarer cependant que, si nos souvenirs sont fidèles, ce n'est pas de sa communication que M. Robinet a écrit qu'elle était l'œuvre d'un esprit malade. (*N. du R.*)

Voici ce que j'ai exposé le 16 août dernier à l'Académie :

« Depuis vingt ans que je pratique la pharmacie, j'ai vu que la thérapeutique emprunte beaucoup à la chimie. J'ai observé que l'anémie et la chlorose ne peuvent se guérir sans le fer pur ou combiné ; que les affections bilieuses, calculeuses, cutanées, goutteuses, gastralgiques et rhumatismales, ne peuvent disparaître sans les alcalins variés et appropriés aux tempéraments ; que les scrofules et syphilides ne peuvent se modifier sans l'iode pur ou combiné. Dans un ordre moins élevé, j'ai remarqué très-souvent que l'albumine, le bouillon, le lait, le sang et les sécrétions, décomposés par un phénomène d'électricité ou d'oxygénation, reprenaient vivement leur état naturel par l'addition de quelques atômes d'un réactif appproprié.

« Ces faits remarquables m'ont convaincu que les corps organiques obéissent à la *loi d'affinité chimique* aussi bien et aussi vite que les corps inorganiques. Partant de ce principe, j'ai pensé qu'il n'était pas impossible de trouver une médication spéciale pour la guérison du choléra. Ma confiance doit vous paraître mal fondée, en raison des précédents qui concernent cette affreuse maladie ; cependant, si vous reconnaissez comme moi que l'*albumine*, l'*hématosine* et le *phosphore combiné* font défaut dans le sang des cholériques, vous pourrez conclure comme moi, et vous direz :

« *Le traitement du choléra doit principalement reposer sur la restitution des éléments perdus.* Ceci admis, vous serez peut-être portés à croire que j'ai choisi un bon moyen en utilisant les pores innombrables de la peau, pour porter dans le torrent de la circulation les agents thérapeutiques réparateurs.

« J'ai donc accordé la préférence à un bain, parce qu'il dispense d'employer le tube digestif, dont les muqueuses sont profondément désorganisées ; parce qu'il permet d'agir sur la périphérie entière du corps sans exposer le malade à un plus grand danger que ceux qui sont inhérents à la maladie elle-même ; parce que le moyen est à la portée de toutes les conditions sociales, si variées par la fortune, l'intelligence et la moralité. Pour assurer la durée des effets salutaires de ce bain, je donne une potion ou mixture cordiale, qui a la propriété de stimuler les forces vitales pendant la réaction. J'emploie quelquefois pour absorber et décomposer les gaz acides et oxydes malfaisants formés dans les intestins, un mélange que j'appelle poudre neutralisante, et qui doit s'administrer en lavement.

« Ce traitement, qui a été éprouvé assez souvent pour croire qu'il est utile, vous paraîtra peut-être digne de votre approbation.

« En conséquence, j'ai l'honneur de prier l'Académie d'avoir la bonté de nommer une commission spéciale pour en *faire l'application à mes risques et dépens* dans les hôpitaux, afin de juger de suite s'il mérite la confiance du Corps médical.

« J'ai l'honneur d'être, messieurs, votre très-respectueux serviteur. »

Nota. L'Académie a reçu cette communication le 18 août, elle l'a renvoyée à la commission des remèdes secrets. Sur ma demande expresse, elle a été lue dans sa séance publique du 29. Depuis ce jour, tout le monde a pu voir ce que j'ai présenté, et il a été facile de reconnaître qu'on pouvait l'essayer sans danger pour les malades (1).

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de m'accorder la faveur d'ajouter quelques mots, car, dans une question où la vie et l'honneur sont mis en cause, il faut prouver ce qu'on avance.

Je donne la faculté à *tous les médecins*, qui auront des cholériques à traiter, de me mettre en demeure de leur *livrer gratuitement mes trois préparations pour quatre ou cinq malades.* Je m'estimerai très-heureux et serai généreusement récompensé, si je puis par ce moyen les

(1) Nous croyons devoir reproduire ici les formules proposées par M. Pennes.

Bain électro-chimique.

Bromure de potassium	1	gramme.
Carbonate de chaux	1	—
Carbonate de soude	1	kilogramme.
Phosphate de soude	25	grammes.
Sulfate de soude	15	—
Sulfate d'alumine	2	—
Sulfate de fer	2	—
Huile volatile de lavande	1	—
Huile volatile de romarin	3	—
Huile volatile de thym	2	—
Delphine	10	centigrammes.

Faire fondre ce mélange dans l'eau d'un bain, chauffé à 32 degrés de Réaumur ; y plonger le malade et l'y tenir pendant 30 à 50 minutes, ayant soin de frotter la peau avec une brosse ou un tampon de laine ; aussitôt que le corps est sorti du

convaincre que je n'ai point abusé des lumières et des moments précieux des membres de l'Académie de médecine de Paris.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le rédacteur, votre très-humble serviteur.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — La plupart des médecins ou élèves en médecine envoyés en mission regagnent la capitale, ce qui prouve que, sur presque tous les points de la France, l'épidémie est fort heureusement en voie de disparition. Le mouvement suivant des hôpitaux civils prouvera qu'il en est de même à Paris :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
13 septembre.	23	10	16
14 —	14	16	25
15 —	11	12	19
16 —	7	4	26
17 —	11	10	9
18 —	13	7	14
19 —	12	9	20
	91	68	129

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,146
Sortis.......................... 2,705 }
Décédés......................... 3,158 } 5,863
Reste.................. 283 en traitement.

— Londres est moins heureux que Paris; la recrudescence qui s'y est développée ne s'est pas encore calmée : dans la semaine qui a fini le 9 septembre, le nombre des décès par suite du choléra a été de 2,050 sur une population de 2,362,236 habitants (recensement de 1851), dans les huit semaines précédentes, la mortalité avait été de 4,070.

— Dans la plupart des pays étrangers sur lesquels les journaux politiques nous donnent des renseignements, l'épidémie se calme également. L'Espagne paraît vouloir se distinguer entre tous par ses terreurs. La *Presse* nous donne les extraits suivants de lettres qui lui ont été adressées de Murcie, et qui rempliront sans doute de joie le cœur des contagionistes, puisqu'il paraît qu'il en existe encore :

« *Du 6 septembre.* Il n'y a pas eu encore un seul cas de choléra à Murcie, et déjà la peur qu'inspire le fléau a dépeuplé la ville : on ne voit personne dans les rues, les promenades sont désertes. M. de Perrin, dont je vous ai raconté la mésaventure, n'a pu rentrer qu'après dix jours de quarantaine dans une mauvaise venta (auberge), et après avoir dépensé des sommes considérables pour franchir les cordons sanitaires établis à l'entrée et à la sortie de chaque village ; il m'a fait hier le récit de son odyssée : c'est vraiment l'histoire de la sauvagerie la plus ignorante.

« Il faut convenir aussi que les nouvelles qui nous arrivent ne sont pas de nature à rassurer une population si facile à s'impressionner. A Alicante, qui ne compte pas 25,000 âmes, la mortalité est effrayante : il y meurt chaque jour 160 à 170 personnes. Les médecins et les prêtres ont lâchement abandonné leur poste.... »

« *7 septembre.* Dans ce moment, où le choléra se répand presque partout, il me serait impossible de sortir de Murcie; chaque village a son lazaret, impose sa quarantaine et se garde comme un seul homme; je ne puis donc pas songer à sortir pour nos affaires. Comme membre de la commission sanitaire, j'étais hier de garde à la Porte-Neuve. Rien n'est plus stupide, selon moi, que ces précautions qui ne font qu'effrayer davantage les populations au lieu de les rassurer; mais il a bien fallu me résigner à faire comme les autres, sous peine de devenir victime de l'ignorance de ces malheureux que la peur rend fous furieux. »

« *10 septembre.* Rien de nouveau depuis ma dernière; la peur du choléra rend cette population de jour en jour plus stupide. Déjà à Carthagène on avait prohibé l'entrée de toute espèce de marchandises; aujourd'hui cela ne suffit pas, et l'on fumigue avec du chlore les malheureux voyageurs qui viennent de Murcie. Par contre, on fumigue à Murcie ceux qui arrivent de Carthagène.

« Tout cela est d'autant plus déplorable, que le gouvernement n'y peut rien. Chaque alcade de village se drape comme un roi et méconnaît toute autorité, pour n'obéir qu'à la peur et ne prendre conseil que de son ignorance. D'après tout ce qui se passe ici avant qu'il y ait eu un danger sérieux, puisqu'il n'y a pas eu encore un seul cas de choléra bien constaté, j'entrevois pour ce malheureux pays les horreurs de la famine à la suite du terrible fléau. »

bain, il faut l'essuyer rapidement, puis le rouler dans une couverture de laine, afin de favoriser une transpiration abondante qu'on soutient par l'effet de la mixture cordiale suivante, qui est un stimulant diffusible :

Mixture cordiale.

Alcoolature d'aconit napel	1	gramme.
Alcoolé d'arnica composé	1	—
Alcoolé de nux vomica	1	—
Alcoolé de cinnamome	5	—
Acétate d'ammoniaque	2	—
Sirop d'éther	50	—
Eau de laurier cerise	25	—
Eau de menthe	15	—
Vin de quinquina jaune	25	—

Mêlez selon l'art, etc. Donner une cuillerée à café toutes les dix minutes, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la gravité du cas, etc.

Poudre neutralisante.

Albumine desséchée et pulvérisée	2	grammes.
Charbon animal porphyrisé	3	—
Tan pulvérisé	5	—

Calmer la soif, en laissant fondre dans la bouche, de temps en temps, un très-petit morceau de glace, et en donnant à boire quelques petites tasses d'infusions de thé de Suisse, additionnées d'un huitième d'eau de Seltz.

En cas de récidive, combattre les accidents nouveaux avec une grande énergie, en réitérant l'emploi du bain électro chimique avec double dose de sel composé, en continuant à donner la mixture cordiale et les boissons désignées, en administrant même deux ou trois petits lavements, faits avec un verre d'empois clair et une dose de la poudre neutralisante.

N. B. — Les doses devront varier suivant l'âge et la force de tempérament; par exemple : celle qui est ci-dessus est destinée à un adulte de force moyenne; si la personne était robuste, il faudrait l'augmenter de moitié; si elle était très-forte, il faudrait la doubler; si, au contraire, c'était un enfant de 3 à 7 ans, il faudrait employer le tiers; de 3 à 11 ans, la moitié; de 12 à 17 ans, les trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 185:) par M. le docteur Gariel, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr. — Chez Labé, libraire, et au bureau du journal.

Du traitement des déplacements et de quelques autres affections de l'utérus; résumé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine; par H. de Castelnau, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux.* — *Sous presse.* — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, franco, 2 fr., au bureau du journal.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison,* comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Bouillaud, recueillies et rédigées par le docteur Racle, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* — Prix : 1 fr. 50 c.

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée,** par M. F. Gille, pharmacien à Paris. — A Paris, chez Labé, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés, par M. Putégnat, de Lunéville, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. — 1 vol. in-8. — Paris, 1854.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 114. 2e année. Samedi 23 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 22 Septembre 1854.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Je viens de lire, avec l'intérêt qu'il mérite à plusieurs titres, le travail publié dans le *Moniteur des Hôpitaux,* par M. Davasse, et je me plais à rendre hommage aux qualités qui le distinguent d'une foule de publications auxquelles a donné naissance le choléra. Mais c'est précisément parce que ce travail est écrit avec une certaine habileté et qu'il se présente sous les plus sérieuses apparences scientifiques, que je crois utile d'en préciser nettement l'esprit et la valeur, en soumettant à la bonne foi de M. Davasse lui-même quelques courtes observations, auxquelles la sagacité de notre confrère et des lecteurs de votre journal me dispensera de donner les développements qu'elles comporteraient en d'autres circonstances.

Après une verte et éloquente philippique contre les *spécifiques*, M. Davasse formule ainsi sa première conclusion :

Dans le choléra-morbus, COMME DANS TOUTE AUTRE MALADIE, *la recherche des spécifiques est une chimère qui est sans utilité, mais non pas sans dangers.*

Et il ajoute :

Les indications et les médications positives peuvent seules rendre d'incontestables services, surtout si les médications positives sont tirées de la méthode expérimentale appliquée à l'homme sain, — et du rapport qui existe entre les effets des médicaments à employer et les symptômes de la maladie à guérir.

Je ne discuterai pas ici si la recherche des spécifiques a été, est et sera une chimère et un danger, dans le choléra *comme dans toute autre maladie*, la variole et la syphilis, par exemple ; — je n'examinerai pas jusqu'à quel point l'École à laquelle appartient M. Davasse est autorisée à se couvrir de ce POSITIVISME et de cette MÉTHODE EXPÉRIMENTALE qui, vous ne le savez que trop, sont l'objet de mon culte, la base de mes doctrines philosophiques et médicales ; — je demanderai seulement à M. Davasse si les médications *tirées du rapport qui existe entre les effets du médicament à employer et les symptômes de la maladie à guérir,* ne sont pas des médications SPÉCIFIQUES, et si l'École de Hahnemann a fait autre chose que substituer au *spécifique de la maladie, les spécifiques des symptômes !*

Eh bien ! comme en raison de nos préférences pour le positivisme et la méthode expérimentale, nous n'aimons à discuter ni sur les mots ni sur les causes premières ou finales, nous déclarons hautement que nous sommes prêt à renier Hippocrate et à adorer Hahnemann, si M. Davasse peut nous mettre à même, par l'emploi successif des spécifiques homœopathiques, de combattre victorieusement, les uns après les autres, les symptômes dont se compose le choléra ou *toute autre maladie*.

Voyons s'il en est ainsi.

Pour prouver que *le rapport qui existe entre les effets des médicaments à employer et les symptômes de la maladie à guérir*, prescrit d'opposer au choléra la noix vomique, M. Davasse établit, en premier lieu et par le secours de la méthode expérimentale (la sienne et non celle de Bacon), que la noix vomique, administrée à l'homme sain, donne lieu aux symptômes suivants :

Secousses violentes, tétaniques, par accès;
Spasmes musculaires douloureux ;
Contractions partielles ;
Roideur générale ;
Paralysie plus ou moins absolue ;
Cécité ;
Relâchements (?);
Asphyxie ;
Ralentissements de la circulation et de la respiration ;
Algidité ;
Cyanose ;
Envies fréquentes, mais inutiles et anxieuses, d'aller à la selle ;
Alternatives de constipation et de diarrhée ;
Déjections glaireuses et sanguinolentes ;
Douleurs contractives dans le rectum ;
Sensation au cardia comme si les aliments s'y arrêtaient et remontaient dans l'œsophage ;
Pression épigastrique intense ;
Douleurs crampoïdes violentes, surtout après le repas ;
Aigreurs ;
Régurgitations ;
Vomissements ;
Mort (!).

Nous demanderons à M. Davasse quel est l'agent toxique qui ne produit point les mêmes symptômes — aussi bien que la noix vomique?

M. Davasse établit ensuite, comme conséquence homœopathique, positive et expérimentale, que la noix vomique est administrée avec succès dans le traitement des maladies suivantes :

Attaques convulsives ;
Épilepsie ;
Hystérie ;
Chorée ;
Coqueluche ;
Asthme périodique ;
Paralysie rhumatismale, générale ou partielle ;

Amaurose ;
Rétention d'urine ;
Dyssenterie ;
Cardialgie ;
Entéralgie ;
Fièvre intermittente ;
Rhumatisme ;
Goutte.

Nous demanderons à M. Davasse quel est le médicament qui ne guérit pas toutes ces maladies........ aussi mal que la noix vomique ?

Mais le choléra ? — Patience, nous y voici, et M. Davasse, qui pourrait encore nous apprendre une foule de choses aussi *positives* que celles que nous venons de reproduire, se résigne à les garder pour lui, précisément pour *arriver au choléra.*

Or donc,« les phénomènes médicamenteux de la noix vomique, se rapportant tous *plus ou moins* (*sic*) à ceux du choléra, » M. Davasse a naturellement eu recours à cette substance, et il commence son dixième paragraphe en annonçant qu'il va dire *brièvement* les résultats que l'expérimentation de la noix vomique lui a donnés dans le choléra-morbus de 1849 et de 1853.

Brièvement ! — Pourquoi donc ? — Voilà tout d'abord un mot qui nous inspire quelques inquiétudes ! Pourquoi M. Davasse, qui a été si prolixe jusqu'ici, veut-il devenir si bref au moment où il pénètre dans le cœur de la question, au moment où il s'agit d'exposer au monde médical les résultats que lui ont fournis les médications positives et la méthode expérimentale ?

Mais rassurons-nous ; cette *brièveté* ne saurait être que relative, et M. Davasse, qui attaque si carrément les chiffres et les descriptions de ses confrères, ne peut faire moins que de nous présenter une statistique-modèle et des tableaux consacrés à chacune des *formes* que le génie de M. Tessier a découvertes et substituées aux vulgaires *degrés* admis jusqu'ici par les auteurs.

Je copie textuellement et complétement le dixième paragraphe de M. Davasse :

Déjà, dans la première de ces épidémies, l'expérimentation auparavant faite par moi de ce médicament, dans certaines cardialgies, et l'analogie apparente de son action comparée aux symptômes du choléra, m'avaient conduit fréquemment à son emploi contre cette dernière maladie. Cette année, surtout, chargé d'une division assez étendue du bureau de bienfaisance du 3e arrondissement de Paris, division où l'épidémie a sévi avec une certaine intensité, il m'a été donné de pouvoir administrer la noix vomique et la strychnine dans un assez grand nombre de cas. Il m'a été facile de conclure, que si ces substances étaient souvent d'une incontestable utilité dans les cholérines intenses et dans la première période du choléra franc, elles étaient à peu près sans efficacité dans le choléra ataxique et le choléra foudroyant. C'est là, du reste, la conclusion de M. Sée, qui, ne tenant point compte des *formes*, mais seulement des *degrés* de la maladie, a indiqué que la strychnine devait être réservée pour les choléras moyens.

Seulement, on ne peut pas, avec les données de M. Sée, encore moins avec celle de M. Abeille, constituer l'apparence même d'une indication.

Cette indication doit, selon nous, se résumer ainsi : *La noix vomique peut convenir dans le choléra-morbus, dans les cas où les forces naturelles sont peu troublées, ou du moins quand leur atteinte se manifeste plutôt par le vice des excrétions et des sécrétions que par celui des phénomènes de nutrition et de formation, et surtout lorsque les symptômes des fonctions animales*, crampes, contractures, convulsions, spasmes douloureux, spasmes cardialgiques, etc., etc., *semblent prédominer.* — Cette conclusion n'est pas moins conforme aux faits qu'à la théorie.

N'est-ce pas le cas, cher lecteur, de s'écrier avec Bazile :

Ah çà ! de qui *se moque-t-on* ici ?

Il est impossible que M. Davasse ait pris la peine d'écrire un si long mémoire pour *arriver* à un pareil résultat ; les spécifiques, le positivisme, la méthode expérimentale, la noix vomique, le choléra lui-même, ne sont évidemment qu'un prétexte, que les accessoires obligés de la mise en scène ; cherchons donc ailleurs le véritable nœud, et voyons si, comme dans les lettres, il ne se dissimule point dans quelque *post-scriptum.*

Notre perspicacité nous aurait-elle bien servi ? — Voici un douzième et dernier paragraphe qui débute par ces mots : *Reste la question des doses.* — Là doit être le pot aux roses ! et c'est évidemment, ici, que le positivisme de M. Davasse va briller de tout son éclat, que la méthode *expérimentale* va nous révéler toute sa puissance. — Mais, hélas ! en compagnie de M. Davasse, on marche de surprise en surprise et de déception en déception !

Je copie encore :

Dans les cardialgies où la noix vomique m'a paru indiquée, j'ai donné la strychnine à la dose de 1 centigramme, de 1 milligramme, ou la teinture de noix vomique à la dose de 1 à 4 gouttes, en solution dans 125 à 150 grammes d'eau distillée, par cuillerées à café, trois fois par jour, dans un verre d'eau sucrée, avant les repas. Dans le choléra-morbus, j'ai prescrit de moindres doses encore, avec la précaution de les faire répéter plus fréquemment, tous les quarts d'heure ou toutes les heures, selon les cas. Mais je dois dire, de plus, que mes expérimentations sur l'étendue de l'échelle posologique de ce médicament me l'ont fait employer dans le choléra comme dans les cardialgies, d'atténuation en atténuation, à des doses que certains esprits prévenus, et habitués aux seules doses toxiques, ne manqueront pas de trouver *ridicules*, parce que n'ayant jamais pris la peine de les expérimenter, ils ne les connaissent pas.

Or, les faits sont invincibles pour démontrer que, lorsque l'on administre la noix vomique comme tout autre médicament, d'après la loi d'analogie, les doses *toxiques* sont en général peu salutaires et peuvent être souvent funestes : et c'est là ce qui explique d'une part les revers avoués par quelques expérimentateurs, et d'autre part la répugnance des praticiens à user de tels médicaments. Au contraire, les doses *atténuées* des mêmes médicaments, en tenant compte des indications positives, n'ont aucun inconvénient, agissent avec plus de certitude : c'est dire qu'il faut non-seulement les employer, mais les préférer.

Maintenant, *quant à fixer la limite de cette posologie, je ne le ferai point. Personne ne peut le faire encore* (sic) ! Evidemment, c'est une question réservée, que l'avenir résoudra sans doute et que je n'ai pas la prétention de trancher en ce moment.

En présence d'aveux aussi modestes, aussi humbles, la critique reste désarmée, et pour notre part, nous nous déclarons satisfait. Mais nous craignons fort que M. Jean-Paul Tessier ne se contente point de semblables manifestations, et qu'il ne gourmande quelque peu la timidité de son élève.

En résumé, que reste-t-il de la longue et imposante élucubration de M. Davasse ?

Parturient montes, nascitur..... un factum homœopathique déguisé, qui ne se distingue de ses aînés que par quelques qualités de style, de convenances, d'érudition et d'insinuante habileté. — Percez cette fallacieuse enveloppe pour apprécier ce qu'elle recouvre, et vous direz avec le renard de la fable :

Belle tête, ma foi, mais de cervelle point.

L. Fleury.

Du traitement des kystes synoviaux tendineux,

Par M. J. Benoit, *professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.*

Monsieur le rédacteur,

Un savant confrère, M. Abeille, a inséré dans le numéro du 13 juin dernier du *Moniteur des Hôpitaux*, un article intitulé : *Des kystes synoviaux ganglionnaires et de leur traitement.* Je lis avec beaucoup d'intérêt tout ce que doit votre journal à la plume de cet habile praticien, et un fait récent a ramené mon attention sur son article. Ne trouvant pas les conclusions de l'auteur tout à fait conformes à celles que m'a dictées mon expérience personnelle, je prends la liberté de soumettre à votre jugement et à celui de M. Abeille quelques observations dont vous pourrez apprécier la valeur :

M. Abeille a écrit : « Les moyens qu'on a le plus généralement employés pour combattre les kystes ganglionnaires sont « l'écrasement, la compression, les frictions résolutives, notamment celles avec l'alcool, la ponction simple, l'incision sous-cutanée ; enfin, la ponction suivie d'injection iodée. L'écrasement ne saurait donner de résultats définitifs, parce qu'il ne « fait point disparaître la tumeur jusque dans sa racine. *Nous « doutons qu'on puisse citer un exemple de guérison radi-*

« *cale par ce procédé*.... La compression ne peut pas grand'« chose.... ; nous l'avons employée quelquefois, et elle n'a causé « que gêne et douleur pour les malades, sans aucun succès.... « L'incision sous-cutanée constitue une opération grave, en « raison du voisinage des parties, et nous ne saurions affirmer « qu'on ait guéri des ganglions, et surtout qu'on les ait guéris « sans accident par ce procédé.... L'injection iodée est le *seul* « *moyen efficace et sans danger*.... »

Avant de connaître le travail de M. Abeille, je m'étais arrêté, pour mon compte, à d'autres conclusions, et voici comment je les formulerais aujourd'hui :

1° Les kystes synoviaux ganglionnaires guérissent quelquefois spontanément, sans l'intervention d'aucune espèce de traitement ;

2° Ces kystes peuvent guérir sous l'influence de la compression ;

3° Ces kystes peuvent guérir d'une manière définitive, par la méthode de l'écrasement ;

4° Les résolutifs sont rarement efficaces ;

5° L'incision sous-cutanée, et même l'ouverture du kyste et la provocation à la suppuration, constituent, en général, des opérations bénignes ;

6° La ponction suivie de l'injection d'un liquide médicamenteux peut amener aussi une guérison radicale.

Je possède des faits confirmatifs de chacune de ces propositions, et venant se ranger dans l'une des six catégories énoncées :

1° J'ai observé récemment encore une guérison spontanée d'un ganglion survenu au poignet gauche, sans cause appréciable, chez un commis d'une maison de commerce de Montpellier. Le kyste datait de trente-quatre jours, en comptant du jour où le malade s'en était aperçu. Il avait la grosseur d'une petite noisette ; il s'est affaissé graduellement, et, depuis deux mois, rien n'annonce sa réapparition. Je trouve consignées dans mes notes deux autres guérisons spontanées, et une troisième guérison semblable que j'ai observée sur un membre de ma famille. Dans ce dernier cas, il y eut un affaissement brusque, sous l'influence d'un effort musculaire pour saisir fortement un corps pesant. Je considère, du reste, ce fait comme un exemple de *rupture* du kyste semblable à celle qui a lieu par le procédé d'écrasement. Tous les auteurs signalent la résolution spontanée comme une terminaison assez commune.

2° La compression a une efficacité incontestable sur certains kystes récents. J'en ai observé les effets sur plusieurs malades, entre autres sur un confrère, un de mes anciens maîtres. — Elle a guéri radicalement une jeune fille qui ne voulut jamais entendre parler d'une opération, et qui subit une compression méthodique pendant quarante-huit jours. — Le professeur Serre l'a employée fréquemment, et deux fois, à ma connaissance, avec un plein succès.

3° L'écrasement peut guérir d'une manière définitive ; j'ajouterai même que lorsqu'on peut réussir à l'opérer, c'est, sans contredit, le moyen le plus simple et le plus efficace. Il me serait facile d'en fournir plusieurs exemples. Le premier fait que j'observai me frappa par sa simplicité. — En voici le rapport sommaire :

Pendant mon internat dans le service du professeur Lallemand, je vis entrer dans la salle des officiers, au moment même de la visite du matin, un capitaine d'un régiment du génie. Cet officier avait le bras droit soutenu par une écharpe, et il accusait quelques douleurs dans l'articulation radio-carpienne. Il racontait qu'un ganglion s'était manifesté sur ce poignet, dans le point correspondant à la face postérieure de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien ; que, depuis trois mois, on avait appliqué des résolutifs de toute espèce, la compression et même deux petits vésicatoires, et que la tumeur ne faisait que s'accroître. La gêne apportée dans les mouvements de l'articulation allait aussi en augmentant.

M. Lallemand établit d'abord nettement le diagnostic, et s'empare ensuite du poignet du malade. Appliquant les deux pouces l'un sur l'autre, au niveau du ganglion, il tente l'écrasement en nous disant : *Il faut toujours débuter par là, c'est ce qu'il y a de plus simple ; si nous ne réussissons pas, nous essayerons autre chose.* M. Lallemand fait plusieurs efforts gradués, mais il ne réussit pas et nous renvoie le malade en nous invitant à essayer à notre tour. L'officier se prête de bonne grâce, malgré la douleur qu'il dit éprouver, à plusieurs tentatives. Il applique son membre sur une table, près du bord, et un de nos vigoureux condisciples, prenant à la fois la table et le poignet du malade dans ses mains, exerce une pression suffisante pour rompre le kyste et l'effacer entièrement, séance tenante. Le membre fut maintenu dans un bandage légèrement compressif pendant plusieurs jours.

Je suivis et étudiai avec beaucoup d'intérêt les conséquences de cette opération. Le surlendemain, l'officier n'éprouvait, à la lettre, aucune douleur, mais seulement un peu de roideur dans les mouvements. Il reprit immédiatement son service. Peu à peu, le poignet regagna sa liberté première, et la guérison ne fut entravée par aucun accident. J'ai revu le sujet de cette observation *vingt mois* après la cure, et l'on ne pouvait découvrir la moindre trace de sa maladie.

Depuis cette époque, j'ai recueilli plusieurs faits semblables. J'en connais deux appartenant au professeur Serre, un troisième observé chez un malade de M. Fontaines, chirurgien de l'hôpital de Nîmes. Au mois de février dernier, un étudiant en médecine m'en a offert un nouvel exemple. Plusieurs de mes confrères à qui j'ai demandé des renseignements ont appliqué la même méthode avec succès. Enfin, j'ai la conviction que si l'on pouvait recueillir toutes les guérisons obtenues par l'écrasement, on atteindrait un nombre élevé. Sans doute, on a pu observer des récidives, mais je n'en ai pas encore constaté pour mon propre compte. Chez un malade dont on m'a communiqué l'histoire, la récidive du mal fut suivie du même traitement, et cette fois la guérison fut bien définitive.

Du reste, je trouve cette méthode indiquée presque partout comme rationnelle et fructueuse. Dans le *Dictionnaire de médecine* en trente volumes, article Ganglion, M. J. Cloquet donne les détails de l'exécution, et ajoute : « J'ai rompu de la sorte un ganglion du volume d'un petit œuf, qu'un homme de l'hôpital Saint-Louis portait sur la partie inférieure de la face dorsale de l'avant-bras. Des applications résolutives furent faites sur l'endroit affecté, et la guérison était complète le troisième jour. »

Le professeur Sanson a écrit : « La rupture du kyste est un des moyens de guérison auxquels on a le plus fréquemment recours, principalement lorsque le ganglion occupe la face dorsale de la main. Après la rupture, le liquide contenu se répand dans le tissu cellulaire, d'où il est absorbé. Les parois du kyste s'enflamment, adhèrent entre elles, et la guérison ne tarde pas à être complète. » « La méthode la plus ordinaire, a dit Jourdan (Dre en 60 vol., t. 17, p. 313), et la moins sujette à inconvénient, consiste à écraser la tumeur.... Ce procédé n'entraîne jamais d'inflammation..., » etc.

Bien avant ces auteurs, le célèbre Louis, de l'Académie de chirurgie, citait des exemples de « *guérison subite de ganglions par une forte compression qui rompait le kyste.* » Muys, Job, Meechren, indiquaient aussi le meilleur procédé pour obtenir ce résultat (*voy. Dict. de chirurgie*, extrait de l'*Encyclopédie*, par Louis, t. 1er, p. 407). Enfin, antérieurement encore, A. Paré n'avait-il pas dit : « *Il faut frotter et presser dessus, tant et si fort, qu'on rompe le kyste, ce que j'ai fait par plusieurs fois.* » Dans leur *Compendium de chirurgie*, MM. Denonvilliers et Gosselin, après avoir résumé les avantages et les inconvénients de l'écrasement, concluent que *c'est encore le moyen qui convient le mieux dans l'immense majorité des cas.*

Ces faits et ces citations suffiront sans doute pour justifier notre appel du jugement sévère porté par M. Abeille sur l'opération de l'écrasement.

4° En ce qui concerne l'efficacité des moyens résolutifs, je la crois incertaine et contestable. J'ai vu ces moyens combinés avec

la compression, et à mes yeux le succès devait être légitimement rapporté à celle-ci. Je n'ai point constaté de guérison sous l'influence des applications dites résolutives. Il sera bon, du reste, quand on expérimentera ce mode de traitement, de se rappeler ce que nous avons déjà dit sur la possibilité d'une guérison toute spontanée (1).

5° Je me montrerai beaucoup plus favorable à la méthode par incision. J'ai affirmé, au début de cette Note, que l'ouverture du kyste et sa suppuration n'avaient pas en général des conséquences fâcheuses. On a, telle est ma conviction, singulièrement exagéré le danger attaché à cette espèce de traitement. Déjà, en 1850, j'ai publié quelques observations recueillies dans ma pratique ou dans mes services cliniques, et propres à arrêter l'attention des médecins sur cette ressource chirurgicale. On trouve ces observations dans la première partie de mes *Mémoires de médecine et de chirurgie cliniques*, p. 91 et suivantes. En voici deux qui peuvent servir de type.

M. C..., officier d'infanterie, avait remarqué, vers l'année 1833, la présence d'une petite tumeur mobile et indolente sur la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessous de l'articulation radio-carpienne; on lui conseilla d'exercer quelques frictions sur cette tumeur, et enfin de la comprimer, ce qui produisit en effet la guérison. Dix ans après, sans cause connue, une tumeur semblable se développa à peu près sur le même siége et prit graduellement un volume assez considérable pour gêner la fonction du membre, malgré les résolutifs, les frictions, la compression qui lui furent vainement opposés. — M. C.... entra à l'hôpital Saint-Éloi, en avril 1845, dans le service dont nous étions chargé en remplacement du professeur Lallemand.

La tumeur offrait le volume d'une petite noix, jouissait d'une mobilité assez considérable et était placée vers la fin de l'avant-bras, sur le trajet des tendons des extenseurs. Elle était rénitente, irréductible et douloureuse au toucher. Le malade se refusait obstinément à ce qu'on exerçât la moindre pression. Quelques jours de repos et l'application d'émollients ayant diminué la sensibilité des parties, je procédai à l'opération. Je plongeai dans la tumeur un bistouri à lame étroite et effilée, qui servit à faire une incision assez étendue pour permettre librement la sortie du liquide contenu et l'entrée de corps étrangers dans la cavité. De petits bourdonnets de charpie, liés par un fil, furent introduits dans la partie la plus profonde du kyste. Ils furent retirés et renouvelés le quatrième jour. Les pansements ultérieurs eurent lieu suivant les règles ordinaires, et rien ne vint entraver la marche naturelle de la cicatrisation, qui fut complète au vingt-cinquième jour, avec intégrité de toutes les fonctions du membre.

Le nommé Joseph Favier, soldat du 13e régiment d'infanterie légère, portait une petite tumeur ovoïde siégeant sur le dos du pied, vers l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien; cette tumeur était molle, sans présenter une fluctuation marquée; elle s'était développée à la suite de longues marches faites avec une chaussure mal disposée, et qui comprimait spécialement ce point de la région pédieuse. Ce militaire ne pouvant continuer son service, entra à l'hôpital Saint-Éloi le 28 août 1849.

Après avoir reconnu tous les caractères des kystes tendineux, j'incisai la tumeur le 30 août et donnai issue à une matière cristalline, transparente, d'une consistance égale à celle d'une solution gommeuse. La poche ayant été entièrement évacuée, je procédai au pansement comme dans l'observation précédente. Il ne se manifesta aucun accident; l'inflammation fut modérée, la suppuration convenable. Enfin la cicatrisation, régularisée par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, amena l'oblitération de la poche, et Favier, parfaitement guéri, sortit de l'hôpital le 20 septembre 1849.

Déjà, en 1850, j'avais pratiqué cinq fois cette même opération, ainsi que je l'ai publié, et constamment avec un plein succès. Depuis cette époque, j'ai eu trois nouvelles occasions de tenir la même conduite, et toujours heureusement. Un fait des plus simples et des plus concluants parmi ceux que j'ai recueillis est celui du jeune R.., de Lodève, pensionnaire au Lycée de Montpellier, et que je fus appelé à voir et à soigner en 1851, en remplacement de mon collègue, le professeur Bouisson.

Le professeur Serre a aussi employé la même méthode et deux de ses malades ont été, sous mes yeux, parfaitement guéris par l'incision et la suppuration du kyste. L'un était un militaire dont le ganglion avait pour siége la face dorsale du pied droit; l'autre était la femme d'un colonel suédois, portant un ganglion sur la face dorsale du poignet, et qui avait épuisé toutes les ressources invoquées en pareille circonstance pour échapper à une opération. Il n'est pas inutile d'ajouter que, dans tous les cas que j'ai observés, la cicatrice s'est réduite à une simple inégalité linéaire qui n'a jamais constitué une difformité.

La science possède un grand nombre de faits identiques ou analogues. L'incision seule directe ou sous-cutanée a été aussi employée avec succès, et je vois, par exemple, dans le Compte rendu de la séance du 16 octobre 1835, de la Société de médecine de Paris, des communications relatives à la guérison de ganglions anciens, traités par l'ouverture du kyste, suivie de la compression. Enfin, j'ai déjà raconté (à la page 98 de mes *Mémoires* précités) l'histoire d'un jeune soldat sur lequel, après des essais d'un traitement assez barbare, on ouvrit largement un ganglion du pied, au moyen de la potasse caustique. La guérison eut encore lieu sans le moindre accident, et le malade, que nous avons vu longtemps après, jouissait de la liberté complète de tous les mouvements du membre.

Je disais en 1850 : « Il suffit de comparer les divers résultats que nous venons de faire connaître pour comprendre la supériorité de l'incision directe, et le peu de fondement des craintes qu'elle a inspirées. Sans doute, elle a pu quelquefois s'accompagner d'accidents graves; mais à part les dispositions individuelles qu'il faut toujours prendre en si grande considération, lorsqu'il s'agit d'apprécier les suites d'une manœuvre quelconque, ne pourrait-on pas trouver ailleurs, et en particulier dans un diagnostic erroné, la raison de ces inconvénients ou de ces insuccès?

Nous avons vu, par exemple, un malade traité depuis longtemps pour un ganglion de la région dorsale du carpe, et sur lequel le professeur Serre reconnut que la tumeur était formée par une véritable hernie de la grande synoviale articulaire. Dans la flexion de la main sur l'avant-bras, cette tumeur était rénitente et résistait à la pression; dans la position contraire, on pouvait l'effacer et la réduire en entier. Ce caractère, joint à ceux que l'on déduisait des connexions et de la position de la tumeur, suffisait pour en rendre la nature évidente. M. Serre se contenta de prescrire une compression modérée et continue. Si, au lieu d'employer quelques remèdes insignifiants, on avait opposé à ce prétendu ganglion la méthode que je préconise, nul doute qu'il serait survenu des accidents sérieux et peut être mortels; mais la méthode opératoire n'aurait pas été responsable de ces conséquences, le blâme remontant de droit au praticien. C'est toujours la démonstration de cet aphorisme de Louis : *Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut et la pratique souvent infidèle.*

Ces sortes de poches herniaires des membranes synoviales peuvent se rencontrer au voisinage de la plupart des articulations. Nous en avons observé un exemple dont les caractères étaient très-évidents et dont le siége était un peu au-dessus et en dehors de la rotule. Dans le diagnostic de ces tumeurs, la confusion est d'autant plus facile pour le chirurgien, qu'elles dépendent d'une articulation moins lâche et moins volumineuse. On conçoit, en effet, que la hernie de la synoviale du genou, du

(1) Notre distingué correspondant et bien cher ami nous permettra de rappeler ici, tout en approuvant, d'une manière générale, ses judicieuses réserves sur l'efficacité des résolutifs, que notre savant maître et ami, M. le professeur Nélaton, a obtenu des succès très-remarquables par la simple application, sur les kystes, de compresses imbibées d'alcool. — H. de Castelnau.

coude-pied, de l'épaule, etc., soit plus aisément réductible, en raison de la facilité avec laquelle le liquide synovial est repoussé dans une cavité plus spacieuse que celle de la tumeur elle-même. Mais si la hernie a son point de départ dans une articulation étroite et serrée, ses qualités se rapprochent de celles du véritable ganglion ; il y a quelquefois même irréductibilité absolue. C'est ce que nous avons observé sur un de nos malades, qui portait une tumeur semblable au bord radial de la première articulation phalangienne de l'index.

Un chirurgien attentif pourra, du reste, trouver ordinairement dans les circonstances concomitantes les bases du véritable diagnostic. Notons seulement qu'il peut arriver que l'irréductibilité ne tienne pas à ce que la cavité articulaire n'est pas assez ample pour loger le liquide qui distend la tumeur, mais bien à ce que la hernie communiquant, dès son origine, avec l'articulation, s'en est isolée peu à peu, en est devenue tout à fait indépendante, ou ne lui est unie que par un pédicule étroit et imperméable. Cette organisation range dès lors ces sortes de tumeurs dans la catégorie des ganglions ordinaires, et fournit les mêmes indications (Mémoires cités, p. 101). »

Une question fort importante, que l'on adresse naturellement à tous les opérateurs qui ont ouvert des ganglions tendineux, est celle relative aux connexions réelles de ces sortes de kystes avec les tendons. On comprend, en effet, que la réponse doit servir puissamment à éclairer l'étiologie et l'anatomie pathologique de la maladie. Aujourd'hui, je dirai seulement, à ce sujet, que chez un de mes opérés par incision, j'ai vu manifestement le tendon se mouvant au fond de la plaie sous l'influence des contractions musculaires, mais que ce tendon me parut recouvert de sa synoviale. J'ajouterai que cette circonstance n'enleva rien à la simplicité de l'opération, et ultérieurement à la liberté du membre. Dans les autres cas, le tendon a échappé à mon inspection, et je suis resté dans le doute sur la relation existant entre la cavité du kyste et celle de la gaîne tendineuse. Aussi, est-ce plutôt sur le cadavre et dans no amphithéâtres que j'espère trouver des occasions favorables d'étudier cette altération organique.

6° En ce qui concerne la dernière méthode de traitement dont nous avons parlé, c'est-à-dire la ponction suivie de l'injection d'un liquide médicamenteux, je suis heureux de pouvoir donner un nouveau fait à l'appui des opinions de M. Abeille.

Ces opinions sont, du reste, partagées aujourd'hui par beaucoup de praticiens. M. Velpeau, un des premiers, et le premier peut-être en France, a employé dans ces sortes de kystes l'injection de la teinture d'iode étendue de trois à six fois son poids d'eau, et il a considéré ce traitement comme le plus efficace dans le cas où il est applicable, c'est-à-dire quand la tumeur est tendue, bien isolée, d'un certain volume et remplie d'un liquide peu consistant. MM. Denonvilliers et Gosselin ont depuis longtemps résumé et vulgarisé, dans leur *Compendium*, la méthode de prédilection du chirurgien de la Charité. Voici un nouveau fait qui doit lui être rapporté :

Le 11 juillet dernier, j'ai opéré, par cette méthode, un kyste ganglionnaire existant, depuis trois mois, sur le poignet d'un jeune homme. Le kyste était assez volumineux et offrait une saillie centrale de 25 millimètres. Une injection iodée au tiers a déterminé une inflammation assez vive qui, un moment, me fit craindre la suppuration, et qui ne commença à décroître qu'au onzième jour, sous l'influence de quelques antiphlogistiques (d'abord applications froides, puis 8 sangsues, cataplasmes). Aucune des règles prescrites pour ces sortes d'opérations n'avait été oubliée. La tumeur diminua à partir du vingt-deuxième jour, et le 24 août il ne restait plus qu'un petit noyau qui, je l'espère, se résoudra complétement.

Assurément, ce résultat est, en somme, avantageux et facilement obtenu, et, quoique la durée du traitement ait été de *quarante-quatre* jours, au lieu de *vingt-cinq* et de *vingt*, comme dans les observations de l'*officier C....* et du soldat *Favier*, je suis décidé à imiter M. Abeille et à donner la préférence à ce mode opératoire, toutes les fois que je le croirai applicable.

Mais dans quel cas cette dernière méthode est-elle applicable? Voilà le point sur lequel on doit appeler maintenant toute l'attention de M. Abeille et celle des praticiens.

Je ne suis pas encore, pour mon compte, parfaitement édifié sur la véritable nature des kystes synoviaux ganglionnaires, et surtout je ne les considère pas comme toujours identiques, soit en ce qui concerne l'enveloppe, soit en ce qui concerne la matière contenue. M. Abeille paraît disposé à adopter l'opinion de M. Gosselin, qui invoque l'existence de corpuscules sous-synoviaux se développant à travers une éraillure aponévrotique, et il trouve dans cette explication *tous les avantages d'une induction tirée de l'anatomie normale.* J'avouerai franchement que des recherches déjà réitérées, et que je poursuis, ne me permettent pas de regarder cette théorie comme généralement vraie, car je n'ai encore *rien* vu qui la confirmât.

L'étiologie est très-probablement diverse suivant les cas, et ainsi peut être comprise la divergence des pathologistes qui ont vu dans ces kystes, les uns une vacuole cellulaire hypertrophiée, les autres une hernie de la synoviale, ceux-ci une simple hydropisie de cette membrane, ceux-là une rupture ou une espèce d'anévrisme séreux, comme l'a dit M. Marchal, etc., etc. Cette question a évidemment plusieurs faces.

Quelle que puisse être la bonne solution à donner, et je conviens que je n'ai pas encore les éléments suffisants pour en proposer une nouvelle, serai-je bien loin de la vérité en formulant les conclusions thérapeutiques suivantes?

1° Si le ganglion est encore récent et demeuré exempt d'inflammation, si la matière contenue donne la sensation d'un liquide peu consistant, doux au toucher, sans inégalités, sans crépitation, le chirurgien devra essayer premièrement l'écrasement suivi de compression, ensuite la compression méthodique combinée avec les résolutifs ;

2° Si ce traitement se montre infructueux, et qu'en outre le kyste soit uniloculaire, et ait une tension et un volume suffisants pour permettre une ponction avec le trois-quarts, alors l'injection iodée méritera la préférence ;

3° Si le kyste est ancien, multiloculaire; si ses parois sont dures et très-résistantes; si, comme le fit Dupuytren avec tant de bonheur dans une circonstance épineuse, on peut diagnostiquer, d'après une sensation particulière de crépitation, l'existence de ces concrétions hordéiformes, albumineuses ou fibrocartilagineuses, que l'on a depuis longtemps rencontrées dans ces kystes et que j'ai vues chez un de mes opérés; enfin, si l'on acquiert la conviction que la matière contenue est épaisse et consistante, on devra dès lors recourir à l'ouverture du kyste, et on préviendra sûrement toute récidive en provoquant avec ménagement la suppuration de ses parois ;

4° Je rejette jusqu'à plus ample informé, pour la généralité des cas, et comme inférieurs sous plusieurs rapports aux précédents, les traitements par le séton, par l'extirpation et même par les caustiques, malgré les faits que M. Payen a publiés en faveur de ces derniers. Je regarde comme inutiles ou dangereux les moyens par lesquels on a voulu préparer le kyste à l'écrasement, soit en le ramollissant, comme le prescrivait A. Paré, soit en l'enflammant, comme l'a fait de nos jours le docteur Denis, par des percussions ou des malaxations quotidiennes ;

5° L'écrasement, toutes les fois qu'il est possible et indiqué, est le moyen le plus simple et le plus efficace; mais, à part les circonstances qui peuvent le repousser et qui tiennent à la structure des parois du kyste et à la nature de son contenu, il faut encore avoir égard au siége du mal qui est quelquefois une condition d'insuccès. Il serait en général difficile d'écraser un ganglion qui ne reposerait pas sur une région résistante, et c'est pour ce motif que l'application de ce procédé est presque entièrement limitée aux kystes de la région dorsale du pied et de la main. Ajoutons aussi que ce sont les parties sur lesquelles la maladie se montre le plus fréquemment, ce que l'on peut

expliquer peut-être par quelques dispositions anatomiques dont j'aurai un jour l'occasion de signaler l'influence.

Je borne ici cette Note, en rappelant que mon but n'a pas été d'examiner *in extenso* la question du traitement des ganglions tendineux, ni d'apprécier les diverses théories pathologiques ou thérapeutiques dont ils ont été le sujet depuis Eller, de Berlin (en 1746) jusqu'à nos jours, mais seulement d'exposer certaines observations tendant à démontrer l'utilité de quelques modifications dans les préceptes donnés par un savant et habile confrère.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc. J. Benoit.

L'absorption est-elle abolie dans la période algide du choléra?

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Cher ami,

J'ai lu dans un des derniers numéros de votre estimable journal (7 septembre), un extrait de la Thèse d'un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Duchaussoy, dans laquelle l'auteur a l'intention d'établir que, dans la période algide du choléra, l'absorption des médicaments est abolie.

Si ce fait était rigoureusement démontré, il serait bien décourageant, puisqu'il conduirait les médecins à conclure que, *dans la période algide du choléra, il n'y a absolument rien à faire*. Il est donc d'une importance extrême de savoir si le fait annoncé par M. Duchaussoy est vrai; d'abord, pour juger la valeur ou l'utilité des médicaments que les médecins conseillent tous les jours à cette période; ensuite, pour fixer les praticiens sur la question de savoir si de nouveaux médicaments doivent ou non être expérimentés, dans l'espoir d'arriver à guérir un plus grand nombre de cholériques qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Comme vous pouvez le pressentir, c'est tout à la fois le présent et l'avenir de la thérapeutique du choléra, dans la période algide, que ce travail résoudrait, si les expériences qui lui servent de base prouvaient le grand fait que l'auteur croit avoir démontré.

J'ai voulu prendre connaissance des expériences de M. Duchaussoy dans sa Thèse; j'avoue que la lecture que j'en ai faite m'a conduit à conclure précisément en sens inverse de l'auteur.

Pour juger s'il y a ou non absorption, M. Duchaussoy recherche, sur les cholériques, si les médicaments qu'il expérimente produisent les phénomènes *physiologiques* que les auteurs assignent à ces médicaments. Si ces phénomènes ne se manifestent pas, il en conclut qu'il n'y a pas absorption.

Cette manière de procéder ne peut, selon moi, conduire qu'à l'erreur :

D'abord, parce que les médicaments, même dans l'état physiologique, produisent des effets différents suivant les individus ;

Ensuite, parce que ces agents agissent différemment dans l'état physiologique et dans l'état pathologique.

Dans le cas où M. Duchaussoy ne se contenterait pas de ces propositions, qui sont le résumé exact de la science sur l'action des médicaments, il me suffirait, pour lui démontrer que ses expériences (au moins 21 sur 22 qu'il a faites) ne peuvent rien prouver *pour* ou *contre* l'absorption, de lui citer seulement quelques faits bien connus que j'emprunte à la thérapeutique et à la physiologie.

Par exemple, dans le traitement de la pneumonie par la méthode de Rasori, lorsque la tolérance s'établit, faut-il en conclure que le tartre stibié n'est pas absorbé parce qu'il ne produit plus les phénomènes physiologiques qui lui sont propres ? Tous les praticiens savent que, malgré l'absence de ces effets, si on continue l'emploi de ce médicament, la mort du malade est à peu près inévitable. Il agit donc sans produire de phénomènes physiologiques.

Des expériences faites avec soin, et répétées un grand nombre de fois, ont démontré que l'eau distillée de laurier-cerise, injectée, à faible dose, dans les veines d'un chien bien portant, le tue rapidement. Si, au contraire, on injecte le même médicament dans les veines d'un chien atteint de la rage, on peut en injecter des doses considérables sans que la mort s'ensuive.

L'action du médicament n'est donc pas la même à l'état physiologique qu'à l'état pathologique.

M. Duchaussoy doit connaître des expériences récentes faites avec le venin des serpents, d'abord par M. G. Dumont, et répétées depuis. Ces expériences ont démontré que le venin du crotale, introduit, par une morsure du reptile, dans la circulation d'un lapin, le tue rapidement, s'il est à l'état sain ; si, au contraire, le quadrupède a pris préalablement de la noix de cédron, le venin ne peut plus le tuer; il le rend seulement malade. Voici donc encore un exemple qui prouve qu'en plaçant l'organisme dans des conditions particulières, le poison le plus énergique ne produit pas ses effets délétères.

Il suffit d'énoncer ces faits, pour prouver que les expériences de M. Duchaussoy ne peuvent rien démontrer.

Pour résoudre la question qu'il a soulevée, ce ne sont pas les phénomènes physiologiques qu'il faut interroger, puisque, dans la période algide du choléra, le malheureux malade est dans un état voisin de la mort. Comment un médicament pourrait-il, dans ce cas, déterminer les mêmes phénomènes que dans l'état de santé?

Sur les 22 observations qui sont rapportées dans la thèse de M. Duchaussoy, une seule peut, selon moi, prouver quelque chose, parce que l'auteur a recherché le médicament dans les organes par l'analyse chimique; or, précisément, cette recherche a fait découvrir le médicament.

Le nommé Jacob, qui avait pris tant en lavement qu'en potion 5 grammes d'iodure de potassium; cette substance ayant été recherchée : « Les glandes salivaires et le pancréas, dit l'au- « teur, contenaient donc un peu d'iodure de potassium en très- « faible quantité, il est vrai, mais enfin il y en avait (p. 36.) »

Ainsi, vous voyez que j'avais raison quand je vous disais, en commençant, que la lecture de ce travail m'avait fait conclure en sens inverse de l'auteur. En effet, sur les 22 observations de M. Duchaussoy, il y en a 21 qui ne peuvent rien prouver contre l'absorption; il y en a une seule dans laquelle l'auteur nous apprend qu'il a recherché le médicament dans les tissus, et l'analyse chimique lui a permis d'y constater sa présence. Il avait donc été absorbé.

Si toutes les expériences avaient été faites dans cette voie, elles auraient pu nous apprendre quelque chose sur la question. Il faut espérer que celles que M. Duchaussoy se propose de continuer seront faites dans cette direction.

Je vous ai écrit ces quelques réflexions, parce que la presse médicale a donné un certain retentissement au travail, d'ailleurs intéressant, de M. Duchaussoy, et parce qu'il m'a paru décourageant pour les praticiens qui accepteraient comme suffisamment démontrées les stériles expériences qu'il renferme.

21 septembre. Votre tout dévoué, J. Lemaire.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les n*os 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108 *et* 112 *du tome* 2.)

SUITE DE LA VINGTIÈME LEÇON.

Causes. — Une chose fort curieuse, c'est que le temps humide et froid prédispose à l'inflammation de la hernie ; l'humidité fait sortir davantage la hernie, et, par conséquent, augmente les chances d'inflammation : les malades qui ont de mauvais bandages sont unanimes pour le dire. La sortie d'une plus grande portion d'intestin cause généralement de légers accidents : c'est l'inflammation légère, fugace, qui n'a pas d'autres conséquences si l'on fait rentrer de suite la hernie ; mais s'il n'est pas possible de la réduire, il y a *engouement,* comme on dit.

Voici une petite statistique qui ne sera peut-être pas sans intérêt :

Pendant six ans, j'ai recueilli tous les cas de hernies étranglées opérées dans les hôpitaux de Paris ; j'en ai trouvé 220. J'ai recherché à quelle époque de l'année on en rencontre le plus grand nombre, et voici ce que j'ai vu : pendant le semestre d'hiver, il s'en était présenté 137, et pendant le semestre d'été, 83. Pour les quatre mois d'hiver, décembre, janvier, février et mars, 99 ; pour ceux d'avril, mai, juin et juillet, 66 ; et d'avril à novembre, 55.

Les sujets qui portent une hernie s'aperçoivent très-bien aussi des changements de temps ; les excès de table, les aliments venteux, et enfin les efforts, sont autant de causes qui ont une grande influence sur l'étranglement. Quelquefois, les malades accusent un certain malaise qui a précédé l'irréductibilité de la hernie ; ainsi, dernièrement, j'avais un malade qui me disait avoir ressenti un grand échauffement. Il y a des cas où la douleur a commencé dans l'abdomen avant de descendre dans la hernie ; cela est rare, mais cela se voit encore.

Etudions maintenant l'étranglement vrai, et vous verrez combien ce que je vous en dirai diffère de ce que disent les auteurs.

Au premier degré de la hernie irritée, il y a de petites coliques, du météorisme, des éructations ; qu'est-ce que cela, de l'irritation? J'ai déjà montré la coïncidence de ces phénomènes avec l'épaississement du sac lorsque les stigmates se déposent sur le collet.

Mais est-il vrai qu'il y ait eu de ces inflammations qui sont passées inaperçues? Comme je tranchais entièrement avec tout ce qui me précédait, je ne voulus pas m'en rapporter à moi-même, j'allai consulter M. Cruveilhier ; il avait, de son côté, décrit des irritations de ce genre, qu'il appelait des *péritonites glutineuses ;* il aurait dû dire adhésives. Il disait : « Quand les viscères peuvent rouler sur eux-mêmes, il n'y a pas d'adhérences dans ces petites coliques, parce que la matière n'a pas le temps de s'organiser ; mais quand les viscères sont fixes, comme le foie, la rate, etc., il est très-fréquent de trouver de petites adhérences qui n'ont pas eu d'autres causes que ces péritonites partielles, » et il ajoute « que ces adhérences sont aussi fréquentes que les adhérences pleurales. Mais ce point de côté n'est-il pas reconnu comme un des symptômes les plus frappants de la pleurésie? Ce sont ces points de côté qui amènent les adhérences si nombreuses que l'on trouve à la plèvre, c'est ce même point de côté qui amène les adhérences du péritoine avec les viscères. » Il est curieux que M. Cruveilhier et moi, partant tous deux d'un point de vue différent, soyons arrivés au même résultat. Cela, messieurs, a certainement une grande importance.

Cette petite irritation herniaire ne dure donc pas longtemps ; la lymphe plastique tombe au fond du sac, et celui-ci s'épaissit : pour que ce soit le collet du sac qui contracte des adhérences, il faut que l'inflammation soit considérable. Toutes ces coliques, ce sont des inflammations adhésives.

Mais une hernie qui sort et devient tout à coup irréductible (2e degré), qu'est-ce que cette irréductibilité subite à la suite d'une débauche, d'un effort? Cela est-il rare? Non, c'est au contraire très-commun, j'en ai cité de nombreuses observations : c'est une hernie épiploïque, aussi ces hernies sont-elles indolores. Un des parents de Florent Cunier était venu à Paris aux funérailles de l'Empereur : dans la foule, sa hernie sort ; il veut, mais ne peut la faire rentrer ; un bandagiste essaie mais inutilement de la réduire ; enfin on m'appelle, et je trouve une hernie, grosse comme le poing, sans autre accident que l'irréductibilité. Pour moi, c'était une épiplocèle avec inflammation superficielle. Je mis des cataplasmes et des sangsues, et dix jours après, l'inflammation étant tombée, je fis facilement rentrer la hernie.

Troisième degré, avec douleur, etc., mais pas encore de vomissements ; j'ai cité plusieurs cas de ce genre, entre autres celui d'un vieillard de Bicêtre à qui on avait en vain pratiqué le taxis ; les purgatifs passaient, mais la constipation était aussi forte qu'avant ; j'appliquai des cataplasmes plusieurs jours de suite, et la hernie, diminuant de volume, put enfin être réduite.

Enfin, le quatrième degré est la hernie irréductible avec tout son cortége : voilà l'engouement dans toute sa splendeur ; nous nous en occuperons dans la prochaine séance.

A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

Des moyens de faciliter la version dans le cas de présentation de l'épaule. — Prolapsus de l'utérus pendant la grossesse. — Accouchement très-laborieux nécessitant le sacrifice de l'enfant.

Nous reproduisons, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* les trois faits suivants, dont les analogues ne sont pas rares dans l'exercice de l'art obstétrical. Or, c'est précisément à cause de la fréquence de ces cas que nos lecteurs seront bien aises de connaître la manière d'agir, en semblables circonstances, du célèbre professeur de la Faculté de Paris.

De toutes les difficultés qui compliquent la version, la plus commune et la plus embarrassante est celle qu'on rencontre dans le cas de présentation de l'épaule, alors que les membranes se sont rompues de bonne heure, et qu'à la suite de l'écoulement des eaux de l'amnios, les parois utérines, fortement appliquées sur le corps de l'enfant, sont dans un état de contracture permanente. Il y a nécessité de terminer l'accouchement, et en même temps il est à peu près impossible de pénétrer dans l'utérus, non-seulement en raison de la résistance de son orifice, mais parce que cet organe tout entier est fortement rétracté. Pour atténuer les difficultés de cette situation, les accoucheurs ont proposé divers moyens, dont les uns sont préventifs et les autres curatifs ; car il faut savoir qu'on peut empêcher, dans une certaine mesure, les choses d'en venir au point que nous venons d'indiquer.

Le premier moyen préventif auquel il y ait lieu de recourir, quand on a reconnu une présentation de l'épaule, c'est, selon M. Dubois, de faire coucher la malade ; dans cette position, elle est moins exposée à une rupture prématurée des membranes. Il faut ensuite éviter de provoquer cette rupture par des manœuvres ayant pour but de s'assurer de nouveau de la position de l'enfant. Dès qu'il y a doute, il convient de ne pratiquer le toucher que lorsque les membranes sont flasques ; on évite ainsi de les rompre prématurément. Si elles sont rompues, il est nécessaire, pour prévenir la rétraction puissante de l'utérus qui suit cette rupture, d'être également réservé dans les recherches auxquelles on est disposé, et qui, en agaçant inutilement le col, ajoutent encore à sa rigidité. Supposons maintenant les eaux en partie écoulées et l'utérus rétracté fortement ; que faudra-t-il faire? Pour rendre cette rétraction moins gênante, on a proposé des bains, des topiques locaux, et en particulier des injections émollientes portées dans le vagin. On a conseillé ensuite les applications d'extrait de belladone ; mais ces applications n'ont qu'un effet purement local, et quand on aurait relâché l'orifice utérin, on aurait gagné peu de chose : c'est donc un moyen parfaitement inutile. Il en est un autre, au contraire, que M. Dubois regrette de n'avoir pu encore mettre en usage, et qui lui paraît on ne peut plus rationnel ; c'est l'introduction, dans l'utérus même, à l'aide d'une longue canule, d'injections mucilagineuses préparées avec une décoction très-épaisse de graine de lin ou de guimauve. Ces injections, qui ont été, dit-on, faites avec succès par un praticien honorable de Lyon, ont pour but de remplacer le liquide amniotique, d'assouplir, de lubréfier les parois utérines, et de rendre l'introduction de la main plus facile. Quant aux saignées abondantes pratiquées dans le but de diminuer l'éréthisme des tissus rétractés, et à l'opium donné à haute dose, ces deux moyens ont été souvent expérimentés par M. Dubois, mais, en général, ils ont été inefficaces. Il faudrait porter la dose de l'opium à un degré si élevé, qu'on produirait des accidents sans compensation suffisante pour autoriser l'emploi de ce médicament. L'éther et le chloroforme auraient-ils plus de succès que les narcotiques? On l'a cru d'abord. M. Velpeau avait pensé que l'éthérisation aurait le très-grand avantage de diminuer l'énergie des contractions utérines, mais l'événement a fait voir que ces contractions n'en ont pas moins persisté avec force dans le plus grand nombre des cas. Le tartre stibié a fait naître aussi les mêmes espérances que les anesthésiques. Comme on l'avait administré avec avantage, pour hâter la dilatation du col de l'utérus, on a cru, par analogie, qu'il aurait une égale efficacité pour vaincre la rétraction du corps de l'utérus. La formule usitée en pareils cas, par M. Collins, est la suivante :

℞ Eau distillée................	180 grammes.
Tartre stibié, de..............	20 à 40 centigr.
Laudanum de Sydenham......	20 gouttes.
Sirop de gomme.............	20 grammes.

Faites une potion. A prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures. L'état nauséeux produit par cette solution a fait cesser, assure-t-on, chez beaucoup de malades, la résistance si gênante des fibres utérines.

A ces moyens vient s'ajouter la force humaine, exercée à l'aide de la main ; mais cette force, qui concourt, en effet, plus que toute autre puissance, à vaincre la difficulté présente, ne saurait dépasser certaines limites sans danger pour la malade. M. Dubois, qui veut que ses propres malheurs servent à l'instruction de tous, a rapporté à ce propos le cas d'une femme chez laquelle il dut aller à la recherche des pieds pour terminer l'accouchement. Dans cette manœuvre, il fit un effort un peu trop violent ; il eut aussitôt la sensation d'un craquement, puis la résistance, jusque-là énorme, cessa ; l'accouchement se fit sans difficulté, mais la malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva une crevasse à la partie antérieure et inférieure de l'utérus, qui s'était rompu.

— M. Dubois a été appelé en ville pour une dame dont l'état a présenté quelques particularités intéressantes sur lesquelles on n'a rien publié dans les ouvrages d'obstétrique. Cette dame, arrivée à peu près au terme de sa grossesse, éprouva, il y a quelques jours, une gêne extraordinaire dans le bassin, en même temps qu'elle observait un abaissement notable du ventre. Les mouvements de son enfant lui paraissaient aussi moins vifs que de coutume, et tout cela était arrivé sans chute préalable. En la touchant, on trouvait l'utérus presque à la vulve, d'où M. Dubois a conclu que cet organe occupait, ainsi que l'enfant, une grande partie de l'excavation pelvienne où il s'était engagé par suite d'un prolapsus de cause inconnue. Ce chirurgien a conseillé le décubitus dorsal avec élévation du bassin, et en joignant à ce moyen quelques efforts tentés dans le but de relever l'utérus et de le mettre à sa place, la gêne douloureuse éprouvée dans la région pelvienne s'est dissipée, les mouvements du fœtus ont repris leur vivacité normale, et la grossesse a pu atteindre son terme sans résultat fâcheux pour l'enfant.

Ces cas de prolapsus de l'utérus pendant la grossesse sont assez communs ; lorsque l'enfant est petit et qu'il s'engage dans une proportion considérable, la compression qui en résulte pour lui trouble si profondément ses fonctions circulatoires, qu'il ne tarde pas à mourir et à être expulsé prématurément. Il y a deux ans, M. Dubois fut appelé auprès d'une dame entrée dans le neuvième mois de sa grossesse. Elle avait fait un effort pour soulever un fardeau, et, à ce moment, elle avait cru que son ventre était descendu avec son enfant. Cet enfant était très-petit ; on fit de vains efforts pour le repousser, un commencement de travail se manifesta. Pendant toute la durée de ce travail, l'enfant resta dans l'excavation pelvienne, et comme il avait souffert de cette situation anormale, il ne vécut que quelques heures après son expulsion.

— Le 23 juillet dernier, M. Dubois a fait, à la salle des accouchements, une opération fort laborieuse qui, a-t-il dit, aurait pu être simple s'il n'avait pas eu la volonté de conserver la mère et l'enfant. En se décidant de suite à faire l'opération césarienne, il eût certainement extrait de l'utérus un enfant vivant, mais les jours de la mère eussent été compromis ; d'ailleurs, la malade étant déjà accouchée plusieurs fois, il n'y avait pas lieu de songer à l'opération césarienne. Mais si M. Dubois, après quelques tentatives, eût pris le parti de sacrifier l'enfant, il est certain que ce sacrifice eût été suivi d'une délivrance rapide et facile. Il a voulu, au contraire, concilier les deux intérêts, croyant qu'il lui serait possible de saisir, avec le forceps, la tête de l'enfant qui était engagée en partie au détroit supérieur. Dès le matin, une anomalie avait été signalée chez cette femme, un des bras avait pu s'échapper et occuper le bassin. M. Dubois parvint à fléchir ce bras et à le faire rentrer ; mais cette circonstance, favorable en apparence, avait son côté sérieux et inquiétant ; car, pour que ce petit membre sortît et rentrât aussi facilement, il fallait que la tête fût bien élevée et retenue par un obstacle. La tête, en effet, était volumineuse et le bassin rétréci, en sorte qu'arrêtée au-dessus du rétrécissement, la tête laissait un espace suffisant pour que le bras pût s'y engager subrepticement. M. Dubois n'en restait pas moins sous l'impression des antécédents, et pensait que les difficultés seraient aisément surmontables. Cependant les choses ne faisant aucun progrès, il se décida à tenter une application de forceps ; les deux branches de l'instrument furent appliquées sans peine, mais on s'aperçut, après les avoir articulées, que les manches présentaient un écartement considérable, d'où il était facile de conclure que la tête avait été saisie par son diamètre fronto-occipital, c'est-à-dire par le plus défavorable. M. Dubois a retiré ses branches. Il les a appliquées de nouveau, sans plus de succès : puis, supposant qu'il réussirait mieux en plaçant une branche en avant et l'autre en arrière, il a fait coucher la femme sur le côté, ce qui facilite cette application, et il a procédé à celle-ci ; mais il a rencontré des difficultés invincibles. Toutes ces tentatives avaient été très-pénibles pour la malade et très-compromettantes pour la vie, ou du moins pour la viabilité de l'enfant ; car il y a des lésions qui portent préjudice à la vie extra-utérine sans nuire à la vie fœtale. M. Dubois a pris alors le parti, mais trop tard suivant lui, de perforer le crâne. Cette opération a été faite, puis des efforts d'extraction à l'aide du céphalotribe l'ont suivie ; mais la boîte osseuse ayant été trop largement perforée, l'instrument avait peu de prise, et il a fallu se servir du doigt en forme de crochet pour terminer ce long et laborieux accouchement.

Les choses cependant se sont mieux passées qu'on ne l'aurait cru pour la mère. Malgré les douleurs excessives et la fatigue qu'elle avait éprouvées, elle n'a pas eu la plus petite fièvre, et tout annonce qu'elle se rétablira promptement et heureusement, quoique en réalité elle ait subi les opérations les plus pénibles de l'art obstétrical.

(*Presse médicale.*)

CORRESPONDANCE.

Paris, le 21 septembre 1854.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

A la fin de votre Compte rendu de la séance du 19 septembre de l'Académie de médecine, vous vous exprimez ainsi, par suite d'une erreur typographique :

« M. Heurteloup présente deux malades auxquels il a extrait des pierres « de la vessie par les voies naturelles, et *sans les briser.* Il fait voir l'in- « strument qui a servi à cette opération. »

Comme les mots : *sans les briser,* pourraient donner une idée fausse à vos lecteurs, et leur donneraient, dans tous les cas, une idée incomplete, permettez-moi de vous prier de les rectifier.

L'instrument que j'emploie est mon *percuteur*, qui, au lieu de dents placées sur les deux branches, a ses deux branches disposées en cuillers, lesquelles cuillers marchent l'une vers l'autre et *emprisonnent*, lorsque l'instrument est *fermé* sous l'effort du *marteau*, les morceaux de pierre interposés. L'instrument, ainsi chargé, est retiré de la vessie.

Maintenant, si un instrument est introduit plusieurs fois, il ramène à chaque fois une quantité de détritus en proportion avec le volume de l'instrument et l'excavation des branches.

Ainsi, je *brise les pierres* avant de les retirer, et la petite rectification que je prends la liberté de vous adresser est motivée.

Seriez-vous assez bon pour ajouter à votre Compte rendu que j'ai obtenu la guérison immédiate de mes deux malades devant MM. les commissaires de l'Institut, MM. les professeurs Velpeau et Rayer ; car c'est cela principalement qui les rend intéressants. La guérison par *extraction immédiate* n'est plus chose nouvelle ; j'en suis à mon 164e succès.

J'ai l'honneur d'être, avec la plus haute considération, monsieur le rédacteur en chef, votre bien obéissant et dévoué serviteur,

Baron HEURTELOUP.

Aiguilles à suture.

Monsieur le rédacteur,

Les paroles que me prête M. Charrière fils, dans sa réclamation, me mettent dans la nécessité de déclarer que, loin d'admettre que le principe des aiguilles de M. Charrière diffère en tout des aiguilles de M. Mathieu, je lui ai dit absolument le contraire.

Dans mon opinion, le principe est parfaitement identique. C'est dans les deux instruments un chas ouvert qui se ferme par le mécanisme du clapet. Seulement, au lieu de placer la fente du clapet sur l'axe même de l'aiguille, M. Charrière l'a placée latéralement.

Paris, 21 septembre 1854. E. CHASSAIGNAC.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité,** par le docteur G. DUMONT, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux,* et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 115. 2e année. Mardi 26 Septembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ETRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101, 103, 108, 109 *et* 113.)

Des plaies. — Après les inflammations, les brulûres et les contusions, viennent les plaies, qui forment un groupe de maladies assez considérable. Nous en comptons, en effet, 53 cas qui se répartissent ainsi : 46 hommes et 7 femmes.

Vous vous expliquerez facilement la plus grande fréquence des plaies chez les hommes, en songeant que, par leurs travaux, ils y sont plus exposés que les femmes.

Voici ce que l'âge nous offre de particulier : de 15 à 20 ans, 4 cas ; de 20 à 30 ans, 17 cas ; de 30 à 40 ans, 12 cas ; de 40 à 50 ans, 10 cas ; de 50 à 60 ans, 6 cas. Vous voyez que c'est de 20 à 30 ans que l'on trouve le plus de plaies. Elles n'ont rien offert de bien remarquable. Nous avons eu 3 morts.

Vous avez pu remarquer que, dans notre service, les plaies ne sont pas soumises à une thérapeutique bien compliquée. Celles par instrument tranchant, qui ne s'étendent pas au delà de la peau, sont réunies au moyen des serre-fines de M. Vidal (de Cassis). Ces petites griffes sont d'un excellent usage ; nous les employons là où l'on se servait autrefois de la suture entortillée, des bandelettes, des bandages unissants. Les serre-fines remplacent en effet tous ces appareils ; elles ont l'avantage d'embrasser les deux lèvres de la plaie par la face cutanée, et de les maintenir aussi bien appliquées que si l'on employait des fils. Enfin, ces griffes n'ont pas l'inconvénient d'irriter la plaie et d'agir sur elle comme un corps étranger. Les serre-fines, par leur élasticité, compriment toujours les tissus d'une manière égale et permanente. On les enlève sans aucune difficulté, sans tirailler les lèvres de la plaie.

Les appareils employés jusqu'ici sont bien inférieurs : les bandages unissants compriment inégalement et se relâchent toujours ; les bandelettes glissent sur la peau, se relâchent, et de plus elles provoquent des érysipèles. Néanmoins, il est certains cas dans lesquels les serre-fines ne peuvent être employées ; alors je me sers des bandelettes de diachylon.

Parmi les plaies simples, vous avez vu un grand nombre de plaies par piqûres ; on a dit que ces plaies etaient très-dangereuses : n'en croyez rien. Que de fois l'on se pique sans qu'il en résulte jamais aucun mal ; ce qui a fait dire qu'elles étaient plus dangereuses, c'est que le danger est grand quand ces lésions se compliquent.

Les plaies contuses ont toutes été traitées par les cataplasmes émollients. Vous avez dû remarquer quelle quantité de cataplasmes j'emploie dans mon service ; je suis convaincu que c'est le meilleur topique. Aussi je ne comprends pas l'horreur des chirurgiens anglais pour les cataplasmes ; ces préventions sont telles

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. WILDE, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande; chirurgien de Saint-Mark'Hospital* (pour les maladies des yeux); *membre honoraire de la Société de médecine de Stokolm*, etc.

(Suite. Voir le n° 110.)

(Deuxième article.)

Aperçu historique. — On s'est souvent plaint, dit W. Kramer, de l'abandon dans lequel les auteurs ont laissé les maladies de l'oreille.

Ces plaintes paraissent justes et bien fondées, quand on compare, sous le rapport du nombre et de la valeur scientifique, les ouvrages consacrés aux maladies des yeux, avec ceux qui traitent de la pathologie de l'oreille. Ces derniers, en effet, sont assez inférieurs.

Cependant, l'importance relative de ces deux appareils d'organes est loin d'être la même.

L'ouïe influe beaucoup plus sur l'intelligence que la vision. Mais la conformation de l'œil, sa position superficielle, la transparence de ses membranes, ont singulièrement facilité l'étude de ses lésions morbides, tandis que l'oreille, cachée dans la profondeur d'un appareil osseux, semble se dérober à nos investigations.

Ces difficultés ne sauraient nous arrêter.

Seulement, avant d'aller plus loin, il me paraît utile de soumettre à un examen sérieux la série complète des connaissances qui nous ont été transmises sur la pathologie auriculaire.

Je puis dire tout de suite que les travaux vraiment scientifiques appartiennent à des temps assez rapprochés de nous, et nous pourrons toujours citer, avec un sentiment de fierté nationale, les noms de Duverney, Leschevin, Guyot et d'Itard.

Le travail de ce dernier auteur, surtout, porte l'empreinte d'un savoir si profond, qu'on ne peut s'empêcher de croire, en le lisant, que, s'il était donné à un seul homme d'achever un sujet, le savant médecin des Sourds-Muets aurait rempli cette tâche pour les affections qu'il a décrites avec tant de soin.

Mais il n'en est point ainsi : la science est l'œuvre des générations, jamais celle de l'individu (H. Valleroux).

Un résumé historique, esquissé à grands traits, va nous donner la preuve de cette proposition.

Nous trouvons, dans cette étude, trois époques ou périodes bien dis-

dans la Grande-Bretagne, qu'elles sont passées dans les idées populaires. On a été jusqu'à dire, dans le Parlement, que les cataplasmes avaient tué plus de soldats que les balles ennemies. C'est là une erreur profonde : les cataplasmes de farine de lin fraîche sont un excellent topique; je les applique à nu de préférence.

Il y a une foule de cas où, à la place des cataplasmes, on emploie aujourd'hui l'eau froide : c'est un moyen très-vanté par quelques chirurgiens. Cela tient à ce que, malgré soi, on oublie presque toujours la marche naturelle des maladies. Ainsi, l'on emploie l'eau froide pour les entorses, les inflammations, les fractures, les plaies, etc. L'on guérit, et l'on s'empresse de conclure que l'eau est un excellent moyen. On oublie que la plaie, par exemple, traitée par un autre moyen, aurait guéri aussi bien. Du reste, il est difficile de ne pas tomber dans l'erreur, parce que le pronostic n'est jamais certain; il arrive si souvent de voir des cas fort graves finissant bien, et d'autres qui semblaient n'avoir aucune gravité, se terminer d'une manière malheureuse. Je ne veux pas dire que l'eau fraîche ne vaille rien, mais je prétends qu'elle n'a pas toute l'efficacité qu'on lui a attribuée. L'eau calme la douleur, elle empêche en apparence l'inflammation, mais celle-ci existe en réalité. En résumé, je crois que l'eau froide a plus d'efficacité apparente que réelle; et j'ai vu tant de fois les plaies contuses aller mieux quand on employait les cataplasmes, que j'ai ma conviction arrêtée sur ce point.

Fractures. — Les fractures forment toujours un groupe considérable; ainsi j'en trouve 73. Remarquez qu'il y a presque toujours plus de fractures que de malades fracturés; un même malade peut avoir deux et trois fractures. Dans les statistiques, ce fait ne doit pas être oublié, et ce que je dis à propos des fractures, s'applique aux autres maladies.

Sur les 73 cas de fractures, nous comptons 7 morts, ce qui est un chiffre considérable, mais remarquons de suite que nous avons eu 3 morts de fracture du crâne, 1 de delirium tremens.

Les hommes sont beaucoup plus souvent que les femmes atteints de fracture. Ainsi, sur 66 cas pris en particulier, nous avons 53 hommes et 13 femmes; cette différence s'explique de la même façon que pour les plaies. Ces fractures se répartissent de la manière suivante :

Base du crâne, 4 cas;
Maxillaire inférieur, 2 cas;
Clavicule, 3 cas;
Côtes, 5 cas;
Humérus, 3 cas, dont un amputé qui est mort;
Corps du radius, 3 cas;
Extrémité inférieure du radius, 13 cas;
Extrémité supérieure du radius, 1 cas;
Cubitus, 1 cas;
Avant-bras, 3 cas, dont 2 amputés ou réséqués, et qui sont morts;
Olécrane, 2 cas;
Membres inférieurs, 26 cas.

Nous avons ordinairement un plus grand nombre de fractures de la clavicule; les fractures de cuisse s'élèvent à un chiffre supérieur à celui des autres années; peut être pouvons-nous expliquer ce fait par les nombreux travaux de construction qui se font dans Paris. Les ouvriers sont pris sous un éboulement de terre ou sous un bloc de pierre, et, dans ces cas, c'est la fracture de cuisse qui arrive le plus souvent.

Chez les femmes, les membres supérieurs, et surtout l'extrémité inférieure du radius, sont plus souvent le siége des fractures que les membres abdominaux. Ainsi, sur 7 cas de fractures aux membres thoraciques, chez les femmes, nous comptons 5 cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Fractures du crâne — Au crâne nous avons eu 4 exemples de fracture, dont 3 morts. Cela veut-il dire que ces fractures sont par elles-mêmes plus dangereuses que les autres? Nullement. Les fractures du crâne, envisagées comme fractures, sont peut-être les moins graves de toutes; aucun malade ne meurt d'une fracture du crâne à moins qu'il n'y ait enfoncement des os. En effet, ces fractures sont une simple félure sans chevauchement des fragments, vous n'avez pas à craindre les mouvements, et pour les guérir il n'est pas besoin de bandages.

Mais ces factures ne peuvent guère exister sans une commotion, une compression, une contusion du cerveau, un épanchement de sang, etc.; ce sont là des accidents fort graves et ce sont eux qui font mourir. Au début, comme il y a généralement plusieurs de ces complications les symptômes se confondent, et ce n'est que plus tard que les choses s'éclaircissent. Quant à la thérapeutique il est un point sur lequel j'insiste. Généralement il est admis, que tout individu qui a une plaie de tête doit être saigné; c'est là une mauvaise méthode, parce qu'il est des cas où la saignée est contraire, ainsi dans la commotion, le malade a besoin d'excitants: si on a affaire à la compression, la saignée pourra être utile.

Les fractures de la mâchoire sont au nombre de 3. Deux de ces cas présentent un intérêt particulier; comme ils étaient accompagnés de peu de déplacement, nous n'avons employé aucun appareil et la guérison s'est faite. Vous voyez donc que ces fractures peuvent guérir sans appareils.

F. Dolbeau *et* Alf. Elleaume.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

tinctes: *la première* commence à Hippocrate, se continue avec Celse, Galien, traverse le moyen âge et arrive à la renaissance, c'est la *période de transition*. Vient ensuite la *période moderne*, surtout le XVIIIe siècle (1724) et les temps plus rapprochés de nous.

1re *époque*. — Commençons par les écrits d'Hippocrate : les maladies de l'oreille n'y sont mentionnées nulle part comme des affections spéciales : le médecin de Cos n'en a parlé qu'en faisant la description de certains symptômes qui se montrent dans le cours des maladies. Ainsi, dans les fièvres, on voit des oreillons, etc.; c'est dans ce sens qu'il a décrit la surdité, les bourdonnements, les otorrhées critiques. Tous ces signes, nous les retrouverons dans l'étude des otites des fièvres graves, et nous aurons plusieurs fois à apprécier la justesse de son pronostic.

Mais là ne se borne pas l'étude des maladies du sens de l'ouïe, et Hippocrate n'a rien dit de plus.

Quant au traitement de la surdité proprement dite, sans lésion des parties extérieures, Hippocrate conseillait tout simplement d'y verser de l'huile : le patient devait se lever de bonne heure, se promener, travailler, boire du vin blanc, manger du pain, ainsi que de certains poissons qui se tiennent près des écueils.

On voit que cette partie de la science ne pouvait avoir de plus humbles commencements.

Celse a eu la gloire de poser les bases de l'étude vraiment scientifique des maladies de l'appareil auditif. Le premier, il les a nettement séparées les unes des autres; le premier, il a prescrit un traitement rationnel pour cette inflammation si aiguë, si douloureuse, qu'on appelle *otite*.

Celse ne s'est point arrêté là; il a fait plus encore : il a prescrit un examen attentif de l'oreille malade, surtout lorsque la surdité existe depuis longtemps, et il a enseigné l'art d'enlever le cérumen accumulé au fond des méats, ainsi que les divers corps étrangers qui y sont introduits.

Peut-être est-il moins digne d'éloges quand il conseille, dans la surdité chronique, accompagnée de céphalalgie et de bourdonnements, de raser *la tête*, de la frictionner avec de l'eau chaude, de faire diète, prendre beaucoup d'exercice.

Itard a renouvelé ces pratiques sans avoir réussi à les mettre en honneur. Quant à la thérapeutique de Celse, elle est essentiellement composée de médicaments excitants : la myrrhe, le castoréum, l'encens, la térébenthine, le vinaigre, sont recommandés indifféremment dans l'*otite aiguë*, l'*otorrhée*, les *tintements*, les *polypes*, les *rétrécissements*, etc.

Enfin, qu'on me permette cette dernière citation : pour simplifier cette thérapeutique, il vante une composition merveilleuse due à Archigène, et qui suffit, à elle seule, pour guérir toutes les maladies de l'appareil auditif: cette panacée se compose de poivre, de gingembre, de nard syrien, de nitre, de vinaigre.

Une telle pratique d'appliquer un composé de substances actives à

Maladies des yeux. — M. Tavignot.

Pourquoi la conjonctivite, la kératite et l'iritis sont-elles si souvent associées ?

J'établis, comme loi générale, qu'il existe une solidarité organique des plus directes entre la conjonctivite, la cornée et l'iris, au point de vue pathologique.

Cela résulte de l'observation et de l'interprétation rationnelle d'un grand nombre de faits.

Cette solidarité est même telle, que ces trois membranes, si différentes de nature, sont en quelque sorte responsables les unes des autres dans leurs différents états morbides; cela est vrai, surtout, lorsqu'elles sont atteintes d'inflammation; alors, on peut dire d'elles qu'elles forment, en réalité, *le trépied vital de l'œil*.

Or, cette loi générale est importante à connaître, car sans elle il est, le plus souvent, impossible de se rendre compte et de la marche d'un grand nombre d'affections oculaires et des complications si diverses qui peuvent se développer.

Elle seule nous permet d'établir un diagnostic exact et de diriger ensuite un traitement qui s'adresse à la maladie principale et non aux affections secondaires.

Essayons, maintenant, de faire comprendre l'enchaînement des différents états pathologiques de la canjonctivite, de la cornée et de l'iris, afin de lever toutes les difficultés d'interprétation.

La solidarité organopathique qui existe entre la conjonctive, la cornée et l'iris, a une double raison d'être, si je puis parler ainsi.

La première, bien que la moins directe, sans doute, *est dans le système nerveux.*

On sait, en effet, que la cinquième paire anime seule la conjonctive, la cornée et l'iris. Or, il est incontestable qu'il existe une solidarité fonctionnelle très-grande entre les différentes branches de ce tronc nerveux; et s'il est vrai de reconnaître, comme la pratique le démontre tous les jours, que l'irritation produite sur un nerf dentaire par le mouvement fluxionnaire qui accompagne la première et surtout la seconde dentition, soit susceptible de provoquer une inflammation de l'œil; à plus forte raison, les nerfs sensitifs qui existent dans la conjonctive, seront-ils capables de réagir sur la cornée, par exemple.

Cette sympathie morbide, ayant pour intermédiaire ou plutôt comme raison d'être le système nerveux, elle doit être d'autant plus active que les nerfs sont plus voisins, et par conséquent plus liés entre eux par leurs fonctions.

La deuxième, dont les motifs sont, pour ainsi dire, plus matériellement appréciables, *est dans le système vasculaire*.

La cornée, en effet, n'a que des vaisseaux d'emprunt, et qui lui sont fournis : *les uns superficiels,* par la conjonctive; *les autres plus profonds,* par les artères ciliaires.

Les vaisseaux ou canaux superficiels de la cornée sont, comme les profonds, très-nombreux, ainsi que cela résulte des belles injections de M. Bowman. Ils émanent des vaisseaux de la conjonctive, lorsque cette membrane est déjà parvenue vers la circonférence de la cornée.

Dans ce point, les vaisseaux de la conjonctive se divisent en deux ordres très-distincts :

Les uns, antérieurs, continuent de cheminer dans le mince feuillet de conjonctive qui tapisse la face antérieure de la cornée ;

Les autres, postérieurs, pénètrent plus ou moins dans la partie antérieure de la sclérotique, et, tout en s'anastomosant avec les branches qui émanent des artères ciliaires, arrivent à la circonférence de la cornée, dans laquelle ils pénètrent, pour alimenter la moitié antérieure des lamelles qui constituent cette membrane.

La pénétration des vaisseaux, dans le point que nous venons d'indiquer, explique l'adhérence plus intime de la conjonctive à la partie antérieure de la sclérotique.

Les vaisseaux ou canaux profonds de la cornée sont fournis par les artères ciliaires, *dont l'injection pathologique constitue le cercle radié des auteurs.* Ces artères ciliaires, d'autant plus superficielles qu'elles se rapprochent davantage de la cornée, communiquent, d'une part, avec les branches profondes des vaisseaux de la conjonctive, et, d'une autre part, avec les artères iriennes qui émanent de la même source; mais, indépendamment de ces deux voies de communication, les artères ciliaires, en suivant un trajet direct, pénètrent dans la cornée par sa circonférence, et viennent alimenter la moitié postérieure des lamelles qui forment cette membrane.

Dès lors, rien de plus facile que de se rendre compte d'une foule de faits restés jusqu'à présent inexpliqués, ou tout au moins très-mal interprétés. Ces faits, nous les avons observés par centaines.

Voici un malade atteint de conjonctivite très-simple; le sujet est débilité, sa constitution est détériorée; le pronostic vous paraît des plus favorables, vu la facilité ordinairement très-grande de guérir une semblable affection.

Néanmoins, malgré un traitement très-rationnel, plusieurs jours se passent sans que la guérison ait lieu; et puis, vous voyez survenir, à l'instant où vous ne vous y attendiez guère, un épanchement de lymphe plastique dans les lamelles superficielles de la cornée, ou bien une ulcération à la surface de cette membrane.

Cette complication, que vous ne rencontrerez jamais dans l'espèce, ailleurs que dans la portion superficielle de la cornée,

---

toutes les maladies de l'oreille, quelles qu'elles soient, s'est malheureusement conservée jusqu'à nous, et a eu une fâcheuse influence sur les progrès de la science fondée par ce grand médecin.

Galien reconnaît quelques causes des maladies de l'oreille, comme l'introduction de certains liquides irritants, l'action du froid, la sécrétion d'une matière âcre dans le méat. Il blâme les praticiens qui combattent ces accidents par l'emploi de la graisse, de la bile et de l'ail, ce qui ne l'empêche pas, un peu plus loin, de conseiller les mêmes remèdes. Nous y retrouvons même la panacée d'Archigène, dont nous avons déjà parlé.

Il est certain que, sous Galien, l'étude des maladies de l'oreille avait fait un pas en arrière, et l'on avait oublié les sages conseils de Celse, relativement à l'étude des caractères distinctifs qui séparent les diverses lésions de l'appareil acoustique.

2e *époque : XVe et XVIe siècles* ou *renaissance.* — Pendant plus de mille ans, les principes empiriques de Galien dominèrent la science, à un point tel que les précieuses découvertes sur la structure de l'oreille, qui furent faites à la fin du XVe siècle et au commencement du XVIe, par Vésale, Ingrassias, Eustachi, Fallopia, n'eurent aucune influence sur la pathologie auriculaire de cette époque.

En trouve, en effet, dans le traité de *Mercurialis,* si renommé dans ce temps-là, une simple reproduction des idées de Galien. On y trouve les mêmes formules pharmaceutiques ; cependant, il conseille quelquefois la saignée, les ventouses, les purgatifs. Il adopte aveuglément les préceptes barbares de l'antiquité : ainsi, dans les cas de corps étrangers introduits dans le méat, il conseille de *suspendre l'enfant par les pieds* et de le secouer avec force pour faire sortir ce corps étranger.

Fabrice de Hilden a eu le mérite de rentrer dans la voie de l'observation directe; mais, malheureusement, il ne s'occupe que des maladies du conduit auditif externe. Il étudie les polypes, les corps étrangers ; on lui doit l'invention du *speculum auris*. Cet instrument, comme nous le verrons, favorisa singulièrement les recherches et contribua beaucoup à l'avancement de cette partie de la science.

Bonnet n'a rien fait sur le sujet qui nous occupe.

3e *période : temps modernes.* — Duverney ouvrit cette ère nouvelle par un ouvrage dont la partie anatomique est excellente; mais il n'a pour ainsi dire qu'ébauché la partie pathologique. Cependant, il a traité non-seulement les lésions du conduit extérieur, de la membrane du tympan, mais encore des maladies de l'oreille moyenne et de celles de la portion labyrinthique. Cette dernière partie ne renferme que quelques suppositions et aucune notion positive.

Il déclare qu'il veut seulement montrer le rapport qui existe entre la structure de cet appareil et les fonctions qu'il remplit; ainsi, page 124 et suivantes, le voyons-nous insister beaucoup sur l'excès de *tension* ou du *relâchement* de la membrane du tympan, et y trouver une cause de sur-

était pourtant à prévoir, car puisque la cornée, membrane douée normalement d'une faible vitalité, et d'une vitalité encore moindre chez les sujets débilités, est alimentée dans la moitié antérieure de son épaisseur par les vaisseaux de la conjonctive, il est tout naturel de penser que ceux-ci, une fois enflammés, gorgés de sang, et de sang rouge, remarquons-le bien, ne seront plus aptes à remplir leurs fonctions nutritives, par rapport à cette portion de la cornée; de là, maladie, de là, complication.

Voici un autre malade affecté d'iritis soit aiguë, soit chronique. Il existe un mouvement congestif vers l'iris; n'est-il pas vrai? A cette modification de la circulation, prend part évidemment, plus ou moins, toute la zone artérielle que l'on rencontre surtout à la partie antérieure de la sclérotique; témoin l'injection radiée que l'on constate toujours dans l'iritis, et qui est en rapport avec le degré plus ou moins violent de la phlegmasie.

Or, s'il y a perturbation dans la circulation des vaisseaux ciliaires, les lamelles profondes de la cornée, qui sont alimentées par eux, devront les premières subir les conséquences de cette perturbation; et la portion profonde de la cornée deviendra le siége d'un trouble évident, d'un épanchement plastique, par exemple. Plus tard, les anastomoses très-déliées qui existent entre les artères ciliaires et les vaisseaux de la conjonctive ne tarderont pas à associer la conjonctive elle-même au travail inflammatoire; et à son tour, cette conjonctive enflammée finira bientôt par produire une perturbation nouvelle dans les lamelles superficielles de la cornée.

Tel est le véritable mécanisme d'après lequel surviennent, à la suite d'une iritis, une kératite profonde, une conjonctivite, puis une kératite superficielle.

Ce n'est pas tout; et bien que nous ayons des motifs de penser que la cornée, qui est tributaire des vaisseaux conjonctivaux et des vaisseaux ciliaires, emprunte plus de maladie à la conjonctive et à l'iris qu'elle ne leur en rend, nous devons reconnaître, néanmoins, qu'il existe des kératites primitivement développées; et que ces kératites, par le trouble qu'elles provoquent dans la circulation des vaisseaux adhérents, sont susceptibles de donner à leur tour naissance, soit à une conjonctivite, soit à une iritis.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport des phlegmasies qu'il existe une solidarité intime entre la conjonctive, la cornée et l'iris, on la retrouve encore dans d'autres états morbides que nous allons indiquer; là, elle se manifeste par des lésions de nutrition, des modifications de texture.

Un sujet lymphatique est-il atteint d'une conjonctivite qui se prolonge pendant quelque temps? La circonférence de sa cornée, dans différents points, pourra présenter une opacité si superficielle, que cette membrane se confondra, en quelque sorte, avec la sclérotique; la cornée a dès lors perdu sa forme circulaire normale; les vaisseaux conjonctivaux en charriant des éléments hétérogènes, sous l'influence de l'inflammation, ont seuls présidé à cette transformation.

Un vieillard présente-t-il cette opacité périphérique de la cornée que l'on désigne sous le nom de gérontopon? Il est facile de s'expliquer son développement, en remarquant que cette arc sénile appartient aux lamelles profondes de la cornée, qu'une zône transparente existe encore entre l'opacité et la sclérotique; alors il devient évident que cette opacité semi-circulaire ou circulaire est le résultat d'une perturbation apportée dans les fonctions des artères ciliaires profondes.

Observations de névralgies des annexes de l'utérus traitées par le cathétérisme du col utérin,

Par M. Malgaigne.

En attendant que le prochain résumé de la discussion sur le pessaire intra-utérin nous permette d'apprécier la doctrine de M. Malgaigne sur les névralgies utérines, nous croyons de notre devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs, et sous toutes réserves, les observations suivantes qu'a publiées l'habile professeur à l'appui de sa doctrine :

J'ai annoncé, dans la discussion récente à l'Académie de médecine, que j'avais soumis plusieurs femmes atteintes de névralgies des annexes de l'utérus au cathétérisme du col utérin; et que ce simple cathétérisme, soutenu pendant quelques secondes, avait suffi parfois pour enlever les douleurs à l'instant même, bien plus, qu'il avait paru avoir une heureuse influence sur la guérison définitive, même lorsque les douleurs avaient reparu après. Voici mes trois premières observations; je n'entends point en tirer pour le moment des conséquences générales; je les livre à l'appréciation des praticiens comme le hasard me les a présentées. J'ai eu à répéter le même procédé chez d'autres malades, mais dont le traitement n'est point terminé; et il m'est seulement permis de dire que l'introduction de la sonde, comme je l'ai pratiquée, est tout à fait inoffensive, et que souvent même la femme ne la sent pas.

1re *Observation.* — Pauline Gardet, âgée de 28 ans, constitution assez vigoureuse, entra dans mon service, le 6 mars 1854, pour de violentes douleurs à l'hypogastre, dans les reins et la cuisse du côté gauche.

Réglée depuis l'âge de treize ans, elle avait toujours eu ses règles à époques fixes, et, habituellement, sans aucune douleur. Il y a cinq ans, en 1849, elle fit une fausse couche à sept mois, suivie d'hémorrhagie abondante qui dura sept heures, et fut traitée par la glace, les lavements et les cataplasmes froids. Elle conserva, à la suite, des douleurs très-vives dans le côté gauche de l'abdomen, vers la fosse iliaque; douleurs qui allaient en s'irradiant, en bas dans la cuisse gauche, en haut et en

---

dité, etc. Ce sont là, comme on le sait, des lésions bien difficiles à admettre, sinon imaginaires.

Nous arrivons à une époque où une découverte importante donna une impulsion subite aux maladies de l'oreille, et cette découverte fut faite par un homme étranger à l'art de guérir (1724) :

Privé de la faculté d'entendre, Guyot, maître de poste à Versailles, après avoir étudié l'anatomie de l'oreille, fit fabriquer une sonde à l'aide de laquelle il s'injectait la trompe d'Eustache, et recouvra ainsi l'audition. Le procédé de Guyot était très-imparfait, mais l'idée n'en était pas moins capitale, et cette découverte a fait époque dans le traitement de la surdité.

C'est par là, en effet, que l'on peut établir avec exactitude le diagnostic des maladies de l'oreille moyenne et interne.

Les médecins français ne firent aucun accueil à cette découverte.

Un chirurgien de Copenhague, Herpold, apporta une modification pour la nature des injections : Guyot avait injecté de l'eau, Herpold proposa de faire passer tout simplement de l'air dans la trompe au moyen de l'insufflation. Cette pratique fut bientôt oubliée; mais nous verrons qu'elle a obtenu les honneurs d'une deuxième invention.

Cependant le succès obtenu par Guyot sur lui-même avait eu un certain retentissement en Angleterre, et, au moment où il était oublié en France, nous voyons deux chirurgiens étrangers, Cleland et J. Wathen, après avoir perfectionné le procédé, l'introduire définitivement dans la pratique.

A peu près vers cette époque, l'Académie de chirurgie mit cette question au concours : le Mémoire de Lescherni fut couronné; et nous aurons plus d'une fois à citer ce travail.

Morgagni lui-même n'a donné que des détails anatomiques, sans avoir eu le soin de noter les symptômes qui leur correspondent.

Nous arrivons au XIXe siècle : et c'est au commencement de cette ère que la perforation du tympan, proposée par A. Cooper, fut *accueillie avec enthousiasme.* Mais comme on l'appliquait à tous les cas de surdité, elle eut de nombreux insuccès et tomba bientôt dans un oubli complet.

C'est à peu près vers le même temps que nous voyons paraître une autre opération, presque aussitôt oubliée quand elle eut produit une illustre victime. Je veux parler de la térébration de l'apophyse mastoïde.

En suivant l'ordre chronologique, j'arrive aux traités de Van Hoeven et de Beck, écrits avec soin, mais sans critique, et dépourvus d'utilité scientifique. J'en dirai autant du traité de Vering, de Riedel.

En Angleterre, l'étude des maladies de l'oreille est encore moins avancée qu'en Allemagne. Les travaux de Cleland, Vathen, Wrigt, bons pour l'époque, ont été presque aussitôt oubliés.

L'ouvrage de Curtis a survécu, mais il porte le cachet de l'empirisme le plus complet, et le plus grave reproche qu'on puisse lui adresser, reproche

arrière dans la région sacro-lombaire du même côté. Elle entra dans le service de M. Louis, qui lui fit appliquer, à quatre reprises, 15 sangsues sur le côté gauche, et administrer des douches de vapeur. Elle demeura environ trois mois à l'hôpital, et sortit guérie vers Pâques 1849.

Cependant, jusqu'en 1852, ses douleurs revenaient de temps à autre, à intervalles inégaux, surtout à l'approche des règles, et duraient deux à trois jours.

Le 11 mars 1852, elle eut un accouchement à terme, nullement laborieux, sortit de l'hôpital neuf jours après; mais elle dit que, depuis, les douleurs revinrent beaucoup plus fréquemment et plus fortes.

Enfin, le 28 février dernier, marchant dans la rue, elle ressentit tout à coup des picotements dans les reins, et dans le ventre, selon ses expressions, *comme un corps rond qui se serait retourné sens dessus dessous.* A partir de ce jour, les douleurs devinrent continues et allèrent en croissant. C'étaient comme des piqûres d'aiguilles, qui, de la fosse iliaque, s'irradiaient vers les reins et dans la cuisse gauche, et s'exaspéraient par la marche. La malade dit aussi avoir ressenti, ces jours derniers, d'autres douleurs d'un caractère tout différent, et qu'elle compare à celles qu'on éprouve pour accoucher. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital.

Au toucher, je constatai une antéversion complète de l'utérus, le col horizontal, et ayant son orifice en arrière; le corps descendait même un peu plus bas et offrait une légère antéflexion. Le col paraissait un peu plus gros que de coutume; cependant la malade n'avait jamais eu de leucorrhée. Le cul-de-sac vaginal du côté droit était à l'état normal, sans douleur à la pression; mais celui du côté gauche était en grande partie effacé; la moindre pression y était douloureuse; et si l'on pressait de l'indicateur gauche sur la fosse iliaque, allant à la rencontre de l'indicateur droit porté dans le vagin, on provoquait une douleur plus forte encore, et les deux doigts cherchaient en vain à se rencontrer, séparés par un engorgement diffus assez considérable. Elle accusait, comme il a été dit, des douleurs dans la fosse iliaque, les reins et la cuisse gauche; de plus, des douleurs d'estomac assez fréquentes, et aussi de fréquentes envies d'uriner. Pas de fièvre, mais cependant pas d'appétit et une soif assez vive. A part la déviation de l'utérus, je diagnostiquai une inflammation chronique dans les ligaments larges du côté gauche; et je prescrivis : *Cataplasmes sur l'abdomen et dans le vagin; 4 ventouses scarifiées sur la région lombaire.*

Le lendemain, la malade se plaint de douleurs plus vives; elle a une perte abondante, et les ventouses n'ont pas été appliquées. — *Même prescription.*

Le 9, les douleurs des reins sont un peu calmées; mais le sang coule toujours, bien que la malade prétende que les règles ne doivent venir que dix jours plus tard. — 15 *sangsues sur le côté gauche.*

Les jours suivants, l'écoulement sanguin continuant, mais sans abondance, on s'en tint au repos et aux cataplasmes. Le 17, le sang avait cessé de couler; le 18, je pratiquai le toucher, et trouvai l'engorgement et les douleurs à peu près les mêmes. — 15 *sangsues;* après quoi j'insistai sur les cataplasmes.

Le 1er avril, les douleurs avaient un peu diminué, mais l'engorgement persistait. — 15 *sangsues, bains et lavements tous les deux jours.*

Le 8 avril, réapparition des règles, recrudescence des douleurs.

On se borna aux bains et cataplasmes jusqu'à la fin d'avril. Les douleurs allaient en diminuant; le toucher était à peine sensible; le cul-de-sac vaginal gauche n'offrait plus de vestiges de l'engorgement, seule l'antéversion persistait.

Le 11 mai, les douleurs, qui avaient presque complétement disparu, reviennent plus fortes, toujours dans la fosse iliaque gauche et dans la cuisse. Les règles n'ayant point paru depuis l'époque du 6 avril, je fis mettre 15 *sangsues*, et le jour même elles se montrèrent, mais, chose remarquable, en calmant cette fois les douleurs. Cinq ou six jours après, les règles avaient cessé, et les douleurs presque complétement disparu.

Pendant près de dix jours, la malade n'accusa que quelques légers picotements à de rares intervalles; l'état général était satisfaisant; elle ne souffrait même plus de sa gastralgie.

Le 25 mai, recrudescence subite des douleurs, coïncidant avec le temps pluvieux et le refroidissement de l'atmosphère. Déjà plusieurs fois la malade dit avoir noté cette coïncidence, Cependant, l'exploration par le toucher ne rencontrait plus d'engorgement du côté de la fosse iliaque; et les deux doigts, appliqués dans le vagin et sur l'abdomen, se rencontraient parfaitement à travers la paroi abdominale fort mince; l'inflammation avait donc fait place à une névralgie pure; et, de son côté, le col offrait un point névralgique assez douloureux.

Le 26, les douleurs étaient très-vives dans la fosse iliaque gauche, mais surtout à la hanche et à la cuisse du même côté. J'introduisis une sonde cannelée dans le col, à la profondeur de 2 à 3 centimètres, et l'y laissai quelques secondes. Immédiatement, cessation complète des douleurs de la hanche et de la cuisse; mais les douleurs de la fosse iliaque persistent et semblent même aggravées. La malade veut se lever et ne le peut pas. En définitive, elle dit souffrir plus que les jours précédents. Le soir même, à neuf heures, les douleurs de la hanche étaient revenues, et la nuit fut presque sans sommeil.

Le 27, à la visite, changement complet; les douleurs ont beaucoup diminué, et sont bien moindres même que la veille avant la titillation du col.

Le 28, elle allait assez bien pour que je crusse à propos de faire l'essai d'une ceinture hypogastrique, mais les douleurs névralgiques s'exaspérèrent et obligèrent de l'enlever.

Le 30, même état. — *Un bain sulfureux.*

Le 31, les douleurs sont presque complétement apaisées. Un autre bain sulfureux acheva de les dissiper, et, le 1er juin, la ceinture put être réappliquée avec succès; la malade se leva et marcha toute la journée sans presque souffrir.

Malgré l'état d'exacerbation momentanée qui avait suivi la titillation du col, elle disait que c'était depuis ce jour que les douleurs lui avaient paru changer de nature et d'intensité, ainsi qu'elles avaient changé de place.

Je la gardai plusieurs jours encore, et ne la renvoyai que le 11, sur sa demande, et après avoir constaté que tous les jours précédents elle n'avait ressenti aucune douleur, même après être restée levée constamment. Ni la pression extérieure, ni la pression vaginale n'en rappelaient même la moindre trace; seulement, si elle quittait la ceinture, elle éprouvait des douleurs d'une autre nature, ayant leur siége derrière les pubis, et qui, calmées par le séjour au lit et par la ceinture même, étaient évidemment le résultat de l'antéversion.

Je lui avais fait promettre de revenir nous voir. Le 15, elle vint en effet pour nous dire qu'avec sa ceinture elle ne souffrait en aucune manière, et qu'elle avait repris ses occupations.

C'est là le premier essai que j'ai fait. La disparition immédiate

---

capital, selon nous, c'est de négliger complétement le cathétérisme des trompes d'Eustache, pour arriver à un diagnostic exact : par conséquent, ses observations ne peuvent trouver place, aujourd'hui, dans un travail de la nature de celui-ci.

Saunders et Buchanam sont, à mon avis, les deux auteurs les plus recommandables : et je chercherai l'occasion de faire ressortir le mérite de leurs travaux.

Buchanam est bien supérieur. C'est le seul qui pratique le cathétérisme des trompes. Il a insisté beaucoup sur la configuration du pavillon de l'*oreille;* sur l'examen complet qu'on doit faire de l'organe malade, etc.; mais, comme Saunders, il n'a point appliqué son attention à la *surdité nerveuse.*

Quant à Toynbee, Robert Todd, nous les retrouverons dans le cours de ce travail et nous apprécierons leur œuvre avec impartialité.

Tout dernièrement, Wilde vient de faire paraître un travail étendu. La lecture *sommaire* que j'en ai faite m'a laissé une impression peu favorable.

Un dernier mot sur les auteurs français et allemands contemporains : nous arrivons à Itard; son *Traité* est sans contredit le meilleur livre qui ait été écrit sur la matière, et nous lui emprunterons quelques citations. Mais la forme de surdité dont j'ai à traiter ici n'a point été l'objet de ses études favorites.

Deleau a écrit plusieurs Mémoires importants sur les affections de l'oreille moyenne et la surdi-mutité, et nous pouvons lui adresser le même reproche qu'à Itard.

Quant à *Kramer*, son livre est conçu sur le même plan que celui d'Itard. Comme son prédécesseur, il n'a point tenu compte de l'anatomie pathologique. On trouve le plus souvent des assertions sans preuves : cependant, les affections de l'organe auditif ressemblent à toutes les autres maladies de notre économie; et, comme je l'ai dit ailleurs (1), ici, comme en toute autre partie de l'art de guérir, il faut partir d'un point fixe, si l'on ne veut point s'exposer à bâtir des théories illusoires. C'est ainsi que nous procéderons, et c'est là seulement qu'est dans l'avenir l'espoir du progrès : travaillons donc à le réaliser. Dr E. TRIQUET.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, novembre 1853.

---

des douleurs de la hanche et de la cuisse m'avait vivement frappé; mais, en même temps, l'aggravation des autres était beaucoup à la valeur de ce résultat; et je fus très-agréablement surpris le lendemain matin quand je trouvai une amélioration si générale.

Dans le cas suivant, on verra pareillement la douleur dissipée, plus complétement même que dans l'observation précédente; puis revenir, mais cette fois à une toute autre place, et enfin offrir le lendemain une amélioration générale.

2e *Observation.* — Léonie G..., âgee de 22 ans, d'un tempérament nerveux très-prononcé, entra le 23 mai 1854 dans le service de M. Malgaigne.

Elle avait eu des attaques de nerfs dès l'âge de 8 ans. Réglée à 10 ans et 1/2, elle eut vers l'âge de 12 ans une suppression brusque des règles, à la suite de pédiluves froids. Elle resta deux ans sans les revoir, et souffrit pendant ce temps de céphalalgies fréquentes, de dyspnée avec toux, et de fréquentes hémoptysies. Elle fut traitée à l'hôpital Beaujon par des sangsues à la vulve, des saignées, des vomitifs, l'huile de foie de morue; enfin les règles reparurent; aussitôt tous les accidents cessèrent.

A 18 ans, elle devint enceinte, et accoucha à sept mois et demi à la suite de coups reçus sur le ventre. L'accouchement fut laborieux et l'obligea à rester quinze jours au lit, elle en garda même des douleurs de reins et de bas-ventre, qui ne cessèrent complétement que trois mois après.

En août 1853, à la suite d'une course à cheval, elle éprouva de nouveau des douleurs de ventre très-intenses, qui ne firent qu'augmenter jusqu'au mois de novembre; il s'y joignit alors des pertes assez abondantes mêlés de flueurs blanches, revenant tous les jours pendant près de deux mois. Les douleurs étaient atroces, surtout à l'hypogastre, dans les reins et la cuisse du côté gauche. Elle dit même qu'elle a eu à cette époque une tumeur dans la fosse iliaque gauche, pour laquelle on lui appliqua des sangsues et des cataplasmes laudanisés, et qui disparut au bout de deux mois.

Depuis ce temps, à chaque approche des règles, les douleurs revenaient dans le bas-ventre, particulièrement à gauche, aussi bien que dans les reins et la cuisse du même côté. En avril 1854, nouvelle perte à la suite de fatigues, qui dura dix jours, avec des douleurs très-vives, et reparut quinze jours après, mais seulement durant trois à quatre jours. Enfin, dix à douze jours avant son entrée, après des règles très-abondantes, elle avait eu une nouvelle hémorrhagie qui dura trois jours, et à la suite de laquelle les douleurs devinrent si vives qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Douleurs dans les deux aines et l'hypogastre, se propageant à la partie antérieure et interne des cuisses, surtout à gauche. Aucune douleur en urinant et en allant à la selle. Au toucher, on trouve le col d'assez petit volume, lisse et poli, mais douloureux surtout à gauche et près de l'orifice; de plus, dirigé presque horizontalement en arrière et à gauche. Le corps de l'utérus est douloureux, surtout en avant, et dans une antéversion prononcée. Le doigt, porté au fond du vagin de manière à presser sur les annexes de l'utérus, y provoquait de la douleur, surtout à gauche, sans que la pression en sens inverse sur la paroi abdominale fît découvrir aucune sorte d'empâtement. Enfin il y avait des flueurs blanches abondantes, mais sans aspect puriforme.

Dans ces circonstances, et sans recourir au spéculum, M. Malgaigne diagnostiqua une antéversion avec métrite légère, et légère névralgie du col; mais surtout une double névralgie des annexes, qui lui parut l'élément prédominant de la maladie.

Après quelques jours de repos au lit, avec diète modérée et cataplasmes renouvelés sur l'hypogastre, l'écoulement avait beaucoup diminué; le col et le corps étaient moins douloureux; la douleur iliaque droite était même apaisée.

Le 28 mai, à la visite, la malade accusait presque uniquement des douleurs dans la fosse iliaque gauche, les reins du même côté, et surtout dans la hanche et la cuisse correspondantes. Ces douleurs étaient sourdes, duraient quelques minutes, et revenaient par accès deux ou trois fois par heure. M. Malgaigne saisit l'instant d'un de ces accès pour introduire une sonde de femme dans le col utérin à une profondeur d'environ 2 centimètres; il imprima alors à la sonde un mouvement de rotation pendant quelques secondes et la retira. La malade ne parut pas l'avoir sentie; et toutefois, immédiatement après le retrait de la sonde, la douleur disparut complétement. Elle ne revint que vers midi, mais elle avait complétement changé de place : elle occupait la fosse iliaque, les reins et la hanche du côté droit plus forte même qu'avant l'introduction de la sonde, et s'exaspérait au moindre mouvement. Elle dura ainsi jusqu'à une heure du matin, et alors diminua graduellement jusqu'à l'heure de la visite. La malade nous déclara alors qu'elle ne souffrait plus du tout, même en se remuant dans son lit.

Le 29, la douleur reparut le matin, mais exclusivement à droite; et les règles coulèrent dans la journée.

Le 31, les règles duraient encore. Les douleurs avaient presque cessé, sauf seulement de temps en temps quelques élancements dans l'aine droite durant à peine une minute.

1er *juin.* Même état; la malade s'est levée pour la première fois la veille, et est restée levée deux heures, éprouvant fort peu de douleurs même en marchant.

Le 2, à la visite, elle ne souffre nullement; cependant la pression sur le flanc droit y ramène encore de la douleur, qui de là se propage par élancements dans le flanc droit, les reins, la hanche et la cuisse du même côté. A quatre heures du soir, les douleurs n'existent plus que dans la fosse iliaque.

Le 3, on pratique le toucher, qui est à peine douloureux. La douleur n'existe plus au cul-de-sac vaginal gauche, et est fort modérée à droite.

Le 5, le voisinage d'une mourante mit la malade dans un état nerveux assez prononcé; pleurs, rires à propos de la moindre chose; on lui donna un bain sulfureux qui ne put être supporté qu'une demi-heure. Elle éprouva des battements de cœur, des lypothymes, et eut finalement un frisson général suivi de sueurs.

Le soir, à trois heures, elle accusa de nouveau des douleurs de ventre et de reins, mais qui ne ressemblaient pas à celles des jours précédents, et lui rappelaient celles qui précédaient chaque hémorrhagie. En effet, au toucher, le doigt revint légèrement teint de sang. L'élévation du bassin, des manuluves chauds arrêtèrent cette perte commençante.

Les jours suivants, les douleurs diminuèrent rapidement; afin de rendre l'exercice possible, M. Malgaigne appliqua le 11 une ceinture hypogastrique, et la malade se leva presque toute la journée.

Le 14, il n'y avait plus de douleurs d'aucune espèce, ni à la pression abdominale, ni à la pression vaginale, ni dans la marche; les flueurs blanches n'étaient pas plus abondantes que dans l'état de santé. M. Malgaigne la garda jusqu'au 17, et, avant de la faire sortir, il voulut nous la faire examiner au spéculum. Le col et le vagin étaient dans un état normal qu'il est rare de trouver chez les femmes qui ont fait un enfant.

Je dois ajouter que j'ai revu cette malade quinze jours après sa sortie, et que la guérison se maintenait aussi complète que possible.

Dans l'observation qu'on va lire, le succès est peut-être plus frappant encore; cependant on remarquera toujours un déplacement consécutif de la douleur, qui du reste semble d'un bon augure, puisqu'elle ne tarde pas à cesser après.

3e *Observation.* — Louise Paquet, âgée de 26 ans, constitution nerveuse, sujette à de fréquentes attaques de nerfs, entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 84, le 8 juin 1854.

Réglée à l'âge de 16 ans, l'écoulement menstruel avait toujours été régulier et sans douleur. Devenue enceinte pour la première fois, elle accoucha à sept mois d'un enfant mort; elle ne sait d'ailleurs à quoi rapporter cet accouchement prématuré; elle n'avait pas fait de chute, pas éprouvé de maladie ni de pertes utérines.

A la suite de cette couche, elle eut une métrite qui la retint deux mois au lit avec des douleurs dans les reins et dans l'abdomen, surtout à droite; elle dit cependant qu'il n'y avait pas d'irradiations du côté de la cuisse. Elle en guérit assez bien; toutefois, pendant plus de deux ans, elle resta sujette à des douleurs, surtout dans l'aine et la région lombaire du côté droit, qui s'exaspéraient à l'époque des règles.

A l'âge de vingt et un ans, deuxième accouchement, à terme, très-douloureux, car le travail dura trois jours, et à la suite duquel elle garda le lit une quinzaine de jours. Il lui en resta une leucorrhée abondante, avec gastralgie et recrudescence des douleurs anciennes, qui devinrent continuelles; cet état dura six mois.

Deux ans après, troisième accouchement, douloureux comme le précédent, mais qui enfin ne fut pas suivi d'accidents; la leucorrhée disparut même après, mais il restait toujours des douleurs et de la gastralgie. Un an après, quatrième accouchement, sans suites fâcheuses. Enfin en avril 1854, il y a deux mois, cinquième accouchement toujours également douloureux; et trois jours après, la malade éprouva des douleurs intenses dans tout l'abdomen, avec nausées, constipation, tout l'appareil d'une fièvre puerpérale. Elle fut traitée par des sangsues, des cataplasmes, etc.; et put, dit-elle, se lever huit jours après sa couche, sans souffrir aucunement. Cet état de calme dura trois semaines. Mais enfin, vers le 15 mai, les douleurs revinrent tout d'un coup très-intenses dans l'hypogastre, s'irradiant dans tout le côté droit du tronc et la cuisse droite. Elle resta couchée huit jours, eut des sangsues à l'aine droite; après quoi, elle se levait et se recouchait alternativement deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce qu'enfin, fatiguée d'un tel état de souffrances, elle entra le 8 juin à Saint-Louis.

État actuel. — Douleurs à l'hypogastre, dans l'aine et le flanc du côté

droit, remontant jusqu'à l'épaule et s'irradiant dans les reins et la cuisse droite jusque près du genou, à la partie externe et antérieure, et qui augmentent dans la marche, au point de la rendre impossible. Tiraillements d'estomac, gastralgie habituelle très-intense. Pas d'appétit; constipation. Elle a des flueurs blanches, mais qui ne se sont montrées, dit-elle, que d'aujourd'hui même. La pression, même légère, détermine de vives douleurs sur le côté droit de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'arrête juste à la ligne médiane du corps. Tout le côté gauche est indolore. L'indicateur, porté dans le vagin, détermine de même de la douleur dans le cul-de-sac vaginal droit, douleur qui augmente quand à cette pression interne on ajoute la pression extérieure; du reste, les deux doigts peuvent se rapprocher et se sentir à travers la paroi abdominale, sans aucun engorgement qui les sépare; la douleur est donc purement névralgique. L'utérus est dans une antéversion très-marquée, le col élevé, horizontal, le museau de tanche regardant le rectum; ses lèvres sont écartées, et l'on y trouve des granulations assez marquées; du reste, il est indolore.

On prescrivit d'abord le repos, et l'emploi de cataplasmes à l'intérieur et à l'extérieur. Mais les douleurs allèrent en croissant, sans jamais empiéter sur le côté gauche.

Le 14, M. Malgaigne introduit une sonde cannelée dans le col utérin à deux centimètres et demi de profondeur, et la retire après quelques secondes. Immédiatement les douleurs disparaissent. Elles ne reviennent ni dans la journée ni le lendemain; la malade se lève et marche, ce qui lui était complétement impossible avant cette petite opération.

Le 18, les douleurs névralgiques ne sont pas revenues; mais la malade accuse des douleurs intercostales, et nous parle pour la première fois d'une tumeur qu'elle porte au côté droit de l'abdomen. On sent en effet de ce côté, une tumeur au-dessous du foie et se dirigeant vers la fosse iliaque droite. Elle paraît siéger profondément dans l'abdomen; elle ne tient pas au foie comme la vésicule biliaire, ne tient pas non plus à la matrice, et enfin paraît complétement indolore. En conséquence, M. Malgaigne, ne s'occupant que des nouvelles douleurs introduit une seconde fois la sonde cannelée dans le col utérin. Immédiatement encore les douleurs disparaissent; mais le lendemain elles semblent s'être rejetées sur la face, où elles affectent tous les caractères d'une névralgie sus et sous-orbitaire.

Le 20, les douleurs étant excessives, on essaie l'introduction d'un stylet dans le conduit auditif, jusque sur la membrane du tympan. Sur le moment même, nul changement; mais dans le courant de la journées les douleurs se calment pour ne plus revenir nulle part. Dès lors, on cesse toute espèce de traitement.

Le 24, M. Depaul passe cette femme au spéculum et trouve le col toujours granuleux. Cependant la malade ne souffre plus, même en marchant toute la journée dans la salle et le jardin de l'hôpital; elle demande avec instance sa sortie qui lui est accordée.

Je répète que je ne veux pas tirer, de ce petit nombre de faits, des conclusions générales. Cependant, il me sera permis peut-être de faire remarquer les symptômes propres à ces névralgies des annexes que j'ai le premier décrites, et qui ne sont pas bien rares, comme on en peut juger. Quel nom Lisfranc, M. Valleix et d'autres, auraient-ils donné à cet état morbide? Quel traitement auraient-ils institué à tout hasard, ne sachant rien de la nature de la maladie? L'étude des névralgies utérines et extra-utérines, trop négligée jusqu'ici, donnera aux praticiens l'explication de tant d'affections rebelles, interminables, en dépit de tous les traitements, parce que précisément on ne leur oppose que des traitements qui convenaient à d'autres cas.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

De l'action de la potasse caustique sur l'asparagine et sur le glucose,

Par M. Thorel.

La présence du sirop de fécule a été constatée par MM. les membres du jury médical, dans mon sirop de guimauve seulement, quoique plusieurs autres aient été examinés. Ce sirop, chauffé en ma présence avec de la potasse caustique, a jauni; le réactif avait parlé, bien à tort, il est vrai, mais il a été cru, et malgré ma protestation, ce sirop, dès l'apparition de la couleur jaune, fut déclaré contenir du sirop de fécule.

Sous le coup d'une semblable prévention, et certain que mon sirop était pur, devais-je en rester là?

Un peu étourdi de ce résultat auquel j'étais loin de m'attendre, je ne pensai que plus tard aux deux Mémoires de M. Soubeyran, sur le mode à suivre pour découvrir le sirop de fécule. J'ai relu ces deux Mémoires, insérés dans le *Journal de Pharmacie,* tomes 18 et 20. J'y ai vu que, dans certaines circonstances, le sucre de canne peut contenir du sucre interverti, et qu'il acquiert alors la propriété de brunir par la potasse; mais, dit M. Soubeyran, il ne doit pas rougir l'iodure ioduré de potassium, ce qui le distingue du sirop qui aurait été mélangé de sirop de fécule. Ayant employé de très-beau sucre, j'étais bien sûr qu'il n'y avait pas de sucre interverti dans ce sirop.

Mon sirop étant tout récent, le glucose n'avait pu s'y former, ainsi que le prouve M. le professeur Bouchardat, dans son *Répertoire,* numéro du mois d'août 1851.

Le sirop de guimauve n'est, de la part de M. Soubeyran, l'objet d'aucune remarque particulière dans le cas de falsification par le sirop de fécule. En présence de l'affirmation du jury, je pensais que l'amidon, sous l'influence de quelque agent, pouvait être la cause de cette coloration. Sachant que la racine de guimauve contient, entre autres substances avec de l'amidon, de l'acide aspartique et de l'asparagine ou aspartate d'ammoniaque, laquelle possède la propriété de transformer la fécule en sucre, je crus un instant que la racine de guimauve avait été traitée par décoction, et que mon sirop pouvait bien contenir du sucre de fécule. Pour m'en assurer, je laissai un peu de racine de guimauve pendant six heures en contact avec de l'eau froide, et j'en fis un sirop qui, traité par la potasse, jaunit aussi. Certain de mon sucre, j'essayai la macération seule; elle se colora immédiatement, mais ayant ajouté quelques gouttes d'acide chlorhydrique, la couleur disparut instantanément, ce qui n'arrive pas avec le sirop de fécule.

Enfin, après plusieurs essais, j'acquis la certitude qu'un des principes constituants de la racine de guimauve, l'asparagine, que quelques chimistes regardent, je crois avec raison, comme de l'aspartate d'ammoniaque, peut seule, mise en contact avec la potasse, déterminer cette coloration; il y aurait alors décomposition, et par suite, formation d'ammoniaque et d'acide aspartique. Pour mieux m'en assurer, j'ai essayé les macérations de plusieurs substances végétales, il n'y a que celles qui contiennent de l'asparagine qui jaunissent par la potasse. Ainsi, parmi les sirops soumis à cette épreuve, il n'y a que ceux de guimauve, de grande consoude et de pointes d'asperges qui se colorent; mais ils ne brunissent pas cependant comme ceux mélangés de sirop de fécule, si on a la précaution de prolonger l'ébullition. Un seul, et qui jouit en ce moment d'une certaine réputation (sirop que je n'avais pas préparé), m'a trompé un instant. Cependant, je vis bientôt qu'il contenait du sirop de fécule.

La potasse employée seule doit donc entraîner infailliblement dans des erreurs dont les conséquences peuvent être déplorables, surtout lorsque le temps manque pour prolonger l'examen; et la preuve, c'est que voilà un sirop pur et bien préparé, que ce réactif déclare falsifié, tandis qu'au contraire, cette coloration prouve sa qualité. Je vais plus loin : je dis que tout sirop de guimauve qui ne jaunira pas par la potasse, et j'en ai trouvé, ne sera pas du sirop de guimauve.

Il faut cependant pouvoir s'assurer que ces sirops ne contiennent pas de glucose. Voici le moyen qui me paraît le plus sûr : je mets chauffer une petite quantité du sirop à essayer, à peu près 30 grammes, dans une capsule de porcelaine, avec 4 ou 5 grammes de potasse à l'alcool (liquide); lorsque le mélange est en ébullition et bien coloré, j'y verse 12 à 15 gouttes d'acide acétique concentré et pur, ou quantité suffisante pour qu'il y soit en excès. S'il y a du sirop de fécule, la couleur, de brune, devient d'un beau jaune; s'il n'y en a pas, elle se décolore complétement. En versant 4 à 5 gouttes d'acide chlorhydrique, la liqueur, en l'absence de glucose, perd sa couleur instantanément; mais ce réactif pourrait tromper, car, si on neutralise la potasse, la couleur reparaît, et cette fois plus intense, ce qui n'arrive pas avec l'acide acétique. On peut encore employer avec certitude le sulfate de fer pur; le sirop noircira dans le premier

cas; dans le second, il ne se précipitera que quelques flocons verdâtres.

Je livre à l'appréciation éclairée des jurys médicaux ces expériences. Je ne crois pas être allé trop loin en disant que de semblables erreurs pouvaient avoir des conséquences déplorables, ces inspections étant faites publiquement et avec un certain appareil. (*Répert. de pharmacie.*)

Moyen de diminuer la douleur résultant de la piqûre des sangsues.

Mettre les sangsues dans un verre à moitié rempli d'eau froide et que l'on renverse rapidement sur la partie où doivent être appliquées les sangsues. Le malade ne perçoit alors que la sensation d'une seule piqûre.

Quand toutes les sangsues ont pris, on soulève le verre avec précaution et l'on a soin de recevoir l'eau qui s'en échappe, sur une éponge ou des linges disposés à cet effet.

THÉRAPEUTIQUE.

Injection de teinture d'iode comme moyen de diagnostic de l'ouverture interne des fistules à l'anus.

Dans un cas de fistule à l'anus, dont l'ouverture interne n'avait pu être constatée par les moyens d'investigation usités en pareil cas, M. Limauge eut l'idée d'injecter dans le trajet fistuleux, par l'orifice externe, de la teinture d'iode pure, après avoir, au préalable, introduit le doigt dans l'anus. Lorsqu'il retira le doigt, il y remarqua une tache indélébile produite par la teinture d'iode; et en comparant la situation de cette tache avec la profondeur à laquelle le doit avait pénétré dans l'intestin, il acquit non-seulement la preuve de l'existence da l'orifice interne de la fistule, mais encore, une donnée précise sur la hauteur de cet orifice dans le rectum.

M. Limauge fait observer avec raison, que ce moyen de diagnostic est infiniment préférable à tous les autres liquides colorés que l'on a conseillé d'injecter dans le trajet fistuleux, d'abord parce que si le pertuis interne est très petit, il pourra arriver que la quantité de liquide introduite dans l'intestin sera tellement minime, qu'il sera difficile d'en constater la sortie par l'anus; ensuite, parce que la coloration qu'il pourrait produire sur le doigt introduit dans le rectum n'a pas la fixité des taches occasionnées par la teinture d'iode.

(*Archives belges de méd. milit.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Le Conseil de santé de Londres* (*Board of health*). — Les médecins se plaignent souvent du peu d'influence dont ils jouissent en général, et quelquefois même dans les affaires qui sont ou devraient être exclusivement de leur ressort; ils n'ont pas tout à fait tort de se plaindre. Mais si nous voulons remédier à ce fâcheux état de choses, commençons d'abord par reconnaître qu'une de ses causes principales est dans le corps médical lui-même. Quand les médecins seront plus unis, tous plus rigoureusement attachés à leurs devoirs; quand il se trouvera parmi eux un moins grand nombre d'hommes ignorants, étrangers à tout mouvement scientifique, comme nous en montre chaque correspondance académique, et d'autres se servant moins exclusivement de la science au profit de l'industrie, alors le Corps médical pourra agir avec ensemble pour conquérir la place qui devrait lui appartenir dans la hiérarchie sociale. Ces réflexions que nous avons malheureusement eu l'occasion de faire souvent, sans beaucoup de résultat jusqu'à présent, nous reviennent à propos d'un fait qui prouve que les choses se passent en Angleterre à peu près comme en France, et l'on peut dire à peu près comme partout ailleurs.

On sait qu'il existait en Angleterre, sous le nom de Conseil de santé (Board of health), une institution médicale jouissant d'une haute influence et d'une indépendance presque complète; c'était, pour l'honorabilité, quelque chose d'analogue à l'ancien Conseil des hôpitaux de Paris, avec des attributions beaucoup plus étendues. Ce Conseil, tout Conseil de *santé* qu'il était, ne comptait guère dans son sein, il est vrai, qu'un seul médecin, M. Southood Smith, ce qui était déjà une triste preuve de l'influence médicale; mais enfin il y en avait un, et c'était assez pour donner à l'institution un caractère médical, et pour faire espérer que d'autres y seraient admis. Le Conseil de santé vient d'être supprimé par un vote du parlement, qui a refusé de voter le chapitre du budget affecté au traitement des membres du Conseil. Le véritable directeur tout-puissant, sous la haute présidence du comte de Shaftesbury, M. Chadwick, à l'humeur dictatoriale duquel on attribue en grande partie la chute du Conseil, a été mis à une retraite de 25,000 francs (1), et un nouveau Conseil a été provisoirement réorganisé à la hâte, sous la forme d'une simple division du ministère de l'Intérieur. C'est la création de cette simple division qu'un journal politique français a donnée pour la création d'un *ministère de la santé*. Mais on voit qu'au lieu de grandir, le Board of health a été singulièrement amoindri, c'est-à-dire, remplacé par quelque chose de beaucoup moins important.

Ce qu'il y a de moins consolant encore, c'est que le directeur de la nouvelle division créée, sir B. Hall, est un des plus chauds protecteurs de l'homœopathie en Angleterre. Cependant, jusqu'à ce moment, il s'est abstenu d'introduire des homœopathes dans l'administration, ce qui tient probablement à ce que la nouvelle division n'étant que provisoire, et devant être remplacée par une institution définitive dans la prochaine session du parlement, sir B. Hall a sans doute voulu attendre d'être plus solidement assis pour se mettre en opposition avec la majorité du Corps médical, malgré la faible influence de celui-ci. Y a-t-il lieu d'espérer que d'ici à la prochaine session, les célébrités médicales de Londres s'agiteront pour obtenir une institution équivalente en influence à l'ancien Board of health plus riche en lumières scientifiques, et pour y maintenir ce qu'ils doivent considérer comme les véritables principes médicaux? Nous n'osons même répondre affirmativement. Comment, après cela, oser se plaindre de l'indifférence ou du dédain des pouvoirs pour le corps médical!

— *Nouvelles du choléra.* — Le bruit a couru, ces jours derniers, que le choléra avait subi à Paris une recrudescence analogue à celle de Londres. Les chiffres suivants prouvent qu'il n'en est rien, et que l'influence de l'épidémie est à peu près épuisée:

Mouvement dans les hôpitaux civils:

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
19 septembre.	12	9	20
20 —	14	8	12
21 —	10	6	17
22 —	14	3	12
23 —	9	9	8
24 —	11	7	14
	70	42	83

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,204
Sortis........................ 2,768 } 5,959
Décédés...................... 3,191 }
Reste.................. 245 en traitement.

—Les modifications que le décès de M. Roux devait amener dans le personnel des hôpitaux, après avoir commencé par le passage de M. Laugier à l'Hôtel-Dieu, viennent de continuer par la nomination, en date du 20 septembre, de M. Maisonneuve à l'hôpital de la Pitié. La question depuis longtemps agitée, de savoir si on laisserait une clinique officielle à l'hôpital de la Pitié, se trouve donc ainsi résolue négativement.

L'Hôtel-Dieu comptera deux cliniques chirurgicales comme deux cliniques médicales. Quelques personnes pensent qu'un des motifs qui ont contribué à l'adoption de cette mesure a été la crainte de voir l'antique et célèbre clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu changer sa réputation contre celle d'honnête fille, à l'instar de l'Académie de Dijon et de quelques autres; mais, en considération de ce temps de faux bruits qui court, nous aimons à croire que c'est surtout par gracieuseté pour M. le professeur Jobert que cet arrangement a été pris. M. Nélaton, en effet, paraît se résigner à rester à la *clinique*, si résignation il peut y avoir de la part d'un professeur dont l'amphithéâtre est toujours comble.

— Le jury pour le concours de médecine que nous avons annoncé récemment, sera ainsi composé:

Juges titulaires: MM. Briquet, Gendrin, Blache, Horteloup, Després.
Juges suppléants. MM. Bouley et Danyau.

(*Pour toutes les variétés scientifiques:* H. de Castelnau.)

(1) On voit que, conformément à ses excellents principes, l'administration anglaise dédommage amplement les hommes qui l'ont servie, même médiocrement bien.

Erratum. — Dans le Compte rendu de la distribution des prix qui a eu lieu à l'hôpital des Enfants, on a imprimé par erreur le nom de M. Jadelot pour celui de Gillette. Le discours prononcé par ce distingué confrère est assez bien pensé et assez remarquablement écrit pour que nous tenions à réparer cette erreur dont nous ne nous étions pas aperçu et qu'on veut bien nous signaler.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 116. 2e année. Jeudi 28 Septembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 27 Septembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 18 Septembre.

Des principes qui doivent être observés dans les discussions scientifiques.

L'Académie des sciences assiste, depuis trois séances, à un spectacle qui ne doit pas être perdu pour nous. Quoique la discussion qui en forme le sujet soit étrangère à nos études, nous considérons comme assez fondée notre prétention de ne point écrire pour les Sarmates du temps, pour être certain que nos lecteurs liront avec un vif intérêt un exposé de principes applicable à toutes les discussions scientifiques, de quelque nature qu'elles soient, surtout lorsque cet exposé est conçu avec une élévation, une libéralité de pensées qui peuvent servir d'exemple à tous, rendu avec une simplicité et une grandeur de langage qui en font un modèle de style scientifique ; que n'ajouterons-nous pas encore à l'intérêt qu'excitera cet admirable morceau, quand nous dirons qu'il est l'œuvre d'un vétéran de la science, qui, à l'âge de 85 ans, conserve cet ardent amour du progrès, cette netteté d'intelligence que les hommes les mieux doués voient habituellement s'éteindre après le douzième lustre. A ce seul point de vue, l'œuvre de M. Biot mériterait déjà d'être consignée dans un recueil médical, car l'illustre académicien vient renouveler, à la face du monde, le mémorable phénomène accompli à l'Académie des sciences morales par M. de Talleyrand, avec cette différence que, pour rédiger le discours du célèbre diplomate, il ne fallait qu'avoir conservé la finesse de l'esprit et l'habitude d'une dialectique spécieuse, tandis que, pour formuler les principes posés par l'illustre académicien, il faut associer la chaleur du cœur à la rectitude et à la profondeur du jugement.

Lorsqu'une discussion, a dit M. Biot, s'élève dans une Académie telle que la nôtre, et acquiert un développement qui amène plusieurs de ses membres à y prendre part, en attirant l'intérêt de tous, ce peut être une excellente occasion de faire concourir au perfectionnement des théories controversées les connaissances spéciales que chaque individu possède, et qui s'adapteraient à leurs détails avec moins d'entente, par le manque d'une direction commune, si elles étaient appliquées isolément. Cela peut offrir aussi l'avantage de répandre, dans un plus grand nombre d'esprits éminents, des doctrines que leurs études propres ne leur ont pas donné lieu d'approfondir, quoiqu'ils puissent y apporter des améliorations importantes, si on les décidait à y pénétrer. Supposant donc de telles discussions, suivies et soutenues, dans la seule intention de fortifier, d'accroître la somme des vérités déjà acquises, sans y mêler de misérables sentiments d'aigreur ou d'animosités personnelles, la science ne saurait que gagner à ce qu'elles se produisent ; et, dans cet intérêt, commun à nous tous, on doit plutôt souhaiter de les voir naître, et s'entretenir par une émulation active, que s'éteindre et mourir sous le froid accueil d'un silence indifférent.

Une condition essentielle, et l'on pourrait dire, logiquement nécessaire pour que cette lutte d'idées soit profitable, c'est que l'on éclaircisse d'abord complétement le terrain sur lequel la discussion repose ; qu'on y marque avec précision les limites actuelles du certain et de l'incertain ; qu'on le débarrasse des erreurs qui ont pu s'y introduire, et qu'on le soumette à l'investigation commune, ainsi déblayé. Chacun de nous, sans doute, ne pourra remplir cette tâche que dans les bornes de ses vues propres, avec la défiance qu'elles doivent toujours inspirer à ceux qui les croient les plus assurées. Mais cette juste réserve étant admise (et, qui de nous ne doit pas l'admettre, pour lui-même comme pour les autres !), il faut que chacun soit reçu à dire complétement sa pensée sans qu'on s'en offense ; à exposer librement ce qu'il croit vrai, ce qu'il croit faux, en accordant à ses contradicteurs la même patience, la même indulgence dont il aura presque infailliblement besoin, à son tour, pour peu que la controverse se prolonge et s'étende aux régions de l'inconnu.

Hélas ! pourquoi faut-il qu'après de telles idées et un tel langage, nous nous occupions d'inflammation *suppuratique!* Oui, vraiment, suppuratique, c'est M. Bouvier qui le dit, à moins que les *Comptes rendus* ne le gratifient de cette harmonieuse épithète, oubliée sans doute dans quelque vocabulaire des Huns ou des Visigoths. — Les faux bruits qui, paraît-il, continuent à répandre que M. Bouvier n'est plus ni directeur de son établissement, ni médecin de l'hôpital des Enfants, ni membre de l'Académie, ni peut-être même du nombre des vivants ; ces fameux faux bruits, dont personne ne se doutait avant les charitables avis de l'*Indépendance belge*, du *Constitutionnel*, du *Siècle*, de la *Presse*, etc., etc., ces terribles faux bruits auraient-ils altéré cette rectitude d'esprit et cette équité scientifique que nous avons eu souvent l'occasion de signaler dans M. Bouvier? On le pourrait craindre en lisant le résumé de la Note qu'il a lue à l'Académie des sciences.

Sans la maligne influence de ces faux bruits, M. Bouvier aurait-il pu voir une assez grande différence entre la cautérisation épidermique et la cautérisation pointillée *non suppurante,* pratiquée depuis plus de dix ans au vu et au su de tout le monde par M. J. Guérin, pour se dispenser de rapporter à ce dernier chirurgien l'idée de cette cautérisation? Évidemment non. La différence entre l'une et l'autre cautérisation, si différence il y a, peut à peine constituer un procédé; la méthode consiste dans l'idée de cautériser sans *escarrifier,* si toutefois une telle action peut mériter le nom de *cautérisation,* ce que nous examinerons en temps et lieu; or, le véritable travail sur ladite méthode est, en effet, celui que M. Guérin vient de publier dans la *Gazette médicale,* et c'est en discutant ce travail que nous jugerons les avantages que cette méthode paraît offrir. Disons seulement dès à présent que pour prouver qu'on a réussi, entre autres choses, à procurer *la résorption d'abcès ossifluents,* comme l'annonce M. Bouvier, il faut autre chose que de simples assertions; il faut des observations rigoureusement, authentiquement recueillies, c'est-à-dire avec des détails constatés par des personnes diverses et compétentes, suffisants pour porter la conviction dans tous les esprits; c'est ce que M. Bouvier aurait facilement senti, si sa perspicacité habituelle n'avait pas été obstruée. Les promoteurs des traîtres faux bruits sont réellement bien coupables; si nous parvenons à les découvrir un jour, nous ne manquerons pas de livrer leurs noms au mépris public.

Devons-nous mentionner les méditations plus ou moins philosophiques qui ont pu conduire M. Maumené à *penser* que les fluorures pourraient bien être la cause du goître? En considération de la bonne intention qu'a eue cet honorable pharmacien d'expérimenter sur les animaux l'action desdits fluorures, et du projet qu'il a de continuer une expérimentation trop tôt interrompue, nous voulons bien ne pas nous occuper plus longtemps de sa communication. C'est ce que nous pouvons faire de mieux pour elle.

H. de Castelnau.

Séance de l'Académie de médecine.

Il ne fallait pas une bien grande perspicacité pour prévoir que le collodion ne se laisserait pas écorcher sans crier; nous le savions plus porté à suivre l'exemple des anguilles de Melun que celui de Mucius Sevola. Il a donc de nouveau élevé la voix hier, mais nous doutons qu'il ait à s'en féliciter.

Ce n'est pas cependant que la méthode adoptée par M. Bonnafont ne soit très-avantageuse à toute médication, au collodion par conséquent : elle consiste à ne compter dans la durée d'une maladie que les jours qui suivent le commencement du traitement. Une chose nous a étonné cependant, c'est que M. Bonnafont, ayant eu l'esprit d'adopter une doctrine de philosophie médicale aussi avantageuse, n'ait pas eu celui d'en tirer un meilleur parti possible. Il n'est arrivé, grâce à elle, qu'à procurer au collodion une durée de l'orchite de 7 jours et 5/10; or, il était, suivant nous, possible de faire beaucoup mieux.

L'orchite blennorrhagique durant habituellement, suivant qu'on est plus ou moins rigoureux pour en fixer le début et surtout la fin, de quinze à vingt-cinq jours, voici comment nous aurions procédé, à la place de M. Bonnafont : nous aurions laissé marcher les orchites sans traitement jusqu'au vingt-quatrième jour, et nous aurions appliqué, ce jour-là, le collodion; de cette façon, nous serions arrivé à trouver que le collodion guérissait l'orchite, dans l'immense majorité des cas, en *vingt-quatre heures!* Au reste, M. Bonnafont, qui a eu plusieurs bons mots dans son allocution, en a eu particulièrement un qui prouve qu'il a plus d'une ressource dans son sac thérapeutique : « *J'emploierai le collodion*, a-t-il dit en terminant, *tant qu'il me réussira.* » C'est une paraphrase du mot d'Antoine Dubois : Dépêchez-vous d'employer ce médicament *pendant* qu'il guérit; mais une paraphrase spirituelle n'est pas à dédaigner, et nous apprécions, pour notre compte, celle de M. Bonnafont.

Quant aux observations de M. Armand, qui ont servi de base à la discussion d'hier, elles demandent peu de réflexions après l'examen qu'en a fait M. Velpeau; cet examen confirme ce que nous en avions dit il y a huit jours. Il y a cependant quelque chose à ajouter.

Le savant professeur a bien supputé la durée des orchites traitées par M. Armand, en acceptant comme rigoureux les détails donnés par cet honorable observateur; mais il n'a pas cherché à apprécier jusqu'à quel point ces détails eux-mêmes portaient l'empreinte d'une observation sévère, et jusqu'à quel point, par conséquent, ils pouvaient inspirer de la confiance; or, c'est là peut-être ce qu'il aurait fallu faire d'abord, parce que cet examen aurait probablement conduit M. Velpeau à considérer comme non avenus des faits qui manquent réellement de presque tous les caractères d'une observation sévère. Contentons-nous de quelques exemples :

Dans la 3ᵉ observation, l'auteur constate, le 3 mai, une légère *épididymite* à gauche, et le 17 mai une orchite manifeste; est-ce que, pour l'auteur, l'orchite et l'épididymite ne sont pas une seule et même maladie, due à une cause identique? Est-ce que l'épididymite n'est pas le début de cette maladie et quelquefois la maladie tout entière? Si telle était l'opinion de l'auteur, où donc aurait-il puisé son instruction médicale, et quelle confiance pourrait-on ajouter à des observations qui auraient une telle éducation pour garantie?

En parlant du malade de la 7ᵉ observation, l'auteur dit qu'*il ne lui reste* plus le 9, jour (*présumé*) de sa sortie, qu'*un peu d'épididymite.* Cependant il paraît le considérer comme guéri; nouvelle preuve que l'épididymite, pour M. Armand, ne fait pas partie de l'orchite. Est-ce que par hasard il en serait de même pour M. Bonnafont?

Peut-on être parfaitement certain que M. Armand met toute la rigueur désirable dans ses appréciations, quand il dit (1ʳᵉ *obs.*) que le testicule est gros comme un œuf de dinde (c'est beaucoup pour un testicule atteint d'inflammation aiguë, surtout lorsque, dans l'orchite, on ne comprend pas l'épididymite); (4ᵉ *obs.*) que le testicule diminue d'*un tiers* le lendemain de la première application du collodion, et de *moitié* le surlendemain? Or, un tiers et une moitié font trois douzièmes (et même plus dans la circonstance actuelle, pour des raisons que tout le monde comprend); le testicule n'étant pas donné comme guéri ce jour-là, il a au moins sextuplé de volume : on avouera que c'est encore beaucoup.

Nous pourrions multiplier beaucoup les remarques de cette nature; celles qui précèdent suffiront sans doute pour prouver combien, il y a huit jours, nous étions fondé à dire qu'on ne pouvait rien conclure des faits de M. Armand, et que le savant professeur Velpeau n'avait rempli que la moindre moitié de la tâche qu'il aurait pu s'imposer.

H. de Castelnau.

Emploi du collodion comme moyen de compression méthodique. — Son application au traitement des varices des membres inférieurs; du varicocèle; des tumeurs sanguines; des tumeurs lymphatiques,

Par le Dr E. Alix.

Tous les efforts tentés jusqu'ici pour arriver à la cure radicale des varices n'ont été suivis que de résultats incomplets. Les moyens proposés sont presque tous douloureux, quelques-uns dangereux pour la vie du malade. La plupart des praticiens, se croyant obligés à plus de prudence, n'osent pas suivre les expérimentateurs dans les voies où ceux-ci s'engagent, et se bornent à prescrire le traitement palliatif qui consiste surtout dans la compression méthodique. Or, parmi les moyens de compression méthodique, il en est un qui, sans appartenir à l'ancienne médecine, est cependant connu depuis assez longtemps (plus de six années) pour avoir mérité d'être expérimenté à ce point de vue : je veux parler du collodion.

Quelques instants après avoir appliqué sur des varices volumineuses une couche de collodion, on voit, à mesure que l'éther s'évapore et que la couche de pyroxyle se dessèche, les varices diminuer et bientôt s'effacer entièrement; le membre variqueux est alors devenu tout à fait uni, sans trace de nodosités. Cet effet persiste aussi longtemps que la lamelle de pyroxyle reste adhérente. Le collodion est un excellent moyen pour comprimer les varices, par conséquent pour leur traitement palliatif : je n'ose pas encore dire pour leur cure radicale.

Ici, l'application du collodion a pour résultat de vider la tumeur variqueuse pleine d'un sang liquide. D'autres observations m'ont démontré que le collodion, appliqué avec persistance pendant un temps suffisant, fait *résoudre les tumeurs variqueuses où le sang s'est coagulé*.

Je me crois donc autorisé à proposer l'emploi du collodion comme *base du traitement des varices*. Le mode d'emploi consiste simplement à badigeonner, une ou plusieurs fois par jour, le membre variqueux, en ayant soin à chaque fois d'enlever d'abord les couches de pyroxyle incomplétement adhérentes.

Je regarde aussi le collodion comme un excellent moyen de traiter les varicocèles. Une simple application sur toute la moitié du scrotum correspondante au varicocèle suffit pour que, au bout de quelques minutes, on ne puisse plus retrouver, par le toucher, le paquet variqueux. Je ne doute pas qu'en prolongeant l'emploi de ce moyen, on n'arrive à guérir les varicocèles qui paraîtraient ne pouvoir céder qu'aux moyens douloureux et parfois assez dangereux proposés dans ces dernières années.

J'ai encore employé le collodion avec succès pour résoudre des tumeurs sanguines provenant d'une contusion, des hygroma, des tumeurs synoviales.

Le succès est d'autant plus probable, que la compression est plus parfaite. Voilà pourquoi, sans doute, j'ai échoué plusieurs fois en l'appliquant sur des tumeurs du testicule, tandis que dans d'autres cas, semblables en apparence, j'ai réussi : c'est que, dans le premier cas, la partie couverte de collodion se plissait au-devant de la tumeur testiculaire et ne la comprimait pas; tandis que, dans le second cas, le scrotum, en se resserrant, comprimait parfaitement la tumeur.

Je me propose de continuer ces recherches avec persévérance jusqu'à ce que j'aie assez de faits complets pour publier un mémoire. Ce n'est qu'en variant les applications et en comparant avec rigueur les résultats heureux ou malheureux, que l'on peut arriver à juger la valeur d'un moyen thérapeutique.

Observations pour servir à l'étude de l'emploi du collodion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique aiguë,

Par le Dr Armand, *médecin des vénériens à l'hôpital militaire du Roule.*

1re *Observation.* — S... (salle 8, n° 25) entre à l'hôpital le 10 mai 1854, atteint d'orchite aiguë du côté gauche, récemment développée par suite de la suppression d'un écoulement blennorrhagique qui datait de dix jours.

A la visite du 11, le testicule, gros comme un œuf de dinde, uniformément développé, rouge, dur, sensible à la pression, est soulevé et débarrassé des poils qui l'entourent avec des ciseaux, dont l'action est préférable, en pareil cas, à celle du rasoir.

La base du testicule est modérément embrassée par une bandelette qui permet de donner à la tumeur une forme en poire, de l'isoler, de la maintenir relevée et fixe à la hauteur voulue. A ce moment, on verse dans un vase de faïence une certaine quantité de collodion additionné d'huile de ricin dans la proportion de 2 grammes sur 30 de collodion, rendu ainsi moins prompt à s'écailler en desséchant (formule de M. Bonnafont préparée par M. Dedé). Ensuite, au moyen d'un petit pinceau de blaireau, toute la surface du scrotum enveloppant le testicule est recouverte successivement de couches de collodion, en procédant du sommet de la tumeur à la base ou col qu'étreint légèrement la bandelette-support.

Sous l'influence de l'évaporation du collodion, la sensation de froid devient si vive, qu'elle est prise par le malade pour une sensation de chaleur intense. Ce sentiment douloureux n'est que passager; il diminue à mesure que la dessiccation se produit, et ne dépasse pas quatre ou cinq minutes de durée. Les deux chefs du lien, qui étaient seulement maintenus juxtaposés en anse, sont laissés flottants, et le testicule est maintenu relevé au moyen d'un suspensoir, le malade restant alité.

Prescription : quart, tisane de lin.

Le lendemain, la tumeur a diminué d'un tiers. Même application que la veille; peu de douleur pendant quelques instants, jusqu'à dessiccation.

Le troisième jour du traitement, résolution plus marquée. Troisième application de collodion. La physionomie du patient ne trahit aucune douleur; il faut lui demander ce qu'il éprouve pour savoir que la sensation de froid est toujours prise pour un sentiment de brûlure légère.

Quatrième, cinquième et sixième jour. La résolution continue progressivement; nouvelle application de collodion chaque jour, *ut suprà,* pour le *modus faciendi* et les effets. Le régime est porté à la demie.

Le septième jour, il reste un léger engorgement de l'épididyme, et le huitième nous croyons opportun de prescrire un bain, dont l'action nous parut plus nuisible qu'utile; mais une légère recrudescence est réprimée par quelques lotions d'eau blanche.

Le douzième jour, la résolution est à peu près complète. Trois quarts de portion.

Le seizième jour, le malade sort guéri.

2e *Observation.* — M.... (salle 5, n° 2) entre à l'hôpital le 9 mai 1854, atteint d'orchite gauche datant de cinq jours, et consécutive à la suppression d'un écoulement urétral.

Le 10, l'épididyme du testicule droit commence à s'engorger. Application du collodion sur l'orchite. Sensation brûlante, mais très-supportable, pendant que la dessiccation s'opère.

Le lendemain, deuxième application du collodion, *ut suprà*.

Le troisième jour de traitement, la résolution progresse.

Le quatrième jour, le testicule droit est pris; il est devenu plus gros qu'un œuf; on le recouvre d'une couche de collodion qui produit peu d'effet et est renouvelée le lendemain (cinquième jour).

Le sixième et le septième jour, la résolution marche rapidement.

Le huitième, il reste de l'empâtement dans le scrotum, à la surface duquel le collodion forme de larges écailles. Le malade, sur sa demande, prend un grand bain, à la suite duquel il y a reproduction des deux orchites aussi développées (neuvième jour) qu'au début. Application du collodion de chaque côté. La douleur n'est pas sensiblement plus vive qu'aux précédentes.

Le lendemain (dixième jour), les orchites sont en voie de résolution, mais les cordons sont engorgés et douloureux. Ces symptômes cèdent à des applications de cataplasmes opiacés *sur le pubis et les aines*. La résolution des orchites marche lentement.

Au quatorzième jour, recrudescence de l'orchite droite. Nouvelle et dernière application de collodion. A partir de ce moment, la résolution, favorisée par des frictions d'hydriodate de potasse, marche uniformément; mais un suintement urétral reparaît, et le malade est mis à l'usage de la potion de Chopart.

Le convalescent est en état de sortir au vingt-quatrième jour de son traitement.

3e *Observation.* — M.... (salle 8, n° 22) entre à l'hôpital le 3 mai, atteint de chancres, d'urétrite et d'épididymite légère à gauche.

Soumis au traitement antiphlogistique d'usage, les chancres tendent à la cicatrisation; mais les glandes inguinales s'engorgent, l'écoulement diminue, se supprime, et l'épididymite augmentant, le testicule se prend aussi. L'orchite est manifeste le 17 mai. Application de collodion.

Le lendemain, diminution de moitié; deuxième application.

Au troisième jour, notable diminution.

Les jours suivants, après une lotion avec teinture d'iode assez doulou-

reuse, frictions de pommade d'hydriodate de potasse sur le scrotum et frictions mercurielles sur les glandes inguinales, qui se dégorgent.

Le quatorzième jour (du traitement de l'orchite), réapparition de l'écoulement urétral. Potion de Chopart pendant quelques jours.

Sorti guéri le 6 juin.

4e *Observation.* — A.... (salle 8, n° 12) entre à l'hôpital le 22 mai 1854, porteur d'une orchite blennorrhagique à droite, parue depuis trois jours par suite de la suppression d'un écoulement urétral qui datait d'une quinzaine.

Le 23, le malade, d'une constitution débilitée par des atteintes antérieures de la fièvre intermittente, paraît un peu plus sensible que nos autres malades à l'action du collodion, mais la douleur ne se prolonge pas au delà de sept ou huit minutes.

Le lendemain, le testicule a diminué d'un tiers, mais il y a un peu d'engorgement et de douleur au cordon.

Le troisième jour, une seconde application de collodion amène une résolution de moitié, mais l'écoulement reparaît; nous prescrivons quelques potions de Chopart.

Sorti guéri le 9 juin.

5e *Observation.* — B.... (salle 8, n° 33) entre à l'hôpital, porteur d'une orchite droite survenue il y a quinze jours par suite de la suppression d'une blennorrhagie. L'orchite a été traitée à l'infirmerie régimentaire par les émollients et les frictions mercurielles; mais la persistance de l'engorgement (le testicule est bien plus gros qu'un œuf) fait envoyer le malade à l'hôpital.

A la visite du 24 mai, application du collodion. Douleur ni plus vive ni plus prolongée que d'habitude.

Le lendemain, diminution d'un tiers; deuxième application.

Le troisième jour, délitescence; il reste un peu d'épididymite. Frictions iodées.

Sorti guéri le 6 juin.

6e *Observation.* — J.... (salle 5, n° 5), entré le 29 mai. Urétrite et orchite gauche; cinq jours d'invasion.

Le 30, collodion; douleur assez vive pendant cinq minutes; légère douleur dans la journée sur le trajet du cordon.

Le 31, un peu de diminution; collodion.

1er *juin.* Diminution plus notable; engorgement du cordon.

Les 2 et 5, potion de Chopart.

Le 6, résolution presque complète.

Sorti guéri le 9.

7e *Observation.* — S.... (salle 5, n° 8). Blennorrhagie et orchite survenue il y a quatre jours.

Collodion le 5 juin. Sensation habituelle.

Le lendemain, diminution d'un tiers. Une deuxième application de collodion amène une résolution à peu près complète.

La coque scrotale collodionnée est sans écailles le 9, et, en faisant sortir le testicule, on le trouve revenu à l'état normal; il ne reste qu'un peu d'épididymite.

D'après les faits qui précèdent, l'emploi du collodion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique aiguë a pour effets immédiats de produire, par une évaporation instantanée, une réfrigération assez vive pour être prise par le malade pour une sensation de vive chaleur, qui n'a cependant rien d'excessif, puisque nous avons dû demander à certains malades restés impassibles quelles impressions ils éprouvaient. La douleur, variable selon les individus, ne dure que quelques minutes, juste le temps qu'il faut aux couches de collodion pour se dessécher.

La coque ainsi produite opère un froncement très-marqué de la surface du scrotum qui a été recouverte. Toutefois, quelque précaution que l'on prenne pour embrasser et étreindre le testicule au moment de l'application, jamais on ne parvient à emprisonner cet organe dans la coque scrotale collodionnée, qui ne forme qu'une demi-sphère en forme de calotte évasée. C'est donc moins par une compression exercée sur le testicule engorgé que s'opère sa résolution, que par l'impression réfrigérante qu'il subit; réfrigération qui, plus marquée que celle qu'on produit par la boue de remouleur, parfois employée avec succès, détermine aussi une répercussion plus rapide; car, du jour au lendemain, la règle, c'est de voir l'orchite diminuer d'un tiers, quelquefois plus. Ce qui prouve le rôle capital, sinon exclusif, de la réfrigération, c'est que M. Bouisson a obtenu le même effet par l'éther seul. Et, à ce titre, il y a à se demander si l'addition d'huile de ricin, retardant l'évaporation du collodion, n'amoindrit pas l'instantanéité et l'énergie de son action spéciale.

Lorsque l'on a ainsi obtenu, par une sorte de mouvement fluxionnaire en retour, un commencement de résolution, il faut la laisser s'opérer progressivement jusqu'à délitescence complète. Si l'on veut brusquer cette rétrocession par des applications de collodion chaque jour répétées, il peut y avoir métastase sur le testicule opposé (un cas) et presque toujours engorgement douloureux du cordon, phénomène qui ne dure guère au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures; mais il est rare en même temps que l'écoulement ne reparaisse pas.

Cependant, autant on doit respecter la rétrocession commençante par une première application, en la favorisant par le repos absolu et la position relevée du testicule au moyen d'un suspensoir mollement adapté, autant il est urgent de recourir au collodion toutes les fois qu'il y a recrudescence par cause quelconque. En un mot, le mouvement fluxionnaire expansif doit être répercuté, le mouvement fluxionnaire en retour doit être respecté. Quant à l'écoulement urétral reproduit, il est rare qu'il soit intense; dans tous les cas, s'il persiste, il suffit de quelques potions de Chopart pour le faire disparaître. Besoin n'est de dire qu'il est prudent de s'abstenir alors d'injections astringentes, qui pourraient reproduire l'orchite par métastase ou répercussion.

En résumé, l'emploi du collodion est un moyen énergique de répercussion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. La douleur que provoque son application, sans être plus vive que celle qu'on ressent par une application de sangsues, est infiniment plus courte, sans en avoir les nombreux inconvénients.

Lorsqu'une ou deux applications de collodion suffisent, il y a même économie sur l'emploi des sangsues.

Sous le rapport de la durée du traitement, l'avantage est encore au collodion, dont l'action, rapidement résolutive, a surtout pour effet de prévenir ces engorgements chroniques, ces indurations et toutes leurs fâcheuses conséquences qui suivent souvent l'emploi des autres médications.

Dans les cas d'orchites traumatiques, la guérison est plus rapide encore, ainsi que l'a observé M. Bonnafont; car, par suite de la non-spécificité de la fluxion testiculaire, il n'y a pas d'écoulement urétral reproduit qui vienne retarder la sortie du malade.

Malgré cela, et en attendant de nouveaux faits à l'appui de nos assertions, nous avons dès aujourd'hui la conviction que le collodion restera comme agent héroïque dans la curation de l'orchite blennorrhagique.

Du traitement du cancer, par la méthode de Landolfi.

Nous avions mentionné, il y a environ un an, avec beaucoup de réserves, infiniment de réserves, la pompeuse annonce faite par un journal politique allemand, touchant l'admirable méthode curative du cancer, imaginée par un médecin de Naples, M. Landolfi. Nos doutes n'avaient fait que s'accroître depuis, car nous savions que des lettres adressées à l'auteur, d'après notre premier article, et demandant des détails sur sa méthode, étaient demeurées sans réponse. Les *Annales médicales de la Flandre occidentale* nous apportent aujourd'hui, traduits de l'*Allgemeine med. centr. Zeitung* et du *Deutshe Klinik*, les détails qu'on avait inutilement demandés à M. Landolfi. Nous pensons qu'après la lecture de ces détails, nos lecteurs trouveront parfaitement justifiée la réserve que nous avions gardée, et nous supposons même qu'ils trouveront assez naïve cette réflexion du rédacteur des *Annales,* que IL PARAÎT *que le traitement de Landolfi est* QUELQUEFOIS *suivi d'insuccès.* Nous croyons néanmoins devoir publier l'article des *Annales,* ne serait-ce que pour édifier les praticiens français sur une

prétendue méthode, qui n'est qu'un simple procédé de cautérisation, et qui n'a pas laissé que de faire un certain bruit en Italie et surtout dans les pays d'outre-Rhin.

H. DE C.

On ne saurait trop encourager les efforts qui ont pour but la recherche du spécifique anticancéreux, et c'est un devoir pour les organes de la presse médicale de donner de la publicité aux tentatives consciencieuses qui se font dans cette voie. Trop souvent, nous le savons, la découverte d'un nouveau spécifique ne résiste pas à l'épreuve du temps; mais ce n'est pas une raison pour pousser le scepticisme au point de rejeter *à priori* comme une illusion thérapeutique, tout ce qui se fait et s'écrit à ce sujet, alors surtout qu'il s'agit d'une maladie dont le traitement prophylactique et curatif est encore inconnu. Ces considérations nous ont engagé à communiquer aux lecteurs de ce recueil quelques données sur un nouveau traitement des affections cancéreuses, traitement qui, depuis quelque temps, a fait l'objet de nombreux écrits publiés par les journaux et surtout par les journaux allemands (1). C'est à une brochure récemment publiée par le docteur Von Brunn (2), que nous allons emprunter la plupart des détails qui suivent. Nous ne saurions puiser à meilleure source : en effet, depuis le 13 novembre 1853, époque à laquelle Landolfi arriva à Cöthen pour y traiter la duchesse d'Anhalt-Cöthen, atteinte d'un cancer au sein, jusque vers la mi-janvier de cette année, le médecin napolitain entreprit, sous les yeux mêmes de l'auteur de la brochure que nous analysons, la cure d'une centaine d'affections cancéreuses.

Disons-le tout d'abord, le remède employé par Landolfi depuis plusieurs années, et dont il n'a jamais cherché à faire un secret, est un escharotique, composé de parties égales de chlorures de brome (3), de zinc, d'or et d'antimoine. Ces divers chlorures ont été souvent employés, on le sait, comme cathérétiques; mais personne, avant Landolfi, n'avait songé à les associer dans un but thérapeutique. Voici comment on les emploie.

Le caustique, qui se présente sous la forme liquide, est ajouté peu à peu et à l'air libre, afin d'éviter le danger qui résulterait du dégagement des vapeurs âcres, à de la farine en quantité suffisante pour en faire une pâte molle. Celle-ci est déposée sur de la toile et placée sur la tumeur cancéreuse de manière à la recouvrir exactement. On laisse le caustique en place jusqu'à ce qu'il se détache en même temps que la tumeur, ce qui a lieu d'ordinaire après dix à quinze jours, quelquefois un peu plus longtemps, quand le volume de la tumeur est considérable. Si ce cataplasme caustique, dont une couche d'une ligne d'épaisseur agit sur les tissus à un demi-pouce de profondeur, vient à se déranger ou à tomber par une cause quelconque, on le remplace immédiatement.

Voici de quels phénomènes est suivie l'application de ce caustique :

1° Sensation de chaleur, puis douleurs vives diminuant après sept à neuf heures et disparaissant graduellement à mesure que les tissus malades sont pris de mortification. Afin de diminuer les souffrances que cause le caustique, Landolfi applique, *loco dolenti,* des plumasseaux de charpie enduits d'*unguentum simplex,* avec addition d'un grain de nitre par once. Des bandelettes agglutinatives recouvrent ces plumasseaux. Quelquefois il a prescrit avec grand avantage, et à titre de calmant, des fomentations avec de la laitue fraîche (*lactuca sativa*);

2° Après le premier jour la peau commence à rougir sur les limites du mal;

3° Quelques jours après, la ligne de démarcation entre les parties saines et les tissus cancéreux gagne en profondeur jusqu'à la racine du mal; la tumeur, s'énucléant en quelque sorte, peut être facilement enlevée au moyen de pinces, quelle que soit sa forme.

Pendant toute la durée du traitement, le malade suit son régime habituel; seulement il évitera les boissons excitantes.

Quant aux soins consécutifs, Landolfi recommande de continuer les fomentations de laitue, au cas où des douleurs persisteraient. Puis, il applique sur la plaie des plumasseaux d'onguent de térébenthine, auquel est ajoutée une petite quantité de camphre et de bois de santal dans les proportions suivantes :

R. Terebenth.	6	grammes.
Ol. olivarum.	30	—
Ceræ flavæ..	24	—
Spermaceti..	6	—
Pulv. pterocarp. Santal..	4	—
Camphoræ..	2	—

Misce et leni calore in vase vitreo semper agitando lente liquæfacta refrigerataque dentur ad ollam.

Quand la suppuration commence à se faire, la plaie, réduite à l'état de plaie simple, devant guérir par seconde intention, sera pansée avec de l'*unguentum basilicum,* un décocté de quinquina ou tout autre topique suivant le cas.

Si l'on s'aperçoit que quelques parties de la tumeur ont échappé à l'action du caustique, on les recouvre de celui-ci, en agissant comme ci-dessus. Si les bords de la cicatrice restent durs, engorgés, calleux, on les touche avec le nitrate acide de mercure lorsque le mal est d'origine syphilitique, et, dans le cas contraire, avec une faible solution de brome dans de l'acide nitrique.

Landolfi pense que, pour hâter et assurer la guérison, il convient, surtout dans les cas d'affections cancéreuses constitutionnelles, de recouvrir la cicatrice avec une solution aqueuse de chlorure de brome (gr. x — xx sur ℔ij). Il administre aussi dans ce but le chlorure de brome à l'intérieur, pendant plusieurs mois, d'après la formule suivante :

R. Chlor. brom.	gr. ij
Sem. phellandrii.	gr. xx
Extr. Conii..	gr. x

M. f. pil. x. æquales.

A prendre de 2 à 4 par jour.

L'amélioration qui survient dans la santé générale, par l'emploi de ce traitement, commence d'ordinaire dès la disparition de la douleur; il n'en résulte d'ailleurs jamais d'inconvénients graves, alors même que la cure est entreprise dans des cas où l'engorgement ganglionnaire, la fièvre hectique et autres symptômes dénotant une affection cancéreuse trop avancée, ne permettent plus d'espérer la guérison.

Tous les cancers accessibles au caustique, même ceux de la langue et de l'utérus, sont susceptibles d'être traités par la méthode de Landolfi. Pour ces derniers, il s'applique à l'aide du spéculum. A Cöthen, Landolfi a traité un grand nombre de cancers du sein, de la face, des joues, du nez, des lèvres, des *lupus.* Le résultat paraît avoir été constamment heureux; jusqu'à présent, il n'existerait, d'après Von Brunn, aucun signe qui indiquerait l'imminence de la récidive.

Von Brunn termine sa brochure par la relation de diverses observations de cancers du nez et du sein traités avec succès par la méthode de Landolfi. L'examen microscopique des tumeurs squirrheuses du sein enlevées a été fait par un micrographe distingué de Berlin, M. Meckel Von Hemsbach; il en résulte que tout doute sur la nature cancéreuse du mal est impossible.

La pâte de Landolfi est-elle le remède radical du carcinome; a-t-elle une supériorité réelle sur d'autres caustiques, et surtout sur la pâte de Canquoin?

On comprend que ce n'est que dans un avenir plus ou moins éloigné que l'on sera réellement fixé sur la valeur du caustique

(1) Voyez, entre autres, l'*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, 1854, n° 58 (Valentini), et le *Deutsche Klinik*, 1854, n° 29 (Frettenbacher).

(2) Brunn. v., *N. Landolfi's Methode den Krebs u. die krebsartigen Krankheiten zu heilen. u. seine Mittel dagegen, nebst Beobachtungen darüber.* 2. Aufl. 8. Cöthen, Schettler.

(3) Le chlorure de brome qui paraît être l'agent le plus actif de ceux qui composent le mélange en question, est d'une préparation difficile. Ce mélange se vend dans les pharmacies de Cöthen au prix de 10 thalers (fr. 37,50) l'once.

proposé par Landolfi, car les opérations mentionnées dans la brochure de Von Brunn ne datent que de quelques mois, et la *récidive* domine toute la question. Jusque-là, des doutes sérieux peuvent s'élever sur la vertu curative de la méthode. Les réserves à cet égard seront d'autant plus permises que déjà, dans nos lectures, nous avons rencontré, ainsi qu'on va le voir, la relation de faits qui ne viennent pas confirmer les espérances que pouvaient faire naître les résultats annoncés par Landolfi et Von Brunn.

Il paraît, d'après le *Nouveau Journal médico-chirurgical* de Munich (1854, n° 3) que le traitement de Landolfi est *quelquefois* suivi d'insuccès. Deux cas, entre autres, que le médecin italien comptait lui-même parmi les meilleures preuves de l'excellence de sa méthode, récidivèrent après plusieurs semaines de guérison apparente. Dans le même journal (n° 5) le docteur Rothmund cite également des cancéreux chez lesquels le remède de Landolfi a été employé sans succès. Le docteur Enzmann avait déjà rapporté, du reste (voyez *Sachs. Const. Zeitung*, n° 82, et *Schmidt's Jahrb.*, Bd. LXXXII, 396), l'histoire de quatre femmes cancéreuses, dont trois avaient été traitées avec un succès apparent qui se maintint pendant quelque temps. Malheureusement, les choses changèrent bientôt, et quelques semaines après, de ces quatre malades, il ne restait plus en vie que celle qui n'avait pas été soumise au traitement à cause du degré trop avancé du mal ! Dr J. OSSIEUR.

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant dans un cas d'ostéomalacie du bassin,

Par C. PAGENSTECHER, d'Elberfeld.

Observation. — La dame Hammes, âgée de 33 ans, enceinte pour la quatrième fois, arrive au terme de la grossesse le 9 septembre 1852, quatorze jours à l'avance, d'après son calcul. Je la vis le soir à six heures pour la première fois.

Il y a cinq ans que cette dame avait éprouvé de violentes douleurs dans la région lombaire et dans les cuisses. Je lui fis suivre un traitement à l'huile de foie de morue duquel elle se trouva très-bien.

L'accouchement de son troisième enfant eut lieu peu après ce traitement, et se fit très-bien. Pendant la grossesse actuelle, dès le troisième mois, elle fut très-indisposée, mais ne réclama pas les services de l'art.

A l'examen, je la trouvai beaucoup maigrie et affaiblie, éprouvant de petites douleurs et de légères contractions. On percevait en bas et à droite parfaitement les pulsations fœtales.

En continuant mes investigations, je reconnus une ostéomalacie de la partie antérieure du bassin. Les symphyses étaient aiguës. Deux séparations existaient à la partie inférieure; l'antérieure, arrondie, très-serrée, placée sous la symphyse, laissait à peine introduire le bout du doigt.

La postérieure, placée à la moitié de la branche descendante du pubis, faisait que les tubérosités ischiatiques et le coccyx se touchaient.

Les deux ouvertures étaient étranglées par les branches descendantes du pubis qui, à 1 pouce 1/2 de la symphyse, se rapprochaient tellement, que l'ongle seul pouvait sentir un léger sillon entre elles.

De ce point, les deux branches s'écartaient jusqu'aux tubérosités, et la distance entre leur partie interne mesurait deux travers de doigt, soit près de 2 pouces.

Le bassin, de haut en bas, était complétement déformé; le sacrum était situé si en bas et en dedans, et le promontoire si en avant, que le diamètre antéro-postérienr marquait 2 pouces à 2 pouces 1/2.

La saillie du promontoire, engagée fortement dans la cavité du sacrum, permettait de sentir d'avant en arrière la partie lisse de la colonne vertébrale. On remarquait sur cette malade des traces de rachitisme. Les jambes et les cuisses étaient fortement courbées.

Le ventre, fortement proéminent en avant, faisait que la portion vaginale de l'utérus se portait en arrière, et qu'au toucher le col ne pouvait être atteint, arrêté qu'il était au-dessus du promontoire.

Vers huit heures et demie du soir, les douleurs devenant de plus en plus vives, l'opération césarienne fut décidée. L'opération fut pratiquée selon les règles de l'art; il ne se passa de particulier que deux vomissements, qui furent promptement arrêtés. L'opération fut terminée à neuf heures. On appliqua sur le bas-ventre des compresses froides et une vessie pleine de glace.

10 septembre, dix heures du matin. La malade a reposé quelques heures; légère transpiration; urines assez abondantes. Pouls, 140.

Cinq heures du soir. Pouls, 130. Toutes les lochies passent par la vulve.

Jusqu'au 3 novembre, jour où elle sortit pour assister au baptême de son enfant, la malade présenta tour à tour des pertes d'appétit, de sommeil, de la fièvre le soir, de l'œdème des extrémités, du catarrhe pulmonaire. Tous ces phénomènes disparurent peu à peu, en soumettant la malade à un régime tonique et aux ferrugineux.

Le principal intérêt de cette observation est le développement rapide de l'ostéomalacie, qui, dans six mois à peine, détermina une complète déformation d'un bassin jusqu'alors bien conformé; car le diamètre antéro-postérieur, qui ne mesurait dans cette grossesse que 2 pouces 1|2, n'eût certes pas permis les accouchements antérieurs. (*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankeiten*, t. 4, 1re partie, juin, et *Gaz. hebdom.*)

Nouveau procédé d'analyse du lait,

Par M. LECOMTE, *agrégé à la Faculté de médecine.*

L'appareil dont je me sers se compose d'un tube fermé à l'une de ses extrémités, de 2 centimètres de diamètre environ, et divisé en cinq parties présentant chacune une capacité de 5 centimètres cubes; à la partie supérieure de ce tube, j'en soude un autre d'un diamètre beaucoup plus petit et qui est divisé en vingtièmes de centimètre cube; enfin, à la partie supérieure de ce dernier, se trouve un autre tube semblable au tube inférieur, mais beaucoup plus court et sans divisions, qui sert d'entonnoir et reçoit les liquides qui se dilatent pendant l'opération.

Lorsqu'on veut faire une analyse, on mesure 5 centimètres cubes de lait dans le tube inférieur, puis on y ajoute 20 centimètres cubes d'*acide acétique cristallisable*, ce qui devient facile, en raison des divisions gravées sur le tube; puis, après avoir fermé l'orifice supérieur avec un disque ou un bouchon de verre, on agite pendant quelques minutes; la caséine qui s'était coagulée au contact de l'acide acétique se dissout peu à peu, et le beurre vient rapidement surnager la liqueur sous la forme de flocons blancs: il suffit alors de chauffer avec une lampe à alcool pour liquéfier le beurre, qui forme alors à la surface une couche limpide, dont il est facile d'apprécier le volume d'après le nombre de divisions qu'elle occupe dans le petit tube gradué.

Cette méthode si simple peut être employée par les personnes les plus étrangères à la chimie, avec d'autant plus de facilité que chaque opération n'exige que quelques minutes. Enfin il suffit de quelques modifications légères pour transformer ce procédé en un procédé d'analyse, permettant de doser, si on le désire, toutes les substances contenues dans le lait. (*Répert. de pharm.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse. — Moyens de les combattre.

Il arrive quelquefois que les vomissements constituent une complication fort grave de la grossesse, et vont jusqu'à compromettre la vie des femmes enceintes. C'est dans ces cas extrêmes qu'on a recours à la déplétion artificielle de l'utérus.

Mais avant d'en venir à l'accomplissement d'un acte aussi grave, il convient d'essayer certains moyens thérapeutiques dont l'expérience a démontré l'utilité.

Voici ceux que nous trouvons énumérés dans le journal de *Médecine et de Chirurgie pratiques :*

Le vin de Champagne, conseillé par M. Moreau, dans un cas de vomissement rebelle avec fièvre et délire, fit presque immédiatement cesser un état qui paraissait devoir motiver la provocation de l'avortement. M. Rayer a obtenu, de son côté, des succès réels dans des cas semblables, à l'aide des alcooliques portés au point de déterminer une légère ivresse. La belladone, employée par M. Bretonneau contre ces vomissements opiniâtres, a donné pareillement d'heureux résultats. Voici de quelle manière l'habile médecin de Tours employait ce médicament. La pommade de belladone étant mal absorbée, il se sert de la mixture suivante:

Pr. Extrait alcoolique de belladone, 15 grammes.
Eau, q. s. pour donner à l'extrait la consistance sirupeuse.

On enduit l'hypogastre quatre fois par jour de cette mixture, en plaçant par-dessus une flanelle mouillée pour entretenir la fraîcheur et l'absorption de la substance active. Il arrive assez fréquemment que ces simples applications calment l'irritation de l'utérus, et par suite les vomissements. L'alimentation devient alors possible, et les femmes peuvent atteindre le terme de leur grossesse. M. Cazeaux rapporte dans son livre l'observation d'une malade, chez laquelle les vomissements ayant résisté à tous les moyens, même aux applications stupéfiantes de M. Bretonneau, il eut la pensée de porter l'extrait de belladone jusqu'au fond du vagin. Il introduisit, à l'aide du spéculum, un pinceau fortement chargé d'extrait mou de cette substance, et il en barbouilla le col et le segment inférieur de l'utérus ainsi que les parois vaginales. A dater de ce moment, une amélioration marquée se manifesta, et après avoir répété quatre jours de suite la même opération, la malade se rétablit. M. Cazeaux ajoute, il est vrai, que ce moyen mis en usage chez une autre femme, échoua complétement.

Pour éviter aux malades qui, la plupart du temps, sont de jeunes femmes primipares, le désagrément d'une médication extrêmement répugnante, M. Trousseau commence par employer le procédé de M. Bretonneau; mais si la belladone ainsi administrée est impuissante, il la porte sur le col même de l'utérus, en s'aidant d'un artifice qui en facilite singulièrement l'application. Ce médecin prend un morceau de carde ou de coton dont il forme un petit plumasseau; il place sur le centre de ce plumasseau 1 gramme environ d'extrait alcoolique de belladone, il replie le plumasseau de manière à y enfermer l'extrait, et il le noue avec un fil dont les chefs, longs de 25 centimètres, sont conservés. Ainsi préparé, ce tampon est introduit dans le vagin et porte directement sur le col, les deux fils pendant en dehors. Au bout de cinq ou six minutes, l'extrait de belladone a complétement imbibé le coton, et se trouve en rapport immédiat avec le col de l'utérus et le vagin qu'il tapisse et baigne, au point de déterminer quelquefois des accidents d'intoxication atrophique. Mais il suffit alors de tirer les fils, pour extraire le tampon et mettre un terme à l'absorption, avantage que n'a pas le procédé de M. Cazeaux. Et puis on n'a pas besoin de faire des visites répétées pour porter de nouveau la belladone sur l'utérus. Il n'y a point ici de spéculum à introduire; la malade elle-même fait renouveler chaque jour l'application de son tampon, chose très-importante, surtout dans les campagnes où la résidence du médecin est éloignée. M. Trousseau a guéri de cette manière, au bout de huit jours de traitement, deux malades qu'il avait eu l'occasion de voir avec M. Cazeaux lui-même.

En cas d'impuissance de la belladone, il convient encore de tenter la médication évacuante dont un praticien recommandable d'Étampes, M. Fougeu, a signalé les avantages dans un travail présenté à l'Académie. Cinq ou six observations de succès obtenus par cette méthode ont été produites dans le mémoire de notre confrère, et sont assez concluantes pour encourager les médecins à entrer dans cette voie. Les purgatifs administrés en pareil cas doivent l'être dans une très-petite quantité d'eau pour n'être pas rejetés. L'eau de sedlitz, par exemple, n'atteindrait pas le but désiré. On donne de 30 à 60 grammes d'eau-de-vie allemande, ou bien 25 à 50 centigrammes de calomel dans une cuillerée d'eau, et trois quarts d'heure après, 2 grammes de jalap en poudre, délayée dans un peu de liquide, ou enveloppée dans du pain à chanter.

Chez la malade qui fait le sujet de ces remarques, M. Trousseau eût agi, peut-être, à l'imitation de M. Fougeu, mais une épidémie de cholérine sévissait à l'Hôtel-Dieu, et dans la crainte d'en provoquer l'invasion chez cette femme, M. Trousseau allait donner la préférence aux préparations de belladone, lorsqu'une variole intercurrente s'est chargée de guérir les vomissements qui la tourmentaient. Le vomissement variolique a fait cesser le vomissement gestatif, et la variole guérie, il y a tout lieu de penser que ce vomissement ne se reproduira plus, car on sait qu'il cesse spontanément, quand la grossesse est arrivée à la moitié du quatrième mois.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 Septembre 1854. — Présidence de M. Combes.

De la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux.

M. Bouvier communique, sous ce titre, un Note qu'il résume ainsi :

« Depuis longtemps j'ai été frappé de l'abus que l'on fait de la cautérisation révulsive dans les maladies des os, notamment dans le mal vertébral, la tumeur blanche, la coxalgie.

« Les cas de ce genre forment deux catégories. Dans l'une, les irritations cutanées ne sont ni nécessaires ni même utiles, et le traitement interne presque seul conduit à la guérison. Dans l'autre, quelque symptôme spécial réclame l'emploi de la dérivation ou de l'excitation cutanée. Mais il n'est pas pour cela nécessaire de détruire le derme; il suffit d'agir sur les couches superficielles de la peau, sur les tissus *sus-dermiques.*

« D'une part, la simple douleur de l'électrisation cutanée, la rubéfaction par les liniments irritants ou les sinapismes, les vésicatoires, les ventouses sèches prolongées, la pustulation du tartre stibié, de l'huile de croton, les applications de créosote, d'ammoniaque, etc., peuvent dispenser, plus souvent qu'on ne le croit, d'avoir recours à la cautérisation. En second lieu, quand l'insuffisance de ces moyens indique l'emploi de la cautérisation, on peut substituer à celle que l'on met communément en usage la simple ustion de l'épiderme et du corps muqueux de la peau, comme l'a très-bien indiqué M. Sédillot.

« Je me sers de deux procédés pour produire cette cautérisation épidermique. L'un n'est autre que l'allumette de M. Gondret, dont la flamme est rapidement appliquée ou promenée sur différents points de la peau, où elle produit autant de petits *moxas épidermiques.* L'autre est l'application également instantanée, mais répétée dans plusieurs points, d'un disque métallique monté sur une tige ou un manche, comme un cachet ordinaire, et chauffé à la flamme d'une lampe à alcool. Le stylet de M. Sédillot ou la sonde de femme des trousses peuvent évidemment servir au même usage. L'essentiel, quelque instrument que l'on emploie, est de ne pas trop le chauffer et de ne pas prolonger le contact au point de désorganiser le derme.

« L'intégrité du derme, tel est, en effet, le caractère de cette méthode; c'est ce qui la distingue des cautérisations transcurrentes, ponctuées, qui se pratiquent avec le fer rouge, quelque réduites que soient ses dimensions. De là dérive la propriété qui lui est particulière, de ne déterminer aucune solution de continuité, aucune inflammation suppuratique.

« J'ai réussi, par cette seule ustion épidermique, à calmer la douleur symptomatique de lésions osseuses, à guérir la paralysie liée au mal vertébral, à procurer la résorption d'abcès ossifluents, aussi bien que les procédés ordinaires de cautérisation.

« D'après les faits que j'ai observés, cette méthode peut remplacer, dans tous les cas d'affection osseuse, non-seulement le fer rouge, mais encore les cautères calci-potassiques, les moxas, les traînées d'acides concentrés, que l'on prodigue dans le traitement de ces maladies, et qui produisent des plaies larges, profondes, de véritables ulcères, le plus souvent inutiles au but qu'on se propose. »

Influence des fluorures sur le développement du goître.

M. Maumené communique la Note suivante, que les *Comptes rendus* publient sous la rubrique : *Physiologie.*

« On sait que des jeunes gens se donnent le goître en deux ou trois mois pour échapper à la conscription; on a vu plusieurs familles successivement atteintes du goître aussitôt qu'elles venaient occuper des habitations placées sur certains cours d'eau; les animaux eux-mêmes devenaient promptement goîtreux dans ces conditions. Si ces faits sont bien constatés, ils me paraissent d'une grande valeur contre la théorie des influences multiples, et ils donnent aussi le plus fort argument contre la théorie de l'iode; mais ils conduisent en outre à regarder le goître comme un effet direct de l'action des substances tenues en dissolution dans l'eau.

« Pour résoudre cette question, la meilleure marche à suivre est, je crois, d'essayer sur les animaux l'influence des sels dont la présence a été constatée dans quelques eaux, et dont on est loin de connaître toute l'action hygiénique.

« Au premier rang des matières suspectes on doit placer les fluorures : l'analyse n'a pas indiqué ces corps dans les eaux des pays à goître; mais ce n'est pas faire injure aux chimistes qui ont examiné ces eaux, que de supposer l'omission du fluor dans leurs recherches. Il n'est pas impossible ainsi d'attribuer aux fluorures une part d'action, au moins dans l'hygiène des goîtreux. En tout cas, leur étude peut être utile au point de vue toxicologique. Voici le résultat donné par l'expérience :

« Une petite chienne a été soumise au régime suivant : tous les jours, je saupoudrais sa pâtée de fluorure de calcium naturel bien pulvérisé : 5 milligrammes d'abord, puis 10, 15, jusqu'à 50. Les premiers jours, l'animal vomit une ou deux minutes après l'ingestion; un peu plus tard,

il ne vomit que par intervalles et longtemps après avoir mangé. Craignant l'influence mécanique des bords aigus du fluorure solide, je préparai du fluorure de sodium en une dissolution titrée dont j'employais chaque jour une ou plusieurs pipettes. Je commençai par 20 milligrammes, et j'élevai la dose peu à peu jusqu'à 120 milligrammes. L'animal montrait un peu d'hésitation lors des premières épreuves, parce que le liquide mêlé aux aliments ne se trouvait pas suffisamment déguisé ; mais, au bout de quelques jours, je versai le fluorure dans du café au lait : depuis ce moment, le sel fut absorbé sans la moindre difficulté et avec la même avidité que si le café eût été parfaitement pur. Pendant plus de quatre mois, la chienne avala près de 10 grammes de fluorure de sodium : elle parut n'éprouver aucune gêne, aucun abattement ; elle sembla même s'en porter mieux. Dans les derniers jours, on vit distinctement apparaître un gonflement général du cou, une sorte de collier ou bourrelet qui était assez marqué pour attirer l'attention des personnes étrangères.

L'expérience fut interrompue, bien à regret, par la disparition de la chienne, dont je fus plusieurs mois sans nouvelles. Le gonflement n'a pas disparu : dans ce moment même, au bout de trois ans, il existe sans doute encore, mais la chienne est devenue massive et la saillie du cou n'est plus distincte.

« Ce gonflement est-il un goître ? Je suis porté à le croire, tout en indiquant ces faits avec réserve. Il ne m'a pas été possible de donner suite à cette première épreuve, et je crois devoir la publier sans plus attendre. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Septembre 1854.— Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Envoi d'un échantillon d'eau minérale sulfureuse ferrugineuse, découverte en creusant les fondations de la culée droite du pont d'Austerlitz, à Paris ;

2° Autre échantillon d'une source minérale située dans le hameau de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ;

3° Divers spécifiques, dont 11 contre le choléra ;

4° Divers états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Padioleau adresse les documents qu'il a recueillis sur l'épidémie cholérique qui a régné cette année à Nantes.

— M. Legrand envoie la formule suivante qu'il emploie avec succès contre la diarrhée qui précède le choléra :

Poudre de noix vomique torréfiée.........	1	gramme.
Magistère de bismuth.....................	2	—
Diascordium...............................	7	—

pour 20 pilules.— A prendre une heure avant chaque repas.

— M. le docteur Aladane de Lalibarde envoie le sommaire de dix observations de choléra algide traités avec succès par le sulfate de strychnine, avec les noms et adresses des malades.

— M. le docteur Rabelleau, de Sully-sur-Loire, informe l'Académie que, d'après les analogies qui existent entre les symptômes du choléra et ceux qui furent observés par Hallé sur les ouvriers d'Anzin, il a été amené à penser que cette maladie est produite par un excès d'acide carbonique dans l'économie.

— Envoi, sans nom d'auteur, de l'état des décès dans la ville de Lille, pour prouver que les renseignements adressés à l'Académie par M. Cazeneuve sont inexacts.

— M. le docteur Boniteau envoie un Mémoire sur la cause du choléra et des fièvres.

— M. Witmarck, de Hambourg, adresse un supplément à sa Note du 5 août, sur le traitement du choléra.

— M. Agar de Bus envoie ses réflexions sur la nature du choléra.

Opération césarienne.

M. Metz, conseiller sanitaire de S. M. le roi de Prusse, adresse un Mémoire sur l'emploi du froid dans le traitement de l'opération césarienne.

Toux hystérique.

M. Priou, de Nantes, adresse de nouvelles remarques à propos de l'observation de toux nerveuse qu'il a adressée à l'Académie, et qui est, selon lui, bien plus curieuse que les observations de toux hystérique publiées par M. Lasègue dans les *Archives de médecine* (numéro de mai 1854).

Aiguilles à clapet.

M. Mathieu envoie une lettre de M. Giraud-Teulon, en témoignage de ses droits à la priorité des aiguilles à clapet latéral.

Bubons.

M. Castano, médecin à l'hôpital Saint-André, à Rome, adresse une Note et le modèle d'un appareil dit *adénotriteur,* destiné à traiter les bubons par la réduction en pulpe du ganglion engorgé, ce que l'auteur appelle méthode adénotritique.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR LE COLLODION.

M. Bonnafont demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

— Je croyais, dit-il, que la discussion sur l'application du collodion dans le traitement de l'orchite était épuisée, lorsque j'ai appris que M. Velpeau était venu dresser, dans la dernière séance, un nouvel acte d'accusation contre cette méthode. Je ne puis pas rester sous le coup qu'a voulu me porter M. Velpeau, et je demande la permission de relever quelques chiffres.

Je dois d'abord dire que quand je me suis appuyé sur le travail de M. Armand, je ne le connaissais pas ; c'est M. Dechambre qui m'avait dit que ce travail allait paraître ; je lui demandai s'il était favorable à ma méthode ; M. Dechambre me répondit affirmativement ; voilà pourquoi je l'ai invoqué. Mais depuis, j'ai lu ce travail, et je suis arrivé à d'autres chiffres que M. Velpeau, qui a trouvé une durée de 157 jours pour les 7 orchites et 22 jours et demi pour chacune, tandis que je n'ai trouvé que 115 jours pour les 7 et par conséquent 16 jours pour chacune. Cette différence vient de ce que M. Velpeau a eu le tort de tenir compte des jours qui ont précédé le traitement, et qu'il faut *extraire* ces jours ainsi que le jour d'entrée où l'on ne fait rien au malade, et le jour de sortie, puisqu'il est guéri le matin. Mais, en outre, l'orchite n'existait pas toujours quand le malade entrait à l'hôpital. Ainsi, pour la 3e observation, le malade est entré le 3 mai ; mais il n'avait qu'une épididymite légère, et l'orchite ne s'est déclarée manifestement que le 17 ; or, M. Velpeau a compté la durée de la maladie à partir du jour de l'entrée. Si l'on extrait encore ces jours de la somme totale, on arrive finalement à une durée de 79 jours pour les 7 orchites, c'est-à-dire à une moyenne de 12 jours à peu près. Cette moyenne est encore plus grande que celle que j'ai obtenue moi-même ; mais cela vient de ce que M. Armand a employé une méthode à laquelle j'ai renoncé, qui est d'entourer d'une bandelette la base du testicule et d'appliquer le collodion de bas en haut, au lieu de l'appliquer de haut en bas, comme je le fais. Sur 115 orchites blennorrhagiques, j'ai obtenu une durée de 117 jours, soit 7 5/10 en moyenne, et sur 11 orchites traumatiques, 78 jours, soit une moyenne de 7 8/10.

Quant à la question d'économie, je dois insister sur ce que l'avantage est en faveur du collodion ; car chaque traitement n'exige que 15 à 16 grammes qui reviennent environ à 4 centimes.

Je continuerai donc à me féliciter d'avoir employé le collodion et je le continuerai tant qu'il me réussira.

M. Velpeau fait observer que, pour établir la durée d'une maladie, il faut d'abord connaître sa marche naturelle ; que M. Bonnafont a fait, à tort, abstraction du temps qui a précédé le traitement ; que, pour quelques malades, on n'a pas indiqué la durée de la maladie avant le traitement, et qu'il l'a alors évaluée d'après les probabilités les plus avantageuses à la méthode de M. Bonnafont. Les faits sont publiés ; chacun pourra vérifier qui de M. Bonnafont ou de M. Velpeau s'est trompé.

RAPPORTS.

Tumeurs sanguines. — Cancer.

M. Jobert lit un Rapport sur une observation de tumeur sanguine et sur une observation de cancer du testicule chez un enfant à la mamelle, présentées à l'Académie par M. Pamard, correspondant à Avignon.

A la suite de ce Rapport, une discussion s'engage entre MM. Robert, Velpeau et le rapporteur, à la suite de laquelle il est décidé, sur la proposition de M. Velpeau, que la question de la curabilité du cancer en général sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Paralysie générale.

M. Scipion Pinel donne lecture d'un intéressant Mémoire sur la paralysie générale. Nous en ferons connaître plus tard les parties essentielles.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.— Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 117. 2e année. Samedi 30 Septembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Redacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 29 Septembre 1854.

Des véritables principes d'indépendance et d'impartialité scientifiques.

Un mot d'explication, non pas à propos de la réponse qu'on va lire, que nous ne pouvions pas nous dispenser d'insérer, mais à propos de l'article qui l'a précédée et que nous avons cru devoir accueillir, quelque contraire qu'il fût aux opinions que nous avons toujours défendues et que nous n'avons pas désertées. Prenez garde, m'ont dit plusieurs de mes amis; des articles comme celui de M. Davasse peuvent vous faire du tort. Tort! et dans l'esprit de qui, s'il vous plaît? Ce n'est pas dans le vôtre, bien certainement. Ceux qui, comme vous, m'ont suivi depuis mes débuts dans la carrière de la critique scientifique, savent que mon seul culte a toujours été celui de la vérité et de l'impartialité, que rien n'a pu m'ébranler dans mon attachement à mes principes (1), et que j'ai, trop souvent peut-être, poussé l'abnégation jusqu'à sacrifier, aux devoirs qu'ils m'imposaient, mes plus chères affections. Aurais-je manqué aujourd'hui à ces devoirs?

M. Davasse est-il un homme de bonne foi? Rien, à notre connaissance, n'autorise qui que ce soit à en douter. Depuis plus de dix ans, dans les hôpitaux où il a été un interne des plus distingués, et hors des hôpitaux où il s'est acquis, uniquement par le travail, une position honorable, nous avons vécu côte à côte avec M. Davasse, et en toute circonstance, nous n'avons eu qu'à nous honorer de son amitié. — A-t-il parlé un langage indigne de la science? Nul n'oserait le prétendre; son article se distingue, au contraire, par une forme dont la littérature médicale nous offre trop rarement des exemples. — La doctrine qu'il a soutenue est-elle assez dénuée de sens commun pour devoir être classée parmi ce que nous avons appelé des folies, dans notre exposé de principes? Malgré les pitoyables extravagances dans lesquelles nous avons vus récemment tomber beaucoup d'hommes sensés, à propos des esprits frappeurs, nous sommes très-porté, nous le déclarons franchement, à considérer encore comme indigne d'une discussion sérieuse la question des trentièmes dilutions homœopathiques, et notre intention bien arrêtée est que le *Moniteur* ne serve point d'arène à des discussions sur une telle question. Quant à la doctrine des semblables et des contraires, elle n'offre évidemment rien qui offusque assez le bon sens, pour qu'un débat sérieux ne puisse être ouvert à son égard; et nul ne peut affirmer d'avance qu'un tel débat doive être nécessairement stérile pour la science comme pour la pratique. Aux esprits raisonnables qui pourraient le penser, nous rappellerons les magnifiques paroles de M. Biot, et les paroles suivantes, qui émanent d'une source non moins élevée, et qui s'appliquent à des phénomènes bien autrement répugnants pour la raison que la doctrine des semblables et des contraires.

« Rien, dans les merveilles du somnambulisme, ne soulevait plus de doutes qu'une assertion très-souvent reproduite, touchant la propriété dont jouiraient certaines personnes à l'état de crise, de déchiffrer une lettre, à distance, avec le pied, avec la nuque, avec l'estomac. Le mot *impossible* semblait ici complétement légitime. Je ne doute pas, néanmoins, que les esprits rigides ne le retirent, après avoir réfléchi aux ingénieuses expériences dans lesquelles *Möser* produit aussi à distance des images très-nettes de toutes sortes d'objets, sur toutes sortes de corps, et dans la plus complète obscurité.

« En consignant ici ces réflexions développées, j'ai voulu montrer que le somnambulisme ne doit pas être rejeté *à priori*, surtout par ceux qui se sont tenus au courant des derniers progrès des sciences physiques. J'ai indiqué des faits, des rapprochements dont les magnétiseurs pourraient se faire une arme contre ceux qui croiraient superflu de tenter de nouvelles expériences ou même d'y assister. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, quoique malgré les possibilités que j'ai signalées, je n'admette

---

(1) Ces principes, je les ai résumés dans le numéro spécimen du *Moniteur des Hôpitaux*; peut-être ne sera-t-il pas hors de propos de les reproduire ici pour ceux de mes bienveillants lecteurs qui ne se sont associés à mon œuvre que plus ou moins longtemps après sa fondation :

« La confiance que mes lecteurs m'ont accordée tient moins, je ne l'ignore pas, à mon faible mérite qu'aux preuves d'indépendance que j'ai données, même envers mes amis; tous mes efforts tendront à mériter de plus en plus cette confiance; je supplie donc mes amis de me pardonner d'avance toutes les critiques qu'un devoir rigoureux et le respect de mes lecteurs m'imposeront à leur égard; je les supplie de croire que ma sévérité pour leurs travaux n'altèrera en rien mon affection et mon dévouement pour leur personne.

« Quant à mes adversaires scientifiques, ils continueront à trouver chez moi ce que j'ose me flatter qu'ils ont toujours trouvé : impartialité pour les opinions, respect pour les convictions. La critique pourra être parfois vive, énergique; mais la défense sera toujours libre, complète; je ne demande en retour à mes adversaires que trois choses :

« Honnêteté, — convictions, — sens commun.

« Ceux à qui une de ces trois garanties ferait défaut d'une manière patente, ceux-là je ne les honore point du titre d'adversaires, et, lorsqu'ils se permettront d'occuper de leurs folies ou de leurs mystifications le public scientifique, ils n'auront à attendre de moi d'autres ménagements que ceux qu'exigent le respect de la loi et le respect de soi-même. » (*Monit. des Hôp., numéro spécimen.*)

les réalités de lectures, ni à travers un mur, ni à travers tout autre corps opaque, ni par la seule entremise du coude ou de l'occiput, je croirais manquer à mon devoir d'académicien si je refusais d'assister à des séances où de tels phénomènes me seraient promis, pourvu qu'on m'accordât assez d'influence dans la direction des épreuves, pour être certain de ne pas devenir victime d'une jonglerie. » (ARAGO, éloge de Bailly, *Moniteur des Hôpitaux*, t. 1, p. 106, 1er février 1853.)

Y aurait-il, parmi nous, quelqu'un qui se croirait le droit d'être plus difficile en matière scientifique que Biot, Arago ou l'immortel Bailly? Que celui-là nous jette la première pierre. . . .

Si la preuve que nous avons donnée de notre respect pour la libre discussion ne peut nous faire du tort, ni dans l'esprit de nos amis, ni dans l'esprit des hommes tolérants, de bon sens, de bonne foi, dans l'esprit de qui pourra-t-elle donc nous porter préjudice? Serait-ce, par hasard, dans l'esprit des professeurs qui portent sur leurs fronts des couronnes décernées par des culottières on ne sait au nom de qui? ou bien dans l'esprit des académiciens qui font retentir les *Petites-Affiches* de leurs noms, de leurs titres et de leur industrie? ou bien encore dans l'esprit des sots dont nous avons été obligé de percer à jour la vaniteuse niaiserie? ou bien enfin dans l'esprit des intrigants industriels qu'offusque la sympathie dont les médecins nous donnent chaque jour de nouvelles preuves? Oh! dans l'esprit de tous ces personnages, nous savons que nous sommes depuis longtemps perdu sans retour! Mais, nous l'avouons, c'est là un malheur auquel nous étions depuis longtemps préparé, et dont nous avions pris d'avance notre parti. Leurs sentiments à notre égard ne peuvent donc rien changer à la marche que nous avons adoptée. Il nous suffit que cette marche soit conforme aux plus scrupuleuses prescriptions de la conscience pour être certain qu'elle sera approuvée par tous les hommes éclairés et de bonne foi, les seuls que nous ayons l'ambition de satisfaire en poursuivant l'œuvre que nous avons entreprise.

H. DE CASTELNAU.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher ami,

En démontrant, dans le Mémoire inséré récemment dans le *Moniteur des Hôpitaux,* sur la question à l'ordre du jour, — l'emploi de la noix vomique dans le traitement du choléra,— que le débat élevé à ce sujet ne pouvait être qu'un débat sans issue, et, dans tous les cas, sans utilité pour la pratique; qu'il en serait de ce médicament dans le choléra, comme des spécifiques les plus fameux et des recettes les plus vantées, prodigués aujourd'hui sans mesure, oubliés demain avec raison dans l'histoire de toutes les maladies; et qu'il doit en être fatalement ainsi, malgré le talent des observateurs, malgré l'efficacité des médicaments, tant que l'expérimentation restera aveuglément livrée aux inspirations du hasard ou aux banalités de la routine.... J'ai indiqué, à mon sens, les causes de l'anarchie actuelle de la thérapeutique; j'ai énoncé tout haut une vérité que chacun murmure tout bas dans le huis-clos de sa libre pensée.

Mais, après le mal, j'ai indiqué le remède. S'il est vrai que l'on puisse substituer à cet état d'anarchie thérapeutique, dont tout le monde souffre et se plaint, dont beaucoup désirent le terme, — un principe d'ordre, d'unité, de progrès, reposant sur des expérimentations faciles à vérifier, impossibles à contredire; s'il est vrai que ce principe conduise à des applications fixes et définies, et non à des inspirations variables et contradictoires; s'il est vrai enfin qu'un tel principe, — qu'il se nomme *loi d'analogie* ou autrement, — puisse, mieux que toute autre méthode, nous donner la clef scientifique des problèmes en discussion...., il est absolument nécessaire de compter avec ce principe et de vérifier cette loi. C'est ce dont le débat actuel sur la noix vomique vient de nous fournir l'occasion et la preuve à la fois.

Tel a été l'objet de mon Mémoire.

En le confiant au *Moniteur des Hôpitaux,* je ne me suis pas dissimulé les accusations dont j'allais devenir l'objet. Les hommes qui parlent sans cesse de liberté médicale, de priviléges de la pensée, de droit d'examen, ne me pardonneront pas d'avoir discuté librement une doctrine qu'ils cherchent à étouffer dans leur conspiration du silence. Ceux que la passion met dans un véritable état de délire me pardonneront encore moins le dédain suprême que m'inspirent leurs fureurs....

Mais, mon cher ami, il faut l'espérer à l'honneur de notre temps, il est encore des esprits droits, élevés, impartiaux, amis du vrai, qu'aucun intérêt ne domine, que la passion n'aveugle point, ou chez lesquels, du moins, elle ne saurait effacer entièrement tout sentiment de justice. Ces médecins s'inquiètent avec raison des progrès d'une doctrine dont le flot, pour emprunter cette métaphore à un de ses plus ardents ennemis, dont le flot monte sans cesse, et menace de submerger une partie de l'ancien monde médical. Ils se demandent si on ne les aurait pas trompés, en ne leur enseignant que le mépris d'une réforme qui compte déjà dans son sein tant d'intelligences d'élite et de consciencieux travailleurs. Et ils voient bien que le moment n'est plus où il pouvait suffire de fermer les yeux à la lumière. Aujourd'hui, il faut faire la part du danger, sous peine de périr.....

C'est à ces médecins libres et honnêtes que je me suis adressé, à eux que je m'adresse encore aujourd'hui. Provoqué à la lutte, dans ce journal même, je connais assez votre équité pour savoir qu'il me sera permis de me défendre, — non contre des injures, je laisse ces *arguments* aux faux sages, qui n'en ont point de meilleurs, — mais contre des sophismes dont je dois faire justice, avec la modération qui convient à la science, avec le respect que je dois à nos lecteurs.

Si jamais la passion, si jamais le parti pris de condamner, de dénigrer une vérité sans l'entendre, sans la connaître, se sont montrés dans les préoccupations de la critique, certes l'exemple en est facile à voir dans la lettre adressée par M. Fleury au *Moniteur des Hôpitaux,* à l'occasion de mon travail. Effectivement, ce travail, notre adversaire ne l'a pas même compris, — et les idées qu'il lui plaît d'attribuer à la doctrine hahnemannienne, il ne les connaît pas. — C'est ce qu'il est facile de démontrer.

§ 1. M. Fleury me pose d'abord quelques *questions* qui montrent à quel point il est étranger à la doctrine qu'il veut discuter.

— Voici la première de ces questions :

« Je demanderai seulement à M. Davasse si les médications *tirées du rapport qui existe entre les effets du médicament à employer et les symptômes de la maladie à guérir,* ne sont pas des médications SPÉCIFIQUES, et si l'École de Hahnemann a fait autre chose que substituer au *spécifique de la maladie, les specifiques des symptômes!* »

Je réponds d'abord à M. Fleury que les médications tirées du rapport entre les effets du médicament à employer et les symptômes de la maladie à guérir, ne sont pas des médications *spécifiques,* mais des médications *indiquées.* Que ce rapport soit demandé à la loi des *semblables* ou à la détermination des *contraires,* ce rapport constitue toujours par lui-même une indication. Les spécificiens n'en tiennent aucun compte, attendu qu'il varie beaucoup dans le cours d'une maladie, et que leur spécifique ne varie jamais. Pour eux, l'idée de syphilis, par exemple, correspond fatalement à l'idée de mercure; ils donnent cet agent thérapeutique dans toutes les formes, à tous les degrés, dans toutes les périodes, dans toutes les affections, dans toutes les individualités de la maladie, au chancre, au bubon, à l'angine, à la gomme, à l'état cachectique, etc., etc. C'est ce que Hahnemann appelait la *cure du nom.*

« Cette méthode (1) est la plus commode de toutes, celle qui, dans l'antiquité la plus reculée, a compté le plus de partisans. Le malade a-t-il la goutte, donnez-lui de l'acide sulfurique ; le remède du rhumatisme est le mercure ; le quinquina convient dans la fièvre intermittente, le simarouba dans la dyssenterie, la scille dans l'hydropisie. Ici, le nom seul de la maladie suffit pour déterminer l'empirique à employer un moyen dont une expérience grossière et non concluante a cru parfois remarquer les bons effets.... Cependant, les insuccès par trop fréquents de cette pratique routinière déterminèrent de temps en temps ses partisans les moins aveugles à chercher plusieurs remèdes pour chaque nom de maladie.... On disait alors : Si A ne produit rien, prenez B, et si celui-là non plus n'a aucun effet, vous pourrez choisir parmi C, D, E, F, — et G, H et K m'ont été souvent d'un puissant secours. D'autres vantent par-dessus tout I et L. J'en connais qui ne tarissent point dans les éloges qu'ils prodiguent à M, U et Z, à N, R ou T. — S et X ne seraient pas non plus à dédaigner dans cette maladie. Tout récemment, un Anglais a prétendu qu'il n'y avait rien de meilleur contre elle que Q ; je l'essaierai à la première occasion. »

Tel est, en effet, le bagage des spécificiens ; telle n'est point la méthode de l'École de Hahnemann.

Cette dernière École n'aurait-elle fait autre chose que substituer au spécifique de la maladie les spécifiques des symptômes..., ce serait déjà un progrès ; mais il n'en est pas tout à fait ainsi, et M. Fleury prête à la doctrine une immense erreur. Le propre de cette doctrine est d'être opposée entièrement au spécificisme (tel que nous l'entendons), non-seulement de la maladie, mais encore des symptômes eux-mêmes. L'empirisme fondé sur ces derniers n'est point de son fait.

Hahnemann disait :

« Je ne sais lequel des deux empirismes on pourrait préférer à l'autre : le traitement *du nom de la maladie*, ou *celui du nom de quelques symptômes*.... Quoi qu'il en soit, cette méthode avait beaucoup plus d'attraits pour les demi-savants ; elle se présentait, plus que la plupart des autres, sous les dehors du rationalisme ; aussi fut-elle généralement adoptée par tous ceux qui voulaient se faire regarder comme de vrais et savants médecins. De toutes les *fausses méthodes curatives*, c'est aussi celle-là qui durera le plus longtemps, parce qu'elle n'oblige pas à penser et réfléchir beaucoup.... »

Cette profession de foi, à l'endroit du spécifique *des symptômes*, nous semble assez nette pour que nous n'ayons aucun besoin d'insister.

Ce qui a été cause de l'erreur de M. Fleury, c'est évidemment ce terme de *spécifique*, appliqué par Hahnemann dans un sens qui n'est pas celui qui lui est donné en général. Pour ce dernier auteur, un médicament est spécifique lorsqu'il répond à l'*ensemble* des signes de la maladie, dans son *individualisation* même : c'est le médicament approprié, efficace, spécifique ou homœopathique ; c'est le médicament le mieux *indiqué*, non point contre un symptôme ou la série successive des symptômes, mais d'après l'ensemble des indications.

« Plus la maladie aiguë est intense, dit Hahnemann, plus les symptômes qui la composent sont ordinairement nombreux, et plus il est facile de trouver un remède qui lui convienne. »

C'est-à-dire, le médicament est d'autant plus spécifique qu'il convient au plus grand nombre de circonstances données.

Soit le symptôme vomissement. — L'École de Hahnemann a-t-elle un spécifique contre ce symptôme? Pas le moins du monde. Tous les médicaments, peut-être sans exception, peuvent être indiqués. Cela dépend des caractères de ce symptôme, des circonstances dans lesquelles il se produit, des causes qui l'amènent, des éléments divers dont il s'accompagne, en un mot, de l'ensemble des phénomènes que présente non-seulement le vomissement, mais encore *le malade qui est le sujet à traiter*. Il en est ainsi des autres symptômes. Or, y a-t-il rien de moins spécifique, dans le sens ordinaire, qu'une médication qui peut combattre, suivant l'indication, un simple symptôme avec une diversité infinie de moyens?

Si M. Fleury avait voulu se donner la peine de méditer un moment les idées hahnemaniennes, il ne nous aurait pas adressé sa première question.

(1) *Organon*, p. 61 et sq., 3e édit., 1845.

— Voici la seconde :

« Nous déclarons hautement que nous sommes prêt à renier Hippocrate et à adorer Hahnemann, si M. Davasse peut nous mettre à même, par l'emploi successif des spécifiques homœopathiques, de combattre victorieusement, les uns après les autres, les symptômes dont se compose le choléra ou *toute autre maladie*. »

Nous ne demandons pas à nos adversaires de renier Hippocrate et d'adorer Hahnemann. Nous ne leur demandons qu'une chose juste : c'est d'étudier avec conscience, sans parti pris, en dehors de tout préjugé, en un mot comme il convient à des savants, la thérapeutique expérimentale dont Hahnemann est le fondateur.

Quand ils auront appris à la connaître, quand ils l'auront vérifiée sur le terrain de l'observation, alors nous serons bien près de nous entendre : pour ma part, j'en suis convaincu.

En attendant, je puis répondre à M. Fleury que cette méthode ne consiste pas *à combattre par l'emploi successif des spécifiques*, victorieusement, et *les uns après les autres les symptômes* des maladies. Elle consiste à trouver le médicament le plus efficace, celui qui convient le mieux contre l'ensemble des symptômes et des circonstances de la maladie. Et puisque l'on nous cite le choléra, restons sur ce terrain.

Il y a une chose, ce me semble, bien digne de la méditation des observateurs : c'est que, pendant que les médecins de l'École ancienne ont épuisé, sans aucun succès réel, tous les agents de la matière médicale, et ne savent plus, dans cette maladie, à quelle thérapeutique se vouer, — les médecins de l'École hahnemanienne sont parfaitement fixés sur les médications à employer, et n'ont entre eux ni doute ni querelles à ce sujet. Il y a mieux, lorsque la première épidémie s'avançait vers l'Europe, avant même son apparition, un grand nombre de ces derniers médecins, se préparant à combattre ce fléau redoutable, avaient déjà déterminé scientifiquement les moyens les meilleurs à lui opposer. Dans tous les travaux qui parurent alors au sein de l'Allemagne et de la Russie, toutes les déterminations furent unanimes ; et partout *l'ellébore blanc*, *le cuivre*, *l'arsenic*, etc., etc., furent, suivant les indications, les médications proposées. L'épidémie se montra, fut combattue immédiatement par ces moyens ; et le succès vint couronner la doctrine expérimentée. Plus tard, lorsque de nouvelles substances furent étudiées, lorsque les effets physiologiques du *lachésis* et de l'*acide cyanhydrique* furent reconnus, ceux-ci trouvèrent aussitôt leur place dans les indications du choléra. Tous ces médicaments depuis cette époque et dans les trois épidémies qui se sont succédé, ont été consacrées dans la théorie, vérifiées dans la pratique. Et il n'y a jamais eu un doute ou un dissentiment à leur égard. C'est un traitement fait, défini, et qui, tout au plus, peut être perfectionné. Je pourrais citer ici plus d'une statistique concluante à cet égard. M. le docteur Imbert en a déjà indiqué quelques-unes dans ce journal ; je me contenterai de rapporter celle-ci, elle est dans une lettre (*Archives de Stapf*, 11e volume), du docteur Seider, dans le gouvernement de Twer, en 1831 :

« J'ai eu jusqu'à présent, dit ce médecin, en traitement 209 malades du choléra.

« Sur ce nombre, 93 ne voulurent pas se soumettre à la méthode homœopathique, et je dus, contre ma volonté, les soigner allopathiquement. Il en mourut 69.

« Sur 116 malades, traités homœopathiquement (*welch ein triumph für Hahnemann's Lehre!*) il n'en mourut que 23.

« Un autre médecin d'ici, qui traitait tous ses malades allopathiquement, en a perdu 70 sur 106.

« Sur 49 Roskolniki (idolâtres) qui ne prennent jamais les conseils d'un médecin, 33 moururent.

« Ainsi, l'on voit les résultats fournis par l'homœopathie, l'allopathie et par la nature abandonnée à elle-même. »

Je ne prétends pas tirer de ces chiffres, comme le font chaque jour nos statisticiens, des résultats absolus ; mais ils suffisent pour répondre à la question posée par M. Fleury.

— Enfin, pour la dernière question qui m'est adressée :

« Nous demanderons à M. Davasse quel est l'agent toxique qui ne produit point les mêmes symptômes — aussi bien que la noix vomique? »

La réponse est écrite tout au long dans les ouvrages classiques et élémentaires de toxicologie, où l'on peut se convaincre que la noix vomique ne tue pas de la même manière, et surtout n'a point les mêmes effets toxiques (je ne parle pas seulement des effets *dynamiques*) que l'*opium*, la *belladone*, la *quinine*, les *cantharides*, etc., etc. C'est une vérité trop vulgaire et trop connue pour nous y arrêter.

§ 2. Maintenant que j'ai répondu aux questions de l'auteur de la lettre, je dois m'occuper de ses *insinuations* contre mon travail.

— Si M. Fleury avait pris la peine de me lire avec attention et sans le dessein prémédité de me combattre, il ne commencerait pas par me prêter les opinions les plus diamétralement opposées à celles que j'ai exprimées. Exemple :

« Pour prouver que le rapport qui existe entre les effets des médicaments à employer et les symptômes de la maladie à guérir prescrit d'opposer au choléra la noix vomique, M. Davasse établit, etc., etc. »

C'est justement le contraire que j'ai eu l'honneur d'établir. Au lieu de tirer, de l'analogie apparente des phénomènes médicamenteux de la noix vomique et des symptômes du choléra, l'indication thérapeutique essentielle de ce médicament contre cette maladie, j'ai montré que cette analogie n'était point réelle et qu'elle ne pouvait servir à faire considérer cette médication comme capitale dans la thérapeutique du choléra. Voici mes textes à l'appui :

« Malgré l'analogie apparente des phénomènes médicamenteux de la noix vomique et des phénomènes morbides du choléra, il y a au fond une assez grande différence pour rendre l'emploi de cette substance moins sûr qu'on ne serait porté à le supposer. »

Et après avoir analysé les symptômes importants du choléra-morbus, d'une part, et les phénomènes médicamenteux de la noix vomique d'autre part, je termine en disant :

« On voit par cette comparaison que, au lieu de procéder, comme le choléra, à l'extinction directe de la vie par l'annihilation des *forces naturelles* et *vitales* qui l'entretiennent, c'est plutôt par le trouble exagéré et désordonné des *fonctions animales* que la noix vomique exerce son action.

« De là, la recherche par les médecins de l'École hahnemannienne et l'application d'autres agents thérapeutiques, *plus précieux que la noix vomique dans le traitement du choléra.* »

Enfin, dans les conclusions :

« Ce médicament ne répond pas à l'ensemble des caractères et des formes du choléra-morbus. »

Ainsi donc, c'est justement le rapport lointain d'analogie entre les effets de la strychnine et les symptômes du choléra qui, loin de prescrire l'application ordinaire de ce médicament contre cette dernière maladie, ne prescrit de lui accorder qu'une importance secondaire et dans des indications très-limitées. Cependant, quelque secondaire que soit l'importance de la strychnine dans le traitement du choléra-morbus, la loi d'analogie permet encore d'en définir l'indication. Ainsi, — là où la méthode des conjectures le repousse, sans en avoir le droit, — là où la méthode des spécifiques ne trouve que des résultats contradictoires sans en avoir la raison, — nous, nous pouvons donner la mesure, l'opportunité d'action, en un mot, l'indication scientifique du médicament. Et c'est ce que personne n'avait fait jusqu'ici, en dehors de l'École de Hahnemann.

Si M. Fleury avait compris notre travail, il ne nous accuserait pas d'avoir établi, « comme conséquence homœopathique, posi-« tive et expérimentale, que la noix vomique est administrée « avec succès dans le traitement des attaques convulsives, épi-« lepsie, hystérie, chorée, coqueluche, asthme, paralysie, etc. » Il n'attribuerait pas davantage à *ma* méthode expérimentale la *liste* — au moins celle qu'il cite — des symptômes physiologiques de la noix vomique administrée à l'homme sain (1)....

M. Fleury a un art de manier les sophismes et les artifices de la dialectique qui n'appartient qu'à lui seul. Je n'ai point établi, comme conséquence homœopathique, positive et expérimentale, l'administration de la noix vomique dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, etc., etc. ; ce n'est point non plus suivant les principes de *ma* méthode expérimentale, que j'ai indiqué les symptômes médicamenteux de la noix vomique. Tout cela n'existe que dans l'imagination de M. Fleury.

J'ai dit seulement que ce médicament, qui, au rapport de tous les auteurs, donne des spasmes, des secousses convulsives, des contractures, a été employé par Sidren, Lichtenstein, Buchner, Janyhauss, Theberins, etc., contre l'hystérie, l'épilepsie, la chorée ; que le même médicament, qui, au rapport de Grimm, de Giacomini, de Fouquier, etc., donne des paralysies, des amauroses, la rétention d'urine, a été employé contre la paralysie, l'amaurose, la rétention d'urine, par Becker, Fouquier, M. Andral, etc.; que le même médicament, qui donne des symptômes dyssentériques et cardialgiques, a été employé contre la dyssenterie et la cardialgie, par Odhélius, Dalberg, Horn, Nevermann, Voigtel, Niemann, Schmidtmann, etc.; enfin, que cet agent toxique, qui donne des crampes, des vomissements, des déjections alvines, des phénomènes asphyxiques, a été et est préconisé aujourd'hui contre le choléra, maladie dont les symptômes ont, au moins en apparence, une certaine analogie avec les phénomènes de la noix vomique.

Voilà les faits qu'il nous a paru intéressant de citer. Ces faits, nous les avons empruntés, pour le plus grand nombre, aux auteurs qui ont précédé le célèbre fondateur de la réforme thérapeutique moderne, ou même à ceux qui ont été depuis ses adversaires. Mais ce n'est point avec de pareilles données que j'ai voulu préciser, d'une part, la liste exacte des effets médicamenteux de la noix vomique, d'autre part, la loi expérimentale de ses indications positives dans les maladies dont je viens de parler. L'on ne trouve, dans ces données, que des résultats empiriques, sans apparence d'indication ; c'est là, justement, la méthode aveugle que nous combattons avec énergie. Nous ne révoquons pas en doute, nous, des témoignages aussi importants. Nous croyons parfaitement que la noix vomique a pu guérir les maladies dont il est question ; mais, dans quelles circonstances, suivant quelle indication, d'après quels rapports? Voilà ce dont les auteurs ne disent jamais le premier mot, — ce mot qu'il importerait tant de connaître, — et ce qui fait le vice de leur méthode, comme la stérilité de leurs succès. Il n'y a pas de maladie contre laquelle on n'ait vanté mille moyens plus efficaces les uns que les autres. Il n'y a pas de médicament que l'on n'ait essayés avec bonheur contre le plus grand nombre de maladies ; mais, à part quelques exceptions de hasard, peut-être, — à part les indications de Hahnemann surtout, — jamais on n'a essayé de préciser, jamais on n'a réussi à fixer positivement la raison du choix et l'opportunité d'action de tels ou tels agents thérapeutiques dans telles ou telles circonstances d'une même espèce morbide. Telle est la différence radicale de la méthode que nous suivons, et qu'il ne faut pas confondre avec celle dont on a jugé à propos de nous affubler à rebours.

— Si M. Fleury avait lu, ou au moins daigné comprendre notre travail, il n'aurait point imaginé que nous avons pris la peine d'écrire un si long Mémoire dans le seul but d'exposer au monde médical les résultats de notre pratique. Nous ne sommes pas de ceux qui viennent annoncer périodiquement au public la découverte d'un spécifique ou l'infaillibilité d'une pommade. Nous avons posé une question de principe, Dieu merci ! que nous regardons comme autrement féconde en résultats importants. Dans un problème dont la solution ne peut être laissée qu'en pure perte aux hasards des aventures ou à l'arbitraire des conjectures, nous avons appliqué l'idée mère des véritables indications. Nous avons donné la clef de ce débat. Nous avons dévoilé les tendances

(1) Liste à laquelle M. Fleury ajoute, de son chef, *la mort,* avec un point d'exclamation.

dissimulées de la thérapeutique actuelle. Nous avons indiqué quel doit être désormais son véritable but. Et ce but est assez sérieux pour mériter de notre part certains développements que nous ne croyons pas sans utilité, — surtout à l'adresse de nos contradicteurs.

— Enfin, si M. Fleury avait bien voulu comprendre l'esprit de notre article, il ne nous reprocherait pas d'avoir produit un factum homœopathique *déguisé*. Il nous semble que rien n'est moins déguisé que notre travail. Lorsque nous voyons les observateurs modernes trouver dans leurs seules *inspirations* les découvertes depuis longtemps indiquées par Hahnemann ; lorsque nous les voyons n'affecter que le silence et le mépris à l'égard de ce pauvre *rêveur* qu'ils viennent de détrousser ; lorsque nous les prenons, enfin, en flagrant délit de..... plagiat scientifique et d'homœopathie dissimulée, — c'est nous qui serions précisément les complices des adversaires que nous accusons !..... M. Fleury, tout accoutumé qu'il puisse être aux artifices de langage, fera difficilement passer celui-là ! Est-ce que nous n'avons pas affirmé hautement le principe de Hahnemann à chaque page de notre travail ? Est-ce que nous n'avons pas proclamé la méthode des analogies positives comme éminemment scientifique et féconde en sérieuses applications ? Est-ce qu'elle n'a pas été notre guide dans la recherche de la valeur de la noix vomique dans le traitement du choléra ? Est-ce que ce n'est pas elle seule qui nous a servi à en fixer les véritables indications ? Bien plus, est-ce que nous ne l'avons pas vérifié, ce principe même, dans ses applications posologiques les plus variées, et, — « à ces doses, « avons-nous dit, que certains esprits prévenus et habitués aux « seules actions toxiques, ne manqueront pas de trouver *ridi-« cules*, parce que n'ayant jamais pris la peine de les expéri-« menter, ils ne les connaissent pas ? » Est-ce que ceci n'est pas assez clair :

« Depuis cette époque, j'ai donné la noix vomique à des doses très-variées, et, dans ces derniers temps, dans un état d'*atténuation* extrême. Et ce qu'il y a eu de fort remarquable, c'est que l'action de ce médicament ne s'est assez souvent manifestée, dans certaines gastralgies fort aiguës ou fort rebelles, que lorsqu'il était administré à des doses très-atténuées et sous forme de dilutions homœopathiques. »

Enfin n'ai-je pas appelé, en terminant, l'attention sérieuse de mes confrères et l'épreuve décisive de l'expérience sur ces *atténuations* mal appréciées et dont l'échelle posologique n'est pas encore assez complétement connue ?

Ah ! voilà ce qui chagrine notre confrère, c'est que je n'ai pas voulu fixer la limite de cette posologie. Non, certes, et je m'en garde bien ; le temps le fera, et nous y travaillons. Nous y travaillons au nom de l'*observation*, au nom de cette *méthode expérimentale*, dont il est plus aisé à tant de prétendus philosophes d'exploiter le nom que d'en comprendre l'esprit et surtout les obligations

Certes, si question fut plus importante à vérifier sur le terrain de la méthode expérimentale, si jamais occasion plus propice fut donnée à ces partisans fanatiques de l'École de Bacon (un nom dont on abuse beaucoup aujourd'hui), n'est-ce point à l'occasion de cet immense travail d'expérimentation positive et régulière, que le génie de Hahnemann nous a laissé, et devant lequel les observateurs les expérimentateurs de profession ont reculé ou n'ont trouvé à répondre que par des *lazzis !*...

Entre ces expérimentateurs qui poursuivent l'expérimentation de leurs sarcasmes, et nous qui nous contentons de vérifier sur le terrain des faits une question d'observation et d'expérience, sans nous laisser détourner par les préjugés du moment, l'histoire inflexible jugera quelque jour qui d'eux ou de nous a porté le masque de l'observation et joué la comédie de la méthode expérimentale ? Qui d'eux ou de nous a insulté aux franchises de la libre pensée et s'est moqué des obligations que la science impose.... ? Patience ! Le temps est père de vérité.

— Il est encore une autre chose, je pense, qui a pu inspirer à M. Fleury son étrange reproche d'homœopathie déguisée. C'est le soin que j'ai pris, que j'ai même affecté dans mon travail, d'éviter les appellations si malséantes d'*homœopathie* et d'*allopathie*.

A mes yeux, une des premières causes qui jettent la discorde au milieu du monde médical et le séparent en deux camps ennemis et irrités, un des plus grands obstacles qui s'opposent à leur réconciliation si désirable, consistent dans ces épithètes dont l'esprit semble ne réveiller qu'une fausse idée de schisme ou une intention d'offense plus regrettable encore. Nous savons tous le mal qu'a fait longtemps à la vérité et aux partisans de la grande découverte de Harvey la qualification de *circulateurs*. Nous ne voulons pas renouveler ces disputes malheureuses. Nous ne voulons pas épouser cette triste querelle de mots. Nous pensons que les vérités ne doivent pas mutuellement s'exclure, et qu'il faut laisser aux erreurs seules l'habitude de se prendre aux cheveux. Oublions ces petites misères indignes de la science pour nous retrouver tous ensemble sur le terrain de la tradition et la voie de progrès. Lorsqu'une vérité est proclamée par la moitié de l'Europe savante, de quel droit l'exclure, pourquoi ne pas la vérifier ? Ne dirait-on pas que la thérapeutique des Ecoles est une arche sainte à laquelle on ne puisse toucher, et que les décrets de la Faculté soient autant d'articles de foi, au-dessus de toute discussion ? Comprenons mieux le génie de la médecine. Entrons dans ce nouvel horizon de la THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE où doivent se rencontrer et se concilier un jour les hommes de bonne foi et de bonne volonté.... Et en attendant, quoi qu'il arrive, soyons toujours, restons surtout MÉDECINS : — c'est le seul nom qui nous convienne, c'est le seul titre que nous voulons porter.

JULES DAVASSE.

Essai sur l'auscultation des poumons après la mort, comme pouvant servir à l'enseignement de l'auscultation,

Par le Dr L. MAILLIOT, *ex-vice-président de la Société anatomique.*

Pour créer la science de l'auscultation, il a fallu réunir deux conditions indispensables :

1° Noter, avec un soin extrême, les phénomènes sonores qui se produisaient pendant la vie ;

2° Noter, avec autant de soin, après la mort, l'état matériel des organes qui avaient été le point de départ de ces phénomènes sonores.

C'est de ce rapprochement, fait avec autant d'intelligence que de sagacité, que *Laënnec* a fait naître l'auscultation.

Pour refaire les études de *Laënnec* en suivant la même voie que lui, il faudrait pouvoir cultiver, pendant de longues années, les hôpitaux, et c'est là justement la grande difficulté pour les élèves.

Pour suppléer au défaut de temps, je viens leur proposer l'AUSCULTATION CADAVÉRIQUE.

Je vais exposer, dans ce travail, les résultats que j'ai obtenus de l'auscultation pratiquée sur les morts.

J'ai été secondé, dans mes recherches, par un de mes bons élèves, *M. de Gonzalès,* qui insufflait l'air de sa poitrine dans la trachée-artère des cadavres pendant que j'auscultais, ou qui auscultait pendant que je faisais moi-même des insufflations.

Je remercie *M. de Gonzalès* du concours qu'il a bien voulu me prêter.

Je profite aussi de cette occasion pour prier *M. Gosselin* de recevoir ici publiquement l'expression de ma reconnaissance pour la manière obligeante avec laquelle il a mis à ma disposition les sujets qui devaient servir à mes expériences.

Puissé-je être entendu des jeunes gens d'élite qui arrivent tous les jours à Paris avec l'ardent désir de s'instruire et de faire avancer la science !

Les expériences auxquelles je les invite ne seront faites ni sans peine, ni sans dégoût, ni peut-être même sans danger. Mais ces considérations ne sauraient arrêter ceux qui se destinent sérieusement à l'art de guérir.

Les élèves qui suivront mes conseils feront des progrès aussi

sûrs que rapides dans l'auscultation. Ils prendront à cœur son étude, et, par cela même qu'il leur sera donné de rapprocher immédiatement, de l'état matériel qu'ils auront sous les yeux, les phénomènes sonores qu'ils viendront de produire, ils retireront de leurs expériences des connaissances précises qu'on se flatterait en vain de puiser dans les meilleurs ouvrages.

Sûrs d'eux-mêmes alors, ils s'approcheront avec confiance des malades qu'ils examineront avec plus de profit; car ce qu'ils auront appris dans les amphithéâtres les aura préparés aux études cliniques, et, de la sorte, se trouveront combinés les intérêts de la science et de l'humanité.

C'est ce double but que *M. Piorry* s'est proposé d'atteindre, lorsqu'il a recommandé aux médecins de s'exercer à la percussion sur les morts, avant de la pratiquer sur les vivants (1).

Quelques personnes diront peut-être, en jetant les yeux sur ce travail, que l'idée qui l'a fait concevoir n'est pas nouvelle. Je leur répondrai par avance, que la question de priorité me préoccupe peu.

Je n'ignore pas ce qu'on a publié, d'une manière incidente, sur la matière. Aussi, n'ai-je d'autre ambition que d'ajouter la faible part de mes travaux aux travaux de mes prédécesseurs.

Tantôt, on a insufflé de l'air dans des poumons de divers animaux pour étudier le siége des bruits normaux de la respiration [Spittal (2), Beau, Barth, Roger et Poumet (3)].

Tantôt, on a injecté dans la trachée-artère et dans ses divisions, différentes quantités de liquides pour s'assurer du siége des bruits muqueux ou sibilants (Piorry, Pétrequin, Beau, Leclaire).

Tantôt enfin, en variant la grosseur des éponges, leur degré d'expansion, les conditions de texture et de mouvement de leur tissu, non moins que la nature des liquides dont on les imbibait, on a déterminé quelques phénomènes sonores analogues à ceux qui se produisent dans certaines maladies des poumons [Fournet (4)].

Peut-être même a-t-on fait plus que tout cela pour se rendre compte des causes et du mécanisme des bruits normaux ou anormaux qui se forment dans la poitrine? J'applaudis à tous ces efforts. Ils ouvrent à l'étude de l'auscultation une nouvelle voie.

Je viens m'y engager à mon tour.

Pour la parcourir avec quelque avantage, j'ai pensé qu'il ne suffisait pas de produire artificiellement des lésions organiques, mais qu'il fallait encore faire naître des signes physiques dépendant des lésions actuellement existantes.

En conséquence, c'est la nature elle-même, c'est l'homme tel que la mort nous le livre que j'ai voulu interroger.

Percussion. — Je me suis appliqué d'abord, avant de procéder à l'ouverture, à percuter avec beaucoup de soin, en les comparant toujours entre elles, les régions semblables du thorax.

Auscultation. — J'ai pratiqué ensuite l'auscultation pendant que *M. de Gonzalès* entretenait dans le cadavre une respiration artificielle.

Inspection. — Chemin faisant, j'ai noté, avant comme après l'introduction de l'air dans la poitrine, tantôt l'écartement des côtes, tantôt la capacité du thorax et de l'abdomen.

Autopsie. — Ouvrant ensuite le cadavre, j'ai observé successivement, dans le temps qui précédait l'insufflation et dans celui qui la suivait, les mouvements généraux des organes abdominaux et thoraciques, et les rapports du cœur et des poumons.

J'ai complété le tout par une description sommaire de l'état organique des viscères du thorax et de l'abdomen.

J'ai fait ces diverses observations parallèlement les unes aux autres. Si je ne me suis pas exclusivement renfermé dans les faits de l'auscultation, c'est parce que j'ai voulu tirer le plus grand parti possible de mes expériences.

Observations. — J'en ai consigné les résultats dans l'une ou l'autre de mes observations.

Je vais reproduire ces observations elles-mêmes telles que je les ai recueillies sur le cadavre, avec les réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Conclusions. — Je les ferai suivre des principales conclusions que l'on peut en déduire.

Avant d'entrer en matière, je dois dire dans quelles conditions je me suis placé pour faire mes expériences :

1° Après avoir mis à découvert le larynx et la trachée-artère, j'ai séparé presque complétement l'une de l'autre ces deux sections de l'arbre aérien;

2° J'ai introduit ensuite, dans les premiers cerceaux cartilagineux, l'extrémité inférieure d'un tube métallique d'un calibre égal ou à peu près à celui de la trachée-artère.

Ce tube était engagé dans un bouchon. Dans cet état de choses, plusieurs ligatures étaient mises sur les intervalles membraneux. D'où il résulte que la trachée-artère n'était appliquée que médiatement sur le tube métallique.

Ce tube était muni, de plus, d'un robinet qu'on pouvait ouvrir ou fermer à volonté, pour permettre, aussi largement qu'on le voulait, l'introduction ou la sortie de l'air.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

Murmure vésiculaire doux et moelleux durant l'insufflation. — Bruit plus fort, plus rude et plus prolongé après l'insufflation. — Bruits de pot fêlé produits par la percussion pratiquée sur l'un des poumons mis à nu. — Tubercules nombreux au premier et au deuxième degré dans toute l'étendue du poumon droit et du lobe supérieur du poumon gauche. — Deux cavernes assez vastes communiquant avec les bronches. — Dilatation uniforme des deux cavités abdominale et thoracique inappréciable à la simple inspection.

Lorsqu'on insuffle dans les poumons, à deux reprises différentes, autant d'air qu'on a pu en inspirer soi-même, les cavités thoracique et abdominale s'agrandissent. L'élévation des parois de l'abdomen est très-sensible à l'œil; on ne distingue presque point celle de la paroi thoracique. Cependant, l'augmentation de capacité de chacune de ces deux cavités splanchniques est la même. Il y a une augmentation de 2 centimètres au niveau de l'ombilic et autant au niveau de l'appendice xiphoïde. L'augmentation de la circonférence est moitié moindre si, au lieu de deux insufflations successives, on n'en fait qu'une.

Bruit inspiratoire. — A mesure que l'air pénètre dans les poumons, l'oreille, appliquée directement sur la paroi thoracique, immédiatement au-dessus du mamelon, distingue un murmure doux et moelleux, un peu plus fort et plus superficiel à la fin qu'au commencement de l'insufflation. Ce murmure rappelle parfaitement le bruit inspiratoire normal. Il est exclusivement entendu.

Si les insufflations sont faites lentement, on cesse de percevoir ou on perçoit à peine le bruit vésiculaire.

Si elles sont faites rapidement, il s'entend fort bien et se termine par une sorte de souffle, voisin du sifflement.

M. de Gonzalès distingue, sous la clavicule droite, un bruit de souffle sans mélange de bruits humides.

Bruit expiratoire. — Lorsqu'on laisse échapper l'air introduit dans les poumons, on saisit parfaitement *un bruit plus fort, plus rude et plus prolongé* que celui que déterminait l'insufflation.

Ce bruit coïncide avec un souffle très-fort qui se produit à l'orifice libre du tuyau métallique. Il cesse d'être entendu avant que le bruit de souffle disparaisse.

Il n'y a pas la moindre ressemblance entre ces deux bruits. Ils diffèrent autant l'un de l'autre que le bruit vésiculaire normal diffère du bruit trachéal.

Si l'on diminue considérablement le calibre du tuyau métallique, les poumons reviennent bien plus lentement sur eux-mêmes, et le bruit de souffle, étant plus faible à l'orifice libre du

(1) *Traité de pathologie iatrique ou médicale*, n°s 678, 679 et 682.

(2) *Of the cause of the sounds of respiration*, dans *Edinburgh med. and surg. journ.*, t. 41, p. 99.

(3) *Traité pratique d'auscultation*, 3e édit. Paris, 1850, p. 41, 42, 45, 46, 47, 48.

(4) *Recherches cliniques sur l'auscultation et sur la première période de la phthisie pulmonaire*, p. 18 et suiv. de la première partie.

tuyau métallique, il permet de distinguer mieux le murmure pulmonaire qui conserve toujours sa rudesse sans s'affaiblir dans la proportion du bruit de souffle.

Ce dernier bruit augmente prodigieusement d'intensité et de rudesse lorsque l'orifice libre du tuyau métallique est entièrement ouvert. Dans ce cas, il empêcherait d'entendre le bruit expiratoire qui est peut-être plus fort et plus rude qu'auparavant, si l'oreille n'était exactement appliquée sur la poitrine et si on ne prêtait pas une grande attention.

A part les bruits dont il vient d'être question, les poumons ne sont le siége d'aucune crépitation ni d'aucun râle.

Ouverture de la poitrine. — Au moment où la paroi thoracique est enlevée, on entend un bruit de souffle très-fort au niveau d'une caverne superficielle que le costotome a ouverte. En même temps, les deux poumons qu'on avait préalablement insufflés s'affaissent. On arrête la sortie de l'air en appliquant le doigt sur la paroi antérieure de la caverne. Le lobe supérieur du poumon gauche et le poumon droit tout entier sont criblés de *tubercules crus* pour la plupart et pour la plupart ramollis. Mais ces tubercules ne sont formés en foyers nulle part. Ils ont dû l'être au sommet du poumon droit, qui est le siége de deux cavernes vides en ce moment. La percussion médiate pratiquée sur chacune d'elles provoque, à chaque fois, un bruit de pot fêlé.

Du muco-pus s'écoule des orifices béants des branches divisées par le bistouri.

Si, avant de plonger l'instrument tranchant dans le tissu pulmonaire, on insuffle de l'air dans la trachée, le poumon gauche se développe considérablement et l'autre très-peu.

Le premier de ces organes présente quelques adhérences avec la plèvre pariétale.

Le deuxième adhère si fortement en haut et en bas, que la plèvre pariétale se détache de la surface des côtes et des muscles intercostaux plutôt que d'abandonner la plèvre pulmonaire, à laquelle l'unissent intimement de fausses membranes qui augmentent de plus du double l'épaisseur de la plèvre pariétale. Cette membrane séreuse entoure tout le poumon droit à la manière du péricarde. Elle ne présente point d'adhérences dans tout l'intervalle compris entre la quatrième et la septième côtes.

La plèvre a entraîné avec elle, en se détachant de la paroi thoracique, les trois ou quatre premiers nerfs intercostaux qui adhèrent fortement à sa surface externe.

Le sommet du poumon gauche présente aussi des adhérences.

Réflexions. — Cette observation est remarquable par le défaut de rapport qui a existé, non-seulement dans la nature, mais dans l'intensité du souffle et du bruit pulmonaire.

Dans l'inspiration, le bruit pulmonaire seul était entendu sur la région mammaire, sans complication, ni de près ni de loin, de bruit de souffle.

Dans l'expiration, le bruit pulmonaire s'entendait fort bien et dominait le bruit du souffle, lorsque l'air s'échappait au dehors à travers une ouverture étroite du tuyau métallique.

Le bruit pulmonaire augmentait un peu d'intensité lorsque l'ouverture de la trachée était libre entièrement. Mais à cette ouverture, le bruit de souffle était décuplé d'intensité.

Ainsi, le bruit extérieur n'avait lieu que dans l'expiration, et alors il s'en fallait de beaucoup que les deux bruits augmentassent d'intensité dans une même proportion.

La présence d'un tuyau métallique n'a pas modifié la nature du bruit respiratoire vésiculaire.

Quant au bruit expiratoire, il a été produit dans le poumon lui-même et par le fait de ce poumon, et il n'était pas dû à la propagation du bruit de souffle.

Lorsqu'on soufflait très-fort dans le tube métallique, ce souffle se propageait dans tous les conduits aériens, où il dominait le bruit vésiculaire. Cela ne doit pas surprendre, mais cela ne prouve pas que les bruits inférieurs ne soient que la propagation des bruits supérieurs.

Les expériences faites dans ces derniers temps par MM. Spittal (*oper. cit.*), Barth, Roger et Poumet (*oper. cit.*), Raciborsky, etc., démontrent, en effet, que s'il est vrai de dire que les bruits supérieurs se transmettent jusqu'aux bronches et au tissu pulmonaire, il ne se produit pas moins dans les poumons des bruits auxquels sont étrangers l'arrière-bouche et le larynx.

Nous avions constaté la rudesse et l'augmentation d'intensité et de durée du bruit expiratoire, et la dissection nous a fait voir disséminés, dans la plus grande partie des poumons, des tubercules crus.

L'observation directe a donc confirmé l'opinion émise depuis longtemps par *M. Jackson,* de Boston (*Mémoires de la Société médicale d'observation,* t. 1, p. 14).

Il existait des cavernes vides superficielles, et nous avions perçu à leur niveau un bruit de souffle dans l'inspiration.

Sur chacune de ces cavernes, la percussion médiate avait déterminé un bruit de pot fêlé.

La dilatation uniforme des cavités abdominale et thoracique nous a démontré que l'inspection seule ne suffit pas pour faire apprécier avec exactitude le développement absolu ou relatif de ces deux cavités.

La percussion n'a pas été faite avant l'ouverture. Il est probable qu'on aurait trouvé de l'obscurité de son. Ce signe physique eût été déjà une présomption en faveur des tubercules, mais non pas une certitude.

Dans le cas particulier à l'occasion duquel j'entre dans ces détails, l'auscultation a pu se passer, comme on l'a vu, du concours de la percussion.

La percussion isolée, au contraire, aurait pu laisser du doute dans l'esprit ; témoin l'observation suivante, qui fut recueillie sur le cadavre par MM. Piorry et Jules de Dervieu : sur la foi de la matité existant au-dessus comme au-dessous de la clavicule droite, ces deux médecins pensèrent aux *tubercules* et à la *pneumonie ;* ils trouvèrent à l'autopsie, dans le lobe supérieur, des tubercules indurés et une cavité tuberculeuse remplie d'un liquide épais, rouge brunâtre.

Le lobe moyen était rempli de tubercules à divers degrés de développement (*Traité de la percussion médiate,* p. 107).

Si, au lieu d'avoir recours exclusivement, sur le cadavre, à la percussion, *MM. Piorry* et *Jules de Dervieu* eussent aussi pratiqué l'auscultation, il est infiniment probable qu'ils auraient écarté l'idée de la pneumonie pour ne songer qu'aux tubercules.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du choléra. — Du mode d'administration des fumigations de soufre,

Par M. le Dr Blaise.

L'emploi du soufre en fumigations, étant à l'ordre du jour comme moyen prophylactique et curatif du choléra asiatique, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile d'indiquer une manière commode de le mettre en usage. Jusqu'ici on s'est borné à jeter sur des charbons ardents du soufre lavé en poudre, ce qui offre l'inconvénient d'être dans l'obligation de répéter assez souvent cette opération pour qu'elle ait quelque efficacité. Il n'est pas non plus indifférent d'être enveloppé subitement par une atmosphère de vapeur sulfureuse, ou de ne pas l'être.

Le moyen auquel j'ai songé, et je ne sache pas l'avoir vu indiqué nulle part, consiste à mêler parties égales de soufre lavé et de nitrate de potasse, liés par quantité suffisante d'un mucilage de gomme, et à en faire des trochisques d'un certain volume, de manière à ce que sa combustion dure suffisamment de temps. J'ai fait et j'ai fait faire par le pharmacien de ma localité de ces trochisques, dont la vapeur n'est nullement incommode, et je crois qu'ils rendront de grands services si, comme je le crois, et comme en a la conviction notre illustre et très-honorable confrère, M. le docteur Debreyne, le choléra est produit par un virus animé. (*Revue de thérap. méd. chirurg.*)

CORRESPONDANCE.

Paris, 29 septembre 1854.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 21 septembre, en rendant compte de la séance de l'Académie des sciences du 4 courant, vous avez oublié de mentionner

la présentation que j'ai eu l'honneur de faire à cette Académie, d'un jeune sourd-muet de naissance, âgé de 13 ans.

Cet enfant *entend* aujourd'hui très-distinctement la parole à une assez grande distance; il parle d'une manière très-intelligible; son éducation est aussi avancée qu'elle peut l'être, à son âge, chez tout autre enfant qui entend : c'est donc un fait fort intéressant, et qui prouve, sans réplique, que l'art de guérir peut faire quelque chose pour les sourds-muets. On remarque les mêmes progrès dans l'audition et la parole de plusieurs autres sourds-muets que j'ai soumis au même traitement, que je ferai connaître quand j'aurai un nombre suffisant de guérisons. Dr BAUDELOCQUE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ.

Programme de deux Concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, à Paris.

PREMIER CONCOURS. — L'ouverture des épreuves de ce premier concours aura lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier, le 9 octobre prochain.

DEUXIÈME CONCOURS. — L'ouverture des épreuves de ce deuxième concours est fixée comme il suit :

A Strasbourg, au 3 janvier 1855;
A Montpellier, au 17 du même mois;
A Paris, au 31 du même mois.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, qu'une décision du 22 août 1854 a modifié :

1° Être né Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien de 1re classe reçu dans l'une des trois Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (*toutefois, les candidats qui ne seraient point encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves du second concours, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres à l'époque de leur entrée à l'École, fixée approximativement au 1er mars* 1855);

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de 30 ans à l'époque de l'ouverture du concours;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le Ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il doit concourir :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe, ou, dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus (*et par les candidats du second concours*), un certificat constatant le nombre d'examens passés;

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra, d'ailleurs, être vérifiée par le jury de chaque localité;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

Concours des candidats médecins. — Nature des épreuves.

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Concours des candidats pharmaciens. — Nature des épreuves.

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale;

2° Épreuve orale sur une question de chimie;

3° Épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce.

La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent.

Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par Commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 23 septembre 1854. *Le maréchal de France, ministre secrétaire d'Etat de la guerre,* VAILLANT.

— Par décret du 21 septembre 1854, les médecins dont les noms suivent ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade de commandeur : M. Lévy, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, directeur médical de l'armée d'Orient.

Au grade d'officier : MM. Sal'eron, médecin principal de 2e classe; Perrier, Grellois et Eichacker, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Haspel, Pallier, Brumens, Barlureaux, Vaghette, Bertrand, Seigle, Raoult, Deslongchamps, Barberet, Cuignet, médecins aide-majors de 1re classe. — MM. Tirard, Jeannel, Latour, Castaing, Constantin, Delune, Cavaroz, médecins aide-majors de 2e classe. — MM. Xanthopulo, docteur-médecin ottoman envoyé à Gallipoli; Clavette, infirmier-major.

— *Mortalité et maladies chez les membres des Sociétés de secours mutuels en Angleterre.* — En attendant que le temps nous permette de tirer quelques conséquences plus importantes d'une curieuse statistique que vient de publier M. Finlaison, nous pouvons dès aujourd'hui reproduire les résultats sommaires et curieux déjà extraits de ce travail :

Nous trouvons dans un Rapport sur les Sociétés anglaises de secours mutuels, par M. Finlaison, des détails très-intéressants sur le nombre de jours de maladie auxquels sont exposées les diverses classes de la population. La moyenne des jours de maladie des personnes de 15 à 16 ans occupées à un travail manuel est de 6 un quart par an; de 16 à 20 ans, cette moyenne s'élève à 6 jours trois quarts; de 26 à 36 ans, 7 jours; de 41 à 46 ans, 8 jours trois quarts. Sur 100 sociétés de Secours mutuels, il y en a 99 qui ne reçoivent plus d'associés après 45 ans. De 46 à 51 ans, la moyenne des jours de maladie est de 10 et demi; de 51 à 56 ans, elle est de 12 jours trois quarts; de 56 à 61 ans, 16 jours un quart; de 61 à 66 ans, 23 jours et demi, et de 66 à 71 ans, 36 jours.

D'après ses recherches sur la totalité des membres des Sociétés de secours mutuels, M. Finlaison établit qu'à 70 ans, un homme, depuis sa quinzième année, a été malade pendant cinq ans de sa vie; mais du commencement de la seizième jusqu'à la fin de la soixante-sixième année, la moyenne de la période de maladie n'est que de 78 semaines ou un an et demi. A partir de 41 ans jusqu'à 66 ans, l'homme est exposé à deux fois plus de maladies qu'il n'en a souffert de 15 à 41 ans. Les jours de maladie, pendant ces premiers 26 ans de travail, s'élèvent à 182 et demi; pendant les 25 ans suivants, la moyenne est de 326 jours un quart, ou à peu près le double.

Errata. — Dans notre numéro du 21 septembre, Compte rendu de l'Académie des sciences, page 901, 2e colonne, avant-dernier alinéa de la 2e conclusion sur la thoracentèse sous-cutanée, au lieu de : « D'une pompe hermétique munie d'un robinet à double effet, destiné à permettre l'*inspiration* et l'*expiration* du liquide sans déplacement, » lisez : l'*aspiration* et l'*expulsion*....

Même colonne, avant-dernier alinéa de la 3e conclusion, au lieu de : « Le résultat physiologique de cette double précaution est de prévenir toute inflammation suppurative de la *plèvre* thoracique, » lisez : de la *plaie* thoracique.

Même colonne, avant-dernier alinéa de la 4e conclusion, au lieu de : « Mouvements d'*expiration*, » lisez : mouvements *respiratoires*.

— Dans notre dernier numéro, page 922, au lieu de : « Un tiers et une moitié font *trois* douzièmes, » lisez : Un tiers et.... font *neuf* douzièmes; au lieu de : « Le testicule.... *a* au moins sextuplé de volume, » lisez : *Avait* au moins sextuplé de volume *par le fait de l'inflammation*.

BIBLIOGRAPHIE.

Voyage médical en Californie, par M. le docteur P. GARNIER. — Brochure in-8. — A Paris, chez l'auteur, rue du Rocher, 13. — Prix : 1 fr.

Cette brochure contient la topographie médicale de la Californie, ainsi que l'histoire exacte, concise de l'art de guérir qui se montre dans ce pays sous un jour tout nouveau, celui de la *liberté absolue*, *illimitée*, d'exercer sans diplôme. Les détails nouveaux, curieux et piquants que M. Garnier donne à cet égard soulèvent d'importantes questions et intéresseront vivement le Corps médical tout entier.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 118. 2e année. Mardi 3 Octobre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Décidément M. Davasse ne pratique la *brièveté* que lorsqu'il s'agit d'exposer les résultats que lui ont fournis les *médications positives* et la *méthode expérimentale* appliquées à deux épidémies de choléra, et vous comprenez bien que je n'entends point réfuter, paragraphe par paragraphe, le nouveau factum qui décore aujourd'hui huit des colonnes du *Moniteur des Hôpitaux !* M. Davasse m'accorde généreusement « un art de manier les sophismes et les artifices de la dialectique qui n'appartient, dit-il, qu'à moi seul ; » à mon tour je lui concède l'art de manier le pathos et l'amphigouri avec une habileté qui le place fort au dessus de ses modèles et de ses émules.

Je crois avoir été très (beaucoup disent : trop) courtois dans ma présente lettre, et cependant M. Davasse se fâche et m'injurie ! — Cela prouve que M. Davasse apprécie parfaitement combien la position qu'il défend est mauvaise. — Comment un homme aussi distingué que notre confrère peut-il descendre à ces accusations de *parti pris*, de *dénigrement*, d'*inintelligence*, de *mauvaise foi*, etc., etc., armes méprisées et émoussées des avocats de causes perdues ! A qui M. Davasse fera-t-il croire que je parle de choses que je ne connais pas et que je n'ai point pris la peine d'étudier ? Si, malgré tous mes efforts, je ne parviens pas à *comprendre* les élucubrations de M. Davasse, sur qui pense-t-il que le public fera peser sa condamnation ?

Mais laissons ces misères et allons au fond des choses :

M. Davasse prétend *avoir fait le tableau et indiqué les causes de l'anarchie actuelle de la thérapeutique ;* je lui accorde que, sur ce thème si usé, il a brodé une variation nouvelle, et qu'il a revêtu de brillants oripeaux quelques lieux communs qui traînent partout, et sur la valeur réelle desquels tous les hommes éclairés et impartiaux sont fixés depuis longtemps.

« *Mais,* ajoute M. Davasse, *après le mal, j'ai indiqué le* REMÈDE. »

Quel est donc ce *remède ?* Serait-ce l'obligation de tenir compte des indications, de recourir à la méthode expérimentale, de préférer les données positives aux hypothèses ? — J'ai une trop bonne opinion de M. Davasse pour admettre qu'il puisse revendiquer la gloire de cette découverte, ni même le mérite de la proclamer après tous « *les esprits droits, élevés, amis du vrai,* etc. »

Le remède est donc une thérapeutique basée sur « *le rap-* « *port qui existe entre les effets du médicament sur l'homme* « *sain et les symptômes de la maladie à guérir ?* » — Le remède est donc cette chose dont M. Davasse trouve le nom si malséant et si offensant, qu'il s'abstient de l'écrire ? Le remède est donc l'HOMOEOPATHIE !!

A la bonne heure ! et je trouve très-naturel, très-légitime, que M. Davasse, qui est un médecin homœopathe, proclame la supériorité de l'homœopathie ! Ce que j'ai trouvé moins... naturel, c'est que M. Davasse « *ait affecté dans son travail d'éviter les appellations si malséantes d'homœopathie et d'allopathie (sic) ;* » c'est qu'il prétende s'appuyer sur un principe d'ordre, d'unité, de progrès, en ajoutant : *que ce principe se nomme loi d'analogie* OU AUTREMENT, *peu importe ;* c'est qu'il ait appelé *les doses* HOMOEOPATHIQUES des *doses* ATTÉNUÉES ! c'est qu'il ait *évité* de fixer les limites de la posologie *atténuée !*

Qu'est-ce à dire ? M. Davasse est-il un de ces hommes qui abordent un client en lui disant : « *Je porte l'homœopathie dans ma poche gauche, l'allopathie dans ma poche droite ; choisissez.* »

Si oui, — que deviennent ce principe d'ordre, d'unité, de progrès, etc., le remède à l'anarchie thérapeutique et l'honorabilité bien connue de M. Davasse ?

Si non, — je persiste à dire que l'œuvre de M. Davasse est un *factum homœopathique déguisé et insinuant.* — Je le dis, moi, sans *insinuation* aucune et très-nettement, et M. Davasse, qui sait fort bien que la preuve de ce que j'avance pourrait être fournie, n'insistera pas, je l'espère, sur ce point accessoire au débat scientifique. — Pour montrer d'ailleurs à M. Davasse combien je suis de facile composition quant aux questions personnelles et intentionnelles, je consens à me rétracter, et à substituer aux expressions mal sonnantes dont je me suis servi, celles de *factum atténué !*

Voilà donc le REMÈDE *indiqué !* Mais son *efficacité ?* Jusqu'à présent, elle ne repose que sur l'assertion de M. Davasse, et quelle que soit la foi, plus ou moins atténuée, que l'on puisse avoir en la parole de notre confrère, il est bien permis d'imiter quelque peu saint Thomas, et de lui demander tout au moins l'une des nombreuses démonstrations que la méthode expérimentale positive doit avoir mises entre ses mains.

M. Davasse l'a d'ailleurs parfaitement compris ainsi, puisqu'il parle de PREUVE.

Une PREUVE ! — La PREUVE de l'excellence des principes, des lois, des remèdes découverts ou proclamés par M. Davasse ! Mais c'est ici que je conteste et que je proteste ! M. Davasse se vante d'avoir fait précisément ce que je lui reproche de n'avoir pas fait, — la seule chose sérieuse, utile et neuve qu'il eût à faire.

La PREUVE ! — Où donc est-elle ? Dans quelle partie de ce long travail sur le *choléra,* où l'on ne trouve que deux *observations....* de *cardialgie !* La PREUVE ! est-elle dans ce fameux

paragraphe X, que j'ai eu le courage de reproduire textuellement et complétement?

Allons donc, mon cher monsieur Davasse, vos déclamations, invocations et péroraisons n'abuseront aucun des lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*, et si ce sont là les PREUVES dont vous vous contentez, vous, *votre* positivisme et *votre* méthode expérimentale, je vous en fais, à tous trois, mon sincère compliment!

Ainsi donc, la PREUVE reste à faire, et nous savons maintenant que M. Davasse ne la fera pas, puisque, mis en demeure, il l'emprunte à une statistique publiée en 1831 par un médecin.... du gouvernement de Twer!! — *Risum teneatis!*

M. Davasse, qui se refuse à poser les limites de la posologie atténuée, n'a point, paraît-il, le même scrupule quant au grotesque en fait de science médicale, de positivisme et de méthode expérimentale;

Que répond, d'ailleurs, M. Davasse à mes objections? Que les médications homœopathiques sont des médications *indiquées*, et non des médications *spécifiques*. Mais M. Davasse ajoute: qu'il n'entend pas le *spécificisme* comme les *spécificiens* (*sic*);

Que les phénomènes médicamenteux de la noix vomique n'ont qu'une analogie apparente avec les symptômes du choléra, et que cette substance n'a, par conséquent, pas été indiquée par lui, comme *capitale et essentielle* dans la thérapeutique du choléra!

Que *l'homœopathie* consiste à trouver *le médicament le plus efficace, celui qui convient le mieux contre l'ensemble des symptômes et des circonstances de la maladie.* — Mais M. de la Palisse n'eût pas mieux défini l'allopathie!

Un dernier mot:

M. Davasse m'accuse d'avoir ajouté, *de mon chef*, la *mort*, avec un point d'exclamation, à la liste des symptômes physiologiques de la noix vomique. — Or, la mort est indiquée, par M. Davasse, dans son travail sur le choléra, à la page 889 du *Moniteur des Hôpitaux*, colonne de gauche, ligne 28. Le point d'exclamation est seul de mon chef.

Et maintenant, que M. Davasse continue à faire de l'homœopathie sans le dire, et à la défendre sans la nommer, je ne le troublerai plus dans cette innocente récréation.

Je souhaite, mon cher de Castelnau, que votre impartialité ne vous oblige point à infliger à vos lecteurs une nouvelle philippique de M. Davasse, et je vous serre affectueusement la main. L. FLEURY.

Paris, le 30 septembre 1854.

Traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

Résumé critique, mais exact, des documents qui se sont produits touchant cette médication. — Appel à tous les praticiens impartiaux.

Par M. ABEILLE, *médecin de l'hôpital du Roule.*

Le retentissement qu'ont eu nos premiers essais, quelque diversement qu'ils aient été jugés, nous prouve du moins que nous avons soulevé une question d'une haute importance pratique. La sensation qu'a produite notre travail nous impose le devoir de soumettre à un contrôle loyal, mais rigoureux, les documents que nos recherches ont fait surgir; c'est ce que nous allons faire avec notre libre franchise accoutumée, tout en déclarant d'avance que nous n'avons aucune prétention à l'infaillibilité, et que nous nous soumettons toujours sans réserve au jugement qui doit être rendu en dernier ressort, et qui ne peut résulter que des faits rassemblés par tous les praticiens consciencieux à qui nous faisons sincèrement appel et pour qui nous écrivons.

Qu'une croisade de déclamations ait été tacitement ou conventionnellement organisée contre notre méthode ou plutôt contre nous, dans une partie de la presse médicale et ailleurs; qu'un certain journal, dans un article intitulé: *Négation de la médecine strychnique,* ait cru le moment venu de nous donner le coup de pied caractérisé par le bon La Fontaine; que certains personnages aillent çà et là semer, perfidement ou innocemment, des insinuations plus ou moins calomnieuses, ce n'est pas de cela que nous entretiendrons les hommes sérieux qui voudront bien nous lire; nous les respectons trop pour nous occuper avec eux d'autre chose que de véritable science. Déclamations et calomnies seront donc pour nous comme non avenues; il ne s'agira, dans ce qui va suivre, que de faits et de discussions ayant au moins une apparence scientifique.

Les documents qui ont surgi à propos de la médication strychnique sont relatifs: 1° à l'emploi de la strychnine pure, de la teinture alcoolique de noix vomique ou de la noix vomique elle-même; 2° à l'emploi du sulfate de strychnine.

Ces documents se composent: *a.* de faits bruts ou à peu près; *b.* de faits accompagnés de considérations qui constituent un véritable travail original; *c.* du jugement récemment formulé par l'Académie (1).

Examinons successivement ces divers documents:

I. Travaux originaux ou faits bruts relatifs à la noix vomique, à sa teinture alcoolique ou à la strychnine.

Si les Indiens des bords du Gange d'abord, si un médecin d'Alger avant notre conquête d'Afrique, si les docteurs Dreyfus dans le gouvernement de Penza, Jenkins en Angleterre, Bonnafon en Algérie, Foy en Pologne, ont fait des essais avec la noix vomique ou ses extraits dans le traitement du choléra, ils n'ont laissé que nous sachions, aucun chiffre qui puisse déposer d'une manière positive en faveur de ce traitement ou contre lui; nous sommes obligé d'en dire autant de M. le docteur Homolle qui, quoiqu'ayant écrit une lettre fort sympathique à la strychnine, n'a cependant fourni aucune statistique sur laquelle on puisse asseoir une opinion motivée.

M. le professeur Evrard, de La Haye, dans une brochure relative au choléra qui règne en Russie et qu'il a adressée à l'Académie de médecine, le 29 août dernier, devient plus positif à l'égard des effets qu'a donnés la médication strychnique, mise en pratique dans les hôpitaux militaires de cet empire. Ce professeur dit, en effet, que sous l'influence de ce traitement, il a vu une grande diminution dans la mortalité. Mais ce ne sont encore là que des appréciations à vol d'oiseau.

Mais voici des chiffres:

En 1849, le docteur Manec, de la Salpêtrière, administra la strychnine à 25 cholériques dont quelques-uns dans le collapsus. Il obtint 18 guérisons (*Bulletin thérapeutique,* 1849).

Dans la même année, le docteur Mouton, médecin à Cuts (Oise), administra la strychnine à 32 cholériques, et obtint 26 guérisons (*Abeille médicale,* 27 juillet 1854).

Dans la même année aussi, le docteur Lecœur, professeur à l'École de Caen, traita 19 cholériques par le même médicament, et obtint 12 guérisons (Mémoire de l'auteur).

Enfin, M. le docteur Prieur, chirurgien en chef de l'hôpital de Gray, dans une lettre adressée à la *Gazette hebdomaire* du 15 septembre, déclare avoir traité 12 cholériques (6 hommes et 6 femmes), du 14 au 20 juillet dernier, par la teinture alcoolique de noix vomique, à la dose de 25 à 60 gouttes, et les avoir perdus tous les 12.

Voilà, à notre connaissance, les seuls observateurs qui aient précisé leurs résultats. Acceptons ces résultats sans les restrictions qu'il serait peut-être nécessaire de leur appliquer, et résumons-les:

88 cas de choléra ont été traités par la strychnine ou la teinture alcoolique de noix vomique.— Sur ces 88 cas, 56 ont guéri, 33 ont succombé (y compris les 12 cas de M. Prieur!). — La mortalité a donc été de 37 pour cent, tandis que la mortalité est de 57 pour cent pour les hôpitaux civils de Paris.— Par ce traitement, il y a donc eu, entre les mains des auteurs précités,

(1) Nous faisons ici abstraction des travaux historiques sur l'emploi de la noix vomique, travaux que nous considérons comme très-sérieux, mais qui, dépourvue de faits rigoureusement observés, ne peuvent en rien servir à la solution de la question pratique, la seule que nous ayons ici l'intention d'éclaircir.

bénéfice de 20 pour cent sur les autres modes de traitement. Ceci est assez clair.

II. Travaux originaux relatifs au sulfate de strychnine.

1° M. le docteur Sée a traité, à l'hôpital de la Pitié, jusqu'au 10 août, 47 cholériques, dont 31 extrêmement graves et 16 moyens ou légers. Il a obtenu 28 guérisons, dont 12 sur les cas très-graves.

Que l'honorable docteur Sée donne à ces résultats telle ou telle interprétation ; qu'il écrive dans son mémoire :

« En comparant ces résultats à la mortalité générale qui s'observe à la suite des autres traitements, *on voit* qu'elle ne diffère pas ; sur 56 malades atteints à divers degrés et qui furent traités soit par l'acide sulfurique ou citrique, soit par l'ipéca ou l'opium, 22 succombèrent, c'est-à-dire les deux cinquièmes, comme par le sulfate de strychnine. »

C'est là un raisonnement auquel il ne manque qu'une petite chose, celle de savoir combien, sur ces 56 cas, il y en avait d'excessivement graves, car c'est là le point important, et que M. Sée n'a eu garde d'omettre pour ses cholériques soumis au sulfate de strychnine. Dire : 56 malades atteints à *divers degrés,* c'est ne rien dire du tout dans la circonstance actuelle; car, pour tirer un jugement juste de la comparaison de deux ordres de faits, il faut que ces faits soient identiques.

2° Après M. Sée, M. le docteur Hérard, de l'hôpital Saint-Antoine, a fourni aussi une petite statistique sur les cholériques traités par le sulfate de strychnine.

M. le docteur Hérard a traité 24 malades : 14 excessivement graves, 7 graves, 3 moyens.

Des 14 extrêmement graves, il en défalque 1 qui n'a pu prendre une suffisante quantité de médicament ; restent 13 traités, et sur ces 13 il y a eu 10 décès.

Des 7 cas graves, 3 subissent un traitement complet, 2 guérissent et 1 meurt. Les 4 autres, dit M. Hérard, continuant à se refroidir et empirant, j'administrai l'ipéca, et ils guérirent bientôt.

Enfin, les 3 cas moyens ont guéri. Mais M. Hérard, qui a l'esprit si juste, n'aurait pas la prétention de faire compter comme insuccès complet des cas qui, en définitive, ont guéri. Nous aussi, nous avons eu des malades qui ont paru empirer, et qui cependant ont fini par réagir et ont guéri.

Il y a eu dans ces cas de M. Hérard combinaison ou succession de plusieurs médications, et comme on n'aurait pas manqué d'en attribuer une large part au sulfate de strychnine si les malades étaient morts, il convient, en bonne logique, puisqu'ils ont guéri, de les exclure au moins de la statistique.

Il reste alors 19 malades traités exclusivement par le sulfate de strychnine, dont 13 excessivement graves, 3 graves et 3 moyens. Sur ce nombre, il y a eu 8 guérisons et 13 décès.

3° D'après la *Gazette des Hôpitaux* du 17 août, le sulfate de strychnine aurait été administré à 6 malades très-graves dans le service du professeur Grisolle, à l'Hôtel-Dieu. Sur ces 6 malades, 4 ont succombé et 2 ont guéri.

4° A l'hôpital Necker, M. le docteur Vernois a employé le même médicament, par une voie ou par une autre, sur 5 cholériques, dont 3 très-graves et 2 atteints de choléra foudroyant. Les 3 premiers ont guéri (Thèse inaugurale de M. Duchaussoy). Nous aurons bientôt à revenir sur ces singulières observations.

5° Dans une lettre qui n'a pas été insérée *in extenso,* quoiqu'elle ait été remise sans restriction à la *Gazette des Hôpitaux* du 17 août, M. le docteur Desrivières signale 4 cas très-graves où il a fait usage du sulfate de strychnine. Depuis, il a signalé un cinquième cas, d'intensité moyenne. Sur ces 5 cas, il y a eu 3 guérisons et 2 décès.

6° Dans le même journal, et à la date du 12 août, le docteur Le Riche, de Lyon, accuse 12 cas dans lesquels le sulfate de strychnine a été par lui employé : 6 cas très-graves et 6 cholérines. Des 6 premiers, 4 ont guéri, 2 ont succombé ; les 6 cholérines ont été enrayées en douze heures.

7° Dans une lettre que nous a adressée spontanément un abonné de la *Gazette hebdomadaire,* M. le docteur Cousin, de la Ferté-Gaucher, lettre qui, suivant l'expression de l'auteur, avait pour but de démontrer la précipitation du jugement formulé par son journal, et qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux,* ce confrère déclare avoir traité, par le sulfate de strychnine, 5 choléras très-graves, et avoir eu 4 guérisons et 1 décès.

8° M. le docteur Aladane de Lalibarde, de Paris, a adressé à l'Académie de médecine, le 19 courant, 11 observations de choléra très-grave traités par le sulfate de strychnine, avec noms et adresses des malades. Il a obtenu 11 guérisons.

9° M. le docteur Mangel, dans une lettre longuement motivée à l'*Union médicale* du 12 août, dit avoir employé le sulfate de strychnine sur 7 cholériques très-graves. Il a eu 6 décès et une guérison.

Mais le docteur Mangel associait l'opium au sulfate de strychnine. Il a traité aussi beaucoup de choléroïdes (*sic*) ; comme il ne donne pas de chiffre, nous ne pouvons les mettre en ligne de compte. Dans ces cas, il a obtenu de très-bons résultats, mais il ne sait pas s'il les doit à l'opium ou au sulfate de strychnine. Pourrait-il nous dire, pour être conséquent, si c'est à l'opium ou au sulfate de strychnine qu'il doit ses 6 décès sur ses 7 cas très-graves ?

Quoi qu'il en soit, nous pousserons l'abnégation jusqu'à n'enregistrer que ses cas très-graves, et nous négligerons ses choléroïdes.

En additionnant les cas que nous venons de passer en revue, et qui ont été fournis, pour la plupart, par nos adversaires, nous trouvons un chiffre total de 112.

On voudra bien remarquer que c'est dans des cas extrêmement graves qu'ont porté généralement les expérimentations. A l'exception de M. le docteur Le Riche (de Lyon), qui a traité 6 choléras très-graves et 6 cholérines, tous les autres fournissent un nombre de cas moyens bien inférieur à celui qui se présente habituellement dans la pratique. Ainsi, pour tous les auteurs, en dehors de M. Le Riche, sur 100 cas, les cas moyens se trouvent au nombre de 20, c'est-à-dire, par rapport aux cas graves, dans la proportion de 1 sur 5. Or, personne ne pourrait soutenir que telle soit la proportion normale.

Du reste, ce défaut de proportion s'explique par ce motif que, dans les essais nouveaux, on s'attaque de préférence aux cas très-graves, pour juger de la valeur d'un médicament.

Sur ce total de 112 cas, il y a eu 67 guérisons et 45 décès. La proportion des guérisons est de 60 pour cent, ce qui représente un bénéfice de 17 pour cent sur la moyenne générale des guérisons, qui est de 43 pour cent pour les hôpitaux de Paris. — Qu'on juge de la valeur des arguments que nos adversaires ont adressés à notre méthode en se basant sur le numérisme, puisque avec leurs propres chiffres nous en déduisons ce qui précède et qui n'a pas besoin de commentaires. — Nous pouvons ajouter que nous avons en notre possession des chiffres qui nous sont adressés par des praticiens, chiffres qui n'ont pas encore été publiés, et qui n'attendent qu'une nouvelle explosion de la part du parti adverse pour se montrer en ligne.

Mais les résultats que nous venons d'énoncer représentent-ils bien en réalité ceux que le sulfate de strychnine peut fournir, en s'appliquant à tous les cas, en général, et tels qu'ils se présentent par ordre de gravité dans la pratique? Ce serait d'autant plus puéril de le soutenir, que, le plus souvent, les essais ont été faits, ainsi que nous venons de le faire observer, sur les cas les plus graves, sur ceux où (nous persistons à l'affirmer jusqu'à preuve rigoureuse du contraire) on ne guérit que 2 fois sur 12.

Voici une toute petite statistique basée sur 36 cas, traités tous indistinctement par le sulfate de strychnine, au fur et à mesure qu'ils se sont présentés ; où la méthode a été mise carrément en pratique et sans exception. Cette statistique nous appartient ; elle résume les cas que nous avons traités en ville, sur lesquels nous pouvons, par conséquent, donner tous les détails

sans infraction aux règlements, ce qui ne nous est pas possible pour les malades de notre hôpital. — Cette statistique donnera une juste appréciation de ce qu'on peut obtenir de la méthode, en traitant tous les cas à l'avenant ; et elle mérite bien une certaine confiance, puisqu'elle a, sur toutes celles que l'on fait, l'incontestable avantage du contrôle. Tous ces cas, en effet, ont été ou pu être vérifiés par un délégué de M. le ministre du Commerce, M. le médecin en chef des épidémies de la Seine, qui avait mission de suivre notre traitement sur tous nos malades, et à qui noms et adresses de tous ces malades ont été remis par nous. Nous pouvons défier qui que ce soit au monde de trouver la moindre inexactitude dans les chiffres, la diversité des cas et les résultats.

Du 25 juillet au 16 septembre, nous avons traité en ville 36 malades, presque tous habitant dans le même quartier, ce quartier qui paye d'habitude une si large part aux épidémies, et qui se compose des rues de Laborde, de la Bienfaisance, du Rocher, de la Pépinière, de la place de Laborde, et de plusieurs petites rues adjacentes.

Sur ces 36 cas, il y a 17 choléras excessivement graves et graves, 7 moyens et 12 légers. Voici, sous le rapport des âges et des sexes, comment se répartissent ces 36 cas :

13 femmes de 25 à 60 ans, 8 hommes de 25 à 72 ans ; 5 adultes de 16 à 25 ans, dont une demoiselle, et 10 petits garçons ou petites filles de 15 mois à 12 ans.

On voit ici dans quelle proportion se présentent tous les cas très-graves, graves, moyens et légers : sur ces 36 cas, il y a eu 6 décès et 30 guérisons. Mais le côté certainement le plus remarquable, c'est que, sur les 10 enfants dont 6 gravement atteints, un seul a succombé.

Les 5 décès restants ont porté sur 2 hommes de 50 et 72 ans, et sur 3 femmes de 50 à 65 ans. De ces 3 femmes, l'une a suivi le traitement complet ; l'autre, traitée par d'autres méthodes, a succombé après n'avoir pris que 0,005 de sulfate de strychnine, et la troisième, entrée en réaction après une potion à 0,02, a été soumise, en dehors de notre participation, au traitement Raspail.

La proportion de la mortalité sur ces 36 cas, représente donc une moyenne de 16 décès sur 100. Ces données fourniront sans doute matière à réflexion à ceux qui, jugeant d'après nos 44 observations, adressées aux académies, observations tout à fait exceptionnelles par leur gravité, ont cru pouvoir conclure que, par notre méthode, on ne guérit pas plus que par les autres.

Si nous réunissons tous ces cas de notre pratique civile à ceux traités à l'hôpital, et pendant les expériences sur des cas exceptionnels, et après, nous pourrons présenter une masse de faits dont le chiffre total s'élève à 152. Nous avons rédigé ces 152 observations, qui, en trois exemplaires, doivent aller à trois destinations différentes. Ce chiffre de 152 ne représente point, sous le rapport de la gravité, la moyenne que l'on rencontre dans un même service et d'un bout de l'épidémie à l'autre, puisque pendant longtemps nous nous sommes tenu dans l'exception, et que nous n'avons traité exclusivement que des cas très-graves. Cette moyenne se trouve donc ici bien supérieure à ce qu'elle est dans les autres statistiques. Cependant, en fusionnant tout, nous trouvons 51 décès et 101 guérisons, ce qui porte la moyenne de la mortalité sur 100 à 33 au lieu de 57 sur 100, qui est celle des hôpitaux de Paris.

Avons-nous, après cela, quelque chose à ajouter pour plaider numériquement la valeur de la méthode que nous soutenons? Aux bons esprits à répondre.

Depuis si longtemps que nous étudions et observons, nous n'avons pas été sans apprendre toutes les petites finesses qui se glissent dans les statistiques. Parfois nous avons eu la malice d'en scruter quelques-unes à fond, et ce que nous avons découvert nous a porté à devenir méfiant. C'est ce motif qui nous a fait dire qu'une méthode ne peut être rigoureusement jugée que tout autant que, sous les yeux d'une commission, elle est mise à épreuve, et sur des cas identiques, avec d'autres méthodes. C'est ce qui nous a porté à demander partout, pour le cas présent, mais vainement, à être soumis à cette épreuve. — Viendra sans doute un jour où, mieux avisé, on arrivera enfin à cette logique détermination.

L'honorable docteur Vernois, de l'hôpital Necker, s'est livré, sur les cholériques, à une série d'expérimentations, pour démontrer si l'absorption s'effectue encore ou non dans la période algide du choléra.

La reproduction de son travail, dans tous les organes de la presse médicale, est une preuve suffisante de l'importance qu'on y a attachée.

Nos adversaires ont cru pouvoir y puiser leur plus rigoureux argument pour prouver l'inanité de la médication strychnique, sans songer peut-être que, par ce même argument, ils mettaient aussi en évidence l'impuissance de toutes les autres médications.

Il nous aurait été par trop facile de démontrer, et la nullité des expérimentations de M. Vernois et la fausse conséquence qu'il en a tirée, quand il soutient que l'absorption est anéantie ; mais cette tâche ayant déjà été très-suffisamment remplie par M. le docteur Lemaire, dans sa lettre au *Moniteur des Hôpitaux* du 23 septembre, nous croyons inutile d'y revenir.

Ce confrère a démontré, en effet, qu'*une seule* des 22 expériences de M. Vernois a été faite dans des conditions sérieuses : c'est celle où l'on a recherché, dans le liquide urinaire, la présence du médicament administré, et, précisément, le médicament a été retrouvé, ce qui n'a pas empêché M. Vernois de conclure à la non-absorption !

III. Jugement académique.

Toute notre vie scientifique prouve quel profond respect nous professons pour l'Académie de médecine ; cependant, ce respect ne saurait aller jusqu'à faire abnégation de notre raison devant le jugement que ce corps savant vient de porter au sujet de notre travail, et à laisser passer sans réfutation quelques erreurs qui se sont glissées dans le rapport de l'honorable M. Gérardin.

Sur la proposition de l'honorable M. Gibert, l'Académie déclare, dans sa quatrième conclusion, que notre méthode de traitement ne guérit pas plus que les traitements ordinaires.

Or, comment l'Académie a-t-elle pu faire une semblable déclaration, quand nous avons obtenu une mortalité de 33 pour cent (51 décès sur 152 malades), tandis que la mortalité des hôpitaux à Paris est de 57 pour cent? Est-ce aveuglément? Est-ce mauvaise foi? Non, c'est tout simplement erreur. L'Académie a prononcé d'après nos 44 premiers cas, sans se rappeler que nous l'avions prévenue que nos premiers essais, conformément à toute tentative thérapeutique prudente, avaient porté exclusivement sur des cas très-graves, sur ces cas où tout espoir est presque perdu, et dans lesquels les méthodes ordinaires donnent invariablement une mortalité de 4 sur 5. C'était donc uniquement à une série de cas très-graves qu'il aurait fallu comparer nos 44 faits, si l'Académie, qui ne pèche pas habituellement, en fait de rapports, par excès de précipitation, n'aimait pas mieux attendre les résultats que nous lui avions annoncés, de notre expérimentation sur tous les cas indistinctement.

Quelques membres de l'Académie ont un peu subi la pression et les mauvaises passions du dehors ; ils lui ont fait comparer ce qui n'était pas comparable : voilà le secret de son erreur.

Cela dit sur l'ensemble des résultats, repoussons seulement deux objections de détail :

M. Gérardin nous a reproché de n'avoir pas tenu compte, ainsi que l'ont fait ceux qui ont expérimenté le fer, l'iode, etc., des modifications apportées par le sulfate de strychnine dans les liquides excrétés. — Une lecture, sans doute trop rapide, de notre Mémoire, aura probablement fait glisser l'honorable académicien sur les détails relatifs à ce sujet. Noter que la sécrétion urinaire se rétablit dans tant de cas, à telle époque, et ne se rétablit pas dans tant d'autres ; que l'urine contient encore de l'albumine à tel moment et n'en contient pas dans tel autre ; déterminer avec rigueur, dans la plupart des cas, la diminution ou la persistance des selles et des vomissements, l'apparition ou l'absence de l'exhalation cutanée : ne sont-ce pas là des observations

sur les modifications éprouvées par les liquides excrétés? — Or, c'est là ce que nous avons fait et consigné dans notre Mémoire. Si nous comprenons la pensée de l'honorable rapporteur mieux qu'il ne l'a exprimée, il aurait voulu, probablement, que nous recherchions dans l'urine la présence de la strychnine, comme M. Bonnet (de Lyon) a recherché celle de l'iode dans le même liquide; comme d'autres expérimentateurs ont recherché le fer dans les excréments, pour juger de la quantité absorbée par la différence de celle retrouvée. Ici, son reproche eût été juste; mais, comme nous avons toujours cru à un certain degré d'absorption, et que nous croyons la prouver par les guérisons obtenues, c'est en bonne logique à ceux qui n'y croient pas, et M. Gérardin n'est pas de ce nombre, à nous prouver le contraire : nous n'avions donc pas rigoureusement besoin de nous livrer à ces expériences.

L'éminent professeur M. Bouillaud, pour le talent de qui nous avons une véritable vénération, s'est élevé contre l'abandon des médications rationnelles. Mais la discussion sur le rhumatisme et son traitement ne lui a-t-elle pas prouvé, en 1849, que ce qui est profondément rationnel pour l'un ne l'est pas, même superficiellement, pour l'autre? Et la méthode numérique n'est-elle pas venue contre carrer ses belles recherches et prouver la stérilité de son traitement des saignées coup sur coup? Il n'y a de rationnel, en médecine, que ce qui est consacré par une intelligente expérience, et, à ce titre, malgré la discussion de 1849, nous tenons encore, nous, pour très-rationnelle, la méthode de l'illustre professeur. Peut-être se trouvera-t-il quelqu'un, même dans le sein de l'Académie, qui tienne aussi pour rationnelle la médication strychnique appliquée au choléra.

Si les vrais praticiens ont eu la bonté de lire les détails, rigoureusement exacts, quoique succincts, dans lesquels nous venons d'entrer, ils nous accorderont sans doute que nous pouvons les résumer ainsi :

En théorie, rien de sérieux n'a été opposé à la médication strychnique ; car toute théorie sur une maladie à cause inconnue étant nécessairement hypothétique, aucune objection concluante n'en peut sortir, et si, comme nous le croyons et comme nous avons cherché à le prouver, le choléra était une névrose du système ganglionnaire, la médication strychnique deviendrait par cela même, plus que toute autre, conforme à la théorie ;

En pratique, et en acceptant comme faites dans les conditions normales toutes les observations (1) numériquement produites, la strychnine a donné 67 guérisons sur 100, au lieu de 45 à 50! Tant qu'on n'opposera pas à ces résultats des résultats positifs de même ordre, rigoureusement observés, toutes les divagations du monde n'empêcheront pas les médecins qui ne font pas abstraction de leur raison, de rester convaincus que le sulfate de strychnine tient le premier rang dans le traitement du choléra.

Aussi tenons-nous à présenter une dernière fois tous les détails relatifs à notre méthode :

En général, dans tous les cas, il faut tenir le ventre chaud, coucher les malades dans des couvertures de laine et ne donner que des boissons chaudes.

Dans les cas graves et très-graves, on exerce des frictions sèches sur la peau, pour ramener un peu la circulation capillaire; et en même temps qu'on donne le sulfate de strychnine, on applique des ventouses scarifiées sur le thorax, 15 à 30 sangsues à la ceinture. Quand la réaction s'est faite, on cesse d'une manière absolue l'usage du médicament ; on en diminue les doses dès que la chaleur et le pouls reparaissent.

Quand aux vomissements et selles riziformes succèdent des vomissements ou des selles liquides et vertes ; si ces vomissements, ces selles sont abondants ou fréquents, il faut donner un ipéca ou un sulfate de soude, suivant la prédominance des évacuations par haut ou par bas. L'état torpide, lorsqu'il survient, doit être combattu par quelques évacuations sanguines locales, les vésicatoires, surtout le vésicatoire en calotte sur la tête, les rubéfiants cutanés et les toniques à l'intérieur.

Les doses de sulfate de strychnine sont de 0,01 par jour dans les cas légers ; 0,015 dans les cas moyens, et, dans les cas graves et très-graves, de 0,02 et 0,03 matin et soir.

La potion, faite avec 60 grammes du véhicule, est prise en quatre fois, dans quatre heures, et, pour que le malade ne la rejette pas par le vomissement, il faut donner, après chaque prise, un morceau de glace ou un peu d'eau fraîche. S'il y avait vomissement avant dix minutes, il faudrait répéter la prise.

Quand la réaction s'est opérée, que le pouls présente du développement, il convient de faire une saignée générale et de donner ensuite quelques bains chauds, le malade ayant de la glace ou de l'eau froide sur la tête.

(1) Or, cette concession est évidemment trop large, puisque mes 44 premiers cas étaient d'une gravité exceptionnelle, pour des raisons que j'ai expliquées, qu'il en était de même de ceux de M. Vernois, de M. Hérard, et même jusqu'à un certain point, de ceux dont la relation se trouve dans le travail de M. Sée, travail qui, d'ailleurs, se distingue de tous les autres par sa valeur et la confiance qu'il doit inspirer.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins et en général par les appareils redresseurs ou contenteurs.

Résumé critique de la dernière discussion académique sur ce sujet.

Les préoccupations occasionnées par le choléra étant à peu près calmées, il est temps de nous rappeler que nous avons promis le résumé de la dernière discussion sur des affections bien autrement fréquentes, sinon aussi graves, que le fléau indien, et qui ont sur lui le triste privilége d'être de tous les temps et de tous les lieux. Cette discussion qui, on se le rappelle, devait avoir pour unique objet les avantages et les inconvénients qui peuvent résulter de l'application des redresseurs intra-utérins, s'est promptement étendue, sous la fécondité des divers orateurs, à la pathologie utérine presque tout entière. Le savant et habile rapporteur a eu soin de ramener, autant qu'il l'a pu, la question à ses véritables termes ; nous suivrons son exemple, et nous restreindrons ce résumé succinct à ce qui concerne l'emploi des moyens mécaniques destinés à rétablir dans sa position normale l'utérus dévié, infléchi sur lui-même ou abaissé. Nous ne ferons qu'indiquer et apprécier très-sommairement ce qui est étranger à ce point spécial.

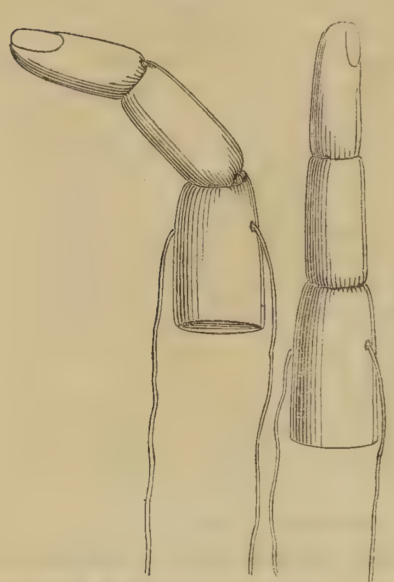
Dans le très-remarquable Rapport de M. Depaul, on a pu voir la description sommaire des appareils récemment imaginés pour atteindre le but ci-dessus indiqué ; mais, en l'absence de figures, les descriptions sont difficiles à saisir; nous avons donc jugé utile de reproduire, en la complétant, la nomenclature instrumentale de l'habile rapporteur, et d'accompagner de figures la description sommaire des divers appareils. Il est entendu que nous avons cru devoir éliminer de notre liste les pessaires anciennement connus, qui se trouvent depuis longtemps entre les mains de tous les praticiens.

Doigt artificiel. — Voici d'abord un instrument qui, pour n'être qu'explorateur, se rattache assez à la question pour mériter d'être mentionné dans la liste que nous allons dresser. Pour explorer par le rectum à une hauteur plus grande qu'à celle que peut atteindre le doigt indicateur, et pour pénétrer aussi dans la cavité utérine, M. Amussat a imaginé, il y a déjà longtemps, un doit artificiel.

Ce doigt, qui peut être fait avec du buis ou avec de l'ivoire, se compose de trois phalanges articulées et mobiles, formant par leur réunion une longueur égale à celle d'un doigt indicateur ordinaire (*fig.* 1).

La première phalange est creusée en forme de dez à coudre, de manière à recevoir le bout du doigt de l'indicateur du chirurgien. Deux cordonnets sont placés dans toute la longueur du doigt artificiel; l'un est en avant, l'autre en arrière, pour opérer à volonté la flexion ou l'extension des phalanges.

Fig. 1.



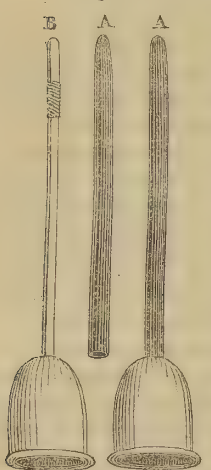
Avant de s'en servir, on l'enduit d'un corps gras et on s'assure de la mobilité de ses articulations phalangiennes; puis, on le place sur la première phalange du doigt indicateur et on l'introduit soit dans le rectum, soit dans l'utérus, aussi profondément qu'il le faut pour explorer.

Dans la cavité utérine, lorsque le col est assez dilaté, on peut l'y faire pénétrer pour explorer des polypes et des tumeurs.

Par le rectum, surtout, ce doigt surajouté est, suivant l'auteur, très-utile pour les affections qui ont leur siége à la partie supérieure de cet intestin et aussi pour redresser l'utérus placé en rétroversion dans l'état de grossesse et de vacuité.

A défaut de ce doigt, on pourrait y suppléer, suivant M. Amussat, en improvisant un doigt analogue avec un dez à coudre plus ou moins long ou avec plusieurs dez que l'on recouvrirait d'un doigt de gant.

Fig. 2.



Bougies utérines. — La figure 2 représente AA deux tiges creuses en tissu des sondes élastiques de l'urètre; elles sont destinées à être placées dans le col de l'utérus (*fig.* 2); l'une est montée sur un dez à coudre pour faciliter son introduction.

B représente une tige d'acier destinée à servir de mandrin à la tige creuse; à son sommet existe un pas de vis.

Pour apprécier la sensibilité de l'utérus et pour l'émousser, M. Amussat conseille de commencer par introduire dans cet organe des bougies fines, élastiques, de la longueur de la cavité utérine. On place ensuite, avec ou sans mandrins, les petites tiges que nous venons de décrire. Ces tiges sont garnies d'une tête en cire ou d'un dez, et d'un fil de soie. Pour empêcher ces bougies et ces tiges de s'échapper, on place dans le fond du vagin une petite éponge attachée avec un fil qui le dépasse, afin de pouvoir la retirer facilement.

En résumé, ces instruments, destinés plutôt à préparer l'utérus au contact d'un redresseur, se composent :

- De bougies élastiques de petites dimensions;
- De sondes creuses plus ou moins grosses dans lesquelles on peut introduire un mandrin;
- De tiges d'ivoire ou de tissu élastique ajustées sur un dez à coudre;
- De mandrins simples ou à vis.

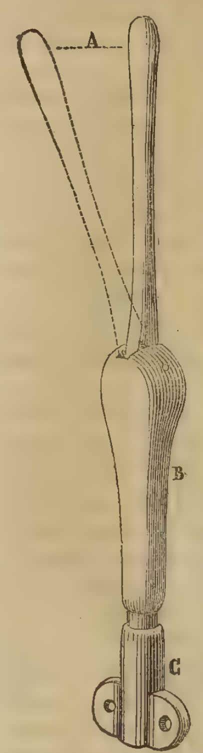
Après avoir placé un spéculum convenablement, l'orifice utérin étant bien apparent, on introduit la petite sonde élastique avec de longues pinces à pansement ou à polypes. On introduit un mandrin simple ou à vis dans cette bougie. Mais si on éprouve trop de difficultés pour l'introduire, on redresse d'abord l'utérus avec un cathéter d'enfant recourbé. Enfin, on place la petite éponge, puis on retire le spéculum avec soin en retenant l'éponge avec la pince fermée.

Tige articulée. — Si les tiges simples ont été bien supportées, alors on introduit la tige articulaire suivante, en acier ou mieux en ivoire, laquelle, ainsi que l'a rappelé M. Depaul dans son Rapport, n'est autre qu'un redresseur utérin, et a été décrite dès 1828 par un élève de M. Amussat (*voy.* Thèse de M. Quetier, Paris, 1828).

Ce redresseur articulé (*fig.* 3) est composé de trois parties toutes en ivoire :

A. D'une tige, olivaire à son extrémité, moins longue que la cavité utérine dans laquelle elle doit être introduite. Cette tige est mobile et s'articule avec une partie renflée *B.*

Fig. 3.



C. La troisième portion qui s'articule avec la seconde sert pour ainsi dire de manche à l'instrument, et pour pouvoir l'attacher à un bandage de corps, elle présente deux ailes destinées aussi à recevoir des fils.

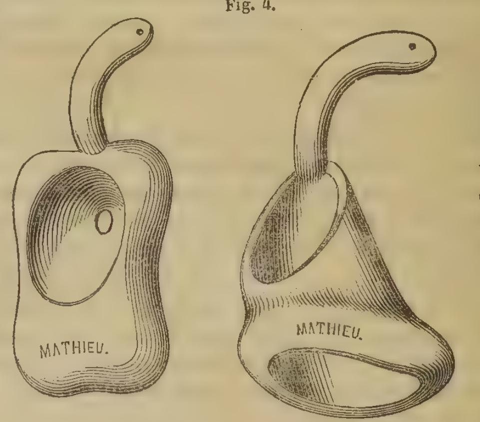
Le spéculum étant placé et l'utérus redressé par les bougies et les sondes avec ou sans mandrins, après avoir enduit d'un corps gras la tige articulée, on l'introduit avec précaution dans l'utérus et on la fixe avec des sous-cuisses à un bandage de corps.

Il serait difficile, après les détails qui précèdent, de disputer à M. Amussat la priorité à l'invention du redresseur utérin; aussi ne lui a-t-on pas contesté ses droits depuis que M. Depaul les a rétablis; car il est assez remarquable de constater que ce n'est pas lui qui les a réclamés, ce qui semble indiquer qu'il n'y tenait pas beaucoup. On n'a donc fait que modifier son invention; mais avant de parler des modifications qu'on lui a fait subir, décrivons encore deux autres instruments de M. Amussat, pour en finir avec les ingénieuses créations de cet habile praticien.

Ventouse utérine. — M. Amussat a imaginé, sous le nom de ventouse utérine, une ventouse en ivoire; elle a la forme d'un cône creux, plus long que le vagin, dans lequel elle doit être introduite. Son ouverture supérieure est assez large pour recevoir le col et le corps de l'utérus.

Ce cône creux va en diminuant de volume de haut en bas, et son ouverture inférieure assez petite est garnie d'un pas de vis auquel on adapte la pompe ordinaire destinée à faire le vide, comme pour les ventouses de la peau.

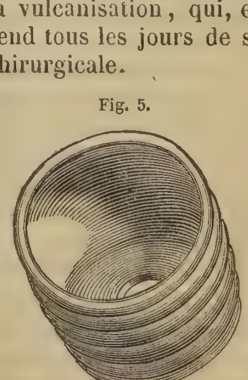
Fig. 4.



Pessaire à air. M. Amussat avait aussi imaginé à la même époque des pessaires en caoutchouc (*fig.* 4) que l'on pouvait insuffler à volonté, et avec lesquels il fit, mais inutilement, quelques essais de redressement de l'utérus.

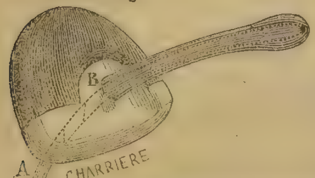
Ces pessaires avaient, comme on le voit, beaucoup d'analogie avec ceux qu'a imaginés depuis notre très-ingénieux confrère M. Gariel; il n'a peut-être manqué à M. Amussat, pour leur donner toute la perfection que leur a donnée M. Gariel lui-même, que la belle découverte de la vulcanisation, qui, entre les mains de ce dernier médecin, rend tous les jours de si grands services à la pratique médico-chirurgicale.

Fig. 5.



Pessaire en cuvier. — Enfin, la figure 5 représente un pessaire d'ivoire creux en forme de gobelet renversé ou mieux de petit cuvier, imaginé encore par M. Amussat. La face interne de cet instrument est lisse et polie; sa face externe présente des éminences circulaires séparées par des rainures pour l'empêcher de glisser sur la surface du vagin. Cette espèce de petit cuvier est ouvert largement en haut pour recevoir le col et l'utérus. En bas, il présente une ouverture circulaire destinée à l'écoulement facile des mucosités utérines et à l'introduction de la première phalange du doigt indicateur, pour savoir si l'utérus est bien engagé, ce que l'on ne reconnaît souvent qu'au bout de quelques heures. Cette ouverture sert aussi pour retirer l'instrument quand les fils placés à son extrémité viennent à manquer.

Fig. 6.



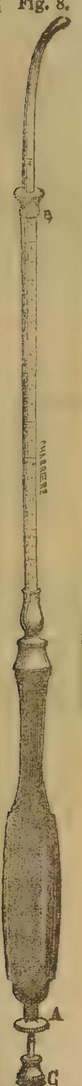


Le bagage instrumental de M. Amussat est, comme on le voit, assez bien fourni, et ce chirurgien aurait pu à bon droit réclamer, en 1849, la priorité que revendiqua à cette époque M. Velpeau, pour un instrument dont nous allons maintenant parler. Mais nous verrons que M. Amussat n'eut pas beaucoup à se féliciter de son invention, et c'est probablement là ce qui le décida à ne pas user de ses droits; il a fallu, dans la dernière discussion, qu'il les fit valoir, pour que M. Amussat se décidât enfin à montrer en quoi ils consistaient.

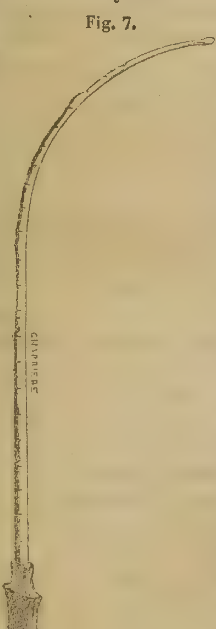
Après M. Amussat, vint M. Velpeau.

M. Velpeau, toutefois, qui sans aucun doute, ignorait les inventions de M. Amussat, ne parut pas se proposer le même but que ce dernier chirurgien, et en cela, il est nécessaire de modifier ce que l'habile rapporteur dit à la page 7 du Rapport de l'instrument de M. Velpeau, inventé à ce qu'il paraît vers 1834 ou 1835. Ce professeur, préoccupé surtout des inflexions de l'utérus, voulait moins soutenir l'organe ou modifier son inclinaison générale, que rendre son axe rectiligne, de courbe qu'il était. Aussi le redresseur (*fig.* 6) de M. Velpeau est-il flexible, et peut-il, à l'aide d'un mandrin articulé, être introduit dans la cavité utérine dans un état de flexion plus ou moins prononcé et s'y redresser graduellement à l'aide d'une vis de rappel. Sous ce rapport, l'instrument de M. Velpeau, formé comme on le voit d'une tige flexible A, et d'un véritable pessaire métallique B, qui lui sert de support, offrait un avantage qu'on n'a point réalisé dans les appareils imaginés postérieurement, ce qui n'empêcha pas le savant auteur de renoncer à son instrument presque aussitôt après l'avoir inventé.

Fig. 8. Fig. 9. Fig. 7.







Les pessaires de M. Simpson n'apparurent qu'après ceux de M. Velpeau, ou plutôt de M. Amussat, car, de même que ce chirurgien, l'accoucheur d'Edimbourg se proposa, pour principale indication, de rétablir l'inclinaison supposée normale et la hauteur de l'utérus, et non de redresser l'axe propre de cet organe.

M. Valleix, et, après lui, plusieurs praticiens, imaginèrent aux appareils Simpson diverses modifications; il serait inutile de décrire tous ces appareils par ordre chronologique, et nous allons nous contenter de les faire connaître sommairement.

La figure 7 est la sonde utérine de Simpson, car ce chirurgien pensa, à l'exemple de M. Amussat, qu'il convenait d'habituer la cavité utérine à la présence des corps étrangers avant d'y placer à demeure le redresseur.

La figure 8 est une sonde analogue, graduée et à coulisse, imaginée par M. Huguier (car M. Huguier, tel que vous le voyez, ne laisse pas que d'avoir l'esprit inventif) et décorée par ce pittoresque inventeur, du nom d'hystéromètre; avec cette sonde, on peut mesurer la distance de l'orifice du col au fond de la cavité utérine, ce qui est un avantage assez médiocre.

Fig. 11. Fig. 10.





La sonde de M. Valleix (*fig.* 9) remplit à peu près exactement l'office de la précédente, et elle a l'avantage d'être plus simple.

Des pessaires presque innombrables, imaginés par M. Simpson, le pessaire-redresseur dit pubien (*fig.* 10) est le seul qu'on ait cherché à naturaliser en France. Il se compose d'une branche interne ou utérine, rigide B, entourée à sa base d'un disque ovalaire, et d'une tige flexible qui s'articule et se désarticule à volonté en A avec une autre tige à l'aide de laquelle elle prend un appui plus ou moins solide (solide suivant l'auteur) sur le bassin.

La figure 11 représente le manche à l'aide duquel M. Simpson introduit la tige B dans l'utérus.

M. Valleix, en adoptant la forme générale de cet instrument, y a apporté plusieurs modifications successives que nous allons faire connaître. H. DE CASTELNAU.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De la curabilité des déplacements de l'utérus,

Par M. GARIEL, *D. M. P.*

Les déplacements de l'utérus sont des affections auxquelles on se contente d'opposer des palliatifs, et qui sont regardées, jusqu'ici du moins, et à juste titre, comme non susceptibles de guérison radicale.

Les observations que je vais rapporter prouvent que cette manière de voir doit être modifiée, et qu'au moyen des appareils prothétiques dont j'ai proposé l'adoption (pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé) on peut espérer une guérison définitive, même après ***la cessation complète*** de l'application de l'appareil prothétique. — Il y a même lieu de remarquer que cette guérison arrive dans un grand nombre de cas beaucoup plus promptement qu'on ne pourrait le supposer; dans la 2e observation, par exemple, la pelote-pessaire n'est pas restée appliquée plus de douze jours; et aujourd'hui, 2 octobre, aucun accident ne s'est reproduit, quoique la malade ait repris, depuis sa sortie de l'hôpital, l'état fatigant de brunisseuse.

Quant à la 1re observation, elle me paraît digne d'intérêt, à cause de la durée et de la gravité de l'affection (prolapsus complet datant de plusieurs années) et à cause du temps qui s'est écoulé depuis le moment de la guérison définitive de la malade.

1re *Observation. — Prolapsus complet de l'utérus. — Réduction. — Guérison définitive.* — Madame Dormoy, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 65, âgée de 44 ans, adressée le 2 août 1851 par M. le docteur Aussandon.

Renseignements sur l'état antérieur. — Cette malade, toujours bien réglée, est accouchée il y a 22 ans. Depuis cette époque, mais surtout depuis deux ans, elle éprouve de violentes douleurs dans les reins et dans l'hypogastre, et un sentiment de gêne et de cuisson insupportable à l'entrée la vulve. Un médecin constate que le col de l'utérus fait saillie au dehors des parties externes de la génération; il conseille l'application d'un pessaire rigide (improprement nommé pessaire en gomme élastique); ce pessaire est appliqué dix jours en plusieurs fois : il donne toujours lieu à des symptômes d'inflammation, qui ne cèdent que difficilement à l'emploi de bains prolongés; la malade cesse tout traitement jusqu'à ce jour, se bornant à soutenir l'utérus au moyen d'une serviette fixée à un bandage de corps.

2 *août* 1851. *Premier examen.* — Douleurs lombaire et hypogastrique intolérables; leucorrhée abondante. L'examen des parties fait reconnaître que l'utérus fait une saillie de 4 centimètres en dehors de la vulve. Autour du col utérin, existe une large ulcération; la membrane muqueuse utérine et vaginale qui recouvre les parties prolabées est sèche et parcheminée; la réduction de l'utérus se fait facilement, mais le prolapsus se reproduit aussitôt que l'utérus est abandonné à son propre poids.

Application du pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, pelote n° 5 (1) : cessation immédiate des douleurs. L'utérus a repris sa position

(1) Il y a six numéros de pelotes-pessaires. La pelote n° 6 a le plus grand diamètre.

normale : la malade marche, se baisse, fait des efforts de défécation sans que le déplacement se reproduise.

Le 9, la malade a mis sa pelote-pessaire tous les matins avant de se lever, et l'a retirée tous les soirs, selon l'indication formelle que je donne. Le prolapsus ne s'est pas reproduit ; les douleurs lombaire et hypogastrique ont disparu ; la leucorrhée a sensiblement diminué ; il y a, enfin, un bien-être dont la malade ne peut se rendre compte, et dont elle n'ose espérer la continuation. Je retire la pelote-pessaire, et par le toucher, je reconnais que le col de l'utérus est à 3 centimètres environ au-dessus de la vulve. J'engage la malade à faire de légers efforts de défécation, et le col de l'utérus descend à peine d'un centimètre. Enhardi par cette première épreuve, je conseille à la malade de redoubler ses efforts, je la fais accroupir, je lui fais soulever un meuble, et je ne puis reproduire le prolapsus. L'ulcération, examinée au spéculum, est en voie de cicatrisation.

28 *septembre.* La malade a porté régulièrement sa pelote-pessaire, et le succès ne s'est pas démenti.

27 *juillet* 1854. Pendant tout le temps qui s'est écoulé depuis sa dernière visite (trois ans environ), madame Dormoy a joui de la santé la plus parfaite. Depuis quatre mois environ, elle a cru pouvoir cesser l'usage de sa pelote-pessaire, et quoiqu'elle travaille toute la journée et s'occupe seule de son ménage, le prolapsus ne s'est jamais reproduit, les douleurs n'ont pas reparu.

2e *Observation. — Antéversion. — Phlegmon péri-utérin. — Brides cicatricielles dans le cul-de-sac recto-vaginal. — Guérison.* — Rouchère (Honorine), âgée de 20 ans, brunisseuse, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 29, le 29 mai 1854.

Renseignements sur l'état antérieur. — Accouchée il y a dix mois, cette malade s'est levée au bout de quatre jours, et a éprouvé immédiatement un retentissement douloureux dans les régions lombaire et hypogastrique. Le côté gauche était plus affecté que le côté droit. Leucorrhée, constipation opiniâtre ; travail impossible ; la marche est douloureuse, mais la station est plus pénible encore. Les règles reparaissent au bout de cinq mois, et reviennent tous les quinze jours. Avant la grossesse elle étaient régulières. Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, métrorrhagie.

29 *mai.* Les symptômes que je viens d'indiquer s'accompagnent d'une fièvre intense. Le toucher fait reconnaître que le corps de l'utérus est en antéversion ; le col, porté en arrière, est chaud, tuméfié ; la tuméfaction s'étend au tissu cellulaire péri-utérin. — 40 sangsues.

1er *juin.* La fièvre a cédé, les douleurs sont aussi intenses. — 40 sangsues.

Le 2, il n'y a pas de modification dans l'état local. — Repos au lit, bains.

Le 18, les douleurs sont si vives, que la malade ne peut quitter le lit ; elles s'irradient principalement dans les reins, l'aine gauche et la vulve. L'examen au spéculum met à jour une ulcération du col de l'utérus de la largeur d'une pièce de deux francs ; le toucher, pratiqué dans la position verticale, fait reconnaître une antéversion presque complète avec abaissement rudimentaire de l'utérus. Le col de cet organe est dur, volumineux ; dans le cul-de-sac recto-vaginal existent des brides cicatricielles.

Le 23, mêmes symptômes. — Application de la pelote-pessaire n° 3, discontinuation de tout autre traitement.

Le 24, la malade a marché quatre heures sans souffrances ; mais elle est très-faible et se couche avant la fin de la journée, parce que ses jambes ont de la peine à la porter.

Le 26, levée à cinq heures du matin, la malade fait son lit sans éprouver de douleurs ; à une heure de l'après-midi, elle fait une chute sur les reins ; immédiatement, surviennent dans la région lombaire des douleurs assez vives pour déterminer de la fièvre et exiger le repos au lit jusqu'au 9 juillet.

9 *juillet.* Réapplication de la pelote-pessaire.

Le 10, après être restée levée pendant deux heures, la malade s'est recouchée par prudence, et quoiqu'elle n'ait pas éprouvé la plus légère douleur.

Les jours suivants, elle quitte le lit pendant un nombre d'heures de plus en plus considérable.

Le 15, elle descend au jardin et reste levée toute la journée.

Le 22, aucune douleur n'étant survenue et le bien-être étant complet, la malade essaie de marcher sans sa pelote.

Le 28, depuis six jours la pelote n'a pas été appliquée, et aucun accident ne s'est manifesté.

La malade sort de l'hôpital.

27 *août.* La guérison ne s'est pas démentie ; la malade a repris son état de brunisseuse et travaille toute la journée. L'antéversion subsiste, l'abaissement a disparu. Il est impossible d'arriver au cul-de-sac recto-vaginal et de constater l'état des brides cicatricielles.

1er *septembre.* La pelote-pessaire n'a pas été réappliquée ; le bien-être complet qu'éprouve la malade est constaté par M. le docteur Briquet, à l'obligeance duquel je dois cette observation.

(*La suite au prochain numéro*)

THÉRAPEUTIQUE.

Topique anticharbonneux.

℞ Sublimé corrosif. . . . . 15 grammes.
Onguent basilicum. . . . 30 —
Poudre de scabieuse. . . q. s.

On en étend sur du linge un morceau gros comme une petite pièce de monnaie, et un peu plus large que la circonférence de la pustule, et l'on a soin de mettre tout autour un peu de diachylum gommé, pour qu'il adhère plus facilement.

Le topique ainsi disposé, on pratique, sur le tubercule ou au centre de la pustule, une incision cruciale peu profonde. On attend que le sang ait cessé de couler, et l'on applique l'emplâtre sur le point d'intersection des incisions. Au bout de vingt-quatre heures l'effet est produit. Toutefois il convient de le laisser un peu plus longtemps en place. A la levée de l'appareil, une escarre noire, circulaire, est produite avec un peu de soulèvement épidermique à son pourtour. Les suites sont des plus simples et la guérison prompte.

La même médication (qui n'est, comme on le voit, qu'une action caustique énergique et profonde) est recommandée contre la pustule maligne et contre les ulcères carcinomateux.

(*Gazette médicale de Liége.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nouvelles du choléra.* — L'épidémie continue à s'éteindre lentement, ainsi que le prouve le tableau des entrées dans les hôpitaux de Paris. — Les nouvelles des départements ne sont pas moins rassurantes.

Mouvement dans les hôpitaux civils :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
25 septembre.	8	7	7
26 —	6	5	7
27 —	4	5	20
28 —	5	4	15
29 —	6	7	3
30 —	4	»	10
1er octobre.	3	2	8
	36	30	70

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,240
Sortis. . . . . 2,838 } 6,059
Décédés. . . . . 3,221 }
Reste. . . . . 181 en traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée**, par M. F. Gille, pharmacien à Paris. — A Paris, chez Labé, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. Fleury, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin ; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison*, comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 185:) par M. le docteur Gariel, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut e spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 119. 2e année. Jeudi 5 Octobre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 4 Octobre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La récente application du microscope à l'étude des sciences médicales a fait naître, en ce qui touche le cancer, comme en ce qui a rapport à beaucoup d'autres maladies, l'idée d'un progrès aussi important pour la pratique que pour la partie doctrinale de la médecine. Cette idée se réalisera-t-elle? Notre opinion, ou plutôt quelques-uns des points de vue où nous nous plaçons diffèrent encore assez de ceux des investigateurs modernes, pour que nous croyions devoir nous abstenir encore de répondre à cette question. Mais ce que l'on doit proclamer dès aujourd'hui, à la gloire du microscope, c'est que déjà un progrès important est réalisé ; ce qu'il faut reconnaître aussi, c'est que ce progrès n'est pas assez connu de la généralité des médecins, même de ceux qui ne croupissent pas dans l'ignorance, et qui prennent part au mouvement scientifique ; c'est que pour que la connaissance s'en répande, et pour que le progrès lui-même s'étende promptement, si telle est sa destinée, il faut que les idées modernes soient agitées, et qu'aux puissants adversaires dont elle auront à subir les attaques, elles puissent opposer des défenseurs connus par leurs lumières et leur talent.

C'est pour cette raison que nous avons cru utile de prier notre collaborateur et ami, M. Broca, de vouloir bien tenir la plume pendant l'importante discussion qui a été ouverte hier à l'Académie. Nos lecteurs savent que nul plus que lui n'est capable de tirer d'une cause tout ce qu'elle peut renfermer de bon. H. DE C.

Une légitime curiosité avait attiré un nombreux auditoire dans l'enceinte de l'Académie. On savait que la discussion sur le cancer avait été mise à l'ordre du jour, et que le débat roulerait principalement sur les questions brûlantes qu'a soulevées depuis quelque temps l'application du microscope à l'anatomie pathologique. Deux de ces questions avaient été effleurées à la fin de la précédente séance. Une légère escarmouche avait eu lieu entre M. Robert et M. Velpeau, sur le *degré de curabilité du cancer*, et sur le *degré d'utilité des recherches microscopiques.* Nous espérions que le débat se concentrerait sur ces deux points importants; mais l'Académie en a autrement décidé. Les orateurs, au gré de leurs désirs, pourront parcourir l'immense champ des maladies cancéreuses ou réputées telles. Nous craignons que la discussion ne perde en précision ce qu'elle gagnera en généralité. C'est pourquoi nous nous efforcerons, dans cet article, de ramener toujours l'attention du lecteur sur les deux questions précédemment indiquées, questions dont, à notre avis, on eût mieux fait de ne pas s'écarter.

Les deux premiers orateurs inscrits étaient, naturellement, MM. Velpeau et Robert. Mais, par un sentiment de courtoisie exagérée, aucun de ces deux éminents adversaires n'a voulu prendre la parole avant l'autre; il en est résulté que M. Leblanc est monté le premier à la tribune.

M. Leblanc a surtout étudié le cancer sur les animaux domestiques. Il a vu chez eux la plupart des tumeurs qu'on désigne, à tort ou à raison, sous le nom de cancer. Il admet, sans arrière-pensée, les résultats anatomiques fournis par l'examen microscopique. Il rend grâce au microscope, qui lui a appris à distinguer les tumeurs hypertrophiques de la mamelle, affections bénignes si communes dans la race canine, et si longtemps confondues avec le cancer. Il reconnaît en outre l'énorme différence de structure que le microscope a dévoilée entre les tumeurs cancéreuses proprement dites, qu'il désigne sous le nom de *cancer vrai,* et les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques et mélaniques. — On n'ignore pas, en effet, que les tumeurs noires qui constituent la mélanose des chevaux, diffèrent tout à fait par leur structure de la mélanose de l'homme, en ce qu'on n'y trouve point les éléments microscopiques du cancer. — Jusqu'ici M. Leblanc est parfaitement d'accord avec la jeune École de Paris, — pour employer l'expression de M. Velpeau, — mais il s'en sépare, en apparence du moins, lorsqu'il abandonne le terrain de l'anatomie pathologique pour entrer dans la pathologie proprement dite.

Suivant lui, les tumeurs épithéliales, les tumeurs fibro-plastiques, et les tumeurs mélaniques pures, sont cancéreuses au même titre que les cancers vrais.

Pour légitimer cette conclusion, il établit une définition tirée de deux caractères cliniques qui sont en effet communs à ces diverses tumeurs : d'une part, leur tendance à un accroissement continu, et, d'autre part, leur tendance à la récidive.—*Omnis definitio periculosa.* Peyrilhe a déjà dit qu'il était aussi difficile de définir le cancer que de le guérir, et ce n'est pas peu dire, suivant M. Leblanc lui-même, pour qui le *cancer vrai* est tout à fait incurable. Peyrilhe, bien entendu, ne parlait que des définitions cliniques. S'il eût connu la lésion caractéristique du cancer, il se fût sans doute exprimé autrement. Il est aussi facile, aujourd'hui, de définir le cancer anatomiquement, qu'il est difficile de le définir d'après ses symptômes locaux. Mais, M. Leblanc, rejetant la définition anatomique, a préféré s'en tenir à une définition clinique.

On n'est jamais trahi que par les siens. C'est la clinique précisément, ce sont précisément les symptômes observés par M. Leblanc lui-même, sur les animaux malades, qui nous fourniront des armes contre la doctrine qu'il défend.

Les cancers vrais, dit M. Leblanc, sont de beaucoup plus graves que les autres; ils ne pardonnent jamais et tuent *infaillIblement* (sic). La mélanose pure, au contraire, si fréquente chez les chevaux blancs, et si effrayante par le volume et le grand nombre des tumeurs qu'elle provoque, ne tue que rarement les animaux. Ainsi, pour ne parler que de ces deux espèces, voici deux maladies dont l'une est irrévocablement mortelle, tandis que l'autre est à peu près constamment bénigne ; il y a donc entre elles un abîme, au point de vue clinique. C'est M. Leblanc lui-même qui l'annonce. Les différences anatomiques sont tout aussi tranchées : ici de simples dépôts de pigment, élément

homœomorphe qui fait partie de l'organisation normale; — là des noyaux et des cellules de cancer, élément hétéromorphe, sans analogue dans l'économie. M. Leblanc reconnaît tout cela; et au lieu d'en conclure que ces deux affections, aussi dissemblables par leurs lésions que par leurs symptômes, sont d'espèce différente, il les confond au contraire dans une dénomination commune, par cela seul qu'elles rentrent l'une et l'autre dans sa définition arbitraire.

Nous nous en sommes tenu aux exemples et aux faits invoqués par M. Leblanc. Nous aurions beau jeu, si nous voulions nous appesantir sur les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques dont il n'a parlé qu'en passant. En tout cas, il nous paraît que la divergence qui existe entre M. Leblanc et l'École moderne roule entièrement sur les mots. Si nous lui accordions les mots cancer épithélial, cancer fibro-plastique, etc., il serait de notre avis sur tous les autres points. Pour ce qui regarde, en particulier, les deux questions soumises à l'Académie, on a pu voir que M. Leblanc, d'une part, accepte hautement l'utilité pratique du microscope, et que, d'autre part, il regarde comme incurable le *vrai cancer,* c'est-à-dire le cancer à noyaux et à cellules caractéristiques.

M. Barth a ensuite pris la parole. C'était la première fois que notre honorable confrère montait à la tribune depuis qu'une imposante majorité lui a conféré le titre d'académicien. L'Académie a eu lieu de se féliciter de son choix. Sans posséder l'élocution brillante, et le débit entraînant qui font les grands orateurs, M. Barth a des qualités solides, qui valent mieux pour occuper dignement une tribune scientifique. Sa profonde connaissance du sujet, la clarté de son langage, l'urbanité de ses expressions, lui ont concilié les faveurs de l'auditoire.

La première partie du discours de M. Barth a eu pour but de prouver que le microscope est utile, mais qu'il n'est pas indispensable pour reconnaître, en général, la nature des tumeurs. — Je ne comprends pas, a-t-il dit, qu'il y ait des anatomo-pathologistes qui refusent de se servir du microscope. Cet instrument a rendu trop de services pour qu'on le dédaigne; c'est un nouveau, c'est un très-bon moyen d'investigation ajouté à ceux que nous possédions déjà. Il est au diagnostic des tumeurs ce qu'est l'auscultation au diagnostic clinique des affections thoraciques. Mais ce moyen, quelque bon qu'il soit, ne doit pas faire négliger les autres. Et, de même qu'il serait imprudent d'aborder un malade les yeux bandés, puis de l'ausculter sans autre examen pour diagnostiquer une pneumonie, de même il serait déraisonnable de déterminer la nature des tumeurs par la seule étude microscopique, sans s'inquiéter des caractères visibles à l'œil nu, ni de l'histoire de la maladie.

Nous nous associons d'autant plus volontiers à ces sages paroles, que depuis longtemps déjà et à plusieurs reprises, nous nous sommes élevé contre les prétentions exagérées auxquelles M. Barth vient de faire allusion. Les micrographes purs, à qui il reproche avec raison un excès de zèle, n'existent qu'en Allemagne. L'École française, au contraire, dont on peut considérer M. Lebert comme le fondateur, a toujours allié le microscope au scalpel, et l'anatomie pathologique à la clinique. C'est même là la cause des dissidences qui existent entre nous et les observateurs allemands. Mais nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Pour prouver que le microscope n'est pas toujours indispensable, et qu'il est le *plus souvent* possible de se passer de son concours, M. Barth décrit le suc cancéreux, qu'il désigne sous le nom de pulpe cancéreuse. Combiné en quantité variable à une trame plus ou moins fibreuse, plus ou moins vasculaire, ce suc constitue l'élément fondamental des tumeurs cancéreuses, et lorsqu'il est assez abondant pour qu'on puisse l'extraire par la pression ou par le grattage, ce qui a lieu dans la plupart des cas, il suffit de l'œil nu pour reconnaître la nature cancéreuse des tumeurs. Ici encore, nous nous rallions avec empressement à l'opinion de M. Barth. Nous avons écrit sur le cancer un long Mémoire, que l'Académie a bien voulu couronner, et le but principal de ce travail était précisément de prouver que des différences visibles à l'œil nu coïncident toujours avec les différences révélées par le microscope. « Après nous avoir rendu de si « grands services dans cette étude, disions-nous en terminant le « chapitre des pseudo-cancers, le microscope a presque cessé « de nous être nécessaire : il nous a enseigné à nous servir de « l'œil nu. » Qu'on nous pardonne de citer ici nos propres paroles; mais en écoutant M. Barth, il nous a paru que cette partie de son discours s'adressait à l'École à laquelle nous appartenons. Or, son objection est applicable tout au plus à quelques micrographes allemands, et nous avons tenu à prouver que les micrographes français, qui sont seuls en cause aujourd'hui devant l'Académie, ne sont pas coupables de l'excès de zèle dont parle M. Barth.

Du reste, M. Barth reconnaît, comme tout le monde, que, dans certains cas, l'examen à l'œil nu est insuffisant, et qu'alors il est nécessaire de recourir au microscope qui dénote la présence ou l'absence de la cellule cancéreuse. Il se demande seulement si cet élément microscopique a bien l'importance qu'on lui attribue. La cellule existe-t-elle dans tous les cancers? Les uns disent oui, les autres disent non, et M. Barth, au milieu de ces suffrages contradictoires, est naturellement conduit au doute.

Ce doute, nous ne craignons pas de l'affirmer d'avance, sera partagé par la plupart des membres de l'Académie. Peu d'entre eux ont eu l'occasion de jeter de temps en temps l'œil dans un microscope, et plus petit encore est le nombre de ceux qui ont eu le temps et la patience de se familiariser avec le maniement de cet instrument délicat. Privés sur ce sujet d'expérience personnelle, obligés de s'en rapporter aux documents publiés par les autres observateurs, ils trouveront, entre les divers témoignages, des contradictions apparentes qui diminueront leur confiance. Cela est inévitable, et nous n'osons pas espérer que les explications suivantes réussissent à les faire revenir de ce jugement.

Et d'abord, l'élément caractéristique du véritable cancer, ce n'est pas la cellule, c'est le NOYAU. La cellule manque souvent, le noyau ne manque jamais : il y a beaucoup de cancers exclusivement composés de noyaux; ce sont les *cancers nucléaires,* et ce sont les pires de tous. — La cellule est un Protée dont les dimensions peuvent varier de 1 à 10, et dont la forme varie bien plus encore; le noyau est un élément fixe, toujours reconnaissable à sa forme régulière, à son grand volume et à la largeur de son nucléole ou de ses nucléoles. — Ce qui fait que la cellule cancéreuse est caractéristique, lorsqu'elle existe, c'est qu'elle renferme un ou plusieurs noyaux. Il faudrait donc réformer le langage et dire que le cancer est caractérisé par ses noyaux et non point par ses cellules. Une foule de confusions disparaîtraient du même coup. Mais il faut parler comme tout le monde, lorsqu'on veut être compris, et, après cette restriction, nous consentons volontiers à prendre la cellule cancéreuse pour point de départ de la discussion.

Cela posé, les micrographes sont divisés en deux Écoles : l'École allemande et l'École française, ou encore l'École des micrographes purs et celle des micrographes cliniciens. Les micrographes purs étudient les tumeurs sans avoir vu les malades. On leur envoie des tumeurs cancéreuses ou réputées telles. Ils les examinent, et tantôt ils y trouvent des cellules cancéreuses proprement dites, tantôt des cellules épithéliales, tantôt des éléments fibro-plastiques, tantôt des fibres seulement. Ils en concluent que les éléments du cancer sont variables; qu'il y a des cancers épithéliaux, des cancers fibro-plastiques, des cancers fibreux; ils ajoutent que les éléments du cancer n'ont rien de caractéristique, et ils ne s'aperçoivent pas que, dans leur genre unique du cancer, ils confondent le cancer véritable avec une foule de pseudo-cancers.

Les micrographes de l'École de Paris suivent une marche plus fatigante, plus lente, mais moins trompeuse. Ils ne se contentent pas de placer sous le microscope une parcelle du tissu pathologique; ils étudient la tumeur en entier, la dissèquent, l'injectent au besoin; ils étudient surtout les malades, tiennent note des antécédents, de la marche de la maladie, des phénomènes ultérieurs, des récidives, des autopsies. Ils mettent en parallèle les

résultats de ces recherches avec les résultats de l'examen microscopique. Or, en suivant cette voie, ils ont trouvé que le groupe des tumeurs réputées cancéreuses, et dans lesquelles les Allemands ont rencontré des éléments si variables, se compose en réalité de plusieurs espèces distinctes; que chacune de ces espèces a des caractères microscopiques constants, qui diffèrent de l'une à l'autre; que ces caractères microscopiques coïncident avec des caractères visibles à l'œil nu; qu'enfin, des différences cliniques correspondent aux différences établies par l'anatomie pathologique. Les tumeurs fibro-plastiques, les tumeurs épithéliales ou cancroïdes, ne sont pas des cancers pour eux. Et il ne reste, dans la classe des cancers, qu'un groupe de tumeurs dont la marche est constante, et dont l'élément histologique est constant aussi.

Qu'on ne vienne plus dire, par conséquent, qu'il y a contradiction entre les micrographes, que les uns trouvent quelque chose de caractéristique dans les éléments du cancer, et que les autres n'y voient rien de spécial. Ce ne sont pas les résultats microscopiques qui sont en désaccord, ce sont les interprétations cliniques. Et n'est-il pas étonnant qu'au nom de la clinique pure, on invoque l'autorité des micrographes purs, contre les résultats obtenus par les micrographes cliniciens?

Mais revenons au discours de M. Barth. On a vu que l'honorable académicien fait une large part au microscope, et qu'il en reconnaît l'utilité, puisqu'il la compare à celle de l'auscultation, ce que nous n'aurions pas osé faire. Dans la deuxième partie de son discours, il examine la question de la curabilité du cancer.

Il répugne beaucoup à M. Barth de croire que le cancer soit incurable. Cette doctrine serait désespérante pour le présent, compromettante pour l'avenir. Désespérante pour le présent, puisque l'art demeurerait impuissant et inutile en présence d'une maladie fatalement mortelle; compromettante pour l'avenir, puisque les praticiens, découragés, cesseraient de chercher le spécifique qui un jour peut-être sera pour le cancer ce que l'iode est aujourd'hui pour la scrofule. Le moyen si longtemps et si ardemment cherché, le trouvera-t-on enfin? M. Barth l'espère; nous l'espérons comme lui. Mais cette espérance même n'est-elle pas l'aveu de notre impuissance actuelle? Du reste, M. Barth n'insiste pas sur ce point, et passe aux résultats de l'opération. Il reconnaît que la récidive est toujours suspendue sur la tête des opérés; que dans l'immense majorité des cas, la guérison n'est que temporaire; que beaucoup de malades ont une diathèse implacable qui fait tôt ou tard reparaître leur mal sur un point quelconque de l'économie. Il reconnaît tout cela, mais il pense qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'il y a eu quelques guérisons. Nous regrettons qu'il n'ait pas cité les faits sur lesquels cette conviction s'appuie. Nous serions heureux de pouvoir la partager, si elle reposait sur des preuves suffisantes. Nous n'avons jamais pensé que la guérison définitive fût *impossible*. Nous avons dit seulement qu'il ne nous paraissait pas démontré qu'elle eût jamais eu lieu, ce qui est très-différent. M. Barth s'est entièrement mépris sur les causes de l'assertion que les modernes ont émise à cet égard. Il croit que, dominés par l'hypothèse de la diathèse cancéreuse, nous avons été conduits à considérer la récidive comme inévitable. Ce n'est pas ainsi que nous avons procédé. C'est parce que nous avons vu la récidive se produire dans tous les cas observés pendant un temps suffisant; c'est parce que nous n'avons jamais eu la démonstration complète d'une guérison définitive, que nous avons été réduits, pour expliquer ce déplorable résultat, à invoquer l'hypothèse d'une diathèse. Nous n'avons pas agi en ceci autrement que M. Barth. M. Barth, lui aussi, admet une diathèse toutes les fois qu'il y a récidive après complète ablation. Nous ne disons pas : Le cancer doit toujours récidiver, puisqu'il dépend d'une diathèse; nous disons, au contraire : Le cancer doit dépendre d'une diathèse, puisqu'il récidive toujours.

M. Barth nous reproche de rejeter certaines observations de guérison définitive, par cela seul qu'elles n'ont pas été accompagnées de l'examen microscopique. En cela, nous ne faisons que suivre les principes excellents de l'École d'observation, dont M. Barth est l'un des membres les plus éminents. — Toute observation, pour être concluante, doit être complète, surtout lorsqu'elle a pour but d'établir un point douteux ou contesté. Ainsi, en particulier, si dans une quinzaine d'années on nous montrait, parfaitement guéri, le malade dont l'histoire a soulevé la discussion actuelle, nous dirions encore que ce fait ne prouve rien, quelque confiance que nous inspirent du reste, les éloges prodigués par M. le rapporteur à M. Pamard, d'Avignon.

M. Barth s'étonne encore qu'on objecte contre certaines guérisons qu'elles ne sont pas assez anciennes. Cinq ans, dix ans, écoulés sans récidive, ne suffisent-ils pas pour prouver que la guérison est définitive? Non, certes. Lorsqu'on arrive à un résultat aussi heureux, on doit s'en féliciter, on fait bien d'espérer que la guérison sera durable; chaque nouvelle année qui s'écoule ajoute une probabilité de plus en faveur de la guérison définitive. Mais de la probabilité à la certitude, il y a loin; et on ne doit pas oublier que des faits bien constatés ont établi la possibilité de la récidive au bout de dix ans et plus.

Ainsi, l'argumentation de M. Barth n'a point changé notre manière de voir, et nous continuons à dire encore : Il n'est pas *démontré* que l'opération du cancer proprement dit ait jamais été suivie d'une guérison définitive.

Pour les pseudo-cancers, c'est bien différent : les faits pullulent dans le présent comme dans le passé. L'innocuité relative des cancéroïdes épithéliaux des lèvres et du visage a été reconnue et proclamée de tout temps. Et nous remarquons, du reste, que jusqu'à présent les orateurs ont soigneusement évité d'attaquer la partie de la doctrine moderne, qui est relative aux tumeurs épithéliales. Nous espérons que la suite de la discussion nous fournira l'occasion de nous expliquer sur ce point.

La séance a été close par un discours de M. Gerdy. Profitant de la latitude que lui laissait la position de la question, le savant professeur a exposé les résultats de ses recherches sur les tumeurs érectiles des os, et a réussi à établir que ces tumeurs sont toujours, ou du moins presque toujours de nature cancéreuse. Il y a longtemps déjà que les micrographes sont arrivés au même résultat par l'observation directe des lésions. Le témoignage de M. Gerdy nous est d'autant plus précieux qu'on n'accusera pas ce professeur d'avoir conspiré avec les micrographes : la suite de son discours le met à l'abri de ce soupçon.

M. Gerdy ne croit pas à la curabilité du cancer. Il s'est expliqué, sur ce point, d'une manière catégorique; mais il ne croit pas non plus à l'utilité du microscope; et, ici, nous avons le regret d'être obligé de lui répondre, quelque respect que nous ayons pour l'autorité de sa parole.

Pour prouver que le microscope est trompeur, M. Gerdy nous a fait l'honneur de citer notre nom devant l'Académie et de raconter une erreur que nous avons un jour commise en sa présence. Il nous avait prié d'examiner une substance particulière, développée dans le foyer d'une fracture, substance qu'il voyait pour la première fois, et que nous n'avions jamais vue non plus. La préparation fut faite et placée sur le porte-objet, puis nous tournâmes la vis pour arriver au foyer. — A un moment donné, nous aperçûmes de petits corps arrondis que nous prîmes d'abord pour des gouttelettes huileuses; mais nous reconnûmes bientôt que nous n'étions pas au foyer; un nouveau tour de vis nous y conduisit, et nous vîmes alors que ces petits corps étaient simplement des globules sanguins, épanchés depuis quelque temps dans le foyer de la fracture, et quelque peu modifiés dans leur aspect depuis leur extravasion. La première conclusion qu'on peut tirer de cette anecdote, parfaitement étrangère à la question du cancer, c'est que nous avons commis une erreur passagère; nous en avons commis bien d'autres qui ont duré plus longtemps, et, n'étant pas infaillible, nous en commettrons d'autres encore, si Dieu nous prête vie. *Nil humani a me alienum puto*. En tous cas, il n'est pas juste de rendre la micrographie toute entière responsable de nos imperfections personnelles. Mais ce fait porte avec lui un autre enseignement utile : c'est que, pour examiner une préparation au microscope, il convient de la placer au foyer, ni plus haut ni plus bas.... *quem ultra citraque nequit consistere rectum.*

Lors donc que le suc cancéreux est placé *au foyer* du microscope, on y aperçoit des cellules ou des noyaux libres. M. Gerdy a vu ces éléments assez souvent pour n'en point douter; mais il a été frappé des variations de forme et de dimension des cellules. Tout le monde en a été frappé comme lui; tout le monde a donné des figures sur lesquelles ces variations sont représentées; on a même dit que ce caractère de l'inégalité et de la non-uniformité des cellules était précieux pour le diagnostic, parce qu'il n'existe pas dans les productions homœomorphes, ni dans le tubercule, ni dans le pus. Mais, à côté de ces éléments si variables, il y en a un autre dont la présence est constante, et dont la signification est caractéristique : c'est le noyau dont nous avons déjà eu l'occasion de parler.

En résumé, notre excellent maître ne croit pas aux résultats fournis par l'examen microscopique, et rejette les distinctions établies par les modernes entre les cancers et les pseudo-cancers. Malgré cette circonstance, qui est propre à atténuer à ses yeux la gravité du cancer, M. Gerdy a vu si souvent la récidive se produire qu'il ne croit pas à la curabilité du mal, et ici, du moins, nous sommes heureux de nous trouver d'accord avec lui.

PAUL BROCA.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101, 103, 108, 109, 113 *et* 115.)

Fractures de clavicules. — L'étude de ces fractures vous a montré que le malade pouvait, dans tous les cas, porter sa main à la tête, contrairement à ce qu'avançaient Boyer et Desault. Ces fractures se divisent en fractures du corps de l'os et fractures de l'extrémité externe; cette division est importante, le pronostic n'étant pas le même dans les deux cas. Pour la fracture de l'extrémité externe, généralement il n'y a pas de déplacement, et la guérison peut se faire sans l'application d'aucun appareil. Dans la fracture du corps, le déplacement est le plus souvent considérable; le fragment interne est entraîné en haut par le sterno-cléïdo-mastoïdien, et le fragment externe est abaissé par le moignon de l'épaule.

Quand on veut réduire la fracture, l'indication est la suivante : repousser l'épaule en haut, en arrière et en dehors.

Pour maintenir les fragments réduits, la difficulté est tellement grande, que l'on peut dire qu'aucun des nombreux moyens proposés à cet effet ne donne un résultat satisfaisant. Il existe, par la suite, un cal difforme, mais cette difformité n'a pas les inconvénients qu'on lui a prêtés, elle ne gêne en rien les mouvements du membre; il y a plus, au bout d'un certain temps, ces inégalités disparaissent. Il n'y aurait donc que les jeunes femmes qui pourraient avoir à se plaindre pendant un certain temps, mais il arrive souvent, chez elles, que la difformité est masquée par l'embonpoint. Quoi qu'il en soit, ces fractures se consolident en quinze ou vingt jours, et non six semaines ou deux mois; il ne faut donc pas appliquer trop longtemps un bandage, toujours gênant, et qui, à la longue, pourrait amener de la roideur dans les mouvements de l'épaule.

Fractures de côtes. — Nous en avons eu cinq cas, ils n'ont présenté aucune complication. Du reste, on peut dire qu'en général ce sont les fractures les moins graves. Un simple bandage de corps, qui immobilise les côtes, suffit pour la guérison.

Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Elles sont au nombre de 13. Il y a un demi-siècle, ces fractures passaient pour être très-rares, c'est qu'on les confondait avec les luxations du poignet. Aujourd'hui qu'on reconnaît facilement la fracture de l'extrémité inférieure du radius, on voit que les luxations du poignet sont fort rares. Il y a eu 6 fractures à droite et 7 à gauche; ceci me confirme dans l'opinion que j'ai qu'elles ne ne sont pas plus fréquentes d'un côté que de l'autre. Sur ces 13 cas, nous comptons 8 hommes et 5 femmes; vous voyez que la différence n'est pas très-tranchée.

Il y a trois choses à remarquer dans ces fractures : leur fréquence, leur peu de gravité et leur traitement. Nul doute, aujourd'hui, que ces fractures ne soient plus communes que les luxations du poignet; pour moi, je n'avais jamais vu de ces luxations jusqu'à il y a huit jours. Nous avons en effet un homme couché au n° 13 de la salle Sainte-Vierge, entré avec les signes apparents d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et, cependant, c'était une luxation du grand os. Les luxations du poignet sont donc possibles; mais, je le répète, elles sont fort rares.

La gravité de ces fractures est presque insignifiante : abandonnées à elles-mêmes, il n'en résulte aucun accident sérieux; la déformation du membre persiste, mais les fonctions ne tardent pas à se rétablir. J'ai eu souvent l'occasion de vous démontrer ce fait. On reconnaît ces fractures non traitées à la déformation du membre, et, en questionnant les malades, on apprend qu'au bout d'un à deux mois après l'accident, ils se sont servis de leur main. En effet, ces fractures, qui n'offrent pas de mobilité anormale, vont se consolider au milieu de tendons qui agissent là comme des attelles; il n'y a pas de déplacement possible au delà de celui qui existe déjà. Il ne peut donc en résulter rien de fâcheux; il n'y a que la forme du membre qui sera légèrement altérée, mais c'est là un inconvénient de peu de gravité. Ainsi donc, j'émets cette proposition : ***Les fractures de l'extrémité inférieure du radius guérissent seules.***

Cette proposition a, pour moi, une certaine importance, au point de vue de la thérapeutique. En effet, pour faire disparaître la difformité, il faut des bandages, des tractions, des pressions plus ou moins difficiles à établir; en sorte que les malades, ainsi traités, sont plus longtemps gênés dans les fonctions de leur main que si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Je ne veux pas dire qu'on ne doive jamais traiter ces fractures, mais je crois qu'il vaut mieux ne rien faire que d'employer des appareils qui amènent de la gêne dans les fonctions du membre pendant trois et quatre mois et même plus. Trouvez-moi un appareil qui n'ait pas ces inconvénients, et je serai très-disposé à l'accepter. Nous en avons employé un qui présente beaucoup d'avantages : l'idée en est due à un chirurgien danois; celui-ci étendait le membre sur un coussin placé de manière que l'extrémité antérieure ne dépassât pas le poignet : la main, en retombant, faisait disparaître par son propre poids le coude du poignet. Ce procédé a le grand inconvénient de forcer le malade à garder le lit, puis il exige de sa part une immobilité complète. J'ai donc apporté une modification en maintenant la main, au moyen d'un appareil dextriné, dans la flexion associée à une légère adduction.

Le diagnostic peut donner lieu à des considérations non moins importantes que le traitement. Il en est une sur laquelle j'insisterai surtout. En effet, les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont caractérisées par un certain coude dans la région du poignet, coude que j'ai comparé à un télégraphe, à un talon de fourchette : c'est là un signe patognosmonique. Or toutes les fois que vous le trouverez, vous pouvez être certain d'avoir affaire à une fracture. Mais il pourra se faire que ce signe n'existe pas et que cependant il y ait une fracture.

Je ne vous parlerai pas des autres fractures du membre supérieur; elles n'ont offert rien de remarquable. Nous avons eu deux fractures de l'olécrane, qui ont guéri sans complication : dans ce cas, l'extension et l'immobilité suffisent.

Fractures du fémur. — Je vous ferai observer qu'après le traitement ces fractures ne font pas naître la claudication, quand le raccourcissement *n'est que de* 1 *ou* 2 *centimètres*. La vérité de cette proposition vous a été prouvée par un grand nombre de faits fournis, soit par les malades traités dans nos salles, soit par ceux qui se représentent plus tard avec une autre maladie.

Ce fait a une grande importance pour le traitement. On a fabriqué une foule d'appareils à extension pour la guérison sans raccourcissement des fractures du fémur. Le plus souvent, ces machines n'empêchent pas le raccourcissement. De plus, elles ont des inconvénients graves, elles peuvent causer des escarres, gêner la circulation, amener des ankyloses, etc. Or, si on ne peut

employer ces appareils qu'à ce prix, et si on n'évite pas un raccourcissement de 1 ou 2 centimètres, ce n'est pas la peine de tourmenter les malades avec ces machines plus ou moins compliquées inventées dans le but de conserver au membre sa longueur primitive.

Je ne veux pas dire, remarquez-le bien, qu'il ne faille pas traiter ces fractures, mais l'appareil le plus simple qui guérit avec un raccourcissement de 1 à 2 centimètres, sera suffisant. Je n'ai pas besoin de vous expliquer comment il se fait qu'un malade qui a une jambe plus courte que l'autre ne boîte pas. Vous comprenez qu'il va y avoir une inclinaison du bassin du côté du membre fracturé, inclinaison qui suppléera au défaut de longueur du membre. J'ajoute que je m'étonne de voir les chirurgiens craindre si fort un raccourcissement dans les fractures du fémur, lorsqu'ils se préoccupent à peine de la diminution inévitable qui survient dans la longueur du membre après les fractures de jambe. Dans les deux cas, cependant, la locomotion doit être modifiée.

Les fractures de la jambe, au nombre de 26, ont porté surtout sur le péroné, puisque nous en comptons 14, dont 12 pour la malléole et 2 pour le corps. Ces fractures ne nous ont rien présenté de remarquable, aussi ne m'y arrêterai-je pas.

F. Dolbeau *et* Alf. Elleaume.

(La suite à un prochain numéro.)

Essai sur l'auscultation des poumons après la mort, comme pouvant servir à l'enseignement de l'auscultation,

Par le Dr L. Mailliot, *ex-vice-président de la Société anatomique.*

(Suite. Voir le n° 117.)

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

Mélange d'obscurité de son et de matité sous la clavicule droite. — Légère obscurité de son et bruit de pot fêlé au-dessous de la clavicule gauche. — Résonnance tympanique de la région mammaire droite et de l'hypochondre gauche. — Bruits de souffle et bruits sibilants dans les deux temps de la respiration. — Bruit crépitant sec à grosses bulles à l'expiration. — Engouement du sommet des poumons, principalement du côté droit. — Absence de caverne dans le poumon gauche. — Epanchement considérable d'air et de sang dans la plèvre gauche; distension énorme du colon transverse. — Ecume abondante dans les bronches.

Nous avons affaire à un jeune homme de 25 à 30 ans environ, qui vient des prisons de la Roquette.

Son cadavre a été transporté à l'École pratique. La tête est enlevée; la trachée artère est libre; la cavité thoracique n'est pas ouverte.

Percussion. — Dans cet état de choses, la percussion des deux régions sous-claviculaires donne :

1° A droite, une obscurité de son très-grande, et de la matité sur quelques points ;

2° A gauche, une obscurité de son bien inférieure à celle du côté opposé, et un bruit de pot fêlé très-manifeste, à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule et tout près du sternum.

La percussion, renouvelée à plusieurs reprises, donne toujours les mêmes résultats.

Si on la pratique après avoir insufflé de l'air dans les poumons, la résonnance augmente des deux côtés, mais elle est toujours moindre du côté droit.

La région mammaire gauche est plus sonore que la région sous-claviculaire. Au-dessous de la sixième côte, la résonnance est tympanique.

La région mammaire droite est le siége d'une résonnance tympanique également.

On introduit le tube métallique dans la trachée, de manière à réduire son orifice à 6 millimètres de circonférence, et l'on ne produit plus alors qu'un bruit de pot fêlé très-léger relativement à celui que l'on entendait lorsque la trachée artère était libre.

Auscultation. — Bruits inspiratoires à droite. — L'insufflation est faite en deux temps : dans le premier temps, on entend d'abord des bruits sibilants, puis un bourdonnement qui tient du souffle et du murmure vésiculaire ; dans le deuxième temps, le murmure continue, et il est interrompu par de légers bruits de sibilation.

On renouvelle l'expérience, et l'on entend cette fois des bruits crépitants d'abord, puis sibilants, puis encore crépitants.

A gauche. On distingue, en auscultant à plusieurs reprises, ou un murmure soufflant, ou des bruits crépitants, à grosses bulles, au commencement de l'insufflation ; des bruits sibilants, au milieu de l'insufflation ; des bruits crépitants plus fins que les premiers, vers la fin de l'insufflation.

Bruits expiratoires. — On distingue des deux côtés un murmure très-fort, presque soufflant à droite. Ce murmure est bientôt suivi d'un râle crépitant sec, à grosses bulles, puis d'un sifflement. Ces bruits divers se font entendre pendant une minute.

Inspection. — La poitrine et l'abdomen éprouvent, par l'effet de l'insufflation, la même dilatation. L'augmentation de la circonférence abdominale et thoracique est de 2 centimètres. Le mouvement des parois abdominales est, comme dans la première expérience, très-visible, très-manifeste à l'œil, tandis que celui des parois thoraciques est presque insensible.

Ouverture du cadavre. — Ces résultats une fois notés avec la plus grande exactitude, nous avons enlevé toute la partie des parois thoraciques constituée par le sternum et par les cartilages ; le cœur s'est alors offert à nous, avec son enveloppe, de la manière que voici :

Le bord antérieur du poumon droit atteignait exactement la limite de la base du cœur, sur laquelle il s'appuyait ; le poumon gauche, caché sous les côtes, adhérant qu'il était à la plèvre pariétale, ne touchait même pas le cœur.

Nous avons fait alors une insufflation nouvelle dans les poumons. Celui du côté gauche s'est dégagé de sous les côtes par un véritable mouvement de locomotion. Le poumon droit, libre d'adhérences, a opéré le même mouvement. Les deux poumons se sont donc avancés l'un vers l'autre pour recouvrir le cœur. La base elle-même de ces organes glissant sur le muscle diaphragme, s'est rapprochée beaucoup, mais sans l'atteindre, de l'espèce de gouttière formée par la plèvre diaphragmatique.

D'où il résulte que c'est la pointe du cœur toute seule, et surtout par conséquent le ventricule gauche qui n'ont pas été recouverts par les poumons. Mais on se tromperait, si l'on croyait que les poumons subissent seuls un mouvement de locomotion. Le cœur lui-même se déplace considérablement, l'expérience précédente nous l'a démontré.

Cet organe est reçu, comme on le sait, dans une excavation formée par la portion de la face interne des poumons située en avant de leur racine : c'est le *lit du cœur* d'Avicenne. Il est donc impossible que les poumons se dilatent dans tous les sens et que la portion de leur face interne située en arrière de leur racine se soulève, sans que le cœur ne se soulève aussi, d'arrière en avant, en même temps qu'il s'éloigne de la clavicule en glissant sur le plan incliné du muscle diaphragme.

Le cœur, dans notre insufflation, s'est éloigné de la colonne vertébrale de plus d'un centimètre. Il ne s'est pas moins éloigné de la clavicule.

A mesure que les poumons revenaient ensuite sur eux-mêmes, le cœur revenait à sa première place, en suivant de bas en haut et d'avant en arrière, la direction d'une ligne oblique parallèle à la convexité du muscle diaphragme.

Ces mouvements du cœur étaient purement passifs; ils étaient subordonnés aux mouvements de dilatation et de retrait des organes pulmonaires.

Malgré ce cheminement du cœur durant l'inspiration, cet organe se trouve plus éloigné que jamais des parois thoraciques. Le degré de cet éloignement se mesure sur le volume nouveau et sur la nouvelle étendue qu'ont pris les poumons par le fait de l'insufflation.

Les deux poumons, d'une coloration noirâtre, lie de vin, sont le siége d'un engouement considérable. Le lobe supérieur du poumon droit est plus engoué, plus dur, plus résistant que celui du côté opposé. Il ne crépite pas sous les doigts. L'autre cède un peu sous la pression.

Les bronches renferment abondamment de l'écume.

Il existe un énorme épanchement de sang coagulé dans la plèvre gauche. Ce caillot, formé de couches superposées, est enveloppé de fausses membranes qui adhèrent fortement à la paroi thoracique.

Dans le même côté, il y a un épanchement d'air considérable qui tend fortement le diaphragme, en le rendant convexe du côté de la cavité abdominale.

Réflexions. — Cette observation présente plusieurs particularités remarquables. Je ne reviendrai pas sur les faits relatifs au déplacement du cœur, au mouvement de locomotion des poumons, au développement uniforme des cavités abdominale et thoracique, ce serait faire des répétitions inutiles.

Je ne parlerai pas non plus des diverses nuances de son qu'ont données les parois thoraciques au niveau des régions sous-claviculaires et mammaires, ces diverses résonnances trouvent une explication et dans l'élévation considérable du colon transverse du côté droit, et dans les différentes altérations organiques qu'ont présentées la cavité gauche de la plèvre et les poumons.

Mais j'appellerai un instant l'attention sur le bruit de pot fêlé qu'a déterminé la percussion, et sur les phénomènes sonores qui se produisaient dans les deux temps de la respiration artificielle.

Et d'abord, faisons remarquer la différence d'intensité du bruit de pot fêlé en rapport avec les différences de calibre de la trachée-artère.

Demandons-nous ensuite quelle pouvait être la cause de ce phénomène sonore en l'absence de toute caverne? Il faut admettre qu'il a eu lieu au moment où une grande quantité d'air, chassée violemment des poumons, a franchi l'orifice des voies supérieures de l'air. Ce bruit avait la plus grande analogie avec celui que l'on observe chez les tuberculeux. Le mécanisme de production du bruit de pot fêlé, qu'il existe ou non des cavernes, paraît être le même. Il suffit qu'une certaine quantité d'air arrive à la fois brusquement de l'intérieur des poumons à l'air libre.

Pourquoi donc ne produit-on, en général, pendant la vie, le bruit de pot fêlé que dans les cas de cavernes?

C'est parce que, durant la vie, les parois thoraciques résistent à la percussion et empêchent l'affaissement brusque des poumons.

J'ai perçu ce phénomène dans quelques cas très rares, sur des poitrines saines, mais amaigries et flasques.

M. le professeur *Bouillaud* a déjà fait la même observation. Il a constaté et fait constater à d'autres un *tintement métallique* sur des individus qui n'avaient point de caverne (*Nosographie médicale,* t. 2, p. 581).

Le bruit de pot fêlé n'est donc pas un signe pathognomonique de cavités ulcéreuses, surtout quand il est produit sur le cadavre.

L'erreur de diagnostic qui fut commise, à cet égard, sur le cadavre, en présence de M. Magendie, prr un élève de M. Piorry (*De la percussion médicale,* 17e expérience, p. 122), ne prouve donc pas autre chose, sinon que l'interprétation du bruit de pot fêlé n'était pas assez large.

Mais pourquoi n'avons-nous pas produit ce bruit du côté droit? Parce que le poumon correspondant était complétement engoué sur les points où nous le frappions, et que, par conséquent, il ne renfermait point d'air.

Tout ceci explique suffisamment comment il se fait que les cavernes superficielles soient presque exclusivement celles qui sont capables de donner lieu, pendant la vie, au bruit de pot fêlé. Cette condition anatomique est, en effet, la plus favorable à l'affaissement des parois thoraciques, et par suite, au rapprochement des parois des cavernes.

Passons à d'autres faits.

Il n'y a rien que de très-ordinaire dans l'existence des bruits soufflants, sibilants et crépitants de l'inspiration, dès que les bronches renfermaient de l'écume, et que les lobes supérieurs des poumons étaient imperméables à l'air.

La longue durée de l'expiration, son caractère soufflant du côté droit, s'expliquent par l'état anatomique que nous avons fait connaître.

Restent le sifflement dû encore à des mucosités et le bruit crépitant sec à grosses bulles que nous attribuons aux fausses membranes. Ce dernier phénomène avait le caractère des bruits de frottement; il était constitué par un, deux, trois et même quatre et cinq bruits successifs. On l'entendait sur toute l'étendue de la poitrine en avant. Ce bruit a manqué dans l'une de nos expériences où les plèvres étaient intimement unies; mais ici, comme nous l'avons vu, la locomotion des poumons était possible. Ici encore, les surfaces pleurales ou pseudo-membraneuses étaient sèches, inégales, anciennes sans aucun doute. De là la facilité des bruits de frottement à se produire et la propagation du craquement d'un côté à l'autre de la poitrine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau procédé d'extraction des kystes de la paupière inférieure.

On sait toutes les difficultés qu'offrent les kystes des paupières, soit qu'on les enlève par dissection, soit qu'on les cautérise de prime abord, soit enfin qu'on ajoute le nitrate d'argent au bistouri. Voici le procédé que M. Malgaigne recommande : On fait une incision transversale de 1 centimètre environ, parallèlement au bord libre de la paupière ; après avoir coupé la peau, on arrive sur le kyste, que l'on ouvre; puis on saisit la paupière le plus près possible du kyste, entre les deux branches d'une pince à disséquer, l'une appliquée à la face muqueuse, l'autre sur la peau, et faisant marcher ces branches du côté du kyste; en pressant toujours, on le fait sortir tout entier par énucléation.

M. Malgaigne a mis ce procédé en pratique avec succès chez une femme de 26 ans, qui portait depuis six mois, à la partie moyenne de la paupière inférieure du côté gauche, à 2 millimètres environ du bord libre, une tumeur du volume d'un gros pois, mobile, résistante, globuleuse, sans changement de couleur à la peau, indolente, et occasionnant seulement de la gêne dans l'occlusion des paupières. Pratiquée comme il a été dit plus haut, l'opération extirpa une poche à parois assez épaisses, molle, rougeâtre, avec un petit foyer purulent au centre. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Pas de pansement ni de cautérisation; couvrir l'œil avec une compresse. Le lendemain, la petite plaie était entièrement cicatrisée; la cicatrice était linéaire et se confondait avec les plis naturels de la paupière. Un peu de rougeur seulement des deux lèvres de la plaie, qui s'est dissipée les jours suivants. Rien n'est venu troubler la guérison.

(*Revue méd.-chir. de Paris.*)

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par la térébenthine.

Alger, 25 septembre 1854.

Mon cher confrère et ami,

Puisque chacun vous adresse sa formule contre le fléau asiatique, je vous envoie aussi la mienne, ou plutôt celle que j'ai empruntée à votre estimable journal, et à laquelle j'ai dû quelques succès à l'ambulance des cholériques dont la direction m'a été confiée à Alger.

Dans les premiers jours de notre installation, plein de confiance dans la méthode de traitement préconisée d'une manière si séduisante par M. Abeille, j'ai administré à mes cholériques le sulfate de strychnine en me conformant aussi exactement que possible aux prescriptions de notre célèbre confrère.

Les résultats furent loin de répondre à mon attente : ils furent même si désastreux, que je dus renoncer à l'emploi de la strychnine.

L'idée me vint alors de recourir à la térébenthine, que je me rappelais avoir été recommandée dans le *Moniteur des Hôpitaux.*

Dès ce moment, les choses changèrent de face, et, au lieu de revers constants, je pus compter quelques succès.

Sur 104 malades qui ont été traités jusqu'à ce jour à l'ambulance par la térébenthine, 48 ont guéri, 56 sont morts.

D'autres statistiques, je le sais, présentent des résultats non moins et même plus favorables. Je crois cependant avoir lieu de considérer le chiffre de guérisons que j'ai obtenu comme très-satisfaisant, eu égard aux mauvaises conditions dans lesquelles se trouvaient la plupart des sujets que j'ai eu à traiter.

En effet, sur ces 104 cholériques :

57 venaient de l'hôpital où ils étaient entrés pour des affections plus ou moins graves, telles que fièvre d'accès, fièvre pernicieuse, fièvre typhoïde, dyssenterie, phthisie pulmonaire, etc., etc. ;
9 avaient de 8 jours à moins de 4 ans ;
21 étaient âgés de 50 à 88 ans ;
12 ont succombé dans les premières heures de leur entrée à l'ambulance, avant qu'aucune médication ait pu être appliquée ou produire un effet quelconque.

Tous enfin, à quatre ou cinq exceptions près, étaient dans la période algide et cyanique lorsqu'ils nous furent apportés.

Dans ces conditions qui ont été authentiquement constatées, il me paraît incontestable que 48 guérisons et 56 morts constituent un résultat qui parle assez en faveur de la térébenthine dans le traitement du choléra.

Je vous ai dit plus haut que des revers multipliés m'avaient contraint à abandonner l'usage du sulfate de strychnine chez mes cholériques ; je dois ajouter cependant que cet abandon ne fut pas complet.

Chez les malades traités, dans le principe, par le sulfate de strychnine, j'avais observé que ce médicament exerçait assez constamment une influence favorable sur les crampes et sur cet état d'anxiété général si remarquable chez un grand nombre de cholériques.

Pour combattre ces symptômes chez ceux qui les présentaient à un haut degré, je continuai à prescrire une ou deux doses de sulfate de strychnine ; après quoi, je passais à l'usage de la térébenthine qui amenait souvent une réaction franche et modérée que je n'ai *jamais* pu obtenir avec le sulfate de strychnine seul et surtout combiné avec les évacuations sanguines recommandées par M. Abeille.

En général, l'huile essentielle de térébenthine est prise sans répugnance par les malades et même par les enfants ; dans les cas assez nombreux où je l'ai administrée, je n'ai jamais observé d'accidents qu'on pût attribuer à son emploi, si ce n'est peut-être quelques éruptions ressemblant plus ou moins à la rougeole, éruptions d'ailleurs qui ont plutôt coïncidé avec une amélioration qu'avec une aggravation de la maladie.

La dose ordinaire de térébenthine était de 20 gouttes dans une potion gommeuse, à prendre en deux fois à une heure d'intervalle. La même potion était répétée deux, trois et même quatre fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à la réaction qui survenait, chez le plus grand nombre, dans les six à huit premières heures de l'administration de la térébenthine, et chez quelques-uns au bout de deux, de trois et même de quatre jours.

La dose de térébenthine, prise ainsi par quelques-uns de nos malades, a été vraiment énorme sans produire, je le répète, d'accidents. Dira-t-on qu'elle n'a pas été absorbée ? C'est, à la rigueur, possible. Cependant je suis peu enclin à adopter cette opinion. Je crois plutôt que, dans l'état cholérique algide et cyanique, il existe dans l'économie, pour certains agents thérapeutiques, une tolérance analogue à celle qu'on observe par exemple dans le tétanos pour l'opium. Ce qu'il y a de certain, c'est que, chez plusieurs de nos malades encore dans la période algide, le cours des urines s'étant rétabli, l'odeur du liquide urinaire nous a démontré manifestement l'absorption de la térébenthine ; ce qu'il y a de certain encore, c'est qu'ayant consenti, à la sollicitation d'un de nos confrères, à traiter un cholérique par le rhum à haute dose, ce malade, tout en restant froid et sans pouls, ne tarda pas à donner des signes évidents d'ivresse, preuve certaine de l'absorption de l'alcool.

Ai-je besoin d'ajouter que l'usage de la térébenthine à l'intérieur n'excluait pas les moyens externes ; que des frictions avec un liniment térébenthiné sur la colonne vertébrale, la région du cœur, des sinapismes aux membres, des bains d'eau chaude, de vapeurs sèches, étaient administrées concurremment selon les indications ?

Telle est sommairement, mon cher confrère et ami, la médication que j'ai employée et que, jusqu'à nouvel ordre, je considère comme devant avoir la préférence dans le traitement du choléra. Si vous jugez à propos de la mentionner dans votre journal, faites-le ; mais si vous n'y voyez aucune utilité, n'allez pas, pour m'être agréable, grossir encore la liste déjà trop longue des traitements anticholériques. Je n'ai rien inventé, et je n'ai aucune prétention au prix de l'Académie.

L'épidémie n'a pris, jusqu'à ce jour, que peu de développement. Depuis deux mois qu'elle règne, Alger et sa banlieue comptent à peine 200 cas. L'armée, cependant, a été plus maltraitée que la population civile. Le nombre des cholériques reçus à l'hôpital du Dey s'élève à l'heure qu'il est à près de 400, m'assure-t-on.

Nous avons eu ici un luxe de quarantaine. Non-seulement on a établi la quarantaine avant l'invasion de l'épidémie, mais on l'a maintenue pendant l'épidémie, ce qui n'empêche pas que, pendant que les arrivants étaient séquestrés au Lazaret, l'ambulance des cholériques, à Mustapha, était ouverte à tout le monde et que les autorités venaient, avec le zèle le plus louable, nous visiter journellement.

Tout à vous, O. Dru, *D. M. P.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Octobre 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport sur l'épidémie de choléra, par M. le docteur Albert, médecin à Saint-Chinian (Hérault) ;

2° Demande d'autorisation de diverses sources minérales situées :
A Saint-Yorre-les-Vichy (Allier) ;
A Vals (Ardèche) ;

3° Rapports sur les épidémies suivantes :
Sur l'épidémie de choléra, par M. le docteur Vergne ;
Sur deux épidémies, l'une de rougeole, l'autre de variole, par M. Petitgand, médecin des épidémies du canton de Gorze (Moselle), et par M. Comou, médecin cantonnal à Longuyon (Moselle) ;

4° Divers remèdes contre le choléra, par des épiciers et autres citoyens, et des propositions sur le choléra, par le docteur Pigeon, de Corvol-Lorgueilleux (Nièvre) ;

5° Remède secret contre les affections rhumatismales ;

6° Plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Huile de foie de morue.

M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse un Mémoire sur les moyens de constater les falsifications de l'huile de foie de morue.

Eaux minérales.

M. Simonin, de Nancy, adresse les résultats obtenus en 1854 sur les malades qu'il a envoyés aux eaux minérales.

Choléra.

M. Cazeneuve a la condescendance de se justifier de l'accusation qui avait été dirigée contre son exactitude dans une Note sans signature à laquelle on avait donné beaucoup trop d'importance dans la dernière séance.

— M. Le Terrier adresse des renseignements sur les épidémies cholériques de 1849 et 1854, qui ont eu lieu à Saint-Denis.

— M. Léon Gigot informe l'Académie qu'il serait très-facile d'empêcher l'invasion du choléra en arrêtant la diarrhée à l'aide du sous-nitrate de bismuth et de quelques précautions hygiéniques.

— M. le docteur Vergne propose de se soumettre à toutes les épreuves qu'on pourra désirer pour prouver que le choléra n'est pas contagieux.

— M. le docteur Thomas fait la même proposition.

— M. le docteur Bizet adresse un Mémoire sur le choléra.

DISCUSSION SUR LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. le président. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la curabilité du cancer. Mais je suis bien dans l'embarras : des deux premiers orateurs inscrits, M. Velpeau ne veut pas parler avant M. Robert, et M. Robert ne veut parler qu'après M. Velpeau. (Rire général.)

Après ce bon mot du président, une discussion assez confuse s'engage sur la position de la question, puis la parole est donnée à M. Leblanc.

M. Leblanc. — Avant de discuter sur le cancer, il faut savoir d'abord ce qu'on entend par cancer. Pour moi, je me suis fait du cancer l'idée d'une maladie offrant certains caractères, et toujours incurable.

Pendant longtemps, une vingtaine d'années, j'ai étudié le cancer, avec M. Trousseau, sans l'aide du microscope et sur certains caractères, nous prononcions qu'une tumeur était du cancer. Depuis huit ans, j'étudie le cancer avec le microscope.

Avant le microscope, je divisais le cancer en encéphaloïde et en squirrhe. Depuis le microscope, j'ai reconnu des cellules cancéreuses, des cellules épithéliales, un tissu fibro-plastique, et une substance mélanique. Tous ces tissus ont le caractère que j'avais reconnu au cancer, c'est-à-dire qu'ils peuvent se renouveler.

Il y a donc plusieurs espèces de cancers : les cancers vrais, les cancers épithéliaux, les cancers mélaniques, etc. Les premiers se renouvellent très-souvent; les épithéliaux et les fibro-plastiques moins souvent, et les mélaniques le plus souvent de tous, même plus souvent que les cancers vrais.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que le cancer mélanique tue rarement; il faut pour cela qu'il y ait un grand nombre de tumeurs, tandis qu'une seule tumeur de cancer vrai tue infailliblement.

Les variétés de cancers ne sont pas toujours pures ; les tissus sont souvent combinés entre eux; dans ce cas, le cancer est d'autant plus grave qu'il y a plus de cancer vrai ou mélanique.

Le cancer a été confondu avec beaucoup d'autres maladies, surtout chez les animaux. J'avoue qu'avant les recherches microscopiques, je me suis trompé extrêmement souvent. L'hypertrophie de la mamelle, très-fréquente chez les chiennes, a été souvent prise pour du cancer. Cependant, quand on rencontrera cette hypertrophie, on ne pourra pas dire qu'il n'y aura pas cancer; j'ai trouvé les deux lésions réunies. Je suis même porté à croire que l'hypertrophie prédispose au cancer et qu'il y a quelquefois transformation.

Le cancer est d'autant plus grave et se généralise d'autant plus facilement qu'il est plus ancien et plus avancé, c'est-à-dire plus ramolli. Cela m'a amené, et j'insiste sur ce point très-important, à penser qu'on doit agir le plus vite possible. Je sais bien qu'ainsi on peut se tromper; mais il y a moins d'inconvénient à enlever une tumeur qui ne serait pas cancéreuse qu'à laisser dans l'économie un véritable cancer.

Ici, MM. Velpeau, Robert, Gerdy, Bégin, etc., renouvellent pendant un quart d'heure une discussion sur la position de la question, puis la parole est donnée à M. Barth.

M. Barth. — Il me semble que la discussion a été soulevée à propos de l'ablation d'un cancer du testitule chez un enfant. A ce propos, on s'est demandé si le malade était bien guéri, et, en cas d'affirmative, si la tumeur enlevée était bien cancéreuse.

Il y a donc deux questions à traiter : une question de diagnostic, à laquelle se rattache celle de l'utilité ou même de la nécessité du microscope, une question de thérapeutique, la curabilité.

Le microscope est-il utile? Oui. — Est-il indispensable? Oui encore pour les partisans absolus de cet instrument. Mais c'est là une prétention que je considère comme exagérée, et en la combattant, je ne pense pas combattre le microscope, il a rendu trop de services pour cela; je le défends même contre les exagérations de ses partisans.

Soutenir que le microscope seul peut faire reconnaître le cancer, ne serait-ce pas une proposition comme celle-ci : Il n'y a pas de pneumonie sans râle crépitant. Si l'on me conduisait les yeux bandés auprès d'un malade dont je ne pourrais qu'ausculter la poitrine, et que j'entendisse seulement du râle crépitant, je ne me prononcerais pas.

Je fais l'application de cette comparaison à la cellule cancéreuse, et je dis que, comme le râle crépitant, cette cellule est un signe précieux, mais qu'il ne peut être substitué au scalpel, et qu'employé seul il pourrait quelquefois conduire à l'erreur.

Quand on examine à l'œil nu un cancer type, on y trouve une trame solide, un *substratum* dans lequel est infiltré une pulpe spéciale.

Les espèces de cancer se déterminent d'après la prédominance de tel ou tel élément. Si la pulpe est abondante, et le substratum en petite quantité, c'est l'encéphaloïde; si c'est le contraire, c'est du squirrhe.

On voit quelle est l'importance de la pulpe : lorsqu'elle est évidente, le diagnostic est sûr, et le microscope est inutile, quoiqu'il ne faille pas pour cela le dédaigner, car il ajoute toujours un signe de plus au diagnostic.

Mais lorsque la pulpe n'est pas évidente, alors le diagnostic est difficile. Mais ne peut-on pas alors s'aider d'autres signes, de même que lorsqu'on constate le râle crépitant, on consulte l'état de la circulation, de la respiration, etc.? Si évidemment; et le plus souvent encore alors, on arrive à une quasi-certitude. Mais si, dans ces cas, le microscope fait constater la présence de cellules cancéreuses, il rend un très-grand service; il confirme le diagnostic qui n'était qu'extrêmement probable.

La cellule a-t-elle toute l'importance qu'on lui attribue, c'est-à-dire la trouve-t-on toujours? Certains auteurs le soutiennent; d'autres pensent le contraire; et enfin il en est qui admettent qu'on la trouve dans des tumeurs non cancéreuses.

Il nous semble facile de comprendre que la cellule ne se trouve pas à tous les degrés du cancer. En définitive, la cellule est un produit de sécrétion; elle peut très-bien ou n'être pas encore développée ou être altérée quand on examine une tumeur cancéreuse. C'est surtout à la période de ramollissement qu'elle peut avoir lieu. De plus, on ne peut pas toujours examiner une tumeur immédiatement après qu'elle a été enlevée, et beaucoup de micrographes s'accordent à reconnaître qu'après quelques jours, après quarante-huit heures même, l'altération est telle qu'on ne peut rien conclure de l'examen microscopique.

J'arrive à la question de la curabilité. — Pour moi, malheureusement, le cancer est rarement curable, plus rarement que la phthisie. Et ne pouvait-on pas dire, il y a longtemps, que les phthisiques qui guérissaient n'étaient par de véritables phthisiques? Mais l'auscultation est venue, qui ne nous permet plus de douter. N'en est-il pas de même aujourd'hui pour le cancer? L'opinion de l'incurabilité absolue, d'ailleurs, n'est-elle pas funeste à la science et à l'humanité? N'est-elle pas désespérante et bien faite pour décourager ceux qui voudraient chercher un remède à cette incurabilité? Avec cette opinion, n'empêchera-t-on pas même de traiter et de guérir certains malades qui pourraient l'être?

Au point de vue de l'humanité, il faudrait donc admettre la curabilité, quelque rare qu'elle soit; ce qu'il y a à faire, c'est de chercher dans quelles conditions la guérison se produit. Mais d'ailleurs, l'opinion me paraît erronée, et me paraît reposer sur une hypothèse; cette hypothèse est celle de la diathèse.

Quand vous enlevez un cancer, disent les partisans de l'incurabilité, vous enlevez une tumeur : la maladie reste; les cellules sont le résultat de la diathèse : elles se reproduiront. — La *diathèse* reste peut-être sans doute; mais la *maladie* reste-t-elle? Il me paraît permis d'en douter. Et encore, y a-t-il diathèse? On pourrait, à la rigueur, l'admettre dans les cas où un cancer, un encéphaloïde se développe avec une grande rapidité; mais l'opinion de la diathèse me paraît moins applicable aux tumeurs qui ne deviennent cancéreuses que consécutivement.

Dans un foyer purulent chronique, est-ce que le pus n'est pas indéfiniment sécrété? Est-ce que néanmoins en enlevant les parois sécrétantes, en les modifiant par une solution iodée, on ne parvient pas à tarir la suppuration; il n'y avait donc pas diathèse? Enlever une tumeur cancéreuse, n'est-ce pas enlever le foyer qui produit le pus? La raison l'indique; les faits que produiront les chirurgiens qui ont plus d'expérience que moi viendront sans doute le prouver.

Que répondra-t-on à ces faits? Le voici : si la tumeur a été jugée de nature cancéreuse, après application de tous les moyens possibles d'investigation, on dira : La maladie reviendra; donc le malade n'est pas guéri. Mais à ce compte, on ne guérirait aucune maladie diathésique. Comment, quand j'ai constaté, comme cela m'est arrivé une fois, qu'un malade offrant tous les symptômes d'une maladie de Bright, est revenu dans mon service après neuf années sans offrir le moindre apparence de cette madie, je ne pourrai pas appeler cela une guérison! Mais de quelque façon qu'on l'appelle, dix ans de santé après une maladie grave, c'est bien quelque chose. Et qui nous dit en outre que pendant ces dix ans de santé la constitution ne se modifiera pas? Est-ce que la scrofule, la chlorose, qui certes sont bien des diathèses, puisque les liquides eux-mêmes sont profondément modifiés, après avoir tenu pendant plusieurs années l'organisme dans un profond état d'altération, ne disparaissent pas souvent pour ne plus revenir ou pour ne revenir qu'à de longs intervalles? Qui nous dit qu'on ne trouvera pas, pour le cancer, l'équivalent de l'iode pour la scrofule.

Ce qu'il y aurait donc de mieux à faire, ce serait de chercher les conditions dans lesquelles la curation s'opère, au lieu de défendre l'incurabilité.

De ces conditions, quelques-unes sont connues : on sait que le cancer est d'autant plus grave, que la pulpe est plus abondante, et suivant que le cancer est dans un état plus grand d'avancement, si je puis ainsi dire. S'il y a ramollissement, ulcération, alors il peut se produire une infection spécifique, ou une infection méphitique, et dans les deux cas, la mort est inévitable.

Si le cancer est unique, il y a plus de chances de guérison que s'il est multiple. Si les ganglions lymphatiques sont affectés, les chances sont moins favorables que s'ils sont intacts. Voilà des données déjà acquises : ce qu'il faut chercher à faire, c'est de les étendre.

L'orateur résume son discours en quelques propositions que nous croyons inutile de reproduire; après quoi la parole est donnée à M. Gerdy. Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro le discours de cet orateur.

La séance est levée à 5 heures moins 1/4.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 30 septembre, le Muséum d'histoire naturelle a été autorisé à accepter le legs fait à cet établissement par M. Auguste de Saint-Hilaire, et consistant en un herbier et plusieurs échantillons d'or du Brésil.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 120. 2e année. Samedi 7 Octobre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital Necker. — M. Bricheteau.

Hématémèses répétées, causées par l'ouverture des veines de l'estomac.

M. Grisolle, il y a environ deux ans, publia un fait qui rappela l'attention sur ces hémorrhagies fort curieuses, coïncidant avec des tuméfactions de la rate et probablement produites par cette lésion. Depuis, des faits assez nombreux se sont produits, qui ont éclairé, mais non résolu, la question qu'ils soulèvent. Le fait suivant appellera l'attention sur une particularité dont on ne s'est peut-être pas assez préoccupé ; il semble prouver que les altérations de la rate et du foie n'ont joué ici qu'un rôle bien secondaire dans la production de l'hémorrhagie, et que, dans tous les cas, leur influence, si elle s'est exercée, a été fort indirecte (1).

Tresnard (Edme), âgé de 41 ans, fondeur en cuivre, entre le 30 juin 1854 à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, lit n° 23.

Cet homme est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution robuste. Les cheveux et la barbe bien fournis sont châtain foncé, les yeux bruns, la peau médiocrement colorée ; le système musculaire est bien développé ; santé antérieure très-bonne ; jamais d'affections fébriles. Le malade n'a jamais ressenti de douleurs dans la région de l'estomac, de pesanteur à l'épigastre ; il n'est pas non plus sujet aux éructations, aux renvois acides après les repas ; il était gros mangeur et digérait constamment bien les aliments dont il faisait usage.

Dans la période de 15 à 30 ans, il a éprouvé des épistaxis fréquentes, distantes de cinq à six jours et toujours suivies d'un soulagement marqué. Les autres muqueuses n'ont jamais été le siége d'une exhalation semblable ; pas de tumeurs hémorrhoïdales, de dilatation variqueuse des veines superficielles des membres.

Au mois de février 1854, il est pris de diarrhée intense qui dure quinze jours environ et donne lieu à huit ou dix selles par jour.

A la fin du même mois, quelques minutes après un repas modéré, Tresnard est pris subitement de vomissement d'un sang noirâtre, coagulé et mélangé aux substances alimentaires ; il évalue à 2 litres la quantité des matières vomies cette première fois. Une syncope eut lieu à la suite du vomissement. Les forces cependant ne diminuèrent pas notablement, et, deux jours après l'accident, le malade reprit son travail. Il ne s'aperçut pas, les jours suivants, que son appétit fût moins bon, les digestions moins faciles. La santé se maintint bonne jusqu'au 23 juin, époque à laquelle, à la suite d'un léger repas, il eut une hémorrhagie semblable à la précédente.

(1) N. du R.

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. Wilde, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande; chirurgien de Saint-Mark'Hospital* (pour les maladies des yeux); *membre honoraire de la Société de médecine de Stockholm*, etc.

(Suite. Voir les nos 110 et 115.)

(Troisième article.)

Dans les deux articles précédents, le lecteur a dû parcourir rapidement le livre de W.-R.Wilde, en prendre une idée sommaire, et se pénétrer des vérités qu'il contient. J'ai cherché, d'ailleurs, autant que cela pouvait être convenable sans blesser qui que ce soit, à bien faire ressortir l'idée dominante que l'on trouve à chaque instant dans cet ouvrage, à savoir :

1° L'oubli à peu près complet dans lequel les maladies de l'appareil auditif ont été laissées par les auteurs ;

2° L'ignorance complète des princes de la science à cet endroit, et partant, le grand préjudice qu'ils causent ainsi à l'avancement de cette branche de la pathologie : par exemple, en affirmant au hasard, et souvent bien innocemment, sans aucun doute, que ces sortes d'affections étant incurables, n'ont point besoin d'être étudiées ni traitées d'une manière particulière ;

3° La défiance des malades (prévenus qu'ils sont de leur incurabilité) et leur tendance bien naturelle à chercher, dans des moyens empiriques et ridicules, un soulagement ou une guérison que des moyens rationnels et scientifiques, sagement combinés, auraient pu leur procurer à une autre époque.

Dans ce troisième article, nous abordons franchement les moyens d'exploration de diagnostic et de traitement que nous devons mettre en usage.

« Je dois encore, dit l'auteur, faire une remarque assez importante, « c'est que j'ai composé mon livre moi-même. Je sais bien que certains « personnages, pour faciliter leur tâche, ne dédaignent point de s'adjoindre « certains écrivains salariés ; puis ils veulent bien prendre la peine d'ap- « poser leur nom, et tout est dit. De telles manières de faire ne me con- « viennent point, et mon livre est mon propre ouvrage. »

A cette sortie véhémente contre une coutume si particulière et si commune de notre époque, Wilde aurait pu ajouter, avec un de nos philosophes :

« S'il y a du mal, qu'on me l'impute ; s'il y a du bien, je n'entends « point m'en faire honneur ; si le livre est mauvais, j'en suis plus obligé « de le reconnaître : je ne veux pas passer pour meilleur que je ne suis. »

Mais, pour n'avoir point connu ce petit passage qui renferme cependant toute la philosophie de son livre, Wilde n'en a pas moins dit tout ce qu'il fallait dire sur ce point intéressant.

« Dans un art non encore complétement dépouillé des *limbes nuageux* de l'empirisme qui, tout récemment encore, enveloppaient la pathologie

Transporté quelques heures après à l'hôpital Necker, nous avons pu constater un affaiblissement notable de la constitution, la pâleur des téguments et un souffle anémique très-prononcé.

Il sort de l'hôpital le 26, et, deux jours après, est pris d'une troisième attaque de vomissement.

Il rentre le 30 juin, plus affaibli qu'auparavant, mais n'éprouvant aucune douleur dans l'abdomen.

Le 4 juillet, hémorrhagie nouvelle. Le lit du malade est inondé de sang, le vase destiné à recevoir les crachats en est tout rempli. Aucun symptôme précurseur n'avait pu faire prévoir l'imminence de l'hémorrhagie.

Le 5, à la visite, le malade est dans un état de faiblesse extrême; les téguments revêtus d'une teinte cachectique; frémissement vasculaire et souffle anémique intenses; le pouls de force très-médiocre et dépressible, les battements sont réguliers. La palpation ne permet de reconnaître l'existence d'aucune tumeur dans la région épigastrique, non plus que dans aucune autre partie du ventre. Le foie a son volume normal. La rate est légèrement hypertrophiée. Les selles sont noires, mélaniques, d'une consistance ordinaire. L'appétit est nul; quelques renvois inodores. OEdème léger des membres inférieurs; le péritoine paraît le siége d'une accumulation de sérosité.

Le 6, au matin, le malade vomit une petite quantité de lait ingérée peu auparavant. C'est la première fois que des vomissements de matières purement alimentaires sont observés. (Potion d'extrait de ratanhia, 4 grammes; 4 pilules de lactate de fer; glace, vin de quinquina.)

Le 8, la tisane et le vin sont rejetés par le vomissement. Le malade a reposé la plus grande partie de la nuit, il est tranquille, ne souffre pas.

Le 12, vomissement du vin de quinquina, pas du seul potage que le malade a pu prendre; une selle naturelle; l'abattement moindre.

Le 13, même état; pas de vomissement.

Le 14, un litre de sang noir et fluide est vomi vers quatre heures du soir.

A cinq heures, je vois le malade, il est exsangue, l'amaigrissement est plus prononcé, les inspirations sont longues et laborieuses, les yeux fermés, le pouls radial à peine sensible.

A six heures, mort.

Autopsie 36 heures après la mort. — Décoloration prononcée de tous les tissus; les sections pratiquées pour l'ouverture ne laissent écouler aucune gouttelette de sang. La cavité péritonéale renferme 2 litres environ de liquide citrin transparent. La séreuse a une teinte opaline très-prononcée; pas de fausses membranes. L'estomac, très-distendu par des liquides, est enlevé avec soin, et dans l'épaisseur des parois du viscère, qui ne sont le siége d'aucune altération de nature cancéreuse, rampent des veines variqueuses plus volumineuses sur la face postérieure. Le ventricule renferme 1 litre et demi environ d'un liquide rougeâtre fluide, contenant en suspension des flocons de matières alimentaires, des globules sanguins et deux ou trois caillots dont l'un offre le volume du poing. La muqueuse présente un état mamelonné franchement caractérisé. Sur la face postérieure, on observe plusieurs cicatrices d'ulcérations anciennes qui paraissent avoir intéressé la muqueuse seulement; l'une d'elles, de date toute récente, conduit dans la cavité d'une veine volumineuse située sur la partie médiane de la face postérieure du viscère; ce vaisseau paraît avoir été la source des derniers épanchements sanguins. Les parties environnantes de la membrane muqueuse présentent une coloration vineuse, résultat d'une imbibition cadavérique. La muqueuse intestinale est légèrement épaissie; les plaques de Payer très-apparentes. La partie inférieure de l'intestin renferme un liquide noir analogue à celui que contenait l'estomac, mais plus consistant. Le tissu du foie, profondément aminci, offre une coloration jaune cannelle; le volume de l'organe est diminué. La rate, médiocrement hypertrophiée, est dense et ferme; elle renferme une faible quantité de boue splénique. Les reins très-pâles; le cœur très-affaissé; son tissu est flasque et mou; les cavités complétement vides; les orifices libres; les valvules souples. Les poumons, très-perméables, sont également privés de sang; celui du côté droit adhère dans une grande étendue à la paroi thoracique par l'intermédiaire de brides celluleuses résistantes. La cavité pleurale gauche contient un verre de liquide citrin analogue à celui qui se trouve contenu dans le péritoine.

Em. Bailly, *interne du service.*

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112 *et* 114.)

VINGT-UNIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons commencé l'histoire du pseudo-étranglement, de la péritonite herniaire, et, arrivant aux phénomènes qu'il peut causer, nous avons vu que suivant le degré de son intensité, cette inflammation peut donner lieu tantôt à quelques coliques qui disparaissent par le taxis, tantôt à l'irréductibilité simple ou avec des accidents légers; enfin, quand l'inflammation arrive à un plus haut degré, alors viennent les phénomènes qui simulent l'étranglement véritable: irréductibilité, constipation, vomissement.

---

et le traitement des maladies de l'oreille, il est d'une grande importance d'accumuler les faits, ouvertement, de bonne foi, hardiment, et d'établir la vérité même, s'il est nécessaire, aux dépens de certaines réputations devenues populaires.

« Plus d'une fois, en lisant les journaux et les feuilles périodiques où se trouvaient rapportées des observations de maladies d'oreilles, je me suis aperçu que les auteurs n'étaient pas très-familiers avec ces sortes d'affections. Il m'est aussi arrivé de rencontrer des malades atteints de *surdité* incurable, lesquels croyaient avoir trouvé, dans certains moyens de traitement mis en usage çà et là par notre royaume, des améliorations tout à fait imaginaires ou futiles, que mon esprit ne pouvait raisonnablement accepter. Ces différents motifs m'ont déterminé à tenir une note exacte de tous les cas de maladies de l'oreille offertes par chaque patient qui a suivi le traitement de l'hôpital pendant un an.

« Je crois donc très-important, dans l'état actuel de la science, d'accumuler les faits et de montrer qu'on est bien familier avec les altérations que peut subir l'appareil acoustique, depuis l'état normal ou sain, jusqu'à l'état pathologique. J'ai aussi jugé qu'il était utile de familiariser les élèves avec tous les moyens d'exploration qui sont à notre disposition. C'est en suivant cette voie seulement qu'ils pourront se former une instruction solide, et un diagnostic et pronostic, sans aucun doute plus certains.

« Voici comment je procède à ma clinique:

« Chaque cas est diagnostiqué exactement, et démontré publiquement, en présence des étudiants et de jeunes médecins désireux de se familiariser avec ces recherches: les symptômes anatomiques et physiologiques sont constatés et notés avec soin; puis les causes non équivoques. Je m'occupe, en dernier lieu, du pronostic et du traitement.

« Tous ces détails sont ensuite inscrits avec ordre et à chaque consultation.

« Cependant, un grand nombre de ces observations ainsi recueillies laissent à désirer: quelques-unes sont même plus ou moins défectueuses, parce que, dans une institution très-grande (comme on le sait), où l'on voit exclusivement des pauvres, il n'est pas toujours possible de suivre leur histoire en dehors de la clinique où ils viennent recevoir des soins. Je dois même ajouter que plusieurs de ces personnes, désirant obtenir seulement du soulagement, et non point recouvrer une audition parfaite, s'en tiennent à la simple amélioration de leur infirmité, et ne reviennent même pas une seconde fois.

« Cette raison me paraît devoir dominer toutes les autres; car, comme le fait très-judicieusement observer W. Kramer (1):

« La plupart des individus qui se trouvent en pareil cas oublient volon-« tiers que l'oreille peut être douée d'une finesse extrême; ils ne s'occu-

(1) Kramer, p. 394.

L'étude de ces vomissements a quelque chose d'étrange en ce que, en général, les malades vomissent d'abord ce qu'ils ont dans l'estomac, dit-on, puis de la bile verte, puis de la bile jaune, puis des matières fécales. Je me suis élevé de toutes mes forces contre ces vomissements prétendus de matières fécales ; il y a des matières jaunes, grumeleuses, fécaloïdes : ce sont des matières de l'intestin grêle, et non des matières fécales proprement dites, car le gros intestin est rarement contenu dans les hernies.

Ces vomissements sont-ils en rapport avec l'intensité de la phlegmasie? Non, il y a des sujets qui ne vomissent presque pas ; d'autres, au contraire, vomissent beaucoup : je ne sais à quoi cela tient. Recherchez-en la cause dans les auteurs, vous n'y trouverez rien absolument. On dit simplement : Les vomissements arrivent coup sur coup ; voilà tout. Mais il y a des individus qui meurent sans presque vomir ; il y a des vomissements qui s'arrêtent à la bile verte, d'autres à la bile jaune, d'autres aux matières de l'estomac : pourquoi ces différences ? Je l'ignore : le degré personnel de sensibilité peut bien avoir une certaine influence, mais cette sensibilité ne peut pas déterminer des phénomènes si différents. Cela pourrait peut-être tenir à la position de la hernie dans le voisinage de l'estomac, ou à une distance plus ou moins grande de ce viscère : pour le vérifier, j'ai mesuré la longueur comparative de la portion supérieure et de la partie inférieure de l'intestin, je n'ai trouvé absolument aucun résultat.

Il y a quelquefois des vomissements grisâtres : d'où viennent-ils? Je n'en sais rien. Quelques sujets ont des vomissements brunâtres (ceux-ci dominent chez les chiens) : pourquoi? Je n'en sais rien non plus. Cela vous paraît étrange que je vienne vous annoncer l'ignorance dans laquelle nous sommes sur tous ces points ; mais cet aveu de notre ignorance est nécessaire, car il est utile de démontrer la fausseté des doctrines professées jusqu'ici, et j'appelle en même temps votre attention sur ces points. Ce dont j'ai pu m'apercevoir, c'est que les vomissements noirs, brunâtres ou grisâtres sont plus fâcheux que les autres. Comme je vous l'ai dit en commençant ces Leçons sur l'étranglement, il y a encore beaucoup plus à découvrir que nous n'avons encore découvert jusqu'ici. Le champ est donc ouvert aux recherches.

Voilà donc une hernie dure, qui ne veut pas rentrer, et qui donne lieu à tous les phénomènes de l'étranglement. J'ai vu bon nombre de ces hernies : l'an dernier, j'étais remplacé dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Ad. Richard ; un homme vient avec une hernie présentant tous les symptômes de l'étranglement : M. Richard ne vit pas là toutes les indications de pratiquer de suite l'opération, et il me parla de ce malade ; je l'examinai, et je dis qu'il y avait de très-fortes présomptions d'une simple inflammation : je fis appliquer quelques sangsues et des cataplasmes émollients ; peu de jours après, la hernie rentrait.

Il y a quelques mois, une dame vint me consulter avec une hernie dure, non sonore, donnant lieu à des phénomènes très-légers, des vomissements faibles : était-ce de l'épiploon ou non ? Je n'en sais rien. Je fis mettre des cataplasmes ; deux jours après, la tumeur était considérablement diminuée, mais je ne pus la faire rentrer. Je vous ai déjà donné la raison de cette difficulté à réduire les hernies épiploïques, c'est que l'épiploon contracte très-rapidement des adhérences, qui sont en général très-nombreuses.

Quelque temps après, M. L. Boyer me demanda en consultation pour un malade de la ville, qui avait une hernie crurale avec quelques vomissements, et le ventre très-douloureux : pendant quelques jours, nous employâmes le traitement antiphlogistique, et nous pûmes faire rentrer la hernie.

Dans tous ces cas, c'est l'épiploon qui est rentré : on n'en avait pas parlé, car dans ces hernies, il n'y a pas de matières fécales ; mais il y a des épiplocèles qui amènent la mort : c'est que dans un certain nombre de ces hernies, il y avait de l'intestin avec l'épiploon, et même quelquefois rien que de l'intestin.

J'ai cité, ailleurs, un autre cas d'un malade de Bicêtre, qui avait une entérocèle dure : la hernie était sortie et ne voulait pas rentrer ; le malade vomissait de temps à autre. Je parvins à réduire la hernie, après avoir employé, pendant quelques jours, un traitement antiphlogistique. Le même individu revint, à quelque temps de là, avec des vomissements bilieux. J'essayai de faire rentrer la hernie (le malade avait tenté plusieurs fois, mais en vain, de la réduire) ; je ne pus y réussir. J'appliquai alors des cataplasmes sur la tumeur, et je fis suivre au malade un traitement antiphlogistique très-simple : diète, lavements, boissons émollientes. Le quatrième jour, mon malade vomit des matières intestinales : je continuai mon traitement. Le sixième jour, la tumeur était en voie de décroissance, et bientôt je pus reconnaître que j'avais affaire à une tumeur purement intestinale dans laquelle il n'y avait pas trace d'épiploon. Je fis donner à mon malade un peu de bouillon qui fut bien supporté : dès ce moment je nourris donc mon malade. Le neuvième jour, la réduction se fit facilement. Deux mois après, le malade revint à l'Infirmerie pour une autre maladie qui l'emporta. Nous fîmes l'autopsie : dans le voisinage de l'anneau, il n'y avait que l'intestin ; l'épiploon était refoulé en haut, et ne paraissait pas avoir jamais pu entrer dans l'anneau : il y avait des adhérences autour de l'intestin.

Je ne veux pas multiplier ici les exemples ; j'en citerai d'autres à propos du diagnostic.

Lorsqu'on a réduit ces hernies, il y a une preuve qui montre bien que c'était à une inflammation que l'on avait affaire. Chez divers malades, après avoir réduit de ces hernies enflammées et non étranglées, j'annonçai d'avance la guérison de la hernie. J'appliquai une bonne et solide pelote sur la hernie : la matière

---

« pent pas de ce qu'ils ont perdu sous ce rapport, et se trouvent très-heu-
« reux du bien qu'ils ont acquis. Ils regardent comme superflu ce degré
« d'audition en quelque sorte exagéré, et l'on ne peut pas s'étonner de
« cette opinion singulière, car, dans la plupart des rapports sociaux, cette
« perfection de l'ouïe est vraiment inutile. »

« Mais revenons au but principal de ce chapitre, aux moyens d'exploration et de diagnose.

« Comme dans toutes les maladies, et plus particulièrement dans les affections aurales, le premier point et le plus important consiste dans la précision du diagnostic : sans cette précision, tout traitement est voué au hasard de l'inspiration et de l'empirisme, ce qui ne peut, dans aucun cas, remplacer un examen sérieux, qui est toujours indispensablement nécessaire. Pour ces motifs, je vais insister longuement et minutieusement sur ce point important, dans les pages qui vont suivre.

« Je passerai, pour le moment, sous silence, les symptômes subjectifs, lesquels apparaîtront mieux dans les descriptions particulières et dans le récit des malades eux-mêmes ; je veux seulement examiner avec soin la meilleure méthode à suivre, pour former un diagnostic exact de l'ensemble des signes physiques offerts par l'organe affecté.

« *Position du malade.*— Le malade étant exposé à la lumière du soleil, la tête inclinée sur l'épaule opposée, de manière que les rayons puissent tomber directement, à travers le spéculum (1), sur la membrane du tympan, on observe scrupuleusement l'état de la conque, le méat externe, le cérumen, les poils qui servent à l'agglutiner ; on examine ensuite l'apophyse mastoïde et la région sous-parotidienne, qui correspond aux incisures de Santorini, à travers lesquelles peut filtrer le pus renfermé dans le conduit auditif externe. Il faut aussi visiter l'auricule ou pavillon, ses différents plis, sa couleur, sa température, son épaisseur, sa mollesse ou sa dureté, l'angle qu'il forme avec le crâne, etc., etc. Puis, la plus haute extrémité de l'hélix doit être prise d'une main, entre le pouce et l'index, pendant que les mêmes doigts de l'autre main, placés au front du tragus, exposent le canal auditif à la vue. On doit également engager le patient, dans cette position, à faire quelques mouvements de déglutition, et la douleur, si elle existe, doit être notée avec soin.

« Avons-nous quelque raison de croire à un état inflammatoire de l'appareil auditif, l'éminence mastoïde doit attirer notre attention, ainsi que sa couleur, sa forme, sa grandeur, sa température. Les doigts, méthodiquement appliqués, doivent également explorer sa surface, s'assurer même si les loges anfractueuses qui la composent ne renferment point de collection liquide : — séreuse (hydropisie), — sanguine (hématocèle), — ou pu-

(1) Wilde donne la préférence au spéculum métallique tubulé, conique, ou à un gorgeret, spéculum à une valve.

plastique, qui est sécrétée là en vertu de l'inflammation adhésive, amène rapidement la guérison par les adhérences que la hernie rentrée contracte avec les parois abdominales.

Vient ensuite l'inflammation suppurative : cela peut arriver dans les hernies peu volumineuses, mais c'est le plus souvent dans les grosses hernies. Dans un travail de Mac Ferlan, vous pourrez voir de ces péritonites terminées par la suppuration ; quelquefois même, le chirurgien ne sachant pas ce que c'était, a ouvert le sac et y a vu le pus.

Quand la hernie est petite, cette inflammation n'est quelquefois pas très-grave ; en effet, l'inflammation suppurative, dans les séreuses, est toujours limitée par l'inflammation adhésive. Quand la hernie sort, l'inflammation se produit surtout dans le fond du sac, et au collet il y a des adhérences. Il y a donc dans le sac un abcès qui ne communique pas avec le grand péritoine. Si, par des efforts de taxis, on venait à rompre ces adhérences qui isolent ainsi complétement le sac, on tuerait certainement le malade.

Quand la hernie est grosse et l'inflammation intense, c'est une affaire très-sérieuse. S'il y a, par exemple, le tiers du tube intestinal engagé dans une hernie enflammée, c'est une péritonite du tiers du péritoine ; cela est excessivement grave.

J'ai déjà cité le cas d'un vieillard qui avait tous les symptômes de l'étranglement ; je l'examinai attentivement, et je dis : « Il n'y a pas ici d'étranglement possible ; c'est une péritonite. » Mes internes voulaient que j'opérasse. Le malade mourut : la péritonite était suppurée ; il y avait des adhérences entre l'orifice du sac et les intestins ; il y avait une grande quantité de pus dans le sac, mais il n'y avait pas d'étranglement.

Voilà donc une terminaison très-fâcheuse de l'inflammation herniaire.

Une autre terminaison, très-grave aussi, est la gangrène de la hernie. On a cité des cas d'intestin gangrené par places seulement, dans le ventre même : cela est très-rare ; je n'en ai jamais vu, du moins ; mais la cause la plus fréquente de la gangrène dans les hernies, c'est le chirurgien. J'ai vu ainsi deux cas de gangrène chez des malades qui avaient été soumis à des tentatives de taxis immodérées. Il s'agissait, dans un de ces cas, d'une hernie inguinale sortie depuis huit jours : pour la réduire, on répéta le taxis tant et tant que l'intestin fut gangrené. Le deuxième cas est une hernie crurale sortie depuis douze jours : le taxis avait été fréquemment opéré ; il n'y avait pas trace d'étranglement ; l'intestin avait été gangrené.

Il y a donc gangrène, à la suite de la péritonite du sac ; mais je ne connais pas de cas de ces gangrènes arrivées sans l'intervention du chirurgien : on peut donc l'appeler gangrène chirurgicale, produite par la main même de l'homme qui est appelé à guérir la hernie.

Quand il y a gangrène, qu'arrive-t-il ? Est-il vrai que le chirurgien en soit averti par la cessation de tous les phénomènes de l'inflammation, par les hoquets, le facies hippocratique, etc..., et que le malade meurt précisément quand la famille, voyant ces formidables accidents de l'étranglement disparaître, est le plus rassurée ?

A. Cooper en cite un cas ; c'est fort heureux, car sans cela je n'y croirais pas. Dans deux cas que j'ai vus, les phénomènes n'avaient pas cessé ; les malades n'étaient pas dans cet état de béatitude qui précède la mort par la gangrène ordinaire. Nous verrons tout à l'heure quel vide il y a dans cette doctrine.

Anatomie pathologique de la péritonite herniaire. — Quand le sujet n'a pas succombé à la péritonite herniaire, on trouve des adhérences de l'épiploon, des adhérences du sac et au collet du sac. Quand on ouvre une hernie encore sous l'influence de l'inflammation adhésive, on trouve au sac et au collet du sac des adhérences que l'on déchire facilement avec le doigt. J'appelle cette inflammation adhésive, parce qu'elle n'arrive pas jusqu'à la suppuration ; mais il y a, dans bon nombre de cas, une sécrétion de liquide. — Dans la chaudepisse tombée dans les bourses, il se développe une inflammation qui s'arrête au degré nécessaire pour l'adhésion, et qui, lorsqu'elle outre-passe cette limite, devient suppurative ; il se forme du liquide dans la tunique vaginale ; c'est de la sérosité qui se résorbera. Vous trouverez cela aussi dans les hernies ; quelquefois clair et transparent, ce liquide est parfois séro-sanguinolent.

Voilà pour le sac.

Mais la hernie contient-elle de l'intestin ou de l'épiploon ? Ce point de diagnostic était à peu près inconnu aux auteurs anciens, avec leur théorie des crotins.

M. Piorry, qui a fait faire de si grands progrès dans la percussion, a appliqué ce mode de diagnostic aux hernies. Ainsi, dans un cas où M. Lenoir était fort indécis, le plessimètre indiqua qu'il y avait de l'intestin dans la hernie, et cela fut confirmé par l'autopsie. Mais M. Piorry croit que la percussion est un moyen infaillible de diagnostic dans les hernies. Non, messieurs, la percussion rend, il est vrai, de très grands services, mais il y a des cas où elle est en défaut. Il y a quelque chose qui, dans les hernies renfermant de l'intestin, rend le son sourd : c'est l'amas de sérosité qui est quelquefois si considérable qu'il n'y a dans une hernie, même assez volumineuse, qu'un tout petit point sonore ; tout le reste de cette grosse tumeur est de la sérosité qui, à la percussion, donne un son obscur, mat, qu'il est assez difficile de distinguer de la matité de l'épiploon.

Mais, quand le chirurgien a trituré, tripoté, broyé l'intestin, l'inflammation, qui n'était que séreuse, envahit toute l'épaisseur de l'intestin : le son est alors mat. Dans un cas de ce genre, il n'y avait que l'intestin ; il était très-épais et ne contenait pas

---

rulente (abcès de trois sortes : chauds, froids, ossifluents ou par congestion). L'attention du chirurgien doit également se porter sur l'insertion du muscle sterno-mastoïdien, à l'occipital, aussi bien qu'à la clavicule, sans oublier sa partie moyenne, car on a souvent trouvé, dans ces différents points, des collections de pus qui, ayant leur point de départ primitif dans un abcès de la caisse, avaient pénétré sous la face profonde du sterno-mastoïdien, à travers une perforation, une sorte de fissure de l'apophyse du même nom (1).

« Immédiatement derrière l'auricule, se trouve un petit ganglion, dont l'hypertrophie est un précieux indice dans les inflammations aurales : ce ganglion peut aussi devenir le siége de douleurs névralgiques violentes, à la suite de certaines affections aiguës, qui entraînent avec elles l'œdème et la tuméfaction des parties molles. »

Enfin, pour ne rien oublier, Wilde préconise la *percussion* de l'apophyse mastoïde, et assure en avoir retiré de bons enseignements.

Vient ensuite l'examen du conduit auditif. Ici, l'emploi du spéculum est de rigueur, et c'est seulement dans une clinique qu'on peut bien apprendre à s'en servir. Cet instrument permet d'apprécier la forme, l'étendue du méat, la quantité de cérumen, son absence ; les corps étrangers qui peuvent s'y introduire ou s'y former de toutes pièces, son obstruction, etc., et nous pouvons ainsi nous mettre sur la voie d'une cause fréquente de surdité : les concrétions cérumineuses.

Une injection d'eau tiède permet mieux, en débarrassant complétement le méat, de voir dans toute son étendue le tympan, sa couleur, sa transparence normale et ses lésions morbides, etc. Son inflammation et ses perforations, tout à fait analogues à celles de la cornée, sont aujourd'hui assez bien connues, et l'on peut consulter sur ce sujet le Mémoire que j'ai publié en novembre 1853 dans le même journal (1).

Nous arrivons à l'exploration de l'oreille moyenne.

L'auteur indique la position du malade, qui doit être assis sur un siége à dos élevé : Wilde représente même son patient avec une sonde introduite dans la narine droite, et fixée en place au moyen du frontal d'Itard, qu'il oublie de citer ; l'extrémité de la sonde (2) communique, à l'aide d'un tube flexible, avec la pompe pneumatique de W. Kramer, également oublié. Puis, chose vraiment surprenante, quand on vient à chercher dans le texte la description de ces différentes manœuvres, et du procédé opéra-

(1) J'ai recueilli, l'année dernière, une observation sur cette marche vraiment curieuse du pus, à la suite des abcès de la caisse et des cellules.

(1) *Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.*

(2) La sonde de Wilde est en argent, du volume et de la forme d'une sonde de femme ordinaire.

d'air, à peine renfermait-il un peu de liquide. D'après le plessimètre, j'aurais juré que c'était une épiplocèle : c'était une entérocèle. Il est bon que vous sachiez cela.

Voilà les phénomènes, les modes de terminaison, l'anatomie pathologique de l'inflammation herniaire. Nous arrivons maintenant au diagnostic.

Jamais la hernie épiploïque ne donne lieu à de véritables accidents d'étranglement. Si donc on sait qu'il n'y a que de l'épiploon dans une hernie, il ne faut pas opérer, excepté dans le cas où quelque chirurgien vous a si bien broyé l'épiploon qu'il l'a gangrené. Quand on ne perçoit de sonorité dans aucun endroit de la tumeur, il faut bien se tenir sur ses gardes et ne pas opérer; il faut attendre, car on a vu de petites portions d'intestin au centre d'une grosse masse épiploïque.

Dans la hernie inguinale, on rencontre le plus souvent l'inflammation pure du péritoine; lorsque la hernie n'est pas rentrée, qu'elle a éraillé, dilaté les anneaux, comme une sonde dilate l'urètre, lorsqu'elle a élargi, distendu le canal; lorsque la hernie aura coulé toujours librement, n'aura jamais été maintenue par un bandage, il n'y a pas d'étranglement dans ce cas, soyez-en bien sûrs. Mais, si le malade a eu autrefois des accidents du côté de sa hernie, le diagnostic n'est plus alors tout à fait aussi clair; car ces premiers accidents, c'était une péritonite herniaire, et il est fort possible qu'à la suite de cette inflammation, un dépôt de lymphe plastique se soit formé à l'orifice du sac, s'y soit organisé et ait donné naissance à un collet : dans ce cas, on peut avoir affaire à un étranglement vrai. Mais dans une grosse hernie, l'étranglement est donc impossible, comme nous l'avons dit. Si, au contraire, ces accidents se montrent dans une hernie marronée, presque à coup sûr c'est un étranglement. Enfin, dans les hernies qui tiennent le milieu entre les hernies marronées et des hernies déjà assez grosses, c'est là que commencent les difficultés pour lesquelles je n'aurai à vous donner, comme moyens de diagnostic, que de simples présomptions. Dans les autres cas, les hernies volumineuses qui n'ont jamais été maintenues, l'anneau est tellement large, qu'il n'y a pas possibilité qu'il soit revenu sur lui-même, au point d'étrangler la hernie : je soutiens que ce retrait sur lui-même d'un anneau ainsi dilaté est impossible, et tant que je n'en aurai pas vu, je me refuserai toujours à changer d'opinion.

A ce propos, permettez que je vous dise une anecdote historique qui ne sera pas déplacée ici. En 1842, j'étais agrégé dans cette Faculté, et je remplaçais M. J. Cloquet; j'avais pour internes M. Dequevauviller et M E. Cloquet : je ne sais si la race des internes a changé depuis ce temps-là, mais autrefois, quand un agrégé venait remplacer un chef de service, les internes relevaient le nez; aussi, faisais je très-petite figure lorsque je pris le service. Je faisais alors un cours de clinique qui était assez bien suivi par les élèves (du dehors, toutefois) : j'avais bien déjà guéri une petite péritonite herniaire devant eux, mais cela ne comptait pas. Un jour, pendant une leçon, M. Ern. Cloquet m'annonce qu'il vient d'arriver un malade avec une hernie étranglée : je lui demande qui c'est; il me dit que c'est un vieillard qui n'a jamais porté de bandage, et que c'était la première fois que ces accidents se montraient; j'annonçai qu'il n'y avait pas d'étranglement, et en effet, à l'aide d'un taxis méthodique, la hernie fut réduite après quelques minutes : mon interne fut sur le coup dompté et subjugué. Ce diagnostic avait quelque chose de merveilleux; en voici tout le secret : quand un individu porte depuis longtemps une grosse hernie qu'il n'a jamais contenue avec un bandage, les anneaux sont trop larges et le canal trop dilaté, pour que l'étranglement soit possible. Il n'y a, je le répète, de difficultés dans le diagnostic que quand il s'est formé un collet très-épais.

Si une hernie trouve à se faire jour par un petit passage, étroit il est vrai, mais pas assez pour l'étrangler tout d'abord, elle occupera librement le sac; mais si elle est tuméfiée par l'inflammation, elle peut s'étrangler secondairement : cela est parfaitement vrai. En voici une preuve : on porte une bague qui court assez librement sur le doigt; si le doigt est enflammé, il s'étrangle sur la bague : c'est un étranglement secondaire; levez l'étranglement d'abord, et vous n'aurez plus à lutter que contre l'inflammation, qui sera beaucoup moindre, par ce fait même que l'étranglement n'existera plus.

Il y a des enfants qui s'amusent à mettre une bague sur leur verge : elle glisse d'abord; mais si la verge vient à être serrée par la bague, elle s'enflamme et est étranglée, ou plutôt s'étrangle elle-même sur la bague. Il en est de même des paraphymosis, c'est que l'on a fait passer un prépuce étroit en arrière du gland.

Pronostic. — Le pronostic est très-léger quand la péritonite est très-légère, très-grave quand la péritonite est très-intense; le moins qui puisse arriver dans ce second cas, c'est qu'il faudra ouvrir l'abcès, et le malade succombera à l'inflammation de la séreuse. A ces périls, il faut encore ajouter ceux qui proviennent d'un taxis malencontreux.

Traitement. — Quel est le traitement de la péritonite herniaire?

Une des causes de cette inflammation, c'est la sortie même de la hernie : la hernie sort tout d'un coup et avec des douleurs vives; il se peut que cette hernie ne s'étrangle jamais, mais il se produit là une irritation qui va en augmentant si l'on tarde à réduire la hernie, tandis qu'au contraire, si l'on remet en place l'intestin hernié, les symptômes inflammatoires cessent de suite : il y a un fait certain, si, dans les premiers moments de l'inflammation herniaire, vous rentrez la hernie, au bout de quelques

---

toire à l'aide duquel on peut les exécuter, on ne trouve que quelques indications vagues, et cette phrase qui résume tout :

« Passing it rapidly over the floor of the nose, a *dexterous* and *well* « *practised operator* will frequentely hicich it into the sulcus of the Eusta- « chian opening at the first attempt; and is conscious of the fact by that « *tactus eruditus,* wich nothing but extensive experience can give, but « wich it is very difficult to describe (1). »

Si M. Wilde eût pris la peine de parcourir les traités classiques et les différents recueils scientifiques publiés sur le continent, il aurait pu se convaincre que ces difficultés qui lui font tant de frayeur ont été vaincues. Le premier *procédé méthodique* qui ait été publié en France est celui d'Itard, et chacun peut s'en rendre compte en ouvrant le Traité du célèbre médecin des sourds-muets (2).

Depuis cette époque, la thérapeutique s'est enrichie de plusieurs autres procédés plus exacts, et avec lesquels on peut se familiariser assez vite, à la condition de suivre scrupuleusement les règles indiquées.

Je les ai rassemblés tous dans un Mémoire publié en novembre 1853 (3). C'est donc à ce travail que je renvoie le lecteur. Cependant, le procédé que j'ai décrit pour la première fois dans le travail cité, et qui m'appartient, me semble avoir quelques avantages sous le rapport de la précision des manœuvres, et ce n'est point sans un certain sentiment de satisfaction que j'ai vu M. le professeur Malgaigne lui donner place dans la nouvelle édition de sa *Médecine opératoire* (1).

C'est donc là que les élèves pourraient l'étudier. On pourra constater qu'en suivant les *données anatomiques,* sur lesquelles il est établi, le cathétérisme des trompes d'Eustache devient aussi facile que la ligature d'une artère. — Une fois le cathéter introduit, le chirurgien peut s'assurer de l'état d'intégrité de la trompe et de la caisse, ou bien des lésions qui peuvent s'y rencontrer. — Pour arriver à ce résultat, on peut faire passer de l'air ou de l'eau, au moyen d'un soufflet, d'une seringue, dont le bec a été préalablement ajusté au pavillon de la sonde.

Quand la trompe est libre, les fluides injectés arrivent bientôt dans la caisse en laissant entendre à l'oreille, appliquée sur celle du malade, différents bruits sur lesquels je ne dois point insister en ce moment.

Si la trompe est rétrécie, les bulles d'air n'arrivent dans la caisse qu'avec peine, une à une; et la crépitation qu'elles font entendre, faible ou forte, continue ou intermittente, sèche ou humide, éclatante ou voilée, sont des signes dont le chirurgien peut et doit tirer grand profit.

(1) *Op. cit.*, p. 68. — (2) Itard, t. 2, p. 138 et suiv.
(3) *Moniteur des Hôpitaux*, novembre 1853; et *Gaz. des Hôp.*, 21 septembre 1852.

(1) *Voir* Malgaigne, *Méd. op.; Cathétérisme de la trompe d'Eustache.*

minutes, il n'y a plus d'accidents. Il faut donc, dans les premiers temps, essayer de réduire la hernie, si la tumeur n'est pas très-gonflée, douloureuse, et la hernie par trop grosse.

Mais, si la hernie est très-grosse, pouvez-vous même, dès le premier jour, essayer de la réduire? Cette question est très-épineuse, c'est un fait nouveau dans la pratique chirurgicale, que je vais vous exposer; c'est un fait neuf, je le répète, car les chirurgiens à qui cela est arrivé l'ont passé sous silence ou l'ont attribué à d'autres accidents. M. Lenoir avait pour élève M. Gelèze qui, examinant un jour un vieillard, le trouva porteur d'une hernie grosse seulement comme le poing : M. Lenoir fait rentrer la hernie, et vingt-quatre heures après, le malade meurt. Je fis l'autopsie moi-même : il y avait un peu de vascularisation à la surface de l'intestin; dans le péritoine, il n'y avait ni sérosité ni adhérences : de quoi le malade était-il mort? Je n'en sais rien; mais il n'est pas à propos de faire rentrer de grosses hernies enflammées, surtout quand elles ont, comme dit J.-L. Petit, perdu droit de domicile dans le ventre. Mais, disent les chirurgiens, la hernie s'enflamme si vous ne la rentrez pas, il faut la réduire : c'est une erreur profonde; ne suivez pas ce conseil, il est mortel pour les malades.

Le deuxième jour, le troisième jour, faut-il essayer le taxis? C'est moins sûr, et plus difficile. Quand on a fait rentrer la hernie, si c'est de l'intestin, il y a là un élément de douleur très-grande, l'accumulation de matières fécales.

Je dirai cependant encore : « Essayez. »

Le premier jour, on peut essayer pendant une demi-heure, mais le deuxième et le troisième jour, il ne faut prolonger au delà de dix minutes les tentatives de réduction. Mais je n'ai pas toujours été aussi prudent : un homme de Montreuil portait une hernie qui, un jour, sortit après le dîner, et s'accompagna de grande douleur.

Pendant quelques jours, je fis suivre au malade un traitement antiphlogistique, et un beau jour, pensant que l'inflammation était terminée, je fis rentrer la hernie tout d'un coup; le malade ne souffrit pas. Le soir même, la hernie ressortit et fut plus douloureuse. Le lendemain, je la fis de nouveau rentrer, et, comme elle sortait encore, je mis des bandes : les accidents de la péritonite générale se montrèrent et le malade mourut.

Sydenham disait que chaque épidémie a son caractère spécial et qu'il faut que les premiers malades payent l'éducation pour ceux qui seront pris dans la suite par la même maladie. Cette parole peut s'appliquer ici : lors donc que les accidents se montrent après le taxis, favorisez la sortie de la hernie, et vous aurez beaucoup fait; et ne vous laissez pas effrayer par la question de l'arrêt des matières fécales, qui arrive même dans la péritonite sans hernie.

Quand la tumeur a diminué de volume, et qu'il n'y a plus trace d'inflammation, on doit alors, mais alors seulement, essayer de réduire la hernie.

Si la hernie résiste au taxis, que faut-il faire? C'est une inflammation locale, il faut donc la traiter comme telle; soulevez la hernie de façon qu'elle ne soit pas dans une position trop déclive; diète, sangsues, cataplasmes, lavements laxatifs : voilà l'indication droite, directe, du traitement qui réussira dans la péritonite herniaire par trop considérable.

Étudions maintenant les moyens innombrables que l'on a tentés contre ces pseudo-étranglements que l'on croyait des étranglements vrais. On a d'abord conseillé la saignée; quelquefois, dit-on, et on en cite des exemples, une hernie ne peut pas rentrer : on saigne le malade, et la hernie rentre. On a aussi vanté les sangsues (contre l'étranglement!). Les cataplasmes, les bains, les lavements : voilà ce qu'il y avait de meilleur.

Mais on a proposé des cataplasmes astringents, c'était sans doute pour que leur action, se portant sur le sac herniaire, le fît contracter, et que celui-ci réduisît de lui-même les intestins. Cela est une profonde erreur, une théorie incroyable.

On a aussi appliqué des vésicatoires : dans le cas d'une vieille inflammation, ils peuvent être fort utiles, mais que peuvent-ils faire dans l'étranglement?

On a aussi donné des vomitifs, dans l'espérance que les mouvements antipéristaltiques qu'ils provoquent dans l'intestin réduiraient la portion herniée. On a donné aussi les purgatifs, c'est le même ordre d'idées. Parmi ces purgatifs, il y a les lavements de tabac, qui ont joui longtemps d'une grande réputation, mais je crois que c'est plutôt comme narcotique qu'ils agissaient; c'est un quitte ou double où le banquier a deux chances contre vous : on ne sait pas ce que l'on fait; le tabac est un irritant très-puissant, mais dont on ne peut trop calculer l'action, et qui ne réussit jamais : je trouvais préférable de donner 2 ou 3 gouttes d'huile de croton, j'en essayai; je ne m'en suis pas bien trouvé.

On a donné la belladone, l'opium, et aussi tous les antispasmodiques. M. Guyton a rapporté un certain nombre de ces hernies étranglées où, le taxis ayant échoué, on a chloroformé le malade, et le taxis a été possible : j'avais déjà fait, dans le temps, des essais de ce genre; je tentai de nouveau, et je ne réussis pas plus qu'avant. D'après cette théorie, l'intestin serait distendu par des gaz, irrité plutôt qu'étranglé, et les contractions spasmodiques des parois abdominales empêcheraient la tumeur de rentrer : dans ce cas de spasme des muscles et de l'abdomen,

---

Une question divise encore les auteurs, à savoir quelles sondes il faut choisir pour exécuter cette opération?

Les sondes inflexibles ou métalliques? ou bien celles en gomme flexible, armées d'un mandrin? celles d'un petit ou d'un gros calibre?

Sans entrer dans une discussion qui nous entraînerait trop loin, je dirai que les sondes en argent paraissent aujourd'hui rendre le plus de service aux chirurgiens, et être l'objet de leur préférence.

En Angleterre, Wilde nous apprend qu'on emploie constamment la sonde d'argent d'un gros calibre et d'une petite courbure.

Kramer, en Allemagne, se sert également d'une sonde d'argent de dimension moyenne.

En France, les opinions sont encore divisées. Itard a figuré une *sonde métallique* qu'il employait : c'est celle à laquelle MM. Ménière et Blanchet se sont rattachés; je l'ai également adoptée d'une manière générale. Cependant, MM. Valbroux et Deleau pratiquent toujours le cathétérisme avec la sonde en gomme, armée d'un mandrin.

Kramer (1) a pris la peine de disserter longuement sur cette question, et de motiver le choix qu'il avait fait de la sonde métallique.

L'expérience et une grande pratique, seules, peuvent apprendre dans quel cas l'une doit être substituée à l'autre; elles peuvent toutes deux rendre de grands services dans des cas déterminés, et qu'on ne peut résoudre à l'avance.

Comme on a pu le voir précédemment, la sonde n'est pas seulement un moyen de diagnostic, c'est encore un agent thérapeutique, puisqu'elle sert à faire passer des injections simples ou médicamenteuses, des douches d'air chargé des mêmes principes, etc.

Le cathétérisme des trompes est donc une des opérations les plus utiles, incontestablement, de la chirurgie aurale; et aujourd'hui, nous avons réellement peine à concevoir comment, dans les premières années de notre siècle, J.-H. Curtis ait pu acquérir une si grande renommée, lui qui ne connaissait pas l'art de sonder les conduits gutturaux de l'oreille (1).

Malgré l'importance bien marquée de cette opération délicate, elle ne renferme point à elle seule toute la thérapeutique des maladies de l'oreille.

Ainsi, dans les phlegmasies aiguës, nous voyons Wilde recommander les saignées locales et générales, les révulsifs, etc. En un mot, les différents moyens employés chaque jour dans les maladies de l'œil et des autres organes, etc.

Notre auteur, en terminant ce chapitre, s'égaye un peu aux dépens des disciples d'Hahnemann :

« Que penser de ces médecins qui, après avoir versé une goutte de lau-
« danum dans le Bosphore, enverraient leurs malades boire un gobelet de
« cette eau à l'endroit où ils se jette dans la Méditerranée?»

Les magnétiseurs et les physiciens, qui veulent tout guérir au moyen de l'électricité, ne sont guère mieux traités. Dr E. TRIQUET.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Op. cit.*

(1) *A treatise on the physiol.; and diseases of the ear*, 1817, by John-Harrisson Curtis, surgeon to his Majesty.

ce traitement serait peut-être bon ; mais je n'ai jamais vu un seul cas d'étranglement spasmodique.

L'eau froide et la glace ont aussi été proposées ; vous savez ce que peut produire l'application du froid contre l'inflammation : nous reviendrons sur ce moyen héroïque.

A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Nouveau moyen de suture,

Par le docteur CUCUEL, *de Wesserling*.

Dans une Note publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, l'auteur passe en revue les nombreux inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi des sutures et des emplâtres adhésifs habituellement employés pour la réunion des plaies ; puis il décrit comme il suit un procédé qu'il dit avoir souvent mis en usage avec un très-grand succès :

Une plaie étant donnée, sur chacune de ses lèvres, et à 2 ou 3 millimètres de distance de ses bords, je fixe, au moyen du collodion, une bandelette de toile d'une largeur proportionnée à l'étendue de la plaie, et qui s'étend, dans toute sa longueur, parallèlement à ses bords. J'ai soin de conserver dans la bandelette que je prépare une lisière capable de résister à des points de suture sans s'effiler; ou plutôt, à la place de toile, je me sers d'un ruban de fil ou de coton. Si la blessure est sinueuse, j'échancre le bord du ruban opposé à celui qui regarde la plaie, afin qu'il puisse en suivre les irrégularités sans faire ni plis ni godets. Une fois mes deux rubans solidement collés, je jette de l'un à l'autre, au moyen d'une aiguille à suture ou même d'une aiguille à coudre, un fil solide en guise de lacet, qui passe et repasse sur la plaie elle-même. Lorsque mon fil est jeté d'une extrémité à l'autre de la solution de continuité, je le lace, comme on ferait d'un lacet de corset ou de brodequin, de manière à mettre en contact parfait les deux lèvres de la plaie ; puis je procède au pansement approprié. Si la plaie est franche et récente et qu'elle ne paraisse pas devoir suppurer, je la recouvre de taffetas anglais ou de tout autre sparadrap, qui n'a plus ici le but, qu'il remplissait assez mal, de maintenir rapprochées les lèvres de la plaie, mais seulement de les préserver du contact de l'air. Quand, au contraire, la plaie contuse et déchirée, doit nécessairement suppurer, je la recouvre d'un plumasseau de charpie enduit de cérat ou d'un onguent digestif quelconque.

Au pansement suivant, si l'appareil s'est légèrement relâché, je serre davantage mon lacet ; si, au contraire, il est survenu un gonflement inflammatoire douloureux, je le relâche. En un mot, comme la plaie est parfaitement à découvert, je puis obvier promptement à tous les accidents qui se présentent et appliquer tel topique qui me paraît convenable, sans me préoccuper de la suture qui ne cède ni à la chaleur ni à l'humidité.

Je ne sais si je m'abuse, mais ce genre de pansement me paraît à tous égards supérieur à ceux employés jusqu'à ce jour; il réunit et surpasse leurs avantages, sans partager leurs inconvénients ; il remplit, en un mot, toutes les indications. En effet, il s'applique sans douleur, ne laisse aucune trace de sa présence, ne se relâche jamais, peut être resserré ou relâché à volonté, selon que les lèvres de la plaie sont écartées ou trop serrées par la diminution ou l'augmentation du gonflement; il permet l'écoulement facile du pus et se prête à tous les soins de propreté, comme aux différents genres de pansement que réclament les circonstances. Enfin, il s'enlève et se replace avec promptitude et facilité, si une hémorrhagie consécutive exige la réouverture de la plaie.

Ce genre de réunion des plaies ne convient pas seulement à celles qui sont franches et qui doivent se réunir par première intention ; il est encore plus utile peut-être à celles qui suppurent. En effet, en maintenant constamment en rapport les lèvres de la plaie, outre que la guérison est beaucoup plus rapide, on obtient une cicatrice à peu de chose près aussi nette que si elle résultait d'une plaie réunie sans suppuration.

Les ulcères eux-mêmes peuvent être traités avec avantage par cette nouvelle suture. En diminuant leur tendance à la forme arrondie, en rapprochant à chaque pansement les bords qui tendent à s'écarter, on parvient, quand les tissus environnants ne sont pas trop indurés, à les ramener à l'état d'une plaie ordinaire, et par là obtenir leur cicatrisation.

Lavement purgatif contre le lumbago et les névralgies sciatiques,

Par M. le professeur LOMBARD, *de Liége*.

Sel marin.	32	grammes.
Eau commune.	156	—
Miel.	16	—

F. s. a. (*Rép. de pharm.*)

CORRESPONDANCE.

Nous croyons que notre ami, M. Davasse, aurait pu, conformément à ses premières intentions, laisser à nos lecteurs le soin d'apprécier le caractère de l'article de notre excellent collaborateur et ami, M. Fleury, article que, malgré son extrême réserve, M. Davasse a nécessairement dû voir avec les yeux d'un adversaire. En tous cas, nous croyons qu'au terme où en est le débat, il ne pourrait en effet beaucoup servir à la science, et nous espérons que M. Fleury voudra bien clore ici cette discussion. — H. DE C.

Paris, 4 octobre 1854.

Mon cher confrère,

Je ne veux pas répondre à la dernière lettre de M. Fleury, où je ne trouve que des injures. De semblables arguments ne m'atteignent pas, et un débat, prolongé sur ce ton, n'a rien qui intéresse la vérité.

L'auteur du *Compendium*, comme tous nos adversaires (nos lecteurs l'auront déjà remarqué), évite la discussion sérieuse et craint la lumière. Une grave question se pose entre la thérapeutique arbitraire et la thérapeutique expérimentale. Loin de discuter cette question scientifiquement, on s'attache au caractère de l'homme, on calomnie ses intentions, on dénature ses paroles ; on cherche à le rendre suspect.

Je me borne à signaler cette tactique, si contraire à la science, si contraire à cette belle maxime : « *Diligite homines, interficite errores.* »

Telle est la moralité qui ressort de ce débat.

Agréez, mon cher confrère, l'expression de ma considération affectueuse. JULES DAVASSE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *La discussion sur le cancer, entendue dans les coulisses.* — Puisqu'une plume plus savante que la nôtre a bien voulu se charger d'apprécier la partie scientifique de la discussion pendante à l'Académie, nos lecteurs nous sauront peut-être quelque gré de n'être pas resté complétement oisif sur notre banc, et d'avoir recueilli, pour les leur transmettre, quelques-unes des réflexions auxquelles se livraient les orateurs de coulisse, pendant que ceux de la scène occupaient la tribune. La pièce de la coulisse, vous le savez, cher lecteur, n'est pas toujours la moins bonne, ni surtout la moins instructive.

— Eh bien ! cher immortel, disait un intrus à un grave académicien, à cheveux depuis longtemps couleur de neige, êtes-vous pour l'incurabilité du cancer?

L'académicien. — Oh ! moi, cela va sans dire : j'appartiens à la pathologie médicale.

L'intrus.— Qu'est-ce à dire? Est-ce que le catéchisme de la pathologie médicale oblige à croire à l'incurabilité?

L'académicien. — Non, mais il laisse l'esprit libre de choisir ce qu'il croit être la vérité.

L'intrus. — Et en quoi la pathologie chirurgicale ou la médecine opératoire vous enlève-t-elle cette liberté?

L'académicien. — Mon Dieu! tout simplement en ce que, lorsqu'on professe l'incurabilité, on n'opère pas de malades, et que le premier des principes d'un opérateur est d'opérer; car, comme dirait Mercadet, qu'est-ce qu'un opérateur qui n'opère pas !

L'intrus.—Votre explication me ferait frémir, et elle me semblerait singulièrement friser le Basile, si elle ne venait d'un académicien, qui ne croit pas inutile de rappeler qu'on peut être en même temps homme d'esprit. Ce qui prouve que cette explication n'est pas fondée, c'est qu'un des premiers orateurs inscrits, M. Gerdy, doit, dit-on, parler pour l'incurabilité.

L'académicien. — Belle preuve ! M. Gerdy n'opère que dans l'hôpital, et ce n'est pas pour l'hôpital que le principe dont je vous parlais a été fait.

Au point de vue du libre arbitre, M. Gerdy est en ce moment de ma section.

L'intrus. — J'espère que l'événement vous donnera un démenti; mais dans tous les cas, cher immortel, si vous disiez vrai, vous seriez désolant!

L'académicien. — Oh! le mot est bien fort, mon jeune ami; dans vingt ans vous l'adoucirez.

L'intrus. — Je n'ose vous écouter davantage, mon cher maître; j'aime mieux aller entendre M. Velpeau.

L'académicien. — Ne vous dérangez pas pour cela; ce serait peine inutile: M. Velpeau ne parlera pas.

L'intrus. — Vous vous trompez; il est le premier inscrit.

L'académicien. — Il est le premier inscrit, mais je ne me trompe pas. Mon ami Velpeau, qui est non-seulement un grand savant, mais un homme de beaucoup d'esprit, est aussi un chrétien orthodoxe, qui croit pouvoir appliquer aux ordres du jour académiques la parole de l'Évangile: *Les premiers seront les derniers* et.....

L'intrus. — Quelle raison croyez-vous donc qu'il puisse avoir pour parler à tel moment plutôt qu'à tel autre?

L'académicien. — Oh! vous m'en demandez trop, mon ami; je veux bien vous dire les secrets de tout le monde en général, mais non pas ceux d'un collègue en particulier.... d'autant plus que, dans l'espèce, je les ignore. Si vous me demandiez pourquoi, dans une discussion, j'aimerais, moi, à parler le dernier (si j'étais orateur), je vous le dirais sans détour; mais quant à interpréter les motifs des autres! nenni, s'il vous plaît. Je suis de ceux qui pensent qu'entre le cuir chevelu et le bonnet, il ne faut jamais placer l'œil.

L'intrus. — C'est pourtant ce que vous venez de faire il n'y a qu'un instant.

L'académicien. — Je l'ai fait *en général*, mon ami; ne confondez pas.

L'intrus. — C'est juste. Eh bien! quelles seraient vos raisons, *si vous étiez orateur?*

L'académicien. — La première, c'est que quand on parle après tout le monde, on profite de ce que les autres ont dit.

L'intrus. — Mais vous conviendrez sans doute que M. Velpeau n'a pas besoin de cette ressource.

L'académicien. — Si vous oubliez que je parle en mon nom et non pas au nom de M. Velpeau, vous m'obligerez à suspendre cette conversation.

L'intrus. — J'en serais désolé; veuillez donc me dire *votre* second motif.

L'académicien. — Mon second motif serait dans le proverbe qui nous apprend que le dernier qui parle a souvent raison.

L'intrus. — En avez-vous un troisième?

L'académicien. — Oui, certainement, et même un quatrième. D'abord, en parlant le dernier, je n'aurais à remplir que le rôle de critique, et franchement.... (regardant autour de lui).... il n'y a pas de journaliste ici (1) ... non.... franchement, c'est le plus commode. On reprend tout ce que les autres ont dit de risqué, et ce qu'on peut risquer soi-même reste sans réponse; c'est fort agréable. Et puis, croyez-vous qu'étant orateur, je serais dépouillé de toute coquetterie? Point.... N'est-il pas agréablement chatouillant d'entendre dire autour de soi: Quand donc parlera M. X....? — J'étais allé aujourd'hui à l'Académie pour entendre M. X.... j'ai été bien désappointé; c'est M. C.... qui a parlé.... etc., etc.

L'intrus. — Je persiste à croire, mon cher immortel, que vous avez trop lu Balzac; à l'avenir, je me défierai de vous. Je vais entendre M. Robert.

L'académicien. — Vous n'entendrez pas plus M. Robert que M. Velpeau.

L'intrus. — Et pourquoi cela?

L'académicien. — Par la raison bien simple que M. Velpeau étant l'Allié, M. Robert ne veut pas être le Russe; il veut connaître le *point du débarquement* avant de braquer son artillerie.

L'intrus. — A ce compte, la discussion, les orateurs et l'Académie vont rester en panne.

L'académicien. — Oh! ne craignez rien; en dehors des *premiers emplois*, qui se toisent et cherchent à saisir le moment pour se jeter en bas de la rampe, il y a d'honorables *utilités* qui n'ont d'autre préoccupation que de jouer consciencieusement leur rôle et de satisfaire le public. S'ils mettent moins d'art dans leur jeu, il y a peut-être plus de solide; si l'on y trouve moins à admirer, il y a plus à prendre; entrez, écoutez, et vous m'en direz des nouvelles.

L'intrus. — J'obéis, mais ce ne sera pas sans vous avoir exprimé toute ma gratitude pour m'avoir initié à cette façon toute nouvelle et fort ingénieuse....

L'académicien. — Dites: toute vraie.

L'intrus. — Soit; a cette façon vraie d'apprécier les discussions académiques, je....

L'académicien. — Ne croyez pas que cette façon-là soit seulement à l'usage des académiciens. Si les leçons de ma vieille expérience peuvent vous être agréables, ne vous gênez pas. Tous les mardis je viens bâiller ici à trois francs pour une heure (car je n'y reste jamais plus, vu que les heures suivantes ne sont pas payées); si vous voulez venir me distraire pendant ces soixante minutes, je vous les offre de grand cœur; peut-être ne perdrez-vous pas entièrement votre temps.

L'intrus. — Mille grâces pour vos bontés, cher immortel, je ne suis pas assez ennemi de mon éducation pour refuser. Adieu! mais au revoir.

Voilà, cher lecteur, comment les discussions se jugent dans les coulisses par ceux mêmes qui pourraient s'y mêler, et qui doivent nécessairement porter leur part de la responsabilité académique. Tout cela n'est point un conte fait à plaisir; c'est une reproduction textuelle, comme le seront du reste toutes celles que je pourrai avoir l'honneur de vous transmettre, si les portes entr'ouvertes continuent à se montrer propices. Personnellement je n'apprécierai point: je raconterai, et vous abandonnerai sans réserve le champ des interprétations.

PRODIGE DE LA CHIRURGIE MODERNE! — Ce titre n'est pas de nous; mais bien du journal qui a reçu les premières confidences touchant les fameux bruits dont l'existence physique et morale de M. Bouvier semble avoir été menacée (1); il est de l'*Indépendance belge*, qui reçoit tant de confidences et de si mélangées. Le journal belge fait suivre ce titre de l'anecdote suivante:

« Dimanche dernier, le docteur Crommelinck conduisait au chemin de fer du Nord M. le docteur Ludowick, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Paris, et M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie également à Paris. Celui-ci avait exhibé la veille devant l'Académie royale de médecine de Belgique, un instrument de son invention pour l'excision instantanée des amygdales. En causant de choses et d'autres: — Je crains fort, disait le docteur Crommelinck, que vous n'ayez bientôt l'occasion de faire l'application de votre instrument sur moi-même, car je souffre depuis longtemps d'une hypertrophie de l'amygdale gauche. — Laissez-nous voir cela, reprirent avidement les deux interlocuteurs. — Inutile de nous déranger pour cela, répondit le premier en ouvrant la bouche. — Cas superbe! s'écrièrent les deux Parisiens. Il fut convenu que l'opération serait faite. Comme il restait encore cinq minutes avant le départ du convoi, ces messieurs entrèrent au café du *Courrier de Louvain*. En moins de dix secondes, le tour était fait: c'est ainsi qu'on pourra appeler désormais une opération naguère encore l'une des plus difficiles et des plus dangereuses de la chirurgie. » (*Communiqué.*)

L'entre-parenthèse n'est pas de nous, pas plus que le titre. On regrettera seulement qu'en nous donnant ce renseignement, le charitable journal ne l'ait pas complété par le nom du *communicateur*. Nous ne pensons pas que ce communicateur soit M. Mathieu, encore moins M. Ludovic. Son extrême modestie, bien connue de tous, l'aurait sans doute empêché de se gratifier du titre de professeur d'anatomie à l'École de médecine de Paris, M. Denonvilliers, que nous sachions, n'étant pas encore décédé, ni même à l'agonie. Mais M. Ludovic, étant évidemment étranger à ladite communication (laquelle, d'ailleurs, paraît avoir été faite à plusieurs autres journaux belges), comment tolère-t-il un pareil abus de son nom honorable? Ce sont là des mystères dont il serait difficile de toujours trouver l'explication. (*Pour toutes les variétés scientifiques*: H. de Castelnau.)

(1) Puisque l'enchaînement des choses et des idées nous ramène à M. Bouvier, nous sommes heureux de reconnaître que cet honorable académicien, médecin de l'hôpital des Enfants, directeur d'un établissement où l'on guérit les déviations de la taille, les tumeurs blanches, les pieds bots, etc., etc., renonce (probablement d'après nos observations) à ses prétentions de néologiste. — L'*Union médicale* a annoncé que c'est par erreur qu'elle a imprimé, au nom de M. Bouvier, inflammation *suppuratique* pour inflammation *suppurative*, ce qui n'est qu'un bienveillant petit mensonge, car l'*Union médicale*, comme le *Moniteur des Hôpitaux*, a simplement copié textuellement les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, lesquels ont imprimé suppuratique et n'ont fait aucun *erratum* touchant cette expression.

(1) Hélas! le vénérable immortel a donc oublié son *Britannicus*:
Ces murs même, seigneur. . . . .

BIBLIOGRAPHIE.

Examen raisonné des prodiges récents d'Europe et d'Amérique, notamment des tables tournantes et répondantes, par un philosophe. — Broch. in-8. — Chez Vermot.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 121. 2e année. Mardi 10 Octobre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr P. GUERSANT.

Luxation simultanée du cubitus en dedans et du radius en dehors, compliquée de fracture de l'avant-bras.

Observation. — Le 29 juin 1854, à huit heures et demie du soir, on amène à l'hôpital des Enfants-Malades le nommé Risbey (Auguste), âgé de 15 ans, apprenti ciseleur, demeurant passage Saint-Maur, n° 8. Un accident grave vient d'arriver à ce jeune garçon, et cela dans les circonstances suivantes : il était monté sur un arbre, et à une hauteur de 3 ou 4 mètres, lorsqu'il a perdu l'équilibre et est tombé sur la terre ; d'après son récit, il est tombé sur le côté gauche, et par un mouvement instinctif, a presque simultanément porté en avant la main du même côté : de telle sorte que c'est sur la face palmaire de la région carpienne que le choc a surtout porté (1).

Cet enfant, dont la physionomie exprime l'intelligence et l'audace, n'en est pas à son coup d'essai en matière d'accident : il nous a fait souvent avec orgueil le récit de ceux qu'il a essuyés, et dont il s'est toujours tiré avec bonheur, bien que quelques-uns d'entre eux fussent très-graves. Il serait superflu d'entreprendre la narration de ces mésaventures : qu'il suffise de savoir que jusqu'alors le membre thoracique gauche du malade n'a été le siége d'aucune lésion traumatique. Assez vigoureusement constitué, bien que peu développé pour son âge, A. Risbey n'a d'autre infirmité qu'une hernie inguinale droite, dont l'apparition remonte à une époque assez éloignée, et pour laquelle il n'a pas jusqu'à présent porté de bandage, bien qu'il souffre parfois de ce côté.

Aussitôt son entrée, le malade est couché au n° 23 de la salle Saint-Côme. Je vais l'examiner avec mon collègue et ami, M. L. Blin, et nous constatons ce qui suit :

Nous reconnaissons tout d'abord, à 3 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne gauche, une fracture des deux os de l'avant-bras, caractérisée par les symptômes classiques de cette lésion : déformation, douleur, mobilité contre nature, crépitation. En ce point précisément, l'espace interosseux est très-notablement rétréci.

L'articulation du coude du même côté, qui a surtout souffert, est déjà le siége d'une tuméfaction assez considérable : le membre est dans la demi-flexion, et dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. Les mouvements volontaires sont impossibles. Si on cherche à en imprimer quelques-uns au membre, on ne réussit qu'à en faire exécuter de très-bornés ; on détermine en outre une douleur très-vive qui suit le trajet du nerf cubital : il y a sensation d'engourdissement dans les deux derniers doigts de la main. Nous ne constatons pas d'une manière positive l'existence de la mobilité latérale.

La déformation est considérable : elle porte surtout sur le diamètre transverse de l'articulation, qui est notablement agrandi, tandis que le diamètre antéro-postérieur nous semble, en faisant la part de la tuméfaction, être resté ce qu'il était.

En effet, si on cherche à reconnaître la situation précise des éminences articulaires, voici à quoi on arrive : l'extrémité inférieure de l'humérus ne proémine pas en avant. La tête du radius fait en dehors et à l'extrémité du diamètre transverse de l'articulation, une saillie bien manifeste, saillie telle qu'il semble même exister un léger intervalle entre l'épicondyle et cette même tête du radius ; presque immédiatement sous la peau qui, déjà bleuâtre et comme amincie en ce point, menace de s'ulcérer, on voit se dessiner le relief du bord de la cupule radiale dont on peut suivre avec le doigt tout le pourtour ; la tête de cet os semble en outre avoir obéi à un léger mouvement ascensionnel le long de l'épicondyle.

Il y a entre l'extrémité supérieure du radius et celle du cubitus un espace vide considérable, dans lequel est logée presque toute la surface articulaire humérale. Le cubitus, en effet, est porté en dedans et a abandonné l'axe du membre. Si on cherche l'olécrane à la place qu'elle occupe normalement, on rencontre un vide, en dehors du muscle triceps dont nous étudierons bientôt la nouvelle direction : l'olécrane est en arrière de l'épitrochlée, et son sommet fait saillie au-dessus du niveau de cette apophyse, qui est sans doute embrassée par la grande cavité sigmoïde.

Pour nous rendre compte plus exactement de la position respective des deux os de l'avant-bras, nous avons eu recours à la mensuration, et nous avons trouvé :

De la tête du radius au bord interne de l'olécrane : 8 centimètres du côté malade ; 6 centimètres seulement du côté sain ;

De l'acromion à la tête du radius : 26 centimètres du côté malade ; 26 centimètres 1/2 du côté sain, différence trop peu considérable pour qu'on puisse y attacher une grande importance. Toutefois ce résultat semble prouver que la tête radiale,

(1) D'après M. le docteur Aug. Dumoulin, qui rédige dans l'*Union médicale* les Leçons cliniques de M. le docteur Guersant, et qui a fait mention de ce fait dans le numéro du 5 août 1854 de ce journal, ce serait la face dorsale de la main qui aurait porté sur le sol. Je me suis enquis plusieurs fois de cette circonstance : mes renseignements ont toujours été en contradiction avec ceux qu'a obtenus M. le docteur A. Dumoulin.

comme nous l'avions pensé, a subi un léger mouvement ascensionnel.

Quant à la mensuration pratiquée sur le segment inférieur du membre thoracique, elle n'aurait évidemment donné que des résultats illusoires, grâce à la fracture de l'avant-bras concomitante.

Les muscles principaux qui entourent l'articulation sont dans l'état suivant : le biceps n'est ni tendu ni soulevé en un point quelconque de son trajet; le triceps, dont l'insertion cubitale est déplacée et portée vers le côté interne du membre, suit une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans; il nous semble être plutôt relâché que tendu. Les muscles épicondyliens seuls forment sous la peau un relief considérable.

Quel que soit le soin que nous apportions à notre exploration, nous ne constatons aucun signe de fracture du côté des extrémités osseuses de l'articulation du coude.

En présence de ces symptômes, nous croyons pouvoir porter le diagnostic suivant : *Luxation complète du radius en dehors, incomplète du cubitus en dedans, avec complication de fracture de l'avant-bras.*

Nous ne faisons aucune tentative de réduction, désireux que nous sommes de soumettre ce cas difficile à l'appréciation de notre honoré maître, M. le le docteur P. Guersant. Nous nous bornons à faire appliquer sur le coude des compresses imbibées d'une liqueur résolutive.

30 *juin.* Le membre est un peu plus tuméfié qu'hier soir. M. P. Guersant examine le malade, et confirme notre diagnostic. La réduction est pratiquée de la manière suivante : le malade ayant été préalablement soumis à l'inhalation du chloroforme, un seul aide fait l'extension en embrassant avec les deux mains l'avant-bras au-dessus du niveau de la fracture; un autre aide exerce la contre-extension sur l'épaule, tandis que M. Guersant croise les deux mains sur le pli du bras, et à l'aide des pouces, dont l'un presse sur l'olécrane, l'autre sur la tête du radius, cherche à repousser ces apophyses dans leurs cavités de réception. Le cubitus rentre bientôt, en effet, produisant un choc dont le bruit est perçu par tous les assistants. Le radius est réduit presque immédiatement après; mais aussitôt qu'on cesse d'exercer une pression sur sa tête, il tend à reprendre sa position anormale. M. Guersant applique ensuite l'appareil ordinaire pour fracture de l'avant-bras (attelles, compresses graduées, bande roulée); en ayant soin que les attelles montent plus haut que de coutume, et empêchent ainsi que la luxation ne se reproduise.

Pour prévenir les accidents inflammatoires qui pourraient survenir, M. Guersant prescrit une saignée de deux palettes, et fait soumettre le coude à l'irrigation continue.

Je vois le malade à trois heures après midi : il se plaint de l'appareil et a les doigts engourdis. Je constate en effet que, depuis le matin, la tuméfaction a augmenté, et en enlevant les pièces de l'appareil, je vois que les compresses graduées qui en font partie ont laissé leurs traces sur le membre. Je place de nouveau l'appareil, en ayant soin que les tours de bande soient plus lâches.

1er *juillet.* Rien de nouveau. Le malade ne souffre pas.

Le 3, M. P. Guersant examine le membre. La réduction s'est maintenue. Il y a un épanchement assez notable dans l'articulation et des ecchymoses sur le trajet des muscles épicondyliens. M. Guersant applique l'appareil de nouveau et fait continuer l'irrigation.

Le 6, M. Guersant lève l'appareil. On a continué jusqu'à ce jour l'irrigation, mais elle a été employée ces deux derniers jours seulement par intervalles. L'épanchement intra-articulaire a diminué. Il y a au pli du bras une petite phlyctène.

Le 8, la teinte jaunâtre ecchymotique persiste dans presque toute l'étendue de l'avant-bras. La phlyctène qui s'était developpée au milieu du pli du bras a laissé après elle une petite ulcération. Pour que celle-ci puisse être pansée plus facilement, M. Guersant substitue, à la bande qui maintenait l'appareil, des bandelettes de diachylon.

Le 14, l'ulcération est complétement cicatrisée. Les mouvements qu'on imprime de temps en temps à l'articulation se font facilement et sans douleur.

Le 24, l'appareil est levé; on se borne à mettre le bras en écharpe. Les mouvements s'exécutent normalement, mais sont bornés à un arc de cercle très-peu étendu.

Le 27, le malade sort de l'hôpital.

7 *août.* A. Risbey revient nous voir. Il peut se servir assez librement de son membre; les mouvements, et surtout celui de supination, sont encore bornés. Toutefois, il peut se livrer aux travaux de sa profession; il nage à peu près aussi facilement que par le passé : en somme, il a lieu d'être très satisfait des services que lui rend son bras.

Réflexions. — L'histoire des luxations du coude est une des parties de la science chirurgicale qu'il a été le plus difficile d'établir sur des bases certaines. Les différentes variétés de déplacement qui peuvent affecter une articulation aussi complexe présentent, en effet, des difficultés réelles de diagnostic. Mais ne peut-on pas accuser aussi la tendance malheureuse qu'ont eue quelques chirurgiens à rejeter certaines luxations, par cela seul que l'étude de l'articulation normale ne leur permettait pas d'en expliquer le mécanisme? N'a-t-on pas vu Desault nier (en invoquant la solidité des ligaments, etc.) les luxations de l'extrémité supérieure du radius, qui avaient été observées avant lui par Hippocrate et Fabrice d'Aguapendente, et qui l'ont été depuis?

Il y a cependant des violences extérieures dont les effets ne sauraient être prévus par le chirurgien le plus pénétrant, par l'anatomiste le plus exercé. C'est un des effets bizarres du traumatisme qu'il nous a été donné d'observer. Si nous consultons les auteurs classiques, et en particulier l'excellente Thèse de M. le docteur Denucé (Paris, 1854), véritable compendium des luxations du coude, nous y lisons : « Sans rechercher toutes les « combinaisons *possibles* dans lesquelles les trois os sont dé- « placés, disons que la science n'a enregistré qu'une luxation de « ce genre, celle dans laquelle le radius est porté en avant et le « cubitus en arrière (1). »

Nous pensons qu'il conviendra d'ajouter dorénavant, au chapitre des luxations simultanées du cubitus et du radius, la variété dont nous publions un exemple.

Peut-on, en effet, contester la valeur du diagnostic qui a été porté? Nous ne le pensons pas. Si, pour simplifier la question, nous considérons isolément le déplacement de chacun des deux os de l'avant-bras dans le cas qui nous occupe, les signes de la luxation du radius en dehors n'étaient-ils pas évidents et ne présentaient-ils pas l'analogie la plus frappante avec ceux qu'a signalés M. le professeur Nélaton dans le cas qu'il a observé? Quant à la luxation incomplète du cubitus en dedans, elle n'aurait pu être confondue qu'avec une luxation de cet os en arrière; mais le signe indiqué par M. Malgaigne, et qui consiste en ce que, dans la luxation en arrière, l'olécrane conserve sa position centrale entre l'épicondyle et l'épitrochlée, tandis que, dans la luxation en dedans, elle se rapproche de cette dernière apophyse; ce signe, dis-je, ne permet pas le doute. D'ailleurs, les résultats fournis par la mensuration viennent merveilleusement en aide aux symptômes rationnels. L'extrémité cubitale ayant complétement abandonné la trochlée humérale, qui a à peu près 2 centimètres dans sa plus grande largeur, doit s'être écartée de cette distance là même et dans le sens transversal de sa position normale : c'est, en effet, la différence que la mensuration a accusée.

J'avoue, en toute humilité, ne pas savoir par quel mécanisme cette luxation s'est produite. En pareille matière, toute théorie qui n'est pas fondée sur l'expérimentation cadavérique et sur

(1) C'est par inadvertance sans doute que M. le docteur A. Dumoulin a avancé qu'on ne trouve pas un seul exemple de luxation de chacun des os de l'avant-bras en sens inverse mentionné dans les auteurs classiques. Je ne saurais non plus lui accorder qu'on n'ait pas observé de luxations du radius en dehors sans fracture concomitante du radius. (*Voir* la Thèse de M. le Dr Denucé, p. 195.)

l'observation des faits, peut être ingénieuse (c'est l'expression consacrée), mais court grand risque d'être fausse. Sans doute, il y a eu déchirure de tous les ligaments; sans doute aussi, et ce seul point me semble hors de contestation, ce déplacement aurait été impossible sans la fracture de l'avant-bras concomitante.

La réduction de cette luxation a été facile, et comme dans l'observation de luxation simultanée du radius et du cubitus observée par M. Bulley (*Gaz. méd.*, 1841, p. 666), une fois le cubitus réduit, le radius a repris sa place. Mais comme d'habitude aussi, la luxation du radius tendait incessamment à se reproduire. C'est qu'en effet, l'articulation de l'extrémité supérieure du radius existe surtout par les ligaments, et non par l'agencement des surfaces articulaires; or, les ligaments étaient détruits: ce qui nous rend compte encore de ce fait, que de tous les mouvements ceux-là surtout ont été gênés consécutivement, qui sont produits par la rotation du radius sur son axe.

Les suites d'une lésion traumatique, qui paraissait être très-grave, ont été aussi simples que possible. Sans doute, il faut attribuer la plus grande part de cet heureux résultat au traitement énergique qui a été institué dès le premier jour par M. Guersant. Mais ne peut-on pas penser aussi, avec quelque apparence de raison, que certains sujets, par l'habitude même qu'ils ont acquise du traumatisme, deviennent réfractaires aux accidents que développeraient chez d'autres malades moins aguerris les lésions qu'ils ont éprouvées? Et ne pouvons-nous citer comme preuve à l'appui de cette hypothèse, notre jeune malade, qui jusqu'à présent, est sorti indemne des accidents auxquels il s'est exposé? A. WARMONT, *interne des hôpitaux.*

Observations de méningo-encéphalite chez des moissonneurs,

Par M. le Dr E. TRASTOUR, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

(*Communiquées à la Société académique de médecine du département de la Loire-Inférieure.*)

Les travaux de la moisson, vous le savez tous, messieurs, sont, pour les habitants de nos campagnes, une source malheureusement trop féconde de maladies, parmi lesquelles les affections cérébrales (congestion, apoplexie, inflammation des méninges et de l'encéphale) se font remarquer, sinon par leur fréquence, du moins par leur gravité. — Le développement de ces états morbides s'explique suffisamment, il me semble, par le travail pénible et prolongé auquel les cultivateurs sont alors obligés de se livrer: exposés toute la journée à l'ardeur du soleil, le corps fortement incliné en avant; la tête, par conséquent, dans une position déclive, et souvent, en outre, incomplétement protégée contre la chaleur.

Les malades dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir, occupés, pendant un mois, à la moisson dans la Brie, avaient subi toutes ces fâcheuses influences; mais, de plus, ils avaient été soumis à des conditions morbides spéciales sur lesquelles j'ai besoin de fixer votre attention.

Belges tous deux, ils avaient quitté leur pays au commencement de juillet 1853, pour venir, comme le font chaque année beaucoup de leurs compatriotes, faire la moisson dans la Beauce et la Brie, avec l'intention de retourner plus tard, dans le Nord, se livrer aux mêmes travaux, avant de rentrer dans leurs foyers.

Un riche fermier des environs de Montereau, M. Vauquer, qui a eu l'obligeance de nous fournir tous les renseignements qui suivent, avait seul employé nos malades pendant la récolte. Pendant quinze jours, ils travaillèrent à la journée; ils n'eurent pas trop de fatigues et furent assez bien nourris. Mais, pendant quinze autres jours, ils travaillèrent à la tâche et durent pourvoir à leur nourriture; on leur donnait seulement la soupe deux fois par jour.

Livrés à eux-mêmes, ces pauvres gens, cherchant à gagner le plus vite possible leur argent, tout en faisant le moins possible de dépenses, abusèrent étrangement de leur force et de leur courage: ils se mettaient à l'ouvrage à quatre heures du matin, et ne le quittaient qu'à neuf heures du soir, et, durant tout ce temps, travaillant avec une ardeur extrême, malgré une chaleur très-vive, ils ne prenaient, outre la soupe qu'on leur servait, que du pain et du fromage, et buvaient de l'eau en abondance, jamais de vin. Vous jugez quelle énorme dépense de forces et quelle insuffisante réparation! Un tel genre de vie, continué pendant quinze jours, devait nécessairement avoir des conséquences fatales. Aussi, ces malheureux qui arrivaient, avec leur ceinture pleine d'argent, à l'hôpital Beaujon, dans la soirée du 16 août, se trouvaient-ils dans un état déplorable.

1re *Observation.* — L'un, nommé Cornil, âgé de 44 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, mais détériorée par les fatigues et les privations, ne pouvait se tenir debout. Il fallut le monter sur une chaise dans la salle Saint-Louis, où il fut couché au n° 17.

Une fois au lit, il parut d'abord assez tranquille: il laissa aller sous lui des matières bilieuses, jaunes, liquides, en grande abondance; bientôt de l'agitation, du délire survinrent et durèrent toute la nuit.

Le 17, à la visite du matin, quand on l'examine pour la première fois, on est surtout frappé de l'épuisement, de l'adynamie profonde que révèlent les traits et l'attitude du malade. Immobile dans le décubitus dorsal, la figure terreuse, les pommettes légèrement injectées, les narines pulvérulentes, il paraît troublé par des visions étranges, des idées effrayantes; il prononce de temps en temps des mots inintelligibles, des phrases sans suite; l'œil est égaré; mais il n'y a pas de violente agitation, pas de grands mouvements, pas de cris ni de plaintes.

Dans l'impossibilité d'obtenir de lui aucune réponse, on se livre à l'exploration attentive des principaux organes, on ne provoque l'expression d'aucune douleur; cependant le pincement, même léger, de la peau des membres, donne lieu à une contraction des muscles de la face qui semble indiquer un peu d'hypéresthésie cutanée; le mouvement des membres est conservé, il n'y a ni contractures ni roideurs.

La peau est chaude, sèche; le pouls est à 120, petit; les lèvres portent des traces d'herpès déjà desséché; la langue est sèche, brune; le ventre est plat, ne présente ni taches rosées, ni pétéchies; la respiration est large, facile, régulière.

M. Gubler, qui remplace M. Barth pour la dernière fois ce jour-là, prescrit:

Chiendent. — Trois pilules d'opium de 0,05 chacune.
Calomel et jalap. . . . . . . 1 gramme.
Deux cat. sinap. aux membres inférieurs.
Compresses imbibées d'eau froide sur le front.

Le soir, le malade était plus tranquille, il put répondre à quelques questions; ainsi, il me dit qu'il avait depuis six jours mal à la tête, la fièvre, le dévoiement; renseignements qui concordent avec ceux fournis par M. Vauquer; puis il s'assoupit en ma présence. La peau était toujours chaude, sèche, mais le pouls ne donnait que 108 au lieu de 120 pulsations comptées le matin; la rate, que je mesurai par la percussion, en raison de cette différence dans la fièvre, était très-notablement tuméfiée, car elle avait 10 centimètres dans le sens vertical.

Le 18, coma; résolution, insensibilité des membres, pupilles très-contractées, langue sèche, pouls petit, 116; pas d'évacuations.

Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie 30 heures après la mort. — Malgré la température assez élevée, le cadavre n'offre pas encore les signes de putréfaction.

Encéphale. — Très-peu de liquide sous-arachnoïdien; injection très-prononcée, très-fine des membranes du cerveau, elles sont d'un rouge foncé, et le lavage ni le frottement ne font disparaître cette coloration. En les détachant avec précaution de la surface cérébrale, on voit qu'elles entraînent des milliers de vaisseaux rouges très-déliés, qui pénétraient dans la substance grise.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes immédiates, présente à sa surface une coloration extrêmement remarquable, qu'on ne peut mieux désigner qu'en la comparant à la couleur du lilas foncé ou de l'ardoise; cette coloration est générale dans toute la substance grise des circonvolutions et même un peu dans la substance grise profonde, en particulier dans les corps striés et la protubérance.

La substance blanche n'est point altérée dans sa couleur, en sorte que la substance grise, avec sa coloration anormale, tranche fortement sur elle. Il n'y a de ramollissement ni sur l'une, ni sur l'autre substance.

Peu de liquide dans les ventricules.

La moelle et ses enveloppes ne présentent rien d'anormal, ni dans l'aspect, ni dans la consistance.

Les poumons sont parfaitement sains; seulement, la plèvre droite

offre des adhérences fibro-celluleuses, dont la résistance et la non-vascularité indiquent la date ancienne.

Le cœur contient des caillots noirs assez volumineux dans les oreillettes, du sang noir liquide dans les ventricules.

Tube digestif sain, pas d'engorgement des plaques de Peyer, ni des ganglions mésentériques.

Foie assez volumineux, vésicule distendue par une bile épaisse et d'un rouge brun.

Rate volumineuse, au moins doublée de volume, ramollie, à sang très-noir et épais.

Vessie distendue ainsi que les uretères par une grande quantité d'urine.

2e *Observation.* — L'autre malade, nommé Van-Hooland (Joseph), âgé de 27 ans, qui était aussi d'une constitution assez forte, mais de tempérament lymphatique, à chairs molles, pouvait encore se tenir sur ses jambes en entrant à l'hôpital; il conservait même assez de raison pour répondre à quelques questions qu'un voisin lui transmettait en flamand. Il dit qu'il souffrait dans le ventre; depuis six jours il avait mal à la tête et aux reins.

Chez lui, comme chez son compagnon, on était surtout et tout d'abord frappé du profond abattement, de la prostration qui se montraient dans ses traits, quoiqu'à un degré un peu moindre.

La face était aussi terreuse, les narines pulvérulentes, la langue sèche, la peau sèche. Le soir de son entrée, il eut deux selles liquides, bilieuses, très-abondantes. Dans l'une, on distinguait des stries de sang et des matières glaireuses, tachées de sang et de bile.

Dans le pantalon qu'il avait quitté, on vit des matières alvines semblables.

L'abdomen était plat, rétracté; ni taches rosées, ni pétéchies. Pouls fréquent. Pas de gêne de la respiration; pas de trouble de la motilité.

M. Gubler prescrit:

Riz, sirop de coing. — Deux pilules d'opium de 5 centigr.
Sirop de quinquina. . . . . 45 grammes.

Le 18, la prostration avait encore augmenté, et la langue, toujours sèche, était oubliée entre les dents. Ventre toujours plat, sans taches rosées. Plusieurs selles liquides, bilieuses, avaient encore eu lieu et on avait remarqué dans l'une d'elles un peu de sang. Le pouls était à 112, petit.

M. Barth prescrit:

Fomentations vineuses et *ut suprà.*

Le soir, l'adynamie et la prostration sont de plus en plus fortes; la peau et la langue toujours sèches; les yeux ternes, les pupilles contractées; la respiration haute, la bouche largement ouverte; encore des selles bilieuses involontaires.

Mort à six heures du matin, le 19.

Autopsie.

Cerveau. — La dure-mère est adhérente, des deux côtés, à la surface convexe et à la partie antérieure et latérale des hémisphères, par petits points isolés; l'arachnoïde et la pie-mère présentent au même endroit: 1° des noyaux blanchâtres, opaques, au-dessus et au-dessous, du volume d'une lentille; 2° deux taches opaques, granulées et inégales à leur surface, qui est unie assez fortement à la face interne de la dure-mère; 3° enfin, un épaississement avec perte de transparence sur une large étendue de la convexité des hémisphères.

Ces lésions des méninges sont anciennes; ce sont, dit M. Barth, les traces d'une méningite partielle guérie. — Comme lésions récentes, on remarque, à la face profonde de la dure-mère, une vascularisation très-fine, très-riche, surtout du côté gauche, où la membrane paraît aussi plus épaisse. L'arachnoïde et la pie-mère, dans l'intervalle de leurs points opaques et dans le reste de leur étendue, offrent aussi une injection très-prononcée, qui résiste au frottement sous un filet d'eau; quand on les sépare de la substance grise, elles entraînent une multitude de vaisseaux très fins, qui pénétraient dans l'intérieur de cette substance.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes, offre une coloration lilas foncé, comme dans le cas précédent; toute la substance grise corticale présente cette couleur, qu'on retrouve aussi dans les corps striés, la protubérance et les tubercules quadrijumeaux. En regardant de près, on distingue, sur la substance grise des circonvolutions, une autre teinte rouge, qui semble due à une foule de petits points rouges dont cette substance est criblée.

Il n'y avait pas de ramollissement, pas d'accumulation de sérosité dans les ventricules, ni dans le tissu sous-arachnoïdien.

Poumons sains; sérosité du péricarde assez abondante, mais limpide; sang liquide, noir, épais dans les cavités cardiaques.

Foie normal; bile épaisse, jaune-brun.

Rate doublée de volume, à sang noir, ramollie.

Pas de ganglions mésentériques engorgés, ni de plaques de Peyer malades.

Le colon descendant et le commencement du rectum présentaient une coloration rouge lie de vin, avec boursouflement partiel de la muqueuse et gonflement d'un certain nombre de follicules, dont les uns seulement saillants sous forme de petits points blancs, tandis que d'autres étaient déjà en voie d'ulcération. Mais ces altérations, dues à une dyssenterie au début, ne pouvaient expliquer ni la prostration ni la mort.

Réflexions — Vous le voyez, messieurs, on ne peut guère douter de l'existence d'une méningo-encéphalite dans ces deux cas; M. Barth, dont l'autorité en anatomie pathologique est universellement reconnue, n'hésita pas à l'admettre. Et cependant, combien les symptômes et les lésions s'éloignent ici de ce qu'on observe dans les cas ordinaires! Ainsi, sous ce dernier rapport, on a lieu de s'étonner qu'il n'y ait pas eu de sécrétion plastique ou purulente dans les méninges, que la surface des circonvolutions n'ait été ni ramollie, ni adhérente, quoique la maladie ait eu probablement huit à neuf jours de durée.

D'un autre côté, les symptômes caractéristiques de la méningite ont été bien peu prononcés, bien obscurs, bien déguisés. Le premier malade a présenté, il est vrai, du délire, de l'agitation, une hypéresthésie légère et douteuse de la peau des membres; mais ces phénomènes, joints même à la céphalalgie antérieure, et à la fièvre, annonçaient-ils suffisamment une inflammation des méninges et du cerveau? On y a pensé, en raison de la nature des travaux récents de l'individu; mais la prostration extrême, le genre du délire, qui était plutôt tranquille que violent; l'absence de cris, de convulsions, de contractures; l'absence des vomissements, l'existence de la diarrhée, éloignaient cette idée. En considérant les symptômes dans leur ensemble, en tenant compte de la première impression que donnait la vue du malade, on était bien plus disposé à rapprocher son affection de la fièvre typhoïde que de toute autre maladie. Et, aujourd'hui encore, quoique l'autopsie n'ait pas justifié ce rapprochement, je ne saurais donner une meilleure idée de la physionomie de l'affection, qu'en proposant la même comparaison.

De même pour le second malade, qui, avec un état général semblable, offrait des phénomènes dyssentériques; mais, on peut le dire, aucun symptôme d'inflammation cérébrale. Le coma, l'insensibilité et la résolution des membres qui furent observés chez le premier quelques heures avant la mort, n'existaient même pas, chez ce dernier, à la visite du soir, le 18 août, et la mort a eu lieu à six heures du matin, le 19.

Sans aucun doute, ces singularités dans les symptômes et dans les lésions provenaient des circonstances exceptionnelles dans lesquelles ces individus avaient contracté leur maladie; l'épuisement des forces par le travail et l'insuffisance de la nourriture: tel a été, dans ces deux cas, le fait dominant, le fait capital, qui a modifié les phénomènes et les altérations morbides, et devant lequel la méningo-encéphalite elle-même devait s'effacer, et s'est en réalité effacée. Aussi, si la science m'eût fourni un nom pour désigner cet état si remarquable, qui doit être identique, je suppose, à celui des animaux surmenés, je l'eusse choisi de préférence pour titre de ces observations.

Vous avez remarqué l'état du sang qui était en grande partie liquide, noir, épais, dans les cavités cardiaques; l'état de la rate, qui était considérablement tuméfiée, et, en outre, ramollie et remplie de sang également noir et épais; tout cela a été noté, je crois, chez les animaux qui succombent après des fatigues excessives, et vient à l'appui des idées qui précèdent.

Vous avez vu, dans la première observation, que la diminution momentanée du mouvement fébrile m'avait un instant préoccupé; mais, malgré le gonflement de la rate, je ne me crus pas autorisé à admettre l'existence d'une fièvre pernicieuse, le diagnostic qu'on avait porté, *épuisement général des forces, méningite,* me semblant parfaitement établi.

Avant de terminer, je recommanderai encore à votre attention, d'une manière toute particulière, la coloration si remarquable que la substance grise du cerveau présentait dans les deux cas, et les traces de méningite ancienne que nous avons trouvées dans le second. Ces détails d'anatomie pathologique me semblent assez curieux et assez rares, le premier surtout, pour mériter d'être signalés.

Quant au traitement, que vous dirai-je? Il a été, il devait être infructueux ; la terminaison fatale, trop facile à prévoir, ne s'est pas fait attendre. Mais, si la science manque de ressources pour relever ou soutenir l'organisme et les forces vitales quand ils ont subi des atteintes si profondes, combien l'on doit regretter que ses conseils, que les inspirations de la raison et du simple bon sens, qui pourraient prévenir de pareils malheurs, soient si souvent méprisés par nos insouciants travailleurs !

Essai sur l'auscultation des poumons après la mort, comme pouvant servir à l'enseignement de l'auscultation,

Par le Dr L. Mailliot, *ex-vice-président de la Société anatomique.*

(Suite. Voir les nos 117 et 119.)

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

Région sous-claviculaire droite un peu plus sonore que l'autre. — Bruit de pot fêlé sur la troisième côte. — A gauche, au niveau du quatrième espace intercostal, bruit de pôt fêlé moins intense, le bruit change de caractère suivant que la trachée est séparée ou non du larynx, qu'on y introduise ou non un tube métallique. — Engouement des lobes supérieurs des poumons existant à un plus haut degré du côté gauche. — Absence complète de cavernes. — Résonnance tympanique depuis la cinquième côte gauche jusqu'à la base, et depuis la septième côte droite jusqu'à la base également. — Matité depuis la cinquième côte jusqu'à la septième, du même côté. — Murmure vésiculaire à droite, suivi de râles crépitants, puis sibilants à l'inspiration. — Léger souffle, puis râle crépitant à gauche. — A l'expiration, souffle léger, puis râle crépitant à droite. — Bruits crépitants à gauche, suivis ou non d'un murmure très-doux ou même remplacés exclusivement par ce murmure. — L'estomac et le foie s'élèvent chacun de leur côté jusqu'à la cinquième côte. — Les cartilages des fausses côtes droites sont en rapport avec la portion correspondante du colon transverse. — Ecume dans les bronches et dans les vésicules superficielles. — Augmentation égale de capacité du thorax et de l'abdomen. — Rapports des poumons avec le cœur. — Mouvements de locomotion des poumons. — Déplacements du cœur.

Le cadavre qui a servi à notre troisième expérience est celui d'une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

La poitrine un peu grêle a 60 centimètres de circonférence à sa base. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 56 centimètres.

Le cadavre est placé horizontalement sur une table, la tête inclinée en arrière. Dans cette position, la bouche et les narines sont ouvertes.

Percussion. — La région sous-claviculaire droite est un peu plus sonore que la gauche.

Une percussion brusque et rapide, pratiquée alternativement sur la troisième côte et sur le mamelon, détermine un bruit de pot fêlé.

A gauche, tout près du sternum et au niveau du quatrième espace intercostal, on détermine un bruit semblable, à cela près cependant de l'intensité qui est moindre.

On produit plus souvent et plus facilement ce phénomène sonore en frappant sur le doigt que sur le plessimètre.

Nouveau mode de percussion sur le cadavre. — Nous pratiquons ensuite la percussion suivant une autre méthode, c'est-à-dire *avec la main fermée*, et, quels que soient les points du thorax sur lesquels cette nouvelle sorte de percussion est pratiquée, pourvu que la paroi de la poitrine puisse céder et agir sur les poumons en les déprimant brusquement, on produit un bruit de pot fêlé.

Ce bruit devient plus sec, plus creux, lorsqu'on sépare le larynx de la trachée-artère. Il reprend son premier caractère, si l'on rapproche le larynx de la trachée-artère ; il change encore de timbre, lorsqu'on ajoute à la trachée un tube métallique. On croirait alors qu'un bruit de souffle se mêle au bruit de pôt fêlé.

Depuis la cinquième côte gauche jusqu'à la base de la poitrine, la résonnance est tympanique. Elle l'est aussi du côté opposé, mais à partir seulement de la septième côte. L'espace compris ici entre cette côte et la cinquième est le siége d'une matité absolue.

Insufflation. — Elle détermine, sur le développement du thorax et de l'abdomen, les mêmes résultats que dans l'expérience précédente.

Auscultation. — 1° *Inspiration.* — *Poumon droit.* On entend d'abord un murmure vésiculaire, puis des bruits humides à bulles très-fines et très-nombreuses, puis enfin un sifflement très-fin.

2° *Expiration.* — Elle commence par un murmure ou souffle très-léger, puis elle se termine par quelques bulles de râle crépitant.

1° *Inspiration.* — *Poumon gauche.* On distingue un souffle léger analogue au bruit expiratoire normal, puis des bruits crépitants très-fins et très-nombreux.

2° *Expiration.* — On distingue, dans une première expérience, des bruits crépitants fins, et, dans une deuxième, des bruits crépitants fins, suivis d'un murmure très-doux ; dans une troisième expérience, on n'entend absolument que ce murmure.

Intensité et durée des bruits respiratoires. — Les bruits inspiratoires sont beaucoup plus forts et plus prolongés que les bruits expiratoires.

Ouverture du cadavre. — La trachée-artère est libre. Le sternum tout entier est enlevé avec les cartilages des huit premières côtes.

Une insufflation est pratiquée.

En même temps que l'air pénètre dans les poumons, ou qu'il en est chassé par l'élasticité seule de ces organes, le cœur éprouve les changements de place que nous avons signalés dans notre deuxième expérience, et ces déplacements coïncident avec les mouvements de locomotion des poumons.

Ces organes ne dépassent en avant, d'aucun côté, les limites de la cinquième côte. Immédiatement au-dessous de cette côte, le foie à droite, et l'estomac à gauche, tiennent le muscle diaphragme appliqué immédiatement contre la paroi thoracique.

Mais tandis que l'estomac tout seul s'étend en bas jusqu'au rebord des côtes, le bord inférieur du foie ne descend pas plus bas que les cartilages, et il est soutenu dans ce point par le colon transverse.

Les deux poumons sont engoués. Ils le sont moins pourtant que ceux dont il a été parlé dans l'expérience précédente. Ils ne sont point livides comme eux, ils sont brunâtres.

Le lobe supérieur du poumon gauche est beaucoup plus engorgé, beaucoup plus dur que le lobe supérieur du côté opposé. Il est complétement imperméable à l'air, tandis qu'il n'en est pas de même de l'autre.

Il y a de l'écume dans les bronches, mais en petite quantité. Il y en a également dans les vésicules superficielles.

Il n'y a point de traces de cavernes.

Réflexions. — Les résultats de la percussion s'expliquent par l'état anatomique des organes que je viens de faire connaître, et par les rapports du foie, de l'estomac et d'une partie du gros intestin avec les parois thoraciques.

Le bruit de pot fêlé était moins fort du côté gauche, mais aussi, c'est de ce côté qu'existait un engorgement beaucoup plus grand, et une dureté beaucoup plus grande du tissu pulmonaire.

Les résultats de l'auscultation s'expliquent également par la densité du lobe supérieur du poumon gauche, bien supérieure à celle du lobe supérieur de l'autre poumon.

Nous avons trouvé pour la deuxième fois, dans cette expérience, un bruit de pot fêlé sans coexistence de tubercules.

Ce résultat ne nous a pas surpris. En pratiquant brusquement la percussion, soit directement, soit indirectement, nous forcions

l'air contenu dans les voies aériennes à s'échapper précipitamment, comme s'il était renfermé dans une seule cavité, et il se produisait le même phénomène.

Notons la différence de nature et d'intensité du bruit de pot fêlé, suivant qu'on rapprochait ou non le larynx de la trachée-artère, suivant que cette trachée était ou non pourvue du tube métallique.

Notons encore que ce phénomène était produit plus souvent et plus facilement par la percussion médiate digitale que par la percussion médiate plessimétrique.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE.

Bruit de pot fêlé dans les deux côtés de la poitrine, sans coexistence de cavernes, par une percussion pratiquée soit sur les parois thoraciques, soit sur les parois abdominales. — Murmure vésiculaire dans toute la hauteur de la poitrine en arrière, puis bruits crépitants fins remplacés par du frémissement lorsqu'on parle dans la trachée-artère. — Léger bruit de souffle à l'expiration. — On introduit un demi-litre d'eau dans la plèvre droite et le murmure vésiculaire, comme le frémissement, cessent d'être perçus dans toute la hauteur de l'épanchement artificiel. — On distingue alors un léger bruit de souffle contre la colonne vertébrale. — Poumons sains ; un peu d'écume dans les bronches.

Nous avons affaire à un enfant de 3 ou 4 ans. La tête est enlevée.

La sonorité des poumons est la même des deux côtés ; ils donnent lieu chacun à un bruit de pot fêlé, par une percussion pratiquée soit sur la poitrine soit même sur le ventre.

Un tube métallique beaucoup plus petit que celui dont nous nous sommes servi les jours précédents est introduit dans la trachée artère.

Auscultation de la respiration. — On entend, à droite et à gauche, lors de l'insufflation, un souffle très-doux, puis des bruits crépitants fins.

L'expiration débute par un souffle très-léger suivi d'un silence absolu.

Auscultation de la voix. — On parle dans le tuyau métallique et l'on distingue, sur toute l'étendue de la poitrine, en arrière, un léger frémissement.

Injection d'eau dans la plèvre. — L'introduction d'un demi-litre d'eau, dans la cavité droite de la poitrine, fait disparaître le frémissement de la voix et le murmure vésiculaire, dans toute la hauteur de l'épanchement. Celui-ci est caractérisé par une matité qui se déplace lorsqu'on déplace le sujet.

Au-dessus de l'épanchement, et même dans le côté où l'on n'a pas injecté du liquide, la résonnance des poumons est légèrement augmentée, et les bruits respiratoires sont plus forts ; on distingue même un peu de souffle tout près de la colonne vertébrale du côté droit.

Une insufflation d'air dans la trachée fait sortir aussitôt de l'eau par le tube métallique.

Ouverture du cadavre. — Les poumons n'offrent aucune adhérence : ils sont d'un très-beau rouge ; ils ne crépitent point sous la main qui les presse ; ils sont souples, très-élastiques. Quand on les divise avec le scalpel, il en sort à peine du sang mêlé d'un peu d'écume.

RÉFLEXIONS. — Je ne me souvenais pas, lorsque j'ai fait cette expérience, que M. Piorry eût fait parler dans le larynx d'un cadavre. Je l'ai fait cependant, mais dans des conditions différentes de celles dans lesquelles je me suis placé.

Ayant ausculté les grosses bronches d'un cadavre pendant qu'on parlait à haute voix dans son larynx, ou dans une cavité qu'on ajoutait à sa trachée, il distinguait la pectoriloquie, la bronchophonie, l'égophonie, suivant que la voix était distinctement articulée, forte et retentissante, ou aigre et saccadée. (*Procédé opératoire de la percussion,* § 130.)

J'ai répété dans cette expérience ce que j'avais fait souvent pour mon *Traité pratique de percussion*, à l'exemple d'Auenbrugger, c'est-à-dire que j'ai produit artificiellement un épanchement pleurétique. Comme cet auteur, j'ai constaté la matité à la base de la poitrine. J'ai constaté, de plus que lui, l'absence de la respiration dans toute la hauteur de l'épanchement, mais je n'ai pu saisir l'égophonie. Il n'y avait point de différence, d'un côté à l'autre, dans le frémissement de la voix.

J'ai parlé du murmure vésiculaire que j'avais entendu dans toute la hauteur de la poitrine. Aurais-je rencontré le premier le phénomène chez l'homme après la mort ? Je ne sais. M. Piorry a dit, en effet : « Prenez un poumon de mouton ou d'homme morts d'hémorrhagie, non crépitant et vide d'écume, insufflez-le, imitez autant que possible, soit avec votre haleine, soit avec un soufflet, les mouvements successifs et alternatifs de la respiration, et l'observateur qui appliquera le stéthoscope sur les vésicules entendra très-bien le mouvement d'expansion des poumons. (*Procédé opératoire,* § 135.) »

Des faits analogues au précédent ont été signalés par d'autres auteurs bien longtemps après M. Piorry, mais ils ont été surtout recueillis sur les poumons de divers animaux, et dans une autre intention que celle qui me porte à faire cet article.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE.

Bruit de pot fêlé sous les deux clavicules, sans coexistence de cavernes. — Après comme avant l'insufflation des poumons, les côtes sont toujours à la même distance les unes des autres. — Les poumons s'abaissent dans l'insufflation, tandis que les côtes s'élèvent. — Rapports des poumons avec le cœur avant et après l'insufflation. — Les portions antérieures des poumons se dilatent les premières et reviennent les dernières sur elles-mêmes.

Le sujet est celui d'une femme âgée d'une soixantaine d'années.

M. de Gonzalès étant absent, je ne puis me livrer à l'étude de l'auscultation cadavérique.

Je constate cependant les faits suivants :

1° Dans l'inspiration aussi bien que dans l'expiration, les côtes sont toujours à la même distance l'une de l'autre.

2° Comme dans la troisième expérience et en me plaçant dans les mêmes conditions, j'ai produit sous les clavicules le bruit de pot fêlé. Il avait lieu bien plus souvent et plus facilement lorsque je frappais sur le doigt que lorsque j'avais recours au plessimètre.

3° Lorsque je percutais légèrement sur la poitrine, le bruit de pot fêlé était remplacé par une résonnance qui n'était pas égale des deux côtés, car tout le poumon droit était plus sonore que le poumon gauche.

4° Après avoir lié la trachée sur un bouchon, j'ai fait une fenêtre au côté droit de la poitrine par l'ablation d'une grande partie du sternum et du tiers antérieur des deuxième, troisième et quatrième côtes, avec les muscles correspondants.

Le poumon droit alors a fait hernie à travers cette fenêtre.

5° J'ai voulu savoir quelle était l'étendue de l'élévation des côtes dans une insufflation portée assez loin. Pour cela, j'ai mis en regard du bord supérieur de la troisième côte la pointe d'un compas, et j'ai vu la côte s'élever, dans une insufflation, au-dessus de la pointe du compas, de 1 demi-centimètre.

En même temps que je constatais ce fait, je voyais descendre le rebord inférieur du lobe supérieur du poumon droit.

Il m'a semblé que les poumons faisaient, dans ce cas au moins, plus de chemin que les côtes.

6° J'ai reproduit d'une autre manière l'expérience précédente :

A. J'ai empêché l'extrémité des côtes que j'avais coupées de se porter trop en dehors lors de l'insufflation, en remplaçant par des érignes la portion des côtes qui manquait.

B. J'ai rapproché, par une insufflation, le poumon droit de la paroi thoracique correspondante.

C. J'ai tracé ensuite, avec de l'encre, une ligne transversale sur ce poumon mis à nu et sur la troisième côte.

D. J'ai fixé la pointe d'un compas sur un billot qui ne touchait pas le cadavre, et j'ai fait correspondre l'autre pointe du compas à l'endroit où la ligne passait de la côte sur le poumon.

E. Dans cet état de choses, j'ai insufflé de l'air dans les poumons et la pointe du compas n'a pas tardé à se trouver entre deux lignes. J'ajoute que les mouvements en sens inverse des plèvres ne se sont point faits dans une très-grande étendue.

7° Je n'ai pas vu le cœur se mouvoir au commencement de l'insufflation ni à la fin de l'expiration; mais son mouvement une fois commencé, il s'est fait assez rapidement.

8° C'étaient les portions antérieures des poumons qui se dilataient les premières et qui revenaient les dernières sur elles-mêmes.

Ouverture du cadavre. — L'inspection des poumons a fait voir que ces deux organes étaient engoués. Cet engouement était plus considérable du côté gauche.

Ils n'étaient le siége d'aucune cavité anormale.

Réflexions. — Après ce que nous avons dit sur la production du bruit de pot fêlé sans coexistence de cavernes, il ne nous reste plus rien à ajouter. Nous faisons d'avance la même réflexion pour notre septième expérience.

Les mouvements en sens inverse des poumons et de la paroi thoracique n'ont pas été admis par différents auteurs, tels que *Chaussier* et *M. Adelon*, contrairement à l'opinion de *Bremond*, de *Gaspard Bartholin*, etc.

Depuis la découverte des bruits de frottement pleurétique par Honoré, on a admis assez généralement l'existence des mouvements opposés des côtes et des poumons. Les expériences dont nous venons de consigner ici les résultats, mettent ce fait au-dessus de toute contestation.

Notre cinquième expérience démontre encore parfaitement que les espaces intercostaux ne sont ni agrandis pendant l'inspiration, ni rétrécis pendant l'expiration, comme le croyait *Bichat*. Nous sommes donc de l'avis de *Haller*, quand il prétendait que les espaces intercostaux n'étaient nullement élargis dans l'inspiration. Sur quoi se sont fondés *Chaussier* et *M. Adelon* pour avancer qu'un examen attentif avait fait voir que les espaces intercostaux devenaient d'autant plus grands que la côte était plus inférieure?

D'après *Haller* encore, chaque côte successivement, depuis la première, devenait point mobile et point fixe, et le mouvement était d'autant plus étendu, que la côte était plus inférieure. Nous admettons la deuxième proposition, mais la première nous paraît en désaccord avec la vérité.

Pour nous, comme pour M. Magendie, toutes les côtes s'élèvent en même temps.

Que devient, dans ce cas, le sternum? Il subit un mouvement d'ascension pendant lequel il s'éloigne d'autant plus de la colonne vertébrale, qu'on l'examine plus inférieurement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Notice sur le traitement curatif de la gale à l'aide du vinaigre ordinaire,

Par le Dr Le Cœur, *professeur à l'Ecole préparatoire de médecine, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Caen.*

Un des inconvénients des plaisirs de la chasse et des promenades dans la campagne, est, pour beaucoup de personnes, l'insertion sous l'épiderme d'un petit ciron microscopique du genre *acarus*, variété de *sarcopte*, qui, une fois logé dans les tissus, détermine à la peau de petites vésicules, à auréole inflammatoire, parfois accompagnées d'atroces démangeaisons.

Ce petit *acarus* est vulgairement désigné sous les noms de *rouget*, ou bête d'août. Le meilleur moyen de le détruire et de faire taire radicalement les accidents, ou plutôt l'incommodité qu'il occasionne, consiste à pratiquer, sur les parties affectées, de vigoureuses frictions à l'aide de fort vinaigre.

Conduit par l'analogie, j'ai appliqué, depuis quelque temps, ce moyen au traitement de la gale, dont les vésicules reconnaissent aussi pour cause la présence sous l'épiderme d'un *sarcopte* (nocturne, selon le docteur Aubé); l'*acarus* ou le *sarcopte scabiei*.

Sur dix individus j'ai déjà mis ce traitement en usage, et toujours avec un entier succès. Je ne puis qu'engager mes confrères à en essayer à leur tour.

Je fais pratiquer, trois fois par jour, sur les parties affectées, à l'aide d'une éponge un peu rude, imbibée de bon vinaigre, des frictions assez fortes pour pénétrer la peau et déchirer les vésicules.

Dans aucun de mes dix cas, la réussite ne s'est fait attendre.

La moyenne du traitement a été *de moins de cinq jours*; et je pense qu'à l'aide de frictions générales, exactement pratiquées de la même manière, cette moyenne de temps pourrait être abrégée.

Il est inutile, je le crois, de faire ressortir les avantages de cet agent thérapeutique, sur ceux jusqu'ici préconisés dans le traitement de la gale.

L'économie, l'absence d'odeur désagréable, la célérité d'application à l'insu de tout le monde, et la facilité d'action, doivent lui assurer la préférence sur presque tous ceux jusqu'ici recommandés. Quant à moi, il m'a procuré des résultats supérieurs. Peut-être obtiendrait-on le même but à l'aide de frictions pratiquées avec les acides minéraux étendus d'eau. Cela est probable, mais je ne les ai pas encore expérimentées. (*Union médicale.*)

Nouvelle préparation hémostatique.

La forme liquide nuit à l'action hémostatique des substances médicamenteuses. L'eau de Pagliari elle-même, qui coagule immédiatement et complétement le sang contenu dans un vase, n'agit pas tout à fait de même à la surface d'une plaie où le sang afflue à chaque instant, et entraîne le caillot formé. Cet inconvénient, le médicament proposé par le pharmacien de Rome le doit à sa forme liquide, et la compression seule peut y remédier.

M. Hannon a été amené, par des expériences faites sur du sang d'animaux, à reconnaître au composé suivant, des propriétés hémostatiques plus puissantes encore que celles de l'eau de Pagliari :

℞	Acide benzoïque	1 partie.
	Sulfate d'alumine et de potasse.	3 —
	Ergotine de Bonjean	3 —
	Eau	25 —

Mêlez.

On fait bouillir le tout pendant trente minutes, dans une capsule de porcelaine, en agitant sans cesse la masse et en remplaçant sans cesse l'eau évaporée par de l'eau chaude; cette solution est plus foncée que l'eau de Pagliari: sa saveur est légèrement styptique, son odeur faiblement aromatique. Si on l'évapore jusqu'à consistance d'extrait, en ayant bien soin d'agiter continuellement la masse pour que l'acide benzoïque ne se sépare pas du produit, elle présente une coloration brun chocolat; sa saveur est fortement astringente; elle a une odeur d'ergotine. Cet extrait serait, d'après l'auteur, l'hémostatique le plus énergique connu jusqu'à ce jour, soit qu'on l'applique sur la plaie, siége de l'hémorrhagie, soit qu'on l'administre à l'intérieur.

Pour l'emploi externe, on étend une couche plus ou moins épaisse de la pâte ou extrait hémostatique sur le siége même de l'hémorrhagie. S'agit-il d'administrer la préparation hémostatique à l'intérieur, comme M. Hannon l'a fait, avec de bons résultats, dans des cas d'hémoptysie, il n'est pas nécessaire de faire bouillir les trois substances, afin d'opérer un mélange plus homogène; il suffit de prescrire les pilules suivantes :

℞	Acide benzoïque.	1 gramme.
	Alun pulvérisé.	āā 3 —
	Ergotine de Bonjean	

M. f. s. a. 16 pilules.

A prendre une pilule toutes les deux heures.

(*Presse médicale belge.*)

CORRESPONDANCE.

A monsieur le docteur Jules Davasse.

Mon cher confrère,

Puisque vous avez bien voulu vous rappeler que je suis l'un des auteurs du *Compendium*, vous auriez dû ne pas oublier que, pendant quinze ans, j'ai prouvé surabondamment qu'il n'entre point dans mes habitudes *de dire des injures à mes contradicteurs, de m'attaquer au caractère de l'homme en calomniant ses intentions, en dénaturant ses paroles, en cherchant à le rendre suspect, de fuir la discussion sérieuse et de craindre la lumière.* J'ai subi trop souvent les coups de ces armes déloyales et perfides pour m'en servir jamais, et j'ai la conscience de n'avoir point dévié, à votre égard, de la ligne qui a dirigé ma carrière scientifique tout entière.

« Une grave question, dites-vous, se pose entre la thérapeutique *arbitraire* et la thérapeutique *expérimentale.* »

Par thérapeutique *arbitraire* vous entendez, probablement, une thérapeutique irrationnelle, aventureuse, téméraire, empirique, dans la mauvaise acception de ce mot. — L'auteur du *Compendium* s'est-il jamais montré le défenseur et le propagateur de cette thérapeutique?

Par thérapeutique *expérimentale* vous entendez, probablement, une thérapeutique qui, secouant le joug de la routine, des préjugés, des systèmes préconçus, accorde à l'*observation* toute la valeur qui lui appartient; ne repousse *à priori* aucune découverte, aucune innovation se présentant avec des garanties suffisantes de science et de probité; une thérapeutique dont les investigations n'ont pour limites que celles qui sont tracées par l'amour de l'humanité, la prudence et la déontologie médicale. — Est-ce l'auteur du *Traité d'hydrothérapie* que vous pouvez accuser d'être l'ennemi de cette thérapeutique?

Mais, encore une fois, il est indispensable de préciser, car ni vous ni moi n'avons inventé la *thérapeutique expérimentale* et il serait ridicule à nous de prendre fait et cause pour elle, alors qu'elle n'est plus attaquée par aucun homme sérieux. Me contesterez-vous que vous avez pris la plume pour défendre, non la thérapeutique expérimentale *en général*, mais une *certaine* thérapeutique expérimentale : celle qui est fondée, en même temps, sur le rapport qui existe entre les effets des médicaments sur l'homme sain et les symptômes de la maladie à guérir et sur les doses atténuées; en un mot, pour défendre l'*homœopathie*, que je suis encore obligé d'appeler par son nom, malgré vos répugnances à cet endroit?

Mais pour amener des médecins à *expérimenter* une médication, et surtout pour être autorisé à proclamer l'excellence, la supériorité de cette médication, de simples assertions ne suffisent pas. Il faut des observations, des faits, des preuves. Vos observations, où sont-elles? Quels faits avez-vous produits? Quant à la preuve, vous en référez-vous, décidément, à la statistique empruntée au médecin du gouvernement de Twer?

Je crois l'homœopathie irrévocablement jugée, et il y a quinze ans que, pour mon compte, je lui ai fait subir l'épreuve de l'*expérimentation;* cependant, je redoute si peu la discussion sérieuse et la lumière, je suis un adversaire si déclaré du *parti pris* que je n'eusse pas mieux demandé que d'être converti et convaincu par votre travail. Il n'en a pas été ainsi. A qui la faute?

Vous avez le bonheur d'être encore très-jeune, mon cher confrère : prenez donc patience; soumettez-vous aux conditions qui sont imposées à tout *expérimentateur* sérieux, et que j'ai subies moi-même sans murmurer, pendant bien des années. Observez, recueillez des faits, accumulez des preuves, et lorsque vous rentrerez dans la lice, muni d'arguments puisés dans *votre* pratique et dans *votre* expérimention, alors nous reprendrons, si vous le voulez bien, cette discussion, en la plaçant sur le terrain qu'elle n'aurait jamais dû abandonner.

Voici, mon cher confrère, ce que, pour clore le débat, j'ai voulu vous dire, à vous-même, afin de vous prouver que si je combats vos doctrines, je n'ai aucune animosité contre votre personne. L. FLEURY.

Paris, le 7 octobre 1854.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Tolérances et prodiges.

« Monsieur le rédacteur,

« Vous parlez, dans votre dernier numéro, de prodiges et de tolérances difficiles à expliquer; mais, parmi les prodiges, vous n'avez pas signalé les plus étonnants, et parmi les tolérances, vous n'avez pas choisi les plus difficiles. Comment, par exemple, comprendre la suivante :

« Vous savez sans doute qu'il existe dans certaines régions un journal intitulé la *Santé universelle*, et si vous savez qu'il existe, vous savez ce qu'il est.

« Vous connaissez aussi, et cela beaucoup mieux que moi, deux noms, honorables entre tous, ceux de MM. Rostan et Nélaton. Or, depuis environ trois ans, de Paris au Pérou, du Japon jusqu'à Rome, les noms de MM. Rostan et Nélaton sont accolés audit journal, sans qu'à ma connaissance, ces deux honorables professeurs aient fait cesser un pareil abus.

« Voici ce que j'ai lu, il y a deux ans, sur des affiches placardées dans toutes les stations des chemins de fer, dans tous les bureaux de patache publiques, qui circulent entre Paris, Nantes et Bordeaux :

LA SANTÉ UNIVERSELLE,

Guide médical des familles, des curés de campagne, des sœurs de charité, des instituteurs et de toutes les personnes charitables,

Fondée sous le patronage de MM. les professeurs

RÉCAMIER, ROSTAN et NÉLATON.

« J'ai dit de Paris au Pérou; je vous envoie la preuve d'une partie de ma proposition, c'est le *Courrier des Etats-Unis* dont la *septième page* (les journaux de New-York en ont plus de quatre) contient la même affiche, en caractères monstres, de laquelle on n'a retranché que les curés de campagne, les sœurs de charité, les instituteurs et les personnes charitables, l'auteur ayant jugé sans doute que ces catégories de lecteurs seraient peu productives aux États-Unis. Quant aux trois noms, ils y brillent de tout leur éclat. Expliquez cela, si vous le pouvez.

« Voilà pour la tolérance; voici pour le prodige :

« *A l'instant même* où nous écrivons ces lignes, l'un de nous est appelé « pour voir en toute hâte une femme qui, au milieu de la rue, vient *de* « *tomber morte* (1). Il court muni d'un flacon d'éther et trouve près de « cette femme enceinte de huit mois et plongée dans une stupeur hystérique profonde, un confrère qui depuis quelques minutes lui fait respirer un *flacon d'ammoniaque pure*, et lui en porte même dans les « narines, en élevant, par des secousses brusques, le flacon ouvert sous « le nez. Pas le plus léger signe de sensibilité de la part de la patiente. « — Voulez-vous me permettre, monsieur, que j'essaye de faire respirer « un peu d'éther et que j'en introduise quelques gouttes entre les lèvres? « — Mais voyez donc : *ceci est de l'ammoniaque, c'est bien plus fort que* « *l'éther.* — Rien de plus juste : je crains même que vous ne cautérisiez (2) « *très-vivement* le nez. L'éther est tout simplement un antispasmodique : « REGARDEZ PLUTÔT!!! — Pendant ce dialogue, le flacon d'éther avait été « placé sous le nez de la malade, et au moment où on le *descendait* sur « les lèvres pour en instiller quelques gouttes, un profond soupir et quelques pandiculations avaient préludé au retour successif et bientôt complet de la connaissance.

« *La malade se rajusta un peu, se leva* ET PARTIT!!! »

« Vous allez peut-être croire que ce prodige est extrait de *l'Indépendance belge*, des *Petites-Affiches* ou des *Murailles médicales?* Détrompez-vous : c'est à la page 306 du t. 2 du *Traité de thérapeutique* de M. Trousseau que vous en trouverez la dramatique narration.

« J'espère que, puisque vous avez pris la peine de signaler à vos lecteurs les prodiges des petits héros, vous ne reculerez pas devant le devoir de leur montrer les exemples des grands, et dans cet espoir, j'ai l'honneur d'être, etc. Dr DEL.... »

Commençons d'abord par reconnaître que les détails que nous transmet notre correspondant sont parfaitement exacts, car nous n'acceptons que sous bénéfice d'inventaire les renseignements qui ont un quart ou même une moitié de signature. Dans un voyage que nous fîmes il y a deux ans, nous trouvâmes, en effet, l'affiche dont parle M. D.... dans les bureaux de voitures publiques, et dans tous les hôtels sur la route de Paris à Chambéry, de Chambéry à Genève, de Genève à Dijon, et de Dijon à Paris.

Mais avec des noms comme ceux de MM. Rostan et Nélaton, l'explication que demande M. D.... est toute trouvée : ces honorables professeurs ont évidemment ignoré l'abus qu'on a fait de leurs noms, et nous ne doutons pas que cet abus ne cesse à partir d'aujourd'hui, s'il n'a cessé déjà.

Quant au prodige dont le livre de M. Trousseau nous a conservé la mémorable histoire, notre correspondant n'exige sans doute pas de nous que nous fassions le relevé de tous les prodiges analogues qui peuvent être rapportés dans les œuvres de M. Trousseau ou ailleurs. Nous voulons bien signaler à nos lecteurs les faits curieux, à divers titres, qui se présentent sur notre route, mais nous ne nous sommes pas donné pour mission d'écrire l'histoire complète des facéties et bobêcheries médico-chirurgicales passées, présentes et à venir.

(*Pour toutes les variétés scientifiques :* H. de Castelnau.)

(1) Ce n'est pas moi qui souligne, c'est l'auteur.

(2) Pauvres petits médecins! voyez-vous à quelles leçons vous vous exposez, pour n'avoir pas appris des grands modèles l'art, pourtant si facile, de faire revenir les morts, et la science, si profonde, qui nous enseigne que l'éther est un antispasmodique!

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 122. 2e année. Jeudi 12 Octobre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101, 103, 108, 109, 113, 115 *et* 119.)

Pour terminer tout ce qui a rapport au squelette, nous avons encore à étudier les luxations, les hydarthroses, les tumeurs blanches, l'hygroma et l'entorse.

Luxations. — Elles ne sont pas en très-grand nombre, cela tient à ce que nous ne voyons pas toutes celles qui se présentent ; généralement, l'interne de garde s'empresse de les réduire. Nous en avons eu 9 cas, dont 6 se sont montrés sur des hommes et 3 sur des femmes.

Ces 9 luxations se répartissent ainsi :

- 4 luxations de l'articulation de l'épaule ;
- 2 luxations du coude ;
- 1 luxation des vertèbres ;
- 1 luxation du pouce ;
- 1 luxation de la mâchoire.

Les luxations de l'épaule sont donc les plus fréquentes. Elles offrent plusieurs variétés qu'il importe de connaître. On a admis un plus ou moins grand nombre d'espèces de luxations de l'épaule ; M. Sédillot a été jusqu'à en reconnaître neuf variétés. Généralement, aujourd'hui, on n'en admet que quatre espèces.

Les luxations de l'articulation scapulo-humérale ne peuvent se faire ni en haut ni en bas. En haut, la tête de l'humérus est retenue par l'espèce de voûte formée par l'acromion, l'apophyse coracoïde et les ligaments qui unissent ces deux saillies ; on comprend donc qu'une luxation dans ce sens ne pourrait se faire que dans le cas de fracture de ces éminences. En bas, la luxation n'est pas plus facile, la tête de l'humérus rencontre le bord externe de l'omoplate, et on ne peut comprendre comment un corps sphérique pourrait s'y arrêter, il est évident qu'il glissera soit en dedans, soit en dehors. Du reste, la question de savoir s'il y a des luxations en haut et des luxations en bas, roule plutôt sur les mots que sur les choses. Si vous entendez, comme certains auteurs, par luxation en haut, la luxation décrite sous le nom de sous-caracoïdienne par M. Malgaigne, et que j'appelle sous-claviculaire, vous devez admettre cette variété. Je ferai la même observation pour la luxation en bas, si vous entendez par là celle qui se fait du côté de l'aisselle.

L'humérus ne peut donc se luxer qu'en dedans ou en dehors de la cavité glénoïde, c'est-à-dire du côté de l'aisselle ou dans la fosse sous-épineuse.

Les luxations dans la fosse sous-épineuse sont assez rares : Richerand les nie, Boyer n'en a vu qu'un exemple ; mais depuis on s'est empressé de publier les cas qui se sont présentés ; de sorte qu'ils sont en assez grand nombre.

Pour ma part, j'en ai vu sept exemples. J'en ai cité trois cas dans ma *Clinique chirurgicale* publiée par M. Pavillon (*voyez* t. 1, p. 278 et suiv.). Ces observations démontrent encore que les luxations sous-épineuses peuvent être incomplètes, c'est-à-dire que la tête de l'humérus peut être arrêtée par un point de son col anatomique sur le bord de la cavité glénoïde.

La luxation en dedans présente trois variétés. On lui en a reconnu un plus grand nombre. Ainsi, M. Sédillot décrit les luxations : intercostale, sous-coracoïdienne, axillaire, coraco-claviculaire, costo-claviculaire, sous-scapulaire. Mais je crois ne devoir admettre que les variétés suivantes : 1° luxation sous-pectorale ; 2° luxation sous-scapulaire ; 3° luxation sous-claviculaire.

La luxation sous-scapulaire est la plus commune, c'est celle que nous avons eu le plus souvent l'occasion de voir cette année, puisque sur 4 luxations de l'épaule, il y en a eu 3 dans la fosse sous-scapulaire. Dans cette variété, la tête humérale glisse et va dans la fosse sous-scapulaire où elle est coiffée par le muscle de ce nom : c'est la luxation sous-coracoïdienne de M. Malgaigne.

Dans la luxation sous-pectorale, la tête de l'humérus s'est placée dans le creux de l'aisselle, entre les muscles sous-scapulaire et pectoraux : c'est la luxation axillaire de M. Sédillot.

Il peut arriver que la luxation soit tout à la fois sous-pectorale et sous-scapulaire, c'est dans le cas où la tête de l'humérus traverse le muscle sous-scapulaire. Cette variété est importante à connaître, à cause de la difficulté que l'on éprouve à la réduire.

Dans la luxation sous-claviculaire, la tête humérale se trouve placée entre l'apophyse coracoïde et la clavicule : c'est la luxation intra-coracoïdienne de M. Malgaigne.

Voyons rapidement les principaux signes de chacune de ces luxations.

La luxation sous-épineuse est caractérisée par un léger aplatissement du moignon de l'épaule ; le bras, qui est rapproché du tronc, est dans la rotation en dedans. La tête ne se trouve plus sous l'acromion, elle fait une saillie sous l'extrémité antérieure de l'épine de l'omoplate ; le membre est plus long que celui du côté sain ; mouvements impossibles.

Dans la luxation sous-pectorale, le muscle de ce nom est soulevé ; saillie de l'acromion ; aplatissement du deltoïde. La tête de l'humérus se sent dans l'aisselle, à travers le pectoral ; le

membre est allongé; les mouvements sont faciles; l'angle inférieur de l'omoplate est très-relevé en arrière.

Dans la luxation sous-scapulaire, le creux sous-claviculaire est presque effacé; entre la tête de l'humérus et la peau de l'aisselle, on sent une épaisse couche de tissus. Les mouvements sont difficiles; le coude est écarté de la poitrine.

Dans la luxation sous-claviculaire, il y a relief dans le creux sous-claviculaire; la saillie acromiale et la dépression deltoïdienne sont plus marquées en arrière qu'en avant; mouvements douloureux, presque impossibles; raccourcissement du membre.

La réduction des luxations de l'épaule varie selon l'espèce à laquelle on a affaire. Ainsi, l'extension verticale, le membre étant relevé du côté de la tête, devra être employée dans la luxation sous-pectorale; dans la luxation sous-scapulaire, ce sera l'extension horizontale; enfin, pour une luxation sous-claviculaire, on fera l'extension d'abord oblique en bas et en dehors, puis horizontale.

Les luxations de l'épaule qui se sont présentées dans notre service se sont facilement réduites, excepté une, devant laquelle tous nos efforts ont échoué. Cette luxation datait de plusieurs mois; après quelques tentatives, j'ai cru avoir réussi, mais je n'ai pas tardé à reconnaître mon erreur. J'ai appris depuis que ce malade, en sortant de cet hôpital, était entré dans un autre, où, après quelques tentatives, on crut lui avoir réduit sa luxation, si bien que l'observation en a été publiée; mais j'ai su, par quelqu'un qui a été à même de visiter le blessé, que la luxation existait toujours.

Il est, en effet un certain nombre de luxations qui, au bout d'un certain temps, ne peuvent plus être réduites; il faut se garder alors de prolonger des tentatives qui peuvent être dangereuses, qui peuvent amener des ruptures, des inflammations; enfin, on en a vu causer la mort. Vous n'oublierez pas alors que dans ces luxations non réduites, la tête humérale s'altère, la cavité glénoïde se déforme, si bien qu'il n'est plus possible de faire rentrer la tête dans sa cavité. Puis les fonctions du membre finissent par se rétablir d'une manière plus ou moins complète; une nouvelle capsule se forme, des concrétions s'accumulant autour de la tête lui forment une nouvelle cavité articulaire.

Nous avons eu une luxation de vertèbres qui, du reste, rentrait dans la règle générale, qui veut qu'il n'y ait pas de luxation des vertèbres sans fracture.

Carie et nécrose. — Nous en comptons 27 cas, dont 18 chez les hommes et 9 chez les femmes. Ces affections se compliquent d'abcès qui doivent être divisés en deux classes: les abcès par congestion, qui vont s'établir loin de la source du mal; les abcès symptomatiques proprement dits, qui se trouvent dans le voisinage de la lésion.

Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé de ces abcès: on prétend les guérir par des injections iodées. Je les ai employées et je n'ai pas été aussi heureux; je soupçonne fort mes collègues de ne pas guérir mieux que moi. En effet, il est difficile de croire que, dans un véritable abcès symptomatique, une injection puisse guérir: la lésion osseuse sera toujours là pour irriter les tissus ambiants, pour fournir du pus; tant que la maladie de l'os ne sera pas guérie, vous ne pourrez pas dire avoir guéri l'abcès. Quoi qu'il en soit, l'injection iodée modifie les foyers, et les malades s'en trouvent bien.

Hygroma. — Nous en avons eu 6 cas, dont 3 chez les hommes et 3 chez les femmes. Quand cette affection est nouvelle, on peut employer les résolutifs, les vésicatoires volants; quand la maladie est plus ancienne, on a généralement recours à l'injection. Nous en avons traité 3 par la ponction: après avoir vidé la poche, j'ai fait appliquer une couche de collodion, et la guérison a été assez prompte.

F. DOLBEAU *et* ALF. ELLEAUME.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Essai sur l'auscultation des poumons après la mort, comme pouvant servir à l'enseignement de l'auscultation,

Par le Dr L. MAILLIOT, *ex-vice-président de la Société anatomique.*

(Suite. Voir les nos 117, 119 et 121.)

SIXIÈME EXPÉRIENCE.

La première côte s'élève de 5 millimètres dans l'insufflation et la huitième de 15. — La première côte s'éloigne de l'axe du corps de 5 millimètres et la huitième de 15. — Les côtes sont toujours à la même distance les unes des autres avant comme après l'insufflation. — A mesure que l'air pénètre dans la poitrine, la colonne vertébrale, cervicale et thoracique se redresse, et vice versâ. — Mouvements en sens inverse des poumons et des côtes.

Le sujet qui sert à cette expérience est celui d'une femme âgée d'une soixantaine d'années.

La tête est penchée en arrière; la bouche et les narines sont ouvertes.

La poitrine est très-sonore en avant. Nous ne pouvons parvenir, quelle que soit la méthode de percussion que nous mettions en usage, à produire le bruit de pot fêlé.

La circonférence du thorax augmente de 2 centimètres dans une forte insufflation.

A mesure que l'air pénètre dans les poumons, on voit le thorax s'élever absolument de la même manière qu'il l'a fait par l'action des muscles pendant la vie. Le sternum se porte en avant. La première côte s'élève de 5 millimètres et la huitième de 15. Les côtes s'éloignent toutes ensemble de l'axe du corps; cet éloignement est pour la première côte de 5 millimètres et pour la huitième de 15.

Dans l'insufflation la plus grande des poumons, comme dans le retrait le plus grand de ces organes sur eux-mêmes, les côtes se maintiennent toujours à la même distance les unes des autres.

Pour nous en assurer, nous avons mis les côtes à nu et nous avons fait sur chacune d'elles une incision cruciale. Nous avons pris ensuite très-exactement la distance qui séparait la première côte de la quatrième, la quatrième de la huitième, et, dans les deux temps de la respiration artificielle, cette distance n'a point varié de 1 millimètre.

Pour connaître, au juste, les degrés d'élévation des côtes de haut en bas et d'arrière en avant, et leur écartement d'un côté à l'autre, nous avons fait correspondre la pointe d'un compas au rebord supérieur des côtes dont nous voulions suivre les mouvements. Cette pointe touchait exactement les côtes après l'insufflation, et les côtes s'en éloignaient à mesure que l'air sortait de la poitrine. Notre mesure a donc été aussi précise que possible.

Elle nous a démontré que les côtes subissaient des mouvements d'autant plus étendus, qu'elles étaient plus inférieures.

Insistons sur l'élévation en masse des parois thoraciques et disons en même temps que la colonne vertébrale, cervicale et thoracique se redressait durant l'insufflation.

— Nous avons voulu étudier de nouveau, sur ce sujet, les mouvements ascendants et descendants opposés des poumons et des côtes, et nous avons pratiqué une fenêtre au côté droit de la poitrine. Il nous a été facile d'enlever les côtes et les muscles intercostaux sans intéresser la plèvre pariétale. Nous avons vu alors le poumon exactement appliqué contre cette plèvre avec laquelle, du reste, il avait contracté des adhérences dans toute son étendue; mais, pour cette même raison, il nous a été impossible d'étudier la question qu'avait si bien éclairée notre cinquième expérience.

Nous avons vu le cœur se mouvoir presque durant tout le temps de l'inspiration et de l'expiration.

SEPTIÈME EXPÉRIENCE.

Bruit de pot fêlé sous la clavicule droite. — Bruits de cuir neuf dans l'expiration qui est assez longue. — Râles à bulles moyennes, plus humides à l'expiration que dans le temps de l'insufflation. — Absence de cavernes dans les poumons. — Adhérences pleurétiques du côté droit.

— *Ces adhérences s'opposent au développement du poumon correspondant. On dirait qu'il existe un obstacle dans la trachée. Mais les adhérences une fois détruites, le poumon se laisse rapidement et facilement dilater par l'insufflation. — Mucosités dans le larynx et dans la trachée-artère.*

C'est sur le cadavre d'une femme âgée de 55 à 60 ans que nous avons expérimenté.

La poitrine résonne également des deux côtés en avant, et cependant nous ne produisons, en frappant avec la main fermée, un bruit de pot fêlé que sous la clavicule droite.

Insufflation. — On entend, durant l'insufflation, à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, des râles à bulles moyennes, plus secs que les râles sous-crépitants des auteurs.

Expiration. — C'est le murmure vésiculaire qui débute dans l'expiration. Il est suivi de quelques râles humides à bulles moyennes.

Dans une deuxième expérience, les râles humides de l'expiration sont remplacés par des bruits de cuir neuf.

La durée de cette expiration est assez longue.

Ouverture du cadavre. — Le sternum est enlevé avec les cartilages. Le péricarde est ouvert et le cœur mis à nu se présente dans ses rapports avec les poumons et le foie.

La plèvre pulmonaire droite a contracté plusieurs adhérences avec la plèvre pariétale correspondante. Le poumon gauche est libre d'adhérences.

L'étendue des rapports des poumons avec la face antérieure du cœur n'augmente pas sensiblement dans une forte insufflation, mais il en est bien autrement lorsque les adhérences que nous venons de signaler sont rompues. Le poumon droit se dilate alors bien davantage et avec une facilité beaucoup plus grande. Il semblait auparavant qu'il y eût un obstacle dans la trachée-artère ou dans ses principales divisions. Les adhérences limitent donc l'étendue du développement pulmonaire.

Avant la destruction des adhérences, on ne distinguait pour ainsi dire point les mouvements de locomotion du poumon droit; après cette destruction, le rebord inférieur de cet organe descend de deux travers de doigt, tandis que les côtes s'élèvent.

Des mouvements inverses se produisent durant l'expiration.

On trouve des mucosités dans le larynx et dans la trachée-artère, mais on ne rencontre pas la moindre trace de cavernes dans les poumons.

HUITIÈME EXPÉRIENCE.

Le côté droit de la poitrine est plus arrondi, plus développé que l'autre. Il est aussi le siége d'une résonnance exagérée. — On éprouve quelque résistance dans l'introduction de l'air. — Le côté gauche se dilate sensiblement plus que l'autre. Il s'y produit un murmure vésiculaire et des bruits humides dans l'inspiration, des bruits de cuir neuf dans l'expiration. — On n'entend, dans le côté droit, aucun bruit dans l'inspiration, mais on saisit du souffle, puis des bruits sibilants dans l'expiration. — Expiration prolongée des deux côtés, à gauche surtout. — Développement considérable du ventre dans l'insufflation. — Hydropneumo-thorax à droite. — La plèvre du même côté communique, au moyen d'une ouverture, avec les voies de l'air. — Tubercules au premier degré en voie de ramollissement, disséminés dans les deux poumons. — Des adhérences unissent la base du poumon gauche avec le diaphragme. — Mucosités abondantes dans les bronches.

Femme âgée de 50 ans environ.

Le côté droit de la poitrine est arrondi, tandis que l'autre est aplati. Le côté droit est ainsi beaucoup plus développé, plus sonore et plus élastique que l'autre.

On éprouve une certaine résistance à introduire de l'air dans les poumons. Le côté gauche se dilate sensiblement plus que l'autre côté.

La cavité abdominale augmente considérablement de capacité.

Lors de l'insufflation, on n'entend aucun bruit à droite, tandis qu'il se produit à gauche tantôt un murmure assez doux, tantôt des bruits humides à bulles moyennes un peu sèches.

A l'expiration, qui est assez prolongée du côté droit, mais plus prolongée encore du côté gauche, on distingue un bruit soufflant à droite, puis des bruits sibilants.

A gauche, on entend d'abord un murmure léger, puis des sifflements, puis des bruits successifs qui imitent, on ne peut mieux, les bruits de cuir neuf.

A l'ouverture du thorax, on trouve de la sérosité dans les deux plèvres et des gaz dans la plèvre droite. Ces gaz s'échappent en sifflant au premier coup de bistouri donné dans la poitrine.

Le poumon gauche adhère fortement, par quelques points de sa base, avec la plèvre diaphragmatique.

A part ces adhérences, il n'en existe d'autres nulle part. Le lobe moyen du poumon droit présente une ouverture de 2 millimètres de diamètre, à bords arrondis, qui faisait communiquer la plèvre avec les voies de l'air. De là, sans aucun doute, la source du pneumo-thorax.

Il y a des mucosités abondantes dans les bronches et des tubercules dans les lobes supérieurs des deux poumons. Ces tubercules sont assez nombreux, mais disséminés au milieu d'un tissu souple et élastique. Ils sont presque tous en voie de ramollissement.

Réflexions. — La résistance que nous avions éprouvée dans nos insufflations s'explique tout naturellement par l'imperméabilité presque complète du poumon droit. Le défaut presque absolu du développement de ce poumon était dû à la compression qu'il éprouvait de la part du fluide élastique épanché dans la cavité pleurale correspondante.

Nous attribuons à ce même défaut de développement le silence absolu que nous avons signalé dans l'inspiration.

Nous croyons devoir faire dépendre l'expiration soufflante entendue sous la clavicule droite, de la présence des tubercules que nous avons trouvés disséminés dans le parenchyme pulmonaire.

Nous expliquons les bruits de cuir neuf perçus du côté gauche, par les frottements en sens inverse des plèvres revêtues de fausses membranes.

Si l'expiration était plus prolongée du même côté qu'elle ne l'était du côté opposé, il faut l'attribuer surtout à ce que les adhérences que ce poumon avait contractées avec le diaphragme ralentissaient la rapidité de son retour sur lui-même.

Les tubercules disséminés dans les poumons, au milieu d'un tissu souple et élastique, étaient-ils complétement étrangers à cette augmentation de durée de l'expiration? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il que ces tubercules n'ont point été signalés par la rudesse de l'expiration. Cela ne nous étonne pas, car, ainsi que l'ont dit avec tant de raison MM. Barth et Roger, « le « bruit respiratoire ne paraît pas altéré à l'auscultation, malgré « l'existence de quelque lésion de tissu, si cette lésion limitée à « une petite étendue et placée au centre du poumon est entourée « d'un parenchyme sain qui étouffe, pour ainsi dire, les plaintes « de l'organe malade (3ᵉ édit. du *Traité d'auscultation*, p. 50). »

Nous attribuons les râles et les bruits de sifflement entendus dans l'inspiration et dans l'expiration, à la présence des mucosités que nous avons rencontrées dans les bronches.

Le pneumo-thorax avait produit une dilatation permanente du côté droit de la poitrine. Cette dilatation ne différait que par la cause de celle qu'on observe dans les cas d'emphysème porté très-loin.

Chez la malade, les mouvements inspiratoires devaient se traduire presque exclusivement par les mouvements d'élévation et d'abaissement du muscle diaphragme et la paroi de la cavité gauche de la poitrine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIE.

Rétrécissement de l'œsophage, traité avec succès par la dilatation.

Il est des résultats que l'on ne saurait mettre trop souvent sous les yeux des médecins, pour les encourager à persévérer davantage dans l'emploi de certains moyens : la guérison définitive n'est souvent qu'à

ce prix. La dilatation, par exemple, est recommandée pour le traitement du rétrécissement de l'œsophage ; mais dans combien de cas le malade et le médecin ont-ils, l'un et l'autre, assez de persistance pour assurer, par ce mode de traitement, une guérison radicale? C'est ce qui nous engage à emprunter au docteur Wolff le fait suivant :

Au mois d'octobre 1851, ce médecin fut appelé à donner des soins à un tailleur, âgé de 26 ans, qui, par mégarde, avait avalé, au mois de novembre 1850, une petite quantité d'acide sulfurique. Il en était résulté d'abord des accidents aigus, puis une difficulté dans la déglutition, qui avait toujours été en augmentant, et qui en était venue au point que non-seulement les aliments solides ramollis, mais même les aliments liquides, ne passaient qu'avec une grande difficulté. Il existait un rétrécissement au tiers inférieur de l'œsophage, rétrécissement que l'extrémité de la plus petite bougie ne franchissait qu'avec la plus grande difficulté. Du reste, la santé générale était bonne. La dilatation fut commencée, le 5 novembre, par l'introduction d'une petite bougie en corde à boyau. Au fur et à mesure que le malade s'habituait à ce traitement, et qu'il apprenait à vaincre les nausées et les vomissements, la sonde était introduite deux fois par jour, et laissée en place plus longtemps. Tous les six jours, on la changeait contre une plus forte. Les progrès de l'amélioration étaient si remarquables, que le 20 décembre, on introduisit la plus grosse bougie que l'on put se procurer, et qu'à partir du 1er janvier, on pouvait y introduire deux des plus fortes bougies réunies ensemble. Le malade apprit bientôt lui-même à faire cette introduction des bougies, et il était tellement désireux de guérir que, par son zèle inconsidéré, il amena des accidents inflammatoires. Ces accidents furent combattus par l'ingestion d'une émulsion huileuse épaisse, et le traitement fut interrompu pendant quelques jours, pour être repris et continué du 26 février au 27 mars, jour de la sortie du malade. L'œsophage était assez large pour permettre l'introduction de trois bougies les plus fortes réunies, et la déglutition des aliments solides se faisait aisément. Bref, en sept semaines, sans tenir compte de l'interruption forcée du traitement, le malade était guéri. M. Wolff ajoute, en terminant, que les bougies de corde à boyau ne durent pas longtemps, et se défilent après quelques jours. (*Ann. der Charité zu Berlin* et *Bulletin gén. de thérap.*)

Sur l'antimoine de quinine.

Le professeur Palombo, de Naples, dans un ouvrage intitulé *Remèdes nouveaux*, s'exprime de la manière suivante au sujet de l'antimoniate de quinine :

Dans la seconde édition de notre répertoire des médicaments nouveaux, nous avons donné l'histoire de cette nouvelle préparation du docteur napolitain La Camera ; nous en reparlerons encore aujourd'hui à cause de la nouveauté de son mode d'obtention, et aussi parce que nous possédons des renseignements plus détaillés sur son usage en thérapeutique. Pour le préparer, on fait séparément deux solutions, l'une d'antimoniate de potasse dans l'eau commune, l'autre de sulfate de quinine dans l'eau chaude ; on mélange ces deux liqueurs, et, après les avoir laissé réagir pendant quelques heures, on verse le tout sur un filtre de papier Joseph ; on lave ensuite à l'eau pure la masse blanche déposée sur le filtre, et qui constitue l'antimoniate de quinine. Celui-ci présente, s'il a été bien préparé, les caractères suivants : il cristallise sous forme d'aiguilles blanches réunies à peu près comme les barbes d'une plume ; il a une saveur amère, austère, est peu soluble dans l'eau froide, davantage dans l'eau chaude, et plus encore dans l'éther et dans l'alcool. Sa solution précipite en blanc par les acides sulfurique, chlorhydrique, nitrique, et en jaune orangé par le sulfure d'antimoine ; exposé dans une capsule de porcelaine au contact du feu, il se carbonise graduellement et finit par se réduire en une poudre blanche.

L'emploi thérapeutique de cette substance est d'un immense avantage dans les affections périodiques simples ou compliquées de rhumatismes graves, l'arthrite de rétrocession herpétique, dans les fièvres subcontinues de Torti et dans les fièvres pernicieuses mêmes. L'expérience a démontré que ce sel prévient efficacement la récidive des affections susdites ; il doit être préféré à tous les antipériodiques dans les cas obscurs de maladies intermittentes, qui assez souvent revêtent la forme de fièvres continues. Dans tous les faits décrits par l'auteur, faits nombreux et certainement incontestables, il n'existe pas un seul cas de fièvre périodique, qui, bien que réfractaire aux autres préparations de quinquina, n'ait pas cédé à l'action de l'antimoniate. Il agit souvent aussi comme remède cathartique, émétique et diaphorétique. La dose est de 8 à 12 grains pendant l'apyrexie ; rarement on se voit obligé de l'administrer une seconde fois.

(*Presse méd. belge.*)

Néphrite albumineuse. — Infusion de fleurs de genêt.

Voici un fait intéressant que nous trouvons dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, lequel l'a emprunté au *Siglo medico :*

Un jardinier, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital de Cadix pour une anasarque qui datait de trois semaines, et qui faisait chaque jour des progrès. Deux ans auparavant, il avait eu également une enflure dont il avait été guéri rapidement à la suite d'une friction ; celle qu'il avait aujourd'hui reconnaissait pour cause, suivant lui, un refroidissement qu'il avait subi pendant un voyage sur mer, toujours exposé à l'humidité, et ayant en outre vécu, pendant son voyage, de vivres avariés. Quelques jours avant son arrivée à Cadix, et même pendant son voyage, il avait commencé à éprouver de la perte d'appétit, du dégoût pour les aliments et pour le mouvement, et il avait même remarqué un peu de gonflement œdémateux autour des malléoles. Un petit voyage à pied, qu'il avait fait après son arrivée, avait encore aggravé son état et augmenté l'enflure, qui s'était étendue aux jambes et aux cuisses. Il entra alors à l'hôpital, où on lui pratiqua quatre saignées et où on lui appliqua trois vésicatoires. Mais l'enflure s'étendit au tissu cellulaire du tronc, de sorte que lorsqu'il fut soumis aux soins de M. Grazia y Alvares, le 23 juillet dernier, l'anasarque était portée au point de donner à cet homme un aspect hideux : tout le tissu cellulaire sous-cutané était fortement tendu et résistant à la pression, d'un blanc mat, et la chaleur de la peau un peu augmentée. Anorexie, resserrement du ventre, dyspnée, pouls fréquent et petit ; les urines étaient épaisses, troubles, rougeâtres, et précipitaient abondamment par l'acide nitrique.

On le soumit à l'emploi de la tisane de fleurs de genêt, un litre par jour. Les urines ne tardèrent pas à devenir plus abondantes, moins troubles et moins rouges ; l'œdème de la face diminua, ainsi que la difficulté de respirer, la chaleur à la peau et la fréquence du pouls.

Le 28 juillet, les urines avaient encore beaucoup augmenté en quantité (un litre dans les vingt-quatre heures) ; elles étaient transparentes, de couleur jaune d'or, mais précipitaient abondamment par l'acide nitrique. L'anasarque avait diminué considérablement, et les autres symptômes généraux avaient disparu. Sans autre traitement que cette tisane, les urines commencèrent à se rapprocher des qualités normales, et même à revenir à une densité plus élevée ; mais elles précipitaient toujours par l'acide nitrique et la chaleur.

Le 3 août, il n'y avait plus trace d'anasarque.

Le 8, l'ascite avait disparu.

Enfin, le 13, le malade se trouvait si bien que M. Alvares lui permit de sortir, en lui faisant promettre de continuer le genêt ; les urines ne précipitaient que très-faiblement par l'acide nitrique. M. Alvares ne le perdit pas de vue : il lui fit prendre deux litres d'eau ferrugineuse et des aliments substantiels ; bref, la guérison paraissait complète, et les urines ne précipitaient plus ni par l'acide nitrique ni par la chaleur, lorsque huit jours plus tard, à la suite d'une imprudence (il avait mangé à lui seul un melon et bu une bouteille de vin de Catalogne), l'œdème reparut à la face et au tronc. Le même traitement fut repris avec plus de sévérité, et après un dérangement qui dura huit jours, et pendant lequel les accidents semblèrent d'abord aller en croissant, tout rentra dans l'ordre. Mais le malade, qui était faible, résolut de s'en retourner au pays, et effectivement son rétablissement s'y confirma au point qu'au mois de décembre dernier, il n'avait pas eu de rechute et continuait de se livrer aux travaux des champs.

Emploi de l'acide lactique dans la dyspepsie.

Le rôle important que joue l'acide lactique dans le suc gastrique, et par conséquent dans l'acte si important de la digestion, a suggéré à M. Handfield Jones l'idée d'employer cet acide dans certains cas de dyspepsie, qu'il appelle irritative, c'est-à-dire dans laquelle les digestions sont douloureuses et imparfaites, et persistent comme telles depuis quelque temps. Seulement ce médecin n'emploie pas cet acide au début du traitement, mais bien lorsque l'irritation et l'éréthisme vasculaire ont été un peu diminués. La dose est de 15 à 20 gouttes dans 15 grammes d'eau, à prendre pendant le repas. D'après M. Handfield Jones, on pourrait en étendre l'usage à d'autres cas qu'à la dyspepsie, et en particulier à tous les cas dans lesquels il y a lieu d'augmenter le ton et l'énergie de l'estomac.

Nous faisons connaître ces résultats de notre confrère d'outre-Manche, mais non sans faire quelques réserves relativement à l'emploi généralisé d'un acide dans la dyspepsie. On pourrait, au contraire, dans notre opinion, considérer les alcalins comme s'appliquant au plus grand nombre des cas de cette maladie. Nous ne nions pas

que, dans quelques cas exceptionnels, la diminution de l'acidité du suc gastrique ne fasse indiquer l'emploi de cet acide; seulement ce sont là, nous le croyons du moins, des faits exceptionnels.

(*Association méd. journal*, et *Bull. gén. de thérap.*)

Des préjugés relatifs à l'inoculation du virus vaccin pendant les épidémies de variole,

Par M. le Dr Dalpin.

Il est généralement admis qu'il est imprudent d'inoculer le virus vaccin aux personnes habitant les localités où sévit la variole.

Les médecins qui émettent cette opinion pensent sans doute que, dans ces circonstances, le virus vaccin, au lieu d'avoir une puissance préservatrice, possède, au contraire, une puissance d'attraction, et que la personne atteinte dans ces conditions a presque toujours une variole confluente, autrement grave que si elle eût été isolée.

Cette opinion de croire que le virus vaccin possède, durant les épidémies de variole, une puissance d'attraction plutôt qu'une puissance préservatrice, est entièrement erronée.

En effet, quelles que soient les conditions dans lesquelles se trouve le sujet que l'on vaccine, on peut être sûr qu'il est à l'abri de la contagion dès le moment où l'on observe à l'endroit des piqûres, et c'est ordinairement le quatrième jour, une légère élevure rouge qui indique que l'inoculation a réussi. Une longue expérience m'a parfaitement démontré que, durant les épidémies de variole, de tous les moyens prophylactiques, le plus sûr était incontestablement l'inoculation du virus vaccin, non-seulement chez les enfants qui n'ont pas été vaccinés, mais encore chez les personnes qui ont été vaccinées depuis un certain nombre d'années, six à huit ans. Dans la dernière épidémie, j'ai revacciné des enfants qui avaient été vaccinés, il y avait deux, trois, quatre, cinq ans, et le virus a parfaitement réussi.

Dans les nombreuses épidémies de variole que j'ai eu à traiter, lorsqu'il m'a été possible de me procurer du vaccin, je n'ai jamais hésité à vacciner les personnes se trouvant dans des communes, dans des villages, dans des maisons où régnait l'épidémie; et, dans cette pratique de vingt ans, sur plus de 2,000 personnes que j'ai vaccinées, je n'ai vu que deux fois la vaccine et la variole se développer simultanément.

La première observation date de 1838. Plusieurs cas de variole avaient été observés dans la commune de Salins; je m'empressai de vacciner un grand nombre de personnes qui furent garanties de l'épidémie; seulement, Marie B...., âgée de 2 ans, et qui était d'une complexion très-forte, fut atteinte, quatre jours après l'inoculation, d'une variole discrète dont la dessiccation se fit le douzième jour.

La deuxième observation est toute récente; elle date du mois de mai, et, chez ce malade, du virus vaccin et du virus varioleux, qui se sont développés presque simultanément, il n'y a que le premier qui ait conservé son caractère respectif; le virus varioleux a été d'une bénignité remarquable, puisqu'il n'y a eu qu'une cinquantaine de pustules. Ainsi, il est, comme on le voit, extrêmement rare de voir se développer simultanément le virus vaccin et le virus varioleux, et, le cas échéant, ces dangers si terribles sont purement imaginaires.

(*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Octobre 1854. — Présidence de M. Jobert.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Deux remèdes contre le choléra;

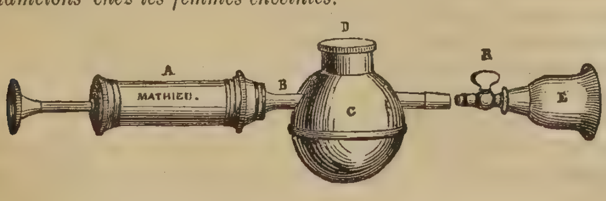
2° Rapport sur une épidémie de variole, par M. Mouret, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Yssengeaux;

3° Résidu d'évaporation d'eaux de Plombières.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Allaitement.

M. Mathieu communique la Note suivante sur un *appareil pour former les mamelons chez les femmes enceintes.*



Cet appareil se compose d'une petite pompe A, qui communique avec un tube B, interrompu vers sa partie moyenne par un réservoir C, muni d'un couvercle à vis D. Ce tube s'adapte par frottement à l'extrémité d'une petite cloche en verre E, garnie d'un robinet R.

Voici maintenant quel est son mode d'application :

La petite cloche est placée sur le mamelon qui vient y proéminer à mesure que le vide se produit et qui finit même par se remplir tout à fait. On ferme le robinet, et, par quelques mouvements de latéralité, on sépare la pompe, le tube et le réservoir de la petite cupule, qui reste seule adhérente au sein.

Sous l'influence de cette succion artificielle, les vaisseaux galactophores laissent souvent échapper un peu de sérosité lactescente (colostrum) qui vient, par son propre poids, occuper la partie inférieure du réservoir, sans apporter aucun obstacle à l'achèvement du vide.

De cette manière aussi, le liquide ne pénètre jamais dans la pompe où sa présence pourrait, sinon nuire au jeu de la soupape, mais au moins la détériorer dans un court espace de temps.

Quand on veut défaire la cloche, il suffit de permettre la rentrée de l'air en tournant le robinet, et l'on voit le mamelon s'affaisser assez rapidement. Parfois il est nécessaire d'en déprimer légèrement la base pour pouvoir soulever l'instrument sans déterminer aucune douleur.

Précautions à prendre dans l'emploi de cette pompe. — 1° Mouiller les bords de la cloche;

2° L'allongement du mamelon étant très-difficile à obtenir, surtout au début, ne pas laisser longtemps la petite cloche en place; l'enlever et la réappliquer souvent (cinq ou six fois pour des séances d'une heure). Plus tard, elle pourra rester pendant trois quarts d'heure, une heure;

3° Veiller à ce qu'une trop grande quantité de liquide ne s'accumule point dans le réservoir;

4° Bien nettoyer et essuyer les petites cloches; passer un stylet très-fin dans le conduit qui traverse le robinet, afin de le débarrasser du colostrum qu'il pourrait contenir et d'en empêcher ainsi l'oblitération.

Avantages de cet instrument. — 1° Il est beaucoup moins volumineux que les anciennes pompes à sein; les femmes supportent la petite cloche sans aucune gêne, pendant fort longtemps et sans avoir besoin de la soutenir;

2° Son application n'est pas trop douloureuse : il ne provoque, au début, que de légers tiraillements qui disparaissent tout à fait au bout de quelques jours;

3° Il peut être facilement entretenu dans un grand état de propreté et n'exhale, par suite, aucune mauvaise odeur;

4° La succion qu'il opère est assez modérée pour ne pas produire de phlyctènes et pour ne pas laisser à la base du mamelon des traces de cet étranglement, qui résulte toujours de l'usage de l'ancienne pompe à sein, avec large réservoir pour l'air;

5° Ces manœuvres réitérées simulent assez bien les fonctions naturelles de l'organe, mais ayant l'avantage de pouvoir être faites avec plus de ménagements que si la bouche d'un enfant en était le seul agent; elles préparent insensiblement le mamelon au rôle souvent très-difficile et très-pénible qu'il est appelé à remplir après l'accouchement;

6° Enfin, si les mamelons se sont montrés rebelles à cet apprentissage et sont restés peu proéminents, cette pompe peut encore rendre un dernier service. Il suffira, pour cela, de l'appliquer pendant quelques instants chaque fois qu'on devra présenter le sein au jeune nourrisson. Elle suppléera, pour ainsi dire, aux efforts souvent impuissants de ce dernier en lui préparant un mamelon assez bien disposé pour la succion.

Phthisie calculeuse.

M. Forget, de Strasbourg, adresse un *aperçu* clinique sur la *phthisie calculeuse primitive (non tuberculeuse).* — (M. Barth fera un rapport verbal.)

Appareil plâtré.

M. le docteur Mathÿsen adresse un Mémoire sur l'appareil plâtré et son application. (Comm. MM. Larrey, Cloquet, Gerdy.)

Source minérale.

M. Orliac annonce qu'il a découvert une source sulfureuse à Fonsillon, près Royan (Charente-Inférieure).

Choléra.

M. Lachaise envoie le tableau des cas de choléra qu'il a été appelé à voir dans le département de l'Aube, où il a été envoyé en mission.

— M. le docteur Pigeon envoie une Note pour prouver que « *le choléra des auteurs est au choléra considéré* ab ovo, *ce que l'incendie est à l'étincelle.* »

— M. le docteur Girard, d'Auxerre, correspondant de l'Académie, envoie quelques détails sur l'invasion et la marche du choléra dans l'asile d'aliénés de cette ville.

— M. le docteur Gosseaume, de Chantenay, envoie une Note sur les avantages du *polygonum oviculare (renouée des oiseaux)* en infusion et en lavements, contre le choléra.

— M. le docteur Blau, *après bien des essais*, a enfin trouvé des préservatifs et des remèdes infaillibles contre le choléra.

— M. le docteur Dumas donne quelques détails sur le choléra qui a régné à Villegailhenc (Aude).

Thérapeutique générale.

M. le docteur Vries adresse une Note pour informer l'Académie que « la nature est plus riche qu'on ne l'a supposé jusqu'à ce jour, et que si les maladies sont presque innombrables, il n'en est point cependant pour lesquelles la Providence n'ait créé *un antidote certain.* »

M. Vries pense avoir découvert plusieurs de ces antidotes, et il désire en faire l'essai devant une commission académique. (On répondra qu'il n'y a pas lieu de nommer une commission.)

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Robert. — Messieurs, je m'étais inscrit pour répondre à l'appel fait par M. Velpeau et prendre part à la discussion qu'il avait provoquée sur le cancer, mais je ne comptais parler qu'après lui; il me semblait, en effet, naturel qu'il traçât d'abord le cercle dans lequel il comptait renfermer le débat, ou signalât du moins les questions qu'il voulait plus spécialement soumettre à la controverse.

Mon attente a été trompée, et notre éminent collègue s'est renfermé dans le silence le plus absolu. J'ai donc cru devoir m'abstenir aussi. Mais en dehors de la séance, j'ai demandé à M. Velpeau ce qu'il désirait discuter, et j'ai appris de lui qu'il voulait mettre en cause ce que j'avais dit sur la curabilité du cancer; dès lors, je me suis décidé à prendre la parole. Tout cela, j'en conviens, n'est pas conforme aux usages académiques, mais je n'ai pas voulu refuser cette marque de déférence à un collègue justement honoré.

J'ai dit à l'Académie, dans l'avant-dernière séance, que la guérison du cancer et plus spécialement de l'encéphaloïde, est un fait extrêmement rare, si même il est bien avéré. Il paraît que M. Velpeau n'est pas de cette opinion; or, voulant connaître exactement ce que pense à notre égard notre silencieux confrère, je me suis rappelé qu'il a récemment publié un excellent *Traité des maladies du sein.* J'ai donc consulté cet ouvrage, et j'y ai trouvé (*Préface,* p. 16) qu'ayant opéré 250 femmes qui ont survécu à l'opération, il en a perdu de vue 100 au bout d'un an, 150 au bout de deux ans, 200 au bout de cinq ans. Comme l'auteur dit seulement qu'il les a perdues de vue, nous ne pouvons savoir s'il a observé sur ce nombre des récidives et des cas de mort, et c'est là une lacune regrettable; mais passons outre.

50 malades restent, et dans ce nombre, 20 sont guéries depuis 5, 10, 15, 20 et même 25 ans. M. Velpeau est donc porté à admettre pour ces 20 malades privilégiées une guérison radicale. Cette proportion si énorme de guérisons m'a, je vous l'avoue, singulièrement étonné, car elle diffère essentiellement des résultats signalés par les chirurgiens les plus célèbres; vous rappellerai-je, en effet, que Mouro dit que, sur 60 cancers qu'il a vu opérer, quatre personnes ont été quittes de cette maladie pendant deux ans. Trois de ces dernières ont eu ensuite des cancers occultes dans le sein, et une quatrième un cancer ulcéré de la lèvre : ainsi, 60 opérés et 60 récidives.

Suivant Mayo, le squirrhe de la mamelle opéré dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire de bonne heure, donne lieu à la récidive au moins 95 fois sur 100. Mac Farlane opéra 32 cancers, et eut des renseignements précis sur 86 autres cancers opérés par plusieurs de ses confrères. Sur ces 118 malades, pas un seul ne fut exempt de récidive. Boyer dit que sur plus de 100 individus attaqués de tumeurs regardées comme cancéreuses, au sein ou en d'autres parties du corps, et auxquels il a pratiqué l'opération, il n'en a vu que 4 ou 5 qui aient été guéris radicalement; chez les autres, la maladie a reparu au bout d'un temps plus ou moins long, et les a conduits au tombeau.

Un de nos jeunes et laborieux confrères, dont l'Académie a couronné le travail sur le cancer, M. le docteur Broca, a consigné le résultat de 19 tumeurs opérées par Blandin, et dont la nature cancéreuse avait été vérifiée par l'examen microscopique. Aucun des 19 opérés n'a été exempt de récidive dans un laps de temps qui n'a guère dépassé deux ans. Enfin, M. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses* (p. 396), dit que, sur 34 malades opérées, 6 sont mortes de l'opération; 21 ont eu des récidives dans un espace de temps de trois mois à deux ans, et 7 ont été perdues de vue.

Il me serait facile d'augmenter le nombre de ces citations; mais c'en est assez pour montrer combien est unanime l'opinion des hommes les plus autorisés sur la rareté des guérisons du cancer.

Si les résultats obtenus par M. Velpeau ne différaient des chiffres connus que par des proportions raisonnables, chacun de nous les attribuerait volontiers à l'habileté de notre éminent collègue. Mais, en vérité, ces différences sont tellement radicales, que, tout en rendant justice au talent d'observation bien connu de M. Velpeau, je ne puis m'empêcher de croire que quelques erreurs de diagnostic se sont glissées dans les faits qu'il a recueillis.

L'erreur a dû consister à prendre pour des cancers des tumeurs qui n'appartiennent pas à cette classe funeste. Les cas les plus surprenants sont ceux où des opérées sont demeurées guéries et sans récidive, depuis 15, 20, 25 ans; or, ils ont été observés à une époque où l'erreur de diagnostic était bien permise à M. Velpeau lui-même. Il nous affirme bien, à la page 590 de son ouvrage, qu'il ne se trompe jamais. Plus de cent fois, dit-il, j'ai posé le diagnostic de tumeurs diverses, soit avant, soit après l'opération; et le microscope a-t-il jamais fait autre chose que confirmer ce que j'avais annoncé? Ceci, messieurs, pour le dire en passant, n'est pas un témoignage de mince valeur pour le microscope; mais je vous prie de vouloir bien vous reporter à l'année 1844, à l'époque où eut lieu, dans le sein de l'Académie, cette discussion mémorable sur les tumeurs fibreuses de la mamelle : vous verrez que notre collègue, y tenait un tout autre langage. En effet, que se passa-t-il à cette époque? M. Cruveilhier, reprenant la question des tumeurs bénignes du sein, qui étaient souvent confondues avec le cancer, traçait, en des termes très-nets, leurs caractères anatomiques et cliniques, et prétendait qu'on pouvait le plus souvent les reconnaître au lit des malades et éviter l'opération. Ses opinions, et surtout le nom de corps fibreux qu'il donnait à ces productions bénignes, furent vivement contestées par A. Bérard, Blandin, Roux et M. Amussat, et ces chirurgiens, tout en reconnaissant l'existence de ces tumeurs de la mamelle différant du cancer par la nature et l'évolution, avancèrent qu'il était impossible de les distinguer de celui-ci, au moins dans la majorité des cas.

M. Velpeau, nous nous plaisons à le reconnaître, défendit l'opinion de M. Cruveilhier; déjà, de son côté, il avait étudié ces tumeurs bénignes du sein, comme l'atteste un court paragraphe de l'article *Mamelles* du dictionnaire en trente volumes; il proclama que le diagnostic était possible. Cependant, il n'avait point sans doute encore cette expérience qui le met aujourd'hui à l'abri de toute erreur; voici, en effet, comment il s'exprimait devant l'Académie (*Bullet.,* 1843-1844, p. 639) : « M. Cruveilhier est allé « trop loin en affirmant que les tumeurs fibrineuses du sein sont toujours « faciles à distinguer des tumeurs cancéreuses. Il est certain que, dans « quelques cas, cette distinction est fort difficile et même tout à fait im- « possible. » Et plus loin il ajoutait : « Le défi que MM. Bérard, Blandin « et Roux ont porté à M. Cruveilhier de reconnaître sur la femme vivante « une tumeur bénigne, je ne craindrais pas, moi, de l'accepter; et je n'hé- « site pas à dire que, *si on me faisait grâce de quatre erreurs sur dix ob- « servations, je me croirais fort à mon aise.* (P. 640.) »

Messieurs, en présence de cet aveu de notre honorable collègue, ne nous est-il pas permis de penser que, dans le nombre des guérisons de cancer qu'il a obtenues avant 1844, il se trouve plus d'une malade qu'il n'a, en réalité, opérée que de tumeurs bénignes, et notez, je vous prie, que, par une singulière coïncidence, la proportion de 4 erreurs sur 10 cas, que M. Velpeau admet comme possible, est précisément celle des succès mentionnés dans sa statistique, à savoir, 20 sur 50.

Depuis l'année 1844, un fait très-important s'est produit dans l'étude des tumeurs bénignes du sein. M. Velpeau s'était formé une idée assez erronée de leur nature; il leur avait imposé la dénomination de tumeurs fibrineuses, en vue d'une hypothèse très-contestable sur leur mode de développement; c'est lorsque les travaux de M. Lebert en ont fait connaître la véritable organisation, que M. Velpeau leur a substitué le nom d'adenoïdes, qu'il leur assigne encore aujourd'hui. Or, ces belles recherches, qui ont jeté un jour nouveau sur la pathologie des tumeurs bénignes du sein en ont aussi beaucoup avancé l'étude clinique. Le microscope, en nous révélant la structure intime de ces tumeurs, a pu sans doute nous apprendre à reconnaître des caractères physiques d'abord laissés inapercus.

Cependant, je ne puis admettre l'infaillibilité que M. Velpeau s'attribue, et j'affirme qu'aujourd'hui encore on rencontre des cas où le praticien le plus habile peut se tromper. Il nous est donc permis de croire que les résultats signalés par M. Velpeau ne sauraient être acceptés comme rigoureusement exacts et démontrant que la guérison des cancers est moins rare qu'on ne le pense généralement.

Messieurs, nous n'avons, jusqu'à présent, discuté que sur les tumeurs de la mamelle, dont deux espèces, à peu près, peuvent être confondues entre elles; mais si nous nous reportons à l'étude des tumeurs en général dans les autres organes, nous constatons des causes plus nombreuses d'erreurs de diagnostic, et une raison des opinions émises par quelques chirurgiens sur la curabilité du cancer. Ici, en effet, indépendamment du cancer et des tumeurs hypertrophiques analogues à celles du sein, on trouve des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques; or, celles-ci présentent, nous le reconnaissons, quelques affinités avec le cancer vrai, et leurs caractères extérieurs, quelquefois équivoques, ne permettent pas toujours de les re-

connaître au lit du malade; enfin, elles peuvent aussi repulluler après l'opération; mais les recherches microscopiques, faites avec persévérance, par des hommes éminemment habiles et consciencieux, ont démontré que, d'une part, la structure intime de ces tumeurs diffère essentiellement d'avec celle du cancer, et que, souvent, même à l'œil nu, on peut les distinguer de ce dernier par des caractères incontestables.

D'une autre part, l'observation clinique a établi que si ces productions peuvent reparaître après avoir été extirpées, les récidives sont beaucoup moins fréquentes que lorsqu'il s'agit du cancer. Ces récidives sont le plus souvent locales, et permettent de recourir à de nouvelles opérations avec chance d'un succès définitif; enfin, nous reconnaissons qu'elles peuvent se généraliser et même amener la mort, mais seulement dans des cas beaucoup plus rares et en quelque sorte exceptionnels.

Si donc on veut mettre un terme à la confusion qui règne encore aujourd'hui dans une foule de questions relatives au cancer, et surtout à sa curabilité, il faut en distraire avec soin l'étude des productions épithéliales et fibro-plastiques, qui n'ont avec lui que des analogies spécieuses, mais qui en diffèrent essentiellement par la structure intime et par l'évolution.

M. Velpeau. — L'Académie comprendra pourquoi je désirais d'abord entendre M. Robert. M. Robert prétend que c'est moi qui ai soulevé le débat sur la question du cancer. Il me semble, au contraire, que c'est sur les objections qu'il a soulevées sur la curabilité de cette maladie, à propos du Rapport de M. Jobert, que la discussion actuelle a été mise à l'ordre du jour.

M. Robert alléguait encore contre l'observation, objet du Rapport, qu'elle ne prouvait rien, puisque le diagnostic ne s'y appuyait pas sur l'examen microscopique. Je pensais que M. Robert avait quelque chose de nouveau à faire connaître sur ce sujet: et voilà pourquoi je désirais attendre qu'il fît valoir ses opinions avant de prendre moi-même la parole.

M. Robert, dans l'allocution que vous venez d'entendre, ne s'est occupé que d'une moitié du sujet: la curabilité du cancer; quant au microscope, il n'en a pas été question, ou du moins, il n'en a été dit que tout juste ce qu'il faut pour qu'on voie qu'il en est partisan.

Pour mon compte, j'avais le dessein de commencer par traiter la question du microscope, et de finir par celle de la curabilité; mais, puisque mon honorable collègue ne s'est arrêté qu'à cette dernière, c'est par elle que je vais commencer.

J'ai remarqué, dans le discours de M. Robert, des arguments tirés de deux ordres de faits: ceux publiés par les auteurs, et ceux que j'ai moi-même observés.

Quant au premier ordre de faits, ceux rapportés par les auteurs, je demanderai à mon honorable collègue de ne pas m'y arrêter, parce que si les uns ont rapporté des exemples à l'appui de l'incurabilité du cancer, on en pourrait invoquer d'autres qui ont raconté des faits aussi nombreux contre cette même opinion. Nous avons besoin, pour nous éclairer, d'observations plus modernes: celles que nous avons recueillies nous-mêmes ou qui se sont passées sous nos yeux.

M. Robert s'est donc servi des faits que j'ai publiés, c'est-à-dire, des 250 malades que j'ai opérées de cancer du sein. J'ai parlé, en effet, de 250 malades opérées par moi, et, sur ce nombre, il y en a 200 que j'ai perdues de vue. Parmi elles, je pense bien qu'un bon nombre ont eu des récidives; mais chez les autres, je ne puis savoir ce qui s'est passé, parce que je n'en ai plus entendu parler. M. Robert sait, comme moi, que nous perdons complétement de vue le plus grand nombre des malades qui nous passent par les mains. La plupart changent de pays; et, parmi ceux qui continuent à habiter la même ville, il est bien rare que nous puissions les retrouver, quand bien même nous nous donnerions la peine de les rechercher.

Je ne tiendrai donc compte que des 50 sur lesquelles j'ai pu recueillir des renseignements ultérieurs à l'opération.

Sur ces 50, il y en a encore un bon nombre que j'ai fini par perdre de vue tôt ou tard; car, plus le temps s'allonge et plus il est difficile de retrouver la trace des malades. Cependant, je crois bien que sur ce nombre j'en retrouverais bien encore actuellement une vingtaine.

M. Robert s'étonne du nombre de guérisons que j'ai signalées; il trouve cette proportion si forte qu'il ne peut se dispenser, dit-il, de croire à une erreur de diagnostic; il s'étonne encore que j'aie pu avancer que je ne me trompe jamais dans le diagnostic d'une certaine catégorie de cas.

Il n'a pas pu me venir à la pensée, sans doute, de dire que je ne me trompe jamais d'une manière générale, et j'ai, moins que qui que ce soit, la prétention d'être infaillible; mais je puis avancer, sans crainte d'être démenti, que, dans un bon nombre de cas, le cancer se présente avec des caractères tellement tranchés, tellement évidents, que l'erreur est impossible, ou du moins que, si elle arrive, elle est tellement rare qu'on peut la négliger. Il n'arrivera jamais à personne de méconnaître de ces tumeurs dures, adhérentes à la peau, bosselées, ulcérées, donnant lieu à l'écoulement d'un ichor fétide, et accompagnées d'engorgement ganglionnaire; car je ne crains pas d'affirmer que leur diagnostic est un des points les plus clairs de la pathologie? Eh bien! c'est dans ces cas si nettement caractérisés, si évidents pour tout le monde, que mon diagnostic a été constamment confirmé par les micrographes. Quand je leur ai dit: Voilà une tumeur cancéreuse, examinez-la, jamais, je ne crains pas de le dire, ils ne m'ont apporté un démenti, J'en puis dire autant des tumeurs hypertrophiques que j'appelle *adénoïdes,* quand elles se présentent également avec tout le cortége de leurs caractères distinctifs.

J'aime et je respecte infiniment tous nos micrographes: la plupart ont été mes élèves, et je ne cesse de louer et d'encourager leurs efforts; mais ne leur arrive-t-il pas aussi à eux de se tromper? J'en citerai tout à l'heure quelques exemples. Tout ce que je veux établir, et M. Robert en tombera d'accord avec moi, c'est qu'il est des cas dans lesquels le chirurgien peut se prononcer sans nulle crainte de se tromper. Or, c'est dans ces cas que j'ai la prétention d'avoir diagnostiqué avec certitude un cancer; et, je le répète, M. Lebert lui-même, pour lequel personne n'a plus d'estime que moi, et qui, pendant longtemps, a suivi mon service à la Charité, n'a jamais donné un seul démenti à mon diagnostic nettement formulé dans ces cas évidents.

Mais, ajoute M. Robert, le diagnostic des tumeurs cancéreuses est loin d'être toujours facile; et il se rappelle que moi-même, en 1846, j'émettais cette opinion.

Ce que je disais alors, je le répète aujourd'hui: Les faits pathologiques, pas plus qu'aucun des êtres de la nature, ne sauraient être rangés en classes parfaitement délimitées. Entre l'animal et la plante, entre la plante et le minéral, il y a des échelons qui se rapprochent de si près, qui se tiennent si étroitement, pour ainsi dire, qu'il n'est pas aisé de dire au juste où finit l'un et où commence l'autre. Dira-t-on, cependant, qu'il n'est pas facile de reconnaître une plante d'avec un minéral, un animal d'avec une plante? Il n'en est pas autrement dans les maladies: il y a des tumeurs malignes qui confinent de si près aux tumeurs bénignes qu'il n'est pas facile de se prononcer sur leur nature; mais cela ne veut pas dire que, dans un bon nombre de cas, les caractères des unes et des autres ne soient parfaitement évidents.

C'est précisément parce qu'il y a des points obscurs et difficiles dans l'histoire du cancer que j'en ai fait, depuis trente ans, l'objet d'une étude spéciale. Mais j'ai voulu mettre dans mes recherches sur ce sujet difficile toute la précaution, toute la prudence d'un homme qui poursuit la vérité et qui craint l'erreur. Mais c'est parce que j'ai vu tout ce qu'il y avait de vague et d'incertain dans la science à cet endroit, c'est parce que j'étais convaincu du besoin où nous étions encore de faits positifs sur cette matière, que j'ai voulu m'aider, dans mon étude, de tous nos moyens d'investigation. Et c'est moi qui, dès 1836, ai provoqué sur ce sujet les premières recherches de M. Donné, qui, à cette époque, s'occupait principalement d'études microscopiques. C'est moi encore qui ai poussé, autant qu'il m'a été possible, M. Lebert dans cette voie, persuadé que j'étais qu'il y a dans le cancer quelque chose de spécial qui le caractérise.

Il est vrai que j'aurais voulu voir le microscope indiquer autre chose que ce qu'il a trouvé. Il me semblait que le sang des cancéreux devait offrir quelque caractère particulier. J'étais porté à cette induction par la généralisation de la maladie, et j'entrevoyais un avenir brillant à une découverte qui aurait pu déclarer la présence ou l'absence du cancer sur l'examen d'une gouttelette de sang retiré à un malade. Cette attente a été trompée, et ce n'est pas là ce que les micrographes ont trouvé. L'examen du sang ne leur a rien révélé, et c'est sur l'existence d'une cellule qu'ils ont fondé le diagnostic du tissu des tumeurs.

Toutefois, c'est en tenant compte de ces recherches, que je suis parvenu à élaguer de la classe des cancers cette classe si nombreuse si nombreuse des tumeurs bénignes, appelées hypertrophiques, adénoïdes ou fibrineuses. Sans doute, je ne suis pas arrivé à une connaissance exacte de ces maladies du premier coup. J'ai commencé par commettre beaucoup d'erreurs: plus tard, elles sont devenues plus rares, puis plus rares encore, et aujourd'hui j'ai la certitude d'être arrivé à une connaissance aussi exacte des tumeurs adénoïdes qu'à celle du cancer lui-même.

Après avoir distrait ainsi des tumeurs dites cancéreuses environ un quart des cas qui jusqu'alors avaient été confondus avec elles, j'ai voulu établir parmi les cancers eux-mêmes des catégories fondées sur leur propension à la récidive. Et je suis arrivé à distinguer les cancers qui, enlevés par l'opération, récidivent d'une façon à peu près *inévitable,* ceux qui récidivent *souvent,* ceux qui ne se reproduisent que *quelquefois,* et enfin ceux qui ne reviennent que *rarement.*

C'est en établissant ces divisions que je suis arrivé à dire que certains cancers sont guérissables, et c'est à propos des faits que j'ai cités à l'appui de cette opinion que M. Robert a objecté qu'ils sont contraires à ce que d'autres ont vu. J'ai déjà dit que je ne voulais pas m'occuper des faits observés par d'autres, et que je m'en tenais à ce que j'ai vu moi-même. C'est de ces observations que je veux rendre l'Académie juge.

Une des plus anciennes malades que je puisse citer, puisque l'opération

de sa tumeur remonte à 1836, est une dame que j'ai eu moi-même occasion de rencontrer encore il y a quelques mois, et qu'un de mes collègues a vue aussi il n'y a que peu de jours. Cette dame, que je pourrais présenter à l'Académie, était bouchère dans la rue du Bac, et cliente de MM. Villeneuve et Thirial. Elle portait au sein une tumeur grosse comme les deux poings, ulcérée, recouverte de champignons rougeâtres et saignants. Le tissu de cette tumeur était mou, s'écrasait aisément sous le doigt, et présentait, en un mot, tous les caractères de cette substance cérébroïde que tout le monde reconnaît comme propre au cancer encéphaloïde. Jamais je n'ai vu un encéphaloïde plus nettement, plus complétement caractérisé.

Rien ne saurait me faire douter de la légitimité de ce diagnostic, et, quoi qu'en puissent dire messieurs les micrographes, je ne m'en départirais pas, quand même j'aurais tous les microscopes du monde braqués sur moi.

Je connais encore une dame dont je pourrais donner l'adresse, et qui portait au sein une tumeur manifestement encéphaloïde en voie d'ulcération, lorsque je l'opérai assisté du confrère qui m'avait fait appeler. Cette malade fut reprise l'année suivante d'une tumeur pareille, non plus à la même place, mais sous l'aisselle correspondante. Je l'opérai pour cette seconde tumeur en 1841, et, depuis cette époque, elle jouit de la santé la plus parfaite.

Enfin, je pourrais nommer, rue Saint-Georges, une dame qui, après avoir été opérée une première fois par M. Jobert, se présenta à moi avec une tumeur encéphaloïde qui fut opérée de nouveau et qui ne récidiva pas, puisque maintenant encore cette dame se porte à merveille.

Il est impossible, dans des cas aussi démonstratifs, d'invoquer l'erreur de diagnostic et de mettre ces faits sur le compte de tumeurs adénoïdes ou bénignes : car ces tumeurs bénignes ne récidivent pas; et ce caractère, emprunté à la répullulation de la tumeur, est propre à l'encéphaloïde.

Il ne reste plus qu'une dernière fin de non-recevoir, et la voici : il est vrai que ces cancers n'ont pas récidivé jusqu'à présent, mais attendez un peu; il peut arriver que la récidive n'ait lieu qu'au bout de quinze ans, vingt ans, vingt-cinq ans. D'après cela, et ce n'est pas un mauvais jeu de mots que j'invente, si le cancer ne se reproduit pas dans tous les cas, c'est que les individus meurent avant que la maladie ne soit revenue. En vérité, n'est-il pas bien plus raisonnable de dire que si la maladie ne s'est pas remontrée au bout de plusieurs années, c'est qu'elle est définitivement guérie?

Malgré toute la valeur des faits précédents, je sais que l'on est toujours en droit de me dire : Mais l'examen microscopique n'est pas venu sanctionner votre diagnostic. Aussi, vais-je en donner d'autres dans lesquels le microscope est intervenu. Et, pour qu'on ne puisse pas révoquer en doute les données du microscope dans ces cas, je n'ai pas voulu me fier à ma propre observation, qu'on aurait pu suspecter. J'ai constamment transmis les pièces à examiner à M. Lebert, ou à M. Robin, dont l'autorité est incontestable pour tout le monde, et plus tard à M. Follin, à M. Broca et à plusieurs autres jeunes micrographes moins connus, mais non moins exercés. Moi-même, j'ai voulu me rendre compte de leurs propres observations, et, le plus souvent que j'ai pu, j'ai voulu joindre mon examen au leur.

Depuis 1847, toutes les tumeurs que j'ai enlevées ont été soumises à l'examen microscopique : je ne puis donc accepter le reproche d'observation incomplète qu'on pourrait adresser à ces faits. Quant à cette autre objection que les faits que j'apporte, même les plus anciens, sont encore de date trop récente pour prouver contre la récidive, j'avoue qu'ils n'ont pas plus de sept ou huit ans de date; mais, à mon sens, ce laps de temps est déjà suffisant pour faire croire à une guérison. On sait, en effet, que la répullulation, quand elle a lieu, ne se fait pas longtemps attendre, et tous les chirurgiens sont d'accord qu'elle est d'autant moins à craindre, qu'on s'éloigne davantage de l'époque de l'opération.

Je ne puis donc pas admettre les objections de M. Robert, qui accuse mon diagnostic d'incertitude, puisque, dans un premier ordre de faits, ce diagnostic reposait sur des données cliniques que personne ne conteste, et que dans le second ordre, mes observations sont contrôlées par les investigations microscopiques les moins suspectes.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Echinocoques dans les voies urinaires.

Monsieur et honoré confrère,

Je m'empresse de vous informer de l'état dans lequel se trouve actuellement le nommé Jules Roussat, qui a rendu des échinocoques par les voies urinaires, dans le courant du mois de septembre 1853, et qui a été le sujet d'une observation que je vous ai communiquée et que vous m'avez fait l'honneur d'insérer dans votre excellent journal (numéro du 8 avril 1854, p. 331, t. 2).

Ce jeune homme, qui commença à rendre des échinocoques le 21 septembre et qui cessa le 23 du même mois, fut soumis, par moi, à un traitement qui dura jusqu'à la fin d'octobre de la même année. Ce traitement, que j'ai indiqué à la fin de mon observation, fut suivi avec beaucoup de ponctualité.

A cette époque, c'est-à-dire à la fin d'octobre, l'état général était si satisfaisant, la miction si normale, et les urines si normales aussi, chimiquement parlant, que je fis cesser désormais toute médication.

Le rein gauche fut encore le siége de douleurs pongitives, quand le temps était froid; mais à dater de l'apparition des premières chaleurs, dans le courant du mois de juin, Roussat n'a plus rien ressenti.

Il s'est présenté cette année au Conseil de révision; il a été réformé, parce qu'il a une constitution assez grêle.

Quoi qu'il en soit, je pense que sa guérison, qui ne s'est pas démentie depuis un an, doit être considérée comme totalement définitive, d'autant mieux que, par suite des travaux pénibles de la campagne, auxquels il se livre journellement, il est, plus que tout autre, exposé à de fâcheuses influences.

Recevez, etc. Dr GOURAINCOURT.

Franchesse, le 4 octobre 1854.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. Quesnel, second médecin en chef de la marine à Brest, a été promu au grade de premier médecin en chef à Rochefort.

— L'*Ère impériale*, de Tarbes, annonce qu'*on* lui écrit ce qui suit :

« Depuis quelques semaines, le nombre des enfants qui meurent dans notre ville et les environs est considérable. C'est comme une épidémie qui frappe les nouveau-nés. On explique cette cruelle mortalité par l'usage immodéré des fruits, qui portent dans le lait des nourrices de funestes principes d'alimentation. Il est à remarquer que celles qui s'abstiennent d'en manger ou qui en mangent avec prudence conservent leurs enfants. »

Avant de demander ce qu'il peut y avoir de vrai dans l'explication, il faudrait d'abord savoir ce qu'il y a de vrai dans un fait qui n'a d'autres garanties que la signature d'un *on*. Mais si ce fait était vrai, on devrait regretter que les faits de cette nature soient toujours signalés par des personnes ignorantes, et que les médecins les laissent passer inaperçus ou n'en informent pas, du moins, les recueils scientifiques, dont la mission la plus utile serait, sans aucun doute, de pouvoir les enregistrer exactement.

Mouvement du choléra dans les hôpitaux civils de Paris.

Le tableau suivant indique une très-légère recrudescence :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
2 octobre.	6	2	9
3 —	4	6	3
4 —	13	2	6
5 —	10	7	5
6 —	17	5	2
7 —	13	4	5
8 —	24	14	5
9 —	26	12	7
10 —	20	12	5
	133	64	47

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,373

Sortis........................ 2,885 } 6,170
Décédés....................... 3,285 }

Reste.................. 203 en traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours d'accouchement *à l'usage des étudiants en médecine et des sages-femmes*, par le docteur BONNET. — 1 vol. in-8. — Chez J.-B. BAILLIÈRE. — Prix : 6 fr.

Du traitement des déplacements et de quelques autres affections de l'utérus; résumé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine; par H. DE CASTELNAU, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*. — *Sous presse*. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, franco, 2 fr., au bureau du journal.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 123. 2e année. Samedi 14 Octobre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 13 Octobre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur le cancer continue et ne semble pas près de s'éteindre. Cette fois, les deux principaux champions sont descendus dans la lice. C'est dire que l'Académie a entendu dans la même séance M. Robert et M. Velpeau.

M. Robert a pris la parole le premier. M. Velpeau lui ayant annoncé, au sortir de la séance précédente, que le *point de débarquement* qu'il avait choisi, était la question de la curabilité du cancer, M. Robert n'a fait porter son argumentation que sur cette question restreinte. Il a donc laissé de côté l'appréciation des résultats fournis par le microscope. Mais M. Velpeau n'a pas cru devoir l'imiter. Après avoir développé son opinion très-consolante sur la curabilité de la maladie cancéreuse, il a longuement insisté sur l'application du microscope à l'anatomie pathologique, et s'est efforcé de démontrer que ce nouveau moyen d'investigation n'a donné jusqu'ici que des résultats trompeurs.

Nous sommes loin, pour notre part, de regretter que M. Velpeau ait ainsi agrandi le débat. La question anatomique et la question clinique sont en effet tellement connexes, qu'il est réellement impossible de les séparer. Nous espérons donc que M. Robert viendra bientôt à son tour exposer devant l'Académie sa manière de voir sur l'histologie pathologique des tumeurs cancéreuses ou réputées telles. C'est ce qui nous faisait dire tout à l'heure que la discussion semblait devoir se prolonger encore pendant une ou plusieurs séances.

L'allocution de M. Robert a été courte, claire et précise. Sans nier la possibilité de la cure radicale du cancer, il a émis cette opinion, très-généralement acceptée aujourd'hui, que la guérison du cancer en général, et spécialement de l'encéphaloïde, était un fait contestable et en tous cas extrêmement rare. N'en ayant point vu d'exemple par lui-même, M. Robert a consulté les statistiques publiées par divers auteurs à diverses époques. Il a cité successivement Monro, qui vit 60 récidives sur 60 opérations; Mac-Farlane, qui, sur 118 opérés, eut à inscrire 118 récidives; Mayo, qui a constaté la récidive 95 fois sur 100; et Boyer qui, sur plus de 100 malades, n'en a connu que 4 ou 5 chez lesquels la guérison ait été radicale. A ces statistiques faites avant l'emploi du microscope, à une époque où les erreurs de diagnostic devaient être plus faciles qu'aujourd'hui, M. Robert a joint deux statistiques plus récentes, portant sur des malades opérés pour la plupart dans les hôpitaux de Paris, et observés avec soin après la cicatrisation de leur plaie. L'une de ces statistiques présente une série de 19, et l'autre une série de 21 malades. La récidive s'est produite *dans tous les cas*, sans exception et dans un laps de temps qui n'a presque jamais dépassé deux années. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes, et s'ils ne prouvent pas que le cancer soit absolument incurable, ils prouvent du moins que les cas de guérison définitive sont excessivement exceptionnels.

A côté de cela on trouve, il est vrai, quelques auteurs qui ont obtenu un assez grand nombre de guérisons durables. Frappé de ce contraste, M. Robert se demande si tous les malades guéris étaient réellement cancéreux, et si les guérisons n'auraient pas été obtenues précisément sur ceux qui étaient atteints de ces tumeurs cancroïdes et pseudo-cancéreuses, si longtemps confondues avec le véritable cancer?

Ces erreurs de diagnostic, qu'on commettrait encore aujourd'hui de temps à autre, sans la précieuse ressource du microscope, devaient être très-fréquentes autrefois; et il est digne de remarque, en effet, que les partisans de la guérison du cancer ont perdu beaucoup de terrain depuis une dizaine d'années. Pour le dire en passant, nous avons entendu l'un des membres de l'Académie dire en sortant de la séance : « Autrefois, je guérissais « des cancers, mais depuis que le microscope s'en mêle, je n'en « guéris plus. »

M. Robert ne se sent donc pas disposé à accepter sans arrière-pensée les statistiques favorables à la curabilité du cancer, surtout lorsqu'elles fournissent des guérisons en proportion considérable. Il est porté à croire, en particulier, que quelques erreurs de diagnostic se sont glissées dans les faits recueillis par M. Velpeau, dont la statistique donne des guérisons dans la proportion de 40 pour cent.

Ici, M. Robert voudra bien nous permettre de lui faire une observation. Il a pris pour une statistique régulière les chiffres approximatifs employés par M. Velpeau pour exprimer en nombres ronds les résultats de sa pratique. Il serait singulier, en effet, que M. Velpeau ayant opéré en tout 250 malades atteints de cancers de la mamelle, en eût perdu de vue 100 au bout d'un an, 150 au bout de deux ans, 200 juste au bout de la cinquième année, et que sur les 50 autres, il y eût eu précisément 20 guérisons. M. Robert a emprunté ce document à la préface du *Traité des maladies du sein*, de M. Velpeau; mais s'il eût étudié attentivement le corps de l'ouvrage, il eût lu (p. 594) que M. Velpeau possédait *plus de* 20 observations de cancers du sein *chez la femme*, guéris sans récidive, et il eût trouvé encore (p. 714) l'indication de *au moins quatre guérisons* radicales obtenues *chez l'homme* après l'ablation de tumeurs cancéreuses du sein. On voit que cela dépasse notablement le chiffre de 20 guérisons que M. Robert a emprunté à la préface du livre. Nous avons cru devoir donner ces explications, parce que plusieurs personnes ont paru disposées à considérer les chiffres précédents comme exprimant la statistique définitive de M. Velpeau. Cette statistique, M. Velpeau ne l'a point encore faite; il attend sans doute d'avoir suivi ses malades pendant un laps de temps plus long encore, et la science ne pourra qu'y gagner.

M. Robert a dû quelque peu hésiter avant de se hasarder à dire que les succès obtenus par M. Velpeau 20 fois sur 50, ou 40 fois sur 100, correspondaient sans doute à autant d'erreurs de diagnostic. On sait, en effet, que M. Velpeau doit une partie de sa grande et juste renommée à son habileté extrême en fait de diagnostic. Mais on n'arrive pas du premier coup à la perfection. Avant de posséder ce coup d'œil presque infaillible qui le distingue aujourd'hui, M. Velpeau a dû, comme tout le monde, traverser une période ascendante pendant laquelle il a reçu les leçons de l'expérience. En outre, la distinction aujourd'hui nettement établie entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs hypertrophiques (ou adénoïdes) de la mamelle, était tellement vague il y a une dizaine d'années, que M. Velpeau disait alors à l'Académie qu'il s'y trompait environ 4 fois sur 10, c'est-à-dire, 40 fois sur 100. Rapprochant ce chiffre approximatif du chiffre approximatif aussi de 40 pour cent, qui exprime le nombre des guérisons définitives obtenues par M. Velpeau après l'ablation des tumeurs du sein, M. Robert se laisse aller à croire que la similitude de ces chiffres n'est pas due au simple hasard, et que chacune des guérisons annoncées correspond à l'une des erreurs de diagnostic avouées par M. Velpeau.

La réponse de M. Velpeau ne s'est pas fait attendre, et quelque rudes que soient les coups que l'éminent professeur ait portés à la doctrine que nous venons défendre, nous devons reconnaître avant tout que son improvisation est une des plus remarquables que l'Académie ait jamais entendues. Il faut que nous ayons des convictions bien profondes pour oser résister à des arguments aussi forts, aussi nets, et en apparence aussi décisifs.

M. Velpeau a commencé par défendre son opinion sur la curabilité du cancer. Glissant habilement sur les statistiques funèbres citées par M. Robert, il a annoncé qu'il existait dans la science des statistiques inverses, et que, pour trouver la vérité, il fallait laisser de côté ces résultats anciens pour recourir à des observations modernes. Sous ce rapport, nous sommes de son avis, et nous voudrions même que, pour établir un jugement rigoureux, on ne se servît que de faits soumis au contrôle du microscope.

Toutefois, il nous semble que les observations anciennes doivent être utilisées à un certain point de vue. Les statistiques favorables au cancer peuvent être révoquées en doute, rien ne démontrant que les malades guéris fussent réellement cancéreux. Mais les statistiques défavorables conservent toute leur valeur. A l'époque où on n'avait aucune pierre de touche pour distinguer entre elles les diverses tumeurs, où on ne connaissait ni les caractères microscopiques, ni les caractères visibles à l'œil nu, que les modernes ont étudiés avec tant de soin ; — à l'époque où Boyer écrivait que le seul moyen de savoir si une tumeur était cancéreuse, était de l'enlever et d'attendre la récidive, parce que la récidive, suivant lui, était le seul caractère absolu du cancer ; — à l'époque enfin où le squirrhe était considéré comme différent du cancer confirmé, et où toutes les tumeurs douées d'une certaine malignité locale étaient jetées pêle-mêle dans un coin des cadres nosologiques et confondues sous la dénomination commune de tumeurs cancéreuses ; — alors il devait arriver nécessairement, au milieu de cette incertitude sans limites, que les divers observateurs eussent recours à des moyens très-différents pour apprécier la nature des tumeurs qu'ils enlevaient. Libres à cet égard de toute contrainte, les uns considéraient comme cancéreuses presque toutes les tumeurs charnues, les autres, plus difficiles ou plus éclairés, établissaient des distinctions, et ne donnaient le nom de cancer qu'à une certaine catégorie de tumeurs. Les premiers guérissaient ou croyaient guérir beaucoup de cancers ; les autres, au contraire, arrivaient à dire que le cancer était à peu près incurable. Le témoignage des premiers est suspect ; celui des autres ne l'est pas. — On peut dire, si l'on veut, que parmi les 60 malades de Monro, ou parmi les 118 malades de Mac-Farlane, il y en avait quelques-uns dont les tumeurs étaient épithéliales ou fibro-plastiques, mais on ne peut contester que la plupart d'entre eux ne fussent atteints de cancer, et, quel que soit le point de vue où l'on se place, on arrive à dire que tous les cancéreux cités par Monro et Mac-Farlane ont eu des récidives sans une seule exception. Ainsi, tous les témoignages accusateurs, quelque anciens qu'ils puissent être, ont la même valeur que s'ils étaient récents. Au contraire, les témoignages inverses peuvent être révoqués en doute, et, en tout cas, ils ne peuvent réussir à neutraliser les autres. Il nous semble, par conséquent, que M. Velpeau, en faisant table rase du passé, a usé d'un procédé un peu expéditif.

Nous craignons, du reste, qu'il n'ait accepté avec trop d'indulgence les statistiques favorables auxquelles il a fait allusion dans son discours. Ces statistiques sont au nombre de deux seulement : son livre en fait foi ; on lit en effet (p. 574), que Hill et Flajani « invoquant leur expérience, » ont émis une opinion favorable à la guérison du cancer. Or, nous avons déjà eu l'occasion, dans une autre circonstance (1), de dire notre opinion sur les statistiques de ces deux chirurgiens, et nous espérons qu'après en avoir pris connaissance, personne ne voudra les prendre au sérieux. Croira-t-on, par exemple, que Flajani ait réellement obtenu 25 guérisons radicales sur 27 opérations de cancer (2) ? Il faudrait avoir pour cela une dose d'optimisme que nous ne possédons pas. La statistique de Hill est un peu moins riante, quoique encore fort remarquable (3). Cet opérateur sans égal enleva 88 cancers, *tous ulcérés, à l'exception de 4*. Deux malades moururent des suites de l'opération, ou plutôt ils ne furent pas guéris, *not cured*, expression dont l'auteur se sert pour adoucir cet aveu. Sur les 86 autres, 76 furent définitivement guéris de leur cancer. Bien des gens se féliciteraient de ce résultat. Hill s'excuse au contraire d'avoir eu 10 cas de récidive. S'il eût agi librement, ce grand opérateur eût fait bien mieux encore. Mais ses succès extraordinaires, dit-il modestement, l'avaient rendu si célèbre qu'on lui envoyait de toutes parts des malades incurables, et que plusieurs fois il fut obligé d'opérer malgré lui. — Prendra-t-on encore cela au sérieux ? Dira-t-on que le hasard avait accumulé dans la pratique du chirurgien anglais un grand nombre de tumeurs non cancéreuses ? On ne peut même pas se servir de cette fin de non-recevoir. Tous les cancers en question étaient ulcérés, à l'exception de 4, et quoique l'ulcération ne soit pas l'apanage exclusif du cancer, il est bien clair que sur 84 tumeurs ulcérées prises au hasard, il y en a toujours un très-grand nombre qui sont de nature cancéreuse. De quelque manière qu'on s'y prenne, et quelque indulgent qu'on puisse être, on doit balayer ces deux statistiques et les rejeter bien loin de la science sérieuse. Ignorance ou supercherie, il y a derrière elles quelque mystification.

Or, ces deux statistiques sont les seules qui aient été publiées en faveur de la curabilité du cancer ; du moins, nous n'en connaissons pas d'autres, et M. Velpeau paraît être dans le même cas. Ainsi, au lieu de dire que les statistiques se balancent, on doit dire qu'il y a des statistiques en assez grand nombre qui tendent à établir que le cancer est incurable, et qu'aucune statistique acceptable ne dépose en sens inverse. Il n'y a donc pas lieu de faire table rase du passé, et nous ne craignons pas de dire que le premier argument de M. Robert conserve toute sa force, toute sa gravité.

Nous pourrions y joindre d'autres témoignages. Longue serait la liste des auteurs qui ont accusé le cancer d'être toujours, ou presque toujours incurable. Ne savons-nous pas, pour l'avoir lu, et pour l'avoir entendu répéter par la plupart de nos maîtres, qu'en général les chirurgiens commencent, dans leur jeunesse, par considérer le cancer comme un mal curable et local, et qu'ensuite, à mesure qu'ils acquièrent de l'âge et de l'expérience, ils perdent peu à peu leur illusion à cet égard ? Combien de praticiens ont fini, sur le déclin de leur carrière, par renoncer à l'opération du cancer ! Nous nous souvenons d'avoir entendu

(1) *Mém. sur l'anat. path. du cancer.* — Dans *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, p. 741.

(2) *Collezione di Osserv. e Rifless. di Chirurgia.* Roma, an. VI, t. I, p. 277.

(3) Bell, *Traité des ulcères*, trad. Bosquillon, Paris, 1803, p. 194.

Marjolin s'expliquer sur ce point d'une manière catégorique, dans une de ces leçons pleines de bonhomie qu'il savait rendre si attrayantes : « Tant que vous serez jeunes, nous disait-il, « vous opérerez le cancer; plus tard, vous y renoncerez. » Et il ajoutait, dans une autre leçon : « J'ai enlevé bien des cancers « du testicule ; tous mes malades ont eu des récidives. Un seul « de mes opérés est encore vivant, mais j'eus la douleur de re- « connaître, lorsque l'opération fut terminée, que je l'avais « privé d'un testicule non cancéreux. Je rencontre souvent cet « homme, et il me témoigne chaque fois sa reconnaissance avec « effusion. Cela me fait mal ! »

Qu'on nous pardonne d'insister sur l'opinion des chirurgiens qui ont été nos maîtres, et de ceux qui ont vécu à une époque plus reculée. On accuse volontiers la nouvelle École de ne pas avoir une expérience suffisante, et de trancher les questions trop précipitamment. Étrange contraste entre le temps présent et le temps passé ! Autrefois, on reprochait aux jeunes chirurgiens d'avoir des illusions sur la curabilité du cancer, et on les invitait à s'en rapporter à l'expérience de ceux qui avaient beaucoup vu. Nous avons profité de cette leçon salutaire, et on nous dit maintenant que lorsque nous aurons pris de l'âge, nous finirons par reconnaître que le cancer est curable !

Mais revenons au discours de M. Velpeau. L'un des arguments les plus pressants de M. Robert était le suivant : La plupart des guérisons obtenues par M. Velpeau remontent à une époque antérieure à l'intervention du microscope, à une époque où la question des tumeurs bénignes du sein était à peine ébauchée, où M. Velpeau n'avait pas encore indiqué les caractères qui lui permettent aujourd'hui de les reconnaître à coup sûr, et où il reconnaissait lui-même que 4 fois sur 10 environ le diagnostic était douteux.

A cela, M. Velpeau répond que plusieurs guérisons radicales ont été obtenues par lui sur des malades dont les tumeurs ont été reconnues cancéreuses par le microscope. Nous connaissions déjà ces faits, qui ont été consignés dans le *Traité des maladies du sein*. Ils sont au nombre de trois seulement : 1° madame N...., opérée en 1847 (p. 594); 2° madame de L..., opérée en 1850 (p. 585); et 3° madame J...., opérée aussi en 1850 (p. 586). Un quatrième fait, qui remonte à 1848, a été communiqué à M. Velpeau par M. Follin. Il y a sans doute, parmi les malades opérés depuis 1851, d'autres cas qui n'ont pas encore été suivis de récidive. Mais ces faits sont trop récents pour qu'on en puisse rien conclure. Les faits de 1850 eux-mêmes n'ont pas une grande valeur. Quant au fait unique qui date de 1847, nous reconnaissons qu'il dépose en faveur de la curabilité. Mais on a vu la récidive se faire au bout de huit, dix ans et même davantage. Avant de nous prononcer, avant de dire que c'est là un cas de guérison radicale, avant de dire qu'il est démontré que le cancer peut guérir, nous voudrions attendre encore pendant quelques années.—Nul ne peut affirmer que la récidive aura lieu, mais nul ne peut affirmer non plus qu'elle ne se produira pas.

Du reste, si M. Velpeau n'avait pas invoqué d'autres aits que ceux-là, aucune contestation ne se serait produite. On n'a pas dit que la guérison fût impossible, on a dit qu'elle n'était pas démontrée, ce qui est bien différent, et qu'en tous cas elle n'avait lieu que dans des cas exceptionnels. Or, nous avons relevé, sur les Tableaux de M. Velpeau (p. 692 et 698) le chiffre des opérations qu'il a pratiquées de 1847 à 1850. Il a enlevé, pendant cette période, 31 squirrhes, 13 encéphaloïdes; total 43 tumeurs cancéreuses de la mamelle. Sur ce nombre, il connaît 3 malades qui n'ont pas encore eu de récidive. En admettant que la récidive ne se produise pas plus tard, cela ferait 3 guérisons constatées sur 43 opérées, chiffre bien différent de la proportion des deux cinquièmes qui exprime les résultats de toutes les opérations pratiquées par M. Velpeau depuis quelque trente ans.

Si, depuis l'intervention du microscope, le chiffre relatif des guérisons est devenu si inférieur à ce qu'il était autrefois, n'est-il pas permis d'en conclure que beaucoup de succès anciens ont été obtenus dans des cas de tumeurs non cancéreuses ?

En 1844, il y a dix ans seulement, M. Velpeau, c'est lui-même qui l'a dit, se trompait environ quatre fois sur dix, dans le diagnostic des tumeurs du sein. Aujourd'hui, il ne s'y trompe plus. — Nous avons eu bien des fois, en effet, l'occasion d'admirer à sa clinique la justesse de son coup d'œil, et nous ne nous souvenons pas de l'avoir vu confondre une seule fois, ni avant ni après l'opération, les tumeurs cancéreuses de la mamelle avec les tumeurs hypertrophiques ou adénoïdes. Ce témoignage, du reste, est inutile, car nous ne disons ici que ce que chacun sait déjà. Il y a plusieurs années que l'habile professeur de la Charité a acquis cette presque infaillibilité dans le diagnostic des tumeurs du sein. Or, qu'on se reporte par la pensée à quelques années plus loin encore, à la date de la discussion de 1844, — qu'on compare la précision actuelle du diagnostic de M. Velpeau avec les quatre erreurs sur dix qu'il commettait à cette époque, et on reconnaîtra qu'il a dû se passer quelque chose de très-saillant pour conduire ainsi à la perfection, en quatre ou cinq années, un chirurgien qui, malgré sa grande sagacité, n'aurait pu surmonter jusqu'alors les causes d'erreurs contre lesquelles il se débattait depuis vingt ans.

Cet événement bienfaisant, à la faveur duquel un si grand progrès a été si promptement accompli par M. Velpeau, c'est l'intervention du microscope. En précisant la structure de toutes les tumeurs enlevées à la clinique de la Charité, en démontrant la nature glandulaire des unes et la nature cancéreuse des autres, en faisant disparaître les cas *incertæ redis* qui avaient jusqu'alors rendu les erreurs anatomiques fréquentes, et les erreurs cliniques inévitables, le microscope a fourni à l'éminent professeur, qui ne s'en doute peut-être pas, une base stable et définitive pour ses observations ultérieures. Un homme averti en vaut deux. M. Velpeau, averti, en vaut dix. Aussi, qu'est-il arrivé ? C'est que, pour la question des tumeurs bénignes du sein, l'accord le plus complet règne aujourd'hui entre M. Velpeau et les micrographes. Tous les jours, M. Velpeau diagnostique une tumeur adénoïde, que nous appelons, nous, une tumeur hypertrophique, divergence qui n'a vraiment aucune importance pratique.— Il enlève cette tumeur, il l'envoie aux micrographes, et les micrographes répondent toujours que cette tumeur est constituée exclusivement par des éléments glanduleux. — On peut dire que, sur ce point, la science est définitivement constituée. S'il est vrai que M. Velpeau ne se trompe plus, il est vrai aussi que le microscope ne se trompe pas davantage. Et n'y eût-il que ce résultat, que nous serions en droit de proclamer l'utilité et la solidité des observations microscopiques.

Mais le résultat n'est pas le seul qui ait été obtenu jusqu'ici : le microscope a soulevé et, suivant nous, éclairé d'autres questions sur lesquelles, malheureusement, il ne s'est pas trouvé d'accord avec les doctrines de nos maîtres. Les tumeurs fibro-plastiques et surtout les tumeurs épithéliales, qu'il a retirées de la classe des cancers, sont encore confondues par beaucoup de chirurgiens, et en particulier par M. Velpeau, avec les tumeurs réellement cancéreuses. Quoique le cancroïde n'ait joué jusqu'ici qu'un rôle secondaire dans la discussion de l'Académie, il est manifeste que c'est lui qui tient la plus grande place dans l'attention du public et dans la pensée des orateurs. *Deus ex machinâ*. C'est lui qui a, sans aucun doute, été la principale cause du débat. Nous apprécierons, dans notre prochain article, la partie du discours de M. Velpeau qui se rattache à cette question brûlante.

PAUL BROCA.

De la curabilité des déplacements de l'utérus,

Par M. GARIEL, *D. M. P.*

(Suite. Voir le n° 118.)

3e *Observation*. — *Rétroversion et abaissement de l'utérus*. — *Guérison* (communiquée par M. le docteur Riegé). — Madame J...., âgée de 20 ans.

Renseignements sur l'état antérieur. — Cette malade a éprouvé, à la suite d'un accouchement, il y a deux ans, de la pesanteur à l'anus et une constipation opiniâtre. Bientôt survinrent des douleurs dans les régions

lombaire et hypogastrique, douleurs s'irradiant jusque vers l'épigastre. Leucorrhée abondante. La malade s'aperçoit, en faisant des injections, que l'utérus est notablement descendu. Au commencement de mars 1854, les douleurs devinrent insupportables, et la malade ne put se lever sans se soutenir le ventre avec les mains ou avec une ceinture, ce qui la soulageait momentanément ; l'appétit diminua ; la pâleur et l'amaigrissement remplacèrent les signes d'une excellente santé. Les menstrues, régulières jusque-là, devinrent plus abondantes et s'accompagnèrent d'une sensation de chaleur et de pesanteur insolites dans la région utérine. Un médecin appelé prescrivit des injections calmantes, puis des injections astringentes; enfin, la ceinture hypogastrique fut appliquée à demeure. Loin de s'améliorer, l'état local et l'état général s'aggravèrent, et dans les premiers jours de juin, l'examen au spéculum fit constater une ulcération siégeant au pourtour du museau de tanche. La cautérisation, indiquée comme le seul remède, fut employée de quatre en quatre jours jusqu'au 22 juin, jour où se déclara une hémorrhagie utérine abondante qu'on ne parvint à arrêter qu'au bout de douze heures.

28 *juin* 1854. — 1er *examen*. — Pâleur de la face ; yeux enfoncés ; lèvres décolorées ; amaigrissement général. Douleurs localisées dans les lombes, l'hypogastre et la région utérine : ces douleurs s'exaspèrent dans la position verticale et la position accroupie ; dans le décubitus dorsal, la pesanteur à l'anus persiste seule. Selles rares et insomnie. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre l'utérus à la hauteur de 5 centimètres ; le col est engorgé, allongé, douloureux quand on veut le soulever ; il est le siége d'une chaleur considérable. Le corps de l'utérus, qui a son volume normal, fait suite au col sans aucune inflexion ; son axe se dirige non pas dans le sens de l'axe du bassin, mais vers l'angle sacro-vertébral : il y a donc abaissement de l'utérus avec un certain degré de rétroversion. L'ulcération occupe le pourtour du museau de tanche, ainsi que cela avait déjà été constaté ; elle a le volume et la forme d'une pièce de cinquante centimes.

Le 30, application du pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé (pelote n° 3); l'idée effrayante que la malade s'était faite d'un pessaire s'effaça complétement à la vue du peu de volume de celui-ci. L'introduction se fit sans la moindre douleur, et après avoir insufflé convenablement l'appareil, je fis marcher la malade et lui fis prendre des positions variées : la douleur avait disparu comme par enchantement ; cette femme qui, depuis plus de trois mois, était incapable de toute occupation, se trouvait ainsi *ramenée à la vie*, comme elle disait. Suivant l'indication de M. Gariel, je néglige de m'occuper de l'ulcération du col ; je me borne à prescrire des injections d'eau pure.

8 *juillet*. Le col utérin a perdu sa chaleur anormale ; on le rencontre à 8 centimètres environ au-dessus du niveau de la vulve ; il se maintient à cette hauteur, lorsque j'ai fait marcher la malade sans pessaire. L'état moral est excellent ; la faiblesse n'est plus aussi grande, et dès le sixième jour de l'application de la pelote, une promenade de cinq quarts d'heure n'a amené aucune fatigue. La leucorrhée a diminué. L'appétit et le sommeil sont presque complétement revenus. La malade s'est habituée sans peine, et dès le premier jour, à mettre et à retirer sa pelote-pessaire.

Pour combattre l'état anémique, je prescris une légère préparation ferrugineuse, comme adjuvant d'une nourriture substantielle.

2 *octobre*. Les menstrues sont revenues trois fois ; les deux premières fois, elles ont coulé avec une abondance extrême ; la troisième fois, elles ont été normales et n'ont duré que quatre jours.

Les forces sont revenues ; les tissus prennent de la fermeté ; les muqueuses sont colorées ; les selles sont régulières ; l'appétit est complétement revenu.

La malade qui fait le sujet de la 1re observation, affectée d'un prolapsus complet de l'utérus (n° 118 du *Moniteur des Hôpitaux*) a vu ses souffrances disparaître instantanément par l'application de la pelote-pessaire sphérique, celle à laquelle je donne la préférence; ce résultat n'a rien de bien surprenant, puisque l'appareil n'a eu qu'à imprimer à l'utérus un mouvement ascensionnel direct ; cependant, l'observation me semble ne pas manquer d'intérêt au point de vue de la guérison radicale du prolapsus, guérison qui ne s'est pas démentie depuis le retrait définitif de la pelote-pessaire.

Les 2e et 3e observations (*antéversion* et *rétroversion*) paraîtront plus extraordinaires, si l'on se reporte aux idées actuellement reçues en médecine sur l'importance du redressement de l'utérus dans le traitement des déviations.

Je suis d'une opinion entièrement opposée sur l'efficacité de ce redressement. L'expérience m'a depuis longtemps appris que le soulèvement de l'utérus était le seul point à obtenir dans le traitement des déplacements de cet organe. Voici comment je m'exprimais à cet égard, dès 1852 :

« Les pessaires n'agissent, dans les antéversions et les rétro-
« versions, que comme dans les prolapsus directs, en replaçant
« l'utérus à sa hauteur normale, ou même en exagérant, dans
« quelques cas, ce mouvement ascensionnel, quelle que soit
« d'ailleurs la position relative du corps et du col de cet or-
« gane. »

Les observations suivantes ont pour but de démontrer que les inflexions de l'utérus ne sont pas toujours la cause des souffrances qu'on leur attribue. Elles prouvent que lorsque les malades atteintes d'antéflexion ou de rétroflexion éprouvent des accidents, c'est à un état pathologique concomitant qu'il faut rapporter ces souffrances.

4e *Observation*. — *Abaissement compliqué d'antéflexion de l'utérus*. — *Guérison*. — Madame Thiébault, rue du Faubourg-Saint-Martin, n° 81. (Malade adressée par M. le docteur Demarquay.)

Renseignements antérieurs. — Réglée à 16 ans ; mariée à 21 ans ; deux fausses couches jusqu'en 1850. Dans le courant de cette même année, accouchement à terme, sans accidents. En 1852, fausse couche de six semaines, difficile, suivie d'accidents inflammatoires; rétablissement au bout de deux mois. Dix mois après, la malade perd son enfant unique, qu'elle seule a soigné et porté pendant sa maladie. Depuis cette époque de fatigues excessives, douleurs intolérables dans la région lombaire, l'hypogastre et les aines; leucorrhée abondante, constipation. La malade a suivi pendant plus de six mois, et sans aucune amélioration, un traitement pendant lequel les cautérisations n'ont pas été épargnées.

15 *juillet* 1854. — 1er *examen*. — Les douleurs de la région lombaire et de l'hypogastre subsistent aussi intenses; impossibilité de travailler, de marcher, et surtout de monter les escaliers; leucorrhée abondante. Le toucher fait reconnaître que l'utérus antéfléchi à angle droit est légèrement abaissé; le col et le corps de l'organe sont très-durs, volumineux. — Application d'une pelote-pessaire n° 3; injections d'eau non additionnée.

Le 16, la malade déclare avoir éprouvé de l'application de la pelote-pessaire un soulagement instantané ; elle avait eu beaucoup de peine hier pour se traîner jusqu'à la consultation ; elle est repartie légère et a pu regagner son domicile sans souffrances.

Le 24, les règles sont venues à leur époque habituelle (18 juillet); la malade a retiré, sans me consulter, sa pelote-pessaire, dans la crainte qu'elle ne fasse obstacle à l'écoulement menstruel. (Cette crainte est chimérique ; sauf quelques rares exceptions, non-seulement la pelote-pessaire n'entrave pas le cours du sang, mais elle le régularise.) Ainsi, pendant six jours, la pelote-pessaire n'a pas été appliquée, et aucune souffrance n'a reparu. Je conseille néanmoins la réapplication de l'appareil, que la malade n'a gardé en tout que trois jours (du 15 au 18 juillet).

7 *août*. La pelote-pessaire a été appliquée régulièrement tous les matins et retirée tous les soirs. Les douleurs ne se sont pas reproduites ; la constipation a disparu, la leucorrhée a diminué; le bien-être est complet. La malade a fait hier, à pied, une partie de campagne sans éprouver le moindre retentissement douloureux. Elle peut dormir dans toutes les positions : avant de recourir au traitement par le pessaire à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, elle ne pouvait rester au lit que couchée sur le dos.

24 *août*. Les règles sont venues le 12 août plus complétement qu'aux époques précédentes ; elles ont duré huit jours. La malade fait son lit, son ménage, comme si elle n'avait jamais éprouvé d'accidents du côté de l'utérus. En présence d'un bien-être aussi complet, je lui conseille de tenter la suppression définitive de la pelote-pessaire, lui recommandant toutefois de l'avoir toujours sur elle, et de la replacer s'il survient la plus légère douleur.

28 *août*. La pelote-pessaire n'a pas été replacée depuis la dernière visite, la malade a fait hier 18 kilomètres sans éprouver la plus légère souffrance ; la constipation ne s'est pas reproduite, et la malade, plus explicite qu'elle ne l'avait encore été, déclare qu'avant l'application de l'appareil, l'évacuation des fèces lui causait des angoisses comparables aux douleurs de l'enfantement.

L'examen par le toucher fait reconnaître que l'antéflexion *n'a été nullement modifiée;* le col de l'utérus, moins dur, moins volumineux, est situé plus profondément dans la cavité vaginale.

12 *septembre*. Rien n'est changé dans l'état de la malade. La pelote-pessaire a été appliquée du 15 au 18 juillet, et du 24 juillet au 24 août, en tout trente-trois jours. Elle a été conservée pendant l'époque menstruelle du 12 au 20 août.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

De l'élaterium dans le traitement des hydropisies,

Par M. Todd.

L'extrait d'élaterium est un médicament hydragogue excessivement actif qui est recommandé par les meilleurs auteurs, et en particulier par Sydenham, dans le traitement des hydropisies et surtout de l'anasarque. Telle est son activité, lorsqu'il est bien préparé, qu'à la faible dose de 1/16, 1/8 de grain, il détermine de nombreuses gardes-robes aqueuses et assez souvent même des vomissements. C'est donc un médicament très-précieux dans les hydropisies, et qui va directement au but que l'on se propose, celui de faire diminuer et disparaître les liquides épanchés, en produisant des sécrétions exagérées et de même ordre vers d'autres voies. Mais aussi l'on comprend que c'est un médicament dont l'activité doit être surveillée avec soin, puisqu'il pourrait donner lieu à une inflammation très-intense et très-grave de l'intestin. Dans le cours des maladies du cœur et de la néphrite albumineuse, la thérapeutique ne compte aucun médicament sur lequel on puisse fonder d'aussi grandes espérances. M. Todd a rapporté une observation dans laquelle les effets de ce médicament, administré à la dose de 1/4 de grain en une pilule toutes les trois heures, chez une malade atteinte d'ascite et d'anasarque avec des signes évidents d'affection du cœur et convulsions épileptiformes, produisit des effets aussi heureux que rapides. (*The Lancet* et *Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 10 Octobre.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Suite du discours de M. Velpeau.

Dans le nombre de mes guérisons, j'ai établi des variétés ou nuances du cancer, et j'ai trouvé que les unes appartiennent au squirrhe et d'autres à l'encéphaloïde.

M. Robert m'accuse de confondre les tumeurs épithéliales avec le cancer. Ceci nous ramène au microscope.

Je regrette que cette question des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques m'oblige à jeter une pierre dans le champ des micrographes. Avant les recherches microscopiques, les tumeurs avaient été divisées, par Laënnec, en *analogues* et *hétérologues*. Viennent maintenant les micrographes avec leur distinction en *homœomorphes* et *hétéromorphes* : c'est-à-dire, en d'autres termes, absolument la même chose.

Dans les tumeurs hétéromorphes, ils rangent le squirrhe et l'encéphaloïde, ou, autrement dit, ce qui, pour tout le monde, constitue le type le plus évident du cancer. Dans les homœomorphes, se trouvent les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques. Mais, à côté de ces dernières, viennent encore se ranger, sans offrir de caractère microscopique différent, les verrues, les cors aux pieds, les condylômes vénériens, etc., etc. Cependant, je vous le demande, sera-t-il jamais possible, en clinique, d'établir ce rapprochement entre ces affreux ulcères qui rongent et détruisent successivement les lèvres, puis, toute la face, et les verrues ou les cors aux pieds?

La première fois que M. Lebert me fit part de cette distinction entre les tissus homœomorphes et hétéromorphes, et qu'il conclut devant moi que les ulcères rongeants des lèvres étaient de nature bénigne, par la raison qu'ils ne contiennent pas autre chose que des éléments homœomorphes, je lui fis observer à quelle singulière inconséquence il arrivait en rapprochant, par un caractère commun, des affections si éloignées en clinique les unes des autres par leurs effets. Et comme M. Lebert, avant de se servir du microscope, avait vu et étudié la marche de ces tumeurs que le microscope lui révélait être composées de tissu homœomorphe, il lui répugnait un peu de les donner comme des tumeurs bénignes. Cependant, après avoir examiné la question, voilà ce qu'il me répondit : « Ce caractère de tissu homœomorphe que le microscope révèle dans les ulcères de la face rend compte de ce fait déjà observé, que ces ulcères réputés cancéreux par les chirurgiens ne repullulent pas, ou du moins ne repullulent que rarement. »

A cela, j'objectai que ces tumeurs des lèvres et de la face récidivent comme les autres cancers, et que je n'étais pas du tout convaincu que leur repullulation fût moins fréquente, sur quoi M. Lebert m'alléguait que, n'ayant pas fait usage du microscope, j'avais confondu des tumeurs cancéreuses avec des tumeurs purement épithéliales.

Comme je recherche avant tout la vérité, et que je la recherche par tous les moyens possibles, je confiai à M. Lebert lui-même l'examen de plusieurs tumeurs qu'il déclara et qu'il donne lui-même dans son livre comme étant de nature bénigne. Et cependant, depuis que cet examen se fait, il survient journellement des récidives quelques semaines ou quelques mois après l'opération, et en dépit du jugement des micrographes. Évidemment, ces tumeurs, que ces messieurs donnent à présent comme épithéliales, sont bien les mêmes que je tiens pour cancéreuses, en raison de leur marche et de leurs récidives.

Obligé de faire une concession sur ce point, M. Lebert confessa que ces tumeurs épithéliales récidivent bien quelquefois, mais que c'est toujours sur place et sans jamais envahir d'autres tissus que ceux de la cicatrice, que jamais elles ne déterminent l'infection, la diathèse, qui est un des effets propres du cancer, et que cette repullulation sur place ne tient sans doute qu'à ce que le bistouri a oublié une partie de la tumeur dans la plaie.

M. Lebert, qui recherche consciencieusement la vérité, ne peut se refuser à cette concession que commandait l'examen des faits cliniques. Mais ce n'était pas assez : ces tumeurs dites épithéliales ne repullulent pas seulement sur place, elles se reproduisent fort souvent en différents points du voisinage ; et, comme c'est encore là un fait incontestable, il fallut bien l'admettre ; mais M. Lebert fit remarquer qu'elles n'occupent jamais que les ganglions voisins du siége de la première tumeur.

C'est à merveille ; mais en est-il autrement du cancer du sein, qui, le plus souvent, se reproduit dans les ganglions, et qui, 8 fois sur 10, repullule dans les ganglions de l'aisselle?

Il fut donc désormais reconnu, par M. Lebert et ses élèves, par ceux qui adoptent ses doctrines, que non-seulement les tumeurs épithéliales peuvent se reproduire, mais qu'elles peuvent encore occuper les ganglions voisins à la façon des véritables cancers.

Ce n'est pas tout encore ; car lorsqu'on dit que ces tumeurs ne se reproduisent que dans le voisinage de leur siége primitif et dans les ganglions voisins, on dit encore une erreur. Je laisse de côté les faits où des tumeurs cancéreuses ont été trouvées dans les viscères à la suite de ces tumeurs épithéliales, et je rappellerai seulement des cas dans lesquels la maladie a gagné des tissus de nature toute différente, et cela sans qu'on puisse invoquer la propagation par continuité. Dans un cas, par exemple, où une pareille tumeur fut enlevée par moi à la lèvre inférieure gauche, du tissu cancéreux se développa, et fut constaté microscopiquement dans l'os maxillaire supérieur de l'autre côté.

D'ailleurs, cette tumeur épithéliale de la face conduit fatalement à la mort, absolument de la même façon que les autres espèces de cancer, si le fer ou les caustiques ne viennent l'arrêter dans sa marche ; et je défie que quelqu'un me cite un exemple contraire. Or, je vous le demande, est-ce là le caractère d'une tumeur bénigne? Qu'elle siége à la face, à la lèvre ou sur l'intestin, partout elle se comporte comme un être nouveau qui, une fois installé dans l'organisme, s'y accroît aux dépens de celui-ci, se développe et grandit jusqu'à ce qu'il ait entraîné la mort du sujet dont il s'est emparé.

Les tumeurs dites épithéliales ont donc pour caractère de se reproduire, soit sur place, soit dans les tissus voisins de ceux qu'elles occupaient avant d'avoir été enlevées, et d'envahir les ganglions, les viscères et même les os. D'après cela, quelles raisons aurions-nous de les distraire de la classe des cancers? Je concède aisément que vous en fassiez un *cancer épithélial ;* rien de mieux, pourvu que vous lui laissiez le nom de cancer.

Voilà pour les tumeurs épithéliales ; passons maintenant à celles que les micrographes ont désignées sous le nom de *fibro-plastiques*.

Les tumeurs fibro-plastiques, suivant les micrographes, constituent une autre catégorie de tissus homœomorphes : leur élément anatomique n'étant autre que celui du tissu des cicatrices ou de la base indurée des chancres vénériens, etc. De même que, pour les tumeurs épithéliales, qui, suivant eux, ne renferment aucun élément étranger à l'organisme sain, j'ai toujours été arrêté par cette dénomination de tumeur homœomorphe donnée à une affection qui s'accroît et se développe fatalement jusqu'à entraîner la mort du sujet si on ne l'enlève à temps.

Or je ne puis que répéter, à propos de ces tumeurs fibro-plastiques, ce que je viens de dire à propos des tumeurs épithéliales : quelle ressemblance prétendez-vous établir entre le tissu induré qui supporte le chancre vénérien et cette lésion fatalement mortelle qui se développe indéfiniment, envahit toutes sortes de tissus et finit par faire mourir?

Il y a une autre lésion encore qui n'est due qu'à un développement de tissu fibro-plastique : c'est la kéloïde. Si l'on vient à enlever cette tumeur, elle se reproduit d'une façon à peu près certaine, mais toujours dans le même endroit, et je ne sache pas que jamais une kéloïde se soit reformée ailleurs que dans la cicatrice de celle qui a été précédemment enlevée. Mais son caractère à elle, c'est de reparaître d'une façon à peu près inévitable. Voici, avec le même élément fibro-plastique, encore une lésion bien caractérisée et qui ne ressemble qu'à elle-même. Car, bien qu'elle ait sa physionomie propre, comment voudriez-vous la comparer avec ces tumeurs qui naissent partout, acquièrent promptement des proportions énormes, se répandent à la fois dans tous les tissus et entraînent fatalement la mort?

Les micrographes ne peuvent pas nier l'irrationalité de ces rapprochements, et cependant l'élément fibro-plastique les contraignait à éloigner

ces nouvelles tumeurs de la classe des cancers purs à tissu hétéromorphes. Les tumeurs fibro-plastiques, disent-ils, sont homœomorphes et bénignes : et la preuve, c'est qu'elles ne repullulent pas quand on les a enlevées.

Lorsque j'entendis M. Lebert tenir ce langage, il me fut impossible de me convaincre que, dans certains cas bien caractérisés, et dans lesquels la récidive avait eu lieu jusqu'à entraîner la mort, j'avais eu affaire à autre chose qu'à ces mêmes tumeurs dites fibro-plastiques. Leur physionomie et leur marche sont encore trop spéciales, dans bien des cas, pour que le clinicien se méprenne sur leur compte. Je me rappelais, par exemple, avoir amputé de la jambe un homme qui portait une vaste tumeur de cette espèce. Cependant, la maladie s'était reproduite assez promptement à la cuisse ; le malade avait fini par succomber.

A cela on répartit que mon malade était sans doute atteint de cancer en même temps que de sa tumeur fibro-plastique, et l'on me renvoya à des faits plus exactement observés.

Ces faits, plus complétement observés, sont encore venus : le résultat a toujours été le même, et ici, messieurs les micrographes n'ont plus eu rien à répliquer, puisque ces faits s'étaient passés sous leurs yeux et avaient été soumis à leur examen.

Il est entré, il y a trois ans, dans mon service, un jeune homme atteint d'une tumeur fibro-plastique de la cuisse. Déjà cette tumeur avait été enlevée une fois par un de nos collègues, par M. Malgaigne, si je ne me trompe, et elle avait repullulé dans la cicatrice même ou bien dans le voisinage. Une autre fois encore elle avait été enlevée par Blandin. Lorsque je la vis, elle était énorme, s'avançait sous les muscles de la cuisse, et n'offrait, en un mot, rien d'encourageant pour l'opérateur. De semblables antécédents, et ma propre conviction sur la marche fatale de ce genre de tumeurs ne me permettaient pas de conserver le moindre espoir dans une opération. Toutefois le malade, qui était jeune encore, me pria avec tant d'instance de le délivrer de cette affection, que je me décidai à l'opérer. J'étais bien aise, d'ailleurs, de profiter de ce fait pour le soumettre aux interprétations des partisans de l'innocuité des tumeurs homœomorphes.

J'eus soin d'enlever exactement toute la tumeur, et même d'entamer de 3 ou 4 centimètres les tissus sains, afin d'être bien sûr de ne laisser dans la plaie aucune parcelle du tissu malade. Un travail de cicatrisation assez rapide amena promptement la guérison de ce malade. Toutefois, avant que la cicatrisation fût complétement achevée, je m'aperçus que de nouvelles bosselures se formaient dans le muscle triceps : cela me suffit pour annoncer une récidive, qui chaque jour se confirmait davantage. Dès lors, j'engageai mon malade à retourner dans son pays, lui disant avec une apparence de plaisanterie que je ne voulais plus lui rien faire, quoi qu'il advienne. Mais lui-même ne tarda pas à s'apercevoir de la récidive. Il quitta la Charité, et entra dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu. Je le trouvai là par hasard un jour d'examen : il avait subi l'amputation de la cuisse, et cette opération semblait avoir réussi d'abord. Il quitta en effet l'Hôtel-Dieu dans un état de guérison apparente. Mais à quelque temps de là, il rentra encore à l'Hôtel Dieu ; mais cette fois, ce fut dans un service de médecine, et pour des lésions graves du côté de la poitrine.

C'est là que ce malade a succombé, et l'autopsie révéla qu'il portait dans les poumons et dans la plupart des viscères une multitude de tumeurs analogues à celles de la cuisse. Ces tumeurs furent examinées par M. Follin, et, je crois aussi, par M. Verneuil, qui n'y trouvèrent rien autre chose que le tissu fibro-plastique.

Ne croyez pas que ce fait soit le seul que je puisse rapporter : j'en ai deux ou trois autres tout à fait analogues, pour ne citer que les plus authentiques.

Il m'est venu, il y a quelques années, à la Charité, une jeune fille d'une fort belle constitution, qui offrait à la partie supérieure de l'humérus, et en avant de l'épaule, une tumeur qui, par parenthèse, avait été prise pour une luxation, et que je reconnus immédiatement pour être un de ces enchondromes qu'on appelle à présent tumeurs fibro-plastiques. Il était bien dur de proposer une amputation à une jeune et belle fille qui ne présentait, en définitive, qu'une tumeur d'un assez médiocre volume. Je commençai donc par la soumettre à un régime résolutif et à diverses médications internes.

Pendant ce temps-là, la tumeur grossissait toujours, et, au bout de trois mois, j'abordai enfin auprès de ma malade la grande question de la désarticulation de l'épaule. Elle ne s'en souciait nullement, ni moi non plus, à la vérité. A quelque temps de là, je consultai sa famille, qui en fut bien plus éloignée encore que la malade elle-même. Bref, elle succomba, et, à sa mort, la tumeur avait acquis le volume du corps d'un homme.

Ce fait a été observé et suivi avec beaucoup de succès par M. A. Richard, qui a fait mouler, je crois, la tumeur, et en a présenté l'observation à une Société..... savante de Paris. M. Richard croyait fermement à l'existence d'un cancer. Cependant, je lui annonçai qu'il ne trouverait pas de cellules cancéreuses. Et, en effet, à l'autopsie on trouva, avec la tumeur de l'humérus, une douzaine de tumeurs de même nature, mais moins volumineuses, tant dans les poumons que dans d'autres viscères. Mais, à l'examen microscopique, toutes ces tumeurs furent trouvées composées de tissu fibro-plastique, sans aucune apparence de cellules cancéreuses.

Dans un troisième fait du même genre, un enchondrome semblable s'était développé au pied. Après l'amputation de la jambe, la récidive se fait à la cuisse ; et, après l'amputation de la cuisse, la mort arrive avec la consomption ; à l'autopsie, on trouve des tumeurs de même nature développées dans les poumons.

M. Lebert est un observateur trop loyal pour contester la valeur de ces faits ; aussi les accepte-t-il, et les micrographes sont-ils obligés d'avouer à présent que les tumeurs homœomorphes peuvent repulluler soit sur place, soit dans les ganglions voisins, et que, même dans quelques cas exceptionnels, elles peuvent se propager comme affection générale.

Cette conclusion ne me suffit pas, et je veux que les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent tout à fait à la façon des cancers. A qui ferez-vous comprendre, par exemple, que les malheureux qui succombent dans la consomption, à la dernière période de cette maladie, ne meurent pas dans le même état que ceux qui sont atteints de cachexie cancéreuse? C'est la même marche, la même physionomie, le même ensemble de symptômes; c'est que, dans les deux cas, la mort a été causée par une même affection : le cancer. Seulement, dans un cas, les tumeurs formées ne présentent pas la même cellule que dans l'autre ; mais une si minime différence ne suffit pas pour faire deux maladies d'un ensemble de symptômes qui est identiquement le même dans les deux cas.

Et puis encore, qu'est-ce qui prouve que la cellule que vous invoquez soit capable de constituer un élément distinctif entre deux sortes de tumeurs? La cellule caractéristique n'est déjà plus la même pour tous les micrographes. Eux-mêmes se partagent en deux ordres : les micrographes scientifiques et les micrographes cliniciens. Les premiers, ou les micrographes scientifiques, sont en Allemagne ; ils conservent la cellule traditionnelle ; mais, parmi nous, nous avons les micrographes cliniciens, qui n'en veulent plus et qui n'en ont conservé seulement qu'une partie, le noyau.

Il n'y a pas longtemps encore que M. Lebert disait qu'il était impossible de refuser au cancer sa cellule caractéristique; car, autrement, il n'y aurait plus de cancer. Et cependant, voilà qu'aujourd'hui, même ses propres élèves vont jusqu'à renier la cellule et à lui refuser le droit de caractériser le cancer. Pour eux, c'est le noyau qui constitue le caractère propre de cette maladie : cela est encore tout nouveau, et je ne désespère pas de voir ce nouveau refuge encore abandonné avant un an. Je ne crois pas plus que le noyau d'aujourd'hui puisse être le caractère essentiel du cancer que je ne le croyais pour la cellule d'hier.

Comment, en effet, je vous le demande, était-il possible de prendre pour caractère essentiel d'une maladie un élément qui variait lui-même dans sa forme et ses dimensions ; qui subissait une série d'évolutions à la manière des embryons ; qui pouvait naître, se développer, se métamorphoser, être malade et mourir? Eh bien ! le noyau d'à présent n'est qu'une partie de cette même cellule abandonnée ; il n'a que l'inconvénient de jeter les observateurs dans un champ plus étroit, c'est-à-dire plus difficile.

Je le répète, j'applaudis sincèrement aux efforts de la jeunesse qui travaille, et personne plus que moi n'encourage les recherches des jeunes gens qui veulent étudier sérieusement; mais je crois qu'on ne saurait trop se mettre en garde contre des conclusions tirées prématurément de travaux encore incomplets.

Ceci nous amène directement à la question du microscope, et, comme conséquence de ce que je viens de dire, je crois pouvoir avancer que le microscope n'a pas encore apporté, dans l'histoire du cancer, la lumière qu'on était en droit d'attendre de ce nouveau moyen d'investigation. Et, pour ce qui est de la cellule mise en avant par les micrographes, je dis qu'elle se trouve dans des productions qui ne sont pas de nature cancéreuse, tandis qu'au contraire elle manque dans des tumeurs qui, manifestement, sont de nature cancéreuse.

Pour prouver cette double proposition, les faits ne me manqueront pas.

En 1848, j'opérai d'une tumeur du sein, qui me paraissait être de nature encéphaloïde, une jeune fille qui, depuis ce temps-là, se porte admirablement, qui est devenue mère de plusieurs enfants bien portants aussi, et qui ne paraît pas plus disposée que moi au cancer. Cependant, la tumeur de cette malade, examinée par M. Lebert, contenait la cellule caractéristique du cancer. MM. les micrographes, qui croient si fermement à l'incurabilité du cancer, n'accepteront-ils pas que, dans ce cas, la cellule existait là où le cancer n'existait pas?

En 1847, une autre jeune fille se présente avec une tumeur de la grosseur d'un œuf, située dans la mâchoire supérieure. Je jugeai que cette malade était atteinte d'un kyste hématique de l'os maxillaire, peut-être même du sinus maxillaire. Lorsque je l'opérai, je trouvai la tumeur remplie de cette matière pultacée, sanguinolente qui appartient, en effet, à ces kystes hématiques. Cependant, je voulus connaître le résultat de l'examen de cette matière fait au microscope. M. Lebert l'ayant examinée, y trouva la cellule cancéreuse. Et cependant cette jeune fille, devenue mère à présent, se porte très-bien et ne présente aucune disposition cancéreuse.

Il y a trois ans, un jeune malade se présenta avec une tumeur siégeant sur le calcaneum. Cette tumeur ne me parut nullement de nature cancéreuse. Cependant, quand j'en pratiquai l'ablation par l'excision de l'os, MM. les micrographes furent d'accord qu'elle contenait la cellule cancéreuse. Le malade, cependant, a parfaitement guéri sans récidive, parce que ce n'était pas là du cancer.

Mais voici un fait encore plus concluant que tous les autres et auquel j'imagine qu'on ne pourra rien objecter :

Une femme portait au sein un de ces encéphaloïdes mous, volumineux et circonscrits, de ceux que j'appelle de la pire espèce. Je l'opérai, malgré la conviction où j'étais de la récidive. La tumeur offrait cet aspect lardacé qui pour moi est un caractère presque infaillible de l'encéphaloïde. Je voulus la faire examiner à la fois par plusieurs micrographes, afin que l'observation jouît de toute l'authenticité possible. Je la divisai donc en cinq tranches, que je fis remettre à cinq de nos plus habiles micrographes, qu'il me serait possible de nommer, et qui d'ailleurs n'auraient pas à en rougir, puisque tous ont été d'accord. Mais ils ont été d'accord à déclarer que la tumeur ne contenait pas la cellule caractéristique, et que, par conséquent, elle ne pouvait être considérée comme de nature cancéreuse. Quant à la malade, elle commença par bien aller, et la cicatrice se fit assez vite. Mais, un mois après sa sortie de l'hôpital, elle revint à la consultation avec un petit bouton qui reparaissait sur la cicatrice. Ce bouton grossit, la santé s'altéra et la malade finit par succomber à la cachexie cancéreuse, dix mois après l'opération.

L seule objection qu'il soit possible de faire à ce fait, c'est que les micrographes peuvent se tromper; mais cette objection est une pétition de principe, car, si le diagnostic clinique est plus sûr que celui du microscope, il est inutile de discuter davantage.

Pour moi, je ne crois pas que le microscope se soit trompé dans ce cas; je crois, au contraire, qu'il a révélé la vérité, à savoir : que la cellule cancéreuse n'existait pas, parce que la cellule peut très-bien manquer dans des cancers véritables.

En 1837, j'eus à opérer une dame des Andelys, qui portait au condyle du fémur une de ces tumeurs pultacées hématiques dont vous parlait M. Gerdy dans la dernière séance. Cette dame, amputée de la cuisse, a vécu jusqu'à présent sans présenter aucun nouvel accident.

Plus tard, j'eus encore occasion d'amputer de la cuisse une demoiselle, place Royale, pour une semblable tumeur du condyle du tibia, et cette demoiselle n'a jamais éprouvé la moindre trace de récidive ni d'affection cancéreuse.

Eh bien! j'ai opéré aussi, il y a deux ans, un malade qui portait une tumeur en tout semblable aux deux précédentes, et cette fois la tumeur, examinée par M. Lebert, présenta la cellule cancéreuse. Dans aucun cas, la récidive n'a eu lieu. Cependant, l'examen microscopique appliqué à la troisième prouve assez que toutes les trois étaient de nature cancéreuse pour messieurs les micrographes. Il n'en est rien : la maladie n'a récidivé dans aucun cas, parce que ce n'était pas du cancer.

Une raison bien plus forte encore m'empêche de reconnaître que la cellule soit l'élément caractéristique du cancer : c'est que des tumeurs, opérées à une époque où le microscope n'y a pas trouvé de cellules, se sont renouvelées plus tard et ont présenté alors la cellule. M. Mayor possède un fait dans lequel une tumeur qu'il enleva n'offrit que l'élément épithélial. Cependant, la récidive s'étant faite dans les ganglions, on trouva des cellules dans ces nouvelles tumeurs.

J'ai moi-même été témoin de deux cas semblables. Un homme que j'opérai d'une tumeur épithéliale examinée par M. Lebert, fut atteint de récidive. La tumeur, enlevée une seconde fois, fut trouvée de même nature que la première. Cependant, ce même malade vint me trouver une troisième fois pour une tumeur qui, cette fois, avait gagné l'os maxillaire lui-même. Cet os fut amputé, et, dans un troisième examen, le microscope finit par constater la présence de la cellule bien conditionnée. En vérité, sera-t-il permis d'alléguer que dans ce cas le même individu a été attaqué, à la troisième atteinte, d'une affection différente des deux premières? Une pareille interprétation ne saurait se présenter à un esprit détaché de toute idée préconçue. La vérité est que, dans ces trois cas la même maladie, la maladie cancéreuse, s'est reproduite comme c'est la règle; seulement, dans la seconde récidive, le tissu malade a revêtu un petit caractère, un caractère microscopique de plus, et voilà tout.

Ce ne sont pas là, d'ailleurs, des cas bien rares : l'année dernière encore, même chose m'est arrivée.

Telles sont, messieurs, les raisons qui me font dire que le microscope n'a pas encore servi à éclairer le diagnostic des tumeurs. Il reste encore, dans l'étude anatomique du cancer, un inconnu dont le microscope ne nous a pas rendu compte. Dès lors, n'est-on pas en droit de se demander : quelle est donc l'utilité du microscope en clinique? A quoi peut-il servir en présence de cette incertitude dans laquelle il nous laisse? Que peut-on obtenir de lui s'il nous révèle l'élément qu'on donne pour caractéristique dans des tumeurs qui ne sont pas cancéreuses, et si, à côté de cela, il ne trouve pas ce même élément dans des tumeurs qui, par tous leurs autres caractères évidents, sont manifestement des cancers?

Je reviens, d'ailleurs, à un de mes premiers arguments, et je dis qu'il ne m'est pas possible de reconnaître comme homœomorphes, c'est-à-dire, comme constituées par le même tissu que nos organes, des tumeurs dont le propre est de s'étendre et de détruire, jusqu'à amener le terme fatal de notre existence. Comment veut-on que l'élément épithélial, par exemple, ou fibro-plastique, dont la présence est insignifiante dans une foule de tumeurs bénignes, devienne dans d'autres un caractère de malignité? Ne répugne-t-il pas d'admettre qu'un élément identique caractérise à la fois des tissus de nature si diverse?

Résulte-t-il de là que je repousse absolument toutes les recherches microscopiques dirigées en vue d'éclairer le diagnostic des tumeurs? Loin de là : je crois, au contraire, que le microscope est un excellent instrument d'observation, puisqu'il perfectionne, ou plutôt étend le champ de notre vue. Je le crois susceptible d'apporter un jour des lumières dans l'étude du cancer : mais cette lumière n'est pas encore faite. De ce qu'un appareil quelconque éclaire un appartement dans lequel un objet est renfermé, il ne s'en suit pas pour cela nécessairement que cet objet sera trouvé du premier coup; et de ce qu'un appartement serait éclairé d'une nouvelle et vive lumière, il ne s'ensuivrait pas qu'on y découvrirait un objet qui n'y est pas.

D'ailleurs, le microscope ne s'appliquant qu'à des objets d'un très-petit volume, on conçoit très-bien que les investigations qu'il favorise doivent être fort difficiles et sujettes à une multitude d'illusions, comme il n'arrive, en effet, que trop souvent.

Le plus grave reproche que je ferai donc au microscope, ce n'est pas d'être impuissant : de ce qu'il l'a été jusqu'à présent, il ne s'en suit pas qu'il doive l'être toujours; mais c'est de fournir des données incertaines que des esprits trop ardents et trop enclins aux conclusions prématurées acceptent tout de suite comme des vérités : c'est-à-dire que mon reproche s'adresse, non pas à l'instrument lui-même, mais bien à ceux qui s'en servent. Comment ne pas déplorer, par exemple, cet engouement incroyable qui, il n'y a que peu de temps encore, faisait dire à certaines personnes que sans le microscope le diagnostic des tumeurs était impossible, et qu'on ne pourrait plus se prononcer qu'après avoir sondé le tissu malade avec un petit instrument qu'on avait déjà inventé tout exprès, et à l'aide duquel on irait chercher une parcelle de la tumeur au milieu des tissus vivants, pour la placer sur le champ du microscope? Voyez-vous ce médecin qui, appelé auprès d'un malade, commence par lui enfoncer une petite sonde au milieu des chairs pour savoir si la tumeur qu'il porte est de telle ou telle espèce! Ne pourrait-il pas enfoncer l'instrument à côté des points où se trouve la cellule, à supposer qu'elle existe?

Non; si le microscope servait à distinguer la nature des tumeurs, ce ne serait, dans tous les cas, qu'après l'opération, et jamais il ne saurait intervenir pour éclairer la conduite du chirurgien. Mais je crois avoir démontré que, même lorsque la tumeur est enlevée, elle cache encore aux micrographes les plus clairvoyants son véritable élément distinctif et caractéristique.

Je vais plus loin, et je suppose que le microscope soit capable de fournir à lui seul les éléments du diagnostic : eh bien! même alors je continuerais à lui préférer l'examen clinique des malades. Car enfin, le maniement du microscope est une chose délicate, difficile, bien plus difficile que l'examen clinique. Dans ce cas, le plus favorable que les défenseurs du microscope puissent ambitionner, je le déclare hautement, dans ce cas encore, je le placerais au-dessous de l'examen clinique. Et c'est parce que je suis convaincu de cette vérité que j'ai voulu, non pas refroidir le zèle des jeunes investigateurs qui feront la gloire et l'honneur de notre École, mais les prévenir contre des élans trop précipités, et les mettre en garde contre des doctrines qui ne sont pas suffisamment sanctionnées par l'épreuve du temps et de l'expérience.

CORRESPONDANCE.

De l'absorption dans le choléra algide.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez donné place, dans les colonnes de votre journal, à des critiques sévères de la Thèse que j'ai soutenue *sur l'absorption des médicaments dans les cas de choléra grave.* L'une de ces critiques contient des objections qui paraissent émaner d'une conviction désintéressée, et qui, à ce titre, méritent d'être réfutées. J'espère donc que vous voudrez bien accueillir les réflexions qu'elles m'ont inspirées.

On a conclu que si les résultats de mes expériences sont exacts, *il n'y a plus rien à faire dans le choléra.* Cette conséquence dépasse évidemment de bien loin les prémisses, comme M. Vernois a pris soin de le faire re-

marquer. En effet, qu'ai-je voulu démontrer? Que dans les cas de choléra algide, cyanique, asphyxique, les médicaments administrés par les voies urinaires sont inutiles, parce qu'ils ne sont pas absorbés. Est-ce à dire pour cela que le médecin privé d'une arme sur laquelle il comptait doive courber la tête et attendre, en détournant les yeux, qu'il ait plu à cet horrible fléau de mettre un terme à ses ravages? Bien loin de moi une semblable pensée! je crois trop fermement au progrès incessant et illimité des sciences d'observation, pour me laisser aller à un si fatal scepticisme. Voici quelle m'a paru être la conséquence de mon travail : l'estomac, l'intestin, la vessie, la peau, le tissu cellulaire sous cutané, ont perdu la faculté d'absorber les médicaments. Eh bien! tâchons de pénétrer les causes de ce phénomène; voyons s'il est possible d'y soustraire l'organisme. Si nous désespérons d'y parvenir, abandonnons sans regrets une voie qui ne conduit qu'à la déception, et ouvrons une voie nouvelle à toutes les tentatives de l'art.

Ceci est loin de l'inertie dont on parle; mais je dis plus : lors même que je n'aurais pu entrevoir cette voie nouvelle (que je n'ai fait qu'indiquer dans ma Thèse), la question de savoir si les médicaments donnés dans le choléra sont absorbés, n'est-elle pas déjà à elle seule un sujet du plus grand intérêt? et le résultat de pareilles investigations, si désespérant qu'on le suppose, n'a-t-il pas déjà une haute importance, par cela seul qu'il nous apprend que nous sommes engagés dans une voie sans issue? Quelque triste que soit une situation, la reconnaître est la première condition pour en sortir.

En recherchant si les médicaments que prescrivait mon excellent maître, M. Vernois, décelaient leur absorption par des signes physiologiques, je ne pouvais, d'après un de mes honorables contradicteurs, M. Lemaire, qu'arriver à l'erreur :

« D'abord, dit-il, parce que les médicaments, même dans l'état physiologique, produisent des effets différents suivant les individus; ensuite, parce que ces agents agissent différemment dans l'état physiologique et dans l'état pathologique (*Moniteur des Hôpitaux* du 23 septembre). »

Le premier de ces principes est reconnu vrai, sans doute, pour un certain nombre de médicaments, et encore dans certaines limites; mais celui qui s'en fait une arme contre moi pense-t-il que les différences individuelles soient tellement tranchées qu'en administrant, par exemple, de l'acide prussique, ou de l'acide arsénieux, ou de la strychnine, ou de la belladone, ou de la morphine, ou même de l'iodure de potassium et du sulfate de quinine, à dose suffisante ou pendant un temps suffisant, on doive rencontrer beaucoup de sujets réfractaires à l'action de ces substances? Pense-t-il que les 21 malades soumis à notre observation doivent être considérés tous comme des réfractaires, c'est-à-dire des exceptions? Evidemment, cela ne peut se soutenir.

Si j'avais eu la prétention de constater sur ces malades des effets inconstants et difficiles à saisir, comme ceux qui peuvent résulter de l'ingestion d'une infusion de tilleul, ou même d'une pilule contenant 1 centig. d'extrait d'opium, l'argument précité eût pu, en effet, s'appliquer à mon travail; mais M. Vernois a prescrit des doses souvent très-considérables de substances dont les effets sont des plus constants et des plus faciles à observer : ainsi les bourdonnements d'oreilles, après l'ingestion de 5 et 6 grammes de sulfate de quinine; les signes propres à l'absorption de l'iodure de potassium, après l'introduction de 5, 8 et 14 grammes de ce médicament; la dilatation des pupilles, sous l'influence de 40, 90, 110 centig. d'extrait de belladone, introduits dans les voies digestives, ou de frictions faites avec 2 grammes d'extrait dans chaque aisselle; la stomatite, à la suite de doses énormes de mercure administrées à un nombre considérable de malades. Voilà, certes, des effets sur lesquels il était raisonnablement permis de compter, au moins dans la plupart des cas, malgré les différences individuelles et même malgré les modifications que la maladie peut imprimer à l'économie.

D'ailleurs, si l'on y réfléchit, la première objection de M. Lemaire, prise à la lettre, détruirait toute la thérapeutique médicale.

Pour justifier la différence d'action des médicaments, dans l'état physiologique et dans l'état pathologique, mon honorable critique cite l'exemple du tartre stibié donné à haute dose dans la pneumonie, et qui agit, dit-il, *sans produire de phénomènes physiologiques*. Mais d'abord je ferai observer que, le plus souvent, cela n'est pas exact, car les premières cuillerées produisent *le vomissement*, et souvent encore les antimoniaux déterminent *la diarrhée*. S'il était besoin d'étayer cette observation, que chacun de nous a pu faire si souvent, je citerais, par exemple, l'immortel Laënnec : « D'autres, *et c'est le plus grand nombre*, éprouvent deux ou trois vomissements, et vont cinq ou six fois à la selle le premier jour (1). » Je citerais encore M. Chomel : « Les malades qui ont guéri ont eu *tous*, à l'exception de deux, des nausées, des vomissements, et le plus souvent des selles plus ou moins nombreuses (2). »

(1) *Auscult. médiate*, p. 609 et suiv.
(2) *Leçons*, p. 545.

Ensuite, qu'on veuille bien remarquer le *modus administrandi* : très-souvent on associe le médicament à l'opium, précisément dans le but de s'opposer à la manifestation des signes physiologiques principaux, le vomissement et la diarrhée.

On voit donc que, même dans les exemples qu'on m'oppose, les signes physiologiques existent dans la majorité des cas, malgré l'état morbide et malgré les obstacles qu'on leur oppose. Or, est-il raisonnable de supposer que les malades de M. Vernois aient fait encore ici, tous de concert, une exception dont on ne trouve pas d'exemples dans d'autres maladies? Sans doute, s'il n'y avait eu qu'une ou deux expériences avec un seul médicament, l'objection pourrait avoir quelque valeur; mais l'identité des résultats d'un très-grand nombre d'expériences, fait que celles même qui, prises isolément, présenteraient un côté vulnérable, acquièrent de la valeur, réunies au faisceau commun.

Quant à l'eau de laurier-cerise, second exemple choisi par M. Lemaire, je ne comprends guère qu'on l'ait prise comme type. Y a-t-il, en effet, un médicament plus variable dans sa composition? Ne sait-on pas qu'on a vu dans cette eau un poison violent, ou, dit M. Trousseau, une préparation tellement innocente, qu'on peut en administrer jusqu'à 12 onces par jour à un homme sans qu'il en soit incommodé. Ici, ce n'est pas l'état morbide qu'il faut accuser, mais bien les proportions variables d'acide prussique que contient le médicament. Pourrait-on en dire autant des médicaments que M. Vernois a prescrits? J'ajouterai que l'influence du virus rabique sur la neutralisation des effets de l'eau de laurier-cerise, n'est pas, sur l'homme au moins, un fait aussi tranché que le prétend M. Lemaire, car on lit dans MM. Trousseau et Pidoux : « Nous avons donné à un homme atteint d'hydrophobie, 36 gouttes d'acide prussique de Schéele, dix secondes après, il *parut mort....* »

Il me semble donc bien démontré que, si les principes rappelés par M. Lemaire sont quelquefois vrais, ils ne sont pas susceptibles d'application aux observations que contient ma Thèse; c'est d'ailleurs ce qu'avait reconnu M. Am. Latour, dans le Compte rendu qu'il a donné de ce travail (1).

On a encore objecté que j'aurais dû, pour convaincre, puiser mes preuves dans l'analyse chimique. Mais, outre que j'ai essayé bien des fois inutilement de recueillir de l'urine dans la vessie de nos cholériques, je crois pouvoir avancer que la *réaction* de la belladone sur les pupilles, est un critérium de l'absorption de ce médicament, aussi sûr que la réaction que l'on peut produire dans un verre à expériences. J'ai vu employer tant de fois ce médicament, par M. Vernois, que je suis parfaitement convaincu que la belladone, *absorbée à dose suffisante*, produit la dilatation des pupilles, nonobstant la maladie du sujet, presque aussi infailliblement que l'amidon décèle la présence de l'iode. Mais même en admettant que ce fait puisse souffrir quelques exceptions, pour que mes expériences fussent frappées de stérilité, comme le veut M. Lemaire, il faudrait encore ici que nous n'ayons rencontré dans tous nos malades que des êtres exceptionnels, ce qui serait au moins fort bizarre!

Voici enfin une dernière réponse qui, si je ne m'abuse, englobe toutes les objections, fortes ou faibles, qu'on a pu adresser à ma thèse. Il y avait un moyen fort simple de savoir si, comme le prétendent mes honorables critiques, les médicaments administrés aux cholériques de M. Vernois ne donnaient pas les signes physiologiques de leur absorption, parce que l'état morbide s'opposait à leur manifestation, tout en permettant l'absorption du médicament; ou bien si, comme j'en ai la profonde conviction, l'absence de ces signes tenait à la perte de la propriété d'absorber. Pour cela il suffisait de remplacer l'absorption, que je supposais anéantie, par une opération qui pût, comme elle, porter le médicament dans la trame de nos tissus, et de s'en référer à ce simple raisonnement : Si c'est bien par le fait de l'état morbide que les signes physiologiques ne paraissent pas, ils ne se produiront pas davantage après cette opération; si au contraire ils n'ont pas eu lieu par le fait de la perte de l'absorption, ils devront se manifester aussitôt que j'aurai suppléé à cette faculté, en produisant artificiellement ses résultats.

Eh bien! la réponse a été précise, et je l'avais fait pressentir dans ma thèse, en racontant une injection de belladone dans les veines; *trois minutes après les pupilles étaient complétement dilatées!* J'ai répété depuis ces injections avec d'autres substances, et le résultat, sauf quelques légères variations, a été le même.

Donc, dans les observations que contient ma Thèse, c'est le défaut d'absorption qui a empêché la production des signes physiologiques.

Veuillez agréer, etc.

Paris, 11 octobre. Dr DUCHAUSSOY.

(1) *Union méd.*, 5 septembre.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 124. 2e année. Mardi 17 Octobre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 16 Octobre 1854.

La microscopie pathologique est-elle utile?

A propos de la séance de l'Académie de médecine.

Est-il utile de se servir du microscope, dans l'étude de l'anatomie pathologique? Telle est la question que nous sommes obligé de discuter aujourd'hui.

Ainsi posée, cette question surprendra sans doute quelques lecteurs. L'utilité de l'anatomie pathologique une fois admise d'une manière générale, il est bien clair, en effet, que tout ce qui est propre à ajouter de nouveaux faits à ceux que possède déjà cette science est propre en même temps à jeter un nouveau jour sur la nature des lésions, et à rendre des services à la pathologie. Le microscope est un puissant moyen d'investigation qui est venu s'ajouter aux autres. Au même titre que le scalpel, les injections, les macérations, les analyses chimiques, il dévoile certaines particularités qu'on ne connaîtrait point sans lui. — Vaut-il mieux étudier tous les caractères des lésions, ou une partie seulement de ces caractères? Vaut-il mieux connaître toute la vérité, ou une partie seulement de la vérité? Ce n'est pas en ces termes que la question a été posée, mais il est palpable que c'est à cela qu'elle se réduit.

Pour qu'une chose aussi claire et aussi simple ait soulevé des contestations, il faut qu'une cause bien puissante ait agi sur les hommes si éminents et si nombreux qui sont devenus les adversaires du microscope. Cette cause, nous prendrons la liberté de la faire toucher du doigt et de la rendre évidente pour tout le monde; elle n'est propre ni à un homme ni à une époque; elle a toujours existé, elle existera toujours. Après l'avoir signalée chez les autres, tôt ou tard, sans doute, nous en subirons nous-mêmes l'influence; c'est qu'en effet elle fait partie de l'organisation humaine. Elle est tellement générale qu'elle est depuis longtemps érigée en loi; c'est la loi de résistance en vertu de laquelle un ordre de choses attaqué se défend contre ce qui l'attaque. En science, en littérature, en politique, en administration, toute innovation de quelque importance déplace des intérêts et soulève des résistances. Faut-il s'en plaindre? Non, il faut s'en féliciter. La lutte qui s'allume toujours en pareil cas arrête et étouffe les doctrines nouvelles quand elles reposent sur l'erreur; elle assure au contraire le triomphe durable de celles qui portent la vérité dans leurs flancs : précieuse sauvegarde qui modère les révolutions, et qui, tout en rendant le progrès moins rapide, le rend en revanche plus certain, puisqu'elle le protége contre ses propres excès!

Mais descendons de ces hauteurs ambitieuses, et revenons à l'anatomie pathologique.

Il y a plus de trois siècles que les pathologistes ont commencé à faire des autopsies et à étudier sur le cadavre les lésions qui avaient donné lieu, pendant la vie, aux principaux symptômes. Cette étude n'offrit, pendant longtemps, qu'un intérêt de curiosité. L'anatomie pathologique eut ses temps fabuleux. Ce fut d'abord un ensemble d'anecdotes détachées, où se heurtaient les faits les plus disparates, où beaucoup de vérités se mêlaient à des erreurs étranges, où des narrations très-réelles prenaient place à côté des histoires les plus fausses et les plus absurdes. De loin en loin on voyait paraître, sous les noms d'*Anatomia practica*, ou d'*Anatomia medica*, ou de *Sepulchretum*, des recueils où étaient rassemblés sans discernement et sans ordre, les observations, bonnes ou mauvaises, probables ou improbables, que les divers auteurs avaient jusqu'alors publiées. Il est difficile aujourd'hui de lire sérieusement trois pages de suite de ces recueils singuliers, qu'on accueillait partout alors avec une faveur marquée.

Cela dura pendant plus de deux cents ans : l'anatomie pathologique ne méritait pas encore le nom de science. Elle n'avait rien généralisé; elle n'avait émis aucun principe et n'avait été le point de départ d'aucune doctrine; mais aussi elle n'avait froissé personne. C'est pourquoi elle jouissait d'une estime générale.

Mais un jour, — il y a de cela environ un siècle, — le vaste génie de Morgagni entreprit de grouper méthodiquement et de purifier les immenses matériaux recueillis par ses devanciers, en y joignant les nombreuses observations de Valsalva et les siennes propres. Il lui parut que l'anatomie pathologique pouvait devenir une science, et que cette science devait éclairer de son flambeau la pathologie tout entière. — Il ne s'agissait plus seulement de découvrir les lésions, mais encore de préciser la nature des maladies, leur siége et leurs causes, — *de sedibus et causis morborum.*

Ce jour-là, un immense progrès fut accompli. On croit peut-être que ce progrès fut accueilli avec empressement? Qu'on se détrompe! Ceux-là même qui favorisaient l'anatomie pathologique avant qu'elle fût devenue une science, se firent ses adversaires lorsque le souffle de Morgagni l'eut fécondée et en eut fait jaillir des doctrines nouvelles. Les théories du temps, attaquées dans leurs racines, réagirent contre la jeune science qui les menaçait d'une ruine prochaine. Elles se défendirent : c'était leur droit. Elles succombèrent : c'était leur destin. Les cinq préfaces de l'immortel ouvrage de Morgagni donnent une idée de la résistance opiniâtre contre laquelle le progrès eut à lutter. Quand on croit savoir quelque chose, il est gênant de le désapprendre et de descendre pour la seconde fois sur les bancs de l'écolier.

Aussi, dit Morgagni, a-t-on préféré *nier l'utilité de l'anatomie pathologique!* — « On traite volontiers d'inutile ce qu'on ne « sait point : c'est une espèce de vengeance (1). »—*Unusquisque, ex his quæ ipse non habet, judicat id, quod in alio abundat, superfluum esse* (2). Ces deux citations malicieuses sont presque la seule représaille que Morgagni ait cru devoir exercer contre ses détracteurs.

Nous trouvons dans la préface du 3e livre une curieuse objection qu'on dirigeait alors contre l'anatomie pathologique. « Vous n'apercevez, disait-on, que les lésions grossières ; les lésions élémentaires échappent à vos sens, parce qu'elles résident dans les particules invisibles du corps, *causas esse nostris sensibus inaccessas, quippe in occultis invisibilium particularum conformationibus positas.* » Ainsi, on reprochait alors à la Jeune École de Padoue de ne pas étudier les particules élémentaires que le microscope a dévoilées aux modernes. Que les temps sont changés ! C'est précisément le reproche inverse qu'on adresse maintenant à la Jeune École de Paris.

On sait quel fut le résultat de ces luttes mémorables qui remplirent une partie du XVIIIe siècle. Lorsque Morgagni descendit dans la tombe, chargé de gloire et d'années, son école avait définitivement triomphé. Exception faite d'un point presque imperceptible du monde scientifique, l'anatomie pathologique règne aujourd'hui sans contestation dans toutes les écoles, et dicte ses lois à la nosologie. Un siècle seulement s'est écoulé depuis cette époque, et les infatigables ouvriers du scalpel ont déjà renouvelé la face de la science, et ont accompli plus de progrès, réalisé plus de découvertes utiles, que ne l'avaient fait les empiriques, les dogmatiques et tous les rêveurs des vingt siècles précédents.

Nous tous, qui composons ce qu'on appelle maintenant la Jeune École de Paris, nous avons été dirigés par nos maîtres, à notre entrée dans la science, vers l'étude de l'anatomie pathologique ; on nous a dit, on nous a répété, — on l'a dit et répété surtout à ceux d'entre nous qui cultivent plus particulièrement la chirurgie : Si vous voulez connaître les maladies, étudiez d'abord les lésions, faites des autopsies, disséquez les pièces pathologiques, injectez-les, ayez recours, au besoin, à l'analyse chimique : servez-vous, en un mot, de tous les moyens d'investigation !

Nous avons obéi à cette impulsion, qui nous était donnée par nos maîtres ; or, voici ce qui en est advenu :

Il y avait depuis longtemps, dans le cabinet des curieux, un instrument qu'on appelait le microscope ; cet instrument avait plus d'une fois été mis à profit par les savants, mais sans qu'on sache pourquoi, l'usage ne s'en était guère répandu. On nous avait habitués à entendre parler avec admiration des découvertes accomplies avec le secours de ce puissant auxiliaire. Dès la première année de nos études, on nous avait élevés dans le respect des lentilles grossissantes. Sans le microscope, nous disait-on, que saurions-nous de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryologie végétales? Sans lui, que saurions-nous de l'histoire des infusoires, de la composition du sang, du chyle, du sperme, ou de la constitution de la pulpe cérébrale, ou de la structure des glandes? N'est-ce pas lui qui a fourni la démonstration directe et irrévocable de la circulation du sang? N'est-ce pas lui qui a révélé les merveilles des formations embryonnaires? Voilà ce qu'on nous disait ; nous l'avons cru, et nous avons eu raison de le croire, parce que c'était vrai, parce qu'un peu de réflexion nous apprenait qu'au delà des éléments accessibles à l'œil nu, il devait y avoir d'autres éléments aussi constants, plus constants même dans leur constitution anatomique que ceux dont nos sens imparfaits prenaient connaissance sans le secours du microscope ; parce qu'enfin l'histoire était là pour nous montrer que le microscope avait joué dans les sciences naturelles le même rôle que le télescope dans les sciences astronomiques.

Ainsi, nos maîtres nous avaient dit, d'une part : Étudiez les lésions par tous les moyens d'investigation dont vous pouvez disposer. Et d'autre part : Le microscope est un excellent moyen d'investigation. L'application du microscope à l'étude des lésions découlait inévitablement de ces deux excellents préceptes. La Jeune École de Paris, pleine de déférence pour d'aussi sages conseils, est entrée sans hésiter dans la voie qui lui était ouverte, bien sûre qu'en agissant ainsi, et en explorant un nouveau coin du champ de l'anatomie pathologique, elle ferait une œuvre utile et couronnerait celle de ses devanciers.

Les circonstances semblaient des plus favorables. Un long cri d'admiration remplissait l'Europe scientifique. La théorie cellulaire venait de paraître. Raspail avait dit, comme Archimède : « Donnez-moi une cellule, je vous construirai un organisme ! » Et les Allemands, chercheurs de l'unité, s'étaient emparés de cette idée. Fibres ou membranes, tissus ou organes, animaux ou végétaux, tout devait le jour aux modifications ou aux transformations des cellules élémentaires. Ce fut bien mieux encore, le jour où Muller étudia les tissus pathologiques, et y trouva des cellules ou des tissus d'origine cellulaire. L'unité, ce feu follet poursuivi depuis si longtemps, semblait sur le point de se laisser atteindre. Et c'était le microscope qui avait fait tout cela !

La théorie cellulaire n'a brillé parmi nous que d'un éclat passager. Mais l'Allemagne, qui l'a vue naître, en subit encore l'influence. Et, pour le dire en passant, c'est là la cause principale des divergences qui existent entre les micrographes allemands et les micrographes français. Aveuglés par leurs théories unitaires, nos voisins d'outre-Rhin n'acceptent pas la spécificité des diverses cellules. Le jour où il y aurait une différence fondamentale entre les cellules normales et les cellules pathologiques, le jour où les globules de pus, de tubercule et de cancer seraient autant de formations hétéromorphes ; le jour où les tumeurs épithéliales, cancéreuses et fibro-plastiques renfermeraient chacune un élément absolument distinct, ce jour-là l'unité s'évanouirait, et le rêve serait fini. Certes, les Allemands ne prétendent pas que tous ces éléments soient identiques dans leurs apparences, ils les distinguent les uns des autres ; ils les classent en catégories parfaitement limitées, et parfaitement conformes à celles que nous adoptons ; mais ils conservent toujours une arrière-pensée unitaire qui retentit sur leurs doctrines, qui les empêche de séparer des choses différentes, et qui leur fait admettre des cancers à cellules cancéreuses, des cancers à cellules épithéliales, des cancers à éléments fibro-plastiques, voire des cancers fibreux !

Quoi qu'il en soit, la doctrine cellulaire, à cause même de sa très-grande généralité, n'attaquait de front aucune doctrine régnante ; son entrée dans le champ de la pathologie ne souleva donc aucune objection, et fut même accueillie avec une curiosité bienveillante. Les chirurgiens étaient fort contents d'apprendre que, dans les tumeurs qu'ils avaient enlevées, il y avait une innombrable quantité de gracieuses cellules et de charmants noyaux armés de nucléoles. Les cancers, les cancroïdes, les sarcômes fibro-plastiques, les hypertrophies mammaires, confondus alors sous une dénomination commune, renfermaient en effet et renferment encore des éléments microscopiques de nature cellulaire, qu'on sait distinguer aujourd'hui, mais qu'on prenait alors pour de simples variétés de la cellule unitaire. Les micrographes, planant toujours dans les nuages, n'étaient pas encore descendus dans les humbles détails de la clinique. Le microscope n'avait jusque-là froissé ni les doctrines ni les personnes, et tout le monde applaudissait.

Plusieurs années s'écoulèrent ainsi ; mais cela ne pouvait toujours durer : ce que l'anatomie pathologique du scalpel avait fait, l'anatomie pathologique du microscope devait le faire à son tour. Un jour, on imagina de rassembler en un faisceau les résultats obtenus à l'aide du microscope ; de rapprocher ces résultats de ceux que fournit la simple vue, et de prendre l'anatomie pathologique, ainsi régénérée, pour point de départ d'une nouvelle étude clinique. Mais est-il possible d'ajouter un membre nouveau à un corps déjà formé, sans déranger momentanément l'harmonie de l'ensemble, — *nova velut membra peracto corpori intexere, nec tamen priora turbare* (Pline) ? Évidem-

(1) Fontenelle ; préface de l'*Histoire de l'Académie des sciences* pour 1699, éd. in-12, p. VIII.

(2) Lettre à Denys d'Halicarnasse, attribuée à Hippocrate. *Hippoc. opera*, ed. Linden. Naples, 1757, in-4°, t. 2, p. 404.

ment non. Tant que les micrographes purs avaient seuls manié le microscope; tant que leurs observations étaient restées stériles pour la pratique, l'histologie avait été acceptée avec empressement; mais lorsque des cliniciens se firent micrographes, lorsqu'ils comparèrent l'histoire des malades avec l'histoire des tumeurs, lorsqu'ils se heurtèrent contre les doctrines régnantes, la résistance commença.

Quelques personnes voulurent d'abord prouver que le microscope était un instrument infidèle, source d'illusions et d'erreurs. Cette étrange assertion ne fut pas de longue durée; on s'aperçut qu'on avait fait un contre-sens physique : on se rejeta sur une autre objection. On s'efforça de mettre les micrographes en contradiction les uns avec les autres ; on leur tendit des piéges; on s'amusa à leur envoyer des parcelles de tumeurs sans leur faire la faveur d'y joindre le moindre renseignement, ou même en y joignant à dessein des renseignements trompeurs. Cette nouvelle campagne n'eut qu'un médiocre succès. Il fallut reconnaître enfin que les documents fournis par le microscope n'étaient pas mensongers, et que les éléments microscopiques existaient réellement.

Le débat est donc entré maintenant dans une nouvelle phase. On ne conteste plus la précision ni l'exactitude des observations microscopiques. On conteste leur utilité : c'est sur ce terrain que la discussion a été établie devant l'Académie de médecine.

Ou pour mieux dire on ne conteste l'utilité du microscope que dans ses applications à l'anatomie pathologique de *certaines* tumeurs. On accepte sans arrière-pensée toutes ses autres applications. On admet qu'il est utile et très-utile en botanique, en zoologie, en anatomie et en physiologie normales. On reconnaît volontiers qu'il a éclairé une foule de questions anatomo-pathologiques. On lui rend grâce pour les renseignements qu'il a fournis sur le sarcopte de la gale, sur les échinocoques, sur les végétaux parasites de la teigne et du muguet. On le trouve très-bon pour étudier le pus et les dépôts morbides des urines. — On va plus loin, on le considère comme excellent pour différencier des véritables cancers les tumeurs hypertrophiques (ou adénoïdes) de la mamelle. Ainsi le microscope est bon, il est excellent dans toutes les sciences plus ou moins médicales; il est bon, il est excellent dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes du champ de l'anatomie pathologique; mais dès qu'on arrive dans le coin ou sont groupées, sous le nom de cancer, des tumeurs composées d'épithelium et des tumeurs composées d'éléments fibro-plastiques, alors le microscope devient détestable, il ne sert plus qu'à tromper, à égarer. En d'autres termes, dans l'immense majorité de ses applications, le microscope a confirmé ou complété des doctrines vraies : là on l'a accueilli sans hésitation. Puis il est venu se heurter contre une doctrine obscure et erronée. Et au lieu de se demander si cela ne venait pas de ce que cette doctrine, semblable à une beauté flétrie, ne pouvait souffrir le grand jour, on s'en est pris à l'instrument qui avait fait une trop grande lumière, et on a commencé à nier l'utilité du microscope. N'est-ce pas ce qu'on appelle avoir deux poids et deux mesures?

Pour mettre le lecteur au courant de la situation, nous avons dû commencer par des réflexions historiques et lui faire part des oppositions successives que le microscope a rencontrées. Mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à dire que M. Velpeau, le plus redoutable adversaire des doctrines modernes, n'a jamais pris part à la petite croisade qu'on a dirigée contre le nouveau moyen d'investigation. Nous ne l'avons jamais confondu avec les autres adversaires dont nous venons de parler. Dévoué avant tout à la recherche de la vérité, il a toujours favorisé loyalement l'usage du microscope. Il n'a même jamais mis en doute la puissance de cet instrument. Ainsi qu'il l'a dit lui-même devant l'Académie, plusieurs micrographes ont été ses élèves. Tous ont eu à se louer de sa bienveillance et de la protection qu'il a accordée à leurs travaux. M. Velpeau ne nie pas les différences de structure que le microscope révèle dans les diverses tumeurs réputées cancéreuses. Il accepte sans arrière-pensée que la lésion du cancroïde diffère de celle du cancer et de celle de la tumeur fibro-plastique. Seulement, dominé par l'importance des caractères cliniques, il pense que les analogies symptomatologiques suffisent pour relier ensemble et pour faire confondre, comme par le passé, dans une même classe, des tumeurs dont la structure est pourtant si différente.

C'est ce qu'il s'est efforcé de prouver devant l'Académie, dans la deuxième partie de son discours. Sa conclusion a été, non pas que le microscope était à jamais inutile, comme quelques-uns le lui font dire, mais qu'il avait été inutile jusqu'ici, ce qui est bien différent, et ce qui réserverait du moins l'avenir, si nous succombions dans la lutte.

L'éminent orateur a reproduit à la tribune les arguments qu'il avait déjà eu l'occasion d'exposer dans la préface de son *Traité des maladies du sein*. Ainsi que nous l'avions prévu, ainsi même que nous l'avions annoncé dans notre premier article, sa parole a fait une vive impression sur l'Académie, et cette impression est tout à fait défavorable à la cause du microscope.

Il faudrait un volume pour répondre à tous les arguments si habilement présentés par M. Velpeau. Il a cité un grand nombre de faits qu'il a interprétés à son point de vue, et que nous ne pourrions ramener à leur interprétation véritable que par de très-longues discussions renouvelées pour chacun d'eux. Nous serons donc obligé quelquefois de nous borner à cet égard à de simples assertions ou à des fins de non-recevoir. Il y a ajouté l'histoire de deux ou trois faits qui, nous ne le dissimulons pas, sont très-embarrassants pour notre doctrine. Ainsi, la récidive d'un cancroïde de la lèvre inférieure *gauche*, dans l'épaisseur du maxillaire supérieur *droit*, est un fait fort difficile à expliquer, s'il est bien constaté que le produit morbide, dans les deux cas, fût réellement de nature épithéliale. Nous n'avons pas lieu d'en douter, quoique M. Velpeau n'ait donné à cet égard aucun détail. Ainsi encore, la récidive d'un cancroïde épithélial, sous forme d'une tumeur à cellule cancéreuse, est encore une circonstance qui, si elle était confirmée par d'autres observations, deviendrait fort embarrassante pour nous. Mais il faut attendre : un fait peut-être modifié ou altéré par tant de causes diverses ! Par exemple, plusieurs tumeurs parviennent le même jour chez le même micrographe : celui-ci les examine toutes, mais les confond ensuite l'une avec l'autre, et intervertit l'ordre de ses réponses. Pour notre part, nous avons été plusieurs fois sur le point de commettre cette confusion, dont les conséquences auraient pu être si graves, et nous ne jurerions pas qu'il ne nous soit jamais arrivé de nous y laisser prendre. Ou bien encore : il ne nous parvient qu'une petite parcelle d'une tumeur; nous l'examinons scrupuleusement; nous n'y trouvons pas d'élément cancéreux. Nous répondons que la tumeur n'est pas cancéreuse, sans réfléchir qu'il y a peut-être du cancer dans le reste de la tumeur qui n'a point passé sous nos yeux. Autour des tumeurs cancéreuses, il y a très-souvent des dépôts fibro-plastiques en grand nombre; à côté des squirrhes ou des encéphaloïdes du sein, il n'est pas rare de trouver des points où la glande mammaire n'est qu'hypertrophiée; si alors, on examine seulement une partie limitée de la tumeur, on peut être conduit à faire une réponse trompeuse. A bien prendre, on ne devrait donner un avis sur la structure d'un produit morbide que lorsqu'on l'a tout entier sous les yeux. Ajoutons que les micrographes peuvent se tromper. S'il suffisait d'acheter un microscope pour devenir infaillible, les opticiens feraient bien vite fortune. Ajoutons enfin que les externes chargés de porter les tumeurs au domicile des micrographes, se permettent quelquefois de désobéir aux ordres de leur chef et d'improviser le lendemain une réponse quelconque, substituant ainsi leur propre sagesse au jugement que le microscope aurait dû porter. Nous savons, *de très-bonne part*, que cela est arrivé plusieurs fois, dans le service même de M. Velpeau. Certes, ce ne sont là que des fins de non-recevoir : ces causes d'erreur ne peuvent exercer leur influence que dans des cas exceptionnels, mais exceptionnels aussi, et très-exceptionnels même sont les faits embarrassants que M. Velpeau a invoqués. — Il faut donc attendre encore, et voir si de nouveaux faits semblables viendront se joindre aux précédents.

M. Velpeau s'efforce de prouver, par des faits cliniques, que

les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques sont de véritables cancers. Il consent à constater leurs différences de structure en les désignant sous les noms de *cancer épithélial* et de *cancer fibro-plastique*, mais il tient essentiellement à les ranger dans le même groupe morbide à cause de l'identité de leur marche et de leurs symptômes.

Or, cette identité est loin d'être complète, au dire de M. Velpeau lui-même (1). « Tous les *cancroïdes* (ou tumeurs épithé-« liales) que j'ai rencontrés ont été soumis à l'examen du mi-« croscope, et, je ne crains pas de l'affirmer, jamais les micro-« graphes ne m'ont vu prendre une tumeur de ce genre pour une « autre au lit des malades. » Nous n'en demandons pas davantage. Ainsi, il est bien convenu que les signes extérieurs du cancroïde sont tellement différents de ceux du cancer, que M. Velpeau ne s'y trompe jamais, et que toujours, avant l'opération, il lui est possible de dire : Dans cette tumeur on trouvera l'élément cancéreux, dans cette autre on trouvera l'élément épithélial! Deux affections qui se diagnostiquent avec une pareille certitude pendant la vie, et qui à l'examen anatomique, *à l'œil nu comme au microscope*, se révèlent par des lésions aussi différentes, ne sont donc pas des affections identiques. Il faut qu'il y ait dans leur siége, dans leur début, dans leur marche, des caractères distinctifs aussi tranchés que ceux qui séparent la pleurésie de la pneumonie, les tubercules de la bronchite chronique, les rétrécissements cardiaques des insuffisances, les tubercules osseux de la carie, et tant d'autres affections qu'on a si longtemps confondues, jusqu'à ce que l'anatomie pathologique, dénonçant la différence des lésions, ait appelé l'attention des cliniciens sur la différence des symptômes.

Oui, M. Velpeau a parfaitement raison. Il est aussi possible, il est aussi facile, et plus facile même, de distinguer le cancroïde du cancer, que de distinguer une luxation d'une fracture articulaire. Ici, comme partout, l'anatomie pathologique a tenu ses promesses. Différence de lésions! différence de symptômes!

Mais, objecte M. Velpeau, il y a entre le cancroïde et le cancer des ressemblances telles qu'on doit confondre ces affections entre elles. L'un et l'autre rongent les tissus, s'étendent sans limites, s'ulcèrent, suppurent indéfiniment, et finalement l'un et l'autre tuent les malades. « Dire que la mort aura lieu par dé-« sorganisation des parties atteintes et non par infection géné-« rale, ne consolerait guère le malade, je suppose, puisque d'une « façon ou de l'autre, il doit en mourir (2). » Il ne s'agit pas ici de consoler les malades, ce n'est pas à eux que s'adresse cette discussion. Il s'agit de chercher et de trouver la vérité. Le malade, abandonné à lui-même mourra, c'est entendu, mais si l'art intervient à temps, si l'on pratique l'ablation complète du mal, le cancéreux aura une récidive à peu près inévitable, tandis que la guérison sera beaucoup, mais beaucoup plus probable dans le cas de cancroïde. Croit-on que ce renseignement fût indifférent pour les malades?

Eh! sans doute! le cancer et le cancroïde offrent l'un avec l'autre de grandes analogies; mais s'ils ne se ressemblaient pas, les aurait-on confondus si longtemps? Et quand nous disons *cancroïdes,* ne désignons-nous pas, par cela même, une affection qui ressemble au cancer? Seulement, ressemblance ne veut pas dire identité.

Le cancroïde débute toujours sur les membranes tapissées d'épithélium; le cancer peut débuter partout où il y a des vaisseaux. La très grande majorité des prétendus cancers de la peau, les *noli me tangere* du visage, la plupart des tumeurs suspectes des lèvres, du prépuce, des grandes lèvres, du scrotum et de la peau des membres sont des cancroïdes et non point des cancers. Il suffit de rappeler cette circonstance, pour que chaque chirurgien trouve dans ses souvenirs classiques et dans son expérience clinique de quoi établir des différences entre le cancroïde et le cancer. Que l'on compare, par exemple, la marche du *noli me tangere,* avec celle du cancer véritable. Dureté beaucoup plus grande, malignité beaucoup moins prononcée, intégrité presque constante des ganglions, et surtout récidives beaucoup moins fréquentes du mal après l'ablation. Début par un petit bouton à base diffuse, ou par une simple tumeur verruqueuse, ou par une surface légèrement ulcérée ou fendillée qui se recouvre de croûtes; état stationnaire pendant longtemps, pendant deux, trois, dix, quinze années même, puis un jour, en général sous l'influence de causes irritantes, la tumeur prend de la consistance et l'ulcère s'élargit; il ronge lentement les tissus, produit des délabrements considérables, détruit les téguments dans une grande étendue, attaque même les os, et tout cela sans que la santé générale soit altérée. Citer des observations serait inutile. Le véritable cancer se comporte-t-il ainsi?

Cette bénignité relative des prétendus cancers du visage, annoncée par Ledran, a été vérifiée depuis un siècle par une foule d'auteurs, qu'il serait trop long de citer. Quel est l'argument habituel des chirurgiens qui considèrent le cancer comme un mal primitivement local? Quel est l'exemple qu'ils invoquent pour établir cette assertion consolante et malheureusement inadmissible? L'exemple, précisément, des cancers des lèvres et du visage. Lorsqu'on enlève complétement ces tumeurs, disent-ils, les malades sont le plus souvent guéris. Or, cette différence, constatée déjà depuis longtemps entre le cancroïde et le cancer, le microscope est venu la confirmer. Il n'a fait, sous ce rapport, que corroborer les résultats de l'observation clinique. Et ces différences cliniques, assez frappantes pour avoir été admises même par les auteurs qui subissaient l'influence de la doctrine classique, nous ne les accepterions pas, nous à qui le microscope en a révélé la véritable cause!

Une autre différence, qui creuse un abîme entre ces deux affections, c'est la circonstance d'une infection générale, d'une cachexie particulière, qui termine ordinairement la vie des cancéreux, et qui manque constamment dans les cas de cancroïde. Cette cachexie, décrite par les auteurs, se révèle pendant la vie par des caractères non équivoques. Elle devient tout-à-fait évidente à l'autopsie. L'ouverture du cadavre démontre, dans plus de la moitié des cas, des cancers viscéraux multiples chez les individus qui succombent aux progrès naturels du cancer. Il n'y a pas encore dans la science un seul cas bien avéré de tumeurs épithéliales viscérales trouvées chez les individus qui succombent aux progrès des affections cancroïdes. M. Velpeau rapporte, il est vrai, l'histoire d'un malade qui mourut à la suite de l'ablation d'une tumeur de la lèvre et qui présenta à l'autopsie des tumeurs multiples dans le foie. Mais cette observation, que l'auteur a déjà citée dans sa *Médecine opératoire,* est antérieure à 1839, et remonte à une époque où on n'examinait pas les tumeurs au microscope. Or, il est bien certain, personne ne l'a nié, qu'il y a quelquefois de vrais cancers à la lèvre; nous en avons vu trois exemples, et M. Lebert en a cité plusieurs autres. Le fait de M. Velpeau se rapporte probablement à un fait de ce genre, et en tout cas il ne prouve absolument rien.

M. Velpeau insiste sur la possibilité et sur la fréquence des récidives des cancroïdes. Il sait bien que nous ne nions ni cette possibilité ni cette fréquence; mais il donne à entendre que c'est là une concession tardive qui nous a été arrachée, après coup, par l'évidence des faits. Or, il nous suffira de placer sous ses yeux les phrases suivantes, publiées en 1845, par M. Lebert, pour prouver que l'école moderne n'a pas été obligée de faire cette concession, attendu qu'elle a été la première à parler de la récidive du cancroïde : « Quant aux caractères distinctifs des tumeurs « cancéreuses qu'on avait donnés jusqu'à présent, tels que leur « tendance à récidiver... nous n'y trouvons nullement des carac-« tères exclusifs propres au cancer... (1).

« Cependant, l'ablation des tumeurs épithéliales ne met pas « toujours les malades à l'abri d'une récidive locale... Mais je ne « pense pas que ces tumeurs puissent donner lieu à une infection « cancéreuse. Ne perdons pas de vue, cependant, que le vérita-« ble cancer peut se rencontrer aussi bien dans la lèvre que par-

(1) *Traité des maladies du sein*, Préface, p. 9.
(2) Velpeau, *Maladies du sein*, Préface, p. 10.

(1) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. 2, p. 2.

« tout ailleurs... (1). — Nous signalons de nouveau, à cette occa-« sion, le peu de sévérité que mettent, en général, les patho-« logistes dans l'appréciation de l'ulcération et des récidives « locales, toujours disposés qu'ils sont, à voir du cancer par-« tout (2). »

Ainsi, dès le moment de son apparition, l'école moderne a proclamé la récidive du cancroïde, comme un phénomène non-seulement possible, mais encore parfaitement certain. Ce qu'elle disait alors, elle le dit encore aujourd'hui. Elle ajoutait, il est vrai, et elle maintient encore, que la récidive du cancroïde est beaucoup moins fréquente que celle du cancer. M. Velpeau n'admet pas cette proposition ; nous sommes malheureux de nous trouver ici en opposition avec l'expérience d'un maître aussi habile, mais nous avons du moins la consolation de pouvoir dire qu'en acceptant cette idée, conforme, du reste, aux résultats de nos propres observations, nous n'avons fait que nous ranger à l'opinion de la plupart des auteurs classiques.

Ce serait ici le lieu de parler des tumeurs fibro-plastiques, mais l'étendue déjà trop considérable de cet article ne nous le permet pas.

Paul Broca.

OPHTHALMOLOGIE.

Clinique du Dr Sichel.

Leçon sur l'encéphaloïde de la rétine,

suivie de la

Description micrographique des myéloblastes, par M. Ch. Robin.

(Suite et fin. Voir le n° 108.)

Persuadé du grand intérêt que nos confrères trouveront dans la lecture de la description anatomique de la tumeur examinée par M. Ch. Robin, nous publions dans tous ses détails la Note du savant micrographe, selon lequel l'affection en question n'est pas un cancer encéphaloïde, mais une maladie nouvelle découverte par lui et qui consiste dans l'hypertrophie d'un des éléments du cerveau et de la rétine, appelé *Myéloblaste*.

« *Examen micrographique de la tumeur.* — A l'ouverture de la cavité oculaire, la sclérotique étant incisée, on peut constater que la sclérotique et la choroïde sont complétement intactes. Le corps vitré, transparent, liquide, a notablement perdu de ses dimensions, sa partie postérieure a été résorbée par suite de la compression qu'exerçait sur elle la partie antérieure de la tumeur rétinienne.

« Il est facile de constater aussi que l'affection a son siége exclusivement dans la rétine : on peut, en effet, séparer celle-ci de la choroïde comme à l'état normal. Toute la partie de la rétine contiguë à la choroïde est très-vasculaire, d'un gris-rougeâtre dans une épaisseur de 1 millimètre ; il est facile de constater aussi qu'elle est encore appendue à l'insertion du nerf optique, et que cette couche plus vasculaire, ainsi que la masse pulpeuse qui y adhère, est en continuité avec elle et fait saillie dans l'épaisseur du corps vitré. Des vaisseaux, branches de l'artère et de la veine centrales de la rétine, s'épanouissent en nombre considérable dans cette couche qui représente encore la rétine et pénètrent dans la masse pulpeuse située en avant.

« A la face interne de cette couche épaisse de 1 millimètre qui, quant à la situation, représente la rétine, se trouve, adhérente et continue avec elle, une masse pulpeuse d'un gris rougeâtre sale, presque diffluente : cette masse pulpeuse est parsemée d'un très-grand nombre de petits grains blancs variant de diamètre depuis un point imperceptible jusqu'au volume d'un grain de semoule : ils sont très-abondants dans cette masse pulpeuse et manquent complétement ou presque complétement dans la couche gris rosé qui représente la rétine.

« Avant de décrire les éléments anatomiques de cette tumeur, nous devons noter que l'examen du tissu cellulaire et des muscles de l'orbite n'a montré aucun élément morbide, non plus que dans la sclérotique et la choroïde. Tout le mal a son siége dans la rétine.

« Voici maintenant quels sont les éléments anatomiques que l'on y trouve : aucun n'est hétéromorphe ou hétérologue ; on n'y rencontre ni les éléments du cancer ni ceux du tubercule ; la tumeur n'est donc pas cancéreuse ; ce sont, ainsi qu'on va le voir, tous les éléments anatomiques normaux de la rétine, avec addition d'une matière amorphe dont il sera question plus loin ; seulement, ces éléments anatomiques normaux sont là en bien plus grande quantité qu'à l'état normal et sont disposés sans ordre dans toute l'épaisseur du produit morbide, à l'exception toutefois de quelques-uns qui sont encore disposés par couches.

« Dans cette structure, nous noterons : 1° les bâtonnets ; ceux-ci ne sont plus disposés en membrane comme dans la membrane de Jacob à l'état normal, il est même rare d'en trouver qui offrent encore la disposition en couche membraneuse, tous sont isolés çà et là dans la tumeur; les uns portent encore à leur extrémité le globule sphérique qui leur adhère; sur d'autres, ce corpuscule s'est détaché et manque.

« 2° La couche grisâtre vasculaire dont nous avons parlé plus haut, est composée de deux sortes d'éléments anatomiques encore disposés en couches; la plus interne est formée de *myéloblastes* (M. Robin donnera plus tard la description imprimée de ces éléments anatomiques; *Voy. Dictionn. de Nysten,* 1854). Ces éléments offrent tous les caractères de l'état normal; ils sont peut-être un peu plus granuleux; dans les points où ils se touchent et sont comprimés les uns contre les autres, ils ont pris une forme un peu irrégulière et quelquefois un peu allongée; tous ceux, au contraire, qui sont isolés, ont la forme de sphère qui leur est habituelle.

« Entre les myéloblastes qui forment ainsi une couche, se trouve une certaine quantité de matière amorphe finement granuleuse. En dedans de la couche de myéloblastes se trouve une autre couche beaucoup plus épaisse, adhérente à la précédente ; elle est composée entièrement de cellules de la rétine. Ces cellules varient de diamètre, depuis 8 millièmes de millimètre jusqu'à $0^{mm},012$; elles sont parfaitement sphériques, la plupart transparentes, à peine granuleuses, ou seulement par places. C'est principalement dans ces deux couches que nous venons de décrire, que se répandent les vaisseaux de la face externe de la tumeur.

« Quant à la masse pulpeuse qui est en continuité de substance à la face interne de cette couche, et qui fait saillie dans le globe de l'œil, elle est composée de la manière suivante :

« 1° Une certaine quantité de matière amorphe granuleuse.

« 2° Des myéloblastes isolés, en grande proportion, d'autres en amas retenus par de la matière amorphe. Parmi ceux qui sont isolés, beaucoup offrent des granulations graisseuses qui leur donnent un aspect tout particulier.

« 3° On y trouve, en outre, une assez grande proportion de cellules propres de la rétine, soit isolées, soit réunies en petits amas, depuis le nombre de 3 ou 4, jusqu'à celui de 40 à 50, et même plus. La plupart sont très-transparentes, sans noyau, mais d'autres, assez granuleuses, existent en moindre proportion.

« 4° Il s'y rencontre aussi un certain nombre de corps granuleux, inflammatoires ou exsudatifs, variant de volume depuis $0^{mm},03$, jusqu'à $0^{mm},06$.

« Les grains blanchâtres ayant l'aspect de grains de semoule, deviennent d'un blanc mat, d'un aspect terreux, d'une consistance sablonneuse par la dessiccation. A l'état frais, comme à l'état sec, le microscope montre qu'ils sont composés de granules irréguliers jaunâtres, réfractant fortement la lumière, comme font les sels calcaires, ils offrent toutes les réactions du phosphate de chaux; ces amas sont donc constitués par ces granules miscroscopiques de phosphate calcaire à centre brillant et à contours foncés quand on les examine isolément, et par lumière transmise; et quand ils sont accumulés et vus par lumière réfléchie, ils sont blancs jaunâtres. Ils sont agglutinés les uns aux autres par la matière amorphe dont il a été question précé-

(1) *Loc. cit.*, p. 9.
(2) *Loc. cit.*, p. 398.

demment. Les plus gros de ces grains de phosphate renferment quelques corps, également de phosphate de chaux, qui sont polyédriques, irréguliers, surchargés de sommets cristallins, ayant les caractères du phosphate de chaux cristallisé, dont les arêtes et les angles dièdres sont assez nets dans quelques-uns, pour être facilement reconnus. Outre les granules microscopiques accumulés, il en existe un grand nombre de même nature qui sont libres dans la matière amorphe. Il en existe beaucoup aussi qui sont interposés aux myéloblastes dans la couche qu'ils forment; ils sont quelquefois assez nombreux pour recouvrir çà et là les myéloblastes et les masquer plus ou moins.

« D'après les recherches de M. Robin, il n'existe pas, dans la science, d'observation dans laquelle on ait constaté de *cancer* de la rétine, c'est-à-dire une tumeur formée par les éléments cancéreux et ayant cette membrane pour point de départ. Les tumeurs décrites sous le nom de cancer de la rétine ne seraient point formées par le tissu cancéreux, mais par les éléments anatomiques énumérés et décrits plus haut, parmi lesquels les *myéloblastes,* devenus plus abondants qu'à l'état normal, joueraient le principal rôle. »

On voit, par ce qui précède, que M. Ch. Robin a découvert une maladie entièrement nouvelle pour l'organe de la vue, maladie qui consiste dans l'hypertrophie de l'un des éléments de la rétine, le *myéloblaste,* lequel se trouve aussi dans la substance grise de l'encéphale.

Cette altération anatomique de la rétine, je ne l'ai jamais observée dans les nombreux cas d'encéphaloïde rétinien que j'ai examinés le scalpel en main, et dont un certain nombre a été observé avec moi par des micrographes compétents, tels que MM. Lebert et Mandl. L'aspect des pièces anatomiques est le même à l'œil nu dans l'encéphaloïde et dans l'hypertrophie des myéloblastes; la matière pulpeuse qui, dans l'observation que nous avons rapportée, se trouvait à la partie antérieure de la rétine dégénérée, dans l'espace, qu'à l'état sain occupe la partie postérieure du corps vitré; cette matière, dis-je, ne différait pas notablement de celle que l'on rencontre dans l'encéphaloïde rétinien, dans la dernière période duquel cette matière, de pulpeuse qu'elle était ici, devient plutôt crémeuse ou caséeuse.

Je reviendrai sur tous ces points lorsque je traiterai de l'encéphaloïde de la rétine dans mon *Iconographie ophthalmologique*, et dans une Monographie très-étendue de cette maladie que j'ai commencée il y a vingt-deux ans, et pour laquelle j'ai rassemblé de nombreux matériaux.

Il n'y a jusqu'ici aucun moyen de distinguer, sur le vivant, l'encéphaloïde de la rétine de l'hypertrophie des myéloblastes de cette membrane, et il est fort à craindre que, dans la marche ultérieure de l'affection, ces deux maladies ne puissent pas non plus être distinguées. Dans le cas actuel, la tumeur formée par l'hypertrophie des myéloblastes, arrivée à sa deuxième période et sur le point d'entrer dans la troisième, menaçait, par sa marche rapide et par les symptômes auxquels elle donnait lieu, de se terminer absolument comme l'encéphaloïde de la rétine.

Les indications thérapeutiques sont donc les mêmes dans l'un et l'autre cas, et je crois qu'il n'y a d'autre traitement à opposer à ces deux altérations organiques de la rétine, que d'essayer d'atrophier le globe oculaire, dès la première période de la maladie, par les moyens antiphlogistiques, antiplastiques et fondants, et de recourir, sans retard, à l'extirpation du globe oculaire, dès qu'elle menace d'entrer dans sa deuxième période.

A.-P. Doumic, *chef de clinique.*

Essai sur l'auscultation des poumons après la mort, comme pouvant servir à l'enseignement de l'auscultation,

Par le Dr L. Mailliot, *ex-vice-président de la Société anatomique.*

(Suite et fin. Voir les nos 117, 119, 121 et 122.)

NEUVIÈME EXPÉRIENCE.

Les poumons sont moins perméables à l'air dans les premières insufflations que dans les insufflations successives. On ne distingue le mouvement de leur surface qu'à la fin des insufflations. C'est à ce moment qu'un bruit crépitant, qui est précédé du murmure vésiculaire, se fait entendre. Plus l'ouverture de la trachée est étroite, plus les poumons mettent de temps à revenir sur eux-mêmes.

M. Demarquay ayant mis à ma disposition un cadavre dont la tête avait été enlevée, je découvris les deux poumons par un trait de scie qui divisa les côtes depuis et y compris les clavicules jusqu'aux attaches du muscle diaphragme, en suivant de haut en bas la partie moyenne de l'aisselle.

Quelques insufflations furent faites dans les poumons, qui se développèrent peu à peu, mais non sans présenter une assez grande résistance. Cette résistance une fois vaincue, la dilatation des poumons se fit avec beaucoup plus de facilité et plus rapidement à chaque nouvelle insufflation.

A mesure que l'on recommençait cette opération, on voyait l'organe se développer graduellement, mais on ne distinguait aucun mouvement à sa surface. Il était évident que l'augmentation de volume se faisait aux dépens des parties centrales des poumons. Ce n'était que vers la fin de l'expérimentation que l'on voyait l'air circuler dans les vésicules périphériques.

Dès les premières insufflations, un bruit assez analogue au murmure vésiculaire fut entendu. Mais, vers la quatrième ou cinquième insufflation, nous distinguâmes fort bien un bruit crépitant que je fis saisir à MM. Lenoir et Demarquay.

Cette expérience, qui fut plusieurs fois renouvelée, nous présenta ceci de particulier : que la crépitation ne se produisit jamais qu'à la fin des insufflations. Le commencement de chacune d'elles n'était signalé que par le murmure vésiculaire.

Les poumons insufflés revenaient très-rapidement sur eux-mêmes, lorsque le bouchon introduit dans la trachée était enlevé. Dans le cas contraire, ils s'affaissaient d'autant plus lentement que l'on réduisait davantage l'ouverture de la trachée.

Autopsie. — Les poumons sont parfaitement sains.

Réflexions. — Cette expérience cadavérique démontre que l'air atmosphérique arrive d'abord au centre des poumons et ensuite à la périphérie.

Ne démontre-t-elle pas aussi que le râle crépitant a dépendu plutôt du dessèchement des vésicules périphériques que de leur humidité?

M. Demarquay s'est demandé si cette humidité ne pourrait pas être, dans le cas particulier qui nous occupe, la conséquence de nos insufflations successives? Cela n'est pas probable, puisque la crépitation ne s'est jamais produite qu'à la fin des insufflations.

Mais, en n'adoptant pas ici l'explication de M. Demarquay, ne pourrait-on pas admettre cependant une humidité des vésicules antérieure aux insufflations?

M. Piorry a, pour ainsi dire, admis cette cause, lorsqu'il a attribué la *crépitation* qu'il avait entendue sur le poumon parfaitement sain d'un cadavre, à la séparation des parois décollées des vésicules.

Et ce n'est pas à la fin des insufflations qu'il a perçu, comme moi, le bruit que je signale, mais bien dans le premier moment de l'entrée de l'air. Le bruit respiratoire se faisait entendre lorsque la dilatation des poumons était portée à un certain degré (§ 127 du *procédé opératoire de la percussion*).

L'existence de la crépitation, tantôt au commencement, tantôt à la fin des insufflations, prouve que l'état matériel qui a donné lieu à ce phénomène sonore dans le fait de *M. Piorry* comme dans le mien, préexistait à l'insufflation. Mais quel est cet état? Tout en admettant la sécheresse des vésicules comme cause de production des bruits crépitants dans quelques cas, j'admets pour le plus grand nombre la cause invoquée par *M. Piorry*.

Si l'on rejette d'une manière absolue la cause que je suppose, comment expliquera-t-on la crépitation qui signale à l'état de santé, chez quelques individus, la respiration dans les trois ou quatre premières inspirations profondes qu'ils font avec rapidité? *MM. Barth* et *Roger,* qui ont constaté plus d'une fois ce phénomène, après plusieurs auteurs, se sont demandé s'il ne

serait pas produit par le déplissement brusque des cellules pulmonaires? (*Oper. cit.*, p. 35.)

Conclusions. — On peut déduire, des faits consignés dans les observations que je viens de rapporter, les conclusions suivantes :

1° Le râle crépitant m'a paru dépendre plutôt du dessèchement des vésicules pulmonaires que de leur humidité (9e *obs.*);

2° J'ai entendu, lors d'une insufflation faite dans la trachée-artère d'un enfant, un murmure vésiculaire très-pur dans toute la hauteur du thorax en arrière. Ce murmure a disparu dans toute la hauteur d'un épanchement pleurétique produit artificiellement.

J'ai perçu en même temps un léger bruit de souffle contre la colonne vertébrale, du côté de l'épanchement; une augmentation d'intensité du murmure vésiculaire dans les deux côtés de la poitrine (4e *obs.*);

3° J'ai fait prononcer quelques mots dans la trachée-artère du même sujet, avant la production de l'épanchement, et toute la poitrine est devenue le siége d'un certain frémissement. Ce frémissement a disparu ensuite dans toute la hauteur du liquide épanché;

4° Lorsque les poumons se sont trouvés sains, que les plèvres lisses, non adhérentes, ont pu glisser sans obstacle l'une sur l'autre, il ne s'est pas produit des bruits de frottement, mais on a distingué le murmure vésiculaire dans l'un (1re et 9e *obs.*) ou dans les deux temps de la respiration (3e et 4e *obs.*);

5° Lorsque des adhérences plus ou moins nombreuses, plus ou moins lâches, au contraire, ont réuni entre eux les feuillets pleurétiques, j'ai perçu parfaitement des *bruits de cuir neuf* (7e et 8e *obs.*) ou de *craquement* (2e, 7e et 8e *obs.*);

6° Lorsque des mucosités se sont rencontrées dans les poumons en suffisante quantité pour diminuer le calibre des bronches, l'air est sorti lentement de la poitrine en ne produisant aucun bruit, ou plus souvent encore en déterminant des râles et des sifflements variés (2e, 7e et 8e *obs.*);

7° Lorsque des tubercules crus se sont rencontrés en certain nombre dans le tissu pulmonaire, j'ai trouvé l'expiration plus longue, plus forte, plus rude qu'à l'état normal (1re *obs.*);

D'autres faits, relatifs les uns à la percussion, les autres à la physiologie, ont été signalés dans les observations qui précèdent ces conclusions. Je vais énoncer les plus saillants :

8° J'ai produit le bruit de pot fêlé dans un cas de tubercules parvenus au troisième degré (1re *obs.*). Mais je l'ai produit maintes fois aussi sans qu'il existât des cavernes dans les poumons (2e, 3e, 4e, 5e et 7e *obs.*); j'ai même déterminé ce phénomène sonore en percutant le ventre d'un enfant (4e *obs.*);

9° J'ai vu l'air arriver d'abord au centre des poumons et puis à la périphérie (9e *obs.*);

10° J'ai constaté le mouvement en sens inverse des plèvres dans l'inspiration et dans l'expiration (5e et 6e *obs.*);

11° J'ai vu les poumons revenir très-facilement et rapidement sur eux-mêmes lorsqu'ils étaient libres d'adhérences;

12° Dans les mêmes circonstances, l'insufflation s'est faite sans la moindre difficulté et les deux poumons ont subi un mouvement régulier d'expansion et de locomotion (2e et 3e *obs.*);

13° Au contraire, lorsqu'il existait des adhérences, j'ai vu les parois thoraciques, après l'insufflation, s'affaisser lentement et par saccades (7e et 8e *obs.*);

14° Dans les mêmes cas, je mettais plus de temps, j'éprouvais beaucoup plus de peine à introduire l'air de ma poitrine dans la poitrine des cadavres. On aurait dit qu'une main puissante comprimait les poumons. Ces organes ne cédaient que sous des efforts plus grands d'insufflation (7e *obs.*);

15° J'ai vu tous les viscères abdominaux et thoraciques se mouvoir à mesure que les poumons se laissaient distendre par l'air, ou qu'ils revenaient sur eux-mêmes par le fait de leur élasticité naturelle.

16° Dans ce mouvement général des viscères, le cœur s'abaissait dans l'insufflation et s'élevait lorsque l'air insufflé sortait de la poitrine. Il suivait aussi les mouvements alternatifs des portions des poumons qui lui servent de lit. Le cœur s'éloignait, en outre, de la colonne vertébrale dans l'insufflation, et il s'en rapprochait dans l'acte contraire; on le voyait glisser sur le plan incliné du diaphragme (2e *obs.*);

17° Les parois de la poitrine s'élevaient tout entières dans l'inspiration et s'abaissaient dans l'expiration, comme le ferait une lame de compas qu'on redresserait et qu'on abaisserait tour à tour sur l'autre lame maintenue fixe sur un plan horizontal (6e *obs.*).

Ainsi s'élèvent et s'abaissent toutes les côtes en décrivant un arc de cercle.

Dans le premier cas, la première se porte un peu en haut et en avant, la deuxième un peu plus, la troisième plus encore et ainsi de suite.

Dans le second cas, c'est le contraire qu'on observe (6e *obs.*);

18° Quelle que soit l'étendue des mouvements respiratoires sur le cadavre, l'intervalle compris entre les côtes, avant comme après l'insufflation, n'a ni augmenté ni diminué. Il a donc toujours été le même (5e et 6e *obs.*);

19° Lorsque j'ai mesuré la circonférence du ventre et de la poitrine, après l'insufflation, j'ai constaté que cette circonférence avait augmenté d'une manière égale, bien que ce résultat fut loin d'être indiqué par l'inspection (1re, 2e et 3e *obs.*);

20° Dans l'insufflation, la colonne vertébrale s'est redressée et la tête avec elle.

Le contraire est arrivé dans l'expiration (6e *obs.*);

21° Les rapports des poumons avec la face antérieure du cœur étaient d'autant plus étendus, que l'insufflation était portée plus loin et réciproquement (2e et 5e *obs.*);

22° La forme de la portion du cœur qui n'est pas recouverte par les poumons, avant comme après l'insufflation, est assez irrégulière;

23° Nous avons vu les poumons recouvrir le cœur dans une plus grande étendue après la destruction des adhérences qu'avant cette destruction. L'appréciation la plus exacte de la portion du cœur non recouverte par les poumons, ne doit donc pas toujours suffire, pendant la vie, pour avoir une idée du volume du cœur. Il faut encore le mesurer entièrement par la percussion, en recherchant l'un après l'autre tous les points de sa circonférence.

THÉRAPEUTIQUE.

Des préparations ferro-manganeuses,

Par M. le Dr De Larue, *de Bergerac.*

Mis en lumière dans l'esprit des praticiens par le progrès de la chimie, le manganèse est, depuis quelque temps, particulièrement appliqué au traitement des affections hématiques.

Ce métal, vivement recommandé à l'attention du monde médical par MM. Hannon et Martin-Lauzer, a été pour M. Pétrequin l'occasion d'une heureuse et féconde initiative.

Empreints d'une expérience sûre et raisonnée, les travaux du savant professeur de Lyon sont appelés à combler bien des lacunes en thérapeutique. L'emploi du manganèse comme adjuvant du fer aura bientôt, nous le croyons, conquis tous les suffrages, malgré les obstacles si nombreux qui tendent sans cesse à empêcher la propagation de la vérité.

Quant à nous, nous avons déjà plusieurs fois constaté, au lit des malades, l'exactitude des assertions de notre honorable confrère.

Un certain nombre de chloroses, *notamment*, qui nous avaient résolument résisté, tant que nous ne leur opposions que le fer, ont disparu, comme par enchantement, sous l'influence du fer et du manganèse associés ensemble.

Des diverses préparations pharmaceutiques qui ont pour bases le fer et le manganèse, nous préférons *généralement* la forme pilulaire.

Administrées ordinairement au nombre de quatre dans la journée, deux le matin et deux le soir, autant que possible aux heures du repas, afin d'éviter les fatigues gastriques qu'elles sont, comme tous les martiaux, susceptibles de produire, les pilules ferro-manganeuses, que

nous ordonnons *habituellement*, se formulent par *cent*, de la manière suivante :

℞ Sous-carbonate de fer. . . . . 30 grammes.
Sulfate de manganèse. . . . . 10 —
Extrait de réglisse, q. s.
Divisez en cent pilules — quatre par jour.

(*Revue de thérap. méd. chirurg.*)

CORRESPONDANCE.

Du sulfate de strychnine dans le traitement du choléra.

Monsieur le rédacteur,

Dans un moment où la discussion sur l'emploi de la strychnine dans le choléra se ranime, et où, après avoir beaucoup parlé, on commence à se battre avec des faits, je viens apporter mon petit contingent d'observations faites le plus consciencieusement possible.

Je suis parti de Paris le 8 août, envoyé à Gray pour soigner les cholériques, et j'arrivais avec des idées très-peu favorables au sulfate de strychnine; cependant, l'entendant prôner de tous côtés, je crus devoir l'essayer. Voici les résultats que j'ai obtenus :

C'est dans la commune de Vadans, à 12 kilomètres de Gray, que j'ai commencé à remplir ma mission; sur 420 habitants environ qu'elle renferme, il y avait 29 morts avant mon arrivée, du 21 juillet au 9 août. Depuis le 9 août, à Vadans et dans deux autres communes voisines, la Grande-Résie et Chevigney (contenant à elles deux environ 300 âmes), j'ai eu 24 cas de choléra confirmé, avec refroidissement complet, cyanose, et, sauf deux cas, avec crampes; plus, 89 cas de cholérines, quelques-unes avec commencement de refroidissement, et des vomissements assez inquiétants. Sur ces 113 cas, j'ai eu 4 morts :

1. Neple, âgé de 82 ans.
2. Girardot, f., 78 ans.
3. Benhey, pris en bonne convalescence d'accidents typhoïdes, à la suite d'imprudences exagérées.
4. Collier, f. (une quarantaine d'années). Cette malade avait des crampes depuis douze heures quand j'ai été appelé : elle a cependant vécu quarante-huit heures sans que j'aie pu amener la réaction ; chez elle, pendant toute une journée, les lavements que je prescrivais n'ont pas été administrés, par suite de l'ineptie des gens qui l'entouraient.

Ces faits posés, je dois dire que j'ai administré le sulfate de strychnine chez *presque tous* ces malades (je n'ai donné de vomitifs que si j'avais affaire à une indigestion), et, excepté chez la femme Collier, citée plus haut, *pas une seule fois les vomissements n'ont récidivé,* sous l'influence d'un, deux ou au plus trois centigrammes conservés dans l'estomac. Presque toujours, du reste, la première de ces doses suffisait.

En lavement, j'ai essayé une fois de donner seule la teinture de noix vomique, et n'ayant pu arrêter la diarrhée par ce moyen, je suis bien vite revenu à celui que je donnais antérieurement, et qui m'a toujours parfaitement réussi :

Tannin. . . . . 1 à 4 grammes.
Teinture de noix vomique. . . . . 20 à 30 gouttes.
Laudanum de Sydenham. . . . . 20 à 30 —
Eau. . . . . 175 ou 250 grammes.

Tandis que la plupart des malades qui mouraient dans le voisinage étaient emportés dans *la période de réaction,* c'était ce dont j'avais le moins à m'inquiéter. Je cherchais à la déterminer par des urtications (qui soulageaient beaucoup les malades et faisaient disparaître leurs crampes beaucoup mieux que toutes les frictions), par de l'eau froide mêlée d'eau-de-vie de marc, que j'avais sous la main dans toutes les maisons ; et une fois qu'elle était arrivée, elle se faisait franchement, sans violence : le pouls était large, plein, sans trop de fréquence, et je pouvais très-vite nourrir les malades et les faire lever ; ils recouvraient même leurs forces avec une rapidité surprenante.

En résumé : la strychnine m'a été utile pour arrêter les vomissements, et surtout pour régler la réaction et la rendre douce et franche ; aussi, je la donne surtout chez les jeunes gens dont le sang est riche et la circulation rapide : je mets beaucoup de circonspection dans son emploi chez les vieillards.

En terminant, et à l'appui de ce que je viens de dire de l'action de la strychnine sur la circulation, je ne crois pas sans intérêt de rapporter l'observation suivante :

Madame Perrot, rue de Clichy, n° 68, âgée d'une soixantaine d'années, tombe malade le mercredi soir 20 septembre dernier. Elle eut, dans la nuit du 20 au 21 (m'a-t-elle dit depuis), peut-être cinquante selles vertes : elles se renouvellent en aussi grand nombre dans la journée du 21 où elles prennent la couleur jaune. Même état dans la nuit du 21 au 22. Pas de vomissements pendant tout ce laps de temps. — Diète, repos, thé avec du rhum.

On avait envoyé chercher un médecin à plusieurs reprises dans la matinée du 22, mais il n'était pas venu. J'arrive le vendredi soir, à trois heures et demie, appelé par un ami commun : la malade était couchée, très-abattue, se levant cependant encore pour aller à la garde-robe, mais étant près de se trouver mal quand elle se remettait au lit; traits un peu crispés, les yeux déjà un peu enfouis dans leurs orbites ; froid des extrémités, le pouls radial complétement disparu (mais il est habituellement très-faible). Depuis le matin, il y a eu une dizaine de selles riziformes; il y a excrétion d'un peu d'urine. — Je donne le lavement cité plus haut, contenant un seul gramme de tannin. — Un seul vomissement à huit heures du soir.

Je veille la malade toute la nuit du 22 au 23 : la diarrhée est arrêtée (il ne revient de selles que le matin du 23, à dix heures), le pouls radial est toujours éteint ; refroidissement, décubitus dorsal, commencement d'asphyxie (la malade se plaint même, vers onze heures, d'une petite crampe dans le mollet); pas de cyanose, quoique la peau n'eût pas conservé sa coloration normale. *Mais bientôt, vers minuit, la réaction commence à se déclarer, et, dans l'espace d'une heure et demie, acquiert une grande intensité :* pouls plein, dur, donnant 110 battements; un peu de délire, une agitation continuelle. — Je donne une pilule d'un centigramme de strychnine, — et, *une demi-heure après, la fièvre était tombée* complétement, pour ne recommencer que le 23, vers onze heures du matin, et *très-modérée.*

Le 23, cinq ou six selles n'ayant plus l'apparence riziforme. Le 24, la fièvre continue, très-modérée encore. — Je donne de petits potages, puis j'augmente peu à peu la quantité d'aliments, — et, le 27, la malade pouvait sortir seule, quoique un peu faible.

Ce qui m'a frappé, dans le fait que je viens de citer, c'est la cessation pour ainsi dire immédiate de la fièvre, cessation que je ne puis attribuer qu'à l'ingestion de la strychnine, d'autant plus que ce fait est d'accord avec mes observations antérieures.

En tous cas, aucun des nombreux malades auxquels j'ai administré cet analoïde n'a été empoisonné par lui, et même n'a présenté de symptômes physiologiques sous son influence, *avant* ou *après* la réaction.

Au reste, dans cette lettre, je tiens seulement à constater des faits : j'apporte quelques matérieux et laisse à d'autres le soin de les mettre en place.

Pardonnez-moi, monsieur le rédacteur, de vous avoir arrêté si longtemps, et veuillez me croire votre très-humble serviteur,

J. Verdier, *élève en médecine.*

Paris, le 12 octobre 1854.

Monsieur le rédacteur,

En reproduisant dans le n° 120 de votre journal l'article des journaux belges (*Prodige de la chirurgie moderne*), dans lequel mon nom figure mal à propos, vous rendez justice (et je vous en remercie) à ce que vous voulez bien appeler ma *modestie,* et vous pensez avec raison que je n'ai pris aucune part à la publication de cet article.

Ce qui a dû vous confirmer dans votre pensée, c'est non-seulement la reproduction inexacte de mon nom, mais c'est encore et surtout l'attribution qui m'est donnée d'un titre qui ne m'appartient pas.

Vous ne pouviez pas, en effet, supposer que j'eusse prêté la main à une semblable usurpation au préjudice d'un professeur officiel, pour lequel j'éprouve autant d'estime que d'attachement. L'honneur d'appartenir à l'enseignement libre de l'École pratique suffit amplement à ma *modestie.*

Il m'est impossible de vous indiquer l'auteur de cette réclame, qui n'a peut-être pas d'autre objet qu'un intérêt industriel.

C'est pourquoi je regrette que vous ayiez reproduit cet article auquel je n'attacherais d'ailleurs aucune importance, si vous n'y eussiez joint une réflexion dans laquelle se trouve le nom de l'honorable M. Denonvilliers.

Je suis, Monsieur et très-honoré confrère, votre très-humble et très-obéissant serviteur.

Dr Ludovic Hirschfeld.

Paris, le 16 octobre 1854.

BIBLIOGRAPHIE.

En vente à la librairie Chamerot, *rue du Jardinet,* 13 :

La première partie des **Éléments de chirurgie opératoire**, ou Traité pratique des opérations, par Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société de chirurgie, ancien aide d'anatomie à la Faculté et prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux. — 1 vol. in-18, avec plus de 250 fig. intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées par Badoureau. — Prix de l'ouvrage complet, 7 fr. 50 c.

L'ouvrage se continue sans interruption ; la seconde partie, payée à l'avance, sera livrée aux souscripteurs à la fin de décembre prochain.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 125. 2e année. Jeudi 19 Octobre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 18 Octobre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Si nous ne désirions pas, avant toute chose, concentrer l'attention du lecteur sur la discussion dite du cancer, nous aurions de nombreuses remarques à faire sur l'intéressante observation soumise hier à l'Académie par M. Depaul. On trouvera, au Compte rendu de la séance, la relation de ce fait remarquable à la fois par les particularités très-insolites de la lésion qui a nécessité l'opération de l'anus artificiel, et surtout par la très-importante application que M. Depaul a faite de la percussion au diagnostic du siége des oblitérations intestinales. C'est bien à regret que nous glissons ici sur un fait si digne d'attention ; mais nous avons hâte d'arriver à la question du cancer.

Une courte allocution de M. Jobert a ouvert la séance. M. Jobert a fait part à l'Académie des renseignements que M. Pamard lui a fournis sur les deux malades dont l'histoire a été le point de départ de la discussion. Ces deux malades sont guéris, aujourd'hui encore, et bien que, pour l'un d'eux, l'opération date de huit ans, il n'y a point eu de récidive. Nous remercions M. Pamard d'avoir complété ces deux observations ; mais nous n'en pouvons dire davantage : les doutes émis par M. Robert sur le diagnostic des tumeurs enlevées persistent dans toute leur force, et, par conséquent, les deux faits en question ne peuvent servir à résoudre la question de la curabilité du cancer.

M. Cloquet est ensuite monté à la tribune. Il a laissé de côté la question du microscope, et s'est occupé seulement de l'étude clinique des tumeurs cancéreuses. Cherchant d'abord à circonscrire la classe, ou plutôt, comme il l'a dit lui-même, la famille des cancers, il est arrivé, comme Boyer, à dire que le caractère pathognomonique de ces tumeurs, c'était leur tendance à récidiver après l'ablation en apparence la plus complète.

Au point de vue clinique, ce caractère en vaut bien un autre. Malheureusement, la clinique pure est impuissante, lorsqu'il s'agit de classer et de différencier les tumeurs. Pendant vingt siècles, les cliniciens ont étudié les tumeurs sans le secours de l'anatomie pathologique, et ils n'ont réussi qu'à édifier une doctrine fort commode, mais fort absurde, dont il ne reste plus de traces aujourd'hui dans la science sérieuse. C'est le scalpel qui a commencé à débrouiller ce chaos. Les travaux d'Abernethy, de Laënnec, de Maunoir, ont été le signal d'une réforme dont personne, aujourd'hui, ne nie l'heureuse utilité. Il a bien fallu que la clinique se soumît au contrôle de l'anatomie pathologique, et l'histoire des trente premières années de ce siècle prouve suffisamment que les caractères cliniques, si importants à tant d'égards, ne sont propres qu'à embrouiller la classification des tumeurs.

Le caractère de la récidive, en particulier, est l'un des plus trompeurs de tous. Ce ne sont pas seulement les cancers, les cancroïdes et les tumeurs fibro-plastiques qui ont la funeste propriété de récidiver après l'ablation. Une foule d'affections, qu'on n'a jamais confondues avec le cancer, récidivent aussi : les verrues et les cornes de la peau peuvent récidiver ; les végétations des organes génitaux récidivent ; les hypertrophies glandulaires, les polypes, les tumeurs érectiles, les tumeurs

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille ; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. Wilde, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande ; chirurgien de Saint-Marks'Hospital* (pour les maladies des yeux) ; *membre honoraire de la Société de médecine de Stockholm*, etc.

(Suite. Voir les nos 110, 115 et 120.)

(Quatrième article.)

Dans les chapitres 3 et 4, Wilde, après avoir prouvé par un tableau statistique la fréquence des maladies de l'oreille, se demande quelle est la meilleure classification, et arrive ainsi à proposer la sienne.

J'entrerai dans quelques détails à ce sujet, puis je donnerai une esquisse rapide des maladies de l'oreille externe, qui complètent le quatrième chapitre.

Dans l'espace de huit années, de 1844 à 1852, ont été traités, à Saint-Mark's-Hospital, 2,385 malades atteints d'affections de l'appareil auditif.

Sur ces 2,385 cas, on trouve :

Malformations congéniales de l'oreille externe	7
Abcès de l'apophyse mastoïde	6
Eczéma, herpès du pavillon	68
Tumeurs du pavillon	2
Inflammation du méat externe	25
Écoulements aigus du méat externe	12
— chroniques du méat externe	516
Otorrhée et polypes	68
Abcès du méat externe	14
Ulcération du méat externe	6
Corps étrangers	2
Tampons de cérumen	579
Inflammation aiguë du tympan	113
— sub-aiguë du tympan	24
— syphilitique du tympan	3
— chronique du tympan	396
Abcès du tympan	2
Ulcération et perforation du tympan avec otorrhée	55
Opacité et épaississement du tympan	219
Vascularisation et granulation du tympan	7
Prolapsus de la membrane du tympan	20

variqueuses, récidivent très-bien aussi; certaines tumeurs purement fibreuses, ou purement cartilagineuses, ont également le triste privilége de renaître après l'ablation. Mais nous ne pouvons avoir la prétention d'énumérer toutes les affections qui sont susceptibles de récidiver; les exemples précédents suffisent, et il en résulte que le caractère clinique indiqué par M. Cloquet n'a pas la valeur que notre savant maître lui attribue.

Du reste, la circonscription de la famille des cancers est beaucoup moins vague, dans la pensée de M. Cloquet, que ne semblerait l'indiquer sa définition. Pour lui, cette famille se compose seulement des espèces suivantes: mélanose, encéphaloïde, squirre, colloïde, tumeurs fibro-cartilagineuses et cartilagineuses, tumeurs épithéliales, tumeurs fibro-plastiques.

Toutes ces tumeurs, continue M. Cloquet, sont graves et très-graves même, mais bien qu'elles puissent toutes récidiver, il y a entre elles, sous ce rapport, des différences considérables. La mélanose, par exemple, récidive toujours, et M. Cloquet, après avoir opéré un grand nombre de malades affectés de tumeurs mélaniques, a fini par y renoncer. Après la mélanose, l'encéphaloïde est le plus grave de tous les cancers. Quant aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, l'habile clinicien les a mentionnées les dernières, comme étant moins graves que toutes les autres. Il les a même placées après les tumeurs cartilagineuses, que tant d'auteurs ont retirées de la classe des cancers, à cause de leur bénignité relative.

Nous avons été heureux d'entendre M. Cloquet s'exprimer nettement sur ce point. Nous ajouterons donc désormais son nom à la liste des chirurgiens qui ont dit et proclamé que les prétendus cancers de la peau étaient les moins fâcheux de tous, eu égard surtout à la fréquence des récidives. Nous saisissons cette occasion avec d'autant plus d'empressement, qu'on ne saurait invoquer trop de témoignages lorsqu'il s'agit de contre-balancer l'imposante autorité de M. Velpeau.

Après s'être expliqué sur la fréquence relative des récidives, M. Cloquet a abordé la question de la curabilité du cancer, et il a cité six observations fort intéressantes destinées, pour la plupart, à prouver que le cancer pouvait guérir quelquefois.

L'une de ces observations est relative à un cas de cancroïde de la face et de l'oreille. Le malade, âgé de 79 ans, menaçait de se suicider si on ne l'opérait pas. En désespoir de cause, et malgré l'étendue effrayante de l'ulcère, M. Cloquet se décida à appliquer la pâte arsenicale. Contre son attente, le malade, après avoir éprouvé des accidents formidables, finit par guérir tout à fait; il survécut quatre ans encore et mourut de vieillesse, sans la moindre trace de récidive.

Ce fait important prouve jusqu'où peuvent aller les ressources de la chirurgie dans les cas de cancroïde. M. Cloquet, du reste, s'est bien gardé de citer cette observation pour prouver que le cancer est curable. Il a lui-même annoncé, en effet, qu'il s'agissait d'un cancroïde, affection dont la curabilité n'est pas contestée.

Les quatre observations suivantes seraient relatives, suivant M. Cloquet, à des cancers véritables: nous allons les passer en revue, mais nous remarquerons d'abord, d'une manière générale, que tous ces faits sont antérieurs à l'intervention du microscope, et cela seul suffirait pour qu'il fût permis de les faire suivre d'un point d'interrogation.

Premier fait. — Richerand enleva, en 1823, une grosse tumeur du sein, compliquée de ganglions axillaires et de ganglions sus-claviculaires. Il est difficile de deviner les motifs qui décidèrent ce chirurgien à exécuter une semblable opération. Quoi qu'il en soit, la tumeur fut enlevée; on ne toucha pas aux ganglions. — Quinze jours après, il se forma un vaste phlegmon dans le creux sus-claviculaire. Un abcès volumineux en fut la conséquence; on l'ouvrit; une suppuration abondante s'établit, et, lorsque toutes les plaies furent cicatrisées, on s'aperçut, non sans surprise, que tous les ganglions avaient disparu. La malade, revue par M. Cloquet au bout de 7 ans, n'avait eu aucune récidive. Tout porte à croire que la guérison s'est maintenue depuis.

Nous sommes d'autant plus porté à admettre cette dernière conclusion, que, suivant nous, les détails de l'observation prouvent qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. La guérison d'un cancer du sein compliqué d'engorgement ganglionnaire sus-claviculaire serait un fait inouï jusqu'ici dans les annales de la science. — Mais, dira-t-on, ces engorgements ganglionnaires ne suffisent ils pas pour prouver que la tumeur était réellement cancéreuse? Non, certes. De deux choses l'une: ou les engorgements étaient cancéreux, et alors il est inadmissible qu'ils aient pu guérir par une fonte purulente; pareille chose, du moins, n'a jamais été mentionnée par les auteurs; — ou bien ces engorgements étaient simplement inflammatoires, et alors leur présence perd toute signification au point de vue du diagnostic. — Il est bien certain, en effet, que tout engorgement inflammatoire de la mamelle, ou toute tumeur compliquée d'inflammation, peut donner lieu à cet état des ganglions.

Deuxième fait. — Une dame, âgée de 58 ans, présentait une grosse tumeur dans le sein droit et une petite tumeur dans le sein gauche. Il y avait dans l'aisselle droite quelques ganglions engorgés. — M. Cloquet pratiqua, en 1829, l'ablation de la tumeur de la mamelle droite. La malade éprouva des accidents assez graves, et finit par guérir. Chose remarquable, la tumeur du sein gauche, à laquelle on n'avait pas touché, entra ensuite spontanément en résolution, et disparut tout à fait. La malade survécut encore cinq ans. Elle mourut de pneumonie, en 1834, sans avoir présenté la moindre trace de récidive.

Inflammation de la caisse	69
— — avec carie	5
Hémorrhagie du tympan	2
Tintement d'oreilles	25
Otalgie	14
Surdité nerveuse	114
— à la suite des fièvres	3
Surdi-mutité	7
Surdité à la suite de maux de gorge	6
Total	2,385

Sur ces 2,385 malades, Wilde choisit les 200 premières observations, et nous trouvons les renseignements statistiques suivants:

Sexe et âge. — Dans ces 200 cas, on rencontre 101 hommes et 99 femmes.

De 1 an	à 5,	on compte	4	malades.
5	à 10	—	19	—
10	à 20	—	63	—
20	à 40	—	82	—
40	à 60	—	29	—
Au-dessus de cet âge,		—	3	—

Oreille affectée. — Dans 27 cas, les deux oreilles étaient malades presque au même degré. — Dans 100 autres cas, les deux oreilles étaient aussi malades; mais la durée de la maladie, la distance à laquelle la montre était entendue, les symptômes, les causes, présentaient de grandes différences pour chaque côté.

Celui des deux qui avait été atteint le premier présentait la plus grande altération.

« L'état du méat auditif et celui du tympan, constatés au moyen du spéculum, ont toujours été notés avec soin.

« Quand cet examen me paraissait suffisant pour expliquer les symptômes, la caisse n'était pas explorée. »

Cet aveu, dont la franchise ne laisse pas que de mériter des éloges, a été critiqué par Kramer et à juste titre; car toute observation, pour être bonne et utile, doit être complète. Et l'on a pu voir que celles de Wilde ne doivent pas toujours posséder cette dernière qualité. — Aussi l'auteur se plaint-il amèrement du reproche qui lui est adressé par Kramer, d'avoir été *illogique* dans ses déductions.

J'ai montré, dans un précédent travail (1), que le même reproche pouvait être adressé à M. Toynbee.

En effet, cet auteur, dans une statistique de 915 cas, ne possédant de

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, novembre 1853.

Si nous étions obligé de déterminer la nature des tumeurs dont cette malade était atteinte, nous n'hésiterions pas à dire qu'il s'agissait, chez elle, d'une double hypertrophie partielle de la mamelle. En premier lieu, rien n'est plus rare que le cancer simultané des deux glandes mammaires. Lorsqu'un malade présente une tumeur dans chaque sein, on peut, presque à coup sûr, diagnostiquer une double hypertrophie. — En second lieu, la résorption spontanée, complète et définitive de la tumeur du sein gauche est une circonstance entièrement incompatible avec l'idée de cancer. Les tumeurs hypertrophiques, au contraire, peuvent se résoudre spontanément, et nous avons eu l'occasion d'en recueillir, entre autres, une observation qui ne laisse rien à désirer.

Il y a donc, dans les deux premiers faits de M. Cloquet, des circonstances qui sont en opposition avec la marche clinique du cancer. Ces faits offrent un grand intérêt; mais, au point de vue de la question de curabilité, ils nous semblent ne pouvoir entrer en ligne de compte.

Troisième fait. — Il s'agit d'une dame opérée, il y a douze ans, d'une tumeur du sein : il n'y avait pas de glandes dans l'aisselle; la tumeur était plus grosse que le poing. Elle n'a point récidivé; mais il est difficile de prouver qu'elle fût réellement cancéreuse.

Quatrième fait. — Énorme tumeur des ganglions parotidiens, étendue depuis le niveau de l'oreille jusqu'au voisinage du larynx : une première fois on avait tenté l'extirpation de la tumeur, mais on n'en avait enlevé qu'une partie; le reste s'était ensuite accru et ulcéré. Plus hardi que son prédécesseur, M. Cloquet pratiqua l'extirpation totale du mal : c'était en 1841; il n'y a pas eu de récidive, et, aujourd'hui encore, le malade se porte bien.

Les hypertrophies et les tumeurs fibro-plastiques des ganglions parotidiens sont des affections si communes que nous ne pouvons nous dispenser de croire, en l'absence de tout détail sur l'anatomie pathologique de la tumeur enlevée, qu'il s'agissait de l'une ou l'autre de ces espèces de tumeurs.

Ainsi, les quatre faits de M. Cloquet ne peuvent être invoqués pour prouver la curabilité du cancer.

Quant à la dernière observation citée par M. Cloquet, elle est certainement la plus intéressante de toutes; elle est relative à un énorme enchondrome développé au-devant du sternum, enlevé avec succès en 1830, mais suivi de récidive quatre ans plus tard, et de mort quelque temps après. Le souvenir de ce fait important n'a sans doute pas peu contribué à faire admettre, par M. Cloquet, les tumeurs cartilagineuses dans la famille des cancers. Il y a heureusement, dans la science, un très-grand nombre de faits qui permettent de considérer l'enchondrome comme une affection incomparablement plus bénigne que le cancer véritable, et même que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques.

M. Cloquet a terminé son discours par un précepte fort sage, sur lequel nous le remercions d'avoir insisté : « Si le microscope « peut nous éclairer, a-t-il dit, il ne doit pas faire négliger la « clinique proprement dite. » Puisse ce conseil traverser les frontières et profiter aux Écoles allemandes! Quant à l'École de Paris, elle a depuis longtemps devancé le vœu émis par M. Cloquet. Sa plus grande ambition est de faire marcher de front tous les modes d'observation et tous les moyens d'étude sans en excepter même le microscope. Si elle insiste aujourd'hui avec tant de force sur l'utilité de cet instrument, ce n'est pas parce qu'il est l'objet de sa préférence exclusive, c'est tout simplement parce qu'il a été attaqué. Elle résisterait tout aussi bien si, au lieu du microscope, on voulait lui enlever le scalpel, ou si, au lieu de l'anatomie pathologique, on attaquait la clinique.

PAUL BROCA.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Octobre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre sur le choléra, par M. Doin, médecin à Bruyère-le-Chatel (Seine-et-Oise).

— Demande de mission, de la part de M. le docteur Burcq, pour aller expérimenter les plaques métalliques dans les localités où règne le choléra.

— Lettre de M. Lazowski, sur la propagation du choléra.

— Lettre de M. Cugand, médecin de l'hôpital de Pamiers, sur l'emploi très-avantageux du valérianate de zinc contre le choléra.

— Recette d'une eau contre le choléra.

2° Rapport sur l'hydrophobie, par M. le docteur Spitalier.

3° Tableaux de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Lettre de M. le maire de Lille, ayant pour but de contredire les assertions de M. Cazeneuve, relativement à la date de l'apparition du choléra à Lille.

— M. le docteur Vicente, de Montmorency, adresse une Note étendue sur les merveilleux effets du perchlorure de fer dans la cholérine et même dans le choléra algide le plus foudroyant. La dose est de 50 centigrammes chez les enfants, et de deux ou trois fois cette dose chez les adultes, dans 120 grammes d'eau.

— Note sur la nature et le traitement du choléra, par M. Baudrimont, agrégé honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Sainctelette informe l'Académie que tous les faits qu'il a observés depuis 1831 lui ont démontré que le choléra est une affection essentiellement contagieuse.

---

renseignements exacts que sur 184 de ces faits, n'en conclut pas moins, cependant, par analogie et par hypothèse, à ce qui devait exister dans les 731 cas sur lesquels il manquait complétement de notions positives.

Durée de la maladie. — La plupart des malades étaient sourds, depuis des années, etc..... — Je ne suivrai pas notre auteur dans l'explication accompagnée de commentaires, qu'il nous donne dans ses tableaux statistiques. (Le lecteur pourra, s'il le juge nécessaire, parcourir à son gré l'ouvrage original.)

J'arrive aux classifications proposées pour faciliter l'étude *méthodique* des maladies de l'appareil auditif.

Dans l'aperçu historique que j'ai donné précédemment, on a pu voir quelles avaient été les tendances de l'esprit humain, depuis Galien jusqu'à nos jours.

L'ordre anatomique a presque toujours prévalu, non pas que ce soit le meilleur; mais, dans une étude où l'on rencontre à chaque instant des lacunes, il y a plus de chances de s'approcher de la vérité, quand l'anatomie vient guider nos recherches. Aussi voyons-nous un progrès réel apparaître tout à coup, lorsque Duverney (1), dans son bel ouvrage (qui servira toujours de modèle), eut donné le fructueux exemple de faire précéder la partie pathologique de l'exposé anatomique propre à l'organe affecté (1).

C'est cette méthode que Wilde a adoptée, et j'ai déjà dit qu'en cela il était digne d'éloges.

Comme la classification de Wilde, fondée sur ces principes, me paraît digne d'attention, je vais en donner une translation complète, afin qu'elle serve de modèle aux personnes qui auraient le désir de cultiver cette branche de l'art de guérir.

CLASSIFICATION DES MALADIES DE L'OREILLE.

A. Maladies du pavillon et de la région qui l'avoisine.

Malformations congénitales et maladies de l'auricule ou pavillon :

Développement irrégulier ou imparfait. — Absence. — Pavillon double. — Adhérence du pavillon. — Affecté de nœvus.

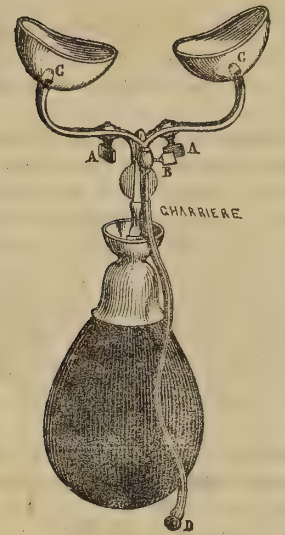
Blessures et lésions :

Blessures de trois sortes : par instruments tranchants, piquants et contondants. — Fracture du cartilage.

(1) *Op. cit.*

(1) C'est également l'ordre suivi par Curtis (*op. cit.*), par Kramer; c'est celui que j'expose dans mes Leçons. — Itard a suivi une méthode mixte qui l'oblige à de fréquentes répétitions, etc.

Douches oculaires.



M. le docteur Margulies, de Londres, présente à l'Académie un nouvel appareil pour appliquer des douches sur les yeux dans les cas d'embliopie, d'inflammation en état de résolution dans quelques affections nerveuses, telles que la kapiopie, l'asthénopie, ainsi que dans certaines névralgies.

Cet appareil, fabriqué par M. Charrière fils, est composé d'un réservoir en caoutchouc auquel s'adapte à volonté un tuyau bifurqué terminé à ses deux extrémités supérieures par deux coquilles CC, destinées à couvrir les yeux. On pratique les douches soit sur un seul œil en fermant un des robinets AA, soit sur les deux yeux en comprimant le réservoir avec la main, le liquide s'échappe des coquilles par un tuyau évacuateur B, ayant la même disposition que le précédent.

Prix Nadau.

M. Nadau informe l'Académie qu'il consent volontiers à ce que le prix qu'il a institué soit partagé entre plusieurs compétiteurs, si l'Académie le juge équitable.

Dyspnée.

M. Delmas, de Marseille, adresse une Note sur l'utilité des frictions ammoniacales sur la poitrine contre la dyspnée, sans congestion simultanée de la face.

Eaux minérales.

M. Blondeau, professeur de chimie au collége de Rhodez, adresse un échantillon des efflorescences qui se forment par la combustion des houilles de Cransac, et dont la dissolution par les eaux pluviales formerait les eaux minérales de cette localité.

Bandages.

M. le docteur Anselmier adresse un bandage destiné à maintenir les pansements dans les régions inguinale et crurale.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Jobert. — J'ai l'honneur d'informer l'Académie que M. Pamard a répondu à l'invitation qui lui a été faite de prendre des informations sur l'état actuel des malades dont l'observation a fait l'objet de mon Rapport.

Le premier de ces malades, qui a subi l'amputation de la cuisse pour une tumeur sanguine de nature cancéreuse, est parfaitement guéri et n'offre aucune apparence de récidive.

Le second malade se porte également bien : c'est cet enfant qui a subi l'amputation du testicule pour une tumeur également cancéreuse. Bien que l'opération date déjà de huit années, rien n'annonce qu'il y ait lieu de craindre pour lui la récidive.

M. J. Cloquet. — Dans une discussion aussi grave que celle qui a été soulevée par M. Robert sur les observations de M. Pamard, d'Avignon, je crois qu'il est du devoir de tous les praticiens d'apporter le fruit de leur expérience : et c'est dans ce but que j'ai pris la parole.

Je dois dire, en commençant, que je suis heureux du résultat que vient de nous faire connaître M. Jobert, des observations apportées par M. Pamard, parce qu'elles justifient pleinement ma manière de voir sur la curabilité du cancer. C'est assez dire que je me range de l'avis de M. Velpeau, dont les opinions me paraissent entièrement conformes à tout ce que j'ai pu moi-même observer.

Cette question du cancer a soulevé deux points importants à discuter dans la connaissance encore fort obscure des maladies dites cancéreuses. Le premier est relatif à leur diagnostic, c'est-à-dire aux caractères à l'aide desquels il est possible de les différencier des tumeurs dites bénignes, par opposition. Le second est relatif à la cure définitive de cette maladie qui est mise en doute par plusieurs praticiens. Il n'est pas question, bien entendu, de la cure par les médicaments, soit internes, soit topiques; mais seulement par l'opération, par l'ablation, soit au moyen des caustiques, soit au moyen de l'instrument tranchant.

M. Robert avait élevé des doutes, et avec juste raison, sur la nature des affections qui faisaient l'objet des observations de M. Pamard. Il ne mettait pas en doute la guérison annoncée par M. Pamard, mais il voulait savoir si l'examen microscopique était venu à l'appui du diagnostic de ce chirurgien, pour lui donner toute la valeur désirable dans ce point si difficile de la pratique chirurgicale.

M. Barth s'est joint à M. Robert pour réclamer cette garantie de la validité du diagnostic des tumeurs cancéreuses. Cet honorable collègue, dans un discours écrit avec cette modestie et cet esprit de doute qui conviennent si bien dans les questions difficiles, a fait la part qui convient, d'une part, à l'examen clinique, et, de l'autre, au secours que l'art peut attendre du microscope dans l'analyse des caractères si obscurs du cancer.

Enfin, M. Velpeau, dans un discours extrêmement remarquable, qui a captivé notre attention pendant la plus grande partie de la dernière séance, est venu nous apporter, avec le fruit d'une vaste expérience, les lumières les plus vives qui puissent éclairer un sujet aussi difficile.

M. Velpeau vous a démontré que le microscope, appliqué à l'examen du cancer, n'a pas encore rendu de plus grands services que le simple examen à l'œil nu. Le microscope, en effet, n'a fait que perfectionner et étendre notre vision ; mais il ne nous a pas encore mis en possession d'un nouveau caractère bien positif propre à l'affection cancéreuse. Cela est si vrai, que la cellule caractéristique des micrographes a été trouvée dans des tumeurs qui n'étaient nullement de nature cancéreuse, comme cela a été démontré par l'issue de la maladie; et que, d'une autre part, cette même cellule n'a pu être trouvée dans des tumeurs qui, par tous leurs caractères cliniques, étaient manifestement des cancers.

Malgré cette insuffisance du microscope, M. Velpeau ne le condamne pas absolument : il fait la part de son utilité dans quelques cas, et il lui refuse l'importance qui lui a été attribuée par quelques personnes. Et je comprends très-bien M. Velpeau dans cette appréciation de l'utilité restreinte du microscope. Il ne veut pas que l'usage de cet instrument, précieux d'ailleurs, détourne de l'examen clinique. Il craint que l'observation du malade ne soit négligée au profit de l'observation microscopique; et c'est avec juste raison, selon moi, qu'il insiste pour qu'on n'accorde au

---

Altérations provenant de pression :

Aplatissement et oblitération de l'hélix. — Œdème et gangrène.

Tumeurs :

Kystes stéomateux, synoviaux. — Kéloïde et tumeurs fibreuses. — Hypertrophie et lipôme.

Inflammations :

Phlegmoneuse, diffuse ou circonscrite. — Érysipélateuse, aiguë et chronique. — Exanthémateuse. — Goutteuse. — Par le froid et les engelures.

Affections de la peau :

Eczéma. — Inflammation corrosive. — Pemphygus. — Ulcération syphilitique. — Lupus.

Cancer avec ses variétés :

Inflammation du périoste mastoïdien. — Inflammation des glandes mastoïdes.

Affections de l'éminence mastoïde et des régions auriculaires :

Abcès chronique sur l'éminence mastoïde. — Anévrisme. — Carie de l'éminence mastoïde. — Abcès dans le front du tragus. — Esquinancie et hypertrophie des glandes amygdales.

B. Maladies du méat externe.

Malformations congénitales :

Méat manquant d'os et de cartilage. — Double. — Rétréci et tortueux. — Fermé par une fausse membrane. — Des excroissances ou polypes.

Blessures et lésions, corps étrangers :

Voyez *Auricule.*

Maladies des glandes cérumineuses :

Augmentation de cérumen. — Inflammation chronique et aiguë. — Manque de cérumen. — Altérations dans la qualité du cérumen.

Phlegmasie :

Aiguë, circonscrite. — Abcès. — Catarrhale et chronique. — Otorrhée aiguë, diffuse. — Rhumatique. — Exanthémateuse. — Gonorrhéale. — Périostéale, avec otorrhée et carie.

Affections de la peau :

Eczéma et inflammation corrosive. — Epaississement et excroissance morbide de l'épiderme. — Ulcérations.

Excroissances morbides et altérations dans le canal auditif :

Décollement de sa membrane. — Stricture. — Dilatation. — Polypes et granulations. — Exostoses. — Végétations et condylômes.

Fistules, caries, maladies malignes :

Ostéosarcome. — Cancer et fungus.

microscope que le rôle secondaire qui lui convient dans l'examen des tumeurs de nature douteuse.

Notre très-honoré collègue, dont tout le monde connaît l'extrême sagacité dans la connaissance clinique de ces sortes de maladies, ne peut souffrir qu'on donne la supériorité à un mode d'exploration bien moins fidèle que l'examen direct du malade. Et, à ce propos, je ne puis passer sous silence le fait si remarquable dont M. Velpeau a omis le récit, mais que je veux rappeler à cause de l'honneur qu'il fait à la précision de son diagnostic : c'est le fait de cette tumeur du testicule prise par un grand nombre de chirurgiens pour un cancer, et que notre honorable collègue annonça être le résultat d'une intus-susception, d'une inclusion embryonnaire. L'examen de la tumeur consécutif à l'opération vint donner une éclatante confirmation à un diagnostic aussi remarquable, et donner une preuve brillante de la connaissance profonde que tout le monde connaît à ce praticien distingué des tumeurs en général.

M. Velpeau n'accepte pas cette destinction établie par les micrographes et en vertu de laquelle les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont distraites de la famille des cancers. Qu'est-ce, en effet, qui constitue le caractère fondamental du cancer, sinon la faculté qu'il a de se reproduire, après qu'il a été enlevé en totalité, avec les mêmes caractères qu'avant l'opération ? Eh bien, sur ce point je suis obligé de me ranger de l'avis de M. Velpeau ; car, après avoir opéré un grand nombre de ces tumeurs dites épithéliales, qui se développent principalement à la face et aux lèvres, je me suis convaincu qu'elles se comportent absolument de la même manière que les cancers les mieux reconnus, de la mamelle, par exemple. Et je ne parle pas de ces tumeurs ulcérées des lèvres qui s'accompagnent d'engorgement avancé des ganglions du cou, parce que, dans ce cas, tout le monde sait que la repullulation est la règle après l'opération la mieux faite. Mais, même alors que la maladie se présente encore dans toute sa simplicité, et exempte de toute complication, soit dans les tissus, soit dans les ganglions voisins, je dis que le plus souvent j'ai eu la douleur de voir la récidive se reproduire absolument de la même manière que dans les autres formes de cancer, et que la plupart de mes malades ont fini par succomber à une cachexie qui ne diffère en rien de la cachexie cancéreuse. Je ne vois donc pas pourquoi on refuserait à ces tumeurs épithéliales la place qui leur est marquée dans la famille des cancers.

Cela ne veut pas dire, cependant, que toutes les affections groupées sous le nom de cancer, et dont le propre est de repulluler après qu'on les a enlevées, jouissent de la même tendance à la récidive, et que toutes se reproduisent avec le même degré de fréquence. Il en est une, par exemple, qu'on appelle, bien à tort selon moi, *noli me tangere*, puisque son indication la plus formelle est l'ablation complète. Je doute même que cette affection soit véritablement de nature cancéreuse, puisque son enlèvement complet met presque sûrement à l'abri de la récidive, alors même que son étendue ou son ancienneté pourrait la rendre le plus à craindre.

Je ne citerai qu'un exemple, pris dans ma pratique professionnelle, de ce genre d'affection portée à un degré extrême, et qui, pourtant, a été complétement guérie par l'opération : c'est celui du chevalier de Saint-Aubin, qui avait la plus grande partie de la face et du cou ulcérée et rongée par un de ces *noli me tangere* des plus étendus et des plus graves que j'aie jamais vus. J'enlevai la portion de l'oreille qui restait et la plus grande partie des tissus altérés par la maladie, et quand l'hémorrhagie fut calmée, j'appliquai largement la pâte arsénicale sur le reste de cette effroyable ulcération. Il s'ensuivit une excitation cérébrale extrêmement intense, qui mit très-gravement en danger la vie de mon malade ; mais, peu à peu, la fièvre se calma : le travail de cicatrisation se fit régulièrement, et, d'une aussi grave maladie, il ne resta finalement qu'une simple difformité. Ce personnage vécut encore quatre ans après mon opération, sans jamais offrir de récidive, et mourut d'une maladie étrangère à celle dont je l'avais traité.

Voici donc une affection dont le propre est d'envahir et de détruire nos tissus jusqu'à ce que la mort vienne y mettre fin, si on ne l'enlève, et qui, cependant, ne se reproduit pas quand on en a extirpé les dernières racines. J'hésite donc à croire que, malgré sa marche si grave et si analogue à celle des tumeurs épithéliales ordinaires, ce *noli me tangere* appartienne véritablement à la classe des cancers.

Quant aux cancers vrais, ils constituent une famille funeste dont chacun des membres ne se distingue que par son plus ou moins d'aptitude à la reproduction : tous s'acharnent à la destruction de nos tissus et n'abandonnent leur proie qu'à la mort, et ces caractères si tranchés légitiment, jusqu'à un certain point, cette hypothèse formulée par A. Dubois, que le cancer est une maladie qui s'attaque au système nerveux.

Plusieurs divisions peuvent être établies entre les différents membres de cette famille si étendue des cancers : et ces divisions reposent à la fois sur leur caractère anatomique et sur leur degré de malignité. Il est une de leurs variétés, par exemple, qu'on désigne sous le nom de cancer mélanique : c'est là, je crois, l'espèce de cancer qui est la plus sujette à récidive. Il peut ne consister qu'en un petit bouton à peine perceptible, comme il peut former des tumeurs de volume beaucoup plus étendu : dans tous les cas, la récidive est presque sûre après l'opération : et, pour mon compte, je confesse que j'en suis venu à n'en plus vouloir opérer aucun, quelles que soient leur simplicité et leur bénignité apparentes.

Après le cancer mélanique viennent, dans l'ordre de leur malignité, l'encephaloïde, puis le squirre, le cancer cartilagineux sur lequel j'aurai l'occasion de revenir tout à l'heure, le colloïde, l'épithélial, et enfin l'affection nommée fibro-plastique à laquelle, pour mon compte, j'affecte une place parmi les cancers. Bien que, parmi les affections cancéreuses, cette dernière constitue peut-être l'espèce la moins mauvaise au point de vue de la fréquence de la récidive, elle se comporte d'une façon trop semblable de tous points aux cancers des autres espèces pour en être séparée.

Les considérations anatomiques ne sont pas les seules qui servent au chirurgien pour éclairer son pronostic, et, par conséquent, la conduite qu'il doit tenir. La disposition de la tumeur elle-même, la manière dont elle se comporte au milieu des tissus qui en sont le siége, l'état de parties, et notamment des ganglions qui l'avoisinent guident le praticien dans les déterminations qu'il est appelé à prendre dans l'intérêt des malades. Une tumeur enkystée, par exemple, nettement circonscrite, exactement limitée, n'offre pas les mêmes indications que celle qui envoie tout autour d'elle une foule de prolongements irréguliers au milieu des tissus environnants, qui n'offre aucune limite bien arrêtée, et qui se perd insensiblement au milieu des parties saines, sans qu'on puisse en marquer nettement les contours. De même encore la conduite à tenir sera singulièrement modifiée suivant que les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur seront sains ou engorgés. Rien n'est précieux comme ces renseignements apportés par l'examen clinique pour fournir aux praticiens les lumières qui doivent les décider à agir ou à s'abstenir. Cependant il faut convenir que ces don-

---

C. Maladies de la membrane du tympan.

Malformations congénitales :
Absence. — Couverte par une fausse membrane.

Blessures et lésions :
Rupture. — Lésions mécaniques.

Inflammations :
Aiguë, circonscrite. — Abcès. — Diffuse, rhumatique, goutteuse. — Exanthémateuse, avec otorrhée. — Gonorrhéique, avec otorrhée. — — Des couches muqueuses. — Otites. — Subaiguë. — Syphilitique. — Strumeuse. — Typhoïde. — Chronique. — Granulaire. — Pannus.

Altérations dans les couches cuticulaires :
Eczéma et inflammation corrosive. — Epaississement provenant de pression.

Ulcération :
Perforation avec otorrhée. — Destruction totale avec otorrhée.

Opacité et dépôts morbides :
Dépôts de lymphe plastique et épaississement de la couche du milieu. — Dépôts calcaires et athéromateux.

Altérations de position :
Prolapsus ou chute. — Tympan ouvert. — Trompe d'Eustache fermée. — Adhérences du tympan aux organes voisins.

D. Maladies de la cavité du tympan.

Malformations congénitales :
Manque de cavité (osseuse). — Remplie de dépôts morbides. — Manque d'osselets (irréguliers ou déplacés). — Manque de fenêtres.

Blessures et lésions, hémorrhagie :
Fracture par les instruments pénétrants.

Inflammation :
Otite aiguë, otorrhée. — Rhumatique. — Goutteuse. — Par paralysie de la portion dure. — Exanthémateuse et typhoïde. — Subaiguë, catarrhale, chronique, avec épaississement de la membrane. — La membrane du tympan restant complète. — La cavité du tympan exposée à la perforation ou destruction de la membrane du tympan. — Périostite, otite, otorrhée, avec maladie du cerveau. — Carie des cellules mastoïdiennes.

Excroissances morbides :
Polypes et granulations. — Dépôts de matière strumeuse. — Ossification des fenêtres. — Ostéosarcome et exostoses. — Fungus. — Hématodes.

Maladies des osselets :
Ankylose. — Déplacement et luxation.

nées si utiles en général sont bien loin d'apporter la certitude dans le pronostic sur lequel nous décidons notre conduite ; et chaque jour nous voyons l'événement démentir nos prévisions le plus sagement combinées. Combien de fois, par exemple, ne voyons-nous pas les cancers les plus simples, les plus dépourvus de tous ces caractères de gravité que je viens d'énumérer, se reproduire d'une façon désolante après l'opération faite au milieu des espérances les plus légitimes? et n'a-t-on pas assez d'exemples de guérisons inespérées obtenues dans des cas où toutes les complications les plus graves avaient fait justement hésiter le chirurgien le plus osé ?

J'ai, dans ma pratique particulière, un assez bon nombre de ces faits saillants où le pronostic a été mis en défaut de la façon la plus flagrante. Ce sont les plus saillants de ces faits que je demanderai à l'Académie la permission de lui rappeler brièvement. Le plus grand nombre de ces observations serviront, en outre, à démontrer que la cure radicale, si elle est malheureusement trop rare, n'en est pas moins incontestable dans bien des cas.

1re *Observation.* — Il y avait à Saint-Louis, en 1823, une vieille femme dont M. Velpeau se souviendra sans doute, qui portait au sein une tumeur cancéreuse dure, bosselée, comme tuberculeuse, avec des engorgements extrêmement étendus des ganglions sus-claviculaires et cervicaux. Richerand opéra cette malade malgré ce cortége peu encourageant de complications graves. La tumeur n'était pas adhérente aux parois de la poitrine : elle fut aisément enlevée. Une quinzaine de jours après l'opération, pendant que la cicatrice de la plaie commençait à se faire, voilà qu'une vaste inflammation phlegmoneuse éclate dans la région cervicale, comprenant tous les ganglions malades de cette région. Il se forma là un énorme abcès qui fut ouvert, et qui donna lieu à l'issue d'une pinte de pus au moins. La suppuration continua son cours, donna lieu à la fonte complète des ganglions, et quand la cicatrisation de la plaie et de l'abcès fut achevée, il ne resta traces des ganglions précédemment engorgés. La malade sortit de l'hôpital complétement guérie et de sa tumeur et de son engorgement ganglionnaire. Plus tard, j'ai eu occasion de revoir cette femme à l'hôpital Saint-Antoine, où elle était entrée à l'occasion d'une autre maladie, et depuis 1823 elle n'avait éprouvé aucune récidive. Cependant la tumeur avait été disséquée après l'opération, et l'on avait pu manifestement y reconnaître à la fois l'existence de tissu encéphaloïde et de tissu squirreux ramolli.

2e *Observation.* — J'eus occasion de voir, en 1829, en consultation avec le baron Larrey, une dame âgée de 58 ans, excessivement vive, bien que chargée d'un très-grand embonpoint et notablement rachitique. Cette dame, qui avait plusieurs enfants bien portants, était atteinte au sein droit d'une tumeur de la grosseur des deux poings. Cette tumeur était bosselée et donnait lieu à des douleurs lancinantes. On sentait, sous l'aisselle du côté malade, plusieurs ganglions engorgés, et le sein gauche commençait lui-même à offrir un noyau d'engorgement, sans qu'il fût possible de dire si cette lésion se rattachait ou était étrangère à la tumeur évidemment cancéreuse du sein droit. L'opération fut d'abord mise en doute, parce qu'il nous semblait que, dans des conditions aussi désavantageuses, la récidive devait être presque assurée. Néanmoins, comme la tumeur du sein droit, à cause de son volume énorme et des nombreuses varicosités de ses vaisseaux, menaçait d'accidents imminents, on se décida à commencer par pratiquer l'opération du côté droit : c'est moi qui fis cette opération, et j'avoue que je n'en attendais pas beaucoup d'honneur. Il me fut impossible de réunir par première intention : la plaie demeura béante, et bientôt elle devint le théâtre d'une suppuration excessivement grave par son abondance et qui ne tarda pas à mettre les jours de la malade dans le plus grand danger. Cependant, la nature eut le dessus, et non-seulement la cicatrisation s'opéra heureusement, mais encore on vit peu à peu diminuer et disparaître l'engorgement du sein gauche, si bien que la malade finit par guérir complétement de ses deux tumeurs à la fois.

L'examen de cette tumeur, fait après l'opération, y fit reconnaître le tissu encéphaloïde le mieux caractérisé ; et cependant, cette même dame se portait encore à merveille cinq ans après, n'ayant éprouvé aucun symptôme de récidive, lorsque je fus appelé près d'elle pour une péripneumonie qu'elle venait de contracter accidentellement. Elle succomba à cette maladie, sans avoir jamais donné aucun signe de cancer depuis son opération.

3e *Observation.* — Le troisième fait s'est présenté à moi par l'entremise de mon honorable confrère, M. Adelon. Il est relatif à une femme que j'opérai, en 1843, d'une tumeur du volume du poing qu'elle portait au sein gauche. Cette tumeur ne s'accompagnait, il est vrai, d'aucun engorgement ganglionnaire, mais elle était entourée d'une abondance extrême de vaisseaux variqueux. L'opération ne présenta rien de remarquable, sinon qu'à la dissection on reconnut clairement la nature encéphaloïde de la tumeur, comme elle avait été annoncée sur le vivant. Cette malade se porte encore à merveille aujourd'hui, et, depuis onze ans, elle n'a présenté aucune trace de récidive.

4e *Observation.* — Me trouvant à Toulon en 1843, je fus appelé auprès de M. Pellegrin, directeur du théâtre de la ville, qui depuis trois ans était atteint d'une tumeur cancéreuse des ganglions parotidiens. Cette tumeur, lorsque je la vis, était énorme : elle s'étendait depuis le temporal jusqu'au larynx, et repoussait l'oreille en arrière, en même temps qu'elle la soulevait. Des chirurgiens de Toulon avaient tenté déjà une fois d'enlever cette tumeur, mais l'opération avait été faite incomplétement ; bref, la tumeur non-seulement s'était reproduite, mais encore s'était accrue dans des proportions vraiment effrayantes. Au lieu de se cicatriser, elle s'était recouverte d'un ulcère large, profond et saignant, qui ajoutait encore à la gravité et au mauvais aspect de cette affection déjà si grave. Je n'entrevoyais guère de chances de succès dans une opération pratiquée au milieu de conditions si désavantageuses ; aussi ne m'y décidai-je que sur les sollicitations du malade et de ses amis, et tout à fait à contre-cœur, je l'avoue. La dissection de cette tumeur fut extrêmement laborieuse : je fus contraint de couper le nerf facial ; cependant elle fut complétement enlevée. Les lambeaux de tissus restés sains furent rapprochés tant bien que mal, et la cicatrisation se fit très-bien, de sorte que la cure fut complète au bout de peu de temps. Toutefois, la moitié correspondante de la face demeura paralysée, et cet inconvénient, grave à la vérité pour un directeur de théâtre, était le seul dont le malade eut à se plaindre. Au bout de dix-huit mois ou deux ans, les mouvements se rétablirent insensiblement dans les muscles de la face, de sorte qu'aujourd'hui même M. Pellegrin est encore directeur et entièrement guéri de son cancer, et même de son hémiplégie faciale. Cependant, je puis dire que jamais affection ne fut plus évidemment cancéreuse que celle-là.

E. Maladies des trompes d'Eustache.

Malformations congénitales, corps étrangers introduits :

Absence. — Imparfaite.

Inflammation :

Catarrhale. — Chronique, avec épaississement de la membrane. — Syphilitique. — Ulcérative.

Obstruction et oblitération :

De la membrane muqueuse épaissie et relâchée. — Stricture et oblitération. — Maladie de la gorge et du palais.

F. Maladies du labyrinthe.

Malformations congénitales :

Absence de labyrinthe, irrégulier ou imparfaitement développé dans quelques parties. — Rempli de matières caséeuses. — Absence du nerf auditif ou atrophié.

Blessures et lésions :

Fractures, avec des effusions séreuses ou sanguines. — Provenant d'un instrument perçant.

Inflammation, carie :

Otite. — Otorrhée, avec maladie cérébrale.

Excroissances malignes :

Fungus. — Hématodes. — Ostéosarcome.

Tinnitus aurium (tintement d'oreille) provenant :

De maladie cérébrale. — De maladies aurales.

Otalgie :

Avec exaltation de l'audition. — Sans exaltation de l'audition.

Surdité nerveuse provenant :

De maladie cérébrale. — Maladie du nerf auditif.

G. Sourds-muets.

Surdité congénitale :

Provenant de malformation. — Sans défection apparente.

Provenant d'affections locales. — De maladie du cerveau ou du système nerveux.

Cette classification, comme on le voit, pèche peut-être par excès de détails et quelques répétitions ; mais, dans l'état actuel de la science, où trouver une classification parfaite ? Dr E. TRIQUET.

(La suite à un prochain numéro.)

5e *Observation.* — Voici enfin un dernier fait qui, malheureusement, ne s'est pas terminé comme les précédents par une guérison définitive, mais qui est un exemple remarquable de cette forme de cancer que j'appelle cartilagineuse.

M. Dubois fut consulté, en 1830, par un laboureur des environs de Seineport, qui portait au-dessous de la clavicule, à la partie antérieure de la poitrine, une tumeur très-dure et très-volumineuse, qui adhérait au sternum et aux côtes, et qui semblait s'insinuer au-dessous des muscles. Cette tumeur faisait évidemment corps avec la paroi de la poitrine, et se présentait avec de grandes difficultés d'exécution et assez peu de chances de succès.

M. Dubois, qui me fit appeler en consultation, m'engagea à enlever cette tumeur, et je m'y décidai malgré le peu d'espoir que je concevais dans l'issue de cette difficile opération. Elle fut pratiquée, je me le rappelle encore, le 26 juillet 1830, c'est-à-dire la veille des graves événements politiques dont cette époque a été marquée. La chaleur était excessive, l'opération fut extrêmement laborieuse. Je croyais avoir affaire à une tumeur en grande partie osseuse, aussi m'étais-je muni d'une quantité de scies, de gouges et de pinces, dans la prévision d'un bon nombre de sections osseuses. Au lieu d'une tumeur osseuse, je n'eus affaire qu'à des tissus cartilagineux d'une dureté analogue à celle de la cloison des fosses nasales. Il me fut donc possible d'enlever toute la tumeur avec la gouge et de sculpter artificiellement de véritables cartilages costaux pour remplacer ceux que la tumeur avait littéralement englobés.

La réunion des parties saines se fit parfaitement, et la cicatrisation fut complète. Le malade guérit, par conséquent, et je me rappelle qu'en 1831 je publiai ce fait en annonçant une guérison définitive. Ce cultivateur, encore jeune, s'était marié, en effet, et plus tard il eut deux enfants qui se portaient à merveille. Malheureusement, la repullulation commença à se faire au bout de la quatrième année, et ce misérable vint succomber à cette affreuse récidive dans je ne sais quel hôpital de Paris.

C'était là un de ces cancers cartilagineux dont M. Monod donna à cette époque une fort bonne description dans sa dissertation inaugurale.

J'ai rapporté ces faits pour faire juger de l'obscurité qui règne encore dans la question difficile du cancer. On y voit que l'observation clinique de cette maladie, qui est le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic et à un pronostic seuls capables de dicter une conduite sage et raisonnable, est cependant encore en défaut dans bien des cas, et qu'on ne saurait, par conséquent, s'entourer de trop de moyens de compléter nos connaissances à ce sujet. Le microscope, sans doute, est capable d'ajouter quelquefois à nos lumières, et il ne faut pas le rejeter; mais compter exclusivement sur ses données serait une conduite déplorable et contre laquelle on ne saurait assez réclamer. L'usage du microscope serait assurément une innovation des plus funestes s'il devait éloigner de l'étude clinique des maladies cancéreuses : d'abord parce qu'il ne saurait jamais conduire à une certitude, puisqu'en définive il n'est qu'un œil perfectionné, et en second lieu, parce qu'il ne serait pas applicable en pratique, où il ne serait jamais permis d'aller sonder une tumeur pour en ramener la parcelle destinée à être placée sous l'instrument.

La connaissance du cancer et de ses indications constitue donc un des points les plus délicats de la pratique, et pour laquelle le chirurgien a besoin de faire appel à toute sa sagacité, à toute sa prudence et aux lumières que lui a acquises la pratique. Et, malgré tout ce qu'aura pu fournir de données précieuses la sagesse la plus consommée, il se présentera encore chaque jour des cas qui jetteront le meilleur praticien dans l'incertitude, et qui lui apporteront les plus cruels démentis, même lorsqu'il aura formulé une opinion basée sur les plus grandes probabilités. Puisque, comme j'en ai donné des exemples, les cas les plus graves en apparence et les plus propres à la récidive pourront guérir définitivement, pendant que les cas les plus simples, les plus bénins en apparence, pourront encore tromper, par d'amères déceptions, les plus légitimes espérances.

Loin donc de chercher à ramener la connaissance du cancer à tel ou tel point de son histoire, je crois que ce qui convient dans une question de cette importance, c'est de faire appel à toutes les lumières dont il est possible de s'éclairer, de quelque côté qu'elles viennent, et que c'est dans un bon nombre des cas délicats qu'il présente, que le praticien le plus consommé a encore le plus grand besoin de s'éclairer des lumières de ses confrères.

M. le président. — La parole est à M. Robert. M. Robert prendra la parole dans la séance prochaine pour répondre collectivement à M. Velpeau et à M. J. Cloquet.

M. le président. — M. Costa a la parole pour une lecture sur les empoisonnements par les narcotiques.

M. Costa étant absent, la parole est à M. Depaul pour une présentation.

M. Depaul. — La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie appartenait à un enfant du sexe féminin native de la Maternité. Cette enfant était parfaitement conformée : aucun désordre ne fut constaté dans san organisation au moment de sa naissance. Elle me fut présentée au bout de 46 heures, parce que, disait-on, elle n'était pas encore allée à la garde-robe de puissa naissance. Cependant l'anus était bien conformé, et la communication avec le rectum parfaitement libre. Il fallait donc que l'obstacle fût situé plus haut. Je fis donner d'abord un petit lavement, puis un purgatif qui n'amenèrent aucune selle.

Au contraire, le ventre commença alors à se développer de plus en plus, et les vomissements ne tardèrent pas à arriver. Ils étaient d'abord jaunes, puis verts, et enfin ils avaient pris tous les caractères du méconium.

Après 50 heures d'attente, il était impossible de reculer, et il devenait urgent de tenter quelque chose pour conserver la vie à cette enfant qui allait évidemment succomber si l'on ne venait à son secours. Mais, quand il s'agit d'arrêter le mode opératoire auquel je devais donner la préférence, j'avoue que j'hésitai longtemps avant de prendre une décision.

La pensée de l'opération de Collisen, modifiée par M. Amussat, et qui consiste à ouvrir le colon par la région lombaire dans le point où il n'est pas en rapport avec le péritoine, se présenta d'abord à mon esprit. Mais un examen préalable de cette région, fait avec soin, au moyen de la percussion, m'empêcha de m'y arrêter; et bien m'en prit, comme le fit voir plus tard l'autopsie. En effet, en percutant avec soin la région des lombes dans tout l'espace qui répond au colon, je trouvai partout une sonorité aussi parfaite que si cet intestin n'avait pas existé ou n'avait renfermé que des gaz. J'avais, d'après cela, tout lieu de croire que l'obstacle au cours des matières n'avait son siége dans aucune partie de l's iliaque, ni du colon lui-même, puisque, dans aucun point de son étendue, je ne rencontrais l'indice d'une cumulation de matières.

Je crus donc devoir me décider à opérer ma malade par la méthode ancienne, c'est-à-dire dans la fosse iliaque, pour aller à la recherche d'une anse d'intestin grêle.

Lorsque j'incisai les couches de la paroi abdominale, il se passa sous mes yeux un phénomène assez insidieux et que je crois utile de rapporter à cause des erreurs auxquelles il serait capable de donner lieu. Après que j'eus divisé les premières couches, une petite hernie d'un tissu jaunâtre, offrant toutes les apparences du grand épiploon, se produisit dans la boutonnière, et j'avoue que d'abord je crus avoir sous les yeux une hernie de l'épiploon, et que, par conséquent, j'étais arrivé dans la cavité de l'abdomen. Il n'en était rien : c'était simplement un petit paquet graisseux d'un tissu mou et jaunâtre qui double chez les enfants la face externe du péritoine pariétal. Je note ce fait, parce qu'il est particulier aux jeunes enfants, et qu'il pourrait causer des erreurs aux personnes qui, comme moi, n'en seraient pas prévenues.

J'achevai donc mon incision, et, lorsque le péritoine fut ouvert, plusieurs anses d'intestin se présentèrent : je n'avais que l'embarras du choix. Je m'arrêtai à l'une de celles qui me parurent les plus dilatées et je la fixai dans la plaie après l'avoir ouverte.

A partir de ce moment, les matières s'écoulèrent par cet anus artificiel; tous les accidents qui menaçaient la vie de l'enfant disparurent, et les fonctions s'établirent comme à l'état normal. Cependant sa santé s'affaiblit graduellement et il finit par succomber. Or, la disposition singulière de l'obstacle et les causes auxquelles il remontait, révélées par l'autopsie, me parurent avoir suffisamment d'intérêt pour que les pièces fussent mises sous les yeux de l'Académie.

L'anse intestinale que j'avais ouverte était parfaitement adhérente aux lèvres de la plaie; aucune hémorrhagie n'avait eu lieu dans la cavité du ventre, et le péritoine était exempt de toute inflammation.

Quant à l'intestin, voici ce qu'il offrait de particulier : le cœcum et le colon présentaient leur disposition accoutumée, si ce n'est que leur calibre n'atteignait qu'à peine le tiers du volume normal. Examiné à l'intérieur, le gros intestin n'offrit encore de particulier que l'exiguïté de son calibre; mais, arrivé à sa jonction avec l'intestin grêle, il présentait une cloison purement fibreuse qui séparait complétement leur cavité. De plus, l'intestin grêle, à partir du cœcum, était complétement oblitéré dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette disposition, impossible à reconnaître pendant la vie, légitimait pleinement l'opération que j'avais adoptée. De plus, le hasard m'avait également servi, car il se trouva que l'anse intestinale que j'avais divisée était très-voisine de l'obstacle, de sorte que presque toute la portion saine de l'intestin grêle continuait à être parcourue par les matières de la digestion.

De pareilles lésions ne sauraient être rapportées à autre chose qu'à une péritonite éprouvée par l'enfant durant le cours de sa vie intra-utérine. Les brides fortes et nombreuses que je retrouvai sur différents points du péritoine ne permettent pas d'en douter.

Il m'a paru que cette observation présentait de l'intérêt au point de vue de la nature et de la disposition de l'obstacle, et, en même temps, au point de vue de ses indications difficiles : c'est pour cela que j'ai désiré en mettre les pièces sous les yeux de l'Académie.

M. le président. — La parole est à M. Velpeau pour une présentation.

M. Velpeau. — J'avais apporté une série de pièces d'anatomie pathologique dans la supposition qu'un de nos collègues reprendrait la question du cancer, et viendrait combattre les propositions que j'ai émises l'autre jour. Cela n'a pas été fait ; mais, comme mes pièces sont ici, que ces pièces sont sujettes à se détériorer facilement, et que, dans huit jours, elles pourraient bien avoir changé tout à fait d'aspect, je crois qu'il y a lieu de les faire voir aujourd'hui.

Ces pièces proviennent de malades que j'ai opérés; et elles ont pour but de montrer qu'il est facile, dans certaines conditions, de reconnaître, sans le microscope, la nature de bon nombre de tumeurs dont les caractères distinctifs sont parfaitement appréciables à l'œil.

Voici, par exemple, une tumeur qui comprenait toute la mâchoire inférieure du côté gauche, si bien que pour l'enlever il fallut désarticuler l'os maxillaire du côté correspondant. J'ai enlevé cette tumeur sur une femme qui est actuellement à l'hôpital, et le diagnostic avait été, avant l'opération, qu'elle devait être du cancer encéphaloïde. En effet, il n'est pas un chirurgien exercé qui puisse se méprendre sur sa nature sans avoir recours au microscope. Cependant, je l'ai donnée à examiner, et les micrographes y ont trouvé la cellule dite caractéristique.

En voici une autre que j'ai enlevée hier à la mamelle d'une femme qui est dans mon service. Or, je déclare que par le simple aspect il est facile à tout chirurgien de la reconnaître pour du squirre ; et certainement que si le microscope venait dire non, dans un pareil cas, il aurait tort. J'en appelle à tous les chirurgiens qui ont quelque habitude de voir des affections de ce genre.

Voici une autre tumeur que j'ai enlevée à une dame il y a quelques jours. On y reconnaît l'ulcération dont elle était le siége, et sa cause fait voir clairement que c'est du squirre. Le microscope ne le dément pas; mais, sans microscope, cela ne fait de doute pour personne.

Voici d'autres tumeurs : ce sont des ganglions enlevés de la mâchoire d'un homme qui avait une tumeur épithéliale de la lèvre. Cette tumeur fut diagnostiquée telle par moi avant l'opération, ce qui est facile : et après, le microscope n'y a trouvé que du tissu épithélial, ce qui n'empêche pas que ce malade est tout aussi exposé à la récidive que la dame précédente.

En voici une autre que j'ai extirpée du sein d'une malade, il y a douze jours. Cette tumeur n'est pas du cancer, et je n'ai nul besoin du microscope pour l'affirmer, pour en répondre, quelque audacieux que cela puisse paraître ; parce que, comme je le disais, il y a des tumeurs dont le diagnostic est très-sûr. Or, cette tumeur est de celles que j'appelle *adénoïdes*, et que les micrographes désignent sous le nom de tumeurs *hypertrophiques*. Elle se trouvait isolée au milieu des tissus, comme un corps étranger, et facile par conséquent à énucléer. Quand ces tumeurs sont enlevées, elles ne laissent aucune trace de leur présence dans les tissus voisins, parce qu'elles ne se confondent nullement avec eux. Dans ce cas, le microscope ne fait reconnaître que du tissu mammaire; et il faut dire qu'il le fait d'une façon parfaitement sûre ; mais, pour mon compte, je ne suis nullement convaincu qu'il en soit ainsi. Je veux bien qu'elles contiennent du tissu glandulaire, mais je ne puis croire qu'il n'y ait pas autre chose avec.

Voici une autre tumeur dont le diagnostic n'est pas aussi facile ; elle a été enlevée il y a quatre jours, et, maintenant, comme avant l'opération, elle me paraît d'un diagnostic fort obscur ; elle n'offre la physionomie, ni de l'encéphaloïde, ni du squirre, ni non plus du colloïde, malgré l'aspect gélatineux de son tissu ; cependant, elle ne ressemble pas davantage au tissu des tumeurs adénoïdes : c'est donc dans ces cas douteux que je m'abstiens de prononcer une assertion, et ce sont eux que j'ai soin d'éliminer de mes statistiques, dans lesquelles je ne fais compter que les cas d'un diagnostic certain. Je ne veux pas que ces cas douteux entrent en ligne de compte pour ou contre les propositions que je soutiens.

Cette tumeur, toutefois, me paraît de nature bénigne ; cependant, la malade aurait ultérieurement une semblable tumeur ailleurs que je n'en serais pas autrement surpris : c'est donc là un cas où notre examen à l'œil nu ne suffit pas, et où il faudrait faire intervenir le microscope ; c'est ce qui a été fait. La tumeur a été examinée concurremment par deux micrographes ; malheureusement, l'un y a trouvé la cellule et l'autre ne l'y a pas rencontrée, de façon que nous n'en sommes pas plus avancés.

J'ai apporté ces tumeurs pour les soumettre à l'examen des personnes que la question actuelle intéresse, et pour qu'on juge de la validité des assertions que j'ai émises touchant leur diagnostic. Je regrette seulement que M. Robert soit absent ; il aurait pu en juger lui-même.

Je n'ai nullement prétendu rentrer dans la discussion, mais l'éclairer seulement, s'il est possible.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur le baume antihémorrhagique de Warren.

Ce baume a acquis une grande réputation dans quelques États de l'Amérique du Nord. Sa composition était restée à peu près inconnue jusqu'à ce jour, et c'est le docteur Warren lui-même qui vient d'en publier la formule dans le *New-York med. Times*. Ce baume se compose de : acide sulfurique, 5 gros ; essence de térébenthine et alcool rectifié, de chaque, 2 gros. On verse l'acide dans une capsule de porcelaine, on y ajoute peu à peu la térébenthine en agitant lentement ; puis, plus tard, on y introduit l'alcool de la même manière : on continue alors à agiter doucement le mélange jusqu'à ce qu'il ne s'en dégage plus de vapeur et on le conserve dans un flacon bouché à l'émeri. Si les matières constituantes étaient pures, le baume est d'une couleur rouge foncé ; si la couleur est d'un rouge pâle sale, le baume ne vaut rien. Cette préparation est *extraordinairement* efficace dans les cas d'hémoptysie, d'hématémèse, d'épistaxis et de métrorrhagie; elle exerce une action modérante, en ralentissant la circulation, et en même temps astringente. Pour seconder son action, il suffit que le malade garde la maison, s'abstienne de ses occupations ordinaires et suive une diète sévère ; les saignées sont superflues et tout au plus y a-t-il lieu de recourir de temps à autre à quelque sel dérivatif. Le baume de Warren a également une action prophylactique certaine contre les hémorrhagies imminentes. La dose ordinaire est de 40 gouttes qu'on prend de la manière suivante : on met dans une petite tasse une cuillerée à café de sucre brun avec lequel on triture les 40 gouttes de baume jusqu'à ce que le tout forme une masse homogène ; alors on y ajoute de l'eau, en agitant toujours, et lorsque la tasse est à peu près pleine, on avale son contenu. Semblable dose peut être prise d'heure en heure jusqu'à ce qu'on en ait pris trois ou quatre. Ce baume se conserve très-bien ; seulement, après quelques jours de repos, il se forme à sa surface un pellicule qu'on doit enlever et qui n'altère d'ailleurs en rien les qualités du médicament.

(*Geneeskundige courant* et *Presse méd. belge.*)

Iodure de potassium contre les taies de la cornée.

Une épidémie de rougeole, qui régna à Fribourg dans l'hiver de 1828 à 1829, ayant occasionné de violentes ophthalmies, dont plusieurs laissèrent à leur suite des opacités de la cornée, M. Ed. Volmar, médecin dans cette ville, employa un collyre de 4 à 10 grains d'hydriodate de potasse sur deux onces d'eau, avec mucilage de pepins de coing, auquel il ajoutait de l'opium dans les cas seulement où il y avait encore de l'inflammation : ce traitement, dont les heureux résultats se montraient déjà dès le huitième jour, n'échoua que chez un enfant qui n'y fut soumis que très-incomplétement.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Bulletin du choléra dans les hôpitaux civils de Paris :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
11 octobre.	27	13	2
12 —	34	9	5
13 —	21	13	3
14 —	21	11	7
15 —	14	12	8
16 —	7	13	3
17 —	21	10	7
	145	81	35

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,518

Sortis........................ 2,920 } 6,286
Décédés........................ 3,366 }

Reste.................... 232 en traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, par Al. Alquié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. — 1 vol. in-8. — A Montpellier, chez l'auteur, rue du Collége, 3.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 126. 2e année. Samedi 21 Octobre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 20 Octobre 1854.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins et en général par les appareils redresseurs ou contenteurs.

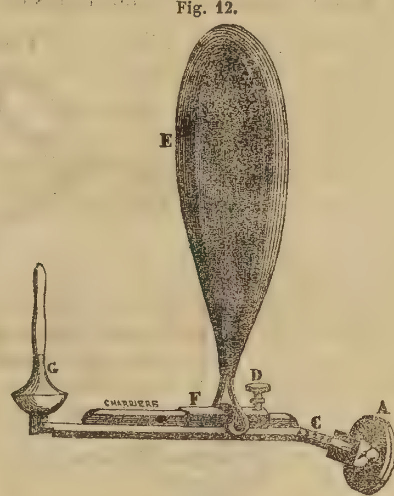
Résumé critique de la dernière discussion académique sur ce sujet.

(*Suite. Voir le n° 118.*)

La première des modifications de M. Valleix est représentée par la figure 12. Cette modification consiste en ce que la plaque E, qui est ici garnie en peau, glisse en F sur la tige horizontale, et peut être fixée à la longueur que l'on veut ; en ce que le disque G est beaucoup plus petit, et en ce que ce disque, avec la tige intra-utérine qui le surmonte, peut être inclinée à volonté à l'aide d'une vis de rappel fixée à la rondelle A. L'inclinaison est rendue fixe au degré voulu par une vis de pression D.

Cet ensemble de disques et de tiges métalliques constituait un appareil assez lourd. La deuxième modification paraît avoir eu pour principal but de le rendre plus léger. Dans cette deuxième modification (*fig.* 13), les deux tiges horizontales C et D glissent l'une dans l'autre, à coulisse ; mais le disque et la tige A et B ne s'inclinent plus à divers degrés ; ils ne peuvent que continuer les tiges CD ou bien former avec elles un angle droit ; l'articulation est simplement maintenue à l'aide d'un ressort à couteau ordinaire. La plaque E n'est plus garnie, elle est formée d'un très-fort fil en maillechort.

Fig. 12.



La figure 14 représente le manche nécessaire pour introduire dans l'utérus la tige A, qui est d'abord parallèle à la tige CD, et qu'on incline ensuite sur celle-ci comme on inclinerait la lame d'un couteau sur son manche maintenu fixe.

Une troisième modification, faite par M. Valleix, nous paraît trop peu importante pour être mentionnée. Nous aimons mieux

---

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. Wilde, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande ; chirurgien de Saint-Marks'Hospital* (pour les maladies des yeux) ; *membre honoraire de la Société de médecine de Stockholm*, etc.

(Suite. Voir les nos 110, 115, 120 et 125.)

(Cinquième article.)

Je passerai sous silence, dans cette analyse, les maladies de l'oreille externe, qui ne présentent rien à noter. L'énumération complète qui en a été donnée dans la classification exposée précédemment suffira pour guider dans cette étude ; et d'ailleurs, tous les traités, et en particulier celui d'Itard, sont au moins sinon plus complets à cet endroit que celui du chirurgien de Dublin.

Nous arrivons aux maladies de la membrane du tympan et de la caisse.

Comme les inflammations de la membrane du tympan étaient à peine connues au temps d'Itard, je tâcherai d'exposer avec détails ce que l'ouvrage de Wilde nous a appris sur cette importante question :

« L'inflammation de la membrane du tympan ou *myringitis*, n'a été ni entrevue ni étudiée par les auteurs jusque dans ces dernières années ; et encore ses variétés, avec les symptômes correspondants, n'ont-elles pas été comprises bien exactement.

« Itard, l'un des auteurs les plus estimés qui aient écrit sur la chirurgie aurale, n'a point traité, à proprement parler, de l'inflammation du tympan, quoique les symptômes de la maladie se trouvent énumérés, par lui et à son insu, sous le nom d'*otite interne*. Les vieilles divisions des inflammations de l'oreille dans l'otite externe et interne ne sont utiles d'aucune manière à notre diagnostic, et ne peuvent améliorer notre traitement. On en peut dire autant des divisions *aiguë* et *chronique*.

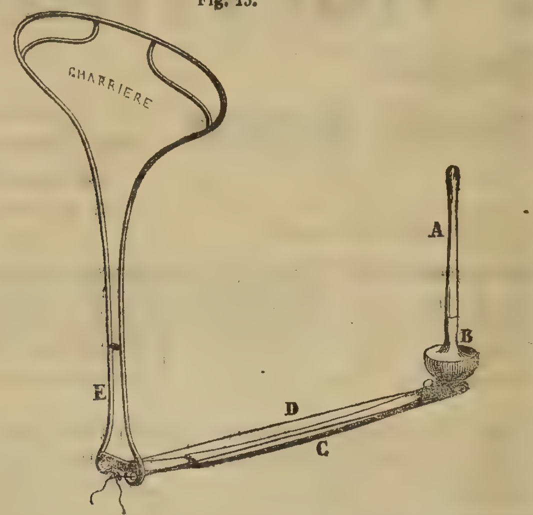
« L'otorrhée, qui accompagne presque toujours les inflammations de l'oreille, n'est véritablement qu'un symptôme analogue à la leucorrhée chez les femmes, et ne peut servir de base à un bon diagnostic.

« Lincke s'était déjà attaché à faire prévaloir l'étude des causes dans la description des phlegmasies de l'oreille ; ainsi il admet une cause érysipélateuse, scrofuleuse, syphilitique. Ce principe, comme on le voit, déjà très-fécond, aurait pu le devenir davantage si l'auteur eût pris le soin de déterminer le siége exact de la maladie.

« Kramer, dans son premier ouvrage, a consacré une section à l'inflammation aiguë de la membrane du tympan : seulement on ne trouve, à proprement parler, que l'énoncé de la question, le reste du chapitre étant

arriver à la quatrième et jusqu'à ce jour dernière, laquelle représente par conséquent l'instrument dont se sert actuellement cet habile médecin.

Fig. 13.

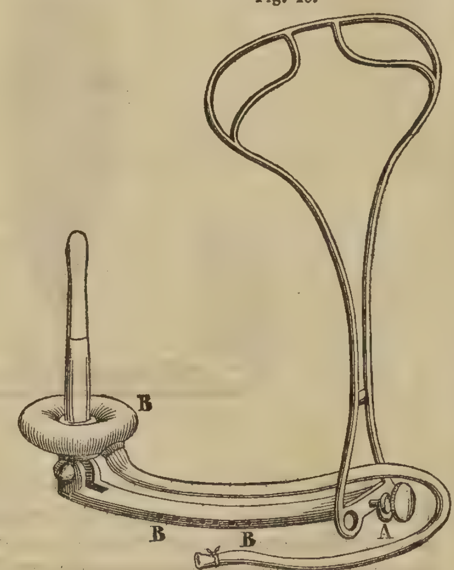


Dans cette quatrième modification (*fig.* 15), M. Valleix, mettant à profit les ingénieuses innovations de M. le docteur

Fig. 14.



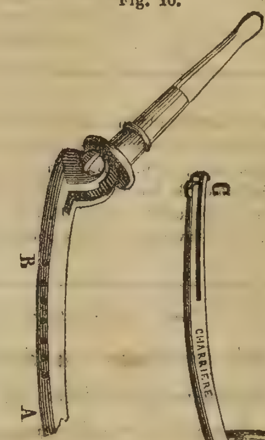
Fig. 15.



Gariel, a remplacé le disque métallique par un petit pessaire en caoutchouc vulcanisé qu'on peut insuffler à volonté à l'aide d'un tube flexible (système Gariel), après l'introduction de la canule utérine. Cette modification, comme on le devine facilement, a pour but de donner au col de l'utérus un soutien moins dur que le métal. Elle suppose que le col repose réellement sur les disques du redresseur. Nous verrons plus tard ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette opinion.

Dans ce dernier modèle, la tige utérine ne s'articulait toujours qu'à angle droit avec la tige horizontale. Dans les figures 16 et 17, on représente un mécanisme imaginé par M. Charrière,

Fig. 16.



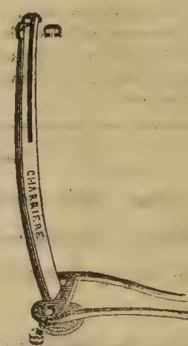


Fig. 17.

Fig. 18.



et à l'aide duquel cet habile fabricant a rétabli l'inclinaison à divers degrés, au moyen d'une vis sans fin. Les nouveaux redresseurs réunissent maintenant les deux modifications précédentes. On fait marcher la vis sans fin à l'aide d'un manche (*fig.* 18) qui sert en même temps de manche introducteur.

Un élève distingué de M. Valleix, M. le docteur Moussous, de Bordeaux, a imaginé un système d'inclinaison analogue au précédent, et que nous croyons devoir mentionner. Dans l'appareil de M. le docteur Moussous (*fig.* 19), la tige CD est montée sur une roue d'engrenage et s'incline en obéissant au man-

---

occupé par la description des polypes du conduit auditif et des différents procédés mis en usage pour pratiquer la perforation du tympan.

« M. Pilcher a cherché à nous donner quelques détails sur l'inflammation de la membrane du tympan ; mais il a confondu les nuances délicates de cette affection dans le groupe des *otites*.

« M. T. W. Jones est tombé également dans la même erreur, et nous ne pouvons guère partager son opinion quand il dit que « l'otite interne « change de nature, quand la membrane du tympan vient à être envahie « par la phlegmasie, par exemple, quand la caisse devient le siége d'une « collection purulente. »

« Au contraire, l'expérience nous montre chaque jour l'inflammation de l'oreille moyenne s'accompagnant de celle du tympan ; de la même façon que beaucoup de conjonctivites s'accompagnent d'un certain degré de kératite, et cette observation est aujourd'hui difficile à contester.

« Quant à M. William, on ne peut s'empêcher de douter, en le lisant, qu'il ait réellement rencontré l'inflammation et l'ulcération de cette membrane ; mais le docteur Franck-Martell en a donné une description concise et très-exacte, à l'état aigu et chronique.

« Dans mes observations, je n'ai pas cru devoir séparer les phlegmasies de la caisse de celle du tympan, parce que sur le malade nous les trouvons toujours réunies, et il n'est guère possible de les supposer réellement séparées qu'en les étudiant d'un point de vue spéculatif ; mais la pratique n'a rien à gagner avec de telles subtilités.

« *Définition.* — Par le mot *myringitis,* nous entendons l'*inflammation de la cloison tympanique,* et par *tympanitis,* l'*inflammation de la cavité du tympan.*

« Les dépôts de pus, proprement dit, dans l'épaisseur de la membrane du tympan, sont assez rares : j'en ai cependant vu deux cas, en 1843 ! Chacun de ces petits abcès avait la grosseur d'un grain de plomb n° 6, et semblait suspendu au milieu des lames qui composent cette membrane délicate : je les ouvris avec une aiguille à cataracte et nous en vîmes sortir une gouttelette de pus bien lié.

« Dans la classification nosologique exposée plus haut, j'ai pris le soin d'énumérer toutes les variétés d'inflammation auxquelles la membrane du tympan peut être sujette ; mais, dans la pratique, je pense que les six variétés suivantes doivent seules être conservées :

« 1° Inflammation aiguë de la membrane du tympan, commençant dans la couche fibreuse et accompagnée de l'inflammation de la caisse (1) (de nature le plus souvent rhumatismale) ;

« 2° Inflammation subaiguë, sans douleur ;

« 3° Inflammation syphilitique ;

« 4° Inflammation strumeuse, siégeant principalement dans la couche muqueuse, avec engorgement de la membrane qui tapisse l'intérieur de la caisse ;

« 5° Inflammation chronique, avec ou sans inflammation de la caisse ;

(1) J'ai décrit cette inflammation du tympan, avec ses perforations, dans mon Mémoire intitulé : *Recherches pratiques pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.* Paris, 1853.

drin AE. Lorsque l'opérateur a placé la tige intra-utérine, il tourne la boule qui est à l'extrémité du manche, et la tige se met à l'instant au degré d'inclinaison désiré.

Fig. 19.

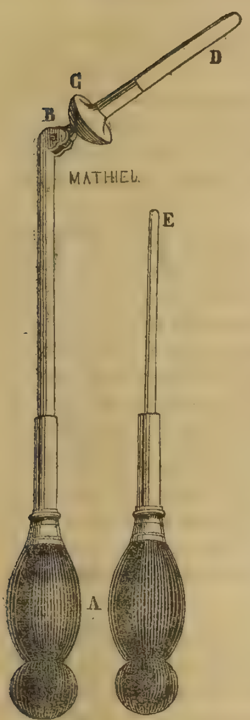
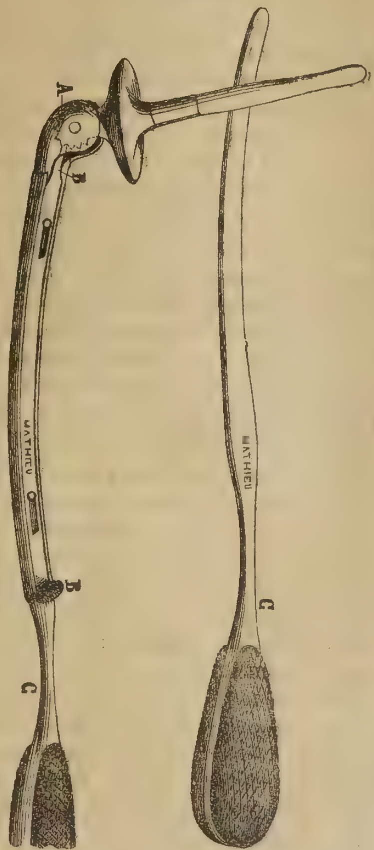


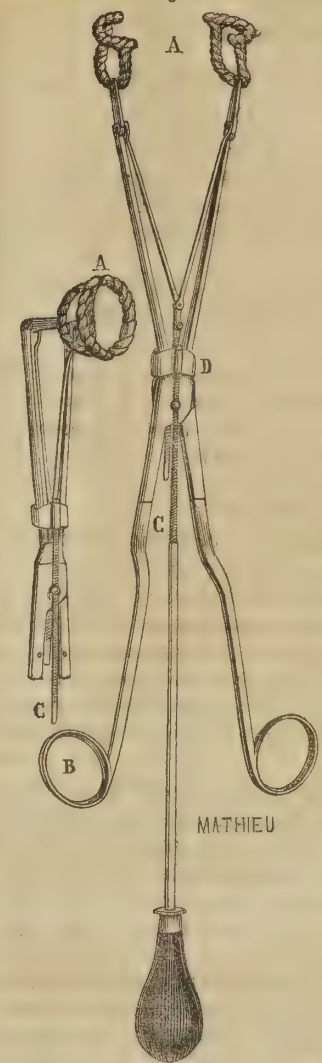
Fig. 20.



Enfin, la figure 20 représente un redresseur de M. Maisonneuve. Dans cet instrument, la tige intra-utérine se maintient dans la position angulaire voulue au moyen d'une tige à coulisse dont on voit le bouton en B et l'extrémité opposée en B qui s'interpose dans une des dents A et qui fixe solidement la tige utérine.

A l'aide des instruments précédents, la pression nécessaire pour redresser l'utérus s'exerçait sur des points très-limités de l'organe, et sur une surface plus susceptible que la surface externe du col au contact des corps étrangers. De là, pour la plupart des praticiens, les dangers du redresseur utérin. Pour éviter ces dangers, on a eu l'idée d'obtenir le redressement à l'aide d'une pression exercée sur la muqueuse externe du col et sur une large surface. Un médecin distingué de Paris, M. le docteur Joret, a imaginé d'enchâsser le col dans une sorte de collier en caoutchouc vulcanisé; mais ces tentatives n'ayant pas encore conduit l'auteur au résultat qu'il avait entrevu, son appareil est resté jusqu'à ce jour dans le magasin du fabricant.

Fig. 21.



M. Ricord en a imaginé un qui est encore fort peu connu, mais qui semble cependant avoir déjà reçu quelques bonnes applications. Cet instrument (*fig.* 21), désigné sous le nom de *support utérin*, et assez semblable par sa forme générale à une pince à polypes, offre deux mors fenêtrés, demi-circulaires, A, garnis de gomme, et de deux tiges qui se coudent à volonté à l'aide d'une vis, C, manœuvrée à l'aide d'une tige ou clef; la même clef sert à faire manœuvrer une autre vis qui serre à volonté les mors sur le col utérin. Lorsque le col est serré au degré voulu, on coude plus ou moins, si on le juge utile, les mors de l'instrument, et l'on fixe les anneaux de celui-ci sur une ceinture périnéo-abdominale, à peu près comme on le fait pour les autres redresseurs.

H. de Castelnau.

(La suite à un prochain numéro.)

« 6° Inflammation du tympan, avec fièvre; par exemple, dans les exanthèmes fébriles, etc.; et, plus tard, s'accompagnant d'otorrhée.

« Je vais citer textuellement les passages les plus intéressants de cette description :

« *Inflammation aiguë de la membrane du tympan.* — Dans l'inflammation aiguë de la membrane du tympan, la vascularisation est, en général, placée dans l'épaisseur de la couche fibreuse; le plus souvent elle est produite par le froid, la diathèse rhumatismale, un abaissement rapide de température, un coup de vent humide sur le bord de la mer, ou bien par des corps étrangers ou d'autres matières irritantes introduites dans le méat externe; le canal auditif et le pavillon lui-même participent à l'inflammation, et quoique nous ne puissions pas savoir positivement en quel état se trouvent la cavité du tympan et la membrane qui la revêt, il est probable que tôt ou tard elle doit prendre part à l'inflammation.

« Comme dans certaines variétés d'ophthalmie (dans l'iritis par exemple), nous voyons souvent la plus grande partie des autres membranes de l'œil participer à l'inflammation; de même, dans les inflammations de la membrane du tympan, nous pouvons prévoir que tôt ou tard la membrane muqueuse de la cavité elle-même, avec ses filets nerveux, le périoste, les cellules mastoïdiennes, l'embouchure tympanique de la trompe d'Eustache, les membranes de la fenêtre ronde, les muscles, les ligaments, les osselets et leurs articulations, le labyrinthe, l'oreille interne, ainsi que le nerf auditif, seront eux-mêmes atteints par la phlegmasie, dans un temps plus ou moins éloigné, et l'on comprend qu'il en doive résulter des altérations nombreuses qui, dans l'avenir, auront une grande influence sur les fonctions de cet organe délicat.

« En poursuivant notre comparaison de l'œil avec l'oreille, nous trouvons encore que, dans ces organes, les altérations de structure peuvent détruire non-seulement la fonction, mais encore avoir des suites fâcheuses pour la vie de l'individu, par exemple quand les os, les membranes du cerveau, ou le cerveau lui-même, viennent à s'enflammer consécutivement.

« A une période plus avancée, la couche dermique devient malade à son tour, avec celle du canal auditif; il en résulte une sécrétion muco-purulente et purulente, qui se forme dans des vésicules ou pustules; ces petites tumeurs s'ulcèrent, bourgeonnent, forment une sorte de voile épais, charnu, rougeâtre, selon les progrès de la maladie : c'est le *pannus* de la cornée.

« Il est donc bien évident que la membrane du tympan peut revêtir tous les degrés de l'inflammation et en subir les effets; il n'est pas moins évident non plus que la cornée affecte la plus grande analogie avec la membrane du tympan, particulièrement sous le rapport de la vascularisation, de l'épaississement, des taches et des dépôts morbides dont elle peut être le siége; et même l'analogie est complète par les adhérences qui peuvent s'établir : d'un côté, entre le tympan et le promontoire, les osselets; de l'autre, entre la cornée, l'iris, le cristallin et sa capsule, etc.

« Maintenant, voici l'ordre dans lequel se groupent les symptômes :

« Soudain, le malade éprouve une vive douleur dans l'oreille; cette douleur apparaît généralement la nuit; elle offre des exacerbations noc-

Observations thérapeutiques sur la médication nutrimentive.

Par M. le Dr L. Corvisart.

(*Suite. Voir les nos* 40, 41, 42 *et* 43 *du tome* 2.)

OBSERVATION VII (1).

Mme X...., rue Blanche, âgée de 59 ans, d'une constitution fort détériorée, à peau jaune paille, a depuis longtemps des digestions très-difficiles et les signes rationnels d'un commencement de dégénérescence squirrheuse de l'estomac, sans tumeur perceptible.

Je la mets deux jours de suite à l'usage des pilules nutrimentives; elle digère *beaucoup plus facilement* une côtelette et du bifteck.

Le troisième jour, la malade, qui n'aime pas à avaler des pilules, et d'ailleurs est fort capricieuse, renonce à l'emploi de ce moyen. Il résulte néanmoins de sa déclaration spontanée, qu'elle avait éprouvé un *bon effet* du remède.

OBSERVATION VIII (2).

M. William R...., âgé de 22 ans, d'une constitution lymphatique, portait depuis longtemps à la cuisse droite un kyste profond et un engorgement considérable qui avaient nécessité, pour arriver à la guérison, après plusieurs traitements infructueux, l'application de cautères sur la tumeur; puis le passage, à travers le kyste, de fils qui avaient divisé successivement les parties superposées dans une étendue de 4 à 5 centimètres d'épaisseur et de 8 à 10 de longueur, d'abord dans un sens, ensuite dans un autre.

Ces deux opérations successives avaient provoqué un travail inflammatoire dans le kyste, une suppuration longue et abondante, puis enfin l'adhésion des parois du kyste et la guérison.

Ce résultat obtenu, je fis placer au-dessous du genou un cautère que M. William R.... conserva six semaines ou deux mois; puis, au mois de septembre 1853, il alla aux bains de mer et le cautère fut supprimé.

Jusqu'au milieu de décembre, M. William R.... se porta bien; mais vers cette époque, sans souffrance, sans douleurs aucunes, son appétit diminua, il devint faible et maigrit d'une manière remarquable.

Enfin, le 14 janvier 1854, M. William R.... vint me consulter: sa maigreur, son visage tiré, ses traits profondément altérés me frappèrent: il se plaignait d'un état de faiblesse, de prostration extrême; la moindre course le fatiguait; ses forces étaient épuisées en venant à pied de chez lui chez moi (1 kilomètre environ de distance).

Il n'avait plus d'appétit; à peine avait-il mangé quelques bouchées d'aliments qu'il lui était impossible d'en avaler davantage; les garde-robes étaient liquides et fréquentes: quatre, cinq par jour; il ne souffrait nulle part, il sentait seulement chaque jour ses forces diminuer.

Je conseillai de remettre le cautère, trop tôt supprimé après une affection qui avait entretenu si longtemps un travail morbide local; mais il était urgent de rendre à l'estomac sa puissance digestive: afin d'empêcher les forces de se perdre davantage, et de donner le temps à l'équilibre organique de se rétablir, je prescrivis donc de prendre immédiatement avant chaque repas une prise de poudre nutrimentive.

Dès le premier jour, M. William R.... mangea plus et digéra bien; chaque jour, ensuite, l'appétit s'est développé, et le malade est arrivé successivement à prendre une quantité normale d'aliments, sans que jamais les digestions fussent pénibles. Les garde-robes même, qui étaient auparavant trop fréquentes et liquides, ont repris de la consistance et sont devenues plus rares.

Enfin, lundi 6 février, je suis allé voir M. William R..... : il n'a pas encore repris d'embonpoint, mais sa figure a repris de la vie, de l'animation. Quelques personnes disaient qu'il commençait à démaigrir. Il se sent moins faible: il venait de faire une marche au moins double de la distance de chez lui chez moi, et ne paraissait pas fatigué. Il était six heures du soir, et M. William R.... me dit: « J'attends le dîner avec impatience, car j'ai bien faim. »

J'ai conseillé de diminuer maintenant graduellement la dose de la poudre; d'en prendre seulement la moitié au déjeuner, pendant trois ou quatre jours, puis de la supprimer complétement à ce repas. On en fera ensuite autant pour le dîner, les jours suivants, et j'espère que bientôt M. William R.... mangera et digérera bien sans secours étranger.

OBSERVATION IX (1).

Mme X..., âgé de vingt ans, d'une constitution faible, eut il y a deux ans, une fièvre typhoïde, qui dura quarante jours, avec des symptômes graves.

La malade ayant eu l'imprudence, alors qu'elle n'était qu'à peine convalescente, de manger sept crêpes, eut une violente indigestion; les symptômes de la fièvre typhoïde reparurent, et cette deuxième affection dura également quarante jours, pendant

(1) Communiquée par M. le Dr Vernois.

(2) Communiquée par M. le Dr A. Godart.

(1) Communiquée par M. le Dr Boulu.

turnes pendant le cours de la maladie. Cette douleur a un caractère lancinant: elle peut aller jusqu'au délire; le malade croit ressentir un instrument aigu s'enfonçant dans le rocher. — Ce phénomène a lieu surtout quand la cavité de la caisse participe à la phlegmasie; les souffrances du malade augmentent pendant la toux, l'éternument dans l'action de se moucher; pendant la mastication, la digestion, par la pression sur le tragus, quand les mâchoires sont écartées.

« Le battement des carotides est distinctement senti dans l'oreille, et donne la sensation d'une chaleur brûlante. De plus, la douleur se fait aussi sentir dans le côté de la tête, dans les dents, les yeux, la tempe, le col. Il en résulte même une espèce de torticolis, un engourdissement du muscle sterno-mastoïdien, et des douleurs rhumatoïdes dans toute l'économie.

« Si le malade n'est pas soumis promptement à un traitement convenable, la douleur s'étend à la gorge, à la région mastoïdienne, à l'embouchure de la trompe d'Eustache. Et quand elle augmente, pendant la toux, nous pouvons présumer que l'inflammation s'est étendue à l'oreille moyenne.

« J'ai connu un homme que l'on traitait pour une inflammation du cerveau, et chez lequel toute la maladie résidait dans l'oreille. Il est même curieux de voir que les hommes de notre profession attribuent souvent les maux d'oreille à une *névralgie*, et c'est à cette erreur, d'ailleurs fort répandue, que nous devons attribuer l'emploi intempestif de tous les remèdes secrets, sédatifs, stimulants, destinés à combattre le symptôme *douleur*.

« La véritable névralgie de l'oreille est cependant si rare, que Kramer avoue n'avoir jamais observé de douleur d'oreille sans une inflammation évidente du méat ou de la membrane du tympan. Pour moi, je ne me rappelle pas avoir rencontré plus de deux fois une véritable *otalgie nerveuse;* et je pense que les chirurgiens seraient de notre avis s'ils avaient une plus grande habitude d'explorer le tympan avec le spéculum avant de se prononcer.

« En même temps que la douleur, le patient éprouve des tintements d'oreille, des bruits bizarres, des battements ou sifflements comparables à ceux de la vapeur.

« Au plus haut degré de l'inflammation, les malades comparent ces bruits à une chute d'eau qui tombe d'un lieu élevé. La maladie vient-elle à diminuer d'intensité, tous ces symptômes s'amendent en même temps.

« La diminution ou la perte totale de l'audition vient ordinairement avec la douleur, ou peu de temps après elle: si cependant un côté seulement a été attaqué, ce malade ne s'en aperçoit pas tout d'abord. Dans quelques cas exceptionnels, il y a, pendant un certain temps, une exaltation de l'audition comparable à la *photophobie*.

« Dans les graves inflammations de l'oreille, il est rare de voir la douleur s'étendre jusqu'aux dents, lorsque la carie d'un de ces petits os n'en a pas été le point de départ. C'est pourquoi dans les vieilles douleurs d'oreilles, on doit examiner soigneusement l'état des dernières molaires.

« A ces symptômes subjectifs nous pouvons ajouter les signes généraux suivants: coryza, éternument, toux et autres symptômes de catarrhe, augmentation de la chaleur de la peau, mal de tête avec sentiment de pesanteur, hémicrânie, insomnie, jactitation, paroxysmes pendant la nuit, ré-

lesquels elle eut des hémorrhagies intestinales inquiétantes, qui cédèrent cependant aux boissons sulfuriques et à l'usage du ratanhia.

Depuis cette époque, le bon état des voies digestives ne reparut point, et les forces faiblirent; la malade eut toujours un appétit languissant, des tiraillements d'estomac, des douleurs plus vives et des gonflements après les repas, très-souvent des vomissements, du malaise, de l'angoisse après dîner; tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée; la jeune malade resta maigre et décolorée.

Du quassia, puis du bismuth, le matin à jeun, l'eau de Vichy (un verre avec du vin aux repas) n'amendèrent que légèrement cet état.

Au mois de mars, je lui prescrivis une *pilule nutrimentive* à chaque repas, et je la fis manger beaucoup plus; elle suivit cette prescription vingt-cinq jours de suite; dès les premières, les douleurs d'estomac disparurent, l'appétit se releva, la diarrhée cessa, les digestions furent parfaites et profitèrent, car la jeune personne reprit rapidement un air de santé. Malgré la cessation du médicament, elle se trouva parfaitement bien portante du côté des voies digestives pendant un mois ou six semaines. Des circonstances indépendantes de ma volonté empêchèrent que la malade reprît les poudres nutrimentives.

Aujourd'hui, huit mois après ce traitement passager, la malade est derechef prise de maux d'estomac, de difficultés dans les digestions, mais elle a conservé bien plus d'appétit qu'avant les poudres, et ne vomit plus.

Son état d'ailleurs est tout à fait différent de ce qu'il était avant elles; quoiqu'elle souffre, elle n'a plus l'air maladif, elle a des forces, plus d'embonpoint, etc.

Réflexions. — Quoique ce fût une maladie très ancienne, aussitôt qu'on fit usage des pilules nutrimentives, les digestions et l'assimilation se rétablirent; l'estomac, reposé par l'inaction qu'il put garder, pendant quinze jours, à la faveur du principe digestif des pilules nutrimentives, suffit ensuite à rendre ses digestions bonnes pendant six semaines encore, et le bien acquis pendant ce temps, la réapparition de l'appétit, des forces, se conservèrent plusieurs mois, bien que les douleurs, résultat des digestions laborieuses, eussent reparu à cause de la cessation du traitement.

Voici une autre observation où une maladie, bien que plus grave, mais traitée avec persévérance et suivie comme pas à pas par la méthode nutrimentive, arriva en un très-court espace de temps à une guérison complète et durable.

OBSERVATION X (1).

Mlle Rose Benatre, quarante-six ans, domestique chez M. l'abbé L... depuis six à huit mois, ne pouvait prendre d'aliments sans éprouver des douleurs plus ou moins vives dans la région épigastrique, puis un dérangement de corps qui la faisait aller quatre, cinq, six fois par jour à la garde-robe et quelquefois plus fréquemment encore.

J'avais combattu cette affection par des narcotiques, par des préparations astringentes, tannin, ratanhia, par des ferrugineux et par des prises de sous-nitrate de bismuth, ces différentes substances étant administrées, soit seules, soit combinées, sans obtenir que des améliorations passagères. Le mieux se soutenait quatre, cinq, huit, dix jours au plus, puis les accidents recommençaient si la malade tentait de revenir à une alimentation capable de la soutenir; elle ne pouvait manger que quelques potages par jour.

Mlle B... était arrivée à un état de maigreur très-grande; ses traits profondément altérés, son teint mat et jaune, me faisaient craindre le développement de quelque affection organique que je n'avais pu cependant constater.

Le 20 décembre 1852, je prescris une cuillerée nutrimentive à prendre au commencement du déjeuner et du dîner, lesquels consistaient en potage pour le déjeuner, et pour le dîner un potage, plus une aile de poulet ou une côtelette de mouton.

26 décembre. La malade n'a pris chaque fois qu'une demi-cuillerée, la digestion a été beaucoup meilleure que les jours précédents, mais cependant encore pénible; la malade a eu deux ou trois garde-robes par jour.

Je prescris de prendre entières les doses que j'ai conseillées.

Jusqu'au 4 janvier, la malade suit exactement la prescription. Les digestions se font bien, sans douleur, sans gêne aucune à l'épigastre; elle a chaque jour une ou deux garde-robes de bonne nature. Mais ce jour, 4 janvier 1853, elle se croit guérie, ne prend pas de cuillerée nutrimentive, et après le potage du matin elle est prise de malaise épigastrique et de diarrhée; la malade reprend la cuillerée prescrite et les accidents cessent.

Jusqu'au 22, l'usage en est continué: les digestions vont bien; la malade reprend des forces, a bonne figure; elle se croit définitivement guérie; elle a pu reprendre son service habituel, elle cesse l'emploi des cuillerées nutrimentives. Pendant huit jours, à quelques légers malaises près, mais qui lui paraissent insignifiants, elle va bien, ses digestions se font sans douleurs, sans gêne épigastrique, il n'y a pas de dérangement de corps.

Le 1er février elle éprouve quelques légères douleurs abdomi-

(1) Dr A. Godart.

gularité dans l'intermittence des accès, pouls rapide, quelquefois du délire, et même tous les symptômes d'une maladie du cerveau.

« Les organes digestifs n'éprouvent que des troubles insignifiants; les urines sont foncées, et vers la fin de la période aiguë déposent un sédiment rougeâtre abondant. La fièvre est, en général, médiocre.

« Les *signes anatomiques,* dans les cas graves, sont: la chaleur, la douleur et une légère rougeur érysipélateuse du pavillon; dans les cas très-graves, chaleur, tension avec empâtement dans la région mastoïdienne; dans les cas moyens, il y a une légère tuméfaction de la membrane du méat externe; elle est sèche, rougeâtre, brillante, tendue, injectée de vaisseaux tortueux; la membrane du tympan tout d'abord perd son poli, sa transparence, devient jaunâtre, avec des tons rouges, qui varient d'intensité avec les progrès de l'inflammation.

« Un des phénomènes les plus remarquables à noter est la formation de nouveaux vaisseaux, comme dans les différentes inflammations de l'œil.

« Le premier point de la membrane du tympan, par où commence la vascularisation, est l'endroit où s'insère le manche du marteau; les parties périphériques sont ensuite envahies; la forme que les vaisseaux affectent est aréolaire et comme *radiée;* ils sont petits et courts, souvent entrelacés et s'écartent en se dirigeant vers la circonférence. A cette période, on trouve souvent des ecchymoses, des sugillations; puis on on voit naître des granulations, quelquefois des phlyctènes, des pustules et de petites ulcérations. Elles occupent, en général, le segment antérieur et postérieur de la membrane.

« Vient ensuite l'exsudation de lymphe ou de pus, mêlés de portions d'épiderme; mais la lymphe plastique est très-souvent épaissie entre les lames du tympan: et telle sera dans la suite une des causes d'opacité de cette membrane; la même altération se rencontre dans l'intérieur de la caisse, de là, des adhérences de ces organes délicats entre eux, lesquelles peuvent déranger les vibrations de la membrane du tympan, le jeu des osselets, la disposition des fenêtres et les fonctions de la branche tympanique du nerf glosso-pharyngien qui rampent dans la muqueuse de la caisse; et ce sont là, pour moi, autant de causes certaines de *surdité.*

« La perforation de la membrane du tympan, par rupture, abcès, ramollissement, ulcération, est un des résultats fréquents de son inflammation. Quand cette rupture a lieu et que l'accumulation de pus ou de sang, enfermés dans la caisse, viennent à trouver une libre issue, le malade éprouve un grand soulagement. C'est alors qu'on voit apparaître au fond du méat des granulations, sorte de polypes, avec un écoulement plus ou moins abondant. La membrane du tympan, au lieu de se perforer, s'épaissit, et devient sarcomateuse: c'est le *leucoma* de la cornée. Cet état peut s'améliorer et le tympan revêt une couleur gris de perle, très-différente de l'état normal.

Dans quelques cas, on observe un véritable prolapsus du tympan, avec une fissure centrale, à travers laquelle le marteau fait une sorte de hernie.

« Cette forme d'inflammation attaque plus souvent les jeunes gens; les blonds plutôt que les bruns; une seule oreille plutôt que les deux. On la rencontre principalement au printemps.

« La durée de la maladie varie de six à quatorze jours, jusqu'à un

nales pendant la nuit, du gargouillement ; le matin elle va mieux ; la journée est assez bonne, mais toutes les nuits suivantes, les mêmes douleurs, les mêmes accidents reparaissent, augmentent, s'accompagnent d'une légère chaleur fébrile.

Le 7 février, après une nuit pénible, la malade est prise le matin d'un nouveau dérangement de corps, elle va trois fois à la garde-robe ; un peu d'amélioration se manifeste pendant la journée.

La nuit du 7 au 8 fut encore plus pénible ; le matin, nouveau dérangement de corps plus abondant. Je suis appelé près de la malade.

Je prescris la reprise immédiate des cuillerées nutrimentives, et 40 centigrammes de sulfate de quinine pour combattre l'intermittence.

9 février. La malade a passé une bonne nuit, elle a bien digéré les potages qu'elle a pris ; je prescris 20 centigrammes de sulfate de quinine et la continuation des cuillerées avant chaque repas.

Le 10, la malade va bien 10 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 11, la malade est revenue à son état de bien antérieur ; la cuillerée nutrimentive est continuée à dose entière pendant quatre jours, puis à doses décroissantes jusqu'au 20 février, où elle cesse d'en faire usage.

Aujourd'hui, 1er février 1854, Mlle B....... continue à se bien porter, et depuis un an elle n'a pas été arrêtée un seul jour par une indisposition tant soit peu sérieuse.

OBSERVATION XI.

Mademoiselle M..., maîtresse de pension, âgée de 48 ans, est, depuis plus de quinze ans, affectée d'une névrose de l'estomac, qui pendant longtemps a fait craindre une affection organique. Des cautères sur la région épigastrique, des antispasmodiques, des narcotiques, des astringents de toute nature, ont depuis longtemps déjà triomphé des accidents graves de cette maladie: mais mademoiselle M... est toujours d'une santé chancelante, surtout pendant les mauvaises saisons ; les digestions deviennent alors pénibles, difficiles, et la région épigastrique devient douloureuse.

On combat alors ces accidents par des laxatifs doux, des prises de sous-nitrate de bismuth, soit seul, soit associé à quelque préparation narcotique ou antispasmodique, et après huit ou dix jours, mademoiselle M... est revenue à son état normal.

Le 7 janvier dernier, mademoiselle M... était fort souffrante, elle ne pouvait plus manger, le peu d'aliments qu'elle introduisait dans l'estomac y déterminait des douleurs qui duraient plusieurs heures jusqu'à la fin de la digestion, qui souvent était suivie de plusieurs garde-robes liquides. Le 8, elle commence l'usage des *prises nutrimentives.* Dès le premier jour, elle mange plus et digère bien sans douleurs. Elle en a pris dix-huit prises, et, sans autre médication, elle a été ramenée à son état de santé ordinaire.

OBSERVATION XII.

Mademoiselle E..., sous-maîtresse de pension, âgée de 30 ans, vint me consulter le 7 janvier 1854 ; elle se plaignait de douleurs d'estomac qui augmentaient peu par la pression. Loin d'avoir de l'appétit, elle éprouvait de l'éloignement pour toute nourriture, dont la digestion était douloureuse, surtout pour le repas du soir ; elle dormait mal pendant la nuit, éprouvait souvent des spasmes, de l'oppression, elle ne pouvait que remplir péniblement ses fonctions.

Je prescrivis une *prise nutrimentive* au commencement du dîner, et matin et soir une pilule d'extrait d'aconit et de datura stramonium. Mais le pharmacien ayant recommandé à la malade de bien prendre garde à ces substances, de n'en pas prendre plus que la dose prescrite, que ces médicaments étaient actifs et dangereux, elle fut effrayée et n'en prit pas du tout. Elle se contenta donc de prendre la *poudre nutrimentive,* qu'elle continua pendant vingt-quatre jours; et aujourd'hui, 23 février, elle me dit que dès le second jour elle s'est trouvée mieux, que de ce moment ses digestions se sont rétablies, que l'appétit est revenu, qu'après quelques jours les spasmes, les étouffements se sont dissipés, que les nuits sont devenues bonnes, et que, depuis le commencement du mois qu'elle a cessé les poudres nutrimentives, elle a continué à aller assez bien, que cependant l'appétit n'est plus aussi vif que pendant qu'elle en faisait usage.

Dans presque tous les cas qui sont rapportés ici, on a, ainsi que je le conseille toujours vivement, interrompu pendant plusieurs repas la poudre nutrimentive qui avait rendu les digestions bonnes, et aussitôt celles-ci sont redevenues mauvaises. C'est une *contre-épreuve* presque innocente pour le malade, mais qui force sa conviction et celle du médecin ; d'ailleurs, elle coupe court à toutes les objections qu'on pourrait faire à cette méthode, puisque par là son action devient *irrécusable.*

J'insiste, avant de terminer, sur un fait par lequel j'ai débuté.

Les préparations nutrimentives font rentrer tous les phénomènes digestifs dans l'ordre, quand le vice de sécrétion du ferment est la seule cause morbide;

Mais, souvent, à cette cause se joint d'une manière *indépendante* une irritabilité exagérée de la sensibilité et de la contractilité de l'estomac ; ces cas réclament l'adjonction des narcotiques à la préparation nutrimentive (1).

(1) J'ai vu dans des cas où le défaut de principe digestif était le seul vice de la digestion, mais où l'estomac ne recevait pas depuis longtemps d'aliments, que le premier jour, en donnant les prises ou les cuillerées, il y avait irritation produite, mais en associant les deux ou trois premières fois la médication à de légères doses narcotiques, le bienfait de la méthode nutrimentive paraissait alors complétement et permettait désormais d'abandonner les narcotiques.

---

mois ; mais ses effets peuvent avoir du retentissement à une période bien plus éloignée.

« Je n'ai pu, dans cette description, éviter beaucoup de détails qui se rapportent à l'inflammation de la cavité du tympan, c'est-à-dire à la véritable otite, parce que la maladie ne respecte pas les limites fictives que la théorie cherche souvent à lui imposer.

« Quant au traitement, les soins hygiéniques sont de rigueur : éviter le froid, conseiller au malade de garder le lit.

« Je n'ai point eu occasion d'employer la saignée générale ; mais les sangsues, les ventouses m'ont rendu de bons services ; seulement, il faut y revenir plusieurs fois si l'on veut obtenir tout l'effet désirable. Le lieu d'élection, pour ces applications, est le front du tragus et l'apophyse mastoïde.

« Après les sangsues, les cataplasmes, les fumigations, les embrocations tièdes doivent être employées.

« Viennent ensuite les liniments sédatifs, tels que la teinture d'aconit, de belladone, le chloroforme, le camphre. Il y a deux remèdes populaires en grand honneur pour les douleurs d'oreilles : une figue rôtie, et un oignon rôti, ou une gousse d'ail. Le premier n'a pas d'inconvénient ; mais les deux autres pourraient être nuisibles.

« Quant au moyen empyrique, qui consiste à verser du laudanum dans l'oreille, je le voudrais voir tout à fait abandonné.

« Les purgatifs n'ont pas une aussi heureuse influence sur ces maladies que sur celles dont l'œil est affecté. Les sudorifiques sont mieux indiqués, avec la diète, les bains de pieds, etc.

« A une période plus avancée, de petits vésicatoires seront placés derrière l'oreille, mais il ne faut pas en abuser, et s'en servir à point.

« Si ces moyens échouent, on doit recourir à l'emploi du mercure ; et je suis si convaincu de son efficacité que je n'hésite pas d'en recommander l'usage au début même de la maladie, pour arrêter l'inflammation ou provoquer la résorption de la lymphe déjà épanchée ; car les dépôts qu'elle forme sont une cause active de surdité dans l'avenir.

« Ce médicament doit être donné à doses fractionnées, et je l'associe de préférence à l'opium ; il est inutile que les gencives soient touchées ; mais le malade doit rester plusieurs jours sous son influence, si l'on veut assurer le résultat du traitement.

« Les ulcérations du tympan seront touchées avec une solution de nitrate d'argent. »

Dr E. Triquet.

Il faut donc, si cette dernière ne pare point à tous les accidents dès les six premiers repas, prescrire la poudre nutrimentive n° 2, soit :

℞ Une *prise* nutrimentive.
Acétate de morphine ou codéine. . 1 centigramme.
Mêlez.

A prendre au début de chaque repas, dans du pain à chanter.

Je ne vois qu'avantage à commencer par cette prescription, on se met mieux en garde ainsi contre un premier insuccès qui pourrait entraver la persévérance que le malade doit apporter dans l'usage du remède ; quitte, dès le troisième ou quatrième jour, à supprimer le narcotique ou la prise nutrimentive, pour bien s'assurer de l'action due à chacun des médicaments et ne plus désormais employer que le seul nécessaire, s'il n'y a qu'une *seule cause* au mal.

Si on a échoué après cette double tentative, on pourrait croire que la contraction de l'estomac, affaiblie, ne suffit point à opérer assez intimement le mélange des préparations nutrimentives et des aliments ; pour la réveiller, on devrait prescrire la poudre nutrimentive n° 3 :

℞ Une *prise* nutrimentive.
Strychnine. . . . . 3 milligrammes.
Mêlez.

A prendre à chaque repas, dans du pain à chanter.

Chez certaines personnes qui n'ont qu'un vice de la sécrétion du principe digestif, une prise nutrimentive ne peut réussir ; il faut doubler la dose et prendre l'une au début, l'autre à la fin du repas.

La poudre n° 4 ne contient que la pepsine non acidifiée, on peut l'employer dans les cas d'acidité, d'aigreurs fortes.

La poudre n° 1 contient le ferment digestif complet (1), la pepsine acidifiée ; c'est par là qu'on doit toujours débuter.

Tous ces soins dans le traitement ne sont point oiseux. N'est-ce pas à leur prix qu'on réussit dans tout traitement ? La médication nutrimentive ne dispense point de leur observation.

Il va sans dire que chaque maladie réclame le traitement approprié à chacune, la méthode nutrimentive ne s'adresse qu'à la nutrition. Mais d'une manière générale, on doit n'employer ce traitement qu'avant les deux heures qui précèdent ou après les deux heures qui suivent le repas ; car beaucoup de médicaments détruisent la vertu du principe digestif et des préparations nutrimentives.

La méthode nutrimentive ayant, entre autres, pour but d'empêcher, par l'indigestion habituelle et l'inanition qui la suit silencieusement, d'*arriver au moment où la perte des forces assimilatrices ne laisse plus de ressources à la vie*, il ne faut pas que les médecins qui tentent cette méthode tardent et ne le fassent qu'après que, les forces étant perdues, il est trop tard.

Le mélange de faits tristes et heureux que j'ai rapportés suffiront-ils à faire ouvrir les yeux, à faire employer la méthode *à temps, avec la persévérance, la coordination de moyens thérapeutiques et l'à-propos nécessaire,* ou l'oubli de tout cela laissera-t-il éteindre par des insuccès une œuvre utile?

Traitement du choléra dans les hôpitaux de Londres.

Il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs, il sera surtout assez piquant pour tout le monde, de connaître les différents modes de traitement mis en usage contre le choléra dans les hôpitaux de Londres.

Nous empruntons ces renseignements au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* qui les a puisés lui-même dans un Recueil anglais.

Hôpital de Middlesex. — Depuis mercredi dernier, écrit le docteur Ward à l'*Association medical journal,* dix malades gravement affectés sont entrés dans cet établissement : sur ce nombre, cinq sont déjà morts ; mais, dans cette recrudescence, la marche de la maladie est si rapide que, quand le choléra est arrivé à un certain degré, il n'y a aucun espoir de guérison. La diarrhée préliminaire a été rapidement remplacée par le collapsus, et à peine a-t-on pu saisir la forme intermédiaire à ces deux états.

Le traitement ordinaire du choléra, dans ce danger si menaçant, a consisté particulièrement dans de hautes doses de calomel (de 10 grains à 1 scrupule) qui était déposé sur la langue des malades, en plus ou moins grande quantité, suivant leur âge. Les cholériques étaient, aussitôt que possible, déposés ensuite dans un bain chaud, où ils restaient de 20 à 25 minutes, jusqu'à ce qu'un certain degré de réaction fût obtenu. Ensuite 2 grains de calomel étaient administrés toutes les deux heures, alternant avec la mixture de Steven, qui consiste en chlorate de potasse, 6 grains, chlorure de soude, 1 scrupule, sesquicarbonate de soude, 1 demi-gros, eau, 1 once et demie. Cette mixture était aussi injectée par l'anus, et, pendant cette partie du traitement, l'abdomen était maintenu enveloppé de linges trempés dans l'eau chaude et arrosés de térébenthine. Quant au début de la maladie dans la forme diarrhéique, la médication suivie a consisté à administrer 30 à 40 gouttes d'acide sulfurique dans une forte solution de menthe poivrée, et le résultat de ce traitement a été des plus satisfaisants. Le nombre des malades atteints de la diarrhée et traités de la sorte a été considérable, mais comme la plupart n'étaient point admis dans l'hôpital, il est impossible d'indiquer exactement ce qu'ils sont devenus. Dès que la diarrhée était suivie du collapsus, on les faisait entrer dans l'établissement et on les traitait alors comme il a été dit plus haut. Mercredi, trois de ces malades traités par l'acide sulfurique, après avoir été plongés dans le collapsus, étaient en bonne voie de guérison.

Hôpital de Guy. — Trente malades environ avaient été admis dans cet établissement depuis le début de la recrudescence. La plupart étaient dans l'état le plus grave, bleus et froids, et, malgré les moyens les plus actifs, déjà une vingtaine ont succombé. Chez ceux de ces malades qui ne semblaient pas dans un état tout à fait désespéré, on a eu recours, avec quelque succès, à une solution composée de carbonate de soude et de sel commun, qu'on rendait effervescente en y joignant du jus de citron. Dans quelques cas, où la diarrhée était excessive, on a eu recours à une mixture astringente de cachou et d'opium. Dans un cas on a essayé d'injecter dans les veines la solution salée. L'opération n'a pas sauvé le patient, mais la réaction produite a été assez complète pour qu'il ait pu demander à boire un cordial. Les lavements d'amidon et d'opium ainsi que la chaleur à l'extérieur du corps ont paru avoir de bons effets.

Les femmes allaient toutes bien, quoique, à leur entrée à l'hôpital, elles fussent dans un état fort alarmant. Le traitement par les sels a paru produire l'effet le plus favorable ; on a combattu aussi un nombre considérable de diarrhées par les astringents, le cachou, l'opium et la décoction blanche.

Hôpital Saint-Thomas. — Dans cet hôpital il a été reçu trente-six malades depuis le 26 juillet : sur ce nombre, onze seulement ont succombé. Il est probable qu'il y avait parmi eux plusieurs malades atteints d'une très-forte diarrhée seulement. Cette diarrhée a généralement été combattue par l'acide sulfurique. Le traitement a consisté principalement dans l'administration d'un vomitif et dans l'application de cataplasmes sinapisés au creux de l'estomac. On a fait usage aussi de bains d'air chaud et on a eu recours au bismuth et à la créosote pour calmer le vomissement. On n'a guère employé le calomel que chez deux sujets, et on n'a pas eu à se louer de cette médication. Dans deux ou trois cas, on a réussi à sauver les malades, alors qu'il ne semblait rester aucune chance de guérison. Dans un cas on a injecté la solution saline dans les veines. A l'autopsie du sujet on a remarqué une concrétion fibrineuse partant du cœur et s'étendant fort loin dans l'aorte.

Les malades étaient pour la plupart atteints du choléra asiatique, et il y avait aussi, comme nous l'avons dit, quelques cas de diarrhée ; ils étaient renfermés dans des salles séparées, et cependant, dans cet hôpital ainsi que dans plusieurs autres, on a vu d'assez nombreux cas de choléra se développer chez des malades qui étaient entrés pour une tout autre affection. Ainsi, tout au début de l'épidémie, un homme âgé de 40 ans qui, pendant plusieurs années, avait été sujet à la diarrhée, fut admis, pour un rhumatisme articulaire, dans le service du docteur Risdon Bennett. On lui prescrivit une poudre composée de mercure et de rhubarbe. Il survint aussitôt de la diarrhée. On crut d'abord que c'était l'effet du remède, mais les accidents s'aggravèrent et, malgré un traitement fort actif, il mourut en peu d'heures avec tous les symptômes du choléra.

(1) *Voyez* dans le n° 20 du *Moniteur des Hôpitaux* (1854) les procédés pour faire les prises nutrimentives, et les essais nécessaires pour s'assurer de leur force digestive.

Dispensaire de Marylebone. — Dans cet établissement, il n'y a eu aucun cas de choléra asiatique, mais bien de très-nombreuses diarrhées qui ont été traitées par la mixture ordinaire de sous-carbonate de chaux, d'opium ou de cachou. La maladie a très-promptement cédé à ce remède.

Dispensaire de Westminster. — M. Wade, dans les cas de simple diarrhée, est dans l'habitude de prescrire une dose de pilules bleues et une mixture composée de sous-carbonate d'ammoniaque, de poudre de rhubarbe, de chaque 1 demi-gros; sous-carbonate de soude, 1 gros; huile essentielle de menthe, 6 gouttes; sucre blanc, 1 gros; teinture composée de camphre et esprit composé de lavande, de chaque 3 gros; eau distillée, 8 onces. Trois cuillerées sont données toutes les quatre heures.

Dans les cas plus graves, on a donné la mixture suivante : acide sulfurique dilué, 3 gros; sirop de gingembre, 1 demi-once; eau distillée de menthe poivrée, 8 onces; 3 cuillerées à thé après chaque selle liquide; on ajoutait le soir une pilule de 1 grain d'opium et, sur l'abdomen, un synapisme qu'on devait garder aussi longtemps que possible.

Dispensaire de l'Ouest. — Le traitement généralement adopté pour la diarrhée dans cet établissement, chez les enfants de six à huit ans, consiste dans la mixture suivante : craie préparée, gomme en poudre, confection aromatique, de chaque 1 once; eau de cumin, 8 onces, à prendre 2 gros chaque heure.

Pour les adultes, on prescrit la même mixture, en ajoutant 1 demi-gros de teinture d'opium par chaque 8 onces. On prescrivait encore : acide sulfurique dilué, 2 gros; teinture de cardamome, 1 demi-once; eau, 7 onces et demie, à prendre 1 once chaque heure. Environ mille cas de diarrhée ont été traités de la sorte le mois dernier. Pas un cas de choléra asiatique ne s'est déclaré.

Infirmerie de Saint-Gille. — Dans les cas moyens de diarrhée, M. Bennett prescrit une mixture de confection aromatique, esprit composé d'ammoniaque, mixture de craie, eau de menthe et teinture d'opium. Les doses sont appropriées à l'âge des malades. Lorsqu'il y a une grande irritabilité de l'estomac ou des vomissements, on donne une pilule de calomel et d'opium avec défense de boire avant qu'une heure au moins se soit écoulée. On n'a pas fait usage de l'acide sulfurique dilué, parce que cette médication a paru suffisante; quand les crampes se déclaraient, on faisait des frictions, on appliquait des sinapismes et on enveloppait le ventre avec des linges chauds imbibés de térébenthine. Dans quelques cas graves, on a donné 2 grains de calomel avec 1 quart de grain d'opium, toutes les deux heures, et d'assez fortes doses d'eau-de-vie.

Dispensaire public. — Cinquante à soixante cas de diarrhée ont été traités dans ce dernier mois. On a généralement commencé par 2 grains de calomel avec 8 grains de rhubarbe, ainsi qu'une mixture composée particulièrement d'ammoniaque et de teinture d'opium. D'autres fois, on a fait usage des deux formules suivantes : mixture de craie, décoction de bois de campêche, parties égales, et 5 gouttes de teinture d'opium toutes les quatre heures; ou bien mixture de craie avec 5 gouttes de teinture d'opium, 4 grains de carbonate d'ammoniaque et 1 gros de teinture de cachou pour une dose. Dans certains cas, on donnait 2 grains de calomel avec 1 tiers de grain d'opium, et, plus tard, 1 once d'huile de ricin. On n'a pas non plus observé de choléra confirmé. (*Presse médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales,

Par M. H. Lee.

Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent se diviser simplement, sous le rapport de leur traitement, en celles qui saignent ou qui sont composées de substance vasculaire molle, et celles qui ne saignent pas ou qui sont formées d'un tissu plus consistant.

Dans la première classe, l'application de l'acide nitrique concentré est un excellent remède, et, dans la grande majorité des cas, aucun autre traitement chirurgical n'est nécessaire. L'acide nitrique pénètre la substance de la tumeur et produit son effet, soit en déterminant une escarre superficielle, ou en oblitérant les vaisseaux de la partie.

Lorsque la membrane muqueuse n'a pas changé de caractère, qu'elle n'est pas indurée et que les parties subjacentes ne sont pas infiltrées de lymphe, résultant d'inflammations répétées, l'acide nitrique concentré a constamment prévenu le retour des hémorrhagies.

Dans les cas où il y a lieu de croire que l'application de l'acide nitrique seul n'agira pas suffisamment sur la membrane muqueuse, M. Lee adopte pour méthode de faire d'abord sortir les parties affectées, et de les saisir au moyen d'un instrument formé de deux lames minces et parallèles, dont les faces opposées sont inégales, et qui se réunissent au moyen d'un ressort. L'instrument décrit par M. Jobert est une modification de celui que j'ai décrit en 1848, dit M. Lee. Avec cet instrument, on saisit la partie prolapsée et on incise la portion qu'on juge convenable d'inciser. On touche ensuite la surface incisée avec l'acide nitrique ou le cautère actuel.

Ce mode d'opérer a le grand avantage de permettre au chirurgien d'enlever la partie quelconque qu'on désire enlever, et lui donne en même temps le moyen d'arrêter l'hémorrhagie. On est sûr aussi de prévenir le retour des pertes de sang après l'opération. M. Lee cite neuf observations, pour prouver l'excellence de ces deux modes de traitement, suivant les deux classes de tumeurs qu'il a adoptées. (*Gazette médicale de Paris.*)

Chlorure de chaux dans les ophthalmies,

Par le Dr Favargnie.

Chez un enfant âgé de 10 ans, ce praticien avait guéri une ophthalmie scrofuleuse très-intense par des frictions d'onguent stibié entre les deux omoplates; la suppuration étant trop forte, il la fit cesser en vingt-quatre heures, au moyen du chlorure de chaux, sans que l'ophthalmie se remontrât; mais plus tard il y eut une récidive que ce praticien voulut traiter d'après les indications de Varlez, malgré la présence de la photophobie : 5 grains de chlorure de chaux furent donc dissous dans 2 onces d'eau, et l'on fit dans les yeux des instillations de ce liquide, en même temps qu'on y appliquait des compresses humectées avec le même soluté, médication qui eut le plus grand succès.

Le chlorure de chaux eut encore plus d'efficacité dans une ophthalmie catarrhale aiguë : ce médecin en mettait généralement de 4 à 6 grains sur 2 onces d'eau de roses, avec addition de 1/2 scrupule de laudanum liquide de Sydenham, et de 1/2 gros de mucilage de gomme arabique.

Pâte phosphorée.

La préparation et la conservation de cette pâte, généralement préférée aujourd'hui aux préparations arsénicales pour la destruction des animaux nuisibles, présentent deux graves inconvénients : la facilité du phosphore à s'enflammer dans l'eau bouillante et sa propre fermentation. On les évite en préparant la pâte d'après la formule suivante :

On triture, jusqu'à liquéfaction, six parties de phosphore et une partie de soufre purifié, avec six parties d'eau froide que l'on ajoute par portions; on y mêle ensuite deux parties de farine de moutarde, dix parties d'eau froide, huit parties de sucre et douze parties de farine de seigle; on remue jusqu'à consistance de pâte molle et l'on conserve dans des pots bien bouchés.

(*Neues Jahrb. für ph.* et *Journ. de ph. d'Anv.*)

Muséum d'histoire naturelle. — Cours d'anthropologie ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme. — M. Serres, professeur, membre de l'Institut, commencera ce Cours le samedi 28 octobre 1854, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le professeur exposera la théorie de la génération et celle du développement de l'homme, d'après les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des diverses races humaines, ainsi qu'à leur dissémination sur la surface du globe.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, Bandages et Appareils, par le docteur Ch. Sédillot. — Troisième partie, tome II, partie 1re, avec 67 figures dans le texte. La deuxième partie de ce second volume paraîtra fin décembre, et complétera l'ouvrage. — Prix de chaque partie : 4 fr.

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée,** par M. F. Gille, pharmacien à Paris. — A Paris, chez Labé, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 127. 2e année. Mardi 24 Octobre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 23 Octobre 1854.

Séances de l'Académie des sciences du 2 et du 9 Octobre.

La discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer nous ont mis en retard avec l'Académie des sciences et quelques menues nouvelles ; mais nos lecteurs ne l'auront sans doute pas regretté en lisant les articles de M. Broca ; nous allons revenir aujourd'hui sommairement sur nos pas et apprécier en quelques mots les communications faites à l'Académie qui peuvent nous intéresser.

La première en date est celle de M. Pucheran. Nos lecteurs en comprendront l'immense portée philosophique plus que médicale, en jetant un coup d'œil sur le Compte rendu; toutefois, ils penseront sans doute comme nous que l'importance d'une telle communication gît tout entière dans la fidélité des détails, et ils regretteront sans doute que le savant naturaliste n'ait pas cru utile de démontrer par des faits précis, plus nombreux, et même plus convaincants que celui de la non-ossification de la clavicule chez certains oiseaux, la loi qu'il pose, que *la tendance à la persistance de l'état fœtal est le caractère faunique de la Nouvelle-Hollande.* Plus il est intéressant, même au point de vue pathologique, mais surtout sous le rapport de la physiologie philosophique, de connaître les modifications que les diverses conditions climatériques peuvent imprimer à l'organisme vivant, plus aussi il est important de ne pas admettre, et par-dessus tout de ne pas généraliser ces modifications sans appuyer une systématisation sur des faits multipliés et rigoureusement observés et décrits. Au reste, les restrictions que nous formulons ici ne s'adressent peut-être qu'à l'extrait du travail de M. Pucheran, publié par les *Comptes rendus;* peut-être le travail tout entier de l'auteur renferme-t-il toutes les preuves désirables de la loi qu'il a formulée ; s'il en est ainsi, il ne saurait trop hâter la publication de son important Mémoire. En tout état de cause, le travail de M. Pucheran aura le mérite d'avoir appelé l'attention sur une question digne du plus haut intérêt.

— M. Velpeau a donné, en la présentant avec quelques développements, une certaine importance à une communication de M. Giraudet sur les effets du chloroforme. Cette importance nous paraît peu justifiée : M. Giraudet professe qu'il est dangereux de gêner l'action du diaphragme chez des individus dont les muscles respiratoires de la poitrine n'agissent plus ; c'est ce que tout le monde accorderait sans peine, même en l'absence des expériences que M. Giraudet a cru utile d'invoquer à son aide ; mais il affirme aussi que la plupart des individus qui ont succombé à l'action du chloroforme étaient serrés dans leurs vêtements, ce qui est une hypothèse pour beaucoup de cas, et une erreur matérielle pour plusieurs autres.

— Un médecin plein de zèle, qui paraît avoir consacré la plus grande partie de son activité à l'étude de la dérivation *hémospasique,* M. Junod, a entretenu l'Académie des résultats très-avantageux qu'il aurait obtenus de l'emploi de ce moyen contre les congestions diverses qui, on le sait, sont la cause la plus fréquente de la mort dans la période de réaction du choléra. Les considérations que M. Junod a invoquées à l'appui de sa doctrine sont des plus rationnelles ; toutefois, les deux faits cités par les *Comptes rendus* ne sauraient donner à ces considérations la qualité démonstrative, et pour savoir ce qu'elles valent, thérapeutiquement parlant, il faudra que M. Junod nous fasse connaître les résultats numériques que sa méthode lui a procurés.

— Les anesthésiques ont eu un second communicateur. Mais celui-ci commence par établir que le chloroforme n'a causé que vingt-cinq morts, que l'éther *est comptable* de cinq, et que les chirurgiens préconisent l'éther. Nous ne savons de quels chirurgiens l'auteur a voulu parler, et nous ne savons pas davantage où il a appris que le nécrologue du chloroforme s'arrête au chiffre 25. Ces deux premières propositions nous justifieront sans doute aux yeux de nos lecteurs de ne pas entrer dans de plus longs développements sur la communication de M. Ancelon.

— Un correspondant dont la communication demanderait un plus long examen si l'on ne consultait que le nom de l'auteur, est M. le professeur Forget, de Strasbourg. Mais outre que les *Comptes rendus* ne font que nous indiquer sommairement l'objet dont s'est occupé M. Forget ; mais, dans l'état actuel de la science, s'évertuer à établir que le typhus et la fièvre typhoïde ne sont pas une seule et même maladie, n'est-ce pas s'exposer à dépenser beaucoup de talent pour démontrer une vérité trop facile à prouver à tous ceux à qui on ne doit pas désespérer de prouver quelque chose ?

— M. Maisonneuve a cru avoir trouvé le moyen de lever la principale difficulté que paraissait rencontrer l'emploi

de la méthode des injections iodées dans le traitement des hernies. L'a-t-il levée réellement? Nous sommes très-disposé à le croire, en ayant égard aux assurances particulières que M. Maisonneuve nous a données; mais nous devons avouer que si nous ne consultions que les données physiques que la théorie nous indique, nous serions moins convaincu que l'habile chirurgien ne s'est pas fait illusion. Au surplus, quand il s'agit de faits matériels, avant tout il faut voir et toucher, et quand nous aurons vu et touché, nous ne serons pas plus incrédule qu'un illustre élu, et nous n'hésiterons pas à faire part de notre conviction à nos aimés lecteurs. H. DE CASTELNAU.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114 *et* 120.)

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons vu que, théoriquement et pratiquement, les indications de l'inflammation herniaire ne sont pas autres que celles de l'inflammation ordinaire, sauf que les intestins sont hors de place et qu'il faut quelquefois attendre. Dans les premiers moments, la première journée, il faut faire le taxis, le deuxième et le troisième jour, on réussit moins bien par le taxis; il faut surtout ne pas trop prolonger ces tentatives; il faut dès ce moment recourir aux moyens antiphlogistiques, auxquels les auteurs anciens s'adressaient sans trop savoir pourquoi, tels que la saignée, la diète, les émollients, le repos.

Il y a cependant une foule de médications empiriques, les antispasmodiques, les astringents, les purgatifs, la fumée de tabac; c'est comme dans un certain nombre d'inflammations vulgaires, vous verrez dans les livres et dans la pratique des applications étranges de thérapeutique empirique, qui ne font pas loi, mais auxquelles on peut quelquefois avoir recours, sans indication cependant.

A. Cooper faisait grand usage de la fumée ou de l'infusion de tabac; il rapporte des cas où les malades ont été empoisonnés par ce traitement. Je n'ai jamais eu de catastrophes de ce genre à déplorer; mais j'ai vu chez les malades de la faiblesse, de la défaillance, enfin cet état de résolution que l'on désirait, et je n'ai obtenu aucun bon résultat pour la réduction; c'est un quitte ou double que l'on joue, et dans lequel le joueur a peu de chances. Ainsi je rejette complétement le tabac, qui ne peut contribuer à la rentrée de la hernie qu'en déterminant un mouvement antipéristaltique, ou en affaissant l'anse intestinale, et encore souvenez-vous qu'il ne faut y recourir que quand le taxis peut être fait soit au commencement, soit à la fin.

J'en suis resté aux irrigations froides, aux douches froides et à la glace qui a été très-recommandée, sans que l'on sût trop pourquoi, contre les hernies.

Voici un fait qui est très-célèbre : J.-L. Petit est un jour appelé pour une hernie qui était sortie et que l'on ne pouvait réduire; il essaie plusieurs fois, mais en vain, de pratiquer le taxis, il fait une saignée, applique des émollients, mais sans succès; la grand'mère, voyant que le chirurgien ne pouvait réduire la hernie, dit à J.-L. Petit : « Je vais la faire rentrer, moi; » et elle prit un seau d'eau froide qu'elle jeta sur le ventre de son fils. La hernie rentra.

C'est un *quine* que l'on peut gagner à la loterie. On a voulu il y a quelque temps reprendre les affusions froides en même temps que le taxis; cela peut calmer l'inflammation ou affaisser la hernie. La glace a eu une bien autre vogue, et est employée encore aujourd'hui; les chirurgiens l'employaient sans le dire, et ils ne savaient pas trop pourquoi ils s'en servaient. Pour dissoudre les matières durcies? La glace n'y ferait rien. Est-ce une constriction? quelle sera l'utilité de la glace dans ce cas? Pour diminuer un peu le volume de la hernie? Ils ne savaient pas qu'ils obtiendraient ce résultat.

Maintenant nous connaissons les règles de l'emploi de la glace. Faites des irrigations froides sur un membre qui a reçu une plaie par arme à feu, le froid peut faire rétrograder l'inflammation et la calmer, sinon la prévenir; et même maintenant on met la glace sur les yeux dans l'ophthalmie, après l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle, etc. Enfin on met aujourd'hui l'eau froide et la glace dans une foule de cas. Quand la glace peut-elle être suivie de bons résultats? C'est au commencement de l'inflammation, pour la prévenir, pour la faire rétrograder; souvenez-vous donc bien de ceci comme d'un excellent précepte : dans les premiers jours, la glace vous sera d'une très-grande utilité.

Un jour, je fus appelé à 6 lieues de Paris; on avait essayé le taxis à plusieurs reprises, mais sans résultat; je ne fus pas plus heureux ; cet état durait depuis quelques jours et j'étais décidé à pratiquer l'opération, mais avant je voulus mettre de la glace, afin de n'avoir rien à me reprocher. Lorsque je revins le lendemain avec mes instruments pour débrider l'anneau, la hernie était rentrée.

J'ai eu aussi affaire avec deux confrères de Paris pour un jeune homme, un pâtre sicilien, qui était mathématicien, et dont le talent fit assez de bruit à l'Académie des sciences; il avait une hernie dans la tunique vaginale, sa hernie était très-douloureuse, le malade ne pouvait pas supporter le taxis; j'essayai après mes confrères, je ne pus pas non plus le faire; je mis de la glace, et au bout de quelques heures, la hernie fut réduite.

Je pourrais encore vous citer bon nombre de cas semblables, où l'application de la glace m'avait très-bien réussi. J'avais donc une certaine confiance dans la glace, quand un jour, à Bicêtre, arrive un vieillard qui portait une hernie inguinale que je croyais seulement enflammée; ayant en vain essayé le taxis, et ne pouvant réduire la hernie, j'appliquai de la glace et j'attendis : après vingt-quatre heures, la hernie ne pouvait pas encore rentrer, je continuai la glace; à la fin du second jour, les accidents d'inflammation et de vomissements avaient diminué, mais l'intestin hernié ne se réduisait toujours pas; je laissai ainsi la glace pendant cinq jours; mais, lorsque je m'attendais à trouver la hernie rentrée, je vis un homme en proie à des vomissements presque incessants de matières fécaloïdes; l'intestin était en partie coupé par un étranglement secondaire; la glace avait masqué les symptômes de l'inflammation qui avait toujours marché dans les parties profondes, tandis qu'à l'extérieur les accidents avaient semblé se calmer. C'est, comme vous le voyez, une chose très-fâcheuse, et il faut toujours se tenir sur ses gardes et surveiller avec le plus grand soin toutes les fois que l'on applique les irrigations froides, ou en général le froid à la surface du corps, au-dessus d'un organe profond que l'inflammation a envahi; car l'inflammation interne peut être masquée, et produire des accidents terribles alors même que, par l'examen des symptômes extérieurs, le chirurgien pourrait se croire en toute sécurité, et même sur la voie de la guérison. Il faut donc ne mettre la glace que dans les premiers moments; passé le deuxième jour, je n'oserais pas la mettre, et même après vingt-quatre heures, j'hésiterais encore beaucoup; si la glace n'a pas agi dans les six premières heures, ou tout au plus dans les douze premières heures, il ne faut pas la laisser plus longtemps. J'ai fait, je vous le répète, l'expérience de la glace à mes dépens; je suis convaincu que d'autres chirurgiens avaient eu aussi les mêmes accidents, mais sans en parler, et si j'ai eu à déplorer un malheur, je n'y serai plus pris.

Je dis donc que, quand la hernie n'a pu être réduite au bout de sept à huit jours, après un traitement antiphlogistique continué sans relâche, on doit pouvoir la faire rentrer; en effet, j'ai vu beaucoup de cas où, dans une inflammation herniaire manifeste, la tumeur étant très-volumineuse, je ne pouvais réduire la hernie dans le principe; après un traitement de sept ou huit jours, la tumeur était flétrie, et avec un faible effort, on pouvait

la réduire avec gargouillement. Songez bien surtout au danger qui est très-grand, de faire rentrer trop tôt une hernie enflammée : ceci me rappelle une observation que j'ai reçue dernièrement. Il y a quelques jours, il entre dans le service de M. Velpeau une femme qui portait une hernie crurale, grosse comme un œuf moyen : on essaie de la faire rentrer, on ne réussit pas; on donne un bain à la malade, elle y reste longtemps, et quand elle en sort, on refait le taxis, la hernie reste toujours sortie ; le soir, on essaie une troisième fois, enfin la hernie est rentrée. Six heures après, la malade était morte avec tous les symptômes d'une péritonite. M. Velpeau pensait donc que la hernie était vraiment étranglée, et qu'on avait réduit la hernie en masse : l'autopsie démontra l'erreur de ce jugement; l'anse intestinale était rentrée, il n'y avait pas trace d'étranglement ; le sac seulement était enflammé; il y avait une péritonite générale. Ici, il n'y avait de la faute de personne, car il y avait indication de faire rentrer la hernie; mais vous voyez le danger de rejeter dans le ventre une anse intestinale enflammée, on développe presque certainement une péritonite générale mortelle.

Je vais maintenant passer à un autre ordre de faits, nous allons étudier l'étranglement vrai ou étranglement pur. Qu'est-ce que l'étranglement pur? C'est celui que l'on a appelé autrefois étranglement par inflammation : erreur, messieurs, et la meilleure preuve en est que, si violents que soient les phénomènes, si vous faites rentrer la hernie, le malade est guéri. J.-L. Petit avait dit que c'était là la constriction. Mais quelle espèce de constriction? J'avais pensé moi-même qu'il y avait un étranglement pur et un étranglement consécutif; mais quant à l'étranglement primitif par l'anneau, je me demandais si ce n'était pas l'étranglement pur avec la gangrène, et je n'étais pas le seul. C'est que dans l'étranglement violent, si l'on ne se hâte pas de débrider, la terminaison fatale c'est la gangrène. Si c'était un pincement de l'intestin, on ne pourrait pas appliquer un lien sur l'intestin sans avoir les phénomènes de l'étranglement ; or, cela est complétement faux, car nous avons vu que, pour les petites plaies intestinales, A. Cooper plaçait un lien sur l'anse intestinale, il serrait, des adhérences se formaient, et il n'arrivait aucun des phénomènes de l'étranglement. Il y a plus, quand j'ai parlé de la suture intestinale, je vous ai dit que M. Amussat avait fait rentrer, dans le ventre d'un chien, une anse d'intestin, dans laquelle il avait placé un bouchon, et il avait placé une ligature serrée sur ce bouchon ; il n'y avait aucun des symptômes de l'étranglement. Travers avait déjà fait la même expérience ; je la répétai aussi ; mon chien a eu à peine un peu de malaise et de vomissements ; au bout de deux jours, il allait bien ; au bout de trois jours, il était tout à fait revenu à son état normal. Ce n'est donc pas la constriction qui arrête la circulation des matières. Vous pouvez faire cette expérience vous-mêmes , et vous convaincre de la vérité de ce que j'avance.

Qu'est-ce donc que l'étranglement? Il y a une chose qui a dû vous frapper lorsque, dans une autre partie de ce cours, nous avons parlé de l'étranglement des tumeurs solides ; si vous les serrez très-fort, vous les gangrenez, il n'y a pas d'étranglement ; mais si l'on serre peu la ligature et que le pédicule résiste, il survient des accidents terribles et que l'on ne peut vaincre qu'en débridant. Cette idée peut assez se rapprocher de l'étranglement de la hernie. Et quand un enfant se passe un anneau dans la verge (ce qui n'est pas rare), la verge se gonfle et s'étrangle : l'intestin passe à travers l'anneau abdominal comme la verge passait tout à l'heure dans l'anneau métallique ; ce n'est donc pas une striction absolue, et c'est pour cela, probablement, que les phénomènes sont si graves. A ces phénomènes s'ajoutent bientôt le gonflement de l'intestin et une inflammation secondaire ; puis arrive dans le bout supérieur une production de gaz et de matières, et quand ce bout est trop plein, alors surviennent les vomissements. Voilà, à mon avis, l'idée qu'il faut se faire de l'étranglement herniaire.

Ainsi, étranglement assez serré pour produire la gangrène, non. C'est un grand mot que je lâche, mais il n'y a pas dans toute l'économie un organe passant à travers un anneau assez à l'étroit pour s'y étrangler et se gangrener ; mais on a vu la gangrène produite en vingt-quatre heures, en douze heures, et Richter dit l'avoir vu se produire en huit heures. Larrey rapporte qu'il a vu une hernie se gangrener en deux heures, et que la gangrène avait gagné tout le ventre !... Vos livres disent aussi que, plus l'étranglement est pur et violent, plus la gangrène est étendue. Boyer regarde, dans ce cas, la mort comme inévitable, et suivant lui, elle est due à la gangrène ! J'ai donc été bien surpris, et vous avouerez que j'en avais le droit, quand, à la première autopsie que je fis d'une hernie étranglée, chez un vieillard qui était mort en quarante heures avec une petite hernie marronnée, je ne trouvai pas de gangrène. Quelque temps après, A. Bérard m'appela pour assister à l'autopsie d'une femme qui était morte d'une hernie interstitielle inguinale qu'elle n'avait pas voulu laisser opérer : l'étranglement était tellement fort qu'on ne put pas faire rentrer l'intestin en tirant par le ventre ; il remontait à 10 ou 12 jours, il n'y avait pas trace de gangrène. J'ai fait, pour ma part, un assez bon nombre d'opérations de hernies étranglées, je n'y ai jamais rencontré de gangrène.

L'étranglement ne gangrène donc pas : voilà une doctrine neuve pour laquelle j'aurai peut-être à soutenir des luttes aussi violentes que pour d'autres questions en litige.

Sur quoi se base la doctrine actuelle? Voyant que les choses, telles qu'elles sont, ne se rapportaient pas à la description qu'on en avait donnée jusque-là, je me défiai de moi-même, et voulant savoir si l'erreur venait de la nature ou de la chirurgie, je remontai à l'origine de cette doctrine, et je fis comparaître à mon tribunal tous les chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet.

A.-P. DOUMIC.

(La suite à un prochain numéro.)

Cure radicale des hernies par les injections iodées. — Nouveau procédé pour la ponction du sac.

Note lue à l'Académie des sciences par M. le Dr MAISONNEUVE, *chirurgien de l'hôpital de la Pitié.*

Lorsque, en 1837, M, Velpeau démontra la possibilité d'obtenir la cure radicale des hernies par les injections iodées, on put croire un instant que cette méthode à la fois si efficace et si exempte de dangers, deviendrait bientôt d'un usage général : il n'en fut rien cependant. Une simple difficulté de détail, relative à l'introduction de l'instrument dans la cavité du sac herniaire, suffit pour arrêter les chirurgiens dans cette voie nouvelle.

Dix-sept ans plus tard, de nouveaux essais furent tentés par M. Jobert, et le résultat définitif en fut des plus satisfaisants ; mais les moyens d'exécution étaient restés absolument les mêmes que ceux employés par M. Velpeau, de sorte que les mêmes raisons qui avaient une première fois empêché les praticiens de suivre la voie ouverte par l'illustre professeur de la Charité, les empêchèrent encore d'imiter l'exemple du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Et cependant, chacun sentait qu'il n'y avait plus qu'un pas à faire pour que cette méthode féconde de la cure radicale des hernies par les injections iodées fût définitivement acquise à la chirurgie pratique. C'est alors que M. Maisonneuve conçut l'idée du procédé suivant :

Premier temps. Étant donnée une hernie scrotale, M. Maisonneuve, commence par refouler les viscères dans l'abdomen ; puis, saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche, la partie moyenne du scrotum dans laquelle se trouve le sac herniaire vide, il transperce perpendiculairement le tout avec un trocart long et mince qu'il enfonce jusqu'à sa base et dont il retire immédiatement le mandrin.

Deuxième temps. Comme les parties pressées entre le pouce et l'index n'ont guère qu'une épaisseur d'un centimètre, la tige presque tout entière du trocart fait saillie en dehors des tissus ; alors, à l'aide de tractions douces et de pressions modérées, M. Maisonneuve étale sur toute la longueur de la canule, la peau du scrotum et les parois du sac qu'elle renferme; de sorte que

le trou d'entrée et celui de sortie deviennent le plus écartés possible, et que, par conséquent, la tige de l'instrument parcourt la cavité du sac dans son plus grand diamètre transversal. Pour plus de sécurité, on peut encore engager le malade à faire descendre momentanément sa hernie, ce qui complète l'écartement des parois du sac et refoule celui ci contre les téguments.

Troisième temps. Pendant qu'avec le pouce et l'index de la main gauche l'opérateur maintient les parties molles du côté du trou de sortie, il retire doucement la canule jusqu'à ce que son extrémité rentre dans la peau des bourses et arrive dans l'intérieur du sac. On reconnaît sans peine cette circonstance capitale à la facilité qu'on éprouve à faire mouvoir la pointe de l'instrument dans la cavité libre du sac herniaire.

Dès lors, il ne reste plus qu'à pratiquer l'injection d'après les préceptes posés par M. Velpeau, préceptes auxquels M. Maisonneuve croit n'avoir rien à ajouter.

Malgré sa complication apparente à la lecture, rien n'est plus simple que ce procédé dans son exécution. Il suffit de s'y exercer un instant sur un sachet quelconque, pour en comprendre le mécanisme et s'assurer de sa rigoureuse certitude.

Les applications récentes qui viennent d'en être faites sur le vivant par M. Maisonneuve, et, sur ses indications, par M. le Dr Follin, n'ont rien laissé à désirer, et lui font espérer que ce simple perfectionnement suffira pour vulgariser, en peu de temps, une opération qui promet d'être une des belles conquêtes de la chirurgie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 2 et du 9 Octobre 1854.

Séance du 2. — Présidence de M. Combes.

Physiologie végétale.

M. Boussingault communique de nouvelles observations sur l'absorption de l'azote par les plantes pendant la végétation, et d'expériences faites dans des espaces confinés de toutes parts, il conclut à la non-absorption.

Physiologie animale.

M. Pucheran communique la Note suivante *sur le caractère faunique de la Nouvelle-Hollande* :

« Je désigne sous le nom de *caractère faunique* l'ensemble des modifications zoologiques qui appartiennent aux divers groupes d'animaux qui se trouvent originaires d'une partie quelconque du globe que nous habitons. C'est, par cela même une application du principe par lequel on désigne, sous le nom de *caractères génériques* ou *spécifiques*, les traits distinctifs de tel ou tel genre, de telle ou telle espèce.

« Les observateurs ont été jusqu'à présent fort peu attentifs à la recherche des généralisations de cette nature. Lorsqu'ils se sont occupés de la faune d'un pays ou d'un continent, tous leurs soins se sont bornés à l'énumération des espèces ou des genres; presque jamais ils n'ont songé à exposer quelles étaient les modifications zoologiques communes aux divers êtres devenus l'objet de leurs études. Nous devons cependant faire une exception en faveur de notre grand zoologiste du XVIIIe siècle, en faveur de Buffon : en établissant que les mammifères du nouveau continent le cèdent en taille à ceux de l'ancien, Buffon ouvrait une voie bien féconde en résultats, et dans laquelle il eût été fort à désirer qu'il eût trouvé un plus grand nombre d'émules.

« La zoologie moderne a signalé, de son côté, que dans les faunes mammalogiques de certaines régions, les caractères constitutifs des mammifères disparaissent dans quelques organes : il y avait, dès lors, dégradation dans ces types, comparés à leurs congénères d'autres parties du monde. La faune de la Nouvelle-Hollande, en particulier, peut être citée sous ce point de vue.

« Mais une énonciation aussi générale d'un fait lui-même général est-elle suffisante pour en rendre raison, pour faire connaître quel est le mode suivant lequel il s'opère? Nous ne le pensons pas, par la raison qu'exposé aussi vaguement, le caractère spécial de la dégradation ne se trouve point signalé : dire qu'il existe ne suffit point, il est nécessaire de savoir en quoi il consiste.

« Or, en entrant dans cette nouvelle voie d'investigation, on observe que ce n'est point seulement par l'état d'imperfection des organes génitaux que les mammifères spécialement propres à la Nouvelle-Hollande se distinguent de leurs congénères des autres parties de l'ancien continent. Les caractères embryonnaires qui leur sont inhérents dans cette partie de leur organisation se manifestent de même, à des degrés divers, dans le système nerveux et dans le système osseux ; de telle façon que, même chez des individus dont la grande taille accuse l'âge adulte, les épiphyses des os longs se trouvent encore nettement séparées. Comme exemple de cette lenteur de l'ossification chez les animaux de ce même continent, nous pouvons citer, parmi les oiseaux, certaines espèces de psittacidés, chez lesquelles la clavicule ne s'ossifie qu'en partie, et reste, par cela même, en partie cartilagineuse. De tous ces faits que tous les zoologistes connaissent et que nous ne faisons que résumer, nous semble pouvoir être déduite la conclusion suivante :

« *La tendance à la persistance de l'état fœtal constitue le caractère faunique de la Nouvelle-Hollande.* Ajoutons que la même conclusion est applicable aux archipels dont la Nouvelle-Hollande constitue, au point de vue de leurs faunes, le centre d'irradiation.

« En partant de ce point de vue, on est conduit à se demander dans quelles limites il est possible de généraliser un semblable résultat. La nature de la dégradation consisterait-elle dans la permanence d'un état fœtal? L'examen des édentés résoudra cette question ; mais, quelle que soit la solution qui sera ultérieurement donnée, il n'en est pas moins intéressant de constater que l'on peut admettre deux sortes de dégradations, l'une *sériale*, l'autre *faunique*: dans ce dernier mode, qui quelquefois se confond avec le premier, les types dégradés habitent d'une manière spéciale telle ou telle région du globe ; dans le premier mode, les types sont, au contraire, plus cosmopolites dans leur distribution géographique, ainsi que nous en offrent des exemples les rongeurs et les édentés eux-mêmes. La dégradation par l'élément habité (l'élément aquatique) constitue un troisième mode qui, plus souvent encore que le mode de dégradation faunique, se confond avec celui que nous avons signalé en premier lieu.

« Quoi qu'il en soit, ce mode d'organisation de certains mammifères, en ce qui concerne la Nouvelle-Hollande et même l'Amérique du Sud, est-il en rapport avec la structure géologique de ces régions? L'émergence de ces terres serait-elle postérieure à celle des autres parties du monde? La zoologie attend, pour la solution de ces difficultés, le secours puissant de la géologie et de la paléontologie : cette dernière science ayant annoncé la présence, dans les profondeurs de la terre, et dans notre Europe, de débris fossiles présentant une certaine analogie avec l'organisation marsupiale, il reste à déterminer jusqu'à quel point de telles couches fossilifères présentent la structure terrestre de la patrie des didelphes. Nous pensons que, dans cette circonstance, il existe un lien harmonique entre une semblable nature et le milieu habité ; car, au point de vue du finalisme, nous ne voyons pas qu'il y ait moyen d'expliquer comment et pourquoi telle partie du monde se trouve, plutôt que telle autre, être la patrie à peu près exclusive de toute une sous-classe de vertébrés.

Action du chloroforme.

M. Giraudet communique une note intitulée : *Note sur les effets de la pression du diaphragme dans les inhalations du chloroforme,* et que les *Comptes rendus* résument ainsi :

« L'examen des modifications qu'éprouve la respiration des individus soumis à l'influence du chloroforme, et la discussion de plusieurs des cas dans lesquels l'inhalation a causé la mort, ont porté M. Giraudet à soupçonner que des circonstances accessoires, et qu'on avait pu regarder comme presque indifférentes, avaient eu souvent les plus fâcheux effets. Il avait vu qu'à un certain degré de l'anesthésie, la respiration s'opérait sous l'influence presque seule du diaphragme ; il pensa, en conséquence, que tout ce qui pourrait entraver les mouvements de ce muscle arrêterait complétement le jeu des poumons et amènerait une asphyxie promptement mortelle. C'est dans le but de vérifier ces inductions qu'il a entrepris les expériences qui font l'objet de cette Note.

« Mes premières expériences, dit l'auteur, ont été faites sur trois lapins âgés de cinq mois, d'une parfaite santé et dont le cœur donnait en moyenne cent dix pulsations par minute. Soumis ensemble à l'inhalation progressive du chloroforme pendant cinq à six minutes, tous ont présenté les symptômes habituels jusqu'à l'anesthésie complète; le nombre des inspirations, qui était de soixante-dix au commencement de l'opération, s'éleva jusqu'à cent dix pendant l'application du chloroforme. J'abandonnai un des lapins aux effets ordinaires de la chloroformisation; sur les deux autres, je pressai la paroi abdominale de manière à entraver le jeu du diaphragme. Au bout de quatre-vingts secondes de cette pression lente et modérée, il n'y avait plus de mouvements respiratoires, le cœur donnait encore quelques impulsions qui cessèrent promptement; j'essayai d'en rappeler un à la vie par les moyens habituels, insufflation, frictions, etc., mes efforts furent complétement nuls. A l'ouverture de la poitrine, je trouvai les poumons presque imperméables, et cependant exempts de toute trace d'engorgement ou d'hépatisation; une légère odeur de chloroforme s'en échappait ; le sang, dans les artères, était très-fluide et presque noir; au bout de vingt-quatre heures il conservait encore sa fluidité; pas de trace de coagulation, ni dans les cavités droites du cœur ni dans l'aorte.

« Voulant m'assurer d'une manière irréfragable si la mort dépendait de la gêne apportée au jeu du diaphragme, je recommençai un grand nombre d'expériences sur des chiens jeunes et adultes. Ces animaux, soumis à l'inhalation du chloroforme, étaient insensibles au bout de quatre à cinq minutes; chez tous, le nombre des aspirations, qui dès le début variait de dix-huit à vingt-cinq par minute, s'élevait à la fin de l'inhalation à trente et trente-cinq: chez les plus jeunes, on pouvait en compter jusqu'à cinquante par minute. Les mêmes phénomènes observés sur les lapins se reproduisirent exactement, et, à l'ouverture du corps, nous ne découvrîmes aucunes traces d'altération dans le tissu du poumon; le sang était également noir et fluide. Sur l'un de ces chiens, je parvins à lier les nerfs phréniques; les effets en furent immédiats, instantanés: plus de mouvements respiratoires; le cœur ne cessa ses impulsions qu'au bout de trois minutes, la mort était réelle.

« Pour expérimenter sur des oiseaux chloroformés, il suffit de les comprimer légèrement entre les mains, de manière cependant à empêcher la libre dilatation du thorax; la mort est plus prompte encore que chez les quadrupèdes.

« Lorsqu'on met en rapport ces expériences et les relations d'accidents mortels observés chez l'homme, on est frappé en voyant que la plupart des individus morts pendant de légères opérations, telles que l'avulsion d'une dent, étaient habillés, serrés dans des corsets ou des vêtements trop étroits, et que, souvent, de fortes pressions avaient été exercées sur la base du thorax; chez toutes ces victimes, on a noté des suffocations, la faiblesse des inspirations et leur augmentation sensible, la petitesse du pouls, la pâleur, etc. On a cherché différentes explications pour ces accidents: celle qui les considère comme le résultat d'une asphyxie me paraît suffisamment établie par les expériences que je viens de rappeler.

« CONCLUSIONS. — 1° Toutes les causes qui peuvent gêner le jeu du diaphragme chez les animaux soumis à l'inhalation du chloroforme, amènent la mort très-promptement.

« 2° La ligature des nerfs phréniques détermine des accidents mortels plus promptement encore.

« 3° Il y a altération primitive de la fonction respiratoire, changement de rhythme et de caractère, sous l'influence du chloroforme.

« 4° Les pressions exercées sur le thorax me paraissent offrir le plus grand danger chez les individus soumis à l'action du chloroforme.

« 5° De tous les moyens proposés pour rappeler à l'existence les animaux sur lesquels j'ai produit à volonté la suspension de la vie, aucun n'a été suivi de succès; les courants électro-magnétiques seuls m'ont donné quelques résultats satisfaisants.

« 6° J'ai employé l'électro-magnétisme soit au moyen d'aiguilles implantées dans le diaphragme, soit en établissant un courant à travers un des nerfs phréniques. »

Choléra.

Grand nombre de communications dont la plupart aspirent au prix Bréant.

Séance du 9. — Présidence de M. COMBES.

Ventouses monstres.

M. le docteur Junod communique une Note dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant:

De l'emploi de la méthode hémospasique dans le traitement du choléra épidémique.

« Envoyé, par M. le Ministre, dans le département de la Haute-Marne, pendant qu'y régnait le choléra, j'ai eu occasion d'y appliquer avec succès ma méthode de dérivation.

« On ne saurait dénier à la méthode hémospasique ses remarquables avantages contre les congestions thoraciques et cérébrales qui marquent la période de réaction du choléra. Quoi de plus propre que la grande ventouse à dégager la poitrine et le cerveau, dont les fonctions se trouvent si souvent compromises dans cette période de la maladie, et parfois même complétement enchaînées? Sans doute la saignée arrive au même but; mais il faut remarquer que fréquemment l'algidité se renouvelle après la réaction, et qu'on s'expose, en débilitant le malade par des émissions sanguines, à réduire sa force de résistance et à rendre impossible une nouvelle réaction. Par l'appareil hémospasique, on ne fait subir aucune perte au malade; seulement on déplace son sang, on l'appelle dans les régions où il peut s'accumuler sans péril, et où on le garde pour le rendre à l'économie alors que tout danger aura cessé. L'utilité de cette méthode dans la période de réaction du choléra a donc été acceptée par un grand nombre de praticiens, et les avantages en sont trop saillants pour que je m'y appesantisse de nouveau. Mais faut-il borner ainsi aux phénomènes réactifs du choléra l'emploi de la médication hémospasique? Il est constant que, pendant la période algide, des congestions actives ou passives s'accomplissent sur le cerveau et les organes les plus importants; que des oppressions qui vont jusqu'à l'asphyxie, témoignages de la congestion pulmonaire, que des déjections alvines incessantes et des vomissements incoercibles signalent un danger des plus prochains, et ici encore la grande ventouse a parfois mis fin à ces redoutables menaces.

« Un tel résultat n'a rien qui doive surprendre: d'un côté, le déplacement du sang qui s'accomplit sous l'action de ma ventouse ne doit qu'alléger les viscères congestionnés; d'un autre côté, les principaux organes de la circulation, gênés par la résistance qu'oppose à leur exercice la coagulation du sang, reprennent, en partie du moins, leurs fonctions, alors que se trouve réduite la masse sur laquelle ils doivent agir. En poussant la dérivation jusqu'à ses dernières limites, on obtient une transpiration abondante, comme à la suite des larges saignées; et cette transpiration n'est peut-être pas sans quelque valeur pour la solution de la maladie, ainsi que l'on va en juger.

« Je demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques faits à l'appui de cette dernière proposition.

« 1re *Observation.* — Dans la matinée du 5 septembre 1854, je fus appelé auprès d'une femme, âgée de 26 ans, domestique dans une fabrique de tuiles, distante de 1 kilomètre environ de la ville de Langres.

« Au moment de mon arrivée, elle avait des crampes violentes aux extrémités et dans différentes parties du corps. Ces crampes étaient tellement douloureuses, que la malade se roulait dans son lit où l'on pouvait à peine la maintenir, et qu'elles lui arrachaient des cris déchirants.

« Depuis le 24, elle éprouvait un malaise général, des céphalalgies sus-orbitaires, de l'anxiété épigastrique, des nausées continuelles, des déjections alvines fréquentes dont je n'ai pu constater la nature, attendu qu'elles ne se sont plus reproduites dès la première application de la ventouse; le pouls était faible et à 95 pulsations.

« Je me hâtai d'opérer une dérivation énergique sur le membre inférieur gauche. Pour atteindre ce but, je me fis apporter des tuiles sortant du four, j'en pris six qui furent enveloppées de linge et placées contre les parois de la grande ventouse que j'avais préalablement appliquée sur le membre désigné. Sous l'influence combinée de la chaleur et de la dérivation puissante de l'appareil hémospasique, les crampes, les nausées, la céphalalgie, les déjections alvines, disparurent à l'instant et complétement.

« Toutefois, afin de produire sur les centres nerveux une influence encore plus sédative, je portai la dérivation hémospasique à ses dernières limites en affaiblissant graduellement le pouls par la seule action de la ventouse, au point de le rendre insensible.

« La séance dura quarante-cinq minutes. Dans cet intervalle, la circonférence de la jambe hémospasiée avait augmenté de 6 centimètres, et la teinte de ce membre, au lieu d'être rouge, était cyanosée, ainsi que cela s'observe dans les affections adynamiques.

« La malade était très-calme. Elle se plaignait seulement de la débilité extrême à laquelle je l'avais réduite.

« Le thermomètre indiquait dans la chaleur du front une diminution de 4 degrés; une sueur abondante et tiède couvrait le reste du corps, sans que la température de la peau fût aussi élevée qu'on le remarque généralement dans l'état inflammatoire.

« Le soir du même jour, je revis la malade, que je trouvai dans les conditions les plus rassurantes: le retour du pouls à son rhythme normal, la continuation de la sueur, me dispensèrent de revenir à l'application de mon appareil.

« Le 6, à ma visite du matin, une réapparition légère de la céphalalgie fut dissipée par une dernière application de la ventouse. »

« 2e *Observation.* — Une femme âgée de 36 ans, atteinte par l'épidémie, fut reçue à l'hôpital de Saint-Dizier.

« Lorsque, le 21 août 1854, je vis la malade, le pouls, qui était faible, donnait 92 pulsations; les extrémités étaient froides et légèrement cyanosées; des déjections et des vomissements caractéristiques se répétaient à peu près toutes les demi-heures. Elle accusait une sensation continue d'oppression à l'épigastre accompagnée de hoquet, ainsi que de vives douleurs à la région dorsale, ce qui la mettait dans une anxiété extrême.

« Comme aucun moyen n'avait pu la calmer, M. Catel, médecin en chef de l'hôpital, voulut bien avoir recours à la grande ventouse, qui fut appliquée en sa présence et en celle de M. le docteur Reber, et eut lieu sur l'une des extrémités inférieures, qui fut entourée de plusieurs boules chaudes, afin de provoquer la transpiration, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

« Sous l'influence de l'entraînement mécanique du sang vers cette extrémité, la malade fut, en moins de quinze minutes, parfaitement calme et délivrée des douleurs vives qu'elle ressentait à la région dorsale, et tout son corps se couvrait de sueur.

« Le 22, cette sueur générale qui persistait encore, et l'apparition des menstrues qui, la veille, avaient immédiatement suivi l'application de la ventouse, semblaient s'être substituées aux évacuations alvines et aux vomissements, lesquels avaient complétement cessé.

« La malade avait reposé durant la nuit; le pouls, à 78, avait diminué en fré-

quence, repris de la force ; nous fûmes ainsi dispensés de revenir à l'emploi de la ventouse, et, depuis, la malade a marché vers la guérison. »

Ces deux observations sont suivies de plusieurs autres que nous ne pouvons reproduire ici. Après avoir appelé l'attention sur les circonstances qui semblent prouver, dans ces diverses guérisons, l'heureuse influence de la méthode de traitement, l'auteur poursuit en ces termes :

« Sans vouloir remplacer par la dérivation hémospasique tous les moyens préconisés dans le traitement du choléra, je suis en mesure d'affirmer aujourd'hui que ce procédé est utile, et qu'il rendra des services réels auxquels ne saurait être attaché aucun inconvénient. Ainsi, l'emploi de ma ventouse permet d'entourer le malade d'une haute température, de lui administrer les stimulants diffusibles. Et cependant on ne sait que trop combien l'élévation de température et les stimulants produisent de congestions fatales, alors qu'ils ne sont pas contre-balancés par la dérivation efficace que je leur associe. J'ajoute que, dans un très-grand nombre de circonstances, cette dérivation seule a relevé la circulation, ramené la chaleur et la faculté perspicatrice de la peau, et arrêté, en un mot, la maladie dans son développement, lorsque toutefois elle ne se présentait pas avec une gravité au-dessus de toute ressource.

« Qu'il me soit permis, en terminant cette lecture, de rappeler que dans l'observation quatrième de mon Mémoire de 1849 la dérivation fit cesser les crampes ; et dans les observations cinquième et sixième du même Mémoire, les évacuations cessèrent de la même manière que dans les observations rapportées plus haut.

« Des faits et des considérations qui précèdent, se déduisent naturellement, selon moi, les conclusions suivantes :

« 1° La méthode hémospasique présente des avantages qui procèdent tous des modifications qu'elle apporte à la répartition du sang.

« 2° Combinée au calorique, elle étend son action au système nerveux, qui se trouve profondément modifié ; de là ces crises salutaires qui, au début d'une attaque de choléra, se caractérisent souvent par la cessation immédiate des accidents et par des sueurs critiques.

« 3° Dans la période algide, elle opère la même dérivation, de l'estomac et de l'intestin. Et, de plus, en attirant vers les extrémités une grande masse de sang, elle soulage d'autant le cœur, qui alors peut encore avoir action sur un liquide presque coagulé.

« 4° Dans la période de réaction, elle dégage et le cerveau et les poumons, sans faire perdre au malade un sang qui peut lui devenir nécessaire.

« 5° L'effet dérivatif est encore le même, alors que des accidents typhoïdes ont remplacé les phénomènes purement cholériques.

« 6° Enfin, dans la convalescence, cette dérivation devient souvent l'unique ressource du praticien lorsqu'il s'agit de prévenir ou de combattre avec énergie et promptitude les accidents inflammatoires qui peuvent encore survenir. »

Anesthésiques.

M. Ancelon communique une dissertation intitulée : *De l'aptitude anesthésique des sujets pour le chloroforme et du dosage de cet agent :* (Comm., MM. Flourens, Velpeau, Bernard.)

Hernies.

M. Maisonneuve communique une Note sur la cure radicale des hernies. (*Voir* ci-dessus.)

Typhus et fièvre typhoïde.

M. Forget, de Strasbourg, adreesse un travail intitulé : *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde,* avec la lettre d'envoi suivante :

« Le travail que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie des sciences, dit l'auteur dans la Lettre jointe à son Mémoire, offre la solution d'un grave problème, qui tient en suspens le monde médical depuis vingt-cinq ans : c'est celui de l'identité ou de la non-identité du *typhus* et de la *fièvre typhoïde*. C'est sur des preuves cliniques positives et personnelles que je conclus à la *non-identité* de ces deux maladies.

« Après avoir prouvé que la question n'est pas encore résolue, j'expose une série d'*observations* avec autopsie qui démontrent l'absence de l'entérite folliculeuse dans le typhus. Comme corollaire des faits précédents, j'établis un parallèle entre les deux maladies, d'où résulte qu'elles diffèrent, non-seulement par les caractères anatomiques, mais encore par les causes, les symptômes, la marche, la durée et le traitement. L'importance du sujet et la rareté des occasions qui permettent d'élucider cette importante matière, me font espérer que l'Académie voudra bien se faire présenter un Rapport sur ce Mémoire. »

ÉCOLE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Séance de rentrée. — Discours de M. Bouley, sur la vie et les travaux scientifiques de M. le professeur Girard.

Parmi les retards qu'a entraînés la discussion sur le cancer, discussion que nous avons tenu à donner dans tous ses développements, nous devons regretter celui qu'a dû subir la publication du remarquable discours prononcé à la séance solennelle de l'École d'Alfort, par un jeune professeur dont nos lecteurs ont déjà apprécié le talent, par M. Henri Bouley. Le but du savant orateur a été d'apprécier sommairement la vie et les travaux scientifiques d'une des plus grandes autorités de la médecine vétérinaire, le professeur Girard. M. Bouley s'est acquitté de sa tâche avec une convenance de formes et une justesse de vue auxquelles nous avons été heureux d'applaudir, et dont nous ne pourrons malheureusement pas rendre nos lecteurs complétement juges, obligé que nous sommes, par le défaut d'espace, de supprimer plusieurs passages de ce remarquable discours. Néanmoins, ce que nous en publierons donnera une idée suffisante, et du caractère des œuvres de M. Girard, et du talent de l'orateur lui-même, pour que tous ceux qui s'intéressent à la médecine comparée éprouvent une véritable satisfaction à parcourir l'extrait que nous allons mettre sous leurs yeux. Un auditoire distingué a vivement applaudi à l'œuvre de M. Bouley ; nos lecteurs trouveront sans doute que l'auditoire n'a pas été moins bien inspiré que l'orateur. H. de C.

Après avoir rappelé le souvenir touchant d'une séance solennelle de l'École d'Alfort, présidée, en 1828, pas M. de Martignac, M. Bouley continue ainsi :

Ce jour devait être consacré dans le souvenir des vétérinaires par un événement glorieux et inattendu.

Le Ministre avait achevé de distribuer les récompenses aux élèves, et la foule allait s'écouler, toute remplie du charme de sa parole si éloquente, lorsque, sur un geste de sa main, elle se contient : « Tout n'est pas fini, dit M. de Martignac ; il me reste encore à remplir une des parties les plus agréables de ma mission. » Et alors tirant d'un étui une croix appendue à un cordon, il la passe au cou du directeur de l'École, et l'institue au nom du roi : chevalier de l'Ordre royal de Saint-Michel. C'était un honneur insigne ; l'Ordre royal de Saint-Michel était un Ordre de mérite exceptionnel, composé exclusivement de cent membres, les premiers du royaume par leur haute position scientifique.

L'homme qu'une distinction si flatteuse venait revêtir, d'une manière si éclatante, dans l'exercice de ses fonctions, était M. Jean Girard, le deuxième successeur de Bourgelat dans la direction de cet établissement.

....

Jean Girard naquit au village Fohït, en Auvergne, le 19 mai 1770, peu d'années après la fondation des Écoles vétérinaires dont il devait être l'une des gloires.

Son père, cultivateur aisé, le mit au collége de Clermond-Ferrand, où il fit toutes ses études. Comment? avec quels succès? C'est ce que nous n'avons pu savoir.

....

Quoi qu'il en soit, Jean Girard sortit du collége, après l'achèvement de ses études, pour entrer à l'École d'Alfort comme élève boursier, le 1er octobre 1790. Il avait alors 20 ans.

Privilégié par son éducation première et par son intelligence, il n'eut pas de peine à se placer au premier rang parmi ses condisciples, qui, pour la plupart, n'avaient reçu d'autres leçons que celles du maître d'école de leur village.

Mais la supériorité de Girard n'était pas seulement relative ; eût-il eu à lutter à armes égales contre d'autres compétiteurs, il eût su se placer à leur tête, car il avait pour condition du succès cette grande énergie de volonté, cette persévérance obstinée vers le but à atteindre, qui semblent être un des caractères distinctifs des hommes de son pays.

L'École d'Alfort avait pour chef, lorsque Girard fut admis à en suivre les cours, le célèbre Chabert.

Fils d'un maréchal de Lyon et compagnon maréchal lui-même, Chabert était un de ces hommes heureusement doués chez lesquels l'intelligence native et l'esprit naturel suppléent à l'insuffisance et aux imperfections de la première éducation et qui ne paraissent déplacés nulle part, même dans les positions sociales les plus élevées.

Dans l'organisation de la deuxième École vétérinaire qu'il institua à Alfort, Bourgelat se l'était associé comme aide, sur les indications du maréchal duc de Luxembourg.

Chabert était alors employé comme maréchal dans l'armée des Flandres, et le duc de Luxembourg, qui la commandait, avait su discerner des aptitudes supérieures dans l'ouvrier ferreur.

Chabert dépassa, dans le nouveau rôle que lui assignaient les circonstances heureuses du moment, toutes les prévisions du maréchal de Luxembourg.

Jamais peut-être professeur ne comprit mieux sa mission : « Ses leçons, « dit M. Girard dans une courte Note biographique qu'il a laissée sur son « prédécesseur, intéressaient par les faits pratiques qu'il citait et racon- « tait d'une manière pleine d'intérêt; il ne faisait pas de discours de « longue haleine, il se bornait à adresser des questions à ses élèves, « questions posées de manière à exciter une attention toute particulière « et à chacune desquelles il savait donner une extension remarquable; « il n'aimait pas les phrases inutiles, il fallait aller au but directement : « Point de pathos, avait-il l'habitude de dire plaisamment; allez au fait, « et dites tout simplement les choses.

« Ses leçons étaient réellement autant de conversations toujours ani- « mées et dans lesquelles l'élève puisait des connaissances solides. »

C'est ainsi que M. Girard nous a dépeint son premier maître.

Chabert arrivait facilement, par son système d'interrogations journalières, à apprécier la valeur individuelle de ses élèves; il distingua bien vite le jeune Girard et l'associa à l'enseignement, en le nommant répétiteur et prosecteur du Cours d'anatomie.

La chaire d'anatomie de l'École d'Alfort était alors occupée par le célèbre Flandrin.

Girard eut le bonheur d'être associé par ce professeur à tous ses travaux.

En 1793, le jeune Girard avait terminé ses études vétérinaires, et la chaire d'anatomie et de physiologie de l'École d'Alfort était devenue vacante par la retraite de Flandrin. Chabert saisit avec empressement cette occasion d'attacher son élève favori à l'enseignement de son École. Jamais choix ne fut mieux inspiré : l'avenir le prouva.

Cette date de 1793 rappelle un trait de la vie de M. Girard, qui fait trop d'honneur à la noblesse de son cœur pour que nous ne nous empressions pas de le rapporter ici.

Chabert, qui devait la haute position qu'il occupait au discernement du maréchal duc de Luxembourg, avait conservé d'étroites relations avec sa famille, et était reçu dans sa maison sur le pied de l'intimité.

Souvent une duchesse de Luxembourg venait à l'École d'Alfort passer plusieurs semaines chez le directeur, comme dans une maison de campagne.

Dans ces temps malheureux, de pareilles relations devaient être imputées à crime; Chabert fut dénoncé comme aristocrate par un ouvrier du village de Maisons, et incarcéré à Picpus, dans un couvent transformé en l'une de ces trop nombreuses prisons où l'on entassait alors les suspects.

Monstrueux aveuglement des partis! Chabert, le compagnon du tour de France, parvenu par le seul droit de son intelligence, Chabert, la réalisation, pour ainsi dire anticipée, d'une des aspirations les plus ardentes et les plus légitimes de la Révolution : l'égalité de tous les citoyens devant les emplois; Chabert était suspect sur la dénonciation d'un misérable.... donc il était coupable, — ainsi le voulait la justice du temps, — et son crime était la reconnaissance envers la noble famille de celui qui avait su distinguer son mérite et lui avait donné les moyens de s'élever à une fonction, d'où il pouvait faire un usage plus large et plus utile de ses facultés supérieures, que dans l'atelier obscur où sa destinée le condamnait à demeurer caché.

Heureusement, M. Girard veillait sur son maître! Fort de l'innocence de ce maître si bon, si indulgent et si ami de tous ceux qui l'approchaient, M. Girard ne s'inspire que de son dévouement, et il conçoit le hardi projet de l'arracher des mains de ses juges, j'aurais dû dire de ses bourreaux, car alors c'était tout un.

Mais un pareil dessein n'était pas sans péril, et sa réalisation surtout offrait de grandes difficultés : le tribunal révolutionnaire, avare comme l'Achéron, ne lâchait pas sa proie.

Mais à vingt ans, est-ce que l'on calcule les dangers et les difficultés d'une entreprise, surtout lorsqu'il s'agit d'une sainte cause à défendre et à gagner!

Comme élève boursier du Puy-de-Dôme, M. Girard avait eu quelques relations avec Couthon, son compatriote; c'est à lui qu'il osa s'adresser pour demander l'élargissement de Chabert, à Couthon, le sanguinaire tribun, le proscripteur des Girondins, le destructeur de Lyon!

Cependant, M. Girard ne s'était pas trompé; Couthon ne resta pas sourd à la voix de son compatriote, qui venait plaider devant lui, avec un dévouement tout filial, la cause d'un maître chéri.

Mais, chose étrange! ce terrible tribun, qui, en sa qualité de membre du Comité du salut public, se trouvait revêtu d'une omnipotence presque sans limite pour l'œuvre de la destruction, n'avait plus aucun pouvoir lorsqu'il s'agissait d'un acte de clémence ou de réparation; au contraire, toute démarche bienveillante de sa part ne pouvait qu'être nuisible, en appelant l'attention sur un citoyen encore obscur et en précipitant le jour de son jugement, ce qui alors voulait dire : celui de son arrêt de mort.

« La seule garantie pour l'homme auquel vous vous intéressez, dit « Couthon à M. Girard, sous le sceau du plus grand secret, c'est l'obscu- « rité et le silence; cessez toutes démarches en sa faveur; faites retirer « du Comité de sûreté générale toutes les pièces qui réclament la liberté « de ce citoyen, et sachez attendre des temps meilleurs. »

Chabert dut en effet la vie à ce conseil prudent qui fut exactement suivi.

Mais je reviens à la vie professionnelle de M. Girard.

Chabert l'avait nommé, en 1793, suppléant de la chaire d'anatomie, laissée vacante par la retraite anticipée de Flandrin. Il remplit ces fonctions, avec la plus complète abnégation, pendant deux ans; et ce ne fut qu'en 1795 qu'il fut définitivement nommé titulaire de cette chaire, par arrêté du Comité d'agriculture et des arts, en date du 27 prairial an III (15 juin 1795).

Parvenu, si jeune encore, à une position si honorable, M. Girard comprit toute l'étendue des obligations qui lui étaient imposées.

. . . .

Le maître n'est véritablement apte à enseigner les éléments d'une science qu'autant qu'il l'a embrassée dans toute son étendue, et que, dominant en plein son sujet, il peut nettement distinguer ce qui en est essentiel de ce qui n'est qu'accessoire; ce qui peut être pour le commençant d'une utilité immédiate, de ce qui ne lui offre encore qu'un intérêt secondaire ou nul. C'est ce qu'avait bien compris M. Girard.

Aussi, lorsqu'en 1796, l'École de médecine de Paris fut réorganisée sur les vastes plans de Vicq-d'Azir et de Fourcroy, M. Girard s'empressa-t-il d'aller puiser, à cette source féconde, tout ce qui lui était nécessaire pour perfectionner et étendre son instruction médicale, et se rendre ainsi de plus en plus digne de la mission élevée qu'il avait à remplir.

La chaire d'anatomie de l'École de Paris était alors occupée par l'illustre Chaussier, circonstance qui ne doit pas être oubliée dans l'histoire biographique de M. Girard, parce que Chaussier a été évidemment son inspirateur et son maître.

Pendant les cinq premières années de son professorat, M. Girard se consacra presque exclusivement à son enseignement oral, rassemblant, sans impatience de produire, les matériaux des ouvrages dont il devait plus tard doter l'enseignement vétérinaire.

Le premier travail qu'il rédigea date de l'an VII; il porte pour titre : *Tableaux comparatifs de l'anatomie des animaux domestiques les plus essentiels à l'agriculture*, et est dédié à Philibert Chabert, directeur de l'École d'Alfort et membre de l'Institut de France, comme témoignage particulier de la reconnaissance de l'auteur.

Ce travail n'est qu'une ébauche, mais l'ébauche porte déjà l'empreinte du cachet du maître.

M. Girard s'était proposé, en le publiant, de réformer tout à la fois, et le mode suivant lequel l'anatomie vétérinaire était enseignée, et le langage adopté dans quelques parties de cet enseignement, notamment dans l'étude de la physiologie.

Ses vues, à cet égard, sont excellemment exposées dans une Introduction de 40 pages, remarquable par la supériorité des idées et la clarté du style.

Jusqu'à M. Girard, l'anatomie n'avait pas encore été enseignée, soit dans les ouvrages, soit dans les Écoles vétérinaires, d'une manière véritablement comparative.

Le champ en était encore en friche dans une grande partie de son étendue.

« Nous ouvrons seulement les voies, avait dit Bourgelat dans la Pré- « face de son *Précis du corps du cheval;* d'autres que nous reculeront les « bornes auxquelles nous nous serons arrêtés; le champ vaste et inculte « dont nous arrachons, avec tant de peine, les ronces et les épines, de- « viendra fertile dans leurs mains. »

Il était réservé à M. Girard d'accomplir cette prédiction de son illustre précurseur.

L'Introduction aux *Tableaux comparatifs* devait le faire pressentir, dès le moment où ce travail parut.

Voyez, en effet, combien sont simples et vraies les idées qu'y développe M. Girard sur ce que doit être l'enseignement de l'anatomie dans les Écoles vétérinaires :

« Les animaux supérieurs, dit-il en s'inspirant des idées de Chaussier « et de Buffon, sont construits d'après un même plan : tous se ressemblent « par les parties vitales et centrales de leurs corps; ils ne diffèrent que « par les extrémités et les enveloppes qui les recouvrent. L'intérieur est

« le fond du dessein de la nature (Buffon) : c'est la partie constituante ;
« l'extérieur n'est que la draperie. »

Étant donnée cette prémisse d'une si incontestable justesse, quelle marche suivre dans l'étude de l'anatomie vétérinaire? Celle même que trace la nature, répond M. Girard. Tous les animaux sont construits sur un plan uniforme ; ils se ressemblent par leurs parties intérieures. Donc on peut faire pour tous, de ces parties intérieures, une étude commune. Mais ils diffèrent par leurs extrémités : c'est donc là que l'anatomiste doit rechercher et étudier leurs caractères distinctifs et différentiels.

Et notons bien, messieurs, que cette classification, basée sur la forme du pied et le nombre des doigts qui le composent, n'est pas superficielle, comme on pourrait le croire au premier abord.

A une forme donnée du pied correspond, d'une manière constante, une disposition spéciale de l'appareil digestif, celui de tous les appareils de l'économie par lequel les animaux domestiques diffèrent le plus les uns des autres.

Cette admirable loi de concordance a été découverte par le plus grand de nos naturalistes, par Cuvier.

. . . .

M. Girard fit la première application de sa nouvelle méthode d'enseignement anatomique dans ses tableaux comparatifs, et il faut dire que cet essai ne sembla pas répondre à l'excellence du principe dont il dérivait. C'est que l'auteur péchait, dans ce travail, par l'excès même de sa méthode.

Mais il avait l'esprit trop pratique pour ne pas comprendre ce que cette manière de faire présentait de vicieux, et il la modifia dans ses travaux ultérieurs.

L'autre but que s'était proposé M. Girard, par la publication de ses *tableaux comparatifs,* était d'introduire dans l'enseignement anatomique vétérinaire la réforme que Chaussier avait proposée pour la nomenclature des muscles de l'homme.

Le nombre des auteurs qui avaient traité de quelques points de l'anatomie de nos animaux domestiques, n'était pas encore considérable, et déjà il y avait entre eux une discordance extrême de langage.

C'est qu'effectivement, ni les uns ni les autres n'avaient suivi de règles fixes, pour la désignation de ces organes si nombreux et si diversifiés, qu'on appelle *muscles.*

L'esprit méthodique de M. Girard se révoltait, à bon droit, en présence d'un pareil chaos.

« Quand on a beaucoup à offrir à la mémoire, disait-il excellemment
« dans son introduction, il faut étudier le grand art de la soulager ; il faut
« surtout bannir de la langue des sciences les mots inventés par le ca-
« price, car le caprice fait le désespoir de la mémoire autant que celui du
« jugement ; les mots doivent se rapporter à un seul système et former,
« pour ainsi dire, une même famille. »

Et la méthode de nomenclature proposée par Chaussier répondait parfaitement à ces vues si sages et si bien exprimées.

Quoi de plus simple, en effet, que cette méthode! quoi de mieux raisonné!

Tous les muscles ont des points d'attache invariables, dans un même organisme ; adoptez pour base de leur désignation ces points d'attache même, et vous les aurez signalés par un nom qui aura l'avantage de rappeler à la mémoire leurs rapports avec le squelette, leurs situations respectives, leurs usages mêmes, et, jusqu'à un certain point, leur forme et leur étendue.

C'est là une très-belle conception. Dans cette nomenclature si rationnelle, les mots font naître l'idée des choses qu'ils désignent, et, comme l'a très-bien exprimé Pariset, leur donnent, dans la mémoire, l'arrangement même qu'elles ont dans la nature.

M. Girard, dont l'esprit était amoureux de la clarté, dut être charmé par la beauté d'une telle classification qui jetait en plein l'ordre et la lumière dans le chaos : il l'adopta, et son autorité fut assez puissante pour l'imposer à l'enseignement vétérinaire.

Chaussier n'avait pas eu le même bonheur dans sa sphère d'action. Tout en admirant l'excellence de sa méthode, on s'en était tenu, dans l'anatomie humaine, aux anciennes dénominations qui avaient pour elles, il faut le dire, la consécration d'un long usage, ce qui en atténuait beaucoup les inconvénients.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

De l'euphraise officinale,

Par le docteur SCHINZ, *chanoine à Zurich.*

La fameuse *herba euphrasiæ* (*augentrost* des Allemands) est tombée en désuétude : Hieronymus Fragus, Matthiolus, Tabernæmontanus, Heister et Frédéric Hoffmann la recommandaient pour les yeux faibles ; Boerhaave lui attribue de bons effets quand la vue s'obscurcit, en ce qu'elle rendrait les humeurs de l'œil plus transparentes et moins épaisses ; d'après Olafsen, les Irlandais l'emploieraient contre les douleurs des yeux et d'autres affections de cet organe ; enfin, plus récemment, John Vetch en recommande la décoction contre les ophthalmies chroniques et passives, accompagnées d'affaiblissement de la vision.

(Extrait des Annales d'oculistique.)

Odeur rance des corps gras. — Manière de l'enlever.

Le docteur Griseler a fait accidentellement la remarque qu'en ajoutant à des huiles rances une petite quantité d'éther nitrique, on enlevait à celles-ci leur odeur désagréable, et qu'en chauffant l'huile, pour en séparer l'alcool, elle devenait claire et limpide comme elle était avant d'être altérée. D'après le docteur Griseler, quelques gouttes d'éther nitrique empêchent également les huiles de rancir.

(Pharmaceutical journal.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Un décret, en date du 12 octobre courant, réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Ont été nommés :

Professeurs titulaires :

Anatomie et physiologie. — M. Bitot, chirurgien-adjoint à l'hospice des Enfants.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Costes, médecin de l'hôpital Saint-André.

Clinique externe. — M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital Saint-André.

Pathologie interne. — M. Mabit, médecin de l'hôpital Saint-André.

Clinique interne. — M. Gintrac père, *id.*

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Barnetche, chirurgien.

Matière médicale et thérapeutique. — M. Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Barbet, pharmacien, membre du Comité de consultations du bureau de bienfaisance.

Professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes :

Clinique externe. — M. Puydebat, chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-André.

Clinique interne. — M. Gintrac fils, médecin-adjoint de l'hôpital Saint-André.

Anatomie et physiologie. — M. Oré, médecin du bureau de bienfaisance.

Professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Lacaussade, médecin de l'hospice des Enfants trouvés.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants, M. Rousset, médecin accoucheur-adjoint de l'hospice de la Maternité.

Pour la chaire d'anatomie et de physiologie, M. Azam, chirurgien du bureau de bienfaisance.

Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Métadier, pharmacien.

M. Oré, professeur-adjoint, attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Gintrac père, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École.

— Le ministre de l'instruction publique vient d'instituer une Commission, chargée de préparer et d'élaborer le projet d'arrêté qui doit être soumis au Conseil impérial de l'instruction publique, en conformité du décret du 22 août dernier.

Cette Commission se compose de MM. Bérard, inspecteur de l'enseignement de la médecine, président ; P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Lestiboudois, maître des requêtes au Conseil d'État ; Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ; Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Gintrac, directeur de l'École préparatoire de Bordeaux ; Richard, directeur de l'École préparatoire de Lyon ; Dassier, directeur de l'École préparatoire de Toulouse ; Lesieur, chef de la première division au ministère de l'instruction publique et des cultes.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 128. 2e année. Jeudi 26 Octobre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. — 6 mois, 12 fr. — 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 25 Octobre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Robert a tenu sa promesse. Nous avions raison de compter sur lui. Dans un discours plein de finesse, de logique et de profondeur, l'éminent académicien a victorieusement repoussé les attaques qui ont été dirigées contre les études microscopiques et contre l'École moderne.

Qu'il nous soit permis de l'en féliciter et de l'en remercier. Il fallait peut-être un certain courage pour prendre en main une cause qui comptait, dans le sein de l'Académie, tant de spectateurs indifférents, tant d'adversaires redoutables et si peu de partisans avoués. Pour notre part, nous savions bien que tôt ou tard le microscope serait mis en jugement devant le tribunal de la rue des Saints-Pères. Nous étions certain que tôt ou tard aussi il triompherait devant le docte aréopage, comme il a déjà triomphé dans l'opinion publique. Mais, s'il faut l'avouer, nous avions quelques craintes sur les résultats de la première enquête ; nous nous attendions à d'ardents réquisitoires, à peine mitigés par quelques timides réticences. Au lieu de cela, nous assistons à une grande lutte où les armes sont égales, où les talents se balancent, et où l'activité de nos défenseurs est aussi remarquable que l'ardeur de nos adversaires. Ce n'est pas un mince honneur pour le microscope, d'avoir provoqué de semblables débats, qui marqueront dans les fastes de l'Académie, et qui exerceront la plus haute influence sur la marche du progrès !

Nous n'essaierons pas d'analyser le discours de M. Robert. Le lecteur le trouvera tout entier au compte rendu de la séance. Nous nous bornerons à dire ici que cet important discours a fait une vive impression sur l'Académie, et a effacé les préventions fâcheuses qu'avait soulevées l'éloquente parole de M. Velpeau. Quel que puisse être le résultat de la lutte, il reste désormais acquis à la cause que la doctrine moderne n'est pas une de ces illusions de jeunesse où l'imagination joue le principal rôle, mais qu'elle repose sur des faits réels et bien observés, puisqu'elle a trouvé de l'écho dans un esprit aussi sérieux et aussi éminemment pratique que celui de M. Robert.

Nous remercions surtout l'orateur d'avoir bien voulu rendre justice à la nature des travaux de ce qu'on appelle maintenant la *Jeune École de Paris*. Nous espérons qu'à l'avenir on ne nous accusera plus de fouler aux pieds la clinique, de négliger le scalpel, et de passer notre vie entière au bout d'un tube de microscope. M. Robert nous a vengés de cette accusation tant de fois répétée, et il a terminé en nous adressant ces paroles encourageantes :

« La jeune École, comme l'a appelée M. Velpeau, est donc « dans une bonne voie. Qu'elle y persévère et qu'elle y marche « résolûment. Chaque jour aura son progrès ! »

La fin de la séance a été remplie par un nouveau discours de M. Leblanc. L'honorable académicien a rendu hommage, dans des termes très-catégoriques, aux conquêtes du microscope et à l'importance des distinctions établies à l'aide de cet instrument précieux. Abordant tour à tour la question des tumeurs, au point de vue de l'anatomie pathologique et au point de vue de la pathologie proprement dite, il a démontré que des caractères cliniques distincts coïncidaient toujours avec les caractères histologiques. C'est là l'essentiel, et nous n'en demandons pas davantage. Que M. Leblanc continue à ranger les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques dans la classe générale et indéterminée sur laquelle il inscrit le nom de cancer ; libre à lui ! que nous importe, pourvu qu'il reconnaisse avec nous la différence complète qui existe, *sous tous les rapports*, entre ces tumeurs et les *cancers vrais !* Ramenée à ces termes, la discussion ne porte plus que sur les mots, et, bien que les mots aient été inventés pour exprimer les idées, nous ne pouvons nous décider à considérer comme notre adversaire un homme qui s'entend avec nous sur le fond même des choses. Nous n'hésitons donc pas à ranger M. Leblanc parmi les orateurs favorables à la cause que nous défendons.

La séance a été close par deux présentations qui avaient pour but de prouver que le diagnostic anatomique et clinique suffit souvent, sans l'aide du microscope, pour déterminer la nature d'une tumeur, ce que nous n'avons jamais eu garde de contester. Il paraît toutefois que les exemples n'étaient pas des mieux choisis ; car au moment où M. Velpeau, tenant à la main une tumeur, répétait avec insistance que, dans des cas pareils, on ne pouvait conserver l'ombre d'un doute, que le premier externe venu ne s'y tromperait pas, et qu'il n'avait composé sa statistique que de semblables cas, M. Gerdy, qui venait d'examiner la tumeur en question, s'est écrié qu'il repoussait de toutes ses forces la certitude admise par M. Velpeau, et que, quant à lui, il conservait des doutes sur la nature de cette tumeur. On comprend que cette protestation, venue d'un orateur que nous n'avons pas l'honneur de compter parmi nos partisans, fait plus que justifier les réserves que nous avons formulées sur la statistique de M. Velpeau.

La seconde présentation, ou plutôt la première par ordre de date, a été faite par M. Barth. L'honorable orateur est entré, à cette occasion, dans quelques considérations que nous craignons de n'avoir pas parfaitement saisies, et dont nous renverrons d'autant plus volontiers l'examen à une autre occasion, que M. Barth a cru devoir se plaindre de ce que ses adversaires ne traduisaient pas ses opinions avec toute la fidélité possible.

Nous nous bornons aujourd'hui à ces courtes réflexions, nous proposant de consacrer très-prochainement une série d'articles à l'étude des questions scientifiques que nous n'avons pas encore abordées. Le lecteur a peut-être remarqué que nous ne nous

sommes pas occupé jusqu'ici des tumeurs fibro-plastiques. Nous comblerons bientôt cette lacune, et, pour rendre nos descriptions moins arides, nous joindrons à notre travail quelques gravures représentant les principaux éléments microscopiques des tumeurs réputées cancéreuses. PAUL BROCA.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite. Voir les nos* 101, 103, 108, 109, 113, 115, 119 *et* 122.)

Arthropathie. — Ces affections sont au nombre de 18 ; elles comprennent les tumeurs blanches et toutes les maladies des os et des cartilages. Je ne vous en parlerai que pour vous dire un mot d'un mode de traitement tout particulier. En effet, nous avons employé l'extension du membre associée à l'immobilité de la jointure. Supposons avoir affaire au cas le plus fréquent, c'est-à-dire à une arthropathie de l'articulation du genou. Après avoir redressé le membre par une extension continue, on établit autour de la jointure une compression avec les bandelettes de diachylon ; enfin on entoure le membre, depuis le pied jusqu'à la partie médiane de la cuisse, avec un bandage dextriné. On ne doit pas enlever l'extension avant que le bandage inamovible soit sec. Dans les maladies chroniques des articulations, le repos au lit est un moyen précieux et qu'on ne saurait trop recommander. Je ne parle pas des moyens internes que l'on doit associer à ce traitement.

Hydarthrose. — 20 malades, dont 16 hommes et 4 femmes, se sont présentés dans notre service avec des hydarthroses. Cette affection a été traitée, soit par le repos et les résolutifs, soit par de larges vésicatoires volants. Je n'ai eu qu'une fois l'occasion de faire une injection iodée. Ce cas vous a montré une fois de plus que cette opération n'était pas plus dangereuse que celle de l'hydrocèle ; le malade a parfaitement guéri.

Entorse. — Je n'en vois qu'un très-petit nombre noté ici, et cependant c'est une maladie très-fréquente. Cela tient à ce que je ne garde pas tous les cas qui se présentent dans nos salles ; pour moi, l'entorse n'est pas une affection grave. Je n'ignore pas qu'on voit des malades atteints de tumeur blanche à la suite d'une entorse ; mais ce sont là des cas si rares que je ne crois pas à la nécessité de soumettre ces malades à un traitement compliqué. Le repos et les résolutifs suffisent.

Passons rapidement en revue les affections du tube digestif.

Cancer de la langue. — Vous en avez vu deux cas ; ce ne sont pas les seuls qui se soient présentés ; les autres m'ont paru incurables ; aussi ne les ai-je pas reçus. Du reste, ce n'est pas une maladie rare, il n'est pas d'année où je n'aie l'occasion d'en observer 15 à 20 cas. Je n'ai pas opéré nos deux malades ; c'est une opération devant laquelle je recule autant que je puis. Défiez-vous, en effet, des cancers de la langue, ils repoussent presque infailliblement.

Cancroïdes de la face. — Ils sont au nombre de 9, dont 7 aux lèvres et 2 au nez. Ces tumeurs nous ont prouvé qu'elles étaient du véritable cancer, et que l'on a eu tort de les considérer comme étant d'une autre nature. Comme les cancers, les cancroïdes vont toujours en envahissant les tissus de proche en proche ; ils tendent à se généraliser, soit par continuité, soit en envahissant toute l'économie. Chez nos malades auxquels on n'a rien fait, le mal a toujours marché et a fini par les tuer. Parmi ceux que nous avons opérés, les uns ont vu leur mal repousser, les autres sont sortis en apparence guéris, mais j'ai la conviction que le cancroïde est un véritable cancer.

Je vois ici 3 polypes des fosses nasales ; ce n'est pas un chiffre exact : vous m'en avez vu opérer un bien plus grand nombre ; c'est qu'après l'opération, généralement, je renvoie les malades chez eux. Je n'ai rien de particulier à vous en dire.

Nous avons eu un rétrécissement de l'œsophage ; le malade est mort. Il faut distinguer les rétrécissements avec l'épaississement des membranes et ceux causés par une tumeur développée autour de cet organe. Les premiers se traitent comme les rétrécissements de l'urètre, par la dilatation ; mais ils sont tout aussi difficiles à guérir, et ils ont cela de grave qu'ils finissent par empêcher la nutrition. On comprend que, devant les rétrécissements qui tiennent à un cancer, la thérapeutique reste impuissante.

Un malade nous a présenté une tumeur de la joue, curieuse à un certain point de vue ; c'était une tumeur mobile, globuleuse, libre dans les tissus, ayant tous les signes des tumeurs adénoïdes de la mamelle. Or, il s'est trouvé qu'après son ablation elle en avait tous les caractères anatomiques et microscopiques. Ce fait devra embarrasser ceux qui admettent que les tumeurs adénoïdes appartiennent exclusivement à la mamelle, et qu'elles sont formées par l'hypertrophie d'une partie de cette glande.

Nous avons eu 3 cas d'inflammation des gencives : ils vous ont montré que, généralement, ces inflammations sont couenneuses. Vous ne pourrez les guérir qu'en portant un caustique sur le mal.

Les angines ont été au nombre de 6. Il faut admettre trois espèces :

1° L'angine superficielle ou érysipélateuse, lorsque l'inflammation occupe toute la cavité dans sa surface seulement ;

2° L'angine parenchymateuse, c'est-à-dire celle qui occupe les amygdales ;

3° L'angine phlegmoneuse, quand l'inflammation a pour siége le tissu cellulaire qui double la face externe de la tonsille.

Dans l'angine superficielle, l'alun est un excellent médicament. Depuis plus de vingt ans que je l'emploie, il n'a jamais manqué son effet. On peut le porter directement sur le mal au moyen du doigt préalablement mouillé et que l'on a roulé dans l'alun. On pourrait encore se servir d'un pinceau de charpie ou de linge fin, d'un tube pour faire parvenir l'alun au fond de la gorge. Dans certains cas, un gargarisme aluminé suffira.

L'angine parenchymateuse est plus grave ; on emploie des antiphlogistiques ; il pourra se former un abcès dont on facilitera l'ouverture par les vomitifs ; si ce moyen ne réussit pas, il faudra avoir recours au bistouri.

L'angine phlegmoneuse est plus grave encore parce qu'elle a tendance à se porter au loin. Aussi faudra-t-il ouvrir les abcès de bonne heure.

Nous avons eu cinq rétrécissements du rectum, presque tous résultant d'ulcérations syphilitiques. Dans ces cas, il faut faire des incisions, puis la dilatation. Pour dilater le rectum, j'emploie les éponges préparées. Ce sont des éponges autour desquelles on roule fortement une ficelle qui ramène ainsi l'éponge à un très-petit volume. Au moment de s'en servir, on enlève la ficelle et on entoure l'éponge d'une chemise en toile très-fine. L'éponge introduite dans le rectum s'imbibe de liquide, se gonfle, se moule sur l'organe et on peut obtenir ainsi une dilatation considérable.

Les abcès à l'anus, au nombre de 11, dont 9 chez des hommes et 2 chez des femmes, n'ont offert rien de remarquable ; ils ont tous été le point de départ de fistules à l'anus.

Pour ces fistules à l'anus, nous avons employé un moyen nouveau : c'est l'injection iodée dans la fistule ; nous n'avons obtenu aucun résultat probant.

F. DOLBEAU *et* ALF. ELLEAUME.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

De l'application des ponctions sous-cutanées au traitement des lipomes.

Le 21 octobre 1841, je publiai dans l'*Expérience* une lettre adressée à mon très-honoré confrère, M. Marchal (de Calvi), relative au traitement des ganglions par des ponctions multiples, en détruisant le parallélisme entre la ponction de la peau et du kyste synovial, puis en écrasant la tumeur. Depuis cette époque, je me suis toujours servi de ce moyen chirurgical, je n'ai jamais

eu d'accidents; rarement les ganglions se sont reproduits. Cette opération, pour moi, est journalière, il ne se passe pas de semaine sans que je la pratique, souvent plusieurs fois.

Comme il faut toujours rendre à César ce qui est à César, c'est, d'après les observations de M. Marchal (de Calvi) et de M. Barthélemy, que j'ai modifié mon procédé, et abandonné l'aiguille à cataracte; je ne me sers plus que d'une lame tranchante en forme de petite serpette, ou de lame étroite de canif se prolongeant par une tige ronde et mince et assez allongée.

Il y a quinze jours, deux personnes se présentèrent chez moi, l'une portant au bras gauche un lipome de la grosseur d'un œuf de pigeon, à la partie externe au-dessous de l'attache du muscle deltoïde. Je lui proposai l'opération ordinaire; il refusa de s'y soumettre. Ayant sur une table les instruments qui me servent à ouvrir, par la méthode sous-cutanée, les ganglions, je proposai à ce malade de l'opérer par la méthode sous-cutanée sans ouvrir la peau; il accepta. Séance tenante, je l'opérai; la cellule du lipome fut divisée, la masse résistante fut également divisée en plusieurs sens, puis cette partie légèrement recouverte d'un emplâtre excitant fait avec de la térébenthine, de la poix de Bourgogne et au saindoux.

Le jour même, une personne de la même commune, une femme de 50 ans, se présenta ayant un lipome de la grosseur d'un œuf de poule dans la région du flanc droit; je fis la même opération.

Aujourd'hui, quinze jours après l'opération, chez l'un et l'autre malade, les lipomes ont disparu; je les considère comme guéris; du reste, je ne perdrai pas de vue ces malades; c'est donc une application des ponctions et des incisions multiples par la méthode sous-cutanée au traitement des tumeurs lipomateuses.

La valeur de ce moyen thérapeutique peut être facilement appréciée; les faits de cet ordre sont faciles à constater. Si l'on peut guérir un lipome d'un volume moyen sans le disséquer, sans ouvrir les cellules qui contiennent une accumulation du tissu graisseux, c'est un avantage. Mais je n'ai pas la prétention qu'on guérira, par le procédé dont je viens de parler, toutes les tumeurs fibreuses.

A. Thierry.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Octobre 1854.— Présidence de M. Rostan.

La longueur du discours de M. Robert nous oblige à renvoyer au prochain numéro le reste du Compte rendu de la séance.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Messieurs, je me félicite du hasard qui a provoqué cette discussion, puisqu'elle a fourni à l'Académie l'occasion d'entendre plusieurs improvisations brillantes et de connaître l'opinion de quelques-uns de ses membres sur la double question de l'utilité du microscope et de la curabilité du cancer. Si la vérité tout entière ne jaillit pas du choc des assertions contraires qui se sont produites à cette tribune, on ne saurait douter toutefois de l'importance qu'auront ces débats en une matière si difficile, quand le temps et l'expérience auront apporté des faits nombreux et complets pour la solution des problèmes aujourd'hui posés devant vous.

Si je cherche à résumer ce qui a été dit par mes collègues, je vois que, relativement à l'utilité du microscope, les uns, comme M. Leblanc, accordent une grande valeur à ce mode d'exploration; les autres reconnaissent qu'il a rendu déjà et rendra encore de grands services à la pathologie. Je me range, sous ce rapport, à côté de M. Barth.

M. Gerdy, qui espérait autrefois, insiste maintenant sur les difficultés de l'emploi du microscope; et enfin, M. Velpeau, sans en proscrire formellement l'usage, déclare que, jusqu'à ce jour, il n'a encore fourni aucun résultat digne d'être mentionné.

La question de la curabilité du cancer a été à peu près aussi diversement résolue. M. Leblanc a obtenu des succès, mais en petit nombre, et qui, observés sur les animaux, ne permettent peut-être pas de conclure de même pour l'espèce humaine.

M. Barth a admis la curabilité par analogie et parce qu'il serait cruel de rester sans espérance; mais il ne l'a pas suffisamment démontrée.

M. Gerdy n'a pas abordé la question qui nous occupe, et, dans son esprit, la guérison radicale du cancer est sans doute loin d'être avérée.

Enfin, MM. Velpeau et Cloquet, dans des discours pleins d'intérêt et qui révèlent une presque identité de doctrines, ont fourni seuls des faits dans lesquels l'instrument tranchant aurait, suivant eux, triomphé du terrible parasite qu'on nomme le cancer.

Dans la courte allocution que j'ai déjà prononcée, je me suis surtout placé sur le terrain de la pratique. Je suivrai encore cette voie aujourd'hui, c'est par des arguments empruntés à la clinique elle-même que je chercherai à démontrer l'utilité des distinctions établies par le microscope, au maniement duquel je suis personnellement étranger, mais qui, dans maintes circonstances où je l'ai consulté, a répandu la lumière et la certitude sur des faits obscurs et mal déterminés.

Avant d'entrer en matière je veux, messieurs, examiner quelques faits qui ont été produits, et répondre en particulier à plusieurs points du long discours de M. Velpeau.

Vous avez entendu, dans la dernière séance, M. Cloquet vous rapporter des observations de cancer guéri; si les observations étaient plus détaillées, et si d'ailleurs je ne craignais pas d'abuser de vos instants, j'aurais plaisir à les discuter une à une. Probablement alors, j'arriverais à vous faire partager les doutes que j'ai conçus sur leur véritable nature. Recueillis à une époque où les caractères anatomiques et cliniques des tumeurs du sein et des ulcérations rebelles de la peau étaient, on n'en saurait douter, beaucoup moins bien connus que de nos jours, ces observations ne doivent être admises qu'avec beaucoup de réserve, et puisque j'ai été rigoureux pour la statistique de M. Velpeau, dois-je être moins sévère pour les souvenirs de M. Cloquet?

On se souvient sans doute que, lorsque j'invoquai l'expérience des temps passés pour déclarer que le cancer est bien rarement curable, lorsque je citais les documents numériques fournis par Monro, Mayo Royer, Mac-Farlane, etc., etc., M. Velpeau répliqua que des statistiques contraires pouvaient être opposées à celles des illustres chirurgiens que je viens de citer, et qu'en pareille occurrence il convenait de faire table rase de ces nombres et de se contenter des faits qu'on avait soi-même observés : je ne puis en aucune façon accepter ce rejet pur et simple. Les tableaux favorables auxquels M. Velpeau fait allusion ont été produits par Hill et Flajani; certes, notre éminent collègue les a examinés et médités avec soin : or, il est impossible qu'ils ne lui aient pas paru, comme à nous-même, très-contestables et peu dignes surtout d'être sérieusement opposés à ceux que je citais plus haut.

Mais quand bien même je consentirais à un échange si inégal, il resterait toujours deux statistiques, celles de MM. Lebert et Broca, qui présentent toutes les garanties exigibles et dont on ne saurait, par conséquent, faire aussi bon marché. Ainsi donc je persiste à regarder les opinions des chirurgiens anciens et modernes comme très-concluantes en faveur de la conviction que je partage.

M. Velpeau tire il est vrai, de sa propre pratique, un nombre de faits très-imposant; mais ces faits peuvent être groupés en deux catégories, savoir : ceux de date ancienne sur lesquels j'ai fait planer un doute motivé et ceux qui remontent à une époque beaucoup plus récente, puisque les guérisons ne comptaient pas plus de six, cinq, trois, deux ans lors de la publication du *Traité des maladies du sein.* Ces derniers, je les accepte franchement comme des cas avérés de cancer, ils ont été déclarés tels par une autorité en laquelle j'ai confiance, et à l'aide du microscope, que je crois compétent.

Dans la réponse de M. Velpeau, chacun a pu voir que notre collègue défendait tièdement les observations du premier groupe, qui sont les plus nombreuses, et qu'il prévoyait même la critique qu'on est naturellement conduit à opposer à celles du second.

Oui certainement, je me crois en droit de dire que, pour proclamer la guérison radicale des rares opérées de vrai cancer, M. Velpeau n'a pas assez attendu, ses faits sont trop récents et la récidive est encore menaçante. L'auteur le reconnait lui-même, et si nous l'ignorions, nous trouverions dans son livre de quoi nous instruire. A la page 616, l'auteur signale deux exemples remarquables de récidive très-éloignée.

« 1° Un malade de Dunkerque, traité par l'amputation de la tumeur d'un « sarcocèle bien caractérisé, resta guéri pendant quatorze ans; il est mort « en 1851, et l'autopsie a montré que la mort avait été produite chez lui « par une tumeur cancéreuse développée dans l'intérieur du bassin;

« 2° Une femme mourut à la Charité d'un cancer ulcéré de l'aisselle « après être restée douze ans en bonne santé à partir du moment où on « l'avait débarrassée, par l'opération, d'un squirrhe également ulcéré de « la mamelle. »

Si on reproche au microscope de poser des conclusions prématurées, il faut savoir attendre, à son tour, si l'on veut échapper à la même critique. Vous pourriez peut-être, messieurs, croire que j'invoque ici, pour les besoins de ma cause, une fin de non-recevoir banale; il n'en est pas ainsi, jugez-en vous-mêmes. M. Velpeau rapporte, à la page 585 et suivantes, quatre observations détaillées, dont la plus ancienne remonte à 1847, les autres à 1848 et 1850. Les tumeurs renfermaient la cellule cancéreuse, l'opération a été pratiquée, et les malades sont données comme guéries;

or, le hasard m'a fourni des renseignements sur l'une d'elles qui fait le sujet de la deuxième observation. — Cette dame, examinée par un des premiers chirurgiens de Paris, est morte l'an dernier en état de récidive !

Permettez-moi de revenir encore sur l'infaillibilité clinique de M. Velpeau. Il nous accorde qu'il y a des cas difficiles, et que, quand il dit qu'il ne se trompe jamais, il fait seulement allusion aux cas les plus tranchés de tumeurs cancéreuses ou autres. Mais, sous ce rapport, chacun de nous est aussi avancé que lui, et certes il nous arrive fréquemment de nous prononcer d'avance et sans hésitation ; mais, aux deux phases extrêmes de l'évolution des tumeurs de la mamelle, par exemple, le diagnostic quelquefois présente des difficultés presque insurmontables. Comment distinguer toujours une petite masse encéphaloïde enkystée, mobile, libre d'adhérences, roulant sous le doigt, d'une tumeur hypertrophique commençante ; qui de nous n'a rencontré des cas semblables ?

Portons-nous à l'extrême opposé, supposons une tumeur énorme, ulcérée, à surface sanieuse, à bords renversés et fongueux. La suppuration abondante et fétide, quelquefois même les hémorrhagies, ont miné la santé générale, et l'état cachectique ne fait pas même défaut. Tous les microscopes du monde, a dit M. Velpeau, seraient braqués contre elle, et la déclareraient non cancéreuse, que je déclarerais que les microscopes se trompent. Eh bien ! messieurs, je rejette encore ce singulier mode de démonstration ; moins confiant ou plus curieux que M. Velpeau dans un cas semblable, j'ai consulté le microscope, et il m'a répondu que cette horrible tumeur, que ce tissu si suspect, étaient formés par les éléments hypertrophiés de la mamelle. J'opérai ; la malade a eu le bonheur de survivre à l'amputation du sein faite en 1849 ; elle a recouvré la santé, et la récidive n'a pas eu lieu.

Voyez donc combien de tels faits commandent la circonspection, et combien il est précieux d'avoir un moyen qui ait chance de rectifier notre premier jugement.

Personne plus que moi ne rend hommage à la sagacité de M. Velpeau ; mais apres l'exploration clinique et l'examen du produit morbide à l'œil nu, il lui reste quelquefois des doutes légitimes, comme cela nous arriverait à nous-même. Sans remonter bien loin, j'en trouverai facilement la preuve : j'ai appris qu'à la fin de la séance dernière, M. Velpeau a fait devant l'Académie, et non sans produire une vive sensation, l'exhibition de plusieurs tumeurs enlevées par lui, et diagnostiquées par lui avant l'opération. L'examen anatomique à l'œil nu, et aidé, dans plusieurs cas, de l'intervention microscopique, a démontré une fois de plus que notre collègue est fort habile ; mais une dernière pièce l'embarrassait : le diagnostic, alors comme avant l'opération, était fort obscur; la tumeur n'offrait la physionomie ni de l'encéphaloïde, ni du squirrhe, ni du colloïde, malgré l'aspect gélatineux de son tissu ; cependant, elle ne ressemblait pas davantage aux tumeurs adénoïdes ; c'était un cas douteux. Elle paraît à M. Velpeau de nature bénigne ; cependant la malade aurait, dit-il, ultérieurement une semblable tumeur ailleurs, qu'il n'en serait pas surpris.

Ainsi donc, sur six pièces pathologiques prises au hasard, il se trouve un fait insoluble par les moyens ordinaires ; M. Velpeau, dans l'embarras, consulte le microscope ; deux anatomistes sont interrogés : l'un trouve la cellule cancéreuse, l'autre ne la trouve pas ; dès lors, M. Velpeau, aussi incertain qu'avant, met en doute l'efficacité du microscope ; et si j'avais été présent, mes convictions auraient été sans doute fortement ébranlées.

Par bonheur, j'ai recueilli de mon côté des renseignements nombreux et précis sur cette tumeur importante, et ces renseignements m'ont été fournis par les micrographes les plus compétents. Comme je suis autorisé à citer les auteurs, je vais vous transmettre les Notes qui m'ont été données, d'abord par M. Robin, puis par M. Verneuil, tous deux agrégés à la Faculté de médecine.

Voici la Note de M. Robin :

« La tumeur du sein, provenant du service de M. Velpeau, m'a été communiquée d'abord à l'état de fragment ; puis M. Rombaud, élève interne du service, m'en a fait remettre une petite partie, et enfin, m'a apporté toute la pièce. Comme elle a été vue par plusieurs personnes, je n'en décrirai pas l'aspect extérieur. Voici quelle était sa structure :

« 1° On y trouve une trame réduite par places à de minces fibres de tissu cellulaire, limitant souvent des espaces arrondis, accompagnées de noyaux fibro-plastiques et de quelques fibres fusiformes. Ailleurs, la trame est représentée par des faisceaux de tissu cellulaire bien limités, qui, traités par l'acide acétique, laissent voir des éléments fibro-plastiques en petite quantité et quelques fibres élastiques.

« 2° Les aréoles ou espaces, circonscrits par les éléments du tissu cellulaire, sont remplis par de la matière amorphe, homogène, transparente, parsemée çà et là de gouttes d'huile isolées ou en amas, matière amorphe, abondante, à laquelle le tissu doit son aspect gélatiniforme, et qui donne quelquefois cet aspect à des produits de nature très-diverse.

« 3° Enfin, les éléments caractéristiques de cette tumeur sont des culs-de-sac, des acini mammaires, dont le volume est de deux ou trois fois plus grand qu'à l'état normal. Les conduits excréteurs ou galactophores qui font suite aux culs-de-sacs, au lieu d'être hypertrophiés comme eux, sont atrophiés, ainsi que cela s'observe fréquemment dans certaines formes d'hypertrophie mammaire. Il en résulte que les culs-de-sac se présentent sous forme de corps cylindroïdes plus ou moins allongés, quelquefois presque sphériques, d'autres fois multilobés à leur extrémité terminale. Leur épithélium n'offre plus la forme dite nucléaire, qui s'observe à l'état normal ; il a pris la forme pavimenteuse ou sphérique ; les granulations qui remplissent ces cellules empêchent quelques-unes de laisser voir leur noyau, mais l'acide acétique le met à découvert et on lui retrouve alors tous les caractères propres à l'épithélium nucléaire de la mamelle normale.

« Ainsi, il s'agit là d'une de ces formes d'hypertrophie des culs-de-sac mammaires sécréteurs, avec atrophie des conduits excréteurs, maladie glandulaire accompagnée de production de matière amorphe, transparente, qui donne l'aspect colloïde. J'ai montré ailleurs (*Soc. de biologie*, 1852) que ce fait s'observe pour les glandes parotides, intestinales, etc. »

Voici la Note de M. Verneuil :

« Le tissu pathologique est d'une couleur rose pâle, translucide, d'une apparence gélatiniforme ; homogène, assez élastique, quoique mou, il se déchire assez facilement, à l'aide d'une forte traction ; la déchirure est grenue, inégale ; la pression et le râclage ne donnent point de suc crémeux, lactescent, miscible à l'eau, c'est-à-dire de suc cancéreux, mais bien une matière visqueuse, transparente, insoluble dans l'eau et s'écrasant facilement entre deux verres.

« Examiné à divers grossissements, ce tissu présente :

« 1° Une grande proportion de matière colloïde, amorphe et dépourvue d'éléments anatomiques spéciaux.

« 2° Quelques faisceaux de tissu cellulaire délicat, et quelques éléments fibro-plastiques (noyaux libres et corps fusiformes).

« 3° Nous constatons l'absence presque complète de vaisseaux.

« 4° Des culs-de-sac glandulaires de la glande mammaire de dimensions variables, mais beaucoup plus grands que dans l'état normal. Les uns sont ovoïdes et complétement libres ; d'autres, allongés et presque tubuliformes, sont groupés deux à deux, trois à trois.

« Ils sont remplis, les uns d'une substance amorphe finement granulée ; les autres, de cellules d'épithélium pavimenteux, régulièrement disposées en mosaïque, comme cela s'observe dans les autres variétés de tumeur hypertrophique du sein.

« Ces cellules d'épithélium diffèrent de l'état normal, en cela qu'au lieu d'appartenir à la variété dite nucléaire, elles sont devenues pavimenteuses et polygonales par pression réciproque, altération de forme qui n'est pas rare dans les hypertrophies glandulaires en général.

« L'addition de l'acide acétique, qui, comme on le sait, ne modifie pas les éléments cancéreux, agit au contraire sur ces cellules et fait très-nettement ressortir les caractères de leur noyau ; ce caractère chimique est fort important.

« 5° Le fragment que nous avons examiné en plusieurs points ne nous a nulle part offert trace des éléments cancéreux.

« M. Houël et moi, nous n'hésitons pas à rapporter cette tumeur, qui, à l'œil nu, n'offre nullement les caractères du cancer, à l'hypertrophie mammaire, dont elle constitue une variété assez rare.

« Le mélange des culs-de-sac glandulaires et de la matière colloïde, les changements survenus dans l'épithélium glandulaire, sont les points remarquables de cette lésion.

« Depuis que j'ai recueilli ces éclaircissements, je suis, je l'avoue, messieurs, beaucoup plus rassuré sur la validité du microscope. »

Je conclus de ceci que l'art est difficile, mais je n'accuse pas le moyen qui, dans le cas actuel en particulier, me paraît avoir facilement surmonté les obstacles qui avaient arrêté M. Velpeau lui-même.

Lorsque la discussion sur la curabilité du cancer s'est engagée devant l'Académie, il a été facile à chacun de vous de comprendre que la question manquait de base. En effet, pour savoir si une maladie est curable ou non, il faut savoir exactement quelle est cette maladie, il faut la distinguer soigneusement de celles qui peuvent être confondues avec elle, en un mot, il faut la définir.

C'est donc par une définition que nous aurions dû commencer ; or, cette pierre angulaire, aucun des orateurs qui se sont fait entendre ne l'a posée.

Ce n'est pas aujourd'hui seulement que cette difficulté surgit, et Peyrilhe proclamait déjà, dans le siècle dernier, qu'il est aussi difficile de définir le cancer que de le guérir. Dans l'impossibilité où l'on a été jusqu'à ce jour d'assigner des caractères précis, pathognomoniques à la maladie qui nous occupe, on en a rappelé les phénomènes les plus saillants et les plus constants, c'est-à-dire que pour remplacer une définition périlleuse, on a tracé une description sommaire du mal, empruntée surtout à son évolution. Cette lacune est malheureuse, elle a conduit et conduira toujours à une confusion extrême, elle rendra sans cesse les discussions vagues, elle masquera longtemps la vérité.

Il en résulte qu'au lieu de servir à dénommer une espèce pathologique et ses simples variétés, le mot cancer devient l'attribut qualificatif d'une classe immense de maladies différentes, il devient nom de famille au même titre que les mots si vagues de sarcocèle, de tumeurs blanches auxquelles nous ne tenons plus beaucoup et que nous prononçons seulement par habitude. Or cette famille se compose, d'un commun accord, d'éléments si divers, qu'en se tenant aux caractères cliniques et en reléguant la structure au second rang, on est obligé d'admettre, comme l'ont fait devant vous MM. Leblanc, Velpeau et Cloquet, un grand nombre de genres subdivisibles eux-mêmes en espèces, ce qui laisse à la classification des limites tout à fait arbitraires et indéterminées.

Or, messieurs, notre maître à tous, Bichat, a posé depuis bien longtemps une loi qui reste debout au milieu des révolutions de notre science; cette loi est la suivante : Lorsque deux maladies diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et les lésions qui les accompagnent ; réciproquement, lorsque des lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure de deux produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels, l'évolution, constituent aussi des affections de nature distincte. Prenant ce principe immuable pour base dans l'étude des maladies réputées cancéreuses, si nous ne trouvons pas dans l'observation clinique les éléments de distinctions satisfaisantes, si les caractères physiologiques ne sont pas assez généraux, souffrent trop d'exceptions et comportent trop de variétés, c'est à la structure qu'il faut nous adresser, et ici l'anatomie pathologique élève sa voix puissante et féconde ; mais les moyens qu'elle a mis en usage jusqu'à ce jour sont-ils suffisants, le scalpel et les procédés d'amphithéâtre ont-ils vidé la question ? J'affirme que non. L'emploi persévérant de nos procédés ordinaires et les longs labeurs qu'on a consacrés à l'étude des tumeurs, a produit certainement des documents très-utiles, mais parfois aussi des résultats bien insignifiants ; c'est à eux que nous devons cette triste richesse de mots vides et ces comparaisons souvent grossières qui, sans utilité, encombrent aujourd'hui la pathologie ; que vous apprennent tous ces mots : cancer colloïde, tubéreux, ligneux, napiforme, chondroïde, pustuleux, encéphaloïde, squirrheux, lardacé, fongus médullaire, hématode, etc., etc. ulcère chancreux, rongeant, perforant, *noli me tangere,* etc., etc.?

Quelle signification a pour vous la dureté ou la mollesse, ou bien encore le fameux cri sous le scalpel, si péremptoire autrefois?

Nul doute sur ce point, il faut des caractères plus délicats, des pierres de touche plus sensibles, mais à quelle porte faut-il frapper pour les obtenir? Interrogerons-nous l'analyse chimique? L'expérience montre qu'elle a été jusqu'à ce jour impuissante et qu'elle n'a pas encore trouvé un principe immédiat particulier au cancer. On pouvait espérer beaucoup d'un moyen d'exploration fort simple, et qui consiste à râcler la surface de la coupe d'une tumeur, de manière à constater l'absence ou la présence d'un suc particulier crémeux, lactescent. Ce suc, bien étudié par M. Cruveilhier, et, après lui, par les micrographes, a, pour M. Barth, une grande valeur, et fait, presqu'à coup sûr, pressentir le cancer vrai ; mais il manque cependant quelquefois, ou se reconnaît difficilement ; peut-être même un fluide analogue se trouve dans des productions qui ne sont nullement cancéreuses. Ces exceptions, que tout le monde accepte, ôtent beaucoup de valeur à ce procédé, et ouvrent, par conséquent, la voie a beaucoup d'embarras.

Tel était, messieurs, l'état de la science, lorsque le microscope est venu nous offrir son appui. Il nous propose, pour le cancer, une définition nette, courte, précise, c'est-à-dire munie de toutes les qualités qu'on exige de ce point du discours. Il nous dit que le cancer est une maladie constituée par la présence d'un élément anatomique spécial, sans analogue dans l'économie, et doué de caractères qui permettent à un œil exercé de le reconnaître sans peine. Le microscope nous dit : Il n'y a qu'un cancer, c'est celui qui renferme l'élément cancéreux. Celui-ci se combine à divers tissus simples ou composés de l'économie, et c'est de ce mélange en proportions très-diverses que résultent les innombrables variétés que l'œil constate, et sur lesquelles je ne reviendrai pas, car les plus notables vous ont été énumérées, avec beaucoup de lucidité, par M. Barth, qui adopte volontiers cette importante simplification.

Le microscope ajoute encore qu'il y a d'autres tissus morbides qui, au premier abord, peuvent être confondus avec le cancer ; que leur développement dans l'économie indique souvent un véritable danger, et que parfois même ils peuvent causer la mort. Au lieu d'être constitués, comme le cancer, par un élément anatomique sans analogue dans l'économie ou hétéromorphe, ces tissus résultent seulement de la production exagérée, insolite d'une ou de plusieurs des parties élémentaires qui entrent normalement dans la constitution de notre corps.

Enfin, messieurs, et je réclame ici votre attention, les laborieux investigateurs qui se servent du microscope ont fait marcher parallèlement aux études histologiques, l'examen des tumeurs par les procédés connus, et l'observation au lit du malade. Leur œil ainsi plus exercé par la constatation de caractères nouveaux, leur a fait reconnaître, dans la structure des tissus accidentels, des particularités qui avaient échappé à leurs devanciers, et à l'aide desquelles le microscope lui-même un jour pourra devenir superflu ; puis les structures étant bien connues, ils ont trouvé que les maladies correspondant à telle ou telle d'entre elles, différaient notablement par leur origine, leur siége, leur marche, leur évolution, leur pronostic, et, forts de ces données, ils ont résolument proposé une révision de cette partie du cadre nosologique.

Que nous fallait-il faire, nous cliniciens, en présence d'un point de départ si conforme au principe de Bichat que nous proclamions tout à l'heure? Il nous fallait rectifier au besoin, mais, dans tous les cas, être impartiaux dans l'éloge ou le blâme ; il fallait montrer avec fermeté les erreurs de la doctrine nouvelle, s'il y avait lieu, ou accepter aussi sans arrière-pensée le progrès jusqu'alors inconnu, si réellement le microscope nous avait appris des choses utiles.

La direction pratique de nos travaux nous eût rendu pénible l'apprentissage du microscope ; d'ailleurs, tout le monde, même ceux qui nient la spécificité de l'élément cancéreux, même M. Velpeau, même quelques dissidents parmi les savants étrangers, reconnaissent volontiers que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques, épithéliales, ont une structure tout à fait différente. Dès lors, nous nous sommes contentés de vérifier, de contrôler les déductions cliniques en consultant le microscope à titre de renseignement.

Sur le terrain de la pratique, nous avons trouvé que plusieurs points de la doctrine nouvelle étaient justifiables, et que les différences de structure entraînaient aussi des différences de marche et d'évolution.

Je vais donc vous soumettre ce que m'ont appris à cet égard et mon observation personnelle et la lecture attentive des travaux modernes, et si j'arrive à vous démontrer que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques et épithéliales, ne sont point des affections identiques, j'aurai, je crois, suffisamment démontré l'utilité du microscope qui seul a pu nous tracer des distinctions aussi précises.

Je parlerai d'abord des caractères anatomiques et physiologiques du cancer. Je serai bref sur le premier point, et passant sous silence les détails anatomo-pathologiques que chacun connaît, je rappellerai seulement que, pour les micrographes, la cellule et le noyau cancéreux sont le caractère spécifique du cancer ; je ne chercherai pas non plus à discuter, comme le fait avec esprit M. Velpeau, la valeur relative de la cellule elle-même des noyaux ou des nucléoles, et quoique j'aie bien quelques convictions à cet égard d'après ce que j'ai vu, je pense qu'il faut laisser cela aux hommes spéciaux et ne pas trop se mêler des choses qu'on a trop peu étudiées soi-même.

Mais, dira-t-on, vous adoptez la définition du cancer donnée par les micrographes et la spécificité de l'élément cancéreux, sans songer que votre adversaire a opposé une fin de non-recevoir à cette opinion. Je me souviens, en effet, que M. Velpeau a dit que la cellule cancéreuse n'était pas le caractère anatomique spécifique du cancer, puisqu'il l'avait trouvée dans des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses.

Je demanderai à mon tour, à mon savant collègue, ce qui l'autorise à dire que ces tumeurs, contaminées par la cellule en question, n'étaient pas cancéreuses. C'est, répliquera-t-il, parce qu'après avoir été enlevées, elles n'ont pas récidivé.

D'où il suivrait que toute tumeur qui ne récidive pas, renfermât-elle une myriade de cellules dites cancéreuses, n'est point pour cela un cancer.

D'où je serais en droit de conclure que les observations qu'on lit dans le livre de M. Velpeau, aux pages 585 et suivantes, n'étaient pas des cancers, et en poussant le raisonnement jusqu'au bout, j'arriverais à prouver que mon éminent collègue n'a pas, plus que Monro et Mac-Farlane, guéri un seul cancer.

Mais, j'abandonne sans regret cette argumentation peu sérieuse, si je tiens peu compte de cette proposition de M. Velpeau, qui s'appuie sur des faits peu nombreux et peu concluants.

Les caractères physiologiques du cancer ne sont pas moins tranchés que ses caractères anatomiques. Constamment, il tend à se généraliser, en se manifestant, soit dans les ganglions lymphatiques voisins de la région malade, soit dans tout autre organe, dans les viscères eux-mêmes, et notamment dans les poumons et le foie.

Avant que la tumeur cancéreuse ne soit ulcérée et n'ait détérioré l'économie par la suppuration qu'elle fournit ou par les hémorrhagies dont elle est le siége, on voit souvent déjà se manifester les signes de la cachexie.

Lorsque la chirurgie intervient, en extirpant le mal, la récidive est constante; la marche du cancer devient d'autant plus rapidement funeste que les récidives et les opérations ont été plus multipliées. Plusieurs fois, j'ai été témoin de ce fait depuis longtemps signalé ; mais jamais il ne m'a plus vivement frappé que dans l'observation suivante :

Une femme de 38 ans, ayant les apparences d'une belle santé, fut opérée en 1849, à l'Hôtel-Dieu, par M. Philippe Boyer, pour une petite tumeur circonscrite qu'elle portait au-dessus du sein gauche. Un an après, il y a

récidive dans la cicatrice même ; une deuxième opération est pratiquée par M. Lenoir, à l'hôpital Necker. Sept mois plus tard, troisième récidive ; la malade est admise à l'hôpital Beaujon. La tumeur avait alors le volume d'une petite noix, et s'était développée à quelque distance au-dessous de la cicatrice. Obsédé par la malade, et ne trouvant pas d'ailleurs de contre-indication dans l'état général qui était parfait, je cédai et fis une troisième opération. Mais cinq mois s'étaient à peine écoulés qu'une troisième récidive se manifestait ; cette fois, la tumeur, grosse comme une aveline, était plus profonde et placée entre les fibres du muscle grand pectoral. Je me décidai encore à l'enlever, sur les vives instances de la malade. Mais trois mois après cette quatrième opération, elle revint à l'hôpital, portant plusieurs petites tumeurs dans le muscle grand pectoral et dans la région sus-claviculaire ; elle était amaigrie et avait déjà le teint cachectique. A dater de ce moment, la marche du cancer devint effrayante et amena la mort en quelques mois. La nécropsie, qui fut faite en présence de M. Lebert, nous fit trouver toutes les parties sus-diaphragmatiques du corps criblées de tumeurs cancéreuses d'un petit volume ; il en existait jusque dans les parois des veines.

J'arrive aux tumeurs fibro-plastiques. Celles-ci sont toujours circonscrites et n'affectent pas la forme irrégulière et rameuse de certains cancers, et notamment du squirrhe. A leur début, elles ont une consistance ferme, quoique un peu élastique, homogènes, et sont dépourvues de suc. Le microscope y révèle un tissu désigné, par M. Lebert, sous le nom de tissu fibro-plastique, tissu composé de cellules ou de fibres en tout semblables aux éléments du tissu cellulaire en voie de formation.

La marche de ces tumeurs est lente, et longtemps elles sont compatibles avec toutes les apparences de la santé. Cependant, elles peuvent se ramollir, s'ulcérer, se généraliser même, et amener la mort en se développant dans les viscères ; le fait est avéré aujourd'hui, et M. Velpeau vous en a rapporté des exemples ; mais à côté de ces cas rares, où la malignité du tissu fibro-plastique rivalise avec celle du cancer, on trouve des faits consolants que, pour être exact, notre savant collègue aurait dû aussi ne pas passer sous silence. Ces faits sont aujourd'hui en grand nombre ; je me bornerai à en rapporter quelques-uns des plus intéressants :

M. Paget, à qui l'on doit un bon *Traité des tumeurs (Lectures on tumours,* 1853), cite, d'après Maclaghau, l'observation d'une jeune fille de 22 ans, qui, depuis trois ans, portait une tumeur dans la région lombaire gauche. En 1832, celle-ci était grosse comme une poire, ferme, mais élastique et mobile. La peau qui la recouvrait était indurée ; elle fut enlevée, ainsi que la peau malade. Elle avait l'aspect d'une tumeur fibreuse ordinaire. Au bout d'un an, elle se reproduisit sous la cicatrice, et fut extirpée de nouveau en 1834. Dix-huit mois après, deuxième récidive, troisième opération suivie d'une guérison complète ; car, en 1850, c'est-à-dire quinze ans après la dernière opération, la malade se portait parfaitement bien.

Moi-même, en mars 1839, j'ai enlevé une tumeur du volume des deux poings, placée sous l'aisselle droite d'un jeune homme. Cette tumeur, bien circonscrite, lobée, assez ferme, bien qu'élastique, paraissait composée de tissu fibreux mêlé à de la graisse. Quatre ans après, une récidive se manifesta, et nécessita une deuxième opération, que je pratiquai le 13 octobre 1854. La tumeur, du volume d'un poing, avait le même aspect que la première. Quatre ans plus tard, il eut une seconde récidive ; l'opération fut pratiquée le 28 janvier 1849. La tumeur, examinée par M. Lebert, était formée de tissu fibro-plastique mêlé à de la graisse. Depuis lors la santé ne s'est plus démentie.

M. Chassaignac a récemment communiqué à la Société de chirurgie l'histoire d'une tumeur placée au-dessous de la clavicule gauche et remarquable par le nombre des récidives auxquelles elle a donné lieu. Opérée d'abord en septembre 1849, elle a reparu au bout de quelques mois, et a nécessité une deuxième opération en décembre 1850, une troisième en juillet 1851, une quatrième en janvier 1852, une cinquième au mois de juillet de la même année, une sixième, enfin, le 17 septembre 1853. Depuis lors, M. Chassaignac n'a pas revu ce malade. Il est à noter que, pendant le cours de ces opérations, la santé générale était parfaite ; il n'existait aucun ganglion, ni dans l'aisselle, ni dans les régions sus et sous-claviculaires. La tumeur a été chaque fois examinée par M. Lebert : elle ne contenait autre chose que l'élément fibro-plastique, mêlé à un peu de matière gélatiniforme.

La dernière des observations que je vais rapporter, et la plus curieuse peut-être, m'est fournie par M. Paget. En 1839, M. Syme enleva une tumeur que portait, au-devant de la première côte droite, un homme de 48 ans. Une récidive survint deux années après, et nécessita une deuxième opération en 1843 ; une troisième tumeur fut enlevée en 1847, une quatrième en 1849, une cinquième en 1851. M. le docteur Bennett, ayant examiné ces tumeurs au microscope, les trouva composées de tissu fibro-plastique. Peu de temps après cette cinquième opération, une nouvelle tumeur se forma sous la clavicule, et acquit rapidement un volume considérable. Il est à noter aussi que, durant toute cette période, la santé générale ne s'était nullement altérée. Mais plus tard la tumeur s'ulcéra, des hémorrhagies survinrent, et le malade épuisé succomba en juillet 1852. *Aucune trace de la maladie ne fut trouvée dans les organes internes.*

Lorsque l'on réfléchit à la marche de toutes ces tumeurs fibro-plastiques, à l'opiniâtreté de leurs récidives, à la tendance funeste de plusieurs d'entre elles, on ne peut, certes, les considérer comme des tumeurs bénignes. Mais, d'un autre côté, est-ce rester dans le vrai que de les assimiler entièrement aux tumeurs cancéreuses ? Est-il jamais arrivé qu'on ait enlevé à quatre, cinq, six reprises différentes une tumeur encéphaloïde ou squirrheuse, sans que le mal ne se soit généralisé, et que la constitution ne soit devenue cachectique ? Et enfin, les cas de repullulation fibro-plastique dans les viscères peuvent-ils être comparés, pour la fréquence, à la manifestation à peu près constante du cancer dans les ganglions et dans les cavités splanchniques ?

J'arrive enfin aux affections épithéliales. Elles sont composées anatomiquement des cellules d'épithélium ou d'épiderme qui recouvrent normalement la surface de la peau et des membranes muqueuses. Cet épithélium s'infiltre peu à peu dans la trame et au sein même des tissus sous-jacents qui finissent par disparaître, étouffés en quelque sorte par cette production exubérante.

Je ne conçois pas que M. Velpeau ait pu dire que la structure de ces tumeurs, si l'on s'en rapporte au témoignage du microscope, les rapproche des productions éminemment bénignes, telles que les verrues et les cors aux pieds. Qu'importe, en effet, que deux tumeurs aient de commun un un élément anatomique normal, si ce dernier n'y est pas disposé et combiné de la même manière ? Dans la verrue et dans les cors aux pieds, l'épiderme, quoique plus abondant, affecte les mêmes rapports que dans l'état normal avec les autres parties constituantes de la peau ; il suffit d'étudier une tumeur épithéliale pour se convaincre qu'il en est là tout autrement. Cette assimilation est donc plus spécieuse que réelle.

Les tumeurs épithéliales se montrent principalement aux surfaces tégumentaires, et doivent être étudiées séparément à la peau et sur les membranes muqueuses.

A la peau, elles débutent par des petits boutons croûteux, des verrues ou de simples gerçures peu saillantes, puis elles forment ces ulcères depuis longtemps appelés cancroïdes, à cause de leur physionomie spéciale et bien différente du cancer, à cause de leur marche lente et du peu de tendance qu'ils ont à infecter l'économie. C'est tout au plus si on les voit se propager à quelques ganglions du voisinage. Enfin, traités par des moyens énergiques qui détruisent rapidement toutes les parties indurées, ils guérissent souvent d'une manière radicale et définitive.

Quant aux tumeurs épithéliales des surfaces muqueuses (je citerai pour type celles de la langue et du col de l'utérus), elles ont une tout autre marche. Les progrès en sont rapides, elles repullulent à peu près constamment après l'extirpation, et elles finissent par amener la mort. Mais leur tendance à la généralisation est presque nulle, comparée à celle du cancer. Examinez, en effet, le bassin de femmes mortes à la suite de ces ulcères rongeants du col de l'utérus, vous trouvez quelquefois l'utérus en partie détruit, la vessie, le péritoine, des vaisseaux même d'un assez gros calibre perforés par ce travail désorganisateur ; mais jamais vous ne rencontrerez de masses épithéliales dans les viscères ; c'est tout au plus s'il existe quelques petits ganglions engorgés au voisinage de l'utérus. Il en est de même des tumeurs épithéliales ulcérées de la langue ; les ganglions du cou s'engorgent à peu près seuls ; et les malades périssent, épuisés par les hémorrhagies et la déglutition continue des matières putrides plutôt que par la généralisation du mal.

Aux orifices du corps, là où a lieu la continuité de la peau avec les membranes muqueuses, les tumeurs épithéliales ont des caractères que j'appellerai mixtes, et qu'elles empruntent à la structure complexe des tissus affectés ; mais là, comme à la peau, elles restent longtemps à l'état de maladie locale ; et, s'il est vrai que l'extirpation en soit moins souvent heureuse qu'à la surface de la peau, il n'en est pas moins démontré que la proportion des malades guéris radicalement par l'opération est généralement regardée comme très-encourageante.

Je ne saurais méconnaître cependant que les tumeurs épithéliales ne puissent se propager ou repulluler non-seulement dans les ganglions lymphatiques, mais au sein même des viscères ; mais ces cas de généralisation sont très-rares. M. Velpeau en a parlé dans son discours, mais il n'en a pas cité d'exemples détaillés. M. Virchow, je crois, en rapporte un, et j'en ai trouvé un autre dans l'ouvrage de M. Paget : il a été observé chez un vieillard dont le pénis avait été amputé dix-huit mois avant sa mort. Le mal s'était reproduit dans les glandes inguinales. A l'autopsie, M. Paget trouva de la matière épithéliale dans ces glandes et dans les poumons.

Telles sont, en résumé, les différences que présentent, au point de vue de la nature intime et de la marche, les trois espèces de lésions généralement confondues sous le nom de cancer. Or il est évident que, si l'on ne peut considérer comme bénignes les tumeurs épithéliales et fibro-plasti-

ques, on ne saurait non plus, au point de vue de la malignité, les assimiler aux affections cancéreuses proprement dites.

M. Velpeau n'admet pas ces distinctions. Pour lui, toutes ces lésions sont des cancers, il ne reconnaît la spécificité d'aucun de leurs éléments; et qu'importe, après tout, dit-il, que le malade, s'il doit succomber, meure d'une manière ou d'une autre, qu'il meure par désorganisation des parties atteintes ou par infection générale.

Je répondrai d'abord à notre savant collègue qu'il n'est pas exact de dire qu'au point de vue de la marche et de la gravité toutes ces maladies se ressemblent. Et quand bien même d'ailleurs elles seraient toutes également funestes, n'est-il pas important d'en étudier, d'en établir les différences, afin de chercher si l'on ne pourrait pas tôt ou tard appliquer ces notions à leur thérapeutique? Aujourd'hui, j'en conviens, la seule question résolue est celle du pronostic. Mais n'est-ce donc rien de savoir que, si l'ablation d'un cancer laisse le malade exposé aux dangers d'une récidive à peu près certaine, et tôt ou tard suivie de mort, l'extirpation d'une tumeur épithéliale ou fibro-plastique est beaucoup plus rassurante? Si dans ce dernier cas la récidive survient, le chirurgien n'aura-t-il pas plus de courage pour la poursuivre résolûment, sachant bien qu'il ne doit pas encore renoncer à l'espoir d'une guérison radicale.

Cherchons donc, de plus en plus, à étudier ces maladies, et tâchons de les séparer au lieu de les confondre; attachons-nous à reconnaître plus exactement leurs différences cliniques, et si nous rencontrons des cas douteux, aidons-nous des lumières que nous fournit l'examen du microscope.

Avant de terminer, je demande à l'Académie la permission de répondre deux mots à ce qu'a dit M. Velpeau sur l'utilité de cet instrument.

Pour lui, le microscope n'a point encore servi à éclairer le diagnostic des tumeurs, et d'ailleurs il ne peut intervenir qu'après l'opération, et ne saurait en conséquence influer sur la détermination du chirurgien.

Il y a quelques années, on ne connaissait point encore les hypertrophies glandulaires. Or, comme ces tumeurs se développent surtout dans les régions qu'affecte plus spécialement le cancer, il était souvent bien difficile de les en distinguer. Il n'est aucun de nous, sans en excepter M. Velpeau lui-même, qui n'ait extirpé de ces tumeurs, dans la pensée que c'étaient des cancers. Puis, quand on les examinait après l'opération, on trouvait bien parfois que leur aspect n'était pas celui des tumeurs cancéreuses bien caractérisées : il n'y avait pas de suc; le tissu était plus grenu, plus élastique, mais, en définitive, on ne savait trop comment les caractériser; on s'arrêtait à l'idée qu'elles étaient de nature fibreuse, qu'elles pourraient dégénérer et passer à l'état de squirrhe. Plus tard enfin, quand les malades étaient radicalement guéris après l'opération, on se berçait de l'idée qu'on avait traité et guéri des cancers.

Depuis lors, ces tumeurs ont été beaucoup mieux étudiées, mais c'est seulement depuis que le microscope nous en a révélé la structure intime. On a constaté leur existence dans toutes les régions du corps où existent des glandes : à la mamelle d'abord, où elles sont très-communes; aux glandes salivaires, et surtout à la parotide; aux glandes muqueuses des lèvres, des joues, du voile du palais, du rectum; au col de l'utérus lui-même, où elles ont été bien étudiées par M. Robin.

Or, la nature de ces tumeurs étant une fois bien connue, n'a-t-il pas été plus facile aux chirurgiens d'en étudier l'origine, la marche, l'évolution, les caractères cliniques, et d'agir enfin contre elles avec plus de précision et de sécurité.

Certes, je suis loin de penser que la science ait dit son dernier mot à cet égard, et que nous n'ayons plus rien à désirer sur la connaissance des tumeurs soit bénignes, soit malignes. On peut espérer que des études persévérantes nous conduiront tôt ou tard à la découverte complète de la vérité.

Appliqué, depuis peu d'années seulement, à l'anatomie pathologique, le microscope a déjà produit d'heureux résultats. La jeune École, comme l'appelle M. Velpeau, est donc dans une bonne voie. Il faut qu'elle y persévère et qu'elle y marche résolûment; chaque jour aura son progrès.

THÉRAPEUTIQUE.

Induration considérable des glandes sous-maxillaires et sous-linguales, guérie par une pommade d'oxyde noir de cuivre.

Les préparations de cuivre sont rarement employées en France; mais il n'en est pas de même en Allemagne. Voici une nouvelle formule, que nous croyons devoir mettre sous les yeux des praticiens, avec les circonstances dans lesquelles elle a été prescrite.

Dans le courant de janvier 1854 se présente au docteur Pondman un homme portant une tuméfaction considérable des glandes sous-maxillaires et sous-linguales; l'examen fit reconnaître que ces glandes étaient passées à un état complet d'induration. Le malade raconta qu'il y a plus de deux ans il avait été atteint à plusieurs reprises d'une inflammation de la langue, après la guérison de laquelle les glandes voisines étaient restées le siége d'un engorgement. N'éprouvant d'abord aucune incommodité, il n'avait pas songé à réclamer aucun soin médical; mais plus tard, ces glandes ayant pris un développement plus considérable et ayant rendu la déglutition pénible, il s'était adressé à un chirurgien, qui lui avait prescrit l'onguent mercuriel en frictions sur la tumeur, deux fois par jour. Il y avait deux mois que le malade suivait ce traitement sans amélioration, et comme de temps en temps il éprouvait des douleurs lancinantes dans la tumeur, il devint inquiet, et alla trouver le docteur Pondman, qui lui prescrivit la pommade d'iodure de potassium et l'usage interne de divers résolutifs. Ce traitement ayant été continué pendant trois semaines, sans le moindre résultat avantageux, le médecin voulut essayer la pommade cuivreuse du professeur Hoppe, de Bâle, et il prescrivit :

Oxyde noir de cuivre. . . . 4 grammes.
Axonge. . . . . 30 grammes.

Mêlez exactement, pour frictionner deux fois par jour les glandes indurées.

Au bout d'une semaine, la tumeur était non-seulement plus molle, mais elle avait aussi notablement diminué de volume, et six semaines plus tard, bien que la pommade ne fût encore usée qu'aux deux tiers, la résolution des glandes était complète. Nous regrettons que le premier praticien n'ait pas songé à joindre l'action d'un vésicatoire volant aux frictions mercurielles, la puissance résolutive de la pommade cuivreuse eût été mise ainsi hors de toute contestation.

(*Geneeskunge courant*, et *Bullet. gén. de thérap.*)

Bons effets de l'iodure de potassium dans la goutte.

On sait que les travaux modernes ont révélé dans la goutte la présence d'une quantité tout-à-fait anormale d'acide urique et d'urate de soude dans le sang et dans les excrétions des malades atteints de cette affection. Il suit de là que les médecins ont été conduits à recommander des agents chimiques destinés à neutraliser l'acide urique; de là l'emploi des bi-carbonates alcalins, de l'eau de Vichy, du borate de potasse (Bouchardat), du phosphate d'ammoniaque (Bukler), des benzoates et, en particulier, du benzoate d'ammoniaque (Ure). Il paraîtrait cependant résulter des recherches consignées par M. Spencer Wells, dans le traité récent qu'il vient de publier sur la goutte et ses complications, que, de tous ces dissolvants chimiques, l'iodure de potassium serait celui qui l'emporterait sur tous, à cause de la facilité avec laquelle il dissout l'urate de soude qui se trouve, comme on sait, si souvent dans le sang des goutteux. Je l'ai administré, dit M. Wells, sur une très-grande échelle, pendant les treize dernières années, dans presque toutes les formes de goutte, excepté pendant les attaques, et dans presque tous les cas avec les résultats les plus encourageants. La dose est de 40 centigr. à 0,05 par doses fractionnées. J'ai vu des malades, ajoute-t-il, qui ont continué le médicament à cette dernière et faible dose pendant plusieurs mois; et en interrompant comme en reprenant l'emploi du médicament, j'ai pu m'assurer que l'amélioration dans la santé qui accompagnait et suivait son emploi était bien réellement le fait de cette petite quantité d'agent thérapeutique. Nous voyons, en outre, dans le traité de M. Wells, qu'il donne la préférence à la teinture de fleurs de colchique, qu'il administre par gouttes, deux ou trois fois par jour, mais en continuant, il est vrai, avec persévérance pendant plusieurs semaines. — On remarquera la coïncidence des résultats annoncés par M. Spencer Wells avec ceux déjà obtenus et annoncés, il y quelques années, par M. Gendrin, à l'aide des iodiques dans cette même affection. (*Bull. gén. de thér.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *L'hôpital militaire de Dolma-Baktché.* — *Les blessés russes.* — Nous avons reçu, d'un de nos confrères de Constantinople, une lettre dont nos lecteurs ne liront pas sans intérêt quelques passages :

« L'inaction dans laquelle était restée la partie chirurgicale du service de santé des armées alliées, a largement pris sa revanche depuis la bataille de l'Alma. A la suite de ce grand fait d'armes, l'hôpital de Dolma-Baktché, situé dans le quartier de Péra, a été littéralement encombré de blessés français et russes. Le service est devenu des plus pénibles, et le chirurgien en chef a eu à pratiquer de huit à dix amputations par jour, sans compter les mille petites opérations qu'exigent les blessures moins graves.

« C'est surtout parmi les Russes qu'on a eu à constater d'effroyables lé-

sions produites par la mitraille, et nécessitant presque toujours l'ablation des membres atteints. Mais, par compensation, ces malheureux, doués d'une forte constitution, résistent bien mieux que nos soldats aux suites des grandes opérations. Il en est quelques-uns qui, après la perte de plusieurs membres, n'ont éprouvé aucune de ces réactions qui, chez les nôtres, accompagnent les opérations, même partielles. Cette résistance, cette force physique du soldat russe tient, sans doute, à cette éducation brutale dirigée par le knout, qui développe le système musculaire aux dépens du système nerveux. Y aurait-il là aussi une influence (dans ce cas favorable) de l'ignorance et de la superstition? Ce qu'il y a de certain, c'est que l'une et l'autre sont grandes chez le soldat russe. En voici la preuve. Ces malheureux allaient, disaient-ils, au combat, persuadés que le feu de l'ennemi ne pouvait les atteindre, protégés qu'ils étaient par diverses médailles religieuses suspendues à leur cou, et qui leur avaient été distribuées par des prêtres orthodoxes avant leur départ. De plus, leurs chefs leur avaient si bien fait croire que nous ne faisions aucun quartier à nos prisonniers de guerre, que plusieurs d'entre eux luttaient, par un dernier effort, contre les infirmiers qui venaient les enlever pour les transporter dans les ambulances.

« Mais ils sont singulièrement désabusés après quelques heures de soins; il n'en est aucun qui, avant et après l'opération qu'on lui pratique, ne baise les mains de l'opérateur, en lui disant, dans son langage très-expressif: « Merci, bon père! merci! » Depuis qu'on leur a distribué, par ordre du chef de santé, du thé, le matin, et du tabac pour la journée, ils n'ont pas assez d'expressions pour manifester leur bonheur et leur reconnaissance.

« Parmi les religieuses venues de France, il en est deux originaires de la Pologne, qui parlent russe. Ces saintes filles sont appelées de tous côtés et ne savent plus où donner de la tête, tant elles sont obsédées de questions. Les malades ont pour elles la plus grande vénération. Ils ont aussi la plus vive admiration pour le chirurgien en chef, qui, grâce au chloroforme, leur enlève les membres sans douleur. Ils ne comprennent pas qu'il ait la puissance de leur couper des bras et des jambes sans qu'ils s'en aperçoivent, et tous, après que l'opération est terminée et le pansement fait, sont ébahis et stupéfaits. On est obligé de leur montrer le membre qu'on vient de leur retrancher, pour qu'ils se décident à croire qu'ils sont bien réellement débarrassés pour toujours de la cause de leurs douleurs.

« La visite du ministre de la guerre turc dans toutes les salles, le lendemain de leur débarquement; les paroles de consolation et d'encouragement qu'il leur a données, ont produit sur eux une impression indéfinissable.

« En résumé, il est présumable qu'à leur retour dans leur pays, ces pauvres gens, en racontant à leurs parents ou amis tout ce qu'ils ont vu et entendu au milieu de nous, opéreront une véritable révolution dans les esprits, et feront plus pour notre cause que le fer et le feu. Le fléau de la guerre est souvent l'avant-coureur de la civilisation. »

Parmi tous les faits signalés dans la lettre dont on vient de lire un extrait, il en est un qui nous intéresse particulièrement, et que, vu son importance même, nous n'acceptons que sous toute réserve: c'est celui qui concerne le peu de dangers que les grandes opérations entraîneraient chez les soldats russes. L'explication que donne de ce fait notre savant correspondant est, sans aucun doute, très-acceptable; mais enfin elle ne doit venir qu'après la démonstration du fait lui-même, et pour établir ce fait d'une manière irrévocable, nous espérons que notre distingué confrère voudra bien nous adresser une statistique des diverses amputations pratiquées chez les Anglais, les Français et les Russes, et des résultats dont ces opérations ont été suivies. — H. de Castelnau.

— Le fait le plus important, signalé dans la lettre de notre correspondant, se trouve confirmé par les détails suivants contenus dans une correspondance de la *Presse*. A propos de la mesure prise par M. Lévy, dont il est question dans cette correspondance, nous ferons remarquer que toute bonne que cette mesure puisse être en soi, elle ne saurait cependant empêcher la propagation du choléra, par la raison que le choléra se *développe*, mais ne se *propage* pas.

Voici ce qu'on lit dans la Correspondance de la *Presse* :

« Je puis vous donner aujourd'hui des renseignements exacts sur l'état de nos hôpitaux; vous pouvez regarder comme officiels les chiffres que je vous transmets.

« Le nombre des blessés envoyés de la Crimée s'élève au chiffre de.. 1,064 hommes.

« Il y a en ce moment :

A l'hôpital de Péra..........	505 h.
A l'hôpital de Dolma-Baqtchè..	352
A l'hôpital de Quandidjé......	116
A l'hôpital de Ramis-Tchiflik..	5
A l'hôpital de Maltépè........	7
Report....	985 h.
Au dépôt des convalescents de Daoud-Pacha, 75 hommes qui sont sortis presque immédiatement des hôpitaux, ci....	75
Total égal......	1,064

« On compte parmi ces blessés 182 Russes. Je vous ai entretenu des excellentes dispositions prises longtemps à l'avance par le chef du service de l'intendance militaire à Constantinople, M. Dubut. Ces mesures, jointes aux soins éclairés des savants médecins envoyés de France, au dévouement de tout le personnel hospitalier, ont eu pour résultat de réduire sensiblement la mortalité normale. Au 9 octobre, le nombre total des morts n'avait pas dépassé 50, c'est-à-dire moins de 1 décès sur 19 blessés. Les opérations chirurgicales ont été conduites avec une remarquable habileté: sur 90 amputations pratiquées, on ne comptait que 11 décès. Parmi 28 amputés sur le champ de bataille d'Alma et transportés à Constantinople, 6 seulement ont succombé. Les Russes, qui se préoccupent moins de l'avenir que nos soldats, qui éprouvent un bien-être dont ils n'ont jamais éprouvé les bienfaits, résistent mieux aux suites des amputations.

« L'arrivée d'un certain nombre de cholériques envoyés de la Crimée inspirait des sérieuses craintes. Mais M. Levy, directeur du service de santé, a fait disparaître, par une sage mesure, toutes les appréhensions et tous les dangers. Les cholériques ont été isolés, sous des tentes, et la terrible maladie dont ils étaient atteints ne s'est point propagée. Cette méthode avait déjà été expérimentée, du reste, à Varna; les conséquences en sont complètes et décisives.

« Sous les tentes, où l'aération est complète et continue, on a perdu un tiers des malades, tandis qu'on a perdu deux tiers dans les hôpitaux. Les derniers cholériques venus de la Crimée sont, au reste, convalescents. L'épidémie, après une violente recrudescence, décline sensiblement.

« L'état général des blessés est satisfaisant; leur moral est excellent. J'en suis émerveillé chaque fois que je visite nos braves soldats: on les retrouve, sur leurs lits de douleur, avec toutes leurs qualités du champ de bataille. Les consolations ne leur manquent pas. Les sœurs de charité et les infirmiers rivalisent de soins et d'attentions. Les ministres ottomans ont fait plusieurs visites dans les hôpitaux, et M. le chargé d'affaires de France se trouve souvent parmi nos pauvres blessés. »

Mouvement du choléra dans les hôpitaux civils de Paris :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
18 octobre.	25	8	5
19 —	15	12	14
20 —	5	7	1
21 —	13	13	14
22 —	9	8	10
23 —	8	1	5
24 —	10	6	8
	75	55	57

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie.		6,603
Sortis........................	2,977	6,398
Décédés......................	3,421	
Reste..................		205 en traitement.

— Le *Journal de Saint-Pétersbourg* annonce que, vu l'affaiblissement de l'épidémie du choléra à Moscou, le gouverneur général militaire a ordonné la fermeture du dernier des hôpitaux provisoires établis dans cette ville. (*La Presse.*)

Avis. — A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur, la distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu le samedi 28 octobre, à midi, dans la grande salle de la Faculté de médecine.

Je vous prie de vouloir bien faire connaître cette date, par la voie de votre journal, à messieurs les docteurs qui ont l'intention de faire des Cours publics pendant ce semestre d'hiver.

Agréez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

J.-F. Jarjavay, *chef des travaux anatomiques de la Faculté.*

BIBLIOGRAPHIE.

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée**, par M. F. Gille, pharmacien à Paris. — A Paris, chez Labé, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 129. 2e année. Samedi 28 Octobre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 120 *et* 127.)

SUITE DE LA VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

C'est au XVIe siècle que l'on a commencé à opérer; on ne faisait pas d'autopsies. Je vous ai parlé de hernies gangrenées, grosses comme la tête d'un enfant; on avait malaxé la hernie pour la faire rentrer; ne pouvant réussir par le taxis, on opérait; on voyait alors l'intestin gangrené, les matières fécales s'écouler, et l'on en concluait que, dans la hernie étranglée, l'intestin se gangrène. Mais cela suffit-il pour dire qu'il y a mortification de l'intestin dans l'étranglement? Non certainement, et nous verrons plus tard pourquoi.

Au XVIIIe siècle, un auteur dit avoir vu la gangrène non-seulement sur la portion étranglée de l'intestin, mais encore remonter au bout supérieur; je ne puis pas discuter contre des gens qui disent : « *J'ai vu* le bout supérieur de l'intestin gangrené, » mais combien j'ai de peine à y croire! Dionis raconte qu'il a vu quelquefois l'intestin gangrené, pourri, se détachant par lambeaux, comme du papier mouillé, c'est peut-être la gangrène, mais cela ne suffit pas.

En 1701, Méry, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, raconte qu'il a disséqué une hernie gangrenée par l'étranglement : l'anse intestinale était d'un rouge foncé, *signe manifeste de gangrène!* A ce compte, Schrekins a raison : mais dire que c'est là une preuve de gangrène, c'est une profonde erreur.

M. Sarcy communique à l'Académie des sciences un cas de gangrène intestinale dans une hernie étranglée; la pourriture fait tomber quatre pouces d'intestin, le chirurgien en enlève quatre autres pouces, et la guérison a lieu en trente-trois jours : cela est difficile à croire, mais il affirme l'avoir vu. Fort heureusement, il y a d'autres faits qui nous portent à dire : « L'a-t-il vu véritablement? »

J'arrive au Mémoire de Louis, qui cite une observation de Piplet, un membre de l'Académie de chirurgie, dans laquelle une hernie étranglée comprenait cinq pouces d'intestin; cette anse intestinale gangrenée permit néanmoins, pendant quelque temps, le passage à la plus grande partie des matières fécales qui allaient sortir par le rectum : cette longue portion d'intestin tomba, et, peu de temps après, le malade fut guéri. Oh! cette fois, il y en a beaucoup plus que je ne suis taillé pour en croire; comment, une anse intestinale de cinq pouces est gangrenée et laisse néanmoins passer les matières fécales!

.... Credat Judæus Apelias,
Non credo.

Voici un autre fait de Bourgoin : une anse intestinale de

FEUILLETON.

Observations pratiques sur les maladies chirurgicales de l'oreille; leur nature et leur traitement,

Par W.-R. WILDE, *membre du Collége royal des chirurgiens d'Irlande; chirurgien de Saint-Marks'Hospital* (pour les maladies des yeux); *membre honoraire de la Société de médecine de Stockholm,* etc.

(Suite et fin. Voir les nos 110, 115, 120, 125 et 126.)

(Sixième et dernier article.)

Je terminerai cette esquisse analytique du livre de W.-R. Wilde, par un chapitre intéressant sur la *surdité nerveuse,* une courte Notice sur l'*otorrhée* et un appendice très-important relatif aux *sourds-muets.*

De la surdité nerveuse.— « J'ai cherché, dit l'auteur, dans tout le cours de cet ouvrage, à démontrer que la plupart des maladies de l'oreille qui engendrent la surdité sont le résultat de l'inflammation sous quelque forme qu'elle se présente. Il me reste, sans aucun doute, fort peu de chose à dire sur la *surdité nerveuse,* et je dois même avouer que le sujet réclame encore de nombreuses et nouvelles recherches. Soit que la maladie ait son siége dans le nerf auditif, dans une lésion organique du cerveau, ou dans l'appareil lui-même de l'audition, il n'en est pas moins vrai que nous avons encore beaucoup à travailler sur ce sujet.

« Cette surdité peut exister avec ou sans tintements, sans changement d'ailleurs appréciable de l'organe auditif, sans altération des trompes d'Eustache, de la caisse, de la membrane du tympan et du méat externe. Ces assertions sont faciles à démontrer chaque jour.

« La fréquence de cette maladie serait aussi grande que pour les autres affections de l'oreille, d'après quelques auteurs; mais telle n'est point mon opinion.

« Quelques personnes croient également que la paralysie de la septième paire est une cause de cette surdité. Je ne le saurais dire : je crois seulement que ce mot de *surdité nerveuse* a été inventé à plaisir, comme le mot *scrofule,* pour cacher l'ignorance et l'incertitude de notre diagnostic. Le chirurgien, après avoir examiné les signes physiques, positifs et négatifs, fournis par l'examen du malade, cherche ensuite à déterminer si le siége de la maladie est dans les extrémités nerveuses des nerfs du labyrinthe, ou bien dans le nerf lui-même à son origine, ou dans son trajet. Mais cette affection peut encore reconnaître pour causes : des tumeurs, une compression quelconque, des congestions, un ramollissement, une atrophie ou une des maladies nombreuses auxquelles l'encéphale est exposé.

« Le symptôme *tintement* n'est point caractérisé par des lésions parti-

quatre travers de doigt, gangrenée, se détache et tombe ; *deux jours* après la chute de cette portion d'intestin, toutes les matières fécales passaient par le rectum, sans salir la plaie !!! Pour le coup, messieurs, celle-ci est trop forte. Je ne comprends pas qu'il y ait eu, au XVIIIe siècle, une assemblée de chirurgiens qui aient cru cette monstruosité ; c'est gros comme la plus grosse pyramide d'Égypte ! DEUX *jours après !* grand Dieu !... cela est est faux, et je dis que ceux qui disent avoir vu de pareilles choses n'ont rien vu du tout, et, en effet, ce n'est pas déjà si facile de voir l'intestin. Un jour, j'opère un jeune homme chez qui j'avais trop attendu : l'intestin était coupé; le lendemain de l'opération, l'intestin rouge était tellement caché (et cependant il donnait passage à des matières fécales) que j'ai beaucoup de peine à croire que je l'ai vu.

Voilà donc comment on a observé ces faits de gangrène de l'intestin.

Laissons cela, et passons à quelque chose de plus instructif. Je vous ai déjà parlé de Méry voyant l'intestin rouge et regardant cela comme un signe de gangrène. Eisler raconte que Raw, ayant à opérer une hernie étranglée, trouva l'intestin noir; il jeta le bistouri en disant que le malade était mort et qu'il n'y avait rien à faire : le malade mourut en effet. Mais l'intestin noir n'est aucunement gangrené; serrez le pouce avec un fil, au bout de quelques minutes il sera d'un bleu noirâtre : il n'est pas gangrené pour cela ; serrez, avec une ligature, une anse intestinale d'un chien, après cinq minutes elle devient rouge, puis bleue, puis noire, mais elle n'est pas mortifiée pour cela ; ôtez le fil, et bientôt vous verrez reparaître la coloration normale. Raw ne connaissait donc pas les signes de la gangrène. Scharp a bien vu plus tard que cette coloration noire de l'intestin n'est pas du tout un signe de gangrène, et plusieurs chirurgiens ont pu rentrer dans le ventre, sans aucun accident, des portions d'intestin qui offraient cette coloration noire.

On a dit alors : « Une anse d'intestin qui est noire et qui a perdu son poli est gangrénée. » C'est encore une erreur ; elle peut avoir perdu son poli, parce qu'elle a contracté des adhérences, et offrir en même temps la coloration noire, sans pour cela être gangrenée.

J.-L. Petit raconte qu'il a vu guérir des malades qui avaient le scrotum, l'épiploon et l'intestin gangrenés, la gangrène remontant dans le ventre ; mais la douleur, toujours persistante, montrait cependant que la gangrène n'était pas complète, et les malades avaient pu guérir.

Vous voyez que, pour J.-L. Petit, il y avait déjà gangrène, du moment qu'il y avait de l'inflammation ; tandis que ce que nous appelons aujourd'hui *gangrène*, nous, c'est la mortification complète d'un tissu. Il faut donc d'abord se familiariser avec le langage d'un auteur, avant d'apprécier ses paroles. Du reste, les auteurs de cette époque n'avaient encore que des notions très-imparfaites de l'inflammation, et ce n'est guère que depuis notre siècle que l'on a une idée bien nette de la gangrène. C'est donc de l'inflammation et non de la gangrène que ces auteurs avaient vu ; aussi n'est-il pas étonnant de lire que des portions d'intestin qui, pour J.-L. Petit, étaient frappées de gangrène, aient pu guérir : il faut donc traduire le langage des auteurs que l'on lit.

Ceci nous apprend que l'on doit faire peu de fonds sur les observations des chirurgiens du XVIIIe siècle.

C'est au milieu de cette obscurité, les choses jurant avec les mots, que l'Académie royale de chirurgie jugea à propos de fixer les chirurgiens, d'éclairer le monde médical sur ce que c'est que la gangrène dans les hernies. Louis fut chargé, par l'Académie royale de chirurgie, de publier un mémoire sur la cure des hernies avec gangrène : il fit donc paraître un mémoire sur ce sujet, mémoire que Piplet considérait comme un chef-d'œuvre de l'art. Je m'inquiète fort peu de l'opinion de l'académicien Piplet ; mais Sabatier, lui aussi, Sabatier, chose énorme et malheureuse! le citait comme un ouvrage excellent, et c'est là que Boyer a puisé la plus grande partie de sa doctrine. Mais comment ce fameux mémoire avait-il été fait? Louis l'a signé ; mais l'Académie avait un grand nombre de correspondants qui lui écrivaient de tous côtés : tous les plus petits chirurgiens, les barbiers même, pouvaient lui envoyer des notes ; aussi y avait-il, dans cette question si importante, une foule de points qui n'étaient même pas effleurés. Quand on avait un grand nombre d'observations, on discutait, puis on faisait rédiger par celui qui écrivait le mieux.

Qu'est-ce que c'était donc que Louis? Une usurpation de renommée, pas autre chose. Louis était né en 1723, il avait fait quelques pansements à quatorze ans; il était venu à Paris à vingt ans et s'était fait bien venir de M. de la Peyronie, parce qu'il tenait bien la plume (ce qui était rare à l'Académie de chirurgie). Comme il fallait être maître ès-art, et pour cela soutenir une thèse en latin devant le collége Saint-Côme, il la soutint à vingt-six ans, en 1749. Il n'avait pas attendu sa thèse pour se faire nommer chirurgien gagnant maîtrise à la Salpêtrière. Il eut cette idée que, chez les femmes, on pouvait faire la taille bilatérale, il imagina un petit instrument pour cela, et il lut, devant l'Académie royale de chirurgie, la description de son procédé. Il avait essayé cette opération chez une vieille femme qui était morte, et il avait réussi à extraire le calcul. Comment avait-il eu ce succès? Le *Mercure de France* donna de cette opération une analyse que lui avait fournie le chirurgien lui-même. Or, la vieille femme était morte de l'opération. Lorsque je vis ce fait pour la première fois, j'eus une fort triste idée de la moralité scientifique de Louis. En 1756, ayant alors 33 ans,

---

culières de l'oreille; il correspond à la dilatation de la pupille, qui est souvent un avant-coureur de l'apoplexie.

« J'ai recueilli quelques observations dans lesquelles le malade, après s'être couché parfaitement en bon état, se trouvait complétement sourd au réveil.

« La peur a quelquefois aussi privé tout d'un coup de jeunes personnes de l'audition. Ces cas sont généralement incurables.

« La *caphose* ou *surdité totale* vient progressivement ; elle est toujours accompagnée de bruits dans l'oreille. C'est une affection bien moins fréquente que la *cécité complète,* produite par l'amaurose, car la plupart des personnes affectées de surdité nerveuse (même dans la forme la plus grave) peuvent encore entendre quelques parties de la conversation, au moyen d'un cornet acoustique; et si nous jugeons de l'expression de leur sensibilité et de leur contenance, nous sommes porté à croire que la privation de l'ouïe est bien moins affligeante que la perte de la vue. Je connais cependant quelques exceptions : certains sourds perdent leur amabilité naturelle, et la plus grande inquiétude est peinte dans leur physionomie; ils deviennent ombrageux, contrairement à ce que l'on observe chez l'aveugle, qui se complaît dans ses propres réflexions, s'il vient à être seul quelques instants. En général, nous avons plus de sympathie pour les aveugles. Le sourd, constamment tourmenté par ses tintements d'oreille, est si bruyant et si confus, quand il vient à se mêler à une conversation, que nous sommes disposés à lui retirer un peu de cette indulgente pitié dont il est cependant bien digne à tant d'égards.

« Les sourds qui ont tout à fait perdu l'ouïe, et ne peuvent même plus saisir quelques mots de la conversation qu'à l'aide d'un cornet acoustique, se plaignent beaucoup de cette fâcheuse infirmité : cela tient probablement aux bruits confus dont ils sont troublés intérieurement, et à la croyance qui les poursuit sans cesse, à savoir qu'ils sont le jouet et la risée de ceux qui les connaissent. Cette pensée les rend tristes et moroses.

« Il est douteux que les affections de l'oreille soient héréditaires ; mais je crois qu'il faut cependant ranger dans cette catégorie la surdi-mutité et la surdité nerveuse.

« J'ai recueilli plusieurs observations dans lesquelles le père et la mère étaient sourds. J'ai aussi connu plusieurs membres d'une même famille, et des branches collatérales, qui étaient sourds d'une oreille.

« Dans les rangs élevés de la société, la surdité affecte plus souvent les femmes que les hommes, les sujets de complexion faible et délicate, à circulation languissante et d'une sensibilité exagérée du côté des oreilles.

« Dans un grand nombre de cas, les malades entendent mieux : par exemple, sous l'influence du bruit des voitures ou de toute autre cause analogue ; mais ce phénomène singulier s'observe dans plusieurs autres affections de l'oreille.

« La surdité nerveuse commence d'une manière insidieuse, et les parents

c'est ce même homme que l'Académie royale de chirurgie avait chargé de rédiger ce Mémoire sur la cure des hernies avec gangrène, Mémoire qui était l'expression des opinions de l'Académie sur ce grave sujet. Il avait 33 ans à cette époque, mais il fut toute sa vie un mauvais chirurgien ; il fit très-peu d'opérations ; il en avait fait quelques-unes à la Charité, mais il fut obligé de quitter l'hôpital ; il avait donc fort peu d'expérience. Et en effet, consultez ce Mémoire, et vous verrez que les faits qu'il cite ne signifient rien du tout. Mais pour donner à ce travail sa juste valeur, pour que l'on ne croie pas à l'expérience de ces hommes qui s'en donnent quand ils n'y ont nul droit, voici un fait qu'il faut que je vous raconte. Louis cite un cas qui remonte, suivant lui, à 1737 : « J'avais déjà vu.... » ajoute-t-il ; mais, en 1737, Louis n'avait que 14 ans, et il avait observé cela à 14 ans ! Est-ce sur de pareils faits que doit se baser la doctrine de l'Académie de chirurgie ? Il cite une autre observation dans laquelle il dit qu'il fit à 16 ans des scarifications dans un cas d'anus contre-nature, et, sept ans après, il vient rappeler ce fait. Voilà donc ce que c'est que l'auteur de ce fameux Mémoire ; puis il dit que ce n'étaient pas ses idées qu'il rapporte, mais celles de l'Académie de chirurgie.

Néanmoins, ce Mémoire marque un grand progrès ; car, jusque-là, on parlait de 6 pouces, de 8 pouces d'intestin gangrené ; ils luttent à qui en aura le plus long.

Les chirurgiens de l'Académie royale de chirurgie disent que le cas qui amène le plus souvent la gangrène est celui où l'intestin n'est que pincé. Y a-t-il donc des cas où l'intestin n'est que pincé ? Oui, il y en a : mais je n'en ai jamais vu ; à peine en compte-t-on deux ou trois cas ; mais, pour ma part, je n'en ai jamais rencontré. Mais ce que disent les chirurgiens de l'Académie royale est complétement faux, et dans le Mémoire de Louis, du reste, il n'y a pas un seul fait à l'appui.

Mais alors en quoi donc le Mémoire de Louis a-t-il fait faire un pas à la science ? C'est que ce Mémoire parlait de la fissure de l'intestin, et, en effet, le plus souvent il n'y a qu'une fissure ; il avait dit : « La cause de cette fissure, c'est que l'intestin aura été pincé ; » mais non, si l'intestin était pincé, cela lui ferait deux fissures et non pas une seule, ou bien cela ferait un trou rond.

C'est là le progrès ; c'est un fait immense, mais qui ne répond pas à la théorie, et il est faux que cette fissure vienne de ce qu'une moitié de l'intestin est pincée.

Le fait vrai, c'est qu'il n'y a presque jamais de gangrène ; il y a section tantôt d'un seul bout, le plus souvent incomplète, section qui n'est pas produite par la gangrène : Louis avait vu cette fissure, et il avait dit gangrène en vertu de ce rêve qu'une seule portion de l'intestin avait été pincée.

C'est là le fond de la doctrine de Boyer, d'A. Cooper, de Dupuytren et de tous ceux qui écrivent, doctrine dont il ne doit pas rester même de traces.

A.-P. DOUMIC.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

Orchite aiguë par effort musculaire.

Cette affection, moins rare peut-être que l'on ne pense, a été longtemps contestée. M. Velpeau est le premier qui ait voulu écouter ce que les malades disaient de l'effort qu'ils avaient été obligés de faire, effort qui avait été immédiatement suivi d'une vive douleur ressentie d'abord au cordon spermatique, et qui gagnait ensuite le testicule. M. Dulac n'a pas de peine à démontrer, d'après les dispositions anatomiques de la région de l'aine et d'après ce qui se passe pendant l'effort, que toutes les parties constituantes du cordon spermatique peuvent être facilement comprimées. Cette compression admise, la cause de l'orchite, suite d'effort musculaire est expliquée. Au moment de la contraction des muscles abdominaux, une vive douleur se fait ressentir sur le trajet du cordon spermatique, et quelques heures après paraît l'inflammation du testicule. Cette inflammation, le plus souvent bénigne, peut aussi passer à l'état chronique. M. Dulac rapporte quatre observations qui démontrent incontestablement la réalité de cette cause. *(Revue thérap. du Midi.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Octobre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le docteur Anteller, sur une épidémie d'angines scarlatineuses qui a régné à Civray (Vienne) ;

2° Rapports sur le service médical des établissements suivants d'eaux minérales :

Établissement d'Avesnes (Hérault), par M. le docteur Savy ;
— de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Chevallier ;
— de Plombières, par M. le docteur Sibille ;
— de Montmirail (Vaucluse), par M. le docteur Millet ;
— d'Ussat (Ariége), par M. le docteur Vergé ;
— de Barbotan (Gers), par M. le docteur Peyrocave ;
— de Sails-les-Bains (Loire), par M. le docteur Beletty ;
— de Chaudes-Aigues, par M. Dufraisse-Chassaigne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, médecin par quartier de S. M. l'Empereur, donne à l'appui de sa première communication du mois d'août, les observations et les documents qu'il a recueillis à l'effet de démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra-morbus.

Quatre conclusions résument le travail de notre honorable confrère :

1° L'épidémie cholérique actuelle a été précédée d'une constitution

---

du malade s'en aperçoivent les premiers. La plupart des malades attribuent les premiers symptômes de leur infirmité à un chagrin, une émotion vive, un coup, ou à un grand malheur. Quelquefois cette maladie commence dans le jeune âge ; mais on la voit paraître bien plus souvent dans l'âge mûr. Une seule oreille est d'abord affectée, et la surdité peut s'étendre, dans un bref délai, à l'autre restée saine.

« Une chose étrange, mais qui n'en est pas moins vraie, c'est que je n'ai jamais observé cette surdité chez les personnes sensibles à la musique. Une autre remarque curieuse, c'est que les sourds entendent bien mieux après-dîner.

« Le tintement d'oreille, symptôme commun aux maladies de l'oreille et du cerveau, accompagne souvent, mais non toujours, la *surdité nerveuse*.

« La présence ou l'absence de ce symptôme a fait admettre à Kramer deux espèces de surdité : l'une avec *éréthisme* (tintements et bruits) ; l'autre *torpide* (sans bruits).

« D'après cet auteur, la première est curable ; la deuxième se joue de tous nos moyens. Il est vrai que cette opinion repose seulement sur les effets qu'il a obtenus des insufflations d'éther dans l'oreille moyenne !

« Ces idées ont été admises par quelques auristes anglais ; mais je crois qu'elles ont grand besoin d'une démonstration.

« Le docteur Schmalz a proposé, dans l'étude de cette surdité, les divisions suivantes :

« Dans la première sont rangées les affections dépendant d'une exaltation dans les fonctions du nerf auditif ; ainsi : 1° finesse morbide de l'audition ; 2° bruits d'écho ; 3° fausse ouïe ; 4° ouïe double ; 5° bruits variés ; mais ce sont là des symptômes et non des maladies différentes.

« Dans la deuxième division, je trouve les altérations dépendant d'une paralysie du nerf auditif : 1° surdité congénitale et héréditaire ; 2° sénile ; 3° dégénérescence du nerf ; 4° bruits violents ; 5° sensation de froid excessif, 6° chûtes, coups ; 7° émotions ; 8° typhus et fièvre nerveuse ; 9° congestion, apoplexie, convulsions ; 10° épanchements de sang dans la tête ; 11° anémie, onanisme ; 12° exanthèmes.

« De toutes ces causes, la congestion me paraît une des moins rares ; d'ailleurs, la même réflexion s'applique à l'amaurose.

« Le traitement de la surdité nerveuse a occupé beaucoup de praticiens distingués, et beaucoup de moyens ont été proposés pour soulager ou guérir cette maladie rebelle ; mais les spécifiques et les panacées n'auront jamais aucune influence sur la guérison d'une maladie produite par des changements organiques survenus dans le cerveau ou l'oreille. Il en est de même de l'amaurose et des autres paralysies des nerfs de sentiment et de mouvement.

Les purgatifs, les vomitifs, le mercure, l'électricité, le galvanisme, ont été vantés tour à tour. Mais les fumigations médicamenteuses, portées

médicale particulière : trouble des fonctions gastro-entériques, avec tendance à l'adynamie;

2° La diarrhée dite prémonitoire s'est montrée presque constamment. Elle n'a pas fait défaut dans 29 cas de cholérine; elle a manqué deux fois sur les douze cholériques observés;

3° La médication symptomatique, rationnelle, déduite de l'étude clinique de la constitution médicale et des idiosyncrasies particulières nous a donné d'excellents résultats. (Ipécacuanha au début, bains d'air chaud, potions stimulantes et diacodées, boissons glacées, sinapismes dans la période de réaction, quelques ventouses et du sulfate de quinine associé à l'extrait thébaïque);

4° Il est possible de prévenir la manifestation cholérique par l'application immédiate, intelligente et bien entendue des lois de l'hygiène publique et de la prophylaxie privée.

Aux Madelonnettes, sur 2,186 individus entrés dans la prison du 1er septembre 1853 au 1er octobre 1854, 517 ont subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers :

1er *degré,* embarras gastrique	308
2e *degré,* diarrhée	168
3e *degré,* cholérine	29
4e *degré,* choléra	12
	517

Cette disproportion entre les chiffres 517 et 12 n'est-elle pas de nature à démontrer notre thèse de la manière la plus péremptoire?

Nota. Pendant les huit mois de l'épidémie de 1849, il y a eu aux Madelonnettes, sur 1,100 prisonniers, 19 cas de cholérine et 19 cas de choléra algide (12 morts, 7 guérisons).

— Nous croyons devoir reproduire ici la lettre adressée à l'Académie, dans la dernière séance, par M. le maire de Lille, lettre dont le but semble être, ainsi que nous l'avons dit, de rectifier les assertions de M. Cazeneuve, mais qui, en réalité, ne fait que les confirmer. Nous exprimerons cependant, auparavant, une seconde fois notre étonnement que, lorsqu'un médecin de la valeur de M. Cazeneuve affirme qu'il a vu des cholériques à une époque donnée, on juge utile de mentionner avec détails des affirmations contraires sans nom d'auteur, basées sur des documents municipaux recueillis eux-mêmes par des médecins dont l'autorité n'est probablement pas supérieure à celle de M. Cazeneuve.

Voici la copie de la lettre de M. le maire de Lille :

« La *Gazette médicale de Paris* (M. le maire aurait pu dire toutes les gazettes plus ou moins médicales) a rendu compte d'une polémique qui s'est établie dans les séances de l'Académie impériale de médecine des 22 août, 26 septembre et 3 octobre, au sujet du nombre des victimes que le choléra aurait faites dans la ville de Lille depuis la dernière apparition.

« Les allégations diverses qui ont été produites dans le cours de ce débat étant de nature à faire peser sur l'autorité municipale le reproche de négligence ou de publications inexactes, je crois devoir, dans l'intérêt de la vérité, vous adresser le relevé officiel des décès constatés ici pendant les mois de juillet, août et septembre.

« Le chiffre total des décès a été de 601, y compris ceux d'un grand nombre d'enfants atteints de maladies autres que le choléra.

« Dans ce chiffre, celui des individus morts par l'effet du choléra a figuré pour 27 en tout, et celui des cholérines pour 11. Le premier cas de choléra a été signalé vers la fin de juillet. D'après le mode adopté à Lille pour la vérification des décès, les erreurs ne sont guère possibles : vous en pourrez juger par les dispositions de l'arrêté qui réglemente ce service, et dont j'ai l'honneur de vous adresser un exemplaire sous bandes.

« Vous êtes prié, monsieur le secrétaire, de vouloir bien mettre ce renseignement sous les yeux de l'Académie, lors de sa plus prochaine réunion.

« Veuillez agréer, etc. *Le maire de Lille,* signé : RICHEBÉ. »

— Note de M. Pitancier de Monsigny, médecin à Mudon, sur l'étiologie du choléra.

— Lettre de M. le docteur Martin, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Arles, contenant le tableau des cholériques traités dans cet hôpital depuis le 15 jusqu'au 30 juin 1854.

Bandage à bubons.

M. Anselmier envoie une Note sur cette espece de bandage.

Rétrécissements de l'urètre.

M. Leroy (d'Étiolles) communique un Mémoire intitulé : *Méthode éclectique et rationnelle de traitement des rétrécissements de l'urètre.* Ce Mémoire, qui est le résumé des travaux de l'auteur sur ces rétrécissements de l'urètre, est, à son tour, ainsi résumé par l'auteur lui-même :

« Il y a une tendance dominante dans la thérapeutique, c'est d'appliquer à tous les rétrécissements une méthode uniforme, au lieu de varier les moyens et les procédés suivant les espèces, les variétés, les degrés, les nuances de la maladie. Je me suis efforcé, dans tous mes écrits, de combattre cette tendance, et de faire sentir la nécessité de l'éclectisme qui est imposé aux chirurgiens par l'absence de démarcations suffisamment tranchées entre les différentes formes et degrés des rétrécissements, et par l'impossibilité de calculer à l'avance l'effet du mode de traitement qui sera mis en usage.

« Je fais voir, dans mon Mémoire, que les classifications basées sur l'anatomie pathologique sont peu utiles dans la pratique, puisque la véritable nature du rétrécissement ne peut être appréciée de prime abord, et qu'elle ne se décèle que par l'autopsie ou par la marche et le résultat du traitement. Prenant la thérapeutique pour base de la classification, il range les rétrécissements en trois catégories, suivant le degré de la difficulté d'uriner qu'ils causent et les moyens de traitement qu'ils comportent. C'est, à vrai dire, l'ancienne classification des anciens *dysurie, strangurie, ischurie,* avec des moyens de traitement mieux entendus et plus parfaits. Ainsi, dans le degré le plus avancé, il y a rétention d'urine complète et impossibilité d'introduire les sondes ou les bougies. Il faut choisir alors entre le cathétérisme forcé, l'incision du rétrécissement de dehors en dedans, ou la boutonnière à l'une des ponctions de la vessie. Je donne la préférence à la ponction du rétrécissement faite par une sonde à dard, mais avec une modification reconnue utile par la Commission d'Argenteuil, qui consiste à substituer au dard une sonde de gomme. Dès que le rétrécissement est dépassé, le danger des fausses routes disparaît ainsi presque tout à fait.

« Dans le second degré, l'urine coule encore, mais les bougies et les sondes ne passent pas ; ici conviennent les bougies tortillées et crochues, pour lesquelles il y a bien peu de rétrécissements infranchissables. Si elles échouent, on a recours à la cautérisation d'avant en arrière que M. Leroy

---

par la trompe d'Eustache jusque dans le tympan, ont paru plus favorables.

Malheureusement, l'expérience n'a pas sanctionné ce moyen, appliqué, comme le veut Kramer, à tous les cas en général. Je pourrais même aller plus loin, et dire qu'on n'a pas guéri, par ce moyen, un seul malade atteint de surdité nerveuse.

« Une question intéressante se présente à l'esprit. De quelle manière agit la vapeur d'éther pour amener la guérison? On suppose que le nerf auditif et ses divisions répandues dans les membranes du labyrinthe, la cochlée, les canaux demi-circulaires, sont altérés dans leurs fonctions; qu'ils sont atrophiés ou paralysés; on suppose encore que la sécheresse du méat, presque constante dans cette maladie, est accompagnée d'une sécheresse analogue dans les autres parties de l'oreille (la membrane du tympan, la muqueuse de la caisse, etc.).

« D'après ces idées théoriques, la vapeur médicamenteuse, mise en contact avec l'oreille moyenne, doit alors réveiller la sensibilité endormie de ces différentes parties et du labyrinthe, de la même manière que l'acide prussique a été quelquefois employé en topique, sur la conjonctive, la cornée, les paupières, dans le traitement de l'amaurose et de la cataracte.

« Le docteur Kramer n'a pas craint d'avancer que la vapeur d'éther passe dans le labyrinthe, à travers les fenêtres ronde et ovale ; mais c'est là une hypothèse que l'anatomie ne permet guère d'accepter.

« D'ailleurs, que peut-on raisonnablement espérer de ce moyen, dans une surdité quelquefois héréditaire et dont la cause la plus fréquente est une inflammation chronique, et partant un épaississement de la membrane muqueuse qui revêt l'intérieur de la caisse; surtout quand ces altérations paraissent intimement liées à celles des nerfs qui président aux fonctions de l'organe.

« De tout cela nous pourrons conclure : que le traitement de cette espèce de surdité réclame encore de nombreuses recherches, et que, si les auteurs avaient soin de ne raconter que les cas de guérison vraiment certains, le nombre en serait bien limité. Mais il n'en est point ainsi.

De l'otorrhée. — « Le chapitre VIII est consacré à l'étude de l'otorrhée, et je vais en donner une idée sommaire. On appelle *otorrhée tout écoulement purulent de l'oreille.* Dans presque toutes les phlegmasies de l'appareil auditif, on peut constater le *symptôme otorrhée.* Ainsi, dans le simple catarrhe, dans l'inflammation du périoste du conduit, dans l'inflammation du tympan avec perforation, dans les otites, etc.

« L'otorrhée est encore un symptôme qui accompagne les polypes, les granulations du tympan, de la caisse, etc.

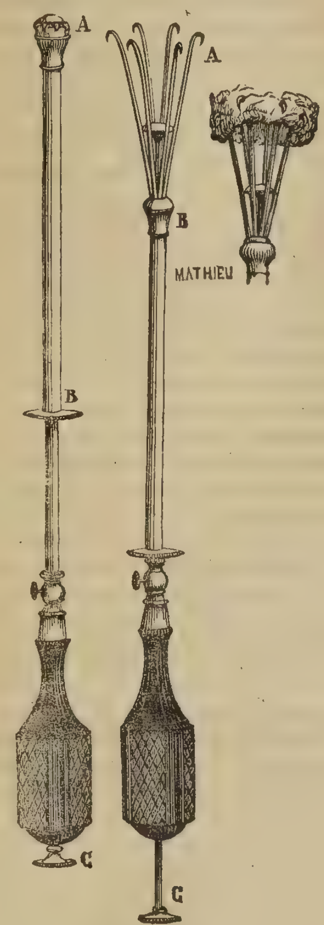
« Les suites de l'otorrhée négligée sont la carie de l'apophyse mastoïde; la paralysie faciale, simple ou double; la migration du pus dans le labyrinthe; l'inflammation consécutive du cerveau ; les abcès dans le col ; l'infection purulente et les abcès métastatiques. »

(d'Étiolles) a perfectionnée, ou bien à la ponction avec la sonde à dard, modifiée comme nous venons de le dire.

« Dans le premier degré, l'urine passe, ainsi que les sondes et les bougies; on peut alors choisir entre toutes les méthodes de traitement. La dilatation temporaire la plus innocente de toutes doit être essayée : si le rétrécissement est de nature fibreuse, ce que l'on ne peut savoir d'abord, il résiste à la dilatation complète, ou il se reproduit; il faut recourir alors à l'une des méthodes exceptionnelles qui sont la cautérisation, l'incision et l'excision. Je donne la préférence à cette dernière, me fondant sur ce que les rétrécissements fibreux doivent être traités comme les cicatrices vicieuses des autres parties du corps.

Érignes modifiées.

M. Mathieu présente un instrument dit *érigne à ravivement,* qu'il a construit pour M. le docteur Chassaignac. Cet instrument, qui a été imaginé pour pratiquer l'avivement d'une fistule vésico-vaginale offrant de grandes difficultés, peut être applicable à tous les cas et peut également servir à l'abaissement et à l'amputation du col de l'utérus.



Il consiste en un faisceau de six érignes supportées par un tube et tendant à s'épanouir en cercle aussitôt qu'elles cessent d'être maintenues rapprochées. Leur rapprochement s'opère au moyen d'une canule qui, lorsqu'elle est poussée en avant, les ramène centralement et qui les laisse s'écarter spontanément aussitôt qu'elle est refoulée en arrière. Au centre de l'appareil existe une tige terminée par un bouton qui a le double usage :

1° De protéger les parties en présentant une extrémité mousse;

2° D'augmenter l'écartement des érignes, de les rendre plus stables et d'une implantation plus solide.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Robert prononce un discours que nous avons reproduit textuellement.

M. Barth présente une pièce et fait suivre sa présentation des considérations suivantes :

« Voilà donc une tumeur qui a envahi le testicule, s'est substituée à cet organe, et qui, au premier aspect, a beaucouup d'analogie avec certains encéphaloïdes à trame résistante. Cependant on n'en peut exprimer la pulpe blanchâtre, onctueuse, caractéristique de cette forme type du cancer; le microscope, de son côté, n'y a montré, à trois observateurs, que des cellules très-allongées, fusiformes, entremêlées de noyaux et granules de grosseur variable. Un autre observateur très-exercé y a trouvé, mais en petite proportion, des cellules ovoïdes, dites cellules cancéreuses.

« Quoi qu'il en soit, la grande prédominence des éléments fibro-plastiques de ce produit morbide porterait à le considérer comme une tumeur formée d'éléments homœomorphes et de nature bénigne.

« Et cependant la marche de cette tumeur, sa substitution aux éléments normaux du testicule, ne la rapprochent-elles pas des tumeurs malignes? Et la circonstance de deux ascendants maternels morts d'affections cancéreuses ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion qui tendrait à y voir une variété de cancer, de cancer sans cellules ovoïdes, ou n'en renfermant que très-peu, avec prédominence des éléments plastiques, et, par suite, convenablement désigné sous le nom de *sarcôme.*

« Il est bien certain, toutefois, que si ce produit morbide s'éloigne de l'encéphaloïde vrai par plusieurs de ses caractères anatomiques constatables à l'œil nu et par les éléments microscopiques qui le composent, il se rapproche par ses caractères étiologiques et cliniques de la forme de cancer du testicule la plus habituelle (encéphaloïde), et d'aucune façon il ne ressemble aux tumeurs fibreuses véritablement bénignes, comme les corps fibreux de l'utérus.

En présence de ce résultat, n'est-on pas en droit de dire que, si la simple inspection ne révèle pas toujours nettement la véritable nature d'un produit morbide, le microscope lui-même ne fournit pas constamment des éléments suffisants pour une appréciation sûre et complète? et en considérant les données un peu différentes fournies par cet instrument à divers observateurs également habiles, n'est-on pas fondé à ne pas s'en rapporter uniquement à des formes microscopiques si variables et parfois si incertaines? Aussi, tout en proclamant les services nombreux et incontestables que le microscope a rendus et qu'il rend encore tous les jours en pathologie, je me demande s'il n'y a pas lieu de redouter les entraînements fâcheux d'une tendance trop exclusive à ne prendre pour guide que les résultats de l'inspection microscopique; et, dans la question qui nous occupe, en ne tenant compte que de la prédominance de tel ou tel élément anatomique perceptible au microscope, n'est-il pas à craindre qu'on ne sépare des espèces pathologiques qui, par l'ensemble de leurs caractères, doivent être rapprochées l'une de l'autre, *et vice versâ;* et qu'ainsi on sépare des vrais cancers, certaines tumeurs d'apparence fibreuse, qui ont cliniquement avec eux la plus grande analogie, pour les rapprocher d'autres produits de nature entièrement différente, tels que les corps fibreux de la matrice? C'est encore ainsi qu'on arriverait à placer, en nosologie, à côté de tumeurs épithéliales tout à fait innocentes, certains ulcères qui envahissent le col de l'utérus, le détruisent, en déposant, dans le cours de leur évolution, de nombreuses cellules épithéliales; attaquent le corps utérin, le rongent peu à peu et font périr la malade avec tous les signes d'une cachexie profonde.

Un autre résultat à craindre de cette tendance exclusive à n'avoir égard, pour déterminer les espèces morbides, qu'à certains éléments microscopiques, c'est qu'en raison même de la diversité de ces éléments, dans les produits d'un même genre d'affection, selon le siége du mal, selon la nature

---

On voit, par cette description, que W.-R. Wilde n'admet l'otorrhée qu'à titre de symptôme et non comme une maladie qui ait une existence propre. D'après cet auteur, elle ne serait que consécutive à une autre maladie; par exemple, on peut la voir survenir à la suite d'un abcès du cerveau déterminé lui-même par une carie du rocher (dans l'otite chronique). Wilde n'admet pas une otorrhée cérébrale primitive.

Itard avait cherché, il est vrai, à faire prévaloir cette opinion; mais Kramer, dans son Traité, et plus particulièrement dans un Mémoire extrêmement remarquable, a combattu cette opinion erronée, et l'on peut dire qu'il l'a fait avec un succès complet. Wilde se range à l'opinion de Kramer, et, du reste, c'est la seule que l'interprétation exacte des observations puisse faire admettre aujourd'hui.

Appendice relatif aux sourds-muets. — Au nombre des causes de la surdi-mutité Wilde range les malformations congénitales, ou les maladies accidentelles de l'appareil auditif. Il a même pris la peine de dresser un Tableau dans lequel il énumère les causes présumées ou certaines de 503 cas de surdi-mutité (1).

Je renvoie le lecteur à ce Tableau. — D'après Wilde, il y aurait eu des sourds-muets de tout temps, et l'on trouverait la preuve de cette assertion dans les livres sacrés (*Exode,* chap. IV, v. 11).

(1) *Op. cit.,* p. 486.

Après avoir consacré une longue dissertation à démontrer les efforts considérables qui ont été faits dans toutes les parties du monde pour l'éducation des sourds-muets, l'auteur arrive à conclure que le meilleur mode d'éducation est : 1° le langage *des signes,* la mimique et la *dactylogie;* 2° la lecture sur les *lèvres* doit aussi lui venir en aide; 3° quant au *langage articulé,* il présente des difficultés invincibles, et après en avoir essayé l'application en Angleterre, on a dû y renoncer.

« Nous entendons, chaque jour, demander : Un sourd-muet est-il guérissable? A cette grave question je ne crains point de répondre par la « négative. J'ose même affirmer qu'on n'a jamais pu faire entendre un « sourd-muet, excepté par *miracle* (1). Je pense aussi que les sourds-

(1) Toutes les histoires dont le public et les Académies ont été émerveillés, il y a une trentaine d'années, n'ont pu soutenir l'épreuve du temps. Aucun de ces petits sourds-muets, d'ailleurs des plus intelligents, présentés comme guéris, et dans la mémoire desquels on avait fait entrer, à grand'peine, quelques mots simples et faciles à émettre,) n'a réalisé les espérances que leurs instituteurs avaient fondées sur eux. Tous, sans excepter même Honoré Trézel*, dont on a fait grand bruit, ont perdu, en grandissant, le peu d'articulation qu'on avait eu tant de mal à leur apprendre. Ils lisent sur les lèvres, et voilà tout.

* Voir Exposé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine (1853), p. 144.

du tissu où il se développe et selon une infinité de circonstances accidentelles, on ne multiplie à l'infini les espèces pathologiques, et qu'ainsi on ne perde, par la multiplicité des divisions, ce qu'on aura gagné en notions anatomiques plus précises.

M. Velpeau. — Je vais mettre sous les yeux de l'Académie plusieurs tumeurs qui lui prouveront, je l'espère, et c'est là le point essentiel du débat, que pour les diagnostiquer avec certitude, il n'est pas besoin de l'aide du microscope.

En voici une qu'à son aspect lardacé, à sa dureté inégale, à ses bosselures, à son adhérence avec la peau, tout le monde reconnaîtra sans peine pour une tumeur squirrheuse. Ce n'est pas trop demander qu'on m'accorde la même perspicacité qu'à tout le monde pour diagnostiquer ces tumeurs-là. Or, je le répète, c'est avec des tumeurs semblables que j'ai composé ma statistique, et j'y insiste, parce que cette statistique, dont on a voulu faire bon marché, est sérieuse, très-sérieuse, et que j'y tiens. Si dans plusieurs des cas qui la composent, j'ai cru devoir faire appel au microscope, ce n'est pas que j'en eusse besoin pour établir mon diagnostic, mais parce que je désirais m'instruire de ce qu'on pouvait attendre de cet instrument. M. Robert a paru croire que cela ne m'intéressait pas et qu'il était plus curieux que moi; je lui en demande pardon, mais je suis au contraire curieux et même très-curieux, et je désire tout autant que lui savoir ce qu'on voit et ce qu'on peut voir sous le microscope; seulement je voudrais me garer des illusions.

Voici une seconde tumeur. Ici encore personne ne contestera que ce ne soit là un exemple de cancer; c'est clair, c'est évident; il n'y a pas un externe de mon service qui ne diagnostiquât cela avec la même assurance que moi; des cas de cette nature sont diagnostiqués avec une entière certitude....

M. Gerdy (qui est près de l'orateur, se levant brusquement). — Je ne puis pourtant pas laisser répéter ainsi le mot certitude sans protester contre l'exagération d'une pareille expression. Non, il n'y a pas, on ne saurait admettre, ni pour la statistique de M. Velpeau, ni pour le cas particulier qu'il met sous les yeux de l'Académie, la certitude à laquelle il croit; je ne suis pas certain, pour mon compte, que ce soit là du cancer, et personne n'en peut être certain.

M. le président (vivement). — La séance est levée.

Il est cinq heures passées; la foule s'écoule lentement, légèrement agitée par la protestation énergique de M. Gerdy.

ÉCOLE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Séance de rentrée. — Discours de M. Bouley, sur la vie et les travaux scientifiques de M. le professeur Girard.

(*Suite. Voir le n° 127.*)

Pendant quarante ans, les vétérinaires ne parlèrent pas d'autre langage anatomique que celui que leur avait enseigné M. Girard, et l'on dut croire qu'en recevant à son tour la consécration du temps parmi nous, la nomenclature de Chaussier resterait au moins maîtresse toute-puissante de cette partie du domaine anatomique qu'elle avait conquise par le droit même de la raison.

Il n'en a rien été cependant. Par un retour injustifié, pensons-nous, vers les dénominations de l'anatomie humaine, Rigot détruisit l'œuvre de son maître, et força de nouveau les vétérinaires à parler la langue incorrecte que M. Girard avait fait oublier.

Pourquoi? La grande raison de cette volte-face vers le passé c'est, dit-on, que la nomenclature de Chaussier n'est pas uniformément applicable à tous les animaux, en raison de la diversité d'attache et de disposition des muscles correspondants, dans les différentes classes; et qu'ainsi elle ne se plie pas aux études de l'anatomie comparative. Sans doute que cette objection n'est pas sans fondement; mais on peut répondre à cela que c'est le plus petit nombre des muscles, ceux des extrémités surtout, qui s'opposent, par la diversité de leur disposition, à l'application uniforme de la méthode; et puisque cette méthode est excellente en principe, ce point n'est pas contesté, ne pouvait-on pas conserver à la grande majorité des muscles les dénominations communes qui leur conviennent, dans toutes les classes d'animaux domestiques, en désignant par des noms différents, mais toujours basés sur les principes de la méthode, ceux des organes qui, dans chaque classe, présentent une disposition particulière!

S'il est vrai que la langue de l'anatomie comparée ne peut pas être uniforme, mieux valait qu'elle fût diversifiée, en s'inspirant de principes rationnels, plutôt qu'en suivant les caprices de l'arbitraire.

Après tout, ces dénominations anciennes, auxquelles on est revenu, se prêtent-elles beaucoup mieux aux nécessités de l'anatomie comparative? Est-ce que, par exemple, les muscles que dans l'homme on appelle *demi-tendineux* et *demi-membraneux* présentent, dans le cheval, la disposition spéciale qui leur a valu leur dénomination? Et ainsi de suite pour bien d'autres.

Mais cette discussion mènerait trop loin, je la termine: il y avait à perfectionner l'œuvre de M. Girard, on a mieux aimé en faire table rase.

Ç'a été là un acte peu réfléchi: en substituant, en vétérinaire, à un système de signes parfaitement acceptés et faciles à comprendre, un système redevenu nouveau pour nous et complétement arbitraire, on a remis la confusion là où étaient l'ordre et la clarté; et, en définitive, la langue anatomique, ainsi transformée, n'a pas présenté cet avantage considérable qu'on en attendait: celui d'être uniformément applicable à toutes les classes animales.

Ce ne fut qu'en 1807 que M. Girard fit paraître la première édition de son *Anatomie des animaux domestiques*, la plus considérable des œuvres dont la science vétérinaire lui soit redevable; il avait mis douze ans à en préparer les matériaux.

M. Girard suivait la maxime du maître: il savait *remettre son ouvrage vingt fois sur le métier* et ne le livrer au public que lorsqu'il *avait été poli et repoli;* comme tous les hommes d'un vrai savoir, il éprouvait cette méfiance salutaire de soi-même, qui est la mère des œuvres sérieuses et durables.

Pour apprécier à sa juste valeur le livre de M. Girard sur l'anatomie vétérinaire, il faut se reporter au temps de sa publication; se replacer, par la pensée, dans le milieu où vivait son auteur; voir le but qu'il se pro-

---

« muets de naissance et ceux qui ont perdu l'ouïe en bas âge doivent être « placés dans la même catégorie. Cependant, si un enfant a parlé dans ses « premières années, il faut chercher à tirer parti de ce qui peut lui rester « de parole articulée. Si faible que soit le résultat obtenu, on devra le « considérer comme très-avantageux. »

Du reste, chacun peut lire dans Itard les moyens variés qu'il ne cessa de mettre en usage, pendant plus de trente ans d'efforts soutenus, et c'est là que l'on pourra se convaincre de l'inanité de toutes ses tentatives et du découragement profond qui s'était emparé du célèbre médecin des sourds-muets, vers la fin de sa longue et pénible carrière.

Toutefois, malgré tant de fatigues et de luttes infructueuses, pour enseigner *la parole* à ses chers sourds-muets, Itard ne veut point encore désespérer de l'avenir, et nous le voyons fonder, par son testament, une classe spéciale *d'articulation*, réservée aux élèves de dernière année.

Malheureusement les espérances que le généreux fondateur avait conçues en mourant ne se sont point réalisées, et langage des signes a prévalu.

Je ne m'étendrai pas davantage sur une question controversée longuement, il y a une année à peine, au sein de l'Academie impériale de médecine, et pendant près de trois mois. Si les discours prononcés dans cette circonstance mémorable n'ont point porté la conviction dans tous les esprits, avec cette vigueur et cette netteté qui n'appartiennent qu'aux paroles de certains hommes tout à fait identifiés avec le sujet, il faut cependant avouer que quelques-unes de ces improvisations nous ont étrangement surpris.

Écoutez plutôt: un honorable orateur, dans un de ses discours, nous avoue (1) « qu'il ne *connaissait pas la question huit jours avant de prendre la parole;* que cependant la décision de l'Académie est très-importante, car, à cette décision doit se rattacher *la confiance des familles* (2), « et qu'on ne saurait trop flétrir les guérisseurs qui abusent les *familles*, « quel que soit leur masque (3). L'orateur soutient chaleureusement la « cause de l'enseignement *oral*, et, dans une apostrophe véhémente (voire « même une prosopopée), il évoque l'ombre d'Itard et prétend que, si l'un « des académiciens, alors présents, comptait dans sa famille un membre « atteint de cette infirmité, le système d'enseignement *parlant* serait bien « certainement celui qu'on mettrait en usage. »

Et un peu plus loin (4):

« Ce que vous feriez pour celui qui serait *votre chair, votre sang,* ne le « feriez-vous pas pour un client? Et ce que vous feriez pour le riche, ne « le feriez-vous pas pour le pauvre? »

Si M. Bouvier eût employé, non pas huit huit jours (comme il le dit lui-même), à étudier cette difficile question, mais trente ans de sa vie, à l'exemple d'Itard; ou bien, s'il eût seulement pris la peine de méditer attentivement et longtemps le traité de ce grand homme, il est probable que ces paroles ne lui auraient point échappé; car la vérité est une chose et l'art oratoire une autre, et il n'est jamais permis de chercher à être éloquent aux dépens de la vérité.

(1) Exposé de la discussion, p. 111.
(2) *Op. cit.*, p. 145. — (3) *Id.*, p. 147. — (4) *Id.*, p. 151.

posait d'atteindre, et se rendre compte, enfin, de l'influence qu'il a exercée sur les intelligences auxquelles il s'adressait, et partant, sur le mouvement scientifique de son époque.

Ce n'est pas se montrer équitable, en effet, que de vouloir juger de pareils livres d'une manière absolue, ou comparativement avec ceux du temps où nous vivons. S'il nous arrive parfois de valoir mieux que nos devanciers, c'est que nous sommes venus après eux; c'est que, pour parler comme Bourgelat, ils ont arraché du sol inculte les ronces et les épines; qu'ils nous ont frayé la route, aplani les difficultés; et, en définitive, nos œuvres sont filles des leurs et leur doivent le respect!

Gardons-nous donc de nous laisser entraîner à ces jugements dédaigneux, peut-être trop communs de nos jours, sur les travaux de nos anciens. Agir ainsi, ce serait faire preuve tout à la fois de peu de cœur et de peu de sens.

Le but que se proposait M. Girard, en rédigeant son *Traité d'anatomie*, était de faire un livre élémentaire, le plus difficile de tous les livres, surtout lorsqu'il doit s'adresser à des intelligences peu ou mal préparées par une première culture, et qu'il a pour objet l'enseignement d'une science hérissée, comme l'anatomie, d'une multitude infinie de difficultés de détails.

« *La matière est sèche, difficile et rebutante*, » disait Bourgelat dans l'Avertissement de son *Précis du corps du cheval*. M. Girard pensait sans doute que si l'on peut se dire ces choses-là à soi-même, quand on est professeur d'anatomie, et que telle est l'impression que l'étude de cette science vous fait éprouver, on doit se garder prudemment de parler à ses élèves un langage si peu encourageant.

Aussi, combien différente était la manière de ce savant maître! Aimant avec passion la science qu'il était chargé d'enseigner, il sut la rendre attrayante dans son livre, en la dépouillant des détails inutiles qui fatiguent la mémoire sans profit pour l'intelligence, et en associant, dans une juste mesure, aux descriptions toujours un peu arides des organes, l'interprétation de leurs fonctions.

Suivant M. Girard, l'anatomiste ne doit pas se borner à considérer seulement les formes, la situation, les connexions, les rapports des différentes parties de l'organisme; mais, au contraire, ranimant pour ainsi dire le cadavre par la pensée, il doit remettre en mouvement tous les rouages de la machine et donner, par leurs mouvements mêmes, l'explication de leur disposition et de leur structure.

Tel est le mode d'enseignement qu'il a adopté, et l'on peut dire qu'à cet égard son livre est et demeurera toujours un modèle du genre.

L'exposition en est simple et parfaitement méthodique; le style clair, limpide, élagué de toutes phrases inutiles, laissant voir la pensée, à travers sa transparence, comme l'onde pure le sable sur lequel elle roule; tout y est substantiel, et sa lecture attache le commençant, malgré l'étrangeté, pour lui, des choses et des mots qu'il lui faut apprendre.

Allant droit à l'intelligence de l'élève, le livre l'encourage à continuer son travail, par la satisfaction de soi-même qu'il sait lui donner.

Je vais avoir l'air, messieurs, d'ajouter ici une puérilité, et cependant, ce que je veux dire est sérieux : il n'est pas jusqu'aux caractères typographiques du livre de M. Girard et à son mode d'impression, qui n'aient été, ce semble, calculés pour en rendre l'étude plus facile et plus attrayante.

En lisant ces pages à grandes marges blanches et à larges interlignes, on ne se sent pas fatigué comme en présence de ces tomes à format volumineux, d'importation allemande, dont les lignes démesurément longues, obligent les yeux à des oscillations pénibles, et dont les pages interminables font sur le lecteur un effet analogue à celui que produisent en voyage ces longs rubans de route au bout desquels il semble qu'on n'arrivera jamais.

Ceci, messieurs, n'est pas un enfantillage; dans l'enseignement élémentaire, il est bon de recourir à des artifices pour distraire le débutant des ennuis inséparables et des fatigues nécessaires de sa tâche.

Voilà, messieurs, comment M. Girard a conçu et exécuté son *Traité d'anatomie des animaux domestiques*.

Si on le considère au point de vue seulement de l'exposition élémentaire, on peut dire que, sous le rapport de la forme, du mode d'exposition et de la clarté du style, il est parfaitement réussi. Mais en est-il de même si on l'envisage du point de vue spécial de la science anatomique?

Non, sans doute. Il est juste de dire, au contraire, qu'on y remarque des imperfections, des lacunes, des erreurs même.

M. Girard, réformant la manière par trop vague qu'il avait adoptée dans ses *Tableaux comparatifs*, prend dans son anatomie, pour type principal de ses descriptions, l'organisation du cheval, et c'est à elle qu'il compare celle des autres animaux des diverses classes domestiques, en ne signalant toutefois que les différences essentielles que présentent les organes des mêmes appareils.

Eh bien! on peut lui reprocher de s'être montré souvent trop concis dans les descriptions de ces caractères différentiels; de n'avoir pas assez insisté sur des dispositions particulières qui appartiennent à d'autres organismes que celui du cheval, et qui conséquemment exigeaient une description toute spéciale, etc., etc.; à ces égards, son livre prête à la critique, cela est incontestable.

Il est vrai de dire encore que vous n'y découvrez aucune considération d'anatomie microscopique ou philosophique : est-ce impuissance du maître? Est-ce oubli? Non, messieurs, c'est réflexion.

M. Girard écrivait, il ne faut pas le perdre de vue, un livre élémentaire; et il pensait, sans doute, qu'il valait mieux pour les commençants les maintenir dans les régions où la lumière éclaire en plein les objets, plutôt que de les forcer à descendre dans les profondeurs, où l'on ne voit que l'obscurité, traversée çà et là par quelques lueurs bien vagues, et qui servent à égarer l'esprit plutôt qu'à le guider, s'il n'est pas d'une trempe vigoureuse.

Mais si l'élève qui se sert du livre de M. Girard n'y trouve pas absolument tout ce qu'il faut pour connaître, soit l'anatomie comparative, soit la structure intime des organes, soit le secret de la formation des êtres, il y a quelque chose de mieux qu'il acquiert avec ce bon modèle et en s'en pénétrant : il devient capable d'apprendre........ d'apprendre non-seulement l'anatomie, mais encore toutes les autres sciences, car M. Girard lui donne le secret de la méthode, sans laquelle toutes les études demeurent forcément improductives.

Quel plus bel éloge faire de ce maître? *Il apprend à étudier!*

Dans une question aussi grave que celle relative à l'éducation des sourds-muets, écoutons donc les hommes compétents et familiers avec la matière (1) : c'est là que nous puiserons des conseils pleins de sens et d'utilité pratique.

Mais qu'un médecin qui fait profession *de traiter* les difformités, aille, devant une Compagnie respectable et savante, parler indifféremment, et des *corsets*, et de l'*inflammation suppuratique*, et du strabisme, et des sourds-muets et de quelque autre chose, c'est là un zèle vraiment bien digne d'intérêt, mais cependant susceptible de recevoir une meilleure direction : car, que l'honorable M. Bouvier le sache bien, il ne viendra à l'esprit de personne, qu'improviser un discours sérieux sur une des infirmités qui touchent le plus près aux altérations congénitales ou acquises de l'appareil auditif, soit chose aussi facile qu'ajuster quelques phrases plus ou moins heureuses, sur l'usage des *corsets, par exemple*.

Ne dirait-on pas, en vérité, que certains personnages affectent de se donner à loisir la mission de parler avec succès sur toute chose connue ou inconnue? et n'est-ce pas pour ceux-là que Wilde a écrit la préface de son livre?

« Est-il un organe dont la structure soit plus complexe, et la dénomi-
« nation même de chacun de ces éléments, plus difficile à loger et con-
« server dans la mémoire, et dont les altérations morbides soient encore
« moins connues et les maladies à peine ébauchées, etc.? »

(1) *Voy.* Itard, t. 2, p. 297 à 432.

Et cependant, un homme complétement étranger à ces études, aux difficultés qui s'y rattachent, vient à son aise disserter devant une Académie sur un sujet obscur et tout nouveau pour lui. — Au bénéfice de qui, s'il vous plaît? — De la science? — Le directeur d'une maison de santé ne doit y consacrer que de bien rares loisirs. — Des sourds-muets? — Pas davantage. — Croit-il que l'appareil auditif d'un sourd, altéré par un développement vicieux ou par une maladie, puisse reprendre ses fonctions aux paroles inspirées d'un rhéteur de bonne foi? — S'il pense ainsi, je crains fort qu'il soit tout seul. — Que chacun fasse donc son état; car une semblable promiscuité ne conviendra jamais à personne.

Ici se termine la tâche que j'avais entreprise. Un dernier mot :

Nous avons passé en revue l'ouvrage du chirurgien de Dublin et je crois en avoir fait une étude assez complète. Que, si l'on me reprochait d'avoir développé, un peu trop longuement, une simple analyse, on en pourrait trouver la raison ou l'excuse dans les paroles suivantes de Sénèque : « Si « l'on me donnait la science à condition de ne la pas montrer, je n'en « voudrais point. »

Dr E. TRIQUET.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur ABEILLE, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Quatre éditions successives, trois traductions en allemand, en italien et en arabe témoignent que le public, comme les étrangers, savait en apprécier la valeur.

Ce n'est pas seulement en anatomie que M. Girard s'est montré maître supérieur, il entra dans le domaine de la pratique et put appliquer son excellente méthode d'enseignement et ses connaissances anatomiques, si étendues, aux progrès de la chirurgie et de la médecine vétérinaire.

Les deux ouvrages qui résument ses études cliniques les plus importantes, sont : le *Traité du pied, considéré dans les animaux domestiques,* et le *Traité des hernies inguinales dans le cheval;* le premier en 1813 et le deuxième en 1827, tous les deux avec des planches gravées ou lithographiées, pour la plus facile intelligence du texte.

Le premier de ces ouvrages a eu trois éditions et trois traductions en allemand, en italien et en anglais.

Outre ces deux écrits, M. Girard a encore publié un assez grand nombre de monographies pleines d'intérêt pratique.

Ce qui frappe à la lecture des livres de M. Girard sur la chirurgie et la médecine vétérinaires, c'est, comme dans son *Traité d'anatomie,* l'excellence de la méthode, la simplicité de l'exposition, la clarté du style et la vérité : ce sont là les qualités dominantes du maître et qu'il conserve toujours.

Quelquefois les développements manquent, les détails n'abondent pas, mais le praticien sent, en les lisant, que l'artiste a été observateur fidèle de la nature; qu'il a dit ce qu'il a vu et rien que ce qu'il a vu.

C'est surtout à notre époque, messieurs, que de pareilles œuvres doivent être présentées pour modèle, parce qu'on tend trop à s'écarter des errements de leurs auteurs.

Aujourd'hui, messieurs, on ne sait plus, on ne veut plus attendre l'époque de sa maturité. A peine sorti des bancs de l'École, on veut paraître au grand jour de la publicité; c'est une fièvre d'incubation d'une nouvelle espèce. Mais on oublie, messieurs, qu'il n'en est point des œuvres, dans les sciences d'observation, comme du fameux sonnet de la comédie; pour elles, le temps fait quelque chose à l'affaire, et c'est d'elle que l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un poëte :

« Le temps n'épargne pas ce que l'on fait sans lui. »

C'est qu'en effet, messieurs, la nature ne nous dévoile pas d'elle-même ses secrets ; il faut les lui arracher à force de persévérance, d'assiduité, de vouloir obstiné dans ses recherches. Patience et longueur de temps : ce sont là les conditions du succès. Ainsi l'avait compris M. Girard ; il mettait beaucoup de temps à faire ses ouvrages, et ses ouvrages dureront et seront toujours consultés avec fruit, car ils ont une valeur réelle et portent fortement sur eux l'empreinte du cachet de la vérité.

Voyez, par exemple, cette excellente monographie *sur le pied,* qui renferme dans 400 pages l'étude anatomique comparative de cette région et de toutes les maladies dont elle peut être le siége dans les différentes classes d'animaux domestiques. Quel autre qu'un observateur depuis longtemps appliqué à l'étude de ce sujet complexe, pouvait l'exposer avec autant de lucidité, de concision et de vérité dans les descriptions ?

On pourrait refaire ce livre dans de plus longues proportions; lui donner un caractère plus scientifique; mais arrivera-t-on à l'adapter aussi parfaitement à son but que l'avait fait M. Girard?

Et sa monographie sur les hernies inguinales du cheval ! Voilà encore un travail calqué fidèlement sur nature, et d'autant plus méritant dans son exécution que M. Girard traitait un sujet complétement neuf en vétérinaire : nulle part encore les hernies inguinales n'avaient été l'objet de recherches cliniques.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Crevasses du mamelon. — Traitement par le laudanum.

M. Ripa conseille le moyen suivant : on applique sur le mamelon de la filasse de lin ou de la mie de pain trempée dans du laudanum de Sydenham. Au bout de peu de temps, quelquefois au bout de peu d'heures, le résultat a été des plus satifaisants. Outre l'avantage de narcotiser la douleur, d'après M. Ripa, le laudanum agit sur l'ulcération comme dans l'inflammation de la conjonctive ou comme sur les ulcérations de la cornée. Ce moyen, suivant lui, mieux que la plupart des autres, permet en outre de laver facilement le mamelon; et en supposant qu'il en reste quelques traces, cela n'aurait d'autre effet que de calmer l'enfant. (*Gazz. med. ital. Lomb.*)

CORRESPONDANCE.

Du sulfate de strychnine dans le choléra.

Beton-Bazoches, ce 23 octobre 1854.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans un article du *Moniteur des Hôpitaux* du 3 de ce mois, M. le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, fait appel à tous les praticiens impartiaux au sujet du traitement du choléra par le sulfate de strychnine. Cette médication, annoncée d'abord comme spécifique du choléra, a excité au plus haut point l'attention du Corps médical ; aussi, lors de l'invasion de l'épidémie à Beton-Bazoches, je me suis empressé de l'employer; permettez-moi de vous en rendre compte en quelques mots.

Dans l'épidémie qui a régné ici depuis le 4 juillet jusqu'au 6 septembre dernier, j'ai observé et soigné 79 cas de choléra algide confirmé ; sur ce nombre, j'en ai traité exclusivement 18 par le sulfate de strychnine, selon la méthode de M. le docteur Abeille ; sur ce nombre, il y avait 8 cas très-graves, 7 graves et 3 moyens ; sur ces 18 malades j'ai obtenu 8 guérisons et 10 décès. Ce résultat, quoique assez triste, n'est pourtant pas beaucoup différent de ceux obtenus par d'autres médications, car, sur mes 79 malades, j'en ai perdu 39.

Je dois maintenant indiquer le motif qui m'a fait abandonner le traitement par la strychnine dans la période algide : j'ai remarqué, dès le commencement de l'emploi de ce médicament chez mes cholériques algides, qu'il était sans action aucune; il arrivait toujours alors l'une ou l'autre de ces deux choses : ou le médicament était rejeté par le vomissement, ou il était conservé ; dans l'un comme dans l'autre cas, je n'ai jamais observé d'effets physiologiques appréciables ; cette vérité a été également constatée ici par M. Léon Séguin, médecin que l'Administration m'avait envoyé pendant l'épidémie ; j'ai voulu aller plus loin : j'ai administré, dans l'état algide, des doses vraiment fabuleuses de strychnine, soit par l'estomac, soit par la peau, sans remarquer le moindre changement physiologique et pathologique chez aucun de mes malades ; aussi j'en ai conclu à la non-absorption des médicaments dans cette période de la maladie ; vérité qui depuis a été démontrée par les expériences de M. Vernois, à l'hôpital Necker, et dans un travail récent sur cette matière, la *Thèse inaugurale* de M. Duchaussoy, interne des hôpitaux. Triste vérité qu'il faut bien nous avouer, mais qui pourtant ne doit pas trop nous décourager, car la période algide n'est pas toute la maladie ; avant, nous pouvons agir et agir souvent avec succès, dans ce cas, mais dans ce cas seulement, je le crois, la strychnine peut nous rendre des services; pour mon compte, je le déclare ici, elle m'en a rendu.

J'ai bien l'honneur d'être, etc.

H. Deroy, *médecin des épidémies, à Beton-Bazoches.*

Nous avons publié jusqu'à ce jour tout ce qui a été fait de sérieux pour ou contre la médication strychnique; nous avons donc cru devoir nous rendre au désir de notre honorable correspondant, M. Deroy. Toutefois, nous devons faire observer qu'au point où en est la question, elle ne peut plus avancer qu'à l'aide de relevés exacts, et comprenant une série de cholériques traités indistinctement par la médication à juger; c'est le seul moyen de se soustraire aux *car* et aux *mais* que suscite nécessairement le traitement de cas choisis et exceptionnels.

H. de C.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, précédé de quelques réflexions sur les pessaires en général, par M. M. Gariel, docteur en médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre titulaire de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 25 cent.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux,* et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison*, comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 130. 2e année. Mardi 31 Octobre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cure radicale de la hernie inguinale par l'injection de teinture d'iode dans le sac herniaire. — Procédé fort simple pour pratiquer l'injection,

Par M. le Dr Demeaux, *de Puy-Lévêque, ex-aide d'anatomie de la Faculté, ex-interne des hôpitaux de Paris.*

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

La cure radicale des hernies inguinales par l'injection d'iode dans le sac herniaire est aujourd'hui un fait acquis à la chirurgie pratique ; les expériences cliniques de MM. les professeurs Velpeau et Jobert (de Lamballe), celles de M. Maisonneuve et de quelques autres chirurgiens, ont démontré l'importance et l'utilité de cette opération qui désormais, sous l'impulsion de ces grands maîtres, paraît destinée à rendre de grands services à l'humanité.

Cette opération, reconnue bonne dès le principe, après les premières tentatives de l'éminent professeur de la Charité, fut négligée et presque oubliée même par son auteur ; l'exécution présentait de grandes difficultés, on ne savait comment pénétrer avec sûreté dans la cavité du sac, et, chose étrange, les difficultés du manuel opératoire avaient suffi pour détourner, presque pour décourager les chirurgiens français. La question, reprise dans ces derniers temps, a trouvé un meilleur accueil, et désormais l'avenir de cette opération semble subordonnée à la manœuvre opératoire.

Je viens de lire, dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 24 octobre, une communication de M. Maisonneuve à l'Académie des sciences, dans laquelle cet habile chirurgien expose un procédé qu'il a mis en usage récemment, et qui lui a permis d'arriver sûrement et avec facilité dans la cavité du sac herniaire. Ce procédé m'a paru fort simple et d'une exécution facile.

J'ai moi-même mis en usage un autre procédé plus simple encore et que je crois devoir faire connaître, vu l'importance de la question.

Enhardi, encouragé d'ailleurs par les succès déjà obtenus, j'ai cédé aux instances d'un jeune homme de 29 ans qui, depuis longtemps, réclamait une opération quelconque pour essayer de se débarrasser d'une hernie inguinale droite.

Je pratiquai l'injection avec la teinture d'iode, le 14 octobre. La hernie était volumineuse, surtout très-allongée ; c'était, en un mot, un cas très-favorable, favorisé d'ailleurs par l'extrême docilité du malade. Voici de quelle manière je procédai :

J'avais préalablement fait pratiquer une ouverture de 2 à

FEUILLETON.

Éléments de chirurgie opératoire, ou Traité pratique des opérations, de M. Alphonse Guérin (1).

Première partie.

Ce n'est pas sans un vif sentiment de satisfaction que nous avons vu paraître, il y a quelques jours, les *Éléments de chirurgie opératoire,* de M. Alphonse Guérin. M. Guérin, esprit sévère et méthodique, s'est trouvé depuis dix ans dans la position qui seule, peut-être, permet de préparer convenablement la publication d'un traité pratique d'opérations. C'est à l'amphithéâtre qu'au milieu d'élèves, les uns habiles, les autres inhabiles, le chirurgien se rompt (qu'on nous passe le mot) au manuel opératoire ; qu'il comprend la difficulté qui arrête dans l'exécution de tel ou tel procédé ; qu'il apprend à éviter cette difficulté et à la faire éviter aux autres ; et qu'enfin, il acquiert l'habitude d'exposer très-nettement et brièvement les préceptes de chaque opération.

C'est parce que nous savions tout cela que, plein de confiance dans l'esprit de l'auteur, nous avions bien auguré du livre de M. Guérin. Aujourd'hui, que nous venons de lire la première partie avec la plus grande attention, nous nous croyons autorisé à dire que nos prévisions sont devenues un fait, et que l'ancien prosecteur des hôpitaux a accompli, à moitié, il est vrai, une œuvre éminemment utile.

Voici le plan que l'auteur s'est tracé pour l'exécution de son ouvrage :

Après avoir défini ce qu'on entend par méthode et procédé en médecine opératoire, M. Guérin rappelle les *diverses positions du bistouri*, en évitant de les désigner par des chiffres, ce qui, en effet, jette dans l'esprit des commençants une singulière confusion, ainsi que nous avions pu le remarquer nous-même ; puis, après quelques détails relatifs aux *incisions,* nous trouvons décrits les divers modes de réunion, les *sutures* en particulier. Le chapitre II contient quelques sages préceptes sur l'*anesthésie,* et en traitant, dans le chapitre III, des accidents qui peuvent survenir pendant une opération, M. Guérin a passé en revue les différents *moyens hémostatiques*, en insistant, et à bon droit, sur la façon d'appliquer la ligature sur un vaisseau. C'est ainsi que, tout naturellement, l'auteur se trouve amené à s'occuper, dans le chapitre IV, des opérations qui s'appliquent aux maladies des artères, aux *anévrismes* en particulier. La partie importante de ce chapitre, c'est la *ligature des artères*, et ici se révèle surtout l'avantage de la méthode adoptée par l'auteur. Chaque opé-

(1) A Paris, chez Chamerot, éditeur. — La seconde partie paraîtra très-prochainement.

3 millimètres de diamètre environ (comme un œil de sonde) sur la partie moyenne d'une canule de trois-quarts à hydrocèle.

Au moment de l'opération, j'avais une petite seringue remplie d'eau distillée, et une seconde seringue remplie de teinture d'iode convenablement préparée pour l'injection.

Après avoir réduit bien complétement la hernie, j'ai saisi avec ma main le scrotum que j'ai tiré assez fortement en bas; puis, l'aplatissant fortement dans le sens antéro-postérieur, je l'ai fait maintenir par un aide du côté du pubis, entre l'indicateur et le médius; je l'ai moi-même saisi de la même manière du côté du testicule; et après avoir isolé avec soin le cordon spermatique, j'ai transpercé cette cloison avec mon trois-quarts dans sa partie moyenne, j'ai ensuite retiré le mandrin, et la canule a été confiée à un aide qui l'a maintenue solidement, en appliquant la pulpe de l'indicateur de l'une des mains à chaque extrémité de l'instrument; j'ai ensuite saisi le scrotum, que j'ai aplati dans le sens transversal, en l'étalant pour ainsi dire sur toute l'étendue de la canule, de telle sorte que les deux ouvertures d'entrée et de sortie du trois-quarts fussent aussi éloignées que possible l'une de l'autre. Cette manœuvre s'exécuta avec facilité et sans douleur pour le malade.

Cela fait, je ne pouvais douter que l'ouverture pratiquée sur la canule ne se trouvât dans la cavité du sac; et pour en acquérir la certitude, j'adaptai à la canule la seringue remplie d'eau distillée, je poussai légèrement le piston, et je vis le sac se distendre à mesure que je poussais le liquide; dès lors il n'y avait plus le moindre doute, je fis ressortir l'eau distillée et procédai immédiatement à l'injection iodée.

Je dois déclarer que je fus étonné moi-même de la facilité avec laquelle s'exécuta cette manœuvre, et je ne crains pas d'affirmer que, par ce procédé, l'injection dans un sac herniaire n'offre pas plus de difficultés qu'une opération d'hydrocèle.

Pourquoi d'ailleurs ne ferait-on pas toujours préalablement une injection d'eau distillée, qui permettrait de s'assurer d'avance qu'on a pénétré dans le sac, et dans quel point on a pénétré, avant de faire l'injection iodée; mais, dira-t-on, c'est une complication dans le manuel opératoire; cela est vrai, mais pour éviter de graves dangers, le chirurgien ne saurait avoir trop de prudence, on ne pourrait le blâmer de prendre des précautions, même inutiles le plus souvent.

Je me suis demandé si on ne pourrait pas faire d'abord une injection d'eau distillée, et puis une injection de teinture d'iode pure, et opérer le mélange dans la cavité du sac herniaire.

Le scrotum étant ainsi maintenu, assujetti par la canule tenue immobile, on n'a pas à craindre que la mobilité des tissus, leur contractilité, les mouvements du malade déplacent l'instrument et exposent le chirurgien à pousser l'injection dans l'épaisseur des tissus.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération très distinguée. DEMAUX.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de Lariboissière.

Procédé opératoire très-simple pour le refoulement des corps étrangers œsophagiens, quand on ne peut pas les extraire par la bouche,

Par M. CHASSAIGNAC, *chirurgien de l'hôpital de Lariboissière.*

Les corps étrangers dans l'œsophage deviennent quelquefois, pour le praticien, une source de difficultés réelles, surtout quand il n'a pas sous la main les instruments variés que peut lui fournir l'arsenal de la chirurgie. Il est donc utile de faire connaître les cas dans lesquels ces difficultés ont pu être levées par des manœuvres pour ainsi dire extemporanées.

J'ai eu à soigner, au mois d'avril dernier, un malade nommé Boscher (Louis), âgé de 50 ans, demeurant rue Rochechouart, n° 11, chez lequel un corps étranger d'un certain volume s'était arrêté dans l'œsophage, au-dessous de l'orifice supérieur du larynx. Il s'agissait d'un fragment de viande de bœuf composé, en tout ou en partie, de cet élément fibreux qui par la cuisson prend une certaine élasticité et que l'on connaît vulgairement sous le nom de *tirant* (tendon du bœuf bouilli). L'accident datait de vingt-six heures. Il n'y avait point de suffocation, mais une grande anxiété, l'impossibilité d'avaler aucun corps soit liquide soit solide, une soif ardente, et une douleur vive répondant au-dessous et en arrière du bord supérieur du sternum. Deux ou trois heures après l'accident, de très-nombreuses tentatives avaient été faites, les unes dirigées par des hommes de l'art, les autres abandonnées aux inspirations des assistants. Rien n'avait pu déloger le corps étranger de sa position. Nous ne devons pas omettre de dire qu'on avait eu recours à la trop fameuse recette du poireau; mais, ainsi que le malade lui-même nous le faisait observer, l'instrument improvisé ne pouvait plus être mis en mouvement, dès qu'il avait pénétré à une certaine profondeur, attendu qu'on n'avait plus pour manche que les portions herbacées qui forment la touffe du poireau. Le malade avait eu une prodigieuse expuition de matières glaireuses. Après avoir pris de lui et des personnes qui l'entouraient les renseignements qui pouvaient être utiles au point de vue du traitement, et après avoir appelé son attention sur la question de savoir s'il était bien sûr qu'il n'y eût pas d'os mêlé au morceau de viande, je me mis en devoir d'explorer la position du corps étranger et de l'extraire.

---

ration de ligature se trouve précédée d'un résumé succinct, mais suffisant, des rapports de l'artère; et voulant avant tout rester intelligible et élémentaire, M. Guérin se borne à indiquer le procédé le plus usuel applicable à la ligature de chaque artère. Nous n'avons pas vu qu'aucune ligature réellement importante ait été omise. Les préceptes généraux commençant ce chapitre nous ont paru sagement dictés, et d'autant plus importants, que les élèves ont une tendance marquée à s'en affranchir, dès que quelques jours d'exercice leur ont permis de découvrir facilement le vaisseau.

Les opérations qui se pratiquent sur les *veines* ont fourni la matière du chapitre V.

Les chapitres VI et VII sont consacrés aux *amputations*. Après avoir décrit d'une manière générale les quatre méthodes d'amputations circulaire, ovalaire, elliptique et à lambeaux, M. Guérin s'occupe en même temps des amputations dans la continuité et de celles dans la contiguïté ou désarticulations proprement dites. Cet ordre offre des avantages réels, car, outre qu'il concorde parfaitement avec celui que l'on est obligé de suivre dans les cours pratiques d'opérations, il permet d'éviter les redites, puisque, somme toute, à part le temps consacré à la section de l'os, les désarticulations se font par les mêmes méthodes que les amputations dans la continuité. Tout ce chapitre des amputations nous semble avoir été, de la part de l'auteur, l'objet d'un soin tout spécial; la partie anatomique qui précède chaque description de procédés est précise; les règles qui doivent guider, dans l'exécution de chacun d'eux, sont clairement indiquées; nous signalerons, en particulier, les amputations partielles du pied, selon les procédés de Chapart et Lisfranc, auxquels M. Guérin a fait subir, comme chacun sait, une modification heureuse dans la manière de tailler le lambeau.

Le chapitre VIII contient la description des principales *résections*, chapitre duquel M. Guérin a eu soin d'élaguer bon nombre d'opérations à peine praticables et de procédés évidemment défectueux.

Le chapitre IX traite des opérations qu'on pratique sur *les articulations* dans les cas d'hydarthroses, de corps étrangers, etc.

Nous mentionnerons, dans le chapitre X, qui renferme les opérations qui se pratiquent sur *le système nerveux*, les remarques pleines de sens et d'exactitude que M. Guérin a faites sur les sections des nerfs affectés de névralgies: ces réflexions nous ont paru marquées au coin de la plus saine physiologie.

Le chapitre XI est consacré à la *ténotomie*, dont, depuis 1833, les applications sont devenues si nombreuses.

Enfin, dans le chapitre XII se trouve la description des opérations qui s'exécutent *sur la peau et le tissu cellulaire*, et ici se range *l'anaplastie*. On sait de combien de modifications sont susceptibles les procédés anaplastiques; combien sont variées par leur siége, leur forme, leur étendue,

A cet effet, j'introduisis dans la bouche le dilatateur annulaire dont je fais habituellement usage, et guidant le doigt sur la convexité de la spatule, j'atteignis les parties supérieures de l'œsophage bien au-dessous de l'orifice supérieur du larynx. Résultat nul.

J'essayai ensuite, avec une pince à polype, d'amener le corps à l'extérieur, attendu que, du moins dans mon opinion, l'extraction par la bouche doit être la règle, et qu'il ne faut considérer que comme un pis aller la manœuvre qui consiste à dévaler le corps étranger dans l'estomac.

C'est à ce dernier parti que je dus m'arrêter, du moment que j'eus reconnu l'impossibilité de saisir le corps étranger avec la pince à polype.

Je n'avais point de sonde œsophagienne, et voici à quel moyen j'eus recours : je me fis donner un paquet de sept ou huit sondes urétrales élastiques portant le n° 6. Je les réunis en faisceau tout près de leur extrémité terminale, au moyen d'un fil. Ayant introduit de l'huile dans le pharynx du malade, je plongeai l'espèce de repoussoir élastique que nous venions de préparer. Je ne tardai pas à m'apercevoir que, malgré une pression assez forte, l'instrument manquait son but, parce que les sondes n'étant liées entre elles qu'à leur extrémité, se courbaient en s'isolant les unes des autres. Je retirai l'instrument. Je liai solidement, par deux autres anses de fil, le faisceau de sondes sur deux points de sa longueur, et je renouvelai ma tentative, qui eut alors un plein succès.

Le malade éprouva un soulagement instantané, put avaler immédiatement, sous nos yeux, trois grands verres de tisane. Il a été revu plusieurs jours après, et n'a éprouvé aucune suite fâcheuse résultant soit de l'accident lui-même, soit de l'opération.

J'avais eu d'abord la pensée qu'on pouvait employer la sonde œsophagienne ordinaire, comme moyen de refoulement, mais je crois que cet instrument n'a pas assez de volume pour servir utilement au but qu'on se propose, quand on a affaire à un corps plus ou moins spongieux, susceptible, dès lors, de se laisser traverser par des instruments d'un médiocre volume, au lieu de subir un déplacement en masse.

Je crois donc qu'un faisceau de sondes urétrales, dont on peut proportionner le volume à la dimension des parties, peut rendre, en pareil cas, des services réels.

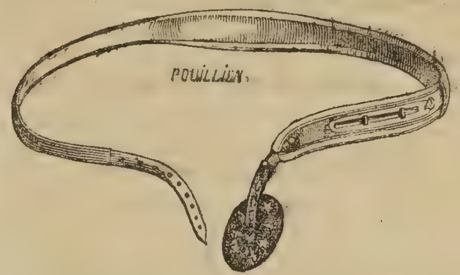
Note sur le bandage à bubon et sur un nouvel appareil pour les sondes à demeure dans la vessie,

Du Dr Anselmier.

1° *Bandage*. — J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un bandage applicable à tous les pansements dans les régions inguinale et crurale; cet appareil offre de si grands avantages dans le traitement des bubons sur les autres agents de contention et de compression, qu'il est un élément nouveau et bien précieux à la thérapeutique de ces tumeurs.

Par sa forme, ce bandage rappelle le bandage herniaire, par les indications qu'il remplit, le spica de l'aine.

Il se compose d'un disque métallique ellipsoïde; mobile sur son axe et susceptible d'être fixé à une hauteur variable suivant le point qu'on veut atteindre, sur un ressort placé dans la direc-



tion du pli de l'aine. Ce ressort se continue en ceinture autour du bassin horizontalement, entre la saillie du grand trochanter et la crête iliaque. Un coulisseau, en dehors d'une partie amincie du ressort, permet d'en mesurer la force, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté. Le disque agit d'avant en arrière, à l'abri de tous les muscles moteurs de la cuisse et de tous les mouvements du membre ou du tronc.

Avec ce bandage, on maintient avec précision les pansements sur les bubons suppurés, graduant la marche du coulisseau suivant la pression qu'on veut obtenir.

Employé comme agent de compression dans les adénites, il est si commode pour les malades et remplit si parfaitement l'indication, qu'il est appelé à remplacer toujours le spica.

Le spica, en effet, ne peut agir qu'autant que l'articulation coxo-fémorale reste immobile, tout mouvement changeant le rapport des deux points entre lesquels se fait la traction. Notre appareil, au contraire, agit de la même manière, quelle que soit la position du malade, ne nécessite pas le séjour au lit, ne prenant, lui, son point d'appui que sur le bassin et consistant essentiellement dans la tension d'un ressort. Comme on le voit, ses avantages sont grands et légitiment les excellents résultats que j'en ai obtenus.

2° *Nouvel appareil pour les sondes à demeure dans la vessie*. — Parmi les inconvénients que les sondes ou bougies à demeure entraînent toujours avec elles, les uns sont inséparables de cette pratique même ou de la substance de nos appareils, les autres proviennent de leur disposition. Ces derniers, les plus faciles de tous à faire disparaître, tiennent à ce que nous n'avons pas de sondes exclusivement destinées à remplir cette indication spéciale, et que les moyens qu'on emploie pour la faire remplir

---

les lésions qui les réclament; c'est assez dire que la description en est difficile, et que même l'on doit se borner aux indications les plus générales; c'est ce qu'a dû faire M. Guérin, surtout dans un livre élémentaire; cet article n'est pas le moins intéressant de sa première partie, qui se termine par des notions sur le traitement chirurgical des tumeurs érectiles, des kystes et l'ablation des tumeurs solides.

Tel est le cadre des opérations dont la description se trouve dans la première partie de l'ouvrage de M. Guérin. Nous devons dire maintenant que l'auteur, qui, en général, s'est borné à donner la description d'un ou de deux procédés usuels pour chaque opération, a réussi à rester toujours clair et précis, ce qui n'est pas un mérite de mince importance en chirurgie opératoire. Les appréciations qui suivent l'indication de chaque procédé sont parfaitement décidées, sans ambiguïté, et montrent que M. Guérin a fait appel, pour composer son livre, non-seulement à l'expérience acquise à l'amphithéâtre, mais encore à celle que lui a fournie sa pratique dans les hôpitaux. Nous ne saurions trop louer l'idée qu'a eue l'auteur de placer en tête de chaque article le résumé succinct des rapports anatomiques de la région sur laquelle doit être pratiquée l'opération. Ces descriptions suffisent, en général, pour rappeler au chirurgien des détails d'anatomie qu'il peut avoir perdu de vue.

Enfin, s'il est vrai de dire que le meilleur moyen de compléter toute description orale d'une opération, c'est de l'exécuter devant son auditoire, il est également vrai d'ajouter que le meilleur complément d'une description écrite, consiste dans la représentation par le dessin des principaux temps de l'opération. Cette utilité, M. Guérin l'a comprise, et les nombreuses figures intercalées dans son texte ne contribueront pas peu à faire de son livre le manuel des élèves qui veulent opérer.

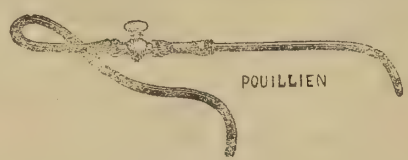
Cependant nous ne voulons pas terminer cette courte analyse sans signaler une omission, que M. Guérin a faite, il est vrai, de propos délibéré, mais qui nous semble néanmoins regrettable. Pourquoi, en effet, avoir retranché les opérations qui se pratiquent sur les dents? Qui ne sait que les médecins des petites localités doivent être dentistes?

Malgré ce très-minime reproche, nous n'hésitons pas à remercier M. Guérin de sa publication, non-seulement parce qu'elle sera utile à bon nombre de médecins et aux élèves, mais encore parce que nous, qui sommes appelé à diriger ces derniers dans leurs manœuvres opératoires, nous sentirons notre besogne allégée, ayant la certitude qu'ils pourront avoir entre les mains un guide sûr et dont la prolixité ne les épouvantera pas.

E. Foucher, *prosecteur de la Faculté*.

à une sonde quelconque laissent toujours beaucoup à désirer et sont fort incomplets. Ainsi, le petit bouchon de liége n'empêche que rarement la sortie d'une petite partie de l'urine : celle-ci mouille les draps et le malade et entretient autour de lui une atmosphère d'humidité et de puanteur ; on ne touche au bouchon qu'avec dégoût, car il n'est point aisé de l'ôter ou de le remettre sans se salir les doigts ; d'ailleurs, on ne peut le faire sans découvrir presque entièrement le malade, ce qui n'est pas sans danger, dans certaines circonstances surtout.

J'ai si bien réussi à faire disparaître ces inconvénients par un petit appareil à robinet, dans des cas où ils avaient l'influence la plus fâcheuse, que je crois utile d'en donner la description :



On adapte sur le pavillon de la sonde ou de la bougie un petit tuyau en caoutchouc assez long pour pouvoir conduire l'urine dans un vase placé près du lit ; un robinet à portée de la main du malade permet d'en régler le cours à volonté.

Cet appareil est si simple et si commode qu'il est très-goûté par les malades.

JOURNAUX ITALIENS.

GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES ET DE TOSCANE.

I. Etiologie de la glucosurie ou diabète sucré.

Les propositions qui suivent résument un travail du professeur Buffalini, et ses opinions sur cette question :

1° Il est hors de doute que la glucosurie peut dépendre d'une prédisposition apportée en naissant ; mais les conditions les plus connues qui s'ajoutent à cette prédisposition native résident dans la prédominance de l'état albumineux, ou, du moins, dans le complément imparfait des métamorphoses organiques opérées sous l'influence de la production de l'oxygène. Ces causes, comme aussi les habitudes de la vie propres à favoriser les prédispositions à la glucosurie, ne sauraient produire cet effet qu'autant qu'elles agissent sur les différentes assimilations organiques en s'opposant à leur plus parfait accomplissement. Sous ce rapport, les influences épidémiques, capables d'agir de cette sorte, peuvent prédisposer à la glucosurie ;

2° L'alimentation végétale, principalement l'usage des farineux, doit être regardée comme une cause probable de prédisposition à cette maladie ;

3° L'humidité atmosphérique, jointe à une basse température, par le trouble qu'elle amène dans les fonctions de la peau, exerce une influence capable de favoriser le développement de la glucosurie. Seulement, il semble que cette condition agisse par sa longue durée, comme cause prédisposante, et par une invasion brusque et énergique, comme cause occasionnelle ;

4° La glucosurie naît plutôt de la force des causes prédisposantes que de celle des causes occasionnelles ;

5° Une fois développée, les aliments féculents ont la propriété de l'accroître et de l'aggraver ; le régime animal, au contraire, celui de la modérer et de la modifier avantageusement ;

6° L'étude des causes de la glucosurie n'explique nullement la production du sucre dans l'économie animale, mais elle fait voir que c'est l'estomac qui est le siége d'un travail morbide d'où résulte la formation de la glucose. Et si, à ce qu'il paraît, cette substance est l'unique cause de la présence du sucre dans les urines diabétiques, cela ne peut être suffisamment démontré par l'analyse des causes de la glucosurie ;

7° De toute façon, l'étude de ces causes aboutit à démontrer que sans un certain ensemble d'influences perturbatrices dans l'accomplissement des différentes assimilations organiques, la glucosurie ne se développe pas. D'où il suit que nous devons regarder cette maladie comme le résultat de causes génératrices très-compliquées ;

8° La rareté excessive de son apparition peut être attribuée précisément à la difficulté de rencontrer simultanément réunis tous les éléments requis pour la production des causes qui produisent la maladie en question ;

9° L'observation semble suffisamment indiquer qu'il existe un antagonisme positif entre la génération de la glucosurie, et celle d'une véritable diathèse inflammatoire.

II. Cas remarquable d'une affection cutanée transmise au médecin en pratiquant une saignée du pied, et par celui-ci à sa femme et à son enfant.

Cette observation rédigée par le médecin lui-même, le docteur Giovani Ardissone, nous paraît assez intéressante pour être rapportée ici, telle à peu près qu'il la raconte : Depuis trois ans, dit-il, je donnais mes soins, dans la commune d'Azéglio, à un homme atteint d'une épouvantable maladie cutanée, résultant de l'abus immodéré et ancien des liqueurs alcooliques et probablement d'une syphilis constitutionnelle. Sans entrer, ajoute le docteur Ardissone, dans la description détaillée de chacun des symptômes particuliers de ce mal épouvantable, qu'il me suffise de dire, qu'en fort peu de temps, il rendit horriblement méconnaissable le malheureux qui en était atteint. Depuis la tête jusqu'aux pieds, son corps entier n'était qu'une croûte hideuse, et une plaie universelle. Ce malade, que j'avais traité pendant un certain laps de temps sans succès, entra, suivant mon conseil, à l'hôpital Saint-Jean, de Turin, et fut placé dans le service du savant dermatologue Pasero qui désigne cette maladie, dans son traité des maladies de la peau, sous le nom de *Psoriasis léprodès confluent*. C'est ce même mal qui me fut communiqué dans les circonstances suivantes :

Vers la fin de novembre 1850, je visitais B.... F...., qui n'était encore tourmenté que d'un prurit et d'un picotement incommodes dans certaines régions du corps, notamment à la tête et aux extrémités supérieures, où l'on voyait des taches rouges accumulées, surmontées de petites élevures. Le malade était tourmenté par une soif insolite, avec trouble des fonctions digestives. J'essayai d'abord un simple traitement antiphlogistique ; mais le mal s'aggravant de jour en jour, j'eus recours à un traitement plus actif, aux préparations sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur, à la saignée, etc. Ne pouvant pratiquer cette dernière au bras, à cause de la disposition particulière des veines et de leur profondeur, je me décidai à ouvrir la saphène d'où j'obtins, non sans peine, la quantité voulue de sang. Mais laissons là ce malade, dont le traitement fut continué, comme je l'ai dit, à l'hôpital, pour arriver à ce qui me concerne.

Trois jours après avoir fait cette saignée du pied, ce qui oblige, comme on sait, à plonger les mains dans l'eau chaude, où l'on immerge préalablement les pieds du malade, et à laquelle se mêle le sang qui s'écoule de la piqûre, j'éprouvai un fourmillement incommode dans le dos ; il augmenta le lendemain et s'étendit aux épaules, à la face interne des bras et des cuisses, puis sur le thorax et l'abdomen, en un mot sur tout le corps. Le cinquième jour de ce début, je me vis couvert de nombreuses élevures rouges extrêmement confluentes, ressemblant exactement à des sudaminas, éruption à laquelle je suis sujet l'été. Je restai deux jours dans cet ennuyeux état, sans employer d'autres médicaments que de simples eccoprotiques, lorsque ma femme se plaignit elle-même tout à coup de douleurs pongitives vers les malléoles internes de chaque jambe, douleurs qui ne durèrent pas d'abord, mais qui se reproduisirent au bout de quelques heures, accompagnées cette fois de cinq vésicules pleines d'un liquide noirâtre, entourées elles-mêmes d'élevures rouges et nombreuses, et offrant tous les caractères de la pustule maligne. Je cautérisai aussitôt avec le nitrate d'argent. La nuit suivante, notre petite fille, âgée de 4 ans, qui venait quelquefois le matin dans notre lit, caresser sa mère, parut agitée, son sommeil troublé, demandant souvent à boire ; sa peau devint brûlante, le pouls fébrile : elle se plaignit d'un sentiment de chaleur

aux mains. Vers le matin, je l'examine attentivement, et je m'aperçois qu'il existe, à la face carpienne des mains, différentes taches rouges foncées avec élevures, et comme de petites nodosités à leur centre, lesquelles, en moins de quarante heures, acquirent le volume d'une véritable pustule varioleuse. Elles étaient au moins au nombre d'une vingtaine à chaque main, légèrement déprimées à leur sommet, remplies d'un liquide purulent qui s'échappait peu à peu, au fur et à mesure que les pustules s'ouvraient, ce qui donnait lieu à la formation de croûtes peu adhérentes et qui se détachaient avec la plus grande facilité.

Préoccupé, en même temps, de la dermite papuleuse dont j'étais atteint moi-même, et de l'affection précitée des miens, j'étais dans un véritable embarras pour déterminer sa nature. Cependant, n'ayant rien à me reprocher, je restai convaincu que j'avais contracté ce mal en le prenant du malheureux auquel j'avais donné mes soins, attendu que c'est à mes mains qu'il s'était manifesté d'abord, que ce sont elles qui ont été en contact immédiat avec le sang virulent pendant la saignée que je lui ai faite au pied, et qu'elles n'offraient auparavant aucune trace de taches ni d'affection quelconque. Nul doute, dès lors, que je n'eusse contracté par cette voie, et transmis à ma femme et à mon enfant, comme je l'ai raconté, une psore syphilitique, ce qui me fit recourir à un traitement spécifique par les préparations mercurielles. En effet, les frictions répétées avec la pommade de Smitz, employées pendant trois jours, suffirent pour nous délivrer de ce vilain mal dont nous ne ressentîmes jamais plus aucune suite quelconque.

J'ai cru, ajoute le docteur Ardissone, en terminant, faire connaître ce fait, pour contribuer à rendre prudents les jeunes médecins dont le zèle, au début de leur carrière, n'écoute quelquefois que leur désir de secourir l'humanité souffrante, sans prendre aucune précaution pour se garantir de certaines affections dont ils peuvent être et sont quelquefois les malheureuses victimes.

III. Métastase purulente. — Présence du pus dans les urines à la suite de la disparition d'un abcès à l'avant-bras gauche.

La question des métastases, bien que souvent inexpliquée et inexplicable, n'en est pas moins un des faits les plus certains et les mieux acquis en médecine. Le fait suivant, publié par le docteur Guerra, de Ravenne, mérite d'être ajouté à tous ceux que l'on connaît déjà. Un charcutier, s'occupant des travaux de sa profession, est blessé par un fragment d'os à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche; la petite plaie fut suivie d'un écoulement de sang assez abondant, qui fut arrêté par l'application d'une prise de tabac; en sorte que l'individu se crut guéri, et ne s'occupa plus de cette blessure, en apparence insignifiante. Mais, au bout de deux jours, apparut un gonflement douloureux ; la douleur s'irradia dans la main et s'étendit à tout l'avant-bras; bref, tous les symptômes d'un abcès se déclarèrent malgré les applications émollientes qui furent faites. Le chirurgien appelé pour combattre ce phlegmon, qui lui parut grave, crut devoir, vu l'âge et l'idiosyncrasie du sujet, s'abstenir de la saignée du bras, que redoutait singulièrement le malade, et la remplaça par une application de nombreuses sangsues, dont il seconda l'effet par le repos du membre et des topiques convenables, la diète, des boissons délayantes, l'emploi des purgatifs, etc. Malgré ce traitement actif, on ne put empêcher le phlegmon d'aboutir à la suppuration ; une fluctuation évidente indiqua même la présence d'un foyer purulent, dont le chirurgien attendait la maturité complète pour en faire l'ouverture. Quel ne fut pas son étonnement, lorsqu'un matin, se rendant près de son malade, il trouva presque entièrement disparues les traces de l'abcès, si évident auparavant, en même temps qu'on lui montra deux vases de nuit pleins d'une urine mêlée d'une matière d'un blanc opaque, d'une densité albumineuse et exactement semblable à du pus! Le malade raconta qu'il avait rendu cette énorme quantité d'urine l'après-midi et la nuit qui précédaient ; que cette excrétion avait été précédée d'un malaise général et d'augmentation de la fièvre, à en juger par la soif excessive et la chaleur mordicante qu'il avait éprouvées, et qu'elle avait été immédiatement suivie d'un grand soulagement.

Ce fait, on ne peut plus intéressant de transposition métastatique du pus, dispense de tout commentaire. Il forme une preuve de plus de l'existence de cette fonction physiologique anormale, que certains auteurs se refusent encore à admettre malgré l'évidence.

G. Vignolo, *D. M. P.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Choléra.

M. Baudrimont communique une Note dont les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

« Si la cause du choléra reste encore inconnue, il n'en est pas de même des altérations organiques que cette cause fait naître ; l'étude de ces altérations permet que l'on se rende un compte suffisant des symptômes observés chez les cholériques, et m'a depuis longtemps conduit à penser qu'il serait possible de traiter cette maladie par l'emploi du bicarbonate de soude, qui s'oppose à la coagulation du sang.

« Voici, en quelques mots, le résumé du traitement que j'ai employé dès le début de l'épidémie de l'année 1832, traitement que j'ai vu toujours réussir quand il a été administré à temps :

« *A.* Bicarbonate de soude administré à l'intérieur, 4 à 10 grammes à la fois, soit par la bouche, soit en lavement lorsque le premier mode d'administration est impossible ;

« *B.* Frictions sur toutes les parties du corps, mais principalement sur les membres, la poitrine et le trajet de la moelle épinière, faites avec un liniment formé de parties égales d'huile et d'ammoniaque liquide ;

« *C.* Sinapismes aux membres inférieurs ;

« Tisane de fleur de tilleul, bien chaude, contenant 4 grammes de bicarbonate de soude par litre.

« Un succes constant a couronné ce traitement. Il m'a réussi au plus fort de l'épidémie, et il a réussi dans les mains de tous ceux qui ont voulu en faire usage, médecins ou non....

« *A.* Le bicarbonate de soude peut être pris à haute dose, car il n'a rien de vénéneux (1). Il en existe naturellement dans le sang de l'homme, et c'est à lui que ce liquide doit sa fluidité dans l'état normal. En effet, si l'on sature la soude du sang par un acide autre que le carbonique, ce fluide se coagule aussitôt, tandis que, si on lui ajoute un alcali, il perd la propriété de se coaguler. Mais, bien plus, la dissolution de bicarbonate de soude est absorbée par le canal intestinal, lorsqu'aucune autre chose ne peut l'être ; elle arrête les vomissements et la diarrhée si elle est prise à temps, et, chose inattendue et bien remarquable, elle produit ce dernier effet dans une foule de maladies autres que le choléra.

« *B.* L'ammoniaque ne produit qu'un faible effet sur la peau dans la période de l'asphyxie, mais elle se répand dans l'appartement où se trouve le cholérique ; elle l'assainit au point de vue du choléra (2), et se trouve absorbée par la voie pulmonaire. Elle produit ainsi des effets utiles en allant chercher le sang jusque dans les vaisseaux capillaires du poumon.

« *C.* Les sinapismes aident la circulation à reprendre son cours normal en appelant, par une action énergique, la vitalité dans des parties éloignées des centres organiques. »

Emploi du sesquichlorure de fer dans le traitement du choléra.

M. le docteur Vicente communique la note suivante :

« Le 19 décembre 1853, j'ai déposé à l'Académie un pli cacheté sur le choléra. Les idées contenues dans ce Mémoire n'étant appuyées sur aucun fait, j'ai cru devoir le garder cacheté jusqu'à ce moment, que l'expérience personnelle a confirmé ma théorie, ou, pour mieux dire, le traitement anticholérique que je conseillais *à priori*.

« Quelques cas de choléra ont été traités avec succès par ma méthode dans le courant de l'année, mais en nombre insuffisant pour fixer l'attention de l'Académie. Cependant, l'action puissante du *sesquichlorure de fer* contre les vomissements et la diarrhée cholériques a été constatée depuis par un praticien très-distingué de Paris, M. le docteur Caffe, ancien chef

(1) Le bicarbonate de soude ne peut cependant être pris d'une manière continue, même à une dose peu élevée, parce qu'en saturant les acides de l'estomac, il pervertit la digestion et fait naître des accidents assez graves.

(2) Depuis 1832, ou au moins dans cette année, les ouvriers des fabriques de charbon animal, où il règne constamment des émanations ammoniacales, ont joui d'une immunité complète.

de clinique à l'Hôtel-Dieu, rédacteur en chef du *Journal des Connaissances médicales pratiques et de pharmacologie, etc.*

« Si, aujourd'hui, je viens prier l'Académie de vouloir décacheter et s'occuper un instant de mon Mémoire, c'est parce que le *sesquichlorure de fer* a encore triomphé d'un cas de choléra foudroyant dans la personne de mon propre fils, enfant âgé de 7 ans.... »

Cette observation, que nous ne pouvons reproduire ici en entier, est résumée par l'auteur dans les termes suivants :

« Choléra algide foudroyant.

« Cessation rapide des évacuations alvines, au moyen d'une solution de 2 grammes 1/2 de sesquichlorure de fer dans 400 grammes d'eau, prise moitié en lavement, moitié en potion, dans l'espace de cinq heures.

« Guérison rapide sans aucune complication.

« Maintenant, considérant le choléra comme une hémorrhagie, mon traitement par le sesquichlorure de fer est à celle-ci comme la ligature est à l'ouverture d'une grosse artère. Si vous liez avant que le blessé ait perdu une quantité donnée de sang, vous le sauvez ; si vous arrivez trop tard, l'individu meurt malgré la ligature. Il faut donc employer mon traitement au début de la maladie, comme je l'ai fait avec mon fils ; si j'avais hésité seulement pendant une heure à arrêter les évacuations, j'ai la conviction bien fondée qu'il aurait expiré dans mes bras en quelques heures.

« Je termine cette observation en priant l'Académie de vouloir bien nommer une commission pour expérimenter les effets anticholériques du perchlorure de fer simple, et mieux s'il est sublimé ou à l'état de sesquichlorure.

« Voici la dose :

« Un lavement composé de 120 grammes d'eau et de 50 centigrammes de perchlorure de fer. (Le sublimé est préférable, mais il est six fois plus cher.)

« Une potion composée de 250 grammes d'eau et 2 grammes de perchlorure de fer sublimé.

« Pour en prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure ou plus souvent, dans des cas foudroyants, comme celui de mon enfant.

« En même temps, favoriser la réaction par les moyens connus ; le vin de Malaga et le café noir sont excellents.

« Quand la réaction n'est pas franche, j'administre une pilule toutes les heures, composée d'*acide picrique*, 5 centigrammes et Q. S. d'extrait de gentiane. La dose est de douze pilules dans les vingt-quatre heures. A cette dose de 60 centigrammes d'acide pricique et même à beaucoup moins, le malade devient jaune, couleur de citron, ce qui prouve que ce médicament a pénétré jusqu'aux dernières ramifications des capillaires. »

(Conformément à la demande de *M. Vicente*, le paquet cacheté dont l'Académie avait accepté le dépôt dans la séance du 26 décembre 1853, est ouvert par M. le Président. La Note qui y était contenue est conforme à l'indication donnée par l'auteur, et renferme notamment les indications relatives à l'emploi du *sesquichlorure de fer* et de l'*acide picrique* dans le traitement du choléra.)

Électricité médicale.

M. Amussat fils communique une Note que nous publierons en détail.

Fonctions des nerfs pneumo-gastriques.

M. Budge communique une Note intitulée : *Mémoire sur la cessation des mouvements inspiratoires provoqués par l'irritation du nerf pneumo-gastrique.*

« Il y a quelques années que MM. Weber frères et moi avons découvert, chacun de notre côté, que par l'*irritation* des deux nerfs pneumo-gastriques le mouvement du cœur cesse promptement ; j'ai en outre observé que le même effet a lieu par l'irritation d'un seul nerf pneumo-gastrique. Maintenant j'ai trouvé qu'en irritant au cou les deux nerfs ou un seul, on peut causer également une cessation des *mouvements inspiratoires*. Si l'on met à nu, d'un côté du cou, le nerf en question sur un lapin bien éthérisé, et rendu ainsi parfaitement insensible, qu'alors on l'isole par un morceau de verre et qu'on le galvanise, tous les mouvements inspiratoires cessent presque au moment même où se produit l'irritation ; les narines ne se dilatent plus, le thorax ne s'élève plus, et l'abdomen n'est plus poussé en avant. Au contraire, les organes respiratoires sont dans le même état que pendant l'*expiration ;* ce qui se montre par les narines contractées, par la glotte fermée, par les muscles abdominaux retirés (1). Aussitôt qu'on cesse d'irriter, le mouvement de la respiration recommence de nouveau. Mais si l'on continue à galvaniser le nerf pendant quelque temps, la respiration recommence malgré la continuation de l'irritation. Le même phénomène a aussi lieu pour les battements du cœur, quand on les a suspendus par le même moyen.

« La durée de la cessation des mouvements inspiratoires pendant l'irritation du nerf pneumo-gastrique diffère selon l'âge des animaux. Je les ai vus s'arrêter chez les jeunes lapins, quinze et même vingt-quatre secondes ; chez les chiens très-jeunes, environ vingt-cinq secondes ; chez les lapins âgés, de six à trois secondes.

« Coupe-t-on un nerf pneumo-gastrique et irrite-t-on le bout périphérique, les battements du cœur cessent, mais les mouvements respiratoires continuent ; si ensuite on irrite le bout central, les mouvements inspiratoires cessent, tandis que les battements du cœur continuent.

« Quand j'ai affaibli le courant galvanique, je n'ai jamais observé un accroissement de la respiration ; quelquefois même c'était l'effet contraire qui se produisait ; ainsi j'ai compté dans un lapin avant l'irritation, dans un intervalle de quinze secondes, cinquante-quatre respirations, et pendant l'irritation, trente-deux.

« C'est un fait bien connu que, si le nerf pneumo-gastrique est coupé d'un côté, le ligament arythénoïde inférieur du même côté ne montre plus de mouvement pendant la respiration. Il ne revient pas non plus par l'irritation du nerf ; mais le ligament arythénoïde inférieur du côté opposé, où le nerf est encore entier, s'approche de l'autre et reste dans cet état pendant l'irritation ; ce qui montre que le muscle arythénoïde du côté opposé se contracte (1). Si l'on coupe les deux nerfs et que l'on irrite le bout central de l'un d'eux, tous les mouvements respiratoires cessent ou plutôt restent dans l'action d'expiration, à l'exception des mouvements de la glotte. Pour les deux nerfs phréniques et la moelle épinière, quand on l'a coupée entre la première et la deuxième vertèbre, la respiration est accusée seulement par les mouvements de la face. Si l'on irrite le nerf pneumo-gastrique après cette opération, les mouvements de la face cessent aussi pendant l'irritation.

« De ces observations on peut conclure que l'irritation du nerf pneumo-gastrique au cou, ou plutôt l'irritation des fibres centripètes de ce nerf, excite les mouvements expiratoires, et l'on voit à quoi il faut s'en tenir sur la supposition que l'inspiration serait causée au moyen du nerf pneumo-gastrique. Ces expériences font encore comprendre comment les nerfs pneumo-gastriques étant coupés, l'expiration passive (c'est-à-dire celle qui a lieu par l'expansion du diaphragme et des muscles intercostaux) continue, tandis que l'expiration active cesse. C'est pour cela que les animaux sur lesquels on a coupé les deux nerfs pneumo-gastriques meurent au bout d'un temps plus ou moins long par l'effet des gaz nuisibles (acide carbonique) qui ne sortent pas par l'expiration ; c'est un point que je traiterai dans un prochain Mémoire. »

(1) Par suite de la même irritation, les gros et les menus intestins sont agités de mouvements qu'on peut observer lorsque, par une incision de la peau, on a mis à nu les muscles abdominaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Séance de rentrée. — Discours de M. Bouley, sur la vie et les travaux scientifiques de M. le professeur Girard.

(*Suite et fin. Voir les nos 127 et 129.*)

M. Girard ne s'est pas seulement attaché, dans ses études cliniques, à la science chirurgicale qui, se reliant par une filiation plus directe à l'anatomie, dont elle n'est, pour ainsi dire, qu'un corollaire, devait être cependant pour lui l'objet d'une prédilection que la spécialité de ses premiers travaux explique et justifie. Il avait compris que sa mission était plus large, et qu'il devait considérer comme un objet principal, de ses recherches les maladies qui affectent la forme épizootique, et qui tendent, par cela même, à tarir l'une des sources les plus considérables de la fortune publique.

Aussi, lorsque, aux époques néfastes de 1814 et de 1815, les armées étrangères infligèrent à notre pays, avec tant d'autres fléaux, cette terrible peste bovine, qu'on a appelée le typhus contagieux du gros bétail, M. Girard, de concert avec son collègue et ami, le savant Dupuy, se livra à une série de recherches pleines d'intérêt, sur les causes de cette maladie, son mode de propagation, et les moyens d'en arrêter les ravages.

Les résultats sommaires de ces recherches sont consignés dans une instruction de 35 pages, publiée en 1815, par ordre du ministre de l'Intérieur.

L'idée dominante de ce travail est que l'inoculation est, peut-être, le meilleur moyen de diminuer les ravages du typhus, mais ses auteurs n'osent l'affirmer positivement, parce que les faits leur manquent.

Il n'en est plus de même lorsqu'on emploie cette opération dans le même but, contre la clavelée du mouton, maladie non moins désastreuse, il est vrai, que le typhus, mais qui ne laisse pas que d'entraîner après elle des pertes très-considérables, lorsqu'on l'abandonne sans entraves à sa marche naturelle.

Pour M. Girard, l'inoculation est un moyen préservatif par excellence

(1) La contraction des muscles arythénoïdes est dépendante du nerf récurrent.

des ravages de la clavelée. A cet égard, sa conviction est fortement assise, car il peut l'appuyer sur plus de 12,000 faits recueillis par lui, dans une période de trois années, *de 1812 à 1814*. Il est vrai que la pratique de cette opération n'a pas toujours donné des résultats heureux entre les mains de tous ceux qui l'ont expérimentée ; mais la cause de ces insuccès doit être imputée, non pas au principe de la méthode elle-même, mais bien aux procédés plus ou moins irrationnels d'après lesquels on en a fait l'application.

Telle est l'idée principale du Mémoire que M. Girard rédigea, en 1818, sur le claveau et sur les avantages de son inoculation, broch. de 50 pages.

De pareils écrits, messieurs, renferment dans leurs pages, si peu nombreuses, de bien grandes richesses ; un seul calcul suffit à le prouver :

La clavelée, abandonnée à sa marche naturelle, entraîne quelquefois la perte de la presque totalité des animaux qu'elle attaque ; l'histoire de cette redoutable maladie en fait foi. Dans les circonstances un peu moins malheureuses, le sinistre peut n'être que des deux tiers, de la moitié ou des deux cinquièmes ; mais, en règle générale, il n'est pas moindre que le quart ou le cinquième.

Atténuée, au contraire, par l'inoculation pratiquée suivant les règles, la clavelée ne cause plus que des pertes insignifiantes : 1, 2, 3 ou 4 pour cent, au grand maximum ; souvent même 1 sur 2, 3 ou 400. Consultez, pour voir ces preuves, le magnifique *Traité de la clavelée et de la clavélisation*, que nous devons à la plume d'Hurtrel d'Arboval, et qui ne parut que quatre ans après celui de M. Girard, en 1822.

Eh bien ! messieurs, que l'on mesure, d'après ces données, la grandeur des pertes que les invasions successives de la clavelée causaient à notre agriculture avant l'inoculation, et l'on se fera une idée de la grandeur des services que lui rendirent les expérimentateurs qui, malgré la routine aveugle, les préjugés obstinés et les insuccès même, inhérents à toute nouvelle tentative, parvinrent enfin, par la seule force de la démonstration, à imposer aux cultivateurs la pratique si bienfaisante de la clavélisation. Ceux-là, messieurs, méritent véritablement le nom de conservateurs de la fortune publique, et, parmi eux, M. Girard doit occuper une première place, car malgré les tentatives nombreuses entreprises depuis Chalette, en 1863, et l'illustre Bourgelat, en 1765, l'inoculation claveleuse n'était pas encore naturalisée en France, lorsqu'il rédigea son travail sur le claveau.

Je ne veux pas clore, messieurs, cet aperçu, trop incomplet sans doute, des principaux travaux de M. Girard ; sans rappeler ici les Notes sur l'âge du bœuf, du mouton, du chien et du porc, par lesquelles il a complété le savant *Traité de l'âge du cheval*, que nous devons à son fils François-Narcisse Girard, qui lui avait succédé, par le droit du talent, dans la chaire d'anatomie et de physiologie de l'École d'Alfort.

Ce livre, messieurs, était un des premiers essais de Girard fils, mais c'était en même temps un véritable coup de maître ; on y retrouve toutes les qualités qui distinguent le père : l'excellence de la méthode, la parfaite clarté, cette sobriété de détails trop minutieux qui fatiguent l'esprit sans l'enrichir ; enfin, une simplicité élégante de style, comme il convient à un ouvrage de science. C'était un très-beau prélude et qui devait donner à M. Girard cette grande joie, l'une des plus grandes sans doute, qu'il puisse être accordé à l'homme d'éprouver ici-bas : celle de voir continuer par son fils et son nom et ses travaux ; mais, malheureusement, elle ne devait pas être de longue durée. Girard fils n'avait pas atteint sa vingt-neuvième année, que la mort l'arrêtait impitoyablement dans sa carrière si brillamment commencée.

C'est ce fatal événement qui explique pourquoi le *Traité de l'âge des animaux domestiques* porte le nom des *deux Girard*. M. Girard père se fit un devoir pieux d'achever l'œuvre de son fils.

Complété par cette double collaboration, le *Traité de l'âge* est un des meilleurs livres de notre science : expression rigoureuse et interprétation intelligente des faits, il est marqué de cette profonde empreinte de vérité qui est, dans les ouvrages de science, la première et la plus solide condition de la durée.

Cependant aujourd'hui, on peut y signaler quelques lacunes et comme des apparences d'inexactitude dans les descriptions. Eh bien ! chose singulière, messieurs, et qui est la justification de ce livre, s'il ne paraît pas aujourd'hui, dans quelques-uns de ses points, l'expression fidèle de la nature, c'est que la nature n'est plus, à quelques égards, ce qu'elle était au moment où il a été rédigé.

En rendant les animaux plus précoces, afin de hâter le jour de leur mort et de livrer plus vite leurs chairs aux exigences croissantes de la consommation humaine, l'industrie agricole a accéléré l'évolution de tous les organes, et les dents qui, par leur apparition successive, comme par les modifications de forme qu'elles subissent nous servent à mesurer la durée de la vie, les dents ont participé à ce mouvement, pour ainsi dire, précipité de formation organique, en sorte que ce qui était rigoureusement vrai, au temps des Girard, ne l'est plus aujourd'hui pour ceux de nos animaux que l'art a perfectionnés.

Un des personnages que fait parler Molière cherche à justifier, aux yeux de son interlocuteur étonné, ses monstrueuses erreurs d'anatomie, en disant de la façon du monde la plus comique : *Nous avons changé tout cela!* Cette suprême plaisanterie devient un argument sérieux pour expliquer les imperfections apparentes du *Traité de l'âge*. C'est qu'effectivement, depuis sa publication, nous avons changé bien des choses, non pas dans l'organisation intime de nos animaux, mais dans leurs apparences extérieures et dans les évolutions de certaines de leurs parties !

Messieurs, j'ai essayé de vous raconter l'histoire de M. Girard, comme maître et comme écrivain vétérinaire ; mais ce n'est pas seulement dans ce double rôle, si bien rempli cependant, que M. Girard a rendu d'importants services à notre science et à notre profession. Associé, dès 1812, comme directeur adjoint, à son maître Chabert, dont la forte intelligence avait fléchi sous le poids des ans et des infirmités, il lui succéda en 1814 comme directeur titulaire, et depuis cette époque jusqu'en 1831, pendant une période de dix-sept années, il consacra le plus grand nombre de ses moments aux soins et aux devoirs de l'administration.

La carrière administrative de M. Girard a été marquée par un événement considérable à notre point de vue et qui a exercé une grande influence sur l'avenir de la profession vétérinaire en France.

C'est pendant sa direction que les deux Écoles vétérinaires qui existaient alors en France, furent organisées d'après un nouveau plan, et qu'une troisième, celle de Toulouse, a été fondée.

A l'époque où M. Girard fut élevé à la dignité de directeur, le décret organique des Écoles vétérinaires, qui porte la date de 1813, venait d'être promulgué.

Ce décret, dont Napoléon lui-même avait jeté les bases dans la séance de son Conseil des ministres du 18 décembre 1812, ainsi qu'en témoigne le Rapport du Ministre de l'intérieur d'alors, M. le comte de Montalivet, était excellent en principe. Il portait bien le sceau de ce génie organisateur qui savait embrasser, de son vaste coup d'œil, tous les intérêts de son immense empire.

D'après le Rapport de M. de Montalivet, ce qui avait frappé Napoléon, lorsque son attention fut appelée sur les hommes et les choses de notre profession, c'était le niveau trop uniforme et par cela même trop inférieur de l'enseignement dans nos Écoles, et le défaut d'organisation dans le service vétérinaire civil de l'empire ; de là, suivant lui, un obstacle aux progrès de la science.

Pour remédier à cet état de choses, l'Empereur avait pensé qu'il fallait instituer en France un enseignement supérieur, par lequel les élèves vétérinaires seraient initiés aux sciences qui, telles que la physique, la chimie, la zoologie, peuvent être pour la médecine d'une application féconde ; et surtout à l'économie rurale, à la science des haras et de l'éducation des animaux domestiques qui se rattachent à la vétérinaire d'une manière si étroite.

Le but de cet enseignement, dans la pensée de l'Empereur, et ici je cite textuellement le Rapport où elle lui est attribuée, « était de former « une classe de vétérinaires qui eussent une instruction plus élevée, une « connaissance suffisamment approfondie des autres sciences et qui pus« sent ainsi hanter les sociétés savantes, les médecins, et travailler avec « succès aux progrès de l'art. »

Au-dessous de cet enseignement qui était réservé à une seule École, Napoléon en avait établi un autre, d'un niveau plus inférieur, exigeant par cela même moins de dépenses de temps et d'argent pour ceux qui le suivraient, et destiné principalement à donner aux élèves les connaissances nécessaires pour la pratique intelligente de l'art vétérinaire. Celui-là était commun à toutes les Écoles de l'empire, et l'on n'était autorisé à suivre les Cours supérieurs qu'autant qu'on avait fait ses preuves de capacité dans les Cours du premier degré.

Cette double institution, réalisée par le décret de 1813, avait pour but de donner satisfaction à tous les besoins auxquels notre profession est appelée à répondre, et elle établissait entre ses membres une hiérarchie parfaitement acceptable, puisqu'elle n'avait d'autre base que la capacité démontrée par les épreuves d'un concours public.

« Mais en exigeant des études plus approfondies, une plus longue rési« dence dans les Écoles, l'Empereur avait senti qu'il fallait offrir aux « élèves vétérinaires, à leur sortie, des dédommagements proportionnés.» J'extrais ces lignes textuellement du Rapport de M. de Montalivet.

C'est dans ce but qu'il avait autorisé les préfets à instituer, dans chaque chef-lieu de préfecture et d'arrondissement, des places spéciales avec une indemnité annuelle de 1,200 et de 800 francs, réservées, les premières, aux médecins vétérinaires ; les deuxièmes, aux maréchaux vétérinaires, à la condition, pour eux, de former un atelier de maréchallerie où des ouvriers seraient initiés à la pratique plus intelligente de leur art et aux connaissances les plus élémentaires de l'art médical et chirurgical.

L'intention de cette dernière clause du décret impérial était de diminuer les dangers de l'empirisme, en convertissant les maréchaux des campagnes, par quelques notions élémentaires, à des pratiques plus ra-

tionnelles, dans les premiers soins à donner aux animaux malades, que celles qui pouvaient leur être inspirées par d'aveugles traditions.

Il est vrai que, par là, une large porte a été malheureusement ouverte aux abus, parce que, il faut bien le dire, un trop grand nombre des vétérinaires qui étaient chargés, par les fonctions dont le décret les avait investis, de présider à cet apprentissage des maréchaux-ferrants, n'ont vu qu'une industrie relative à exploiter, là où il y avait principalement un rôle modeste d'instituteur primaire à remplir.

Mais, malgré ces abus qui pouvaient être et qui auraient été facilement réformés, on ne peut contester que le décret de 1813 réalisait un véritable et solide progrès. En offrant aux élèves de nos Écoles la perspective des places honorables et convenablement rétribuées qu'ils pouvaient conquérir par leur travail et par leur zèle, il créait et soutenait parmi eux cette émulation généreuse à laquelle tant de succès sont dus, comme le disait si bien M. de Montignac, en même temps qu'il conviait un plus grand nombre de jeunes gens instruits à embrasser la carrière vétérinaire.

En outre, le décret de 1813 avait posé les bases d'une excellente organisation du service médical vétérinaire en France : organisation que l'Allemagne nous a empruntée et dont elle apprécie tous les jours les bienfaits, car c'est par elle qu'elle oppose un obstacle insurmontable aux invasions de la peste bovine dont le voisinage des steppes la menace incessamment.

Pourquoi faut-il que l'on n'ait pas respecté, au moins dans ce point essentiel, cette loi constitutive de notre profession, si sagement conçue et qui, bien interprétée et fécondée par l'application, aurait pu être si profitable aux intérêts agricoles, dont la vétérinaire n'est, après tout, qu'une sauvegarde.

Ce fut en 1825, après douze ans de mise en pratique, que le décret de 1813 fut remplacé par une ordonnance royale qui se contenta de réglementer l'enseignement dans les Écoles, sans rien statuer sur l'exercice de la médecine vétérinaire civile comme l'avait fait avec une si intelligente sollicitude le décret de l'Empereur.

Aux termes de cette ordonnance, les trois Écoles vétérinaires de France furent mises sur le pied de l'égalité :

Même durée des cours fixée à quatre années pour toutes ;
Mêmes matières de l'enseignement ;
Mêmes titres sur les diplômes qu'elles venaient concéder ;
Seulement, et chose inconséquente, inégalité du nombre des professeurs !

Je ne veux pas aborder ici, messieurs, la trop délicate question de savoir si ce nivellement fut un bien.

Je constaterai seulement, à l'éloge de M. Girard, qui fut l'un des inspirateurs principaux du nouveau système, que la distribution générale des Cours, telle qu'il la consacrait, était mieux entendue que celle de 1818.

A cet égard il y avait progrès. Mais il est regrettable qu'une large part n'ait pas été faite dans ce système à l'enseignement pratique de l'économie rurale et de ce qu'on a appelé depuis la zootechnie ;

C'est là le vice fondamental de l'ordonnance de 1825.

Si, dès l'époque de sa promulgation, les élèves vétérinaires avaient pu être initiés, par l'exemple même, aux procédés de culture et d'éducation des bestiaux dont on ne pouvait que leur exposer la théorie, chose éphémère de soi et qui tend à s'évanouir sans laisser de trace, lorsque le fait n'est pas venu se placer à côté du principe pour le graver dans la mémoire ; alors les Écoles vétérinaires et leurs élèves auraient pu remplir complétement le rôle qui leur appartient ; et en présence des résultats qu'ils auraient produits, il ne serait jamais venu à personne l'idée de créer, à côté d'elles, un Institut agricole.

Il est regrettable aussi que l'ordonnance royale n'ait pas consacré cette idée si juste de Napoléon, d'organiser la médecine vétérinaire civile et d'offrir aux élèves, à leur sortie des Écoles, la perspective de places honorables, réservées aux plus méritants des vétérinaires, comme récompense de leur travail.

Si, adoptant cette idée et en faisant une plus large application, le nouveau législateur avait obligé les aspirants aux fonctions des haras à venir puiser dans nos Écoles les éléments d'une instruction solide ;

Si enfin l'armée, modifiant dès lors ses statuts à notre égard, avait permis à nos élèves de prendre rang comme aujourd'hui dans son état-major ;

Alors la profession vétérinaire, avec toutes les issues que lui ouvre la pratique de l'art, serait devenue une de ces carrières recherchées vers lesquelles un grand nombre de jeunes gens instruits s'empressent de se diriger, en apportant ce contingent d'intelligences cultivées et de connaissances premières, qui est, pour toutes les sciences, la plus sûre garantie du progrès.

Il n'a pas dépendu de M. Girard que ces aspirations si légitimes de la profession vétérinaire reçussent, pendant le temps de sa gestion administrative, un commencement de réalisation.

Il faut lui rendre, au contraire, cette grande justice de dire qu'il s'est épuisé en efforts inutiles, auprès d'officiers généraux avec lesquels sa position comme son caractère le mettait en rapports, pour obtenir que les vétérinaires de l'armée sortissent du rang subalterne dans lequel ils demeuraient confinés et trouvassent, dans la carrière militaire, la considération et des avantages qui leur permissent de lui consacrer avec dévouement leur intelligence et leurs forces.

Mais les temps n'étaient pas venus ! Il n'a fallu rien moins, messieurs, que l'avénement au trône de l'héritier du nom et du continuateur de l'œuvre de Napoléon Ier, pour que nos confrères de l'armée fussent enfin appelés à l'honneur de prendre rang parmi les officiers. En sorte que c'est au gouvernement des Napoléon que notre profession est redevable et doit se montrer à jamais reconnaissante des deux actes principaux qui ont été faits pour son amélioration depuis qu'elle existe.

Le premier a tenté, par son décret de 1813, cette organisation de la médecine vétérinaire civile, qui aurait été si féconde en bons résultats, si la pensée même dont elle émanait n'avait pas été, pour le gouvernement de 1825, un motif suffisant de la détruire.

Le second a réalisé l'organisation de la médecine vétérinaire militaire, et déjà l'événement a prouvé combien cette organisation est heureusement conçue et de quelle utilité elle doit être aux intérêts de notre cavalerie !

Et, puisque nous sommes amenés, messieurs, à rappeler ce grand bienfait, c'est pour nous un devoir d'en témoigner ici, au nom de la profession vétérinaire tout entière, notre reconnaissance profonde à l'empereur Napoléon III. Et, en même temps, nous osons formuler l'espérance qu'il voudra bien compléter son œuvre en réorganisant la médecine vétérinaire civile et en protégeant ceux qui l'exercent dans leurs modestes et difficiles fonctions, qui seraient bien plus profitables aux intérêts agricoles, si leur salutaire influence n'était pas à chaque instant et partout contre-balancée par les pratiques dangereuses d'un aveugle et grossier empirisme.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mouvement du choléra dans les hôpitaux civils de Paris :

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
25 octobre.	7	8	7
26 —	15	5	11
27 —	10	4	6
28 —	10	5	7
29 —	11	7	9
	53	29	30

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie.		6,656
Sortis.....................	3,017	6,467
Décédés.....................	3,450	
Reste..................		189 en traitement.

— Par divers décrets, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Andrieu, médecin-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient ;
Cerrier, médecin-major ;
Carion, médecin-aide-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient ;
Roustans, médecin-aide-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient ;
Bonnal, médecin-aide-major à l'hôpital de Toulon ;
Bonaccorsi, médecin-aide-major.

— Contrairement à l'usage antique et solennel, la séance annuelle de rentrée de la Faculté n'aura pas lieu le 2 ou le 3 novembre, mais seulement le 15 ; M. Bérard prononcera l'éloge Orfila.— Néanmoins, le registre des inscriptions sera ouvert le 2 et les examens commenceront le même jour.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, professeur, membre de l'Académie des sciences, ouvrira son Cours de géologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, dans les galeries de zoologie, aujourd'hui mardi 31 octobre, à une heure, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— Nous avons reçu d'un de nos abonnés dont il ne nous a pas été possible de lire le nom, un article remarquablement écrit sur le dernier décret relatif aux établissements d'enseignement supérieur. Nous aurions été heureux de répondre aux vœux de l'auteur en publiant cet article. Malheureusement, nous ne pourrions le faire sans nous mettre en contravention avec la loi sur la presse. Nous ne pouvons donc qu'exprimer tous nos regrets à notre distingué et inconnu correspondant.

— La fête de la Toussaint empêchera, *par exception,* le *Moniteur des Hôpitaux* de paraître jeudi prochain.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 131. 2e année. Samedi 4 Novembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 3 Novembre 1854.

Qu'est-ce que le cancer?

A propos de la discussion de l'Académie de médecine.

On discute, depuis plusieurs séances, à l'Académie de médecine, pour savoir si certaines tumeurs sont ou ne sont pas cancéreuses. Des orateurs éminents, des praticiens habiles, protestent contre la doctrine de l'École moderne et prétendent que les tumeurs composées d'épithélium, et les tumeurs composées d'élément fibro-plastique, doivent rester confondues avec les tumeurs composées d'élément cancéreux. Tous reconnaissent qu'il y a entre ces diverses tumeurs des différences de structure, mais ils soutiennent que l'analogie de leur marche et de leurs symptômes doit les faire considérer comme de simples variétés d'une même maladie. En cela, chacun obéit à ses inspirations et à ses croyances traditionnelles, sans sacrifier aux exigences de la logique. Il serait temps, enfin, qu'un de nos adversaires voulût bien monter à la tribune et donner une définition bien claire, bien précise et bien régulière, de ce qu'on doit désigner sous le nom de cancer. Aucun d'eux ne l'a fait jusqu'ici, et nous ajoutons qu'aucun d'eux ne le fera, parce que, au point de vue où ils se placent, la chose est tout simplement impossible. Nous nous faisons fort de le démontrer dans le courant de cet article.

Pour pouvoir dire si une tumeur est ou n'est pas cancéreuse, il faut d'abord commencer par déterminer la signification du mot *cancer,* chose difficile s'il en fût, et que nos devanciers ont vainement entreprise. Pour nous, qui croyons à l'anatomie pathologique, et qui ne nous défions pas des renseignements fournis par l'étude microscopique, ce problème si longtemps insoluble n'a plus rien d'embarrassant. Nous disons simplement : le cancer est une production accidentelle caractérisée par la présence d'un élément anatomique spécial et hétéromorphe, — et nous donnons aussitôt la description de cet élément ; — mais avant que le microscope eût fourni ce caractère d'une précision rigoureuse, il n'y avait dans la science aucune définition capable de résister quelques instants à l'examen le plus superficiel.

La seule définition qui eût au moins une apparence scientifique, était celle de Laënnec et de son école. Le cancer, disait-on, est caractérisé par la présence de deux tissus sans analogues dans l'économie : le tissu squirrheux et le tissu encéphaloïde. Il ne s'agissait plus que de décrire ces deux tissus. On le faisait tant bien que mal, et, pour le dire en passant, on n'y réussissait guère. Par exemple, on sait que les hypertrophies glandulaires, absolument différentes du cancer, ainsi que tout le monde le reconnaît aujourd'hui, ont conservé sans contestation leur antique droit de bourgeoisie parmi les affections cancéreuses aussi longtemps que les successeurs de Laënnec ont gardé le sceptre de l'anatomie pathologique. Pour qu'une pareille erreur pût se produire et persister pendant plus de trente ans, il fallait que les caractères assignés aux tissus squirrheux et encéphaloïde fussent singulièrement élastiques. Mais c'est la moindre objection qu'on puisse faire à la définition de Laënnec. Le cancer colloïde, le cancer mélanique, le cancer hématode, ne ressemblaient ni au squirrhe ni à l'encéphaloïde. Fallait-il les

---

FEUILLETON.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament,

Par MM. C. DENONVILLIERS et L. GOSSELIN.

La douzième livraison du *Compendium de chirurgie* est tout entière consacrée aux maladies de l'appareil de la vision, dont l'histoire avait été commencée à la fin de la onzième livraison. Cette partie importante de la chirurgie a été l'objet de toute la sollicitude des auteurs, qui, fidèles à la division adoptée par eux dans les affections chirurgicales des autres régions, ont étudié successivement les vices de conformation, les lésions traumatiques, vitales et organiques de chacune des parties constituantes de l'appareil visuel. En rattachant ainsi l'ophthalmologie au plan général de l'ouvrage, les auteurs ont donné aux divisions secondaires de cette partie de leur œuvre un cachet d'originalité qui distingue déjà ce traité des maladies des yeux de ceux que nous tenons des spécialistes en ophthalmologie.

Nous ne saurions, dans ce compte rendu, nous attacher à faire ressortir tous les points neufs de l'ouvrage ; mais nous signalerons, dans le chapitre relatif aux maladies des sourcils, l'article kystes dermoïdes, où ces productions ont été interprétées, en tenant compte des progrès récents de l'anatomie pathologique. Ne se contentant pas, comme on le fait trop souvent, de renvoyer le lecteur aux articles généraux sur les tumeurs, MM. Denonvilliers et Gosselin ont donné la description complète des tumeurs des paupières, comme ils l'avaient fait, du reste, pour les autres régions.

Les généralités dont les esprits superficiels sont bien aises de se contenter ne sauraient, en effet, suffire aux praticiens sérieux qui voient, dans le siége occupé par telle ou telle production hémœomorphe ou hétéromorphe, la source de différences dans les symptômes et surtout dans les médications thérapeutiques.

Après avoir décrit, avec beaucoup de soin, les vices de conformation des paupières, l'agophthalmie, phimosis, épicanthus, coloboma, ankyloblépharon, symblépharon, entropion, ectropion, etc., les auteurs du *Compendium* ont consacré un article spécial à la blépharoplastie. Or, de toutes les régions que le chirurgien est appelé à restaurer par l'un des procédés autoplastiques, il n'en est pas qui soit la source d'indications plus diverses que les paupières : que de variétés dans la lésion qui nécessite la restauration ! que de différences dans la grandeur, le siége de la perte de substance, sa forme ou sa profondeur ! que de difficultés créées par l'état des parties voisines, le nombre, l'étendue, la fixité des cicatrices ! Aussi peut-on dire qu'il n'y a peut-être pas deux cas qui se ressemblent tout à fait, et

exclure de la classe des cancers? Plusieurs voulurent le faire et on n'a pas oublié les embarras, les hésitations, les contradictions sans nombre qui en résultèrent pour la pathologie. Tout récemment encore, M. Gerdy, l'un de nos adversaires, n'a-t-il pas avoué devant l'Académie que la doctrine de Laënnec n'avait aucune consistance et ne répondait à aucun des besoins de la pratique?

Telle était la valeur de la seule définition qui eût la prétention de reposer sur les caractères anatomiques du cancer. Nous croyons superflu de nous y arrêter plus longtemps. Il serait temps de la battre en brèche le jour où quelqu'un se lèverait pour la défendre; en attendant, nous la laisserons dormir dans l'oubli où elle est tombée.

Mais si la définition anatomique de Laënnec est abandonnée, reste-t-il au moins quelque autre définition dont nos adversaires puissent se servir? Nous ne craignons pas de le dire bien haut, et sans crainte d'être démenti: non, il n'y a pas dans la science classique une seule définition présentable, et la preuve, c'est que nos adversaires n'en ont présenté aucune à l'Académie. Nous avons bien entendu quelques orateurs annoncer qu'un des principaux caractères des affections cancéreuses était leur tendance à la récidive; mais ce caractère ne peut servir de base pour une définition, car il appartient à une très-grande quantité de productions accidentelles que personne ne confond avec le cancer. Il est remarquable, du reste, que ceux-là même qui s'efforcent de caractériser le cancer par sa tendance à la récidive, croient précisément à la curabilité du cancer, et admettent, par conséquent, que la récidive n'est pas inévitable. Ainsi, d'une part, ce prétendu caractère distinctif appartient à une foule de tumeurs non cancéreuses, et d'autre part, on admet qu'il n'appartient pas à toutes les tumeurs cancéreuses; il est donc impossible de s'en servir dans une définition scientifique.

Il en est de même de tous les autres caractères tirés de l'observation clinique.

Parlera-t-on des causes? Elles sont le plus souvent inconnues. Il y a bien certains cas où l'influence héréditaire n'est pas douteuse; mais combien n'y a-t-il pas de cancers développés en dehors de cette influence, et combien n'y a-t-il pas d'affections locales ou générales susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité! Ce second caractère est donc absolument nul.

Parlera-t-on de l'évolution de la tumeur, de sa marche croissante, de la ténacité avec laquelle elle brave l'action des emplâtres ou des pommades dites fondantes? Mais les tumeurs fibreuses, les lipomes, les polypes de tous genres, les tumeurs érectiles de toutes sortes présentent aussi ce caractère. Nous pourrions multiplier les exemples à volonté. Presque toutes les productions accidentelles, sous ce rapport, ressemblent au cancer.

Parlera-t-on des douleurs lancinantes, ce symptôme si classique et si trompeur? Ce serait revenir d'un siècle en arrière. Les douleurs lancinantes manquent souvent, et très-souvent, à toutes les périodes du cancer, et elles se manifestent très-souvent aussi dans les tumeurs les moins suspectes. Au surplus, il est inutile d'insister là-dessus, personne, à notre connaissance, n'attachant aujourd'hui la moindre importance à ce caractère suranné.

Parlera-t-on du phénomène de la généralisation, c'est-à-dire de la possibilité de trouver sur le même individu plusieurs tumeurs semblables ou analogues entre elles? Ce serait oublier qu'il y a des lipomes multiples, des névromes multiples, des tumeurs érectiles multiples, des exostoses multiples, des verrues multiples, des cornes cutanées multiples, des anévrysmes multiples, des tumeurs fibreuses multiples, des tumeurs scrofuleuses, tuberculeuses ou syphilitiques multiples. Ce serait oublier aussi qu'il est très-fréquent de voir le cancer rester unique jusqu'au dernier jour de la vie. Cinquième caractère aussi nul que les précédents.

Parlera-t-on de l'ulcération de la tumeur et de la ténacité des ulcères qui en résultent? Mais ce caractère appartient à un grand nombre de productions accidentelles; les hypertrophies glandulaires ou ganglionnaires s'ulcèrent; les tumeurs tuberculeuses s'ulcèrent; les tumeurs érectiles s'ulcèrent; les enchondromes, les gommes syphilitiques, les lipomes même s'ulcèrent, et il nous serait facile d'en citer des exemples. — Ajoutez que l'ulcération est seulement un accident dans l'évolution du cancer; ce phénomène se produit quand la tumeur atteint une surface cutanée ou muqueuse; mais les cancers profonds, les cancers du foie, par exemple, ceux de l'ovaire, ceux de la rate ou du cerveau, parcourent souvent toutes leurs périodes sans s'ulcérer, et les cancers de la mamelle eux-mêmes peuvent, pendant toute leur durée, échapper à l'ulcération. — Mais le cancer, objectera-t-on, a *plus de tendance* à s'ulcérer que les autres productions accidentelles? — Nous le reconnaissons volontiers, seulement nous ajoutons que réduire la question à ces termes, c'est avouer l'inanité du prétendu caractère de l'ulcération. Une tendance n'est pas un caractère. On n'invoque les tendances que lorsque les faits précis manquent complétement. Il y a longtemps que l'opinion publique est éclairée sur la valeur des procès de tendance. Laissons donc de côté la tendance à l'ulcération, et cherchons, si c'est possible, quelque autre caractère un peu plus sérieux.

Le cancer, a-t-on dit, a la propriété de s'assimiler les tissus

---

que la blépharoplastie est presque tout entière sous l'inspiration du chirurgien; cependant, l'indication des divers procédés généraux reste la source des notions dont on se rapproche toujours plus ou moins.

Si les affections de la glande, des points et des conduits lacrymaux sont intéressants à plus d'un titre, nul doute que l'attention du chirurgien ne doive surtout être attirée sur l'étude de la tumeur et de la fistule lacrymales. C'est ce qu'ont indiqué les auteurs du *Compendium*, en donnant à ce chapitre toute l'étendue qu'il mérite. Eloignant toute idée exclusive sur la cause et le mode de développement de la tumeur lacrymale, MM. Denonvilliers et Gosselin ont insisté avec raison sur le rôle important que joue l'inflammation, point de départ le plus fréquent de l'obstruction du canal, qui, bien que n'étant pas de nécessité absolue, se rencontre néanmoins souvent dans le cas de tumeur lacrymale. Les faits d'anatomie pathologique publiés par Demours, MM. Sichel, Auzias, Taillefer et Béraud ne peuvent laisser de doute à cet égard. Et d'ailleurs, les pathologistes qui, à l'exemple de Scarpa et autres, voudraient avoir sur le mode de production de la tumeur lacrymale une opinion exclusive, n'auraient-ils pas un démenti dans les cas dont ne peuvent rendre compte ni la doctrine de l'inflammation, ni la doctrine de l'obstruction. Ce point de départ a d'autant plus d'importance qu'au sein de l'obscurité qui a régné et règne encore sur le traitement, au milieu des embarras qu'éprouve chaque jour le chirurgien en face de la tumeur lacrymale, des procédés nombreux ont pris jour et se sont succédé à diverses époques, dominant la thérapeutique à tour de rôle, selon l'idée pathogénique qui tour à tour régnait dans les Écoles. C'est ainsi que le traitement médical antiphlogistique a pu avoir ses partisans exclusifs, et l'on sait que Demours, Lawrence, Mackensie, lui attribuent la plus grande influence; cependant, il faut le dire tout de suite, la plupart des chirurgiens ont compris que la médication purement médicale ne pouvait suffire seule que dans quelques cas légers, et y ont ajouté un traitement chirurgical. Aussi, les auteurs du *Compendium* ont-ils donné tous leurs soins à l'exposition claire et précise des nombreuses opérations conseillées dans ce cas. En présence de la richesse des procédés chirurgicaux appliqués à la cure de la fistule lacrymale, on pourrait croire l'art suffisamment armé, et cependant il est peu de maladies qui fasse autant le désespoir des praticiens sérieux. MM Denonvilliers et Gosselin divisent ces procédés en quatre classes, selon l'indication qu'ils semblent destinés à remplir.

La première classe comprend les moyens chirurgicaux propres à rétablir la voie naturelle des larmes, moyens auxquels se rattachent le cathétérisme, les injections d'Anel, la dilatation de Mizan, de Laforest, de M. Gensoul, la dilatation par le procédé de J.-L. et ses nombreuses modifications relatives soit au mode de dilatation du canal, et enfin le traitement par les canules et la cautérisation.

La deuxième classe comporte les moyens chirurgicaux propres à ouvrir aux liquides une voie artificielle, et ici se placent les procédés de Woolhouse, de l'oculiste Saint-Yves, des professeurs Laugier et Gerdy.

Dans la troisième classe rentrent les procédés destinés à fermer la voie naturelle des larmes, tandis que, dans la quatrième classe, se rangent les moyens propres à en tarir la source. Cette indication rapide des grandes divisions suffit pour montrer que les auteurs du *Compendium* ont

voisins, de les convertir en sa propre substance. Telle est l'expression consacrée. Elle pèche autant contre la physiologie que contre la grammaire. Le cancer détruit les tissus, il ne les transforme pas. Il pénètre dans leurs interstices ; il s'insinue au milieu de leurs éléments, les comprime, les atrophie, les étouffe, les résorbe, les fait disparaître et prend leur place. C'est une simple substitution. De là à une transsubstantiation hypothétique et mystique, il y a loin. Mais ne discutons pas cette inutile question. Le cancer détruit les tissus, voilà le fait. Or, ce phénomène, une fois dégagé de l'hypothèse excentrique de la transmutation des tissus, n'offre plus rien qui soit propre à caractériser le cancer. La destruction des tissus par absorption, par compression, par ulcération ou par atrophie, se rencontre à chaque pas dans l'histoire des productions accidentelles de toutes sortes. — Autre caractère complétement illusoire.

Le cancer, ajoute-t-on, à la propriété de déterminer dans les ganglions lymphatiques du voisinage un engorgement de même nature que la tumeur primitive. Entendons-nous d'abord sur la valeur de ce nouveau caractère. Si on veut le faire intervenir comme élément important dans la description du cancer, on a grandement raison; mais si on veut en faire la pierre de touche des affections cancéreuses, on a tort; car beaucoup de cancéreux meurent sans présenter le moindre engorgement ganglionnaire. Ce phénomène, subordonné aux variétés de la structure anatomique des organes, manque en premier lieu lorsque le cancer est limité aux os, ou à l'œil, ou au cerveau, organes dans lesquels l'appareil lymphatique est, ou complétement nul, ou tellement rudimentaire, qu'il ne joue aucun rôle connu dans la production et l'évolution des lésions morbides. — En second lieu, ce phénomène manque encore, sans que jusqu'ici personne ait su dire pourquoi, dans certains cas où il serait naturel de compter sur sa présence. Par exemple, le cancer de la mamelle parcourt quelquefois toutes ses périodes et détermine la mort, sans que la moindre tuméfaction se soit manifestée dans les ganglions axillaires; ainsi le caractère de l'engorgement ganglionnaire n'appartient pas à toutes les tumeurs cancéreuses. En outre, il n'est pas propre au cancer : une foule d'affections locales peuvent déterminer dans les ganglions correspondants une lésion analogue à la lésion primitive. Nous laisserons de côté les tumeurs épithéliales qui infectent quelquefois les ganglions; nous ne pouvons pas nous servir de cet exemple, puisque nos adversaires l'invoquent pour confondre les cancroïdes avec les cancers. Mais personne n'ignore combien il est fréquent de trouver de la matière tuberculeuse dans les ganglions bronchiques des phthisiques. Dira-t-on que l'affection des ganglions s'est développée sous l'influence directe de la diathèse, et n'a aucune connexion avec l'affection pulmonaire? Il resterait à expliquer pourquoi ce sont précisément les ganglions bronchiques qui sont atteints; leur structure est la même que celle des autres ganglions où les productions tuberculeuses sont relativement beaucoup plus rares, et où elles ne se montrent du reste ni dans les mêmes conditions, ni avec les mêmes caractères.—Veut-on de nouveaux exemples d'engorgements ganglionnaires consécutifs à une lésion primitive, et de même nature que cette lésion? Qu'on étudie l'histoire de la syphilis, de la morve, des piqûres anatomiques.— Ce sont des virus, objectera-t-on. — Virus tant que vous voudrez, il n'en est pas moins vrai que la lésion ganglionnaire est de même nature que la lésion primitive. — Mais prenons des cas plus simples, prenons l'inflammation aiguë ou chronique, l'angioleucite, l'érysipèle, le phlegmon diffus ou circonscrit. Qui ignore la fréquence excessive de l'adénite symptomatique de ces affections, fréquence au moins égale à celle de l'adénopathie cancéreuse? Mais quoi, objecte-t-on encore, l'inflammation n'est pas le cancer! — Non, Dieu merci, mais cela n'empêche pas que l'adénite secondaire ne soit de même nature que l'affection principale, et le rapprochement que nous venons de faire est si naturel, que le temps n'est pas éloigné où on s'en servait pour prouver que le cancer était une inflammation chronique, comme on veut s'en servir aujourd'hui pour prouver que les tumeurs épithéliales sont cancéreuses. Insister plus longtemps sur ce caractère, ce serait méconnaître l'origine et le mode de formation des adénopathies secondaires, ce serait ignorer l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'appareil lymphatique. Les poudres colorantes dont on se sert pour tatouer la peau, le vermillon, le bleu de Prusse, finissent à la longue par s'introduire dans la cavité des réseaux lymphatiques, qui les versent dans les troncs ; ceux-ci les transportent et les déposent dans les ganglions correspondants où on les retrouve encore au bout d'un grand nombre d'années. Ce phénomène, démontré par M. Follin, est aujourd'hui accepté par tout le monde. Or, si une substance inorganique, si une poudre solide peut être entraînée avec la lymphe, s'il est prouvé par cet exemple qu'il y a quelque chose de purement mécanique dans la cause des dépôts secondaires qui s'effectuent dans les ganglions, le prestige s'évanouit et l'adénopathie cancéreuse cesse de constituer un caractère spécifique propre à servir de base à une définition.

Il reste, dira-t-on enfin, un symptôme ou plutôt un ensemble de symptômes qui distinguent entièrement le cancer de toutes les autres affections : c'est cette cachexie ultime qui termine la vie des cancéreux, et qui se traduit à l'extérieur par des phénomènes non équivoques. — Cela est vrai, mais cette cachexie que vous invoquez existe-t-elle chez tous les individus qui succom-

---

tenu à présenter au chirurgien le tableau complet de toutes les ressources qui s'offrent à lui en présence d'une tumeur lacrymale. Qu'il nous suffise d'ajouter que MM. Denonvilliers et Gosselin, tout en spécifiant avec soin les divers cas qui peuvent s'offrir et les moyens qui leur conviennent, accordent une confiance plus marquée à la dilatation suivie de l'emploi de la canule. C'est, du reste, la méthode à laquelle la plupart des chirurgiens modernes, MM. Velpeau, A. Bérard, entre autres, ont donné la préférence.

C'est en restant fidèles à leur plan que les auteurs du *Compendium* ont été amenés à commencer l'étude des affections du globe oculaire par les lésions traumatiques, et ceci leur a fourni l'occasion de faire, dans un chapitre à part, l'histoire de la commotion, de la contusion, de la compression et des plaies du globe de l'œil. Cette partie offre un intérêt d'autant plus grand, qu'elle manque, en général, dans les traités d'ophthalmologie ou que, du moins, ce qui s'y rattache se trouve dispersé çà et là, et que la description de la cataracte traumatique et des déplacements du cristallin se trouve faite en même temps. Les auteurs du *Compendium* ont pu tracer le tableau complet des ruptures de l'œil avec les faits observés par eux et ceux dus à Mackensie, Middlemore, Walker, France, Dixon, etc., et insister sur les variétés nombreuses que présentent les plaies de l'œil, selon la membrane qui a été atteinte ; enfin, un long article sur les corps étrangers non pénétrants ou pénétrants du globe oculaire et sur l'exophthalmie traumatique complète, la section des lésions physiques. Nous arrivons ainsi aux affections vitales et organiques qui sont divisées en trois chapitres, l'un comprenant les inflammations oculo-palpébrales; le deuxième, les maladies autres que l'inflammation qui attaquent les divers éléments de l'œil séparément, et la troisième, les maladies organiques qui attaquent tout le globe oculaire.

Après toutes les divisions et subdivisions établies depuis le commencement du siècle, dans le chapitre des inflammations oculo-palpébrales, il est devenu difficile d'aborder ce sujet en restant dans la réserve que commande la saine pratique ; et cet embarras les auteurs du *Compendium* l'expriment dans la phrase suivante : « Les chirurgiens de notre temps ont « envisagé le sujet d'une façon toute différente, et les livres publiés de- « puis le commencement de ce siècle se distinguent par le luxe bien plus « que par la sobriété des divisions. » Et pour ne parler que de l'iritis, on sait avec quelle profusion les auteurs allemands y ont établi des subdivisions. Personne n'admet plus aujourd'hui l'iritis typhoïde, qu'avaient indiquée Wallau et Hewson, pas plus que l'iritis pléthorique, veineuse, laiteuse, nerveuse ; il en est de même des iritis variolique, rubéolique, scorbutique, sympathique, hydrargyrique.

En France, assez généralement quand on parle d'une inflammation rhumatismale, arthritique, scrofuleuse, on veut dire seulement que chez un individu en proie ou sujet à l'une de ces affections, les phlegmasies de l'œil, comme toutes les autres, sont ou peuvent être plus ou moins modifiées dans leur marche, dans leur traitement et dans leurs suites par les dispositions dont il s'agit. Mais toute l'École de Beer, reproduite chez nous par Weller, est partie d'une autre base et elle veut que les caractères anatomiques de la maladie en indiquent la cause, et qu'en regardant un œil atteint d'iritis, par exemple, on puisse du premier coup distinguer les différentes sortes d'iritis l'une de l'autre. Ces idées avaient obtenu quelque

bent à ce que vous désignez sous le nom de cancer? L'avez-vous jamais constatée, par exemple, chez les malades atteints de *noli me tangere,* ou de ce que nous appelons aujourd'hui les ulcérations cancroïdes de la peau? Vous savez bien que non, et lorsque nous nous servons de ce caractère de la cachexie pour distinguer le cancroïde du véritable cancer, comment nous répondez-vous? Citez-vous des cas de cancroïdes accompagnés de la teinte jaune paille de la peau et des autres signes de la cachexie cancéreuse? Non; vous citez des cas très-nombreux de cancer véritable et incontesté où la cachexie a manqué, et vous dites : Si la cachexie ne fait pas nécessairement partie de la marche de tous les cancers, l'absence de cachexie dans le cas de cancroïde ne prouve pas que le cancroïde soit différent des autres cancers. Il y aurait bien des choses à répondre à ce raisonnement; mais ce n'est pas ici le lieu de le faire. Il nous suffit d'enregistrer l'aveu caché derrière votre argument. Il nous suffit de savoir que les signes de la cachexie peuvent faire défaut chez des individus qui succombent à des affections incontestablement cancéreuses, pour perdre à jamais l'envie de faire intervenir la cachexie, sous une forme quelconque, dans la définition du cancer. Dans la description de la maladie, c'est une autre chose; la cachexie y joue un rôle d'une importance capitale; elle constitue un élément précieux pour établir un parallèle entre les affections qui la produisent souvent et celles qui ne la produisent jamais; mais une définition qui roulerait sur cet élément inconstant serait par là même frappée de nullité.

Nous venons de passer en revue les principaux symptômes des tumeurs cancéreuses; aucun d'eux n'est constant, si ce n'est peut-être la récidive; aucun d'eux surtout n'est pathognomonique, puisque tous peuvent se présenter, à divers degrés, dans les tumeurs les moins suspectes. Aucun d'eux, par conséquent, ne peut servir à définir le cancer.

Il ne restait plus qu'une ressource, et on en a profité. On s'est efforcé de rassembler dans une phrase unique, mais nécessairement très-longue, tous les phénomènes que nous venons de passer en revue. D'abord, ceci constitue une description, et non pas une définition. Ensuite, et surtout, chacun de ces éléments étant trompeur, la description elle-même a grande chance d'être erronée. L'accumulation des erreurs ne peut pas conduire à la vérité.

Ceci déjà nous dispose à être sévère pour cette définition éclectique, dernier refuge de nos adversaires. Mais voyons quelle est cette définition, afin de pouvoir la juger en pleine connaissance de cause.

Le cancer, dit-on, est une production accidentelle se développant, *en général,* sans cause connue, mais susceptible de se transmettre *quelquefois* par voie d'hérédité; — ayant de la *tendance* à s'accroître, et à envahir les tissus voisins; — finissant, *en général,* par s'ulcérer, et par donner lieu à des pertes de substance qui sont *souvent* le siége d'hémorrhagies répétées; — déterminant, *en général,* dans les ganglions correspondants, des engorgements de même nature que la tumeur primitive; — récidivant *le plus souvent* après l'ablation, soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, soit dans un autre point de l'économie; — produisant, *en général,* une cachexie dont les symptômes sont, *en général,* faciles à reconnaître, — et donnant lieu enfin, *environ une fois sur deux,* à la production de tumeurs multiples, soit dans le foie, soit dans les poumons, soit dans les os, soit dans les autres points de l'économie.

En tout, sept caractères, dont aucun n'est absolu, mais dont l'ensemble suffit pour donner à la maladie une physionomie distincte.

Lorsque tous ces caractères existent simultanément, nos adversaires s'accordent à dire qu'il s'agit bien réellement d'un cancer; mais la plupart de ces caractères peuvent manquer ensemble ou isolément; il est même assez rare qu'il soient tous réunis. Si on devait expulser de la classe des cancers tous les cas qui restent en dehors de cette prétendue définition, le nombre des cancéreux diminuerait singulièrement.

On a donc pris l'habitude de dire : les tumeurs cancéreuses sont celles qui présentent *la plupart* de ces caractères. Mais alors la distinction devient entièrement arbitraire, et chacun a le droit de tailler à son gré dans le cadre des productions accidentelles, en disant : Ceci est cancéreux, ceci ne l'est pas. — Une définition doit être inexorable; un seul cas exceptionnel suffit pour la renverser de fond en comble. Que dirait-on d'une pneumonie dans laquelle le poumon ne serait pas enflammé? Que dirait-on d'un losange dont les quatre côtés ne seraient pas égaux?

Prenons un exemple, pour rendre la chose palpable. Un malade est atteint de *cancer véritable* de l'orbite : sa tumeur acquiert un volume considérable, envahit tous les tissus de la région, détruit ou refoule les os et finit par s'ulcérer; l'ulcération s'accroît, donne lieu à des hémorrhagies et devient le siége de végétations fongueuses; finalement, le malade meurt : on fait l'autopsie, on constate les caractères de la tumeur, mais on trouve que les ganglions et les viscères sont parfaitement sains. Ce cas n'est point hypothétique : les cancers véritables de l'orbite se comportent très-souvent ainsi.

Mettons nos adversaires en présence d'un cas de ce genre, et demandons leur quelle est la nature de cette tumeur redoutable.

---

crédit, grâce à l'appui de M. Sichel, disciple éminent de Beer et de Jæger, lorsque M. Velpeau les attaqua vigoureusement dans ses écrits et dans ses leçons cliniques. Le chirurgien français a préféré fixer le point de départ de sa classification d'après le siége de la phlegmasie dans telle ou telle partie de l'œil, et les symptômes attribués aux différences de nature de la phlegmasie ont été rattachés par lui, avec plus de vérité, à l'inflammation de tel ou tel élément. Cependant il ne faudrait pas, en exagérant les idées de M. Velpeau, penser que la phlegmasie, de ce qu'elle affecte des formes différentes dans les diverses membranes de l'œil, se limite rigoureusement à l'une d'elles.

« Ce serait, font observer à juste titre les auteurs du *Compendium,* « s'exposer à présenter un tableau incomplet et infidèle de l'inflammation « d'une des membranes de l'œil, et à peindre une maladie qui n'existe pas « dans la nature, que de s'en tenir aux phénomènes qui se passent dans « cette seule membrane en négligeant l'état des parties voisines. Une « bonne description de l'iritis, par exemple, doit comprendre non-seule- « ment les altérations propres de l'iris, mais encore les modifications que « l'inflammation de cette membrane entraîne par voisinage, par sympa- « thie, par communication vasculaire, dans la manière d'être ou dans les « fonctions du cristallin, de la capsule, de la membrane de l'humeur vis- « queuse, de la rétine, de la sclérotique, de la conjonctive. Il doit en être « de même pour l'inflammation de quelque autre élément que ce soit, et « c'est une partie essentielle de la description que la recherche et l'expo- « sition des réactions de toute sorte qu'éveille cette inflammation dans les « tissus circonvoisins. »

Partant de ces principes, MM. Denonvilliers et Gosselin ont d'abord exposé la séméiologie générale des inflammations oculo-palpébrales, et ont apprécié la valeur des divers caractères qu'offre chaque symptôme dans les différentes ophthalmies, étude importante, puisque c'est de ces divers caractères que dépend le diagnostic, et que c'est sur eux que se sont basés les partisans des ophthalmies spécifiques. Ainsi, la forme de la rougeur varie dans la conjonctivite, dans la kératite, dans l'iritis. Il en est de même du larmoiement, de la photophobie, dont l'intensité est variable; de la douleur, dont le siége et le caractère ne sont pas les mêmes. C'est alors que MM. Denonvilliers et Gosselin formulent leur opinion dans une phrase que nous croyons encore devoir rappeler : « Après avoir longue- « ment médité sur ce sujet, après avoir contrôlé les assertions des oph- « thalmologistes par l'observation clinique, nous demeurons convaincus « que les prétentions de la doctrine étiologique sont exagérées; que les « causes peuvent avoir ici, comme dans toute autre partie du corps, une « certaine influence sur les manifestations symptomatiques de l'inflam- « mation; mais que cette influence, dont il faut tenir compte, n'est jamais « ni assez prononcée ni assez constante pour que l'on puisse, à la seule « inspection de l'œil, prononcer dans tous les cas et infailliblement; que, « par conséquent, il n'y a pas de raisons suffisantes pour admettre tant « d'espèces distinctes, qui ne diffèrent en réalité que par des nuances « quelquefois à peine appréciables.

La grande classe des ophthalmies est divisée en deux chapitres : le premier comprend les inflammations partielles, et le deuxième traite des inflammations complexes ou ophthalmies proprement dites. Dans le pre-

Ils nous répondent que c'est un cancer, ce qui est parfaitement vrai.

Mais allons plus loin, et demandons-leur pourquoi c'est un cancer.

C'est un cancer, disent-ils, parce que la tumeur s'est développée sans cause connue; parce qu'elle s'est accrue indéfiniment en détruisant les tissus; parce qu'elle s'est ulcérée, et qu'elle a tué le malade. — Il n'y a pas eu de récidive, c'est vrai, mais il y en aurait eu probablement, si on avait enlevé la tumeur.— Il est vrai encore qu'il n'y a pas eu d'engorgement ganglionnaire, ni de cachexie, ni de tumeurs viscérales multiples; mais cela ne prouve rien, puisque ces phénomènes peuvent manquer. En tous cas, les phénomènes dont la tumeur a été le point de départ sont suffisants pour qu'on puisse conclure à l'existence d'un cancer.

— Ils sont tellement peu suffisants, répondons-nous, qu'une tumeur non cancéreuse de l'orbite aurait pu donner lieu exactement aux mêmes phénomènes. Les tumeurs érectiles ou fongueuses sanguines de l'orbite sont bien connues aujourd'hui, et elles ne se comportent pas autrement.

— C'est possible, disent nos adversaires, mais vous oubliez que, s'il s'agissait d'une tumeur fongueuse sanguine, le tissu accidentel aurait présenté à l'autopsie des caractères bien différents ; on y aurait trouvé des cavités pleines de sang, une trame plus solide, une absence totale de suc lactescent....

C'est-à-dire qu'après avoir posé en principe que la maladie cancéreuse se caractérise par ses symptômes et non point par ses lésions, après nous avoir reproché à satiété de suivre une voie qui nous écartait de la clinique, et de négliger les malades en étudiant les tumeurs, — nos adversaires, mis en présence d'un cas particulier, s'adressent d'abord à la clinique, qui manque sous leurs pieds, et sont obligés, pour conserver l'équilibre de leur doctrine, de se cramponner tardivement à cette anatomie pathologique dont ils avaient d'abord dédaigné l'appui.

Ainsi, lorsqu'on définit le cancer d'après un seul de ses caractères cliniques, on se trompe; et lorsqu'on le définit d'après l'ensemble de ses caractères cliniques, on se contredit. C'est pourquoi aucun de nos adversaires n'a jusqu'ici tenté de définir le cancer; c'est pourquoi aucun ne le tentera; c'est pourquoi on continuera à laisser planer le vague et l'arbitraire sur la détermination des diverses espèces de productions accidentelles, et à dire : « Le cancroïde doit être un cancer parce que c'est « mon opinion ; les tumeurs fibro-plastiques doivent être cancé- « reuses parce que c'est mon sentiment; les unes et les autres « peuvent souvent se diagnostiquer; leurs symptômes diffèrent « à certains égards; leur structure à l'œil nu n'est pas la même, « et leur composition microscopique n'est pas la même non plus. « Mais tous les microscopes et tous les scalpels du monde n'em- « pêchent pas que ces tumeurs ne soient de fort mauvaise na- « ture; et il me plaît de donner le nom de cancer à toutes ces « tumeurs, parce qu'elles sont toutes douées d'une certaine ma- « lignité. »

Ceci nous conduit à dire notre façon de penser sur cet éternel caractère de *malignité* qu'on invoque depuis des siècles sans que jamais personne ait pris la peine d'en déterminer rigoureusement la valeur.

L'origine du mot malignité se perd dans la nuit des temps ; il est à peu près impossible d'en découvrir l'auteur, mais il est aisé d'en trouver la raison d'être.

Il est convenu, en dehors de la médecine, que la providence est incapable de faire le mal. Le mal existe, pourtant, au dire même des plus optimistes. Pour concilier l'existence du mal avec celle de la providence, on a eu recours au dogme de l'esprit malin.

De même, il est convenu, en médecine, que tous les actes de la santé et tous les phénomènes de la maladie sont sous la dépendance d'une puissance protectrice inhérente à chaque individu, sorte de providence partielle qu'on nomme la nature, et qui, dans le cas de maladie, prend le nom de nature médicatrice.

Nous ne prétendons pas que cette opinion consolante soit acceptée de tous ceux qui parlent aujourd'hui de la malignité, mais nous affirmons qu'elle était généralement adoptée à l'époque où le mot malignité fut employé pour la première fois.

Or, la nature médicatrice étant une mère excellente, et l'existence du mal physique et spontané ne pouvant être niée, il fallut concilier ces deux données contradictoires. C'est pourquoi on imagina les influences occultes, divines, sidérales ou autres.

Une épidémie éclate dans le camp des Grecs : c'est Apollon qui lance ses traits et qui venge Chryséis des outrages d'Agamemnon. Il n'est peut-être pas une seule religion qui n'ait dans ses annales plusieurs histoires semblables. Relisez dans la collection hippocratique le magnifique début du *Traité de la maladie sacrée,* περὶ ἱερῆς νούσου, ouvrage qui n'appartient probablement pas au véritable Hippocrate, mais qui provient à coup sûr d'un des plus grands penseurs de l'antiquité. Vous y verrez la vraie philosophie aux prises avec les superstitions de cette époque crédule. Vous y trouverez l'énumération des symptômes attribués à Cybèle, mère des dieux, à Neptune, à Mars ou à Apollon. Il n'était pas encore question des démons ni des astres. Les maladies étaient dues simplement au courroux des dieux.

Plus tard, l'Olympe devint désert, mais il resta des étoiles dans

---

mier sont successivement étudiées la blépharite et ses variétés, la conjonctivite, la sclérotite, la kératite, l'iritis, l'aquo-capsulite, la capsulite, la cristallite, l'hyoloïdite, la choroïdite, la rétinite, phlegmasies qui sont loin de jouer toutes le même rôle et d'avoir toutes la même importance. Les auteurs du *Compendium* comprennent, contrairement à quelques chirurgiens, sous le nom de blépharite, l'inflammation des paupières, quel que soit son siége anatomique, et de cette façon ils distinguent une blépharite érysipélateuse, une blépharite phlegmoneuse, une blépharite muqueuse qui peut être catarrhale, granuleuse ou purulente, et une blépharite ciliaire, comprenant les blépharite ciliaire, glanduleuse et diphthéritique de M. Velpeau. Quant à la conjonctivite proprement dite, elle offre plusieurs variétés, elle peut être palpébrale, angulaire, granuleuse, papuleuse, méphitique ou des vidangeurs. La conjonctivite catarrhale n'est pas autre chose que la conjonctivite franche et par conséquent ne saurait faire une variété. La phlegmasie, quand elle atteint la cornée, produit une kératite aiguë ou chronique avec leurs conséquences, ulcères, perforations, fistules. La kératite sera superficielle, interstitielle ou profonde. La forme variée des ulcères de la cornée a motivé un grand nombre de variétés, et nous trouvons mentionnée la division des ulcères en vasculaires et non vasculaires qui nous paraît de première importance.

Niant avec raison l'existence de la sclérotite, MM. Denonvilliers et Gosselin étudient l'iritis et l'envisagent successivement à l'état aigu, à l'état chronique et quand il est produit sous l'influence de la syphilis. Enfin, cette section si vaste des ophthalmies partielles se termine par l'étude de la choroïdite que les auteurs n'acceptent pas aussi franchement que Mackensie, et de la rétinite soit aiguë, soit chronique.

Les ophthalmies complexes comprennent aussi un certain nombre de variétés. Vient en première ligne l'ophthalmie scrofuleuse si remarquable par l'intensité de la photophobie, par sa tendance aux récidives et à la chronicité, qu'on ne saurait méconnaître l'intervention d'un vice particulier. Quelle que soit, du reste, la membrane, paupière, conjonctivite, cornée, sur laquelle la manifestation scrofuleuse se produit, les caractères en sont patents et le traitement ne saurait être celui d'une phlegmasie bien franche. Sous le nom d'ophthalmie non purulente, nous trouvons décrite cette inflammation qui occupe l'iris, l'appareil cristallinien, le corps vitré et la rétine, amenant dans ces parties profondes des modifications qui entraînent l'altération plus ou moins considérable de la vision. Il est utile de connaître ces ophthalmies bien distinctes de l'iritis, à cause de leur terminaison par une atrophie de l'œil et par une série d'opacités dans la pupille, le cristallin et le corps vitré.

L'ophthalmie purulente a été divisée en deux groupes, selon qu'elle est superficielle ou profonde, et sous ce dernier nom, les auteurs du *Compendium* comprennent l'ophthalmite. Ils ont donné de l'ophthalmie purulente une description générale, de telle façon que l'histoire des variétés se trouve abrégée et plus lucide. Ces variétés sont l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, dont le mode d'évolution, dont la source, ne sont pas toujours les mêmes, l'ophthalmie blennorrhagique, sur l'origine de laquelle les chirurgiens sont encore partagés en deux cas, puis l'ophthalmie contagieuse des adultes, désignée aussi sous les noms d'ophthalmie

le ciel, et la *sidération* servit à expliquer l'apparition des maladies inconnues.

Vint le moyen âge, avec ses sorciers et ses démons; les maladies cessèrent de dépendre des astres; on ne croyait plus à la puissance d'Apollon; mais on supposait que les esprits *malins*, isolés ou en légions, faisaient élection de domicile dans le corps des patients. Les fous s'appelaient des possédés ou des démoniaques. Les épidémies, les fièvres graves étaient dues à des influences *malignes*. Là où Homère puisait dans le carquois d'Apollon, là où Pline faisait intervenir la sidération, on invoquait maintenant la malignité. C'était toute la différence.

Du reste, on n'avait recours à cette dernière ressource que lorsque toutes les autres manquaient. Il n'était pas question de malignité pour les maladies dont on connaissait l'origine ou la cause; il n'en était pas question non plus pour les maladies sans gravité quelle qu'en fût la nature. Mais toutes les fois qu'une affection spontanée était très-pernicieuse, toutes les fois qu'elle bravait les ressources de l'art, toutes les fois qu'elle offrait dans sa marche une perversité insolite, on se servait de la malignité pour sauver l'honneur de la nature médicatrice ou l'amour-propre du médecin.

Peu à peu la lumière se fit; les superstitions disparurent; on apprit à connaître la nature des maladies, à comprendre la cause d'un grand nombre d'accidents jusque-là mystérieux. Le cercle de la malignité se restreignit de plus en plus. Bientôt on cessa d'attribuer à ce mot la signification néfaste qu'il avait d'abord. Il y avait encore quelques tumeurs malignes et quelques fièvres malignes; mais il était évident que ces dénominations devaient disparaître à mesure que le connu prendrait la place de l'inconnu.

Aujourd'hui on n'ose plus parler de fièvres malignes. On n'a gardé, de l'antique dogme de nos pères, qu'une épithète purement descriptive, destinée à exprimer le degré de gravité relative d'un cas donné comparé avec les autres cas de même nature. Ainsi la variole, la fièvre typhoïde, etc., sont tantôt bénignes, tantôt malignes. Ce que les médecins ont fait pour les affections fébriles ou exanthématiques, nous demandons que les chirurgiens le fassent enfin pour les tumeurs.

La division des tumeurs en bénignes et malignes n'est pas plus raisonnable que ne le serait une classification nosologique dans laquelle on réunirait sous un même nom et on considérerait comme une seule et même maladie tous les choléras graves, toutes les fièvres typhoïdes graves, toutes les varioles graves, etc.; — en désignant sous un autre nom et considérant comme une autre maladie tous les choléras légers, toutes les varioles bénignes, et toutes les fièvres typhoïdes sans gravité.

Une pareille confusion était permise autrefois, parce qu'on ignorait la structure des différentes tumeurs; aujourd'hui ce serait une véritable hérésie, parce que l'anatomie pathologique a remplacé les ténèbres par la lumière et établi des distinctions que tout le monde connaît, que tout le monde accepte.

Il faudrait dire du moins ce qu'on entend par la malignité des tumeurs? Personne n'a tenté de le faire, parce que cela est aussi impraticable que de définir le cancer d'après ses symptômes. Le mot tumeur maligne est plus élastique encore, si c'est possible, que le mot cancer. Ajoutez-y cette idée qu'une tumeur bénigne peut dégénérer en tumeur maligne, et vous aurez la clef de toutes les pauvretés de la doctrine des tumeurs malignes telle qu'elle existait il y a un siècle.

Toutes les tumeurs charnues chroniques qui s'ulcéraient, ou qui grossissaient, ou qui étaient douloureuses, ou qui bravaient les emplâtres; tout ce qui récidivait ou menaçait l'économie, tout ce qui ne ressemblait à aucun tissu normal, tout ce qui était suspect, tout ce qui était inconnu,— tout cela fut jeté pêle-mêle dans un coin des cadres nosologiques et constitua la classe des tumeurs malignes.

L'idée de malignité supposait que la tumeur exerçait une action nuisible sur les tissus voisins et sur l'état général du malade. Or, il était très-évident que beaucoup de tumeurs malignes restaient pendant quelque temps complétement inoffensives. De là naquit le dogme de la dégénérescence, et cette autre opinion, tout aussi démontrable, que le squirrhe est le premier degré du cancer.

C'était, il faut l'avouer, une doctrine bien commode que la doctrine classique du cancer pour les consciences chirurgicales. Dans cet âge d'or de la chirurgie, il n'y avait pas d'erreur de diagnostic possible. Quand on avait enlevé une tumeur, on la fendait en deux sans aucune préoccupation, et si elle n'était pas cancéreuse, c'est qu'elle avait l'intention de le devenir. Arrivait-il un malheur? On le subissait avec calme. Que pouvait l'art, en effet, contre une affection maligne? Mais si le malade guérissait, quelle satisfaction pour celui qui croyait l'avoir arraché à une mort certaine!

Il n'était pas facile de mettre un terme à ces illusions scientifiques. Il n'y a pas longtemps qu'on se permet de nier tout ce qui n'est pas démontré, et que la tradition a cessé d'avoir force de loi. Or, la tradition disait qu'une tumeur bénigne pouvait dégénérer en tumeur maligne: il fallait subir ce dogme sans examen. Les tumeurs fongueuses sanguines ou tumeurs érectiles, les tumeurs fongueuses des articulations ou tumeurs blanches, les tumeurs fibreuses et cartilagineuses, le sarcocèle syphilitique, le sarcocèle tuberculeux, le fongus du testicule, l'hypertrophie de la prostate, l'hypertrophie de la mamelle, celle des ganglions lymphatiques, toutes ces tumeurs si diverses de gravité et de nature, et une foule d'autres encore, — prenaient place dans la même classe, dans le même groupe, dans la même

---

d'Égypte, d'ophthalmie des armées, d'ophthalmie des Belges; la nature contagieuse de cette affection n'est douteuse pour personne aujourd'hui, mais son invasion dépend plutôt des conditions hygiéniques que d'une transmission directe. L'ophthalmie purulente profonde est désignée aussi sous les noms d'ophthalmite, de phlegmon oculaire. Cette inflammation redoutable dont le diagnostic, à sa première période, offre parfois des difficultés réelles, présente une variété rare dans laquelle un abcès se forme dans les parties profondes de l'œil, dans le cours d'une infection purulente, et que, pour cette raison, les auteurs du *Compendium* ont désigné sous le nom d'ophthalmie purulente métastatique et que Mackensie appelle ophthalmie phlébitique. Cette dernière dénomination doit être réservée, selon MM. Denonvilliers et Gosselin, à l'affection du globe qui survient dans la convalescence des longues maladies par suite de l'oblitération de la veine ophthalmique. Cette maladie, caractérisée surtout par l'œdème de la conjonctivite, ne mérite peut-être pas trop d'être considérée comme une inflammation bien franche, et Graves, de Dublin, en avait parfaitement saisi le mode d'évolution en la comparant à la phlegmasie *alba dolens*.

Cependant, la grande division des inflammations partielles ou générales du globe oculaire se trouve terminée et il reste à passer en revue, dans une seconde division, les maladies autres que l'inflammation, propres aux divers éléments de l'œil, tels sont la xérophthalmie, les polypes de la conjonctive, le ptérygion, etc.; les taches de la cornée, le staphylôme, soit opaque, soit pellucide de cette membrane, et celui de la sclérotique, puis le colobome de l'iris, les altérations de la pupille, atrésie, mydriase, etc.; enfin, comme dernier article de cette importante livraison, l'opération de la pupille artificielle, dont les indications ont été posées avec soin, et dont les divers procédés sont appréciés avec une grande sagesse.

En terminant cette trop rapide analyse, nous devons constater que la douzième livraison du *Compendium*, dont nous venons d'indiquer les points saillants, forme un traité d'ophthalmologie d'une grande valeur. Les questions de doctrine y sont traitées avec netteté, sans ambiguïté, sans que la partie pratique ait été négligée, et nous félicitons les auteurs d'avoir su éviter le chaos des subdivisions; nous ne doutons pas que, lorsque dans la prochaine livraison que, nous aimons à le croire, l'on ne nous fera pas attendre longtemps, l'histoire des maladies des yeux sera terminée, nous ne doutons pas que le travail de MM. Denonvilliers et Gosselin ne soit l'un de nos meilleurs traités d'ophthalmologie. Et l'éditeur Labé, qui souvent a montré qu'il savait comprendre les exigences de la science, rendrait très-certainement un service au public médical en publiant à part ce traité des maladies des yeux du *Compendium*; nous n'hésitons donc pas à l'engager à suivre ce conseil, qui ne peut avoir pour lui que des résultats avantageux.

D[r] ÉMILE FOUCHER.

espèce morbide. C'était un chaos informe au milieu des ténèbres. Mais le souffle de Morgagni planait sur les eaux!

L'anatomie pathologique réclama enfin sa place légitime. Le scalpel démontra qu'il y avait, dans la classe des cancers, une multitude de tumeurs hétérogènes. Il réhabilita successivement plusieurs de ces tumeurs calomniées ; il rétrécit de plus en plus le cercle du véritable cancer. La clinique, invoquée à son tour, découvrit des différences en rapport avec les différences de structure. On trouva peu à peu des symptômes particuliers à chaque espèce de tumeur, symptômes jusqu'alors inaperçus et qui permirent souvent d'établir sur le vivant un diagnostic exact. C'était la seule voie scientifique et raisonnable ; elle porta ses fruits. Personne aujourd'hui ne confond, avec les sarcocèles cancéreux, les tumeurs tuberculeuses ou syphilitiques du testicule ; personne ne doute de la différence qui existe entre les tumeurs érectiles et les cancers hématodes, entre les hypertrophies glandulaires et les squirrhes; personne ne continue à stigmatiser les tumeurs blanches en les désignant sous le nom de tumeurs fongueuses. En un mot, abstraction faite du cas particulier des tumeurs épithéliales et des tumeurs fibro-plastiques, les distinctions établies par les anatomo-pathologistes sont universellement admises par les cliniciens.

Eh bien! pour être logique, il faut, lorsqu'une méthode est démontrée excellente, en accepter courageusement toutes les conséquences. Chaque fois que deux tumeurs ne se composent pas des mêmes éléments, il faut admettre qu'elles ne sont pas de même nature. Faire autrement, ce serait retomber dans les erreurs du passé.

Malheureusement pour le progrès, et ceci ne s'applique pas seulement aux questions scientifiques, il arrive un moment où le développement raisonné d'une idée attaque un ordre de choses ou une doctrine ; il arrive un moment où cette idée contredit les théories et renverse les traditions. C'est alors qu'en présence d'une révolution imminente, beaucoup d'esprits prudents, ou timides, commencent à se défier du principe nouveau, et à nier des conséquences qu'ils admettaient d'abord avec empressement.

C'est ce qui est arrivé en particulier dans l'étude des tumeurs malignes. Toutes les différences fondamentales de structure que révèle l'inspection anatomique sont la preuve d'autant de différences dans la nature de ces tumeurs. C'est là un point de départ acquis par l'expérience et démontré par le raisonnement. Il faut l'appliquer sans arrière-pensée, advienne que pourra. Qu'importent les contradictions du moment, lorsque l'avenir est certain!

PAUL BROCA.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Résumé de la clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1853-54.

(*Suite et fin. Voir les nos 101, 103, 108, 109, 113, 115, 119, 122 et 128.*)

Il ne me reste à vous parler que des organes génitaux dans les deux sexes ; j'aurais bien des choses à vous dire sur cette classe de maladies, mais c'est aujourd'hui notre dernière leçon, et je me vois forcé de passer rapidement.

Hydrocèle, hématocèle. — Chez l'homme nous avons eu 27 cas d'hydrocèle, dont 21 cas dans la tunique vaginale, 3 cas d'hydrocèle enkysté du cordon, 2 cas d'hydrocèle dans un sac herniaire, et 1 cas d'hydro-hématocèle. Toutes ces hydrocèles ne nous ont rien présenté d'extraordinaire. Je n'ai pas besoin de vous dire comment nous les traitons : une ponction avec le trocart et une injection iodée.

Je ne vous parlerai donc que du cas d'hydro-hématocèle. C'est chez un homme qui était couché au n° 19 de la salle Sainte-Vierge. Cet homme entrait pour une tumeur des bourses, tumeur grosse comme les deux poings, et présentant presque tous les caractères des hydrocèles ; la transparence seule manquait. Or, vous savez que c'est là un signe d'une grande importance pour diagnostiquer une hydrocèle. Nous ne pouvions pas songer ici à une tumeur encéphaloïde ramollie, ni à des concrétions à l'intérieur du sac ; or, j'ai dû m'arrêter à l'idée d'une hématocèle.

Avant mes publications sur l'hématocèle, on connaissait peu cette maladie, c'est à peine si Boyer en parle dans son *Traité des maladies chirurgicales.* On doit distinguer deux espèces : dans l'une, le sang est infiltré dans le tissu cellulaire du scrotum ; dans l'autre, le sang s'est accumulé dans la tunique vaginale.

L'hématocèle par infiltration est la plus fréquente ; on la voit survenir à la suite de contusions, de froissement des bourses entre les cuisses. Le scrotum est distendu, ses rides ont disparu, il présente une couleur rouge violacée, marbrée de taches noires plus ou moins foncées. L'infiltration peut gagner la verge, et même jusqu'au prépuce. Du reste, c'est une affection de peu de gravité ; généralement la résorption se fait dans l'espace de huit à quinze jours à l'aide de résolutifs. Le cas est un peu plus grave quand il se forme des collections sanguines ; il faut alors avoir recours au bistouri.

L'hématocèle de la tunique vaginale a été longtemps confondue avec l'hydrocèle. Ainsi, toutes les observations d'hydrocèle où il est dit que le liquide était brun, ressemblant à du chocolat, à de la lie de vin, soyez assurés que c'était là une hématocèle.

On l'a vue survenir à la suite de contusions. Il se peut aussi qu'en faisant la ponction pour une hydrocèle, un vaisseau soit lésé, et donne lieu à un épanchement de sang dans la tunique vaginale. Enfin, l'on doit admettre l'hématocèle par exhalation comme l'hydrocèle par exhalation.

L'anatomie pathologique de cette maladie présente des considérations très-intéressantes, mais qui m'entraîneraient trop loin. Je me contenterai de vous dire que la tunique vaginale peut renfermer une quantité plus ou moins grande de sang pur ; d'autres fois, ce sont des grumeaux sanguins qui flottent dans un liquide coloré ; ou bien c'est un liquide séro-sanguinolent sans concrétions fibrineuses ; enfin on peut trouver une matière noirâtre semblable à du chocolat.

Il peut se faire qu'une tumeur qui a été primitivement une hydrocèle devienne une hématocèle. De même il peut arriver qu'une hématocèle se change en une hydrocèle.

Voici ce qui se passe : l'individu atteint d'hydrocèle éprouve un froissement des bourses ; il se fait une exhalation sanguine et vous avez une hématocèle. Mais bientôt la fibrine de cette tumeur sanguine va se déposer, et l'hydrocèle reparaîtra.

Pour en revenir à l'homme dont j'ai commencé par citer l'observation, il est probable qu'il a une hématocèle survenue de cette manière, car il paraît que la transparence avait été constatée par un médecin il y a quelque temps.

La tumeur de cet homme a présenté encore cela de remarquable qu'elle a disparu et qu'elle s'est reproduite plusieurs fois. Dans ce cas, la tunique vaginale se rompt, le liquide s'infiltre et disparaît. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que des hydrocèles disparaissent ainsi du jour au lendemain sans laisser aucune trace. Le plus souvent cela arrive à la suite d'un coup, mais quelquefois aussi sans cause connue. Il y a quelques années, il y avait, dans nos salles, un homme atteint d'une hydrocèle, nous devions l'opérer le lendemain ; mais, au moment de l'opération, nous ne trouvâmes plus la tumeur, qui avait disparu sans cause connue. Il y a douze ans, un fait semblable m'est arrivé dans la clientèle. Un collégien m'est amené vers le mois d'avril, pour une hydrocèle de la tunique vaginale ; comme la maladie n'exigeait pas un prompt remède, j'engageai les parents à attendre les vacances pour pratiquer l'opération. Dans les premiers jours du mois d'août, on me ramène le malade, et nous fixons l'opération au 18 du même mois. Au jour dit, j'y vais, je prépare tout ce dont il était besoin, je découvre le malade ; il n'y avait plus de tumeur.

Orchite. — Nous avons eu 39 cas d'orchite, dont 31 se rattachent à la blennorrhagie. Il est mort un de ces malades du choléra. Nous en avons traité 7 par le collodion. Afin de pouvoir nous faire une idée juste du résultat, nous avions en même temps dans nos salles d'autres orchites que nous traitions, les

unes par le repos seulement, les autres par les mouchetures. Vous avez vu que, dans les 3 cas, la marche et la durée de la maladie étaient les mêmes. Du reste, le collodion ne cause pas de souffrances ; il paraît même calmer la douleur.

Nous avons eu 2 cas d'orchite parotidienne ; ils nous ont montré que la tunique vaginale contient très-peu de liquide. Or, dans ces derniers temps, j'ai lu dans un journal une opinion toute contraire dont je m'étonne, car j'ai déjà vu un très-grand nombre d'orchites parotidiennes, et j'ai toujours observé la petite quantité de liquide contenu dans la tunique vaginale.

Il y a une remarque à faire sur les hydrocèles et les orchites, ces affections suivant une courbe inverse, eu égard à l'âge. Ainsi, jusqu'à 20 ans, nous comptons 9 orchites ; de 20 à 30 ans, 21 cas ; de 30 à 40 ans, 5 cas ; de 40 à 50 ans, 1 cas.

Pour les hydrocèles, au contraire, jusqu'à 20 ans, 1 cas ; de 20 à 30 ans, 4 cas ; de 30 à 40 ans, 6 cas ; de 40 à 50 ans, 4 cas, et de 50 à 60 ans, 9 cas.

Voyons maintenant à étudier les maladies des organes génitaux chez les femmes ; nous insisterons surtout sur les maladies du sein.

Les *métrorrhagies* sont au nombre de 9, dont 3 dépendent de tumeurs développées dans l'utérus, les autres sont venues à la suite d'excès de coït ; dans ce cas, les révulsifs font bien.

Les *cancers de l'utérus* nous ont montré qu'ils n'étaient douloureux qu'à leur dernière période. Nous n'avons pas opéré ces malades ; cependant, chez l'une d'elles, dont le cancer formait des espèces de champignons qui, obstruant la partie supérieure du vagin et donnant lieu à un écoulement très-abondant, affaiblissaient beaucoup cette femme, j'ai cru devoir faire une espèce d'opération. Avec des pinces à polype, j'ai arraché une grande partie de ces fongosités ; il n'en est résulté aucune hémorrhagie ni autre accident, et la malade s'est trouvée bien soulagée pendant quelque temps. Vous voyez que je ne suis pas de ceux qui pensent que toucher à un cancer c'est l'exciter et en accélérer la marche.

Nous avons eu 4 cas de *polype utérin ;* une de ces malades est morte. Il peut arriver que ces tumeurs fassent corps avec la matrice ou qu'elles soient pédiculées. Dans le premier cas, l'opération peut être suivie d'hémorrhagies graves ; malheureusement, on ne peut savoir auquel cas on a affaire.

Dans le second cas, au lieu de couper ces tumeurs à leur base, ou de les arracher, je saisis le pédicule avec des pinces à polype et je l'écrase ; la tumeur étant ainsi séparée, les vaisseaux se trouvent tortillés et l'on n'a pas d'hémorrhagie.

Remarquez aussi que je ne tire pas sur la tumeur pour l'amener au dehors et faire la section du pédicule ; ces tractions ont du danger, elles peuvent amener des métrites ou des péritonites.

Les *phlegmons des grandes lèvres* sont au nombre de 6. Vous savez qu'ils surviennent le plus souvent à la suite d'excès de coït. Ces abcès doivent être ouverts par la face externe des grandes lèvres. Si vous faites l'incision sur la face interne, vous allez avoir une plaie en contact avec tous les liquides du vagin et de l'utérus : ces liquides vont l'irriter et l'empêcher de se cicatriser.

Phlegmons du sein. — Nous en avons eu 28 exemples, dont 2 chez des hommes. L'un d'eux était âgé de 19 ans, l'autre de 23 ans ; chez tous deux, cela s'est terminé par des abcès que j'ai ouverts et qui se sont cicatrisés assez promptement.

On divise les phlegmons de la mamelle en sous-cutanés, en sous-mammaires et en glandulaires ; cette division est importante, parce que les symptômes, le pronostic et le traitement varient dans les trois cas. Nous avons eu 8 phlegmons sous-cutanés, 5 sous-mammaires et 15 glanduleux. Ces chiffres vous montrent que l'inflammation du sein la plus commune est celle qui s'établit dans le parenchyme même de la glande. Toutes nos malades ont été guéries, excepté une, qui est morte d'une façon singulière ; elle a été prise d'arthrite purulente généralisée. Pour moi, il n'est pas prouvé que l'abcès ait été le point de départ de de l'arthrite.

Nous avons employé plusieurs fois la compression de la mamelle avec le collodion. En se séchant, le collodion se rétracte, agit sur les tissus qui sont au-dessous, et comprime fortement la mamelle, ce qui serait très-difficile à obtenir d'une autre façon.

Tumeurs du sein. — Nous en avons eu 34 cas, dont 24 tumeurs cancéreuses et 10 tumeurs bénignes. Sur ces 10 tumeurs bénignes, nous comptons 3 tumeurs par hypertrophie, 4 tumeurs adénoïdes, une tumeur chéloïde, et une tumeur formée de kystes multiples. Cette dernière malade est morte d'un érysipèle que rien n'a pu arrêter. Les tumeurs hypertrophiques vous ont montré qu'elles n'étaient pas de même nature que les adénoïdes, elles ne sont pas libres, comme ces dernières, dans les tissus, elles paraissent se continuer avec la mamelle.

Quant aux tumeurs cancéreuses, elles se répartissent ainsi : 20 squirrhes et 4 encéphaloïdes. Je n'ai pas besoin d'insister sur ces tumeurs ; j'en ai parlé assez longuement dans mes leçons.

Nous avons pratiqué 24 opérations, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que nous n'avons pas perdu une seule malade. Vous voyez que, contrairement à ce qu'on a avancé, cette opération n'est pas dangereuse ; ce n'est pas l'opération qui tue les malades, c'est lorsque leur état général est trop affaibli, ou que le cancer est considérable.

Finissons par quelques chiffres :

Pour les inflammations de la mamelle : à 20 ans, 6 cas ; de 20 à 30 ans, 21 cas ; de 30 à 40 ans, 1 cas.

Pour les cancers : de 20 à 30 ans, 1 cas : de 30 à 40 ans, 6 cas ; de 40 à 50 ans, 8 cas ; de 50 à 60 ans, 6 cas ; de 60 à 70 ans, 3 cas ; à 72 ans, 1 cas.

F. Dolbeau *et* Alf. Elleaume.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra par le sulfate de strychnine.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Paris, le 2 novembre 1854.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser mes résultats numériques sur les cholériques que j'ai traités par la médication strychnique. C'est la manière de répondre à l'appel fait aux praticiens dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 3 octobre. Désigné par M. le Ministre pour donner des soins aux cholériques du département de la Haute-Saône, j'ai, suivant les conseils du professeur Core fils, de Strasbourg, mis en pratique la médication strychnique. Je me suis servi de la noix vomique à la dose de 40 grammes en quatre heures chez les adultes.

Sur 28 choléras graves, traités par cette méthode, j'ai eu 19 guérisons et 9 décès. Ces 28 cas comprennent :

9 hommes.............	4 décès.
13 femmes.............	3 —
6 enfants.............	2 —

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance des sentiments distingués de votre tout dévoué, F. Bond, *étudiant.*

P. S. Je tiens à votre disposition les observations de ces malades.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Agrégations de l'Ecole de pharmacie.* — M. le Ministre de l'instruction publique vient de composer ainsi le jury du Concours qui va s'ouvrir à l'École de pharmacie, pour nommer deux agrégés : l'un pour la pharmacie, l'autre pour l'histoire naturelle :

Juges : MM. Chatin, Chevallier, Guibourt, Lecanu, professeurs à l'École de pharmacie, et Ducom, agrégé sortant.

Juges adjoints : MM. Balard, professeur à la Faculté des sciences ; Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine.

Les concurrents admis sont : MM. Hébert, O. Henry fils, Lutz, Léon Soubeiran, Vialla.

— M. le docteur Scoutteten vient d'être envoyé en Crimée pour diriger le service chirurgical pendant le siége de Sébastopol.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 132. 2e année. Mardi 7 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

De la cautérisation au moyen de l'électricité,

Par M. le Dr Amussat fils.

(*Communiqué à l'Académie des sciences, dans sa séance du 16 octobre 1854.*)

M. le docteur A. Amussat fils adresse à l'Académie le résumé des résultats obtenus à l'aide de l'électricité comme agent de cautérisation, et indique les modifications qu'il a fait subir à ses appareils.

J'ai employé d'abord, dit ce chirurgien, pour obtenir le calorique électrique, des piles de Buntzen de 21 centimètres de hauteur, réunies en batteries de 3 à 15. Une batterie de 15 couples avec de l'acide nitrique du commerce et de l'eau acidulée marquant 15°, permet de porter au rouge sombre un fil de platine du n° 27 de 1 mètre de longueur. On peut élever, à une température à peu près semblable, un ruban de platine de même longueur, d'une épaisseur inférieure au n° 36 de la filière ordinaire; mais pour obtenir une température plus élevée et nécessaire aux opérations, je me suis borné à ne donner au fil que 20 à 25 centimètres de longueur. C'est l'appareil dont je me sers ordinairement.

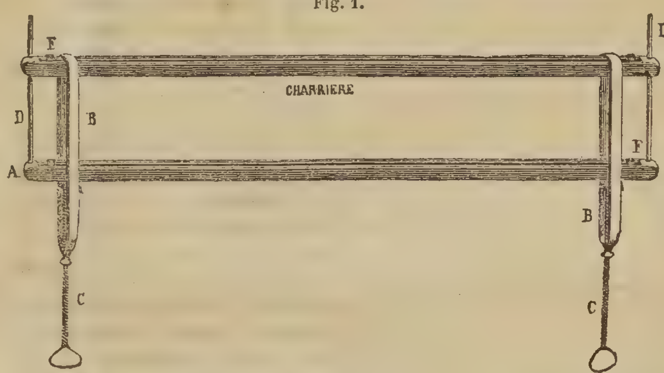
Depuis ma première communication, j'ai fait l'ablation d'une troisième tumeur carcinomateuse siégeant dans la région mammaire, en faisant subir au manuel opératoire une modification consistant à pédiculiser la tumeur avec un instrument d'acier, au lieu de le faire avec la main, comme pour les deux premières opérations.

L'appareil se compose de deux fortes rainures droites ou courbes en acier, garnies antérieurement de deux minces lames d'ivoire. L'une des pièces porte à ses deux extrémités une tige droite en acier, qui s'engage dans un trou percé aux extrémités de l'autre pièce, de manière à les empêcher de se renverser. De plus, deux anneaux oblongs, traversés par une vis à tête plate, permettent de rapprocher les rainures et de les maintenir dans une position fixe (*fig.* 1 *et* 2).

La base de la tumeur étant placée entre ces deux rainures et suffisamment comprimée, j'en ai opéré la section avec deux fils de platine du n° 27, de 25 centimètres de longueur, mis chacun en rapport avec une batterie de 15 éléments de 21 centimètres de hauteur.

En considérant les résultats obtenus avec l'apparail décrit plus haut, j'ai pensé qu'en employant des piles de Buntzen plus grandes, il serait possible d'appliquer l'électricité à l'amputation des membres. Réunissant des couples de Buntzen de 35 centimètres de hauteur et employant les acides au degré de concentration déjà indiqué, j'ai pu faire rougir, dans l'étendue de 80 centimètres, un fil de platine du n° 18 et un ruban du même métal du n° 32, de 3 millimètres de largeur et de 60 centimètres de longueur. Mais, comme pour le premier appareil, je pense qu'il ne faut donner au fil ou au ruban de platine que 20 à

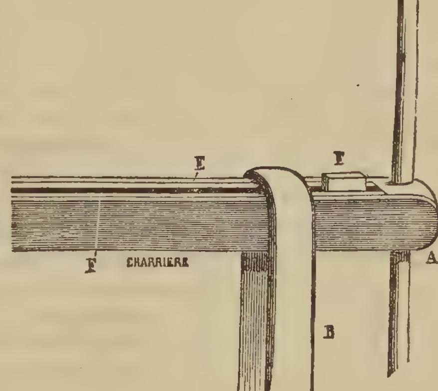
Fig. 1.



30 centimètres de longueur, pour qu'il soit à une température plus élevée et plus convenable pour le but que l'on se propose.

A l'aide de cet appareil, j'ai pratiqué sur la nature inanimée, suivant les méthodes circulaire et à lambeaux, la section des chairs de la cuisse et du bras d'un adulte. La section de l'os faite avec la scie, j'en ai charbonné la surface avec le ruban de platine.

Fig. 2.



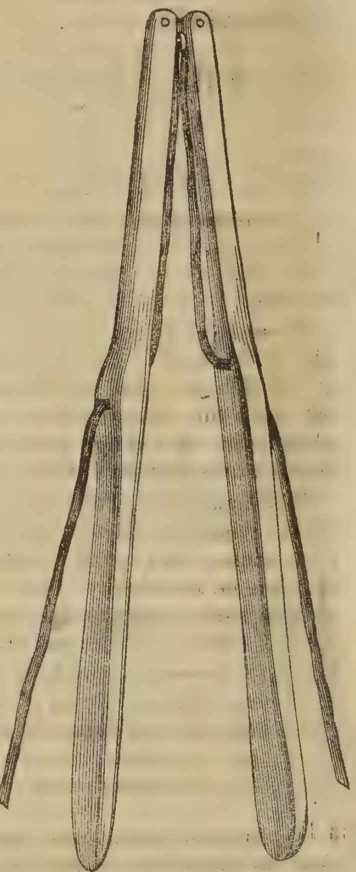
J'ai pu également, à l'aide du ruban de platine porté à une très-haute température avec le même appareil, calciner circulairement les couches externes d'un fémur et carboniser les parties internes, de manière à obtenir la rupture de cet os par un léger effort. Je pense néanmoins qu'il est préférable de carboniser la surface de l'os scié plutôt que de vouloir en obtenir la rupture uniquement par l'électricité.

J'ai cautérisé circulairement la base d'une tumeur hémor-

rhoïdale à l'aide d'une pince en ivoire dont les baguettes articulées à l'une de leurs extrémités sont traversées par un mince ruban de platine de 3 millimètres de large, fixé par un petit anneau à l'articulation de la pince (*fig.* 3).

La malade s'étant placée dans la position ordinaire, j'ai introduit dans le rectum la pince fermée, en l'entr'ouvrant vis-à-vis de la tumeur, celle-ci s'y est engagée et je l'ai comprimée de manière à la maintenir dans une position fixe; mettant alors les deux extrémités du ruban de platine en rapport avec une batterie composée de six piles de Buntzen de 35 centimètres de hauteur, j'ai pratiqué la cautérisation circulaire de la base de la tumeur en quelques secondes. Cette opération pourrait se faire également avec douze couples de Buntzen de 21 centimètres de hauteur et un ruban de platine très-mince.

Fig. 3.



Enfin, j'ai cautérisé, avec l'électricité, le col de l'utérus dans un cas de névralgie de cet organe.

Pour apprécier la quantité de calorique électrique développée dans une étendue donnée, je me suis guidé sur l'éclat lumineux plus ou moins grand du fil ou du ruban de platine.

Pour opérer la section des tissus, j'ai toujours trouvé avantageux d'imprimer au fil ou au ruban de platine un mouvement de va-et-vient semblable à celui d'une scie.

Si le ruban de platine pouvait être dirigé aussi facilement que le fil de ce métal d'un volume correspondant, je pense qu'il lui serait préférable sous le rapport hémostatique.

J'ai employé comme conducteurs, pour mettre le platine en rapport avec les pôles de la batterie, de minces rubans de cuivre recouverts de soie.

Il m'a semblé très-avantageux de placer la batterie électrique le plus près possible du lieu de l'opération sans incommoder le malade, afin de donner aux conducteurs moins de longueur, afin d'éviter la déperdition du calorique électrique.

Tels sont les moyens que j'ai employés et les principes que j'ai suivis dans l'application de l'électricité.

Nouveau procédé d'injection pour la cure radicale des hernies,

Par Ph. Ricord, *chirurgien de l'hôpital du Midi.*

Je ne sais quel est l'avenir réservé à la cure radicale des hernies par les injections d'iode dans le sac herniaire, tendant à en produire l'oblitération.

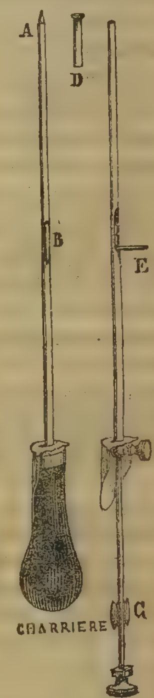
Les premières observations de M. le professeur Velpeau, les beaux résultats qu'a fait connaître à l'Académie de médecine mon savant ami M. le professeur Jobert (de Lamballe), les faits plus récents et également heureux de MM. Maisonneuve et Follin, semblent incontestablement militer en faveur de cette méthode. Les difficultés que présentait cette opération paraissaient y avoir fait renoncer M. le professeur Velpeau, et les difficultés, vaincues par l'habileté manuelle plutôt que par le manuel opératoire de M. le professeur Jobert n'auraient pas permis au plus grand nombre des chirurgiens d'y avoir recours.

Le procédé proposé par M. Maisonneuve, les précautions prises par M. Follin, donnent certainement plus de certitude et de sécurité pour faire l'injection dans le sac, mais il m'a semblé qu'après l'avoir traversé de part en part, après l'avoir étalé, avec le scrotum, sur la canule, et après l'avoir même bien développé, en faisant descendre la hernie, comme le veut M. Follin, cette canule pouvait se déplacer au moment où l'on cherche à en ramener l'extrémité dans le sac. Il est vrai que, par des mouvements de circumduction, on peut s'assurer si l'on est véritablement dans celui-ci.

Quoi qu'il en soit, ce qui arrive quelquefois dans l'hydrocèle, lorsque la tunique vaginale s'échappe de la canule, quoiqu'on ait pris les mêmes précautions, peut bien arriver ici.

J'ai donc cherché, en conservant tout ce que les autres procédés opératoires avaient de bon, d'ajouter une garantie de plus à cette opération.

Pour cela, je propose de traverser le scrotum et le sac, comme le conseille M. Maisonneuve, mais je me sers de l'instrument suivant :



Cet instrument se compose :

1° D'un long trocart A avec canule d'argent fenêtrée B à sa partie moyenne;

2° D'une tige articulée C qui s'introduit dans la canule du trocart dont le degré d'introduction est limité par un curseur qui sert en même temps à indiquer le sens de la courbure de la petite pièce E à travers la fenêtre B pratiquée dans la canule.

J'étale alors le scrotum et le sac herniaire, sans déranger la canule, et je m'assure, en outre, qu'il a bien traversé le sac, à l'aide de la tige articulée dont les mouvements doivent être parfaitement libres, si je suis dans sa cavité; puis je pratique mon injection à l'aide de la fenêtre située à la partie moyenne, en bouchant l'extrémité soit avec le doigt, soit avec un petit capuchon D.

Cet instrument, fait sur mes indications par notre habile fabricant M. Charrière, ne complique nullement, comme on le voit, le manuel opératoire (1).

PATHOLOGIE CUTANÉE.

Remarques et observations pratiques sur les complications des affections prurigineuses de la peau,

Par M. le Dr Chausit, *ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.*

En parlant des complications du sycosis (2), nous avons vu quelle était la part d'influence d'une inflammation aiguë de la peau sur le développement d'une autre éruption aiguë aussi. Nous avons cherché à établir que cette coïncidence de deux affections avait été ou méconnue, ou imparfaitement appréciée, et, qu'au point de vue du diagnostic, on avait eu trop de tendance à voir, dans ce curieux phénomène, autre chose qu'une complication. En cela, comme sur d'autres points de la pathologie cutanée, on s'est écarté des règles d'une rigoureuse et exacte observation.

Mais ce sont surtout les affections essentiellement prurigineuses de la peau, l'urticaire, la gale, le prurigo, le lichen, qui

(1) Nous pensons que le procédé qu'a imaginé notre ingénieux et très-habile collaborateur pourrait être avantageusement combiné avec celui que vient de nous communiquer un de nos chirurgiens les plus distingués de province, M. le docteur Demeaux, à qui il n'a manqué que de rester à Paris pour obtenir des succès en rapport avec son talent. (*N. du R.*)

(2) *Moniteur des Hôpitaux*, 1er juin 1854.

ont été l'occasion et le prétexte de cette fausse interprétation. Chacune de ces affections, si communes d'ailleurs, peut être, à des titres différents et à un degré de fréquence variable aussi, suivie du développement d'une autre éruption aiguë, notamment de l'eczéma, de l'ecthyma, de l'impetigo. Ici, la maladie secondaire se développe, moins en vertu de l'inflammation qu'en vertu de l'hyperesthésie cutanée qui constitue le caractère dominant des éruptions prurigineuses. C'est par ce retentissement sympathique que l'on peut comprendre et expliquer, dans la gale par exemple, l'apparition d'un eczéma, d'un impetigo, sur des régions du corps éloignées des siéges d'élection de l'acarus. Aussi tout le monde est-il d'accord pour envisager ces faits comme des exemples incontestables de complication. Mais on commence à ne plus s'entendre lorsque ces mêmes éruptions, eczema ou impetigo, se développent conjointement avec un lichen. Dans le premier cas, nier la coexistence des deux affections serait impossible, parce qu'elles occupent des siéges différents; mais on se croit en droit de la contester, même d'en nier la possibilité, dans le second, parce que les deux éruptions envahissent les mêmes surfaces; et pourtant le lichen et l'eczéma se retrouvent alors avec leurs caractères distinctifs, comme on retrouve, dans la pleuro-pneumonie ou la kérato-conjonctivite, les traits anatomo-pathologiques isolés et complets de la pleurésie et de la pneumonie, de la kératite et de la conjonctivite.

Il y a donc intérêt pour la science et pour la pratique à examiner si les maladies de la peau, comme les maladies des organes intérieurs, peuvent se compliquer entre elles sous l'influence de causes et de conditions variables; si chacune des deux affections se développe alors, parcourt ses phases en conservant toujours sa physionomie propre, ou si elles constituent, au contraire, par leur réunion, une espèce de mélange pathologique à caractères mixtes, peu définis, qui fournirait au besoin, selon les caprices de la fantaisie et de l'imagination, les éléments d'un nombre infini de maladies nouvelles. Toutefois, avant d'exposer les faits qui serviront à appuyer notre opinion sur ce point controversé, il nous semble indispensable de rappeler certaines notions élémentaires de la pathologie cutanée, acquises à la science par un long usage et consacrées par l'expérience clinique. Cette digression, inutile en toute autre circonstance, est nécessaire aujourd'hui, parce qu'elle nous permettra de préciser les termes de la discussion et de fixer la valeur des mots et des choses, car choses et mots, d'après quelques tendances heureusement fort rares, n'auraient plus la même signification ni la même valeur.

En dermatologie, la dénomination de la maladie ne rappelle pas, comme le font les expressions de la pathologie interne, le nom anatomique de l'organe affecté. Ainsi les mots lichen, eczéma, impétigo, acné, par exemple, ne représentent pas aux yeux du praticien l'inflammation de l'appareil papillaire, de l'appareil sudoripare, du réseau lymphatique, du follicule sébacé, comme les mots pneumonie, pleurésie, kératite, indiquent l'inflammation du poumon, de la plèvre, de la cornée; mais ce qu'ils expriment réellement, ce sont des états pathologiques distincts les uns des autres, ayant des caractères fixes et constants, car on peut les retrouver toujours; c'est-à-dire qu'au point de vue clinique, chacune de ces expressions représente une forme morbide bien déterminée. Et c'est là l'immense service rendu à la science par la classification de Willan, perfectionnée et popularisée à si juste titre, en France, par Biett et ses élèves. Vainement les détracteurs de cette École ont essayé d'en amoindrir ou d'en contester l'importance. En affectant de ne voir, dans la théorie des lésions élémentaires, qu'une question de diagnostic, ils n'ont pas su y voir ce qui s'y trouve réellement, c'est-à-dire la base, le point de départ de tout progrès en dermatologie. En effet, la première notion à acquérir, c'était la distinction des espèces, avant de rechercher leur nature.

Nous n'hésitons pas à le dire, c'est en oubliant ces principes, en faisant trop bon marché de la forme, en en contestant même l'utilité, que certains auteurs ont pu observer les complications des maladies de la peau sans en apprécier toute la valeur et surtout sans reconnaître, dans la coïncidence de deux éruptions, les caractères distinctifs de chacune d'elles.

Quelques exemples pris au hasard suffiront pour démontrer à quelles conséquences déplorables peut conduire l'absence de tout principe dans l'étude des maladies de la peau.

Ainsi, d'après une théorie rééditée des *dartres,* l'eczéma ***simplex*** n'est pas un eczéma; en voici la raison. On fait de l'eczéma le type des dartres, lesquelles dartres offrent pour caractères essentiels d'être de longue durée et d'exiger un traitement énergique. Or, comme l'eczéma simplex peut ne pas avoir une durée longue, qu'il n'exige point de traitement énergique, on le supprime de la famille de l'eczéma, et on en fait une variété de l'*érythème!* C'est bien simple; la doctrine doit être logique. Puis, un peu plus loin et sans qu'on en puisse bien saisir le motif, on dit que l'eczéma et l'impetigo sont deux formes d'une même maladie, mais on ne donne pas les caractères de cette maladie qui engendre l'eczéma et l'impetigo.

Ce que l'on dit de l'eczéma, on pourrait aussi logiquement le dire de l'urticaire qui, à l'état aigu, est une affection bénigne, et qui, à l'état chronique, deviendrait au même titre une dartre, car elle a une longue durée, et elle exige un traitement énergique, sans en exclure l'usage des arsenicaux, et ainsi de plusieurs autres maladies. Voilà pour les choses.

Quant aux mots, c'est le même arbitraire et la même inexactitude. Ainsi, le *lupus,* dont la signification ne prêtait pas à l'équivoque, est rayé de la pathologie cutanée et remplacé par le terme de ***scrofulide!*** Mais en faisant cette substitution, on ne s'est sans doute pas aperçu que les diverses variétés de scrofulides admises ne sont pas les seules ***déterminations diathésales*** qui puissent se produire sur l'enveloppe tégumentaire d'un scrofuleux. Un scrofuleux, en effet, peut être atteint d'un eczéma aussi bien que d'un lupus, eczéma qui aura une durée longue, sera sujet à récidive, exigera un traitement général et énergique. Cet eczéma sera donc une ***scrofulide?*** Mais nous avons déjà l'eczéma *dartre* et l'eczéma *érythème;* c'est-à-dire que cette éruption vésiculeuse, que tous les praticiens connaissent, dont les caractères ne changent jamais, n'existerait réellement plus, puisqu'elle peut être tour à tour érythème, dartre ou scrofulide. Et voilà les principes d'une classification des maladies de la peau dite naturelle et philosophique!

Tout cela ne voudrait-il pas dire que l'eczéma, état pathologique bien défini, invariable, n'offre de variable que sa gravité qui est toujours en rapport avec la cause et les conditions individuelles? Mais, en restant dans cette voie que n'ont jamais abandonnée les esprits sérieux, il faudrait se résigner à faire simplement de la dermatologie clinique, tandis qu'on aime mieux faire de l'innovation, pour aboutir à une dermatologie..... de mots!

Ailleurs, on veut bien accepter pour chaque mot la signification généralement admise, sans réserve pourtant de l'appliquer aussi à la désignation d'états pathologiques différents que l'on qualifie toujours de maladies nouvelles. Ainsi, le pityriasis sera tantôt une affection squameuse, sèche, et tantôt une affection essentiellement suintante. L'impetigo, à qui l'on reconnaît pour caractères ses pustules petites, superficielles, psydraciées, servira aussi à désigner des espèces où l'on ne rencontre jamais de pustules. S'il ne fallait pas clore cette digression, il nous serait facile de démontrer que, sous le nom de pityriasis rubra, M. Devergie a décrit un pemphigus; que, sous les diverses variétés d'impetigo (impetigo *rodens,* à forme diffuse, à forme ramassée mais excentrique, à forme ulcéreuse) où il n'a pas rencontré de pustules parce qu'il n'en existe réellement pas, il a reproduit, sans s'en apercevoir, les traits de certaines formes de l'*acne sebacea,* de cette affection si curieuse des follicules sébacés, indiqués pour la première fois par Biett, et dont l'histoire a été complétée depuis quelques années par notre maître, M. Cazenave, avec cette finesse d'observation, cette précision de détails qui caractérisent les travaux de ce dermatologiste.

Mais revenons aux complications. Examinons quelle doit être la véritable interprétation théorique et pratique de la coïncidence

de deux affections cutanées, en conservant à chacune d'elles la forme élémentaire qui se représente et qui servira toujours à en établir le diagnostic, abstraction faite de sa nature.

En ce qui concerne les éruptions vésiculeuses ou pustuleuses (eczéma, ecthyma, impetigo) consécutives à la gale, au prurigo ou à l'urticaire, la question n'est pas douteuse. Tous les dermatologistes s'accordent pour reconnaître que l'eczéma, l'impetigo ou l'ecthyma compliquent alors l'affection prurigineuse, et que, selon l'âge du malade, la cause elle-même, ou certaines conditions individuelles, on voit se développer telle éruption plutôt que telle autre. Nous n'insisterons donc pas sur ces faits que tout le monde accepte et dont l'interprétation n'offre aucun prétexte à l'erreur que nous signalons. Cependant, on nous permettra de citer ici une observation d'urticaire aiguë compliquée d'ecthyma aigu ; comme ces exemples sont rares, nous pensons que nos lecteurs la trouveront digne d'intérêt :

1re *Observation.* — *Urticaire aiguë compliquée d'ecthyma aigu.* — Le 29 avril 1851, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé G.... (Nicolas), âgé de 20 ans, domestique, né à Lille, et atteint d'une éruption qui existe depuis six semaines environ. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, jouit d'une bonne santé ; c'est pour la première fois qu'il est affecté d'une maladie de la peau. Cette éruption s'est déclarée huit jours après son arrivée à Paris, sans cause appréciée par le malade, probablement sous l'influence du changement de pays et de travaux pénibles et fatigants auxquels il fut forcé de se soumettre. Son développement ne troubla pas la santé générale ; les fonctions digestives restèrent toujours en bon état. Cette éruption était caractérisée par des rougeurs et des démangeaisons très-vives. Les rougeurs, à peu près généralement répandues, s'effaçaient pendant le jour, pour reparaître, ou du moins devenir plus confluentes vers le soir, et susciter des démangeaisons plus intenses, en même temps qu'il survenait de la chaleur à la peau et un peu de céphalalgie.

Nicolas, dans le but de se débarrasser de cette éruption, prit quelques bains de vapeur. Il y a huit jours environ qu'il a vu se développer sur les deux bras des boutons gros, durs et qui arrivèrent à suppuration.

C'est dans cet état qu'il a demandé son admission à l'hôpital Saint-Louis. Tout le corps, mais principalement le tronc et les membres, est couvert d'une éruption qui présente les caractères suivants : plaques rouges, un peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, irrégulières quant à leur forme et à leur étendue, confluentes de manière à se réunir par une petite partie de leur circonférence, disposition qui permet à ces plaques de circonscrire de petits espaces où la peau est à l'état normal. La rougeur de ces plaques disparaît sous la pression du doigt ; elles sont le siége de vives démangeaisons ; elles ont une durée presque intermittente, car elles sont plus prononcées le soir et la nuit que le matin ou dans la journée.

Ces caractères ne permettent pas de méconnaître la nature de cette affection ; c'est bien évidemment une urticaire.

Sur les bras on voit quelques pustules disséminées (15 à 20), variant en grosseur depuis le volume d'une forte lentille jusqu'à celui d'un gros pois. Ces pustules ont une base dure, enflammée, qui les met en relief au-dessus du niveau de la peau : elles ne présentent de la suppuration qu'à leur partie centrale qui se trouve ainsi entourée d'une auréole rouge. Ce sont des pustules d'ecthyma aigu ; la langue est un peu blanche ; l'appétit assez bon, le pouls plein, à 88 pulsations ; la peau souple et moite. Céphalalgie sus-orbitaire légère.

Prescription : Limonade ; un bain simple tous les deux jours ; une portion d'aliments.

3 *mai.* L'urticaire n'a pas reparu depuis hier. Les pustules d'ecthyma sont généralement parvenues à leur période de dessiccation ; les croûtes qui les recouvrent sont grisâtres, adhérentes ; leur base est encore indurée, mais la rougeur est moins vive ; les démangeaisons surtout sont bien calmées ; plus de céphalalgie. Même traitement.

Le 8, l'urticaire a réellement disparu ; plus de démangeaisons. Les croûtes de l'ecthyma tombent. La langue est blanche ; appétit peu prononcé.

Prescription : Tisane de chiendent, réglisse ; 15 grammes d'huile de ricin.

Le 19, l'urticaire n'a pas reparu ; la place occupée par l'ecthyma n'est plus marquée que par des taches dont la persistance est souvent assez longue. Le malade quitta l'hôpital quelque temps après ; il était parfaitement guéri.

Dans cet exemple et dans plusieurs autres analogues, personne ne contestera la complication. L'éruption secondaire a parcouru ses phases parallèlement à l'éruption prurigineuse qui en a provoqué le développement, en présentant toujours sa physionomie ordinaire. La cause de l'ecthyma était traduite et représentée par une autre affection cutanée, voilà toute la différence. Ainsi l'eczéma, l'ecthyma et l'impetigo constituent une complication véritable quand ils se développent consécutivement à une autre éruption, et loin du siége de cette dernière.

Maintenant, est-il vrai ou non que deux éruptions, différentes par leurs lésions élémentaires, ne puissent se développer sur les mêmes surfaces, garder leur physionomie propre, ne jamais se confondre, de telle manière que si on suppose, par la pensée, l'un des deux disparu, on retrouve l'autre avec ses caractères propres ? En un mot, n'y aura-t-il plus complication, mais bien mélange des deux espèces, d'où résulterait une troisième variété pathologique à forme particulière ? Les observations suivantes, dans lesquelles nous avons réuni avec intention un exemple d'ecthyma, d'impetigo, d'eczéma coïncidant avec le lichen, nous permettront de résoudre la question. Comme ces faits ne sont ni rares ni exceptionnels, les praticiens pourront les soumettre chaque jour au contrôle de l'observation.

2e *Observation.* — *Lichen compliqué d'ecthyma.* — Le 4 juillet 1854, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé Lang (Henri), âgé de 17 ans, coloriste, né à Paris. Cet enfant est d'une santé délicate, d'une constitution chétive ; cependant il n'a jamais eu de maladie grave. — Pas de gourmes dans son jeune âge.

Il y a près de trois mois, Henri fut tourmenté, sans cause appréciable, pendant quinze jours environ, par des démangeaisons vives, généralement répandues, se renouvelant plusieurs fois dans la journée avec une intensité très-grande, démangeaisons qui n'étaient accompagnées par aucune espèce d'éruption. Puis il vit se développer, sur différents points de la surface du corps, de petits boutons rouges, dont l'apparition était suivie de démangeaisons très-vives, et qui, peu à peu, envahirent les bras, le tronc, les membres inférieurs.

Le malade ne fit aucune espèce de traitement avant son admission à l'hôpital, le 4 juillet. Nous constatons alors que son corps est recouvert d'une foule de petits boutons rouges, pleins, saillants au-dessus du niveau de la peau, sans aréole inflammatoire, confluents, mais cependant bien distincts les uns des autres et accompagnés d'un prurit très-prononcé, d'une sensation générale de cuisson assez vive. A ces caractères, on ne peut méconnaître la nature de l'éruption, qui est évidemment un lichen.

Prescription : Tisane de chicorée sauvage ; matin et soir, une pilule d'extrait d'aconit ; tous les deux jours, un bain d'amidon.

Le 19, sous l'influence de ce traitement, la rougeur des papules avait bien diminué, les démangeaisons étaient beaucoup plus supportables, en un mot, l'amélioration était évidente. Mais pendant ce jour, le malade éprouva du malaise, de la douleur dans les reins, de la céphalalgie, une cuisson vive à la partie inférieure des bras, et notamment au dos des mains, qui sont sensibles à la pression ; une fièvre assez forte se déclare.

Prescription : Mauve sucrée ; diète.

Les 20 et 21, mêmes phénomènes généraux.

Le 22, à la visite du matin, on constate sur la surface dorsale des mains un grand nombre de taches rouges, au centre desquelles se développent, dans l'espace de vingt-quatre heures, des pustules bien arrondies, légèrement aplaties au sommet et séparées les unes des autres. Chacune de ces pustules est entourée d'une aréole inflammatoire. La portion de la peau qui les sépare est toujours couverte des papules primitives intactes, mais qui, sous l'influence de ce travail fluxionnaire local, sont devenues un peu plus rouges et un peu plus tendues. Il est donc évident que l'éruption pustuleuse a compliqué l'éruption papuleuse. Ces pustules constituent un ecthyma aigu.

Les phénomènes généraux cessèrent les jours suivants ; les pustules se transformèrent en croûtes d'un jaune-grisâtre, épaisses, adhérentes, qui persistèrent jusqu'au 17 août. A cette époque, on retrouve les papules du lichen dans le même état qu'elles offraient lorsque se développa l'éruption ecthymateuse. Les démangeaisons générales sont moins vives.

Prescription : Tisane de chicorée ; bain d'amidon.

L'amélioration continue pendant les jours suivants ; les papules s'effacent peu à peu ; les démangeaisons sont à peine sensibles ; la guérison est très-prochaine. En effet, le malade peut quitter l'hôpital le 7 septembre.

3e *Observation.* — *Lichen compliqué d'impetigo.* — Le 19 septembre 1854, est entré, hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé Delisle (Jules), âgé de 23 ans, commis.

Ce jeune homme a la peau blanche, la constitution délicate ; il est intelligent et indique avec précision les différentes phases de la maladie pour laquelle il a demandé son admission à l'hôpital. Il déclare n'avoir

pas eu de gourmes dans son enfance, et être atteint, pour la première fois, d'une affection cutanée.

Il y a trois mois environ, à la suite d'un bain très-chaud, qu'il put supporter pendant vingt minutes à peine, le malade éprouva une douleur très-vive à la peau, qui devint sensible et rouge. Cette douleur se changea en prurit violent; s'exaspérant le soir; au bout de trois jours, il se développa sur les deux bras, de petits boutons rouges, pleins, dont l'apparition a été accompagnée de démangeaisons plus vives. La peau avait repris, sur les autres régions, sa couleur normale. Comme le prurit était supportable et ne devenait pas pour lui un obstacle à ses occupations, il se contenta de prendre quelques bains simples. L'éruption resta stationnaire, mais ne s'améliora pas. Enfin, il y a quinze jours environ, le malade a vu se développer, sur les surfaces primitivement envahies et dont l'état était peu changé, un grand nombre de boutons *blancs,* pleins d'*humeur,* bien différents, dit-il, des premiers qui semblaient être rentrés dans la peau. Ces boutons ont formé, au bout de quelques jours, les croûtes que nous voyons encore au moment de son admission, et dont une partie est déjà tombée.

En effet, sur les deux bras, et principalement au niveau des coudes, on remarque de petits boutons rouges, pleins, confluents, sans excoriation à leur sommet, ce sont des papules de lichen; ces boutons forment des plaques irrégulières où la peau est rouge et épaissie; çà et là existent encore des croûtes rugueuses, jaunes, peu adhérentes, qui, au dire du malade, étaient, il y a quelques jours à peine, uniformément répandues sur tous les points envahis. Preuve nouvelle que ces croûtes étaient formées par des boutons différents des premiers; puisque, à leur chute, on a retrouvé les papules intactes, couvertes et masquées seulement par l'éruption pustuleuse, ce qui avait fait dire au malade que les boutons primitifs étaient *rentrés.*

Nous n'avons pas été témoin des pustules d'impetigo, c'est vrai; mais, sans tenir compte des détails très-précis et très-nets que fournit le malade, l'aspect de ces croûtes jaunes, peu adhérentes, rugueuses et confluentes, suffit pour en dévoiler la nature. Ce qu'il nous importe le plus de constater, c'est l'état d'intégrité parfaite des papules au-dessous de ces croûtes.

Prescription : Tisane amère; bain de vapeur. Ce traitement suffit pour amener, en peu de temps, une amélioration très-prononcée. Les croûtes qui restaient tombèrent pour ne plus se renouveler; la rougeur de la peau diminua beaucoup, puis les papules s'affaissèrent; les démangeaisons étaient à peu près nulles. Le malade se trouvait dans cet état voisin de la guérison, lorsqu'il demanda à quitter l'hôpital.

4e *Observation. — Lichen compliqué d'eczéma.* — Le nommé Gouin (François), âgé de 45 ans, imprimeur en taille-douce, est entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le 18 juillet 1854. Cet homme est d'une constitution peu robuste; cependant, la santé générale est bonne. Il n'a jamais eu de maladie de la peau.

Il y a un mois environ, cet homme fut pris subitement de violentes coliques et d'une diarrhée abondante; il en conçut une grande frayeur, parce qu'il croyait être atteint du choléra; néanmoins, tous ces accidents se dissipèrent dès le lendemain, après une journée passée au lit et des sueurs très-abondantes qu'il chercha à provoquer en buvant une grande quantité de tisane de bourrache. Dès le second jour, il reprit ses occupations, mais il éprouva de vives démangeaisons dans le cuir chevelu, qui devint, quelques jours après, le siége d'un suintement abondant; puis, peu à peu, il vit se développer au visage et sur les bras l'éruption pour laquelle il a demandé son admission à l'hôpital.

Le 19 juillet, l'affection présente les caractères suivants: au visage, la peau est rouge, rugueuse, couverte de petits boutons solides, pleins, qui ne sont autre chose que des papules enflammées; un liquide séreux baigne les surfaces malades, mais il n'est point fourni par des excoriations qui existeraient au sommet des papules; en effet, si l'on essuie légèrement, on voit que les papules sont intactes, qu'elles ne peuvent dès lors être la source de cette sécrétion séreuse dont la dessiccation forme des croûtes minces, grisâtres, masquant tout à fait l'éruption papuleuse. Cette sécrétion est fournie par un eczéma qui complique le lichen. Du reste, sur le cou, aux confins de l'éruption, on trouve un grand nombre de petites papules rouges, intactes, avec rudesse de la peau, mais sans mélange de sérosité; en un mot, on retrouve là tous les caractères d'une affection papuleuse.

D'un autre côté, le cuir chevelu est le siége d'un suintement assez abondant de matière séreuse, baignant de larges surfaces rouges sur lesquelles elle se concrète à demi pour former des lamelles grisâtres, molles, peu adhérentes: ce sont là les caractères de l'eczéma; enfin, sur les membres supérieurs, une foule de papules rouges, enflammées, sont irrégulièrement disséminées et confluentes, mais elles sont intactes, et l'on retrouve encore là les caractères bien tranchés du lichen.

En résumé, chez ce malade existent les caractères tantôt séparés, tantôt réunis de deux éruptions différentes et par leurs lésions élémentaires et par leur nature. Sur un point, aux bras, c'est l'affection papuleuse intacte; au cuir chevelu, c'est l'affection vésiculeuse, intacte aussi; et enfin, au visage, on trouve les deux éruptions réunies, mais non confondues, car on y distingue les traits propres de l'eczéma, c'est-à-dire une sécrétion séreuse, de la rougeur, des lamelles molles, grisâtres, qui recouvrent et masquent les caractères du lichen, c'est-à-dire des papules intactes, confluentes, avec rudesse et épaississement de la peau.

Prescription : limonade sulfurique; un bain amidonné tous les deux jours; cinq portions d'aliments solides.

5 *août.* Le suintement a cessé sur tous les points et est remplacé par des lamelles minces, grisâtres. Au visage et sur les bras, la peau est très-rouge, très-épaisse aussi; elle est le siége de démangeaisons vives.

Prescription : tisane de chicorée; 1 gramme de solution de Pearson; bain amidonné.

2 *septembre.* Excepté au cuir chevelu et près des oreilles, l'éruption a disparu; il ne reste sur les bras qu'une légère rougeur, sans épaississement de la peau. Pas de traces des papules; démangeaisons peu vives. En somme, c'est une grande amélioration. — Même traitement; seulement on prescrit 2 grammes de solution de Pearson. Pour le cuir chevelu, pommade au précipité blanc (1 gramme pour 30 grammes d'axonge).

Sous l'influence de ce traitement, ce qui restait de l'affection disparut, et le malade quitta l'hôpital le 7 octobre.

L'ecthyma, l'impetigo, l'eczéma, peuvent donc tour à tour, et sous l'influence de conditions variables, compliquer le lichen. Chacune de ces éruptions conserve sa physionomie propre; le suintement, les lamelles, les croûtes qu'elles fournissent, masquent seulement, et sans les altérer, les caractères de l'éruption papuleuse que l'on retrouve au-dessous avec ses boutons pleins, solides, intacts, avec l'épaississement et la rudesse de la peau. La dernière observation, surtout, nous montre l'eczéma et le lichen occupant l'un et l'autre des siéges différents, et se réunissant enfin sur un troisième point où pourtant chacune des deux éruptions peut être facilement reconnue. En effet, la difficulté du diagnostic n'est jamais qu'apparente. Il existe un moyen simple et infaillible de la résoudre toujours, de reconnaître si l'eczéma, par exemple, complique ou non le lichen: c'est de provoquer la chute des croûtes par des applications émollientes; d'essuyer légèrement les surfaces malades, s'il y a du suintement. Dans le cas de complication, au-dessous des croûtes, au-dessous du suintement, on retrouve l'affection papuleuse intacte, si bien caractérisée, d'ailleurs, qu'elle semblerait exister seule. De même, lorsque la maladie guérit, on voit l'affection secondaire disparaître la première et laisser encore le lichen avec ses caractères propres; c'est-à-dire que l'ecthyma, l'impetigo, l'eczéma, constituent ici, à l'égard du lichen, une complication aussi réelle que lorsqu'ils se développent chez des sujets atteints de gale ou de prurigo. Ces faits établiraient au besoin que chacune de ces affections occupe un siége anatomique distinct. Aussi ne pouvons-nous comprendre comment M. Devergie, qui a certainement observé ces phénomènes, a été conduit à nier la complication et à déclarer que les deux éruptions se confondaient alors pour constituer une forme composée réunissant seulement une partie des caractères de chaque éruption; comme un sel neutre, par exemple, qui, résultant de la combinaison, dans de certaines proportions, d'un peu d'acide et d'un peu d'alcali, diffère pourtant par ses caractères et de ceux de l'acide et de ceux de l'alcali. Malheureusement pour cette théorie des formes composées, dont notre honorable confrère revendique hautement l'initiative sans en apprécier la filiation pathologique, les maladies ne se fractionnent ni se dosent comme des substances chimiques. Voici d'ailleurs comment M. Devergie s'exprime (*Traité des maladies de la peau*, p. 234), à propos de la coïncidence possible de l'eczéma et du lichen, qu'il appelle *eczéma lichénoïde* ou *lichen eczémateux :* « Il est bon, d'ailleurs, que l'on sache « que ces formes composées ne sont pas des complications mor- « bides..... Mais, dira-t-on, c'est là une double maladie dans « laquelle une des deux affections est prédominante; c'est un « eczéma compliqué d'impetigo ou de lichen! Non; *la papule « du lichen eczémateux est aussitôt et dès l'abord suin- « tante.* »

Est-ce clair? M. Devergie repousse cette idée trop vulgaire

de la complication des maladies de la peau. Non, dirons-nous à notre tour, la papule du lichen ne sécrète pas; les observations précédentes le prouvent, et, dans tous les cas, elle ne pourrait jamais engendrer l'eczéma. L'eczéma formé par la sécrétion du lichen! C'est le comble de la confusion.

Nous craignons bien que M. Devergie n'ait confondu son lichen eczémateux avec le lichen *agrius*. Dans ce dernier, en effet, la papule, sous l'influence d'une trop violente inflammation, devient le siége d'un travail ulcératif; elle s'ulcère à son sommet qui fournit alors une sécrétion séro-purulente, dont la dessiccation forme des croûtes offrant une certaine analogie d'aspect avec les lamelles ou les croûtes de l'impetigo et de l'eczéma, mais dont on parvient à les séparer lorsqu'on est un peu familiarisé avec la physionomie si variée de ces diverses espèces. Dans tous les cas, il suffit de provoquer la chute de ces croûtes pour confirmer le diagnostic, puisqu'on trouvera, au sommet de chaque papule, l'ulcération qui fournit la sécrétion morbide. Voici, d'ailleurs, une observation qui nous servira à mieux établir cette différence et que nous choisissons entre plusieurs autres, précisément parce que nous avons eu déjà occasion de la publier (*Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. 3, p. 17; 1850) à un autre titre :

5e *Observation*. — *Lichen agrius*. — Le 11 mars 1850, est entré dans le service de M. Cazenave, salle Napoléon, n° 21, le nommé M.... (Pierre), âgé de 19 ans, non marié, boulanger, né à Lille, y demeurant. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, jouit d'une santé générale bonne, et cependant sa constitution est frêle et chétive. Il n'a jamais eu de maladie grave; il se rappelle seulement avoir été atteint, pendant son enfance et durant plusieurs années, de gourmes à la tête. Il mène une vie régulière. Il ne peut assigner de cause au développement de l'éruption pour laquelle il est venu exprès de Lille à Paris. Cette éruption, qui siége au visage, sur les bras et les jambes, principalement à leur face externe, et dont nous donnerons plus loin la description, s'est déclarée, il y a près de six semaines, à la suite de vives démangeaisons. En quelques jours, elle a acquis l'intensité qu'elle présente actuellement. Il n'a rien rien fait pour s'en débarrasser.

Pierre déclare qu'il y a cinq ans environ cette affection se montra pour la première fois, et à peu près avec les mêmes caractères. D'après l'avis d'un médecin, il prit des bains sulfureux, de la tisane amère, cessa ses occupations, et guérit au bout de deux mois. Quoique débarrassé de l'éruption, il ressentait parfois des démangeaisons intenses. Depuis cette époque, à trois reprises différentes, et sans qu'il puisse indiquer de cause occasionnelle déterminante, les boutons ont reparu à la peau. Toujours il a pris des bains sulfureux qui ont produit un heureux résultat.

A son entrée à l'hôpital, Pierre se trouve dans l'état suivant : sur le visage, les bras et les jambes, principalement à leur face externe, on voit des surfaces irrégulièrement délimitées, séparées entre elles, rouges, recouvertes de petites croûtes lamelleuses, assez adhérentes, les unes sèches et grisâtres, les autres plus ou moins humides, entourées et baignées en quelques points, surtout à la figure, par un liquide sécrété, comme on le voit dans l'eczéma. Sur tous les endroits malades, la peau est épaissie, rude, chagrinée, ce que le toucher permet de constater. Cet état chagriné est dû à la présence de petits boutons, pleins, solides, dont quelques-uns sont *excoriés à leur sommet et suintants*; dont les autres intacts, un peu rouges, sont situés aux limites de l'éruption. Ce sont de véritables papules, éléments primitifs de cette affection, et qui, par suite de modifications qu'elles subissent, enlèvent à la maladie ses caractères ordinaires, sans toutefois en changer la nature.

Il existe, en même temps, des démangeaisons très-vives, une coloration brunâtre, comme bronzée, des téguments aux points envahis.

Si l'on n'apportait à l'examen de ces caractères qu'une attention légère, peut-être que, ne tenant compte que du suintement et des croûtes lamelleuses, on serait tenté de rapporter cette affection à l'eczéma; mais la rudesse des téguments, les papules bien caractérisées sur quelques points, l'altération de la matière colorante, le prurit enfin, permettent suffisamment de reconnaître une affection papuleuse.

Nous pourrions ajouter que les parties malades ne forment pas des surfaces continues, comme cela a lieu dans l'eczéma, mais qu'on voit çà et là des endroits sains au milieu d'autres qui sont malades.

Comme nous venons de le dire, c'est une affection papuleuse comme type; comme espèce, c'est bien évidemment un *lichen agrius*; si maintenant nous nous rappelons que cette maladie de la peau constitue une véritable affection nerveuse, quant à la nature, nous comprendrons que le traitement auquel M. Cazenave a soumis le malade ait été dirigé dans le double but d'agir, par les amers, contre l'état général de la constitution, et par les antispasmodiques, contre l'élément nerveux.

On prescrit, en effet, le 12 mars, une tisane de chicorée sauvage, édulcorée avec 30 grammes de sirop de gentiane; matin et soir, une pilule d'extrait d'aconit de 2 centigrammes et demi chacune; matin et soir aussi on saupoudre les surfaces malades avec de l'amidon sec; un bain simple tous les deux jours; cinq portions d'aliments solides.

Ce traitement est suivi avec persévérance jusqu'au 25 avril; à cette époque, l'éruption est déjà heureusement modifiée; ainsi, la sécrétion est moins abondante, nulle au visage; les croûtes sèches se détachent en plusieurs endroits où la peau est en meilleur état, quoiqu'elle conserve encore un peu de rougeur et d'épaississement. Les démangeaisons sont toujours vives.

Le malade était donc en voie de guérison; le lendemain il est pris d'un érysipèle ambulant qui, après avoir débuté à la face, gagne successivement le dos, les bras, le thorax et les membres inférieurs jusqu'aux orteils. (Il y avait à cette époque, dans la salle, une épidemie d'érysipèle qui présenta chez presque tous les malades cette forme ambulante, avec des caractères adynamiques.)

Le malade en guérit toutefois; le 12 mai (dix-huitième jour d'invasion) l'érysipèle avait complétement cessé. Tant que dura cette affection intercurrente, l'éruption cutanée disparut à tel point qu'on n'en voyait la trace nulle part, sauf une légère persistance de la coloration bronzée.

Le 20, depuis huit jours, la convalescence est établie; le malade mange avec appétit, reprend des forces; rien ne rappelle qu'il est entré à l'hôpital pour une affection cutanée. Il reprend la tisane amère, suspendue lors l'invasion de l'érysipèle.

Le 21, le malade se plaint d'éprouver des démangeaisons, du prurit; il ne peut résister au désir de se gratter, et l'on remarque fort bien sur la peau les sillons linéaires produits par l'action des ongles : et cependant, malgré l'examen le plus attentif, on ne peut découvrir sur la peau ni bouton ni suintement.

Le 25, paraissent quelques papules aux bras, aux jambes et au visage, et avec elles un peu de suintement. La peau rougit d'abord, devient plus épaisse; la coloration brunâtre se dessine mieux; enfin l'éruption est revenue, quant à ses caractères extérieurs, au point où elle se trouvait lors de l'invasion de l'érysipèle.

Ici nous devons signaler ce fait très-curieux, parce qu'il nous a été donné de l'observer plusieurs fois. Ainsi, lorsqu'une fièvre intercurrente, éruptive ou typhoïde, survient pendant la guérison d'une maladie cutanée, celle-ci, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, peut disparaître pour se montrer de nouveau plus tard, après la cessation de l'affection générale; mais, et c'est là le point digne de remarque, au lieu de reprendre les caractères de la période d'état, elle se montre seulement telle qu'elle était au moment de l'invasion de la fièvre, de telle sorte que celle-ci semble avoir eu pour résultat de suspendre, pendant un certain temps, la marche de l'éruption vers la guérison.

Le 26, le malade se trouve dans de bonnes conditions : tisane amère; bain amidonné. Ce traitement, continué pendant quelques jours encore, suffit pour amener une guérison complète.

10 *juin*. L'éruption ayant cessé, le malade peut quitter l'hôpital.

Ici, la papule sécrète, c'est vrai, mais à la condition d'un travail ulcératif, ce qui est bien différent. Toutefois, entre ce fait et ceux des observations précédentes, il existe une certaine analogie d'aspect qui peut induire en erreur, lorsque l'attention n'est pas éveillée sur ce point ou lorsqu'on méconnaît l'enchaînement constant de ces phénomènes pathologiques. On comprendra dès lors combien il est facile, avec un peu de fantaisie et en se basant sur certains signes secondaires, tels que : la disposition et l'éruption, sa forme, la consistance et l'abondance du suintement, l'adhérence des croûtes, la rudesse de la peau, etc., de trouver, dans la même maladie, les caractères de plusieurs maladies nouvelles. C'est ainsi que les diverses variétés d'affections cutanées indiquées, par M. Devergie, sous les noms d'eczéma lichénoïde, d'eczéma nummulaire, de lichen herpétiforme, d'herpès psoriasiforme, dont la description est confuse, embarrassée, dont le diagnostic est impossible à établir, ne sont autre chose que des exemples ou de lichen *agrius* ou de lichen compliqué, soit par un eczéma, soit par un impétigo. Nous avons assez insisté sur le moyen certain de reconnaître la complication; tout praticien établira le diagnostic de l'éruption secondaire : ecthyma, eczéma, impetigo, qui se présente alors avec la même physionomie que lorsqu'elle existe seule.

Au point de vue de la théorie et de la pratique, ces considérations peuvent être résumées de la manière suivante :

1° La coïncidence de deux éruptions occupant le même siége ou des siéges différents, constitue une véritable complication;

2° Ce phénomène pathologique, circonscrit entre un nombre assez restreint de maladies cutanées, se produit sous l'influence de conditions bien déterminées; tantôt à l'occasion d'une inflammation aiguë, ce qui arrive rarement; et tantôt à l'occasion d'une affection essentiellement prurigineuse, ce qui arrive plus fréquemment et plus facilement aussi;

3° Dans l'un comme dans l'autre cas, les deux affections peuvent être facilement reconnues; elles parcourent leurs phases respectives, sans que l'une d'elles modifie ni altère en rien la physionomie de l'autre;

4° A l'égard des affections prurigineuses, on peut établir que l'éruption avec prurit se développe la première, et qu'on la retrouve encore, avec sa physionomie propre, lorsque l'éruption secondaire a disparu, à moins que ses caractères pathologiques ne soient fugaces, ce qui a lieu pour l'urticaire, ou qu'ils ne puissent être facilement détruits sur place, ce qui a lieu pour la gale. Dans ces deux circonstances, la maladie secondaire persiste après la guérison de l'affection prurigineuse qui en a provoqué le développement;

5° La connaissance de la filiation pathologique de ces phénomènes permettra d'éviter l'erreur dans laquelle sont tombés les dermatologistes qui ont cru décrire des maladies nouvelles en décrivant la même complication, examinée à différentes phases de son évolution;

6° Enfin, la différence des lésions élémentaires dont on a trop méconnu ou contesté l'importance, indique, entre les divers états pathologiques qu'elles caractérisent, une différence non-seulement quant à la forme, mais encore quant au siége anatomique.

JOURNAUX ITALIENS.

GAZETTE MÉDICALE DES ÉTATS SARDES ET DE TOSCANE.

(Suite et fin. Voir le n° 130.)

IV. De l'extrait de belladone comme succédané du seigle ergoté dans la pratique des accouchements.

Les observations ci-après reproduites, publiées par le docteur Somà, de Magliano, semblent ne laisser aucun doute sur les propriétés dont jouit l'extrait de belladone, comme moyen de hâter l'accouchement, dans les cas où l'usage du seigle ergoté semble indiqué. Nous les reproduisons sans commentaire.

1re *Observation.* — Appelé le 21 juin 1852 auprès d'une primipare qui souffrait depuis vingt-quatre heures, sans résultat, malgré deux saignées, des douleurs de l'enfantement, le docteur Somà trouva cette femme, qui était d'ailleurs bien constituée et d'un tempérament sanguin, avec des contractions utérines peu énergiques, et vomissant de temps à autre. Le toucher lui fit reconnaître que l'enfant se présentait en bonne position, que le col utérin était rigide, peu développé, et que la tête était plongée dans le petit bassin, presque au niveau du détroit inférieur. Dans cet état de choses, ajoute l'auteur, je pensai à recourir à l'emploi du seigle ergoté pour réveiller les contractions utérines affaiblies, tout en craignant qu'il ne pût être utile par suite des vomissements dont la femme était atteinte et qui rejetteraient le médicament. J'en administrai successivement deux prises qui furent, en effet, rejetées par le vomissement. Me souvenant alors que Chaussier avait conseillé la belladone contre le spasme du col utérin, et songeant à l'avantage qu'offre ce médicament dans l'opération de la cataracte pour dilater l'iris, je fus porté à croire que l'estomac ne le rejetterait pas, et je me décidai à le prescrire. Mais à quel dose l'administrer? Tel fut mon embarras. Néanmoins je réfléchis, et je me dis qu'en pareille circonstance, la tolérance devait être beaucoup plus grande que dans les cas ordinaires, et qu'avec une faible dose, je n'obtiendrais probablement pas le but auquel je visais, je me décidai alors à en administrer 50 centigrammes dans 125 d'eau gommée, édulcorée avec 30 grammes de sirop. Je fis prendre d'abord deux cuillerées de cette potion qui furent gardées; au bout de dix minutes, deux nouvelles cuillerées furent données, puis deux encore, en tout six, qui formaient à peu près la moitié de la potion, et qui furent parfaitement conservées. Peu de temps après avoir pris cette dose, les contractions utérines se réveillèrent assez fortes, et l'accouchement eut lieu après quelques instants: la femme mit au monde une fille robuste et vigoureuse.

J'avoue que la dose à laquelle j'avais porté l'extrait de belladone dans la potion était un peu élevée; mais j'étais tranquille, parce que je ne quittais pas la malade, et que je surveillais moi-même les effets du remède. Du reste, le placenta suivit de près la sortie de l'enfant; les suites de couche marchèrent de la manière la plus régulière, et la belladone, ainsi administrée, n'eut d'autre effet que de hâter l'accouchement et de faire cesser les souffrances de la femme.

2e *Observation.* — Une jeune femme de 23 ans, primipare, fut atteinte, pendant sa grossesse, d'une gastro-entérite qui exigea plusieurs saignées. Elle se rétablit, et jouit d'une bonne santé jusqu'au moment où elle ressentit les douleurs de l'enfantement. Il y avait déjà douze heures qu'elle souffrait quand, le 15 mai 1853, dans la crainte que l'intervention d'un accoucheur ne devînt nécessaire, elle fit appeler le docteur Somà qui constata un commencement de dilatation du col utérin, une bonne présentation du fœtus, mais des contractions utérines trop faibles pour faire avancer le travail et effectuer l'accouchement. Il prescrivit immédiatement une potion de 40 centigrammes d'extrait de belladone dans 125 grammes de solution gommeuse, avec 30 grammes de sirop; et comme la femme était d'un tempérament sanguin, il lui fit une saignée en attendant qu'on lui apportât la potion. Une demi-heure après cette saignée il y eut un peu d'augmentation dans les contractions, mais pas assez pour se dispenser de donner la potion qu'on venait d'apporter, et dont il administra sur-le-champ deux cuillerées à bouche, renouvelées au bout de 10 minutes. Il se disposait, 20 minutes après cette seconde dose, à en administrer deux autres cuillerées, lorsque la femme fut prise de vives douleurs et accoucha d'une fille d'apparence chétive, qui ne put prendre le sein maternel, et succomba au bout de quelques jours. Les suites de couche furent courtes et normales.

3e *Observation.* — Le 25 juin de la même année, la nommée B. C...., âgée de 37 ans, ayant déjà eu plusieurs enfants qu'elle avait mis au monde sans trop de difficulté, craignant, cette fois, qu'il n'en fût pas de même, parce qu'elle éprouvait des douleurs depuis vingt-quatre heures sans voir avancer le travail, fit appeler le même médecin pour lui demander si une saignée dans cette circonstance n'accélérerait pas le travail. La proposition de la femme lui paraissant indiquée, vu que le toucher fit constater l'absence de dilatation du col utérin, il se conforma à son désir et prescrivit une saignée à renouveler au bout d'une heure et demie, dans le cas où les contractions utérines ne se réveilleraient pas davantage, et s'en retourna après avoir engagé la femme à prendre un peu de patience. Deux heures après la deuxième saignée, le travail n'avançant pas, le docteur Somà fut de nouveau prié de se rendre auprès d'elle; il y avait alors un commencement de dilatation du col, et l'on sentait la tête du fœtus à travers les parois utérines. Ne pouvant demeurer auprès de la femme et se charger de son accouchement, il n'hésita pas à prescrire la potion précédente, en recommandant de ne pas en prendre plus de 2 à 3 cuillerées toutes les dix minutes, jusqu'à ce que les contractions utérines devinssent plus énergiques, et il fut obligé de s'en aller.

Le lendemain matin, il alla revoir la malade qu'il trouva avec son enfant dont elle était accouchée la veille, après avoir pris les deux tiers de la potion belladonée.

Des observations qui précèdent, et d'autres en tout semblables que, pour abréger, il ne rapporte pas, le docteur Somà est amené à penser qu'il y a des cas où il y a plus d'avantage à recourir à

la belladone qu'au seigle ergoté. Les motifs sur lesquels il appuie son opinion sont : 1° parce qu'il est toujours plus facile de se procurer et d'avoir au besoin sous la main l'un que l'autre; 2° dans les cas assez communs de vomissements spasmodiques, où le seigle ergoté est à peu près toujours rejeté, la belladone agit au contraire en arrêtant le vomissement; 3° suivant son opinion, l'extrait de belladone agit avec plus d'énergie que le seigle; l'action de ce dernier, toutefois, est plus prolongée; 4° toutes les femmes auxquelles il a fait prendre l'extrait en question n'ont pas éprouvé de ces contractions utérines pénibles qui se font si souvent sentir plusieurs heures, encore et parfois quelques jours après l'accouchement, et qui paraissent se rattacher à l'usage du seigle ergoté, quoique, à vrai dire, on les ait quelquefois observées chez des femmes qui n'avaient pas usé de ce médicament.

Le docteur Somà ne regarde pas toutefois la belladone comme applicable dans tous les cas; ainsi, suivant son opinion, elle serait contre-indiquée dans les affections qui auraient produit chez la femme en travail un affaiblissement des forces physiques, ou chez lesquelles ce genre d'épuisement existerait habituellement. L'occlusion complète du col serait pareillement une contre-indication; un commencement de dilatation, quelque léger qu'il soit, avec coïncidence d'une bonne présentation du fœtus, autorise, au contraire, l'emploi de la belladone avec espoir fondé de succès. Dans de telles conditions, l'auteur n'hésite pas à prescrire ce médicament, alors même qu'il ne peut pas assister lui-même la femme.

Une dernière réflexion porte sur les doses élevées du médicament que peut supporter, sans danger, une femme en travail, ce qui n'arriverait certainement pas dans une autre maladie. Et si quelqu'un doutait de l'activité de l'extrait employé, le docteur Somà répond qu'il a voulu expérimenter sur lui-même la vertu de celui dont il s'est servi, et qu'en ayant fait faire des pilules d'un huitième de grain chacune, deux de ces pilules ont suffi pour lui faire éprouver une fatigue inaccoutumée qui l'a obligé de rester assis ou couché; une soif assez vive, de la pesanteur de tête, et un malaise général difficile à définir. Il y en a plus qu'il ne faut pour prouver l'activité de l'extrait employé.

Contre-indications du seigle ergoté dans la pratique des accouchements. — Elles se réduisent aux suivantes :

1° Une excessive faiblesse naturelle ou morbide; dans ce cas c'est aux toniques, au bouillon et au vin, qu'on doit avoir recours;

2° La distension excessive de l'utérus par l'abondance des eaux de l'amnios; elle réclame l'ouverture artificielle des membranes; l'écoulement des eaux permettant alors aux fibres utérines, qui sont comme paralysées, de revenir sur elles-mêmes, les contractions ne tardent pas à se manifester, et la dilatation du col s'opère;

3° Un état pléthorique empêchant les contractions de se développer; c'est la saignée qu'il faut employer alors;

4° Une contrariété, une préoccupation quelconque de la femme en travail, telle que la contrainte que fait éprouver la présence d'une personne étrangère; dans ce cas, ***sublatâ causâ, tollitur effectus;***

5° Une température trop élevée de la pièce occupée par la malade, capable de congestionner le cerveau et, par là, de diminuer l'énergie des contractions;

6° L'accumulation de l'urine dans la vessie produit quelquefois des douleurs vives qui paralysent en quelque sorte les contractions de l'utérus et l'action des parois abdominales. Le cathétérisme y remédie. Il en est de même des douleurs néphrétiques, des douleurs de tête et autres. Dans ce cas, si le travail est avancé, il faut avoir recours au forceps, et, dans le cas contraire, attendre;

7° L'évacuation prématurée des eaux; parce qu'alors les parois utérines étant obligées de se mouler sur le fœtus pour prendre en quelque sorte sur lui leur point d'appui, celui-ci, quand il est descendu très-bas, ne le lui fournit que fort imparfaitement;

8° La résistance trop forte des membranes qui ne peuvent se rompre; ainsi que la rigidité du col. Dans le premier cas, on en pratique l'ouverture, et dans le second, on a recours à la saignée et à la belladone;

9. Enfin, l'obliquité en arrière du col peut contribuer à l'affaiblissement des contractions. Il faut, dans ce cas, recourir à l'incision de la lèvre antérieure avec un bistouri boutonné.

G. Vignolo, *D. M. P.*

THÉRAPEUTIQUE.

Prolapsus utérin guéri par la rétroflexion,

Par le Dr Bernard Seyfert.

Après avoir fait ressortir l'insuffisance des moyens ordinairement employés pour combattre les prolapsus de la matrice et rappelé les causes principales de cette fâcheuse infirmité, l'auteur relate les faits suivants :

Obs. I. — Une femme âgée de 30 ans, mère de plusieurs enfants, avait quitté le lit peu de temps après sa dernière couche, d'où un prolapsus utérin pour lequel elle vint consulter l'auteur.

La matrice était entre les lèvres et dépassait de 2 pouces l'orifice vaginal. L'auteur fit pratiquer des injections froides répétées plusieurs fois par jour, et recommanda le décubitus horizontal pendant trois semaines.

Au bout de ce temps, la malade put marcher facilement; l'examen obstétrical constata une rétroflexion complète.

Obs. II. — Une servante, âgée de 29 ans, qui était devenue mère trois ans auparavant, éprouva une chute de l'utérus à la suite d'un travail pénible. Ce ne fut qu'au bout de neuf mois qu'elle eut recours au médecin; l'utérus dépassait la vulve de 2 pouces et demi, et il était, comme dans le cas précédent, beaucoup plus long et plus gros que d'ordinaire. Le contour de l'orifice utérin était couvert d'un ulcère granuleux de la grosseur d'une pièce de 5 francs, et l'utérus donnait issue à un liquide âcre et abondant.

L'auteur s'occupa d'abord de guérir l'ulcère à l'aide de la cautérisation et des fomentations d'eau de Goulard. Un matin, il s'aperçut que l'utérus était remonté de lui-même et avait une tendance à s'incliner en arrière. Bientôt la rétroflexion devint plus prononcée; l'utérus conservait une vive sensibilité qu'augmentait le moindre contact avec la sonde utérine; mais ces symptômes cédèrent aux injections froides, et la malade se rétablit complétement.

L'auteur, s'appuyant sur ces faits, se propose à l'avenir de provoquer la rétroflexion de l'utérus, lorsque celle-ci ne se fera pas d'elle-même et lorsque l'utérus se trouvera dans des conditions favorables pour déterminer cette déviation.

L'auteur ne regarde pas le manuel opératoire comme dangereux; il lui est souvent arrivé d'imprimer à l'utérus, à l'aide de la sonde, divers mouvements qui n'ont été suivis d'aucun effet fâcheux.

(*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le concours pour une place de médecin du Bureau central des hôpitaux, que nous avons annoncé récemment, vient de se terminer, après plusieurs brillantes épreuves, par la nomination d'un candidat que plusieurs concours antérieurs, soutenus avec la plus grande distinction, avaient en quelque sorte signalé d'avance au choix des juges. Ce candidat est M. Xavier Richard. Nous sommes heureux d'avoir à annoncer une aussi bonne nomination.

Erratum. — Dans la lettre relative au traitement du choléra insérée dans notre dernier numéro, on a imprimé par erreur que la noix vomique avait été administrée à la dose de 40 *grammes*; c'est de 40 *gouttes* de teinture qu'il faut lire.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé, précédé de quelques réflexions sur les pessaires en général, par M. M. Gariel, docteur en médecine, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre titulaire de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 25 cent.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 133. 2e année. Jeudi 9 Novembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 11. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 8 Novembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

L'horizon s'éclaircit peu à peu. A la liste des orateurs qui ont rendu hommage à l'utilité du microscope, nous pouvons ajouter le nom de M. Larrey et celui de M. Malgaigne. Pour peu que cela continue, nous entrevoyons le moment où tout le monde sera de cet avis.

M. Larrey a prononcé un discours où brillent toutes les qualités qui distinguent cet éminent académicien. Dans un langage plein de dignité, et dont la modération n'exclut pas la fermeté, l'orateur fait ressortir ce qu'il y a d'insolite dans une discussion où le microscope est tour à tour attaqué et défendu par des hommes également étrangers au maniement de cet instrument. Nous trouvons naturel que cette situation répugne un peu à la délicatesse de M. Larrey; mais nous ne partageons pas l'espèce de regret qu'il a exprimé avec tant de convenance. La discussion, quelle qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, ne peut qu'être favorable au triomphe de la vérité. D'ailleurs, on ne peut pas dire que le microscope soit privé de défenseurs dans une Académie qui compte M. Robert et M. Larrey au nombre de ses membres.

Sans avoir par lui-même manié le microscope, M. Larrey, comme M. Velpeau, a fait de fréquents appels aux lumières des micrographes. Clinicien avant tout, il a accepté les renseignements qui lui ont été fournis sur la nature des tumeurs, et s'est attaché à suivre ensuite les malades. Or, les impressions qu'il a conservées de cette étude clinique, sont favorables aux distinctions établies par le microscope. Plus les faits se sont multipliés sous ses yeux, plus il s'est senti disposé à croire que le véritable cancer, le cancer à noyaux et à cellules, était incurable. Moins grave est le cancroïde, surtout celui de la peau. Quant aux tumeurs fibro-plastiques, elles peuvent quelquefois se généraliser dans l'organisme, comme le véritable cancer, mais elles peuvent aussi rester entièrement locales, ne récidiver que sur place, et guérir définitivement après plusieurs opérations successives. Aux faits cités par M. Robert, M. Larrey en ajoute deux autres, dont l'un prouve que les affections fibro-plastiques peuvent se généraliser, tandis que l'autre montre que quatre récidives locales ne s'opposent pas à la guérison.

En résumé, M. Larrey se prononce avec fermeté pour l'utilité des études microscopiques, et il demande qu'au lieu de détourner les observateurs de cette voie nouvelle, on les encourage, au contraire, à persévérer.

Un vif sentiment de curiosité dominait l'assemblée au moment où M. Malgaigne est monté à la tribune. — Nul ne savait dans quel sens parlerait ce puissant orateur. Allait-il, comme il l'a fait tant de fois, porter le coup de grâce aux anciennes doctrines et entraîner l'Académie vers le camp du microscope? Allait-il, au contraire, joindre ses forces à celles de M. Velpeau, et opposer la barrière de son éloquence aux progrès des doctrines nouvelles? L'auditoire est resté jusqu'à la fin suspendu entre ces deux alternatives. Implacable pour le passé, inexorable pour le présent, M. Malgaigne n'a pas ménagé ses coups. Personne n'a échappé au choc de ce rude jouteur, qui, arrivant au milieu d'une mêlée, est assez fort pour attaquer à la fois les deux partis, et pour quitter ensuite le champ de bataille sans qu'on puisse savoir s'il tient pour le pape ou pour l'empereur!

Somme toute, nous ne pouvons que nous féliciter de cet incident inattendu. Lorsque M. Malgaigne est descendu de la tribune, nous avons compté nos blessures, nous avons trouvé qu'elles étaient rares et légères, tandis que nos adversaires en ont reçu dont ils se relèveront difficilement.

Dès la seconde phrase de son exorde, M. Malgaigne a établi entre la *science* et la *pratique* une distinction à laquelle ses écrits et son enseignement ne nous avaient pas habitué. Nous avons cru d'abord que nos oreilles nous avaient trompé. La suite du discours nous a prouvé qu'il n'en était rien, et que cette distinction était, pour ainsi dire, le pivot de l'argumentation de l'orateur. Suivons M. Malgaigne, — nous citons textuellement : — « Il n'y a pas de diagnostic scientifique possible sans le mi-« croscope. Un homme qui se sert de ses yeux et qui refuse de « se servir du microscope, est comparable à un myope qui ne « voudrait pas se servir de lunettes. — Toute observation dans « laquelle le témoignage du microscope n'a pas été invoqué est « une observation arriérée et nulle pour la science. » — Les partisans les plus exclusifs du microscope n'ont jamais rien dit de plus fort. Voilà pour la *science;* pour la *pratique,* c'est autre chose. En pratique, le microscope est inutile, il est nuisible même, puisqu'il attaque l'utile distinction des tumeurs en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes. Ainsi, il n'y a pas à s'y méprendre, la science et la pratique sont choses tellement différentes que ce qui sert à l'une nuit à l'autre, et réciproquement.

Mais qu'est-ce donc que la pratique, si ce n'est l'application de la science? et qu'est-ce donc que la science, si ce n'est le gouvernail de la pratique? Est-il une découverte scientifique de quelque importance qui ne devienne bientôt utile aux praticiens par les conséquences qu'ils en déduisent? N'a-t-on pas vu, à toutes les époques, la pratique accompagner pas à pas la science dans toutes ses oscillations; devenir systématique quand la science était systématique; empirique quand elle était empirique; mystique quand elle était mystique; cartésienne quand elle était cartésienne? La pratique suit la science comme l'ombre suit le corps, comme les soldats suivent leur drapeau, comme les wagons suivent leur locomotive. Changer la science, c'est changer la pratique, — non pas peut-être cette pratique banale

qui consiste à purger les gens constipés, à saigner ceux qui ont mal à la tête, à attacher trois ou quatre attelles autour d'un membre cassé, ou à enlever une tumeur suspecte; — mais la véritable pratique, la pratique sérieuse, la pratique scientifique, qui commence par établir le diagnostic, qui en déduit le pronostic, et qui, tenant compte de la lésion aussi bien que des symptômes, fait reposer les indications du traitement sur la double base du raisonnement et de l'expérience.

Faut-il citer des exemples? Ils ne nous manqueront pas. L'Académie de chirurgie avait une certaine théorie qui faisait dépendre de la compression cérébrale la plupart des accidents des plaies de tête. C'était là *sa science*. — Comme conséquence, elle ordonnait de trépaner, même dans les cas douteux! C'était *sa pratique*.

M. Malgaigne rencontre un jour cette science et cette pratique: il prouve que les prétendus accidents de compression dépendent de l'inflammation; il change la science, et, du même coup, il change la pratique. L'opération du trépan a vécu ce qu'a vécu la théorie de la compression.

L'Académie de chirurgie avait une autre théorie sur l'engouement et sur l'étranglement de toutes sortes de hernies par toutes sortes d'anneaux. La pratique qui découlait de cette science consistait à opérer les épiplocèles comme les entérocèles, et les grosses hernies renfermant deux ou trois pieds d'intestin grêle, au même titre que les petites hernies marronnées.

Qu'a fait encore M. Malgaigne? Il a réfuté la théorie de l'engouement et celle de l'étranglement par les anneaux naturels; il a prouvé que la hernie inguinale en particulier ne pouvait s'étrangler que par le collet du sac, que cet étranglement était impossible dans les hernies non maintenues, parce que les hernies non maintenues n'ont pas de collet, qu'il y avait enfin des étranglements et des pseudo-étranglements, — comme on dit aujourd'hui qu'il y a des cancers et des pseudo-cancers. — En un mot, M. Malgaigne, sur la question des hernies, a changé la science, c'est par là qu'il a commencé, — puis il a bien fallu que la pratique changeât à son tour, et tous les praticiens instruits ont perdu aujourd'hui la funeste habitude d'opérer les hernies dans les cas si nombreux de pseudo-étranglement.

Nous aurions beau jeu si nous voulions continuer à passer en revue tous les changements que l'infatigable génie de M. Malgaigne a fait subir à la *science* d'abord et ensuite à la *pratique*. Nous pourrions citer toute la doctrine des fractures, celle des luxations récentes ou anciennes, celle des cataractes secondaires, et tant d'autres encore qu'il serait trop long d'énumérer. Dans tous ces cas, M. Malgaigne, homme de science avant tout, et qui s'est souvent égayé aux dépens des bons petits praticiens, qui faisaient de bonnes petites saignées à de bons petits malades (*sic*), M. Malgaigne a commencé par labourer le sol avant de l'ensemencer, par renverser les théories anciennes avant de balayer la pratique ancienne, et par édifier de nouvelles doctrines avant d'établir une pratique nouvelle. Ce qu'il a fait pendant toute sa vie, lui dont l'existence a été une longue lutte contre le passé, — nous le faisons aujourd'hui dans la question des tumeurs, nous ses élèves et les continuateurs de son œuvre. Il nous a paru que la doctrine classique des tumeurs était un chaos ridicule, et nous n'avions pas tort de penser ainsi, au dire de M. Malgaigne, qui a consacré à la démonstration de cette proposition la première partie, et aussi la partie la plus remarquable de son discours. Il nous a paru qu'une étude complète des tumeurs, tant à l'œil nu qu'au microscope, tant sur le vivant que sur le cadavre, était appelée à faire de l'ordre dans ce désordre et de la science dans ce chaos. Nous l'avons cru, et nous avions raison de le croire, toujours au dire de M. Malgaigne, qui l'a dit et proclamé bien haut dans son magnifique langage. Avant le microscope, a-t-il dit, il n'y avait rien de certain, c'était le vague, l'arbitraire, la confusion! Depuis le microscope, tout cela a disparu. En dix ans, le microscope a accompli la plus prodigieuse peut-être de toutes les révolutions scientifiques! L'ancien ordre de choses a sombré, corps et bien, mots et idées; il n'en reste plus rien aujourd'hui. Comparez plutôt la discussion actuelle avec la discussion de 1844, et le livre récent de M. Velpeau avec son article MAMELLE du *Dictionnaire* en 30 volumes! Jamais on n'avait vu un changement aussi rapide et aussi complet. Gloire donc au microscope qui a produit cet immense résultat et malheur à l'homme d'étude qui, fermant les yeux à cette lumière, voudrait faire de la science sans microscope, — comme ces myopes qui préfèrent s'exposer à tomber dans les ornières, plutôt que de consentir à placer devant leurs yeux des lentilles biconcaves!

Ainsi, c'est bien entendu, sans le microscope point de progrès, point de certitude, point de science. Le microscope n'est pas seulement utile à la science, il lui est indispensable. Voilà ce que dit M. Malgaigne. Voici maintenant ce que nous ajoutons: La science ne peut se passer du microscope; or, la pratique ne peut se passer de la science; donc la pratique ne peut se passer du microscope. M. Malgaigne a établi dans son discours la majeure de ce syllogisme; la mineure est démontrée par l'histoire de l'art en général, et en particulier par toute la vie scientifique de M. Malgaigne. Quant à la conclusion, elle découle naturellement des prémisses.

Eh quoi! dira-t-on, y pensez-vous? Le microscope indispensable à la pratique! Allez-vous exiger que tous les praticiens portent un microscope dans leur poche? Non certes, et il n'est pas nécessaire d'être micrographe par soi-même pour pouvoir profiter des découvertes histologiques, et pour en tirer même des conséquences pratiques. Par exemple, M. Velpeau, qui n'est pas micrographe, a fini par trouver des caractères qui lui permettent aujourd'hui de diagnostiquer les tumeurs hypertrophiques de la mamelle. Par exemple, M. Hardy, qui n'est pas micrographe non plus, est arrivé, grâce aux renseignements fournis par le microscope, à guérir infailliblement la gale en deux heures!

Mais, objecte M. Malgaigne, en quoi le microscope a-t-il modifié le traitement du cancer? A quoi sert de savoir qu'une tumeur renferme des culs-de-sac glandulaires, ou des cellules cancéreuses, ou des cellules épithéliales, ou des éléments fibro-plastiques? A quoi cela sert? Cela sert d'abord à diagnostiquer les tumeurs purement glandulaires, à savoir qu'on peut très-souvent les laisser en place sans danger, et qu'on peut, très-souvent aussi, les guérir sans opération, par la seule compression. Demandez aux malades si ce premier résultat, qui les soustrait au couteau, leur semble indifférent. — J'accorde le cas particulier des tumeurs glandulaires, répond M. Malgaigne, mais les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques ou cancéreuses sont bien différentes. Toutes sont *malignes*, et le praticien s'inquiète assez peu, quand elles récidivent, de savoir si elles renferment telle ou telle cellule. — C'est possible. Mais, avant la récidive, quelle est la question que se pose le praticien? Il se demande si son opéré est guéri ou s'il ne l'est pas, si le mal repullulera et déterminera la mort, ou si le malade vivra pour bénir la chirurgie et le chirurgien. — Celui qui trouverait le moyen de lever cette incertitude désolante n'aurait-il pas rendu un immense service à la pratique? Les cliniciens micrographes ont tenté de le faire. Ils sont loin d'avoir résolu complétement le problème, mais ils ont du moins fourni des réponses fort importantes. Ainsi, ils ont dit: Les tumeurs réellement cancéreuses récidivent *toujours*: M. Malgaigne accepte franchement cette proposition. Ils ajoutent: Les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques ne récidivent que *quelquefois*. M. Malgaigne ne s'est pas expliqué sur les tumeurs épithéliales, mais pour les tumeurs fibro-plastiques, il a nettement déclaré que beaucoup d'entre elles ne récidivaient pas, et il a même reproché à M. Velpeau d'avoir confondu ces tumeurs fibro-plastiques bénignes avec celles qui récidivent et qui sont malignes. Ainsi les micrographes établissent, et M. Malgaigne admet des différences de pronostic qui correspondent aux différences de structure des tumeurs. Il ne s'agit plus que de savoir si le pronostic offre, oui ou non, quelque intérêt pour la pratique. Nous

croyons que oui, et nous serions étonné que M. Malgaigne pensât autrement.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur le remarquable discours de l'éloquent professeur. Nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer sur la division des tumeurs en bénignes et malignes, division sur laquelle M. Malgaigne s'appuie pour prouver que le microscope,— c'est-à-dire la science, — est inutile pour la pratique. Nous n'y reviendrons pas et nous passons également sous silence les faits de détail et les appréciations piquantes qui ont rendu si attrayante l'improvisation de M. Malgaigne. Nous avons voulu concentrer toute notre attention sur les deux grandes idées autour desquelles l'orateur a groupé ses arguments.

En tous cas, la journée a été bonne pour la cause que nous défendons. Désormais les études microscopiques ont conquis leur droit de domicile dans la science officielle. Nul ne voudra, nul ne pourra s'en passer. C'était là le résultat que nous appelions de tous nos vœux. Nous en remercions sincèrement M. Robert, M. Larrey, et surtout M. Malgaigne, dont l'appui n'est pas suspect, quoique en réalité il ait pour les micrographes beaucoup moins d'aversion qu'il ne s'est laissé aller à le dire dans le feu de l'improvisation. PAUL BROCA.

CLINIQUE CIVILE.

Névropathie convulsive extraordinaire survenue à la suite de l'administration d'une faible dose de conicine,

Par le Dr Al. CHAVANNE, *chef de clinique d'accouchements à l'Ecole de médecine.*

Madame G..., âgée de 30 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de petite taille, et d'une constitution délicate. Mariée fort jeune, à 16 ans, elle a eu, dans les quatre années qui suivirent son mariage, quatre couches à terme, sans accidents. Sa santé a toujours été en général satisfaisante. Cependant elle fut atteinte, il y a six ans environ, d'une diarrhée qui dura dix-huit mois, et sur laquelle je ne pus obtenir que quelques détails vagues et insuffisants. Enfin, en 1852, je lui donnai des soins pour un engorgement peu étendu du col utérin, avec granulations, leucorrhée, etc., qui fut combattu efficacement par des moyens appropriés.

A cette époque déjà, madame G.... était affectée d'une petite tumeur abdominale dont elle ne se plaignait pas. Elle en faisait remonter l'apparition à deux ans environ.

Cette petite tumeur a été, de temps en temps, la siége de douleurs variables s'irradiant dans différents points de la cavité abdominale, mais sans entraver notablement les fonctions digestives; elle a le volume d'une orange moyenne, aplatie, mais n'a rien de régulier dans sa forme. Elle est très-mobile, se déplace d'elle-même, suivant la position qu'affecte la malade; elle occupe ainsi tantôt le flanc droit, des fausses côtes à la crête iliaque, tantôt la ligne médiane au niveau de l'ombilic, tantôt les points intermédiaires. On peut, avec la main, lui faire subir les mêmes déplacements; elle est le plus souvent indolore au toucher, et d'autres fois la palpation en est très-sensible; elle ne s'est jamais accompagnée de fièvre, n'a produit ni vomissements ni ictère. La malade se plaint d'une constipation habituelle qui l'oblige à recourir souvent à des lavements. La menstruation est régulière; les autres fonctions n'offrent rien de notable.

Au mois de janvier dernier, la tumeur devint le siége de douleurs très-vives, d'apparence névralgique, s'irradiant dans tout l'abdomen, et en arrière jusque dans la région dorsale, sans symptôme de réaction fébrile.

MM. Bouchacourt et Devay, appelés alors en consultation, constatèrent les signes principaux que je viens d'énumérer, et nous pensâmes enfin que cette tumeur siégeait dans le mésentère, et était constituée par des ganglions lymphatiques. Mais quelle était sa nature? Il était difficile de se prononcer à cet égard. Le tempérament lymphatique du sujet, le fait de la diarrhée antérieure et le peu de détérioration de la santé générale portaient à croire que ces ganglions mésentériques réunis n'étaient qu'engorgés, hypertrophiés, indurés. Néanmoins nous fûmes d'avis de soumettre la malade à une médication fondante générale et locale (huile de foie de morue, huile iodée, à l'intérieur; exutoire par la potasse caustique sur les parois de l'abdomen au niveau de la tumeur, et autour du cautère frictions avec le baume de conicine brômuré; plus tard, s'il est besoin, préparations de conicine à l'intérieur, douches minérales sur la tumeur).

Pendant près de trois mois, la malade suivit avec exactitude la première partie de ce traitement sans amélioration locale appréciable. Cependant les douleurs étaient moins fréquentes et moins fortes. Je mis alors madame G.... (28 mars) à l'usage des pilules de conicine nº 1 (0,01 centigramme par pilule). Pendant les six premiers jours elle en prit une le matin et une le soir, et, les deux jours suivants, une troisième pilule à midi. Elle commença alors à ressentir de petits tremblements dans la jambe droite et le bras droit. Les règles étant survenues (5 août), la malade interrompt d'elle-même l'usage des pilules, mais la jambe et le bras continuent à trembler. Le même phénomène se manifeste à un moindre degré dans le bras gauche. Ces tremblements n'étaient ni douloureux ni continus; le mouvement les réveille facilement. Les règles ayant cessé le 10, madame G.... reprit deux pilules par jour.

Le 13, je constatai ce qui suit: la malade étant assise sur un fauteuil, la jambe droite demi-fléchie exécute des mouvements involontaires très-rapides de va et vient, d'avant en arrière et d'arrière en avant dans une etendue de $0^m,04$ à $0^m,05$ centim. environ. Si l'on tente avec la main de maintenir la jambe immobile, les mouvements augmentent instantanément d'intensité, de rapidité et d'étendue (0^m12 à $0^m,15$ centim.). Mêmes phénomènes au membre supérieur, mais moins marqués et moins fréquents. Ces mouvements convulsifs ne sont pas continus, ils reviennent à des moments variables, douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures, durant chaque fois quinze à trente minutes. Ils sont moins fréquents la nuit, et permettent à la malade de dormir. Du reste, pas de douleur, pas de fièvre; la tumeur n'est pas sensible. Appétit. État général satisfaisant.

MM. Devay et Guilliermond, dans leur excellent travail sur la conicine, ont signalé ce phénomène comme un des signes principaux d'intoxication par ce puissant alcaloïde. J'attribuai donc à la conicine les accidents survenus chez ma malade, bien que celle-ci n'en eût pris qu'une faible quantité. En conséquence, j'en diminuai la dose (une pilule seulement par jour), et j'eus recours en même temps au moyen vanté par les auteurs que je viens de nommer, contre ce défaut de tolérance du médicament. Je prescrivis le sirop suivant: tannin bien pur, 7 grammes; eau distillée, 250 grammes; sucre, 500 grammes. F. S. A. quatre cuillerées à bouche dans la journée.

Le lendemain, aucune amélioration ne s'étant manifestée, je suspendis tout à fait l'usage des pilules de conicine, et j'augmentai la dose du sirop tannique; une cuillerée toutes les deux heures.

Les mouvements convulsifs, loin de s'amender, prirent une intensité croissante, et, le 15, ils avaient envahi les quatre membres. Les extrémités inférieures et les supérieures n'étaient pas d'ordinaire agitées simultanément; tantôt les membres pelviens étaient seuls convulsés, tantôt le bras d'un côté et la jambe de l'autre. Dans les moments de calme qui étaient devenus très-rares, le moindre mouvement volontaire, la plus légère pression avec le doigt sur un muscle de la cuisse, par exemple, faisaient éclater les tremblements dans ce membre. Madame G.... ne pouvait plus se tenir debout; dans cette position, des mouvements violents et rapides de flexion et d'extension alternatives des membres inférieurs projetaient littéralement la malade en l'air; on la retenait avec peine, et le décubitus horizontal seul amenait un peu de calme. Aussi la malade ne dut plus quitter son lit. Du reste, rien de nouveau du côté de l'état général: les fonctions de la vie organique semblent s'accomplir sans entrave; pas de trouble des sens ni de l'intelligence. Pas de céphalalgie. (0,08 centigr. d'extr. thébaïque en potion.) — Un vésicatoire le long du côté droit de la colonne vertébrale. — Orangeade.

Le 16, pas d'amélioration. (0,10 centig. d'extr. d'opium et 0,05 centig. d'extr. de belladone en potion.)

Le 17, même état; de plus, céphalalgie, somnolence, tendance à la lipothymie et aux vomissements, effets du médicament opiacé. (Sirop de limons et eau gazeuse; légères inspirations d'éther pendant les accès.)

Le 18, les accidents convulsifs persistent, il s'y joint un peu de dysurie; cependant les accès sont moins prolongés, mais l'amélioration n'est pas suffisante. (Valérianate de zinc 0,20 centig., et sirop d'éther 40 gramm., dans une potion. — deuxième vésicatoire semblable au premier, sur le côté gauche du rachis.)

Le 19, le narcotisme est dissipé, mais non les temblements; ils sont moins fréquents la nuit, et, dans l'intervalle, la malade peut dormir tranquille. L'appétit, qui était nul ces deux derniers jours, a reparu. La constipation habituelle a cessé. (Même potion.)

Le 20, même état. La tumeur, qui n'a changé ni de volume ni de forme, est devenue douloureuse. (Frictions le long de la colonne vertébrale, au-dessous des vésicatoires et en différents points des membres, avec le liniment suivant: huiles de belladone et de jusquiame, àâ 30 gramm. chloroforme 20 gramm.)

Le 21, hier, les frictions ont calmé un moment les sécousses convulsives; mais aujourd'hui elles n'ont plus la même action, et le contact seul de la main qui frictionne, même avec la plus grande douceur, provoque le tremblement. (Je prescris: 0,50 centig. de musc dans un demi-lavement d'infusion de valériane, tilleul et feuilles d'oranger.)

Le 22, hier soir, à neuf heures, une demi-heure environ après l'administration du lavement, crise plus violente que les précédentes, qui dure une heure et demie environ, et est suivie d'une espèce d'affaissement général, de perte de connaissance, de mort apparente. Cet état inquiétant persiste un temps presque aussi long que l'accès convulsif, et va peu à peu en diminuant d'intensité. La malade est revenue à elle-même : elle se sent bien, n'accuse qu'une sensation de fatigue, de courbature dans tous les membres. Les tremblements ont cessé; il y a un peu de sommeil, et le matin, à ma visite, la malade ne se plaint que de céphalalgie. La peau est chaude, le pouls accéléré, mais peu développé; langue naturelle; soif. (Je prescris : toutes les trois heures, une pilule de 0,05 centigr. de musc.)

Le 23, hier, à dix heures du matin, un moment après l'ingestion de la première pilule, accès violent; les muscles des quatre membres sont fortement convulsés, mais moins qu'après le lavement; il n'y a pas perte de connaissance, l'affaissement général est moindre. — A une heure, deuxième pilule, et, une demi-heure après, nouvel accès semblable au précédent. Madame G.... redoute une troisième pilule et ne peut se résigner à la prendre; néanmoins, grande amélioration. Depuis ce moment jusqu'au lendemain matin, il ne s'est manifesté que deux tremblements peu intenses, de cinq à dix minutes seulement, dans la jambe gauche, pendant la nuit. La malade se sent bien : elle a appétit, va à la garde-robe tous les jours, sans difficulté; elle accuse une douleur auprès du sacrum : c'est un furoncle qui commence à se développer en ce point.

Le 24, le mieux continue; aucun mouvement convulsif. De peur de troubler de nouveau ce calme de l'organisme, nous suspendons tout remède.

Le 25, même état.

Le 26, à onze heures du matin, tremblement de la jambe droite pendant trente minutes. (Je prescris de nouveau le musc à dose moindre; trois pilules de 0,025 millig. chacune dans la journée.)

Le 27, pas de tremblement.

Le 28, aujourd'hui, sans cause déterminante appréciable, accès convulsif plus violent que ceux qui ont précédé : les muscles des membres ne sont pas seuls agités de tremblements; tous les autres muscles y prennent part et vibrent à l'unisson. La mâchoire inférieure s'abaisse et s'élève avec une rapidité incroyable : grimaces horribles à la face; les yeux roulent littéralement dans leur orbite et sont tirés alternativement en haut, en bas, à droite, à gauche; le cuir chevelu s'agite sur le crâne; les muscles de la cage thoracique, convulsés, rendent la respiration difficile, effet produit encore par les vibrations du diaphragme et des muscles des parois abdominales; la parole est impossible. Cet état fort alarmant persiste pendant près d'une heure et est suivi de rigidité dans plusieurs muscles, surtout dans ceux de la région postérieure du tronc. (Opisthotonos et contracture des muscles extenseurs des extrémités des membres; extension forcée des orteils et des pieds, des doigts et de la main.). Ces contractures sont douloureuses. Cette nouvelle phase dure vingt minutes.

Madame G...., femme de beaucoup d'intelligence, a conservé, au milieu de cette scène tumultueuse, tout son sang-froid, toute sa présence d'esprit : elle nous explique avec précision les sensations pénibles qu'elle vient d'éprouver; elle n'a perdu connaissance qu'au moment de la contracture des muscles et des vives douleurs qui en étaient la conséquence. Elle se sent actuellement toute brisée, anéantie; un cercle de fer lui semble étreindre la tête, avec une pression plus forte aux tempes; sa vue est altérée, et l'ouïe troublée par des sifflements aigus. La peau est couverte de sueur, le pouls accéléré, comme après un exercice violent. (Prescription : toutes les deux heures, une pilule de 0,025 millig. de musc. — Pastille de potasse à la nuque, au centre d'un vésicatoire.)

Le 29, hier, après la cinquième pilule, mieux marqué : il n'y a pas eu d'accès complet, mais les tremblements des membres, qui reviennent encore de temps en temps (six fois dans les vingt-quatre heures), sont suivis de contractures douloureuses. Ce phénomène morbide se remarque surtout à la jambe droite. Il se manifeste une douleur vive le long du nerf cubital du bras gauche, jusqu'aux doigts auriculaire et annulaire de la main. (Même prescription; de plus, potion avec 15 gouttes d'acide prussique médicinal.)

A la même heure qu'hier (deux heures après midi), accès tétanique général semblable au précédent, accompagné et suivi des mêmes symptômes; mais il dure moins longtemps. Deux heures après, même accès; à six heures, troisième accès; à huit heures, quatrième accès, mais diminuant de durée. Cependant, la nuit est bonne; la malade a pu dormir et n'a eu qu'un tremblement de quinze minutes dans le bras droit et la jambe du même côté.

Le 30, à sept heures du matin, après avoir reçu les secours de la religion, nouvel accès, moindre que ceux de la veille. Trois nouveaux furoncles se développent à côté des précédents. La tumeur abdominale, qui a été violemment percutée en quelque sorte par les muscles abdominaux convulsés, est devenue très-douloureuse. Toutes les attaches des muscles sont fortement endolories. La malade qui, depuis trois jours, n'a pris que quelques bouillons, se sent, dit-elle, anéantie. (Ce matin même, administrer un demi-lavement de 0,30 centigrammes de valérianate de quinine, 1 gramme d'extrait de quina et 12 gouttes de laudanum de Sydenham dans l'infusion de quina et valériane.)

1er *mai*. Aucun accès n'a eu lieu. Quelques tremblements de peu de durée, sans contracture, à la jambe droite et au bras gauche. (Ce matin, même lavement.)

Le 2, tremblement de la mâchoire et de la jambe droite. Pas d'accès général. (Troisième lavement.) Le ventre est moins douloureux.

Le 3, l'amélioration continue. Un seul tremblement de la jambe droite pendant dix minutes, aujourd'hui à onze heures du matin. État général satisfaisant; appétit. Trois nouveaux furoncles qui amènent un peu de réaction fébrile. La malade va quatre fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures; matières fécales moulées et dont l'abondance n'est pas en rapport avec les aliments ingérés. Urines faciles et naturelles. (Nouveau lavement, sans extrait de quina ni laudanum. Un grand bain tiède prolongé.)

Le 4, la malade a pris hier son bain sans fatigue, elle y est restée une heure et demie, et n'a eu qu'un tremblement de quelques minutes dans la jambe droite. Aujourd'hui nouveau bain. Un moment après, léger tremblement dans les mêmes muscles. Les règles ont apparu. On suspend l'emploi du lavement.

Le 5, le mieux persiste. Règles faciles.

Le 6, à deux heures du soir, nouvel accès tétaniforme général. La mâchoire seule n'y participe pas. Pas de contracture ni de perte de connaissance. (On revient au premier lavement.)

Le 7, pas de tremblement. Les règles ont cessé, elles ont flué comme d'habitude. (Lavement *ut suprà*.)

Le 8, même état, même prescription. Je permets à la malade de se lever. Les matières fécales continuent à être abondantes, faciles, sans douleur, de couleur gris-âtre, bien liées. Appétit. (Lavement avec la décoction de quina et l'infusion de valériane seulement.)

Le 9, la malade est restée levée quatre heures, a marché un peu dans sa chambre, sans que des tremblements se soient manifestés dans les membres. La tumeur est indolore. Elle paraît avoir diminué un peu de volume.

Les 10 et 11, l'amélioration se maintient.

Jusqu'au 17, la santé semble parfaite; madame a de la force, fait chaque jour un peu de promenade, vient me voir dans mon cabinet. Elle mange avec appétit. Mêmes abondance et caractères des selles. D'autres furoncles se sont développés en différents points de la région lombo-sacrée. Ils sont en voie de guérison. Tout médicament est suspendu depuis cinq jours.

Mais aujourd'hui la malade, après une promenade un peu plus longue que d'habitude, se sent une tendance au tremblement. Elle la reconnaît à de petits frémissements, à des vibrations sourdes et profondes dans les muscles de la cuisse droite, et, dans le ventre, sur le trajet des psoas iliaques, à des douleurs passagères et vagues dans le nerf cubital du bras gauche.

Le lendemain 18, tremblement de la jambe droite et de la mâchoire durant une demi-heure, sans que l'état général s'en ressente. (La malade prendra 2 pilules par jour, contenant chacune 0,06 centigrammes de valérianate de quinine.)

Madame G.... continue l'usage de ce moyen pendant huit jours. Aucun mouvement convulsif ne reparaît; la santé générale est excellente, et, si ce n'était la présence de la tumeur abdominale qui l'inquiète, madame se croirait complétement guérie de tous ses maux. Les matières fécales conservent les mêmes caractères et la même abondance. La tumeur, qui est insensible, paraît réellement diminuée de volume. Elle est toujours mobile.

Madame part, suivant mon conseil, pour les eaux thermo-minérales de la Motte.

Les accidents survenus chez madame G.... doivent-ils être attribués à la conicine? Pour résoudre cette question, il faut considérer la nature de ces accidents, l'époque de leur apparition, leur marche, leur durée, leur terminaison, et enfin les effets du traitement. (*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 Octobre 1854.— Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Envoi, par l'intermédiaire de M. le ministre de l'agriculture et du

commerce, de différents documents sans importance, relatifs à l'épidémie cholérique.

2° Rapports sur des épidémies de fièvres typhoïdes, par MM. les docteurs Fouquet et Henri Gintrac.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Le maire d'une commune de la Haute-Marne, dont l'administration avait été l'objet d'un blâme de la part de M. Vergnes, dans le Rapport qu'il a adressé à l'Académie, au retour de sa mission, donne des explications pour prouver que les cholériques de sa localité n'ont été ni abandonnés pendant leur maladie, ni inhumés précipitamment après leur mort, comme l'avait dit M. Vergnes. Ce magistrat ajoute que M. Vergnes n'a pas eu le temps de se renseigner avec exactitude, n'ayant séjourné que quelques heures dans la commune.

2° Lettre d'un médecin qui assimile le choléra à une fièvre pernicieuse grave, et préconise la liqueur arsénicale de Fowler, à la dose de quelques gouttes.

3° Un mécanicien attaché à l'hospice de Charenton soumet le plan d'une baignoire qu'il a imaginée pour les aliénés. (Comm. MM. Baillarger et Poiseuille.)

RAPPORTS.

M. O. Henri lit divers Rapports officiels sur des sources d'eaux minérales, et conclut à l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Malgaigne. — Absent pendant une grande partie de cette discussion, je l'ai suivie cependant avec tout l'intérêt qu'elle mérite. J'ai été assez heureux, d'ailleurs, pour entendre le remarquable discours de M. Robert; j'ai lu celui de M. Velpeau, et je dois dire que j'ai applaudi de tout mon cœur aux opinions de ce grand maître; cependant j'avoue qu'il me paraît avoir été trop loin dans le procès qu'il a fait au microscope, et, pour mon compte, je ne puis accepter la proscription à peu près absolue dont ce nouveau moyen d'investigation a été l'objet de sa part; d'une autre part aussi, je crois que M. Robert a exagéré le rôle du microscope dans le diagnostic des tumeurs.

Je me propose d'étudier ici trois questions distinctes : Quelle est l'utilité du microscope dans la science? Quelle est l'utilité du microscope dans la pratique? Enfin, quel est le degré de curabilité du cancer?

Pour apprécier jusqu'à quel point le microscope a été utile à la science dans l'étude des tumeurs cancéreuses, il est nécessaire de préciser l'état de nos connaissances avant son intervention; il faut jeter un regard en arrière et voir où nous en étions avant de l'avoir consulté.

Je ne veux pas remonter bien loin dans l'histoire de la chirurgie : reportons-nous seulement au commencement de ce siècle, à Boyer, dont les doctrines peuvent être considérées comme reproduisant à peu près celles de l'Académie royale de chirurgie.

Trois Écoles nous ont apporté leurs doctrines depuis le commencement de ce siècle : la première peut être représentée par Boyer et par Scarpa; la seconde par Bayle et Laënnec; la troisième, ou l'École anglaise, par A. Cooper et Abernethy.

Pour Boyer et pour Scarpa, la distinction des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes est loin d'être précise et claire : les premières comprennent les loupes, lesquelles sont formées de méliceris, d'athérome, de stéatome ou de lipome; les secondes sont représentées par le squirrhe; mais le squirrhe peut être bénin pour commencer, et ne dégénérer que plus tard en véritable cancer, ou squirrhe malin. Le squirrhe bénin ou dur est opposé au squirrhe malin ou mou qui répond à notre cancer encéphaloïde; mais l'un n'est souvent que le premier degré de l'autre.

Boyer ne se dissimulait pas toute l'obscurité de cette distinction; il avouait que le doute ne pouvait être levé que par les résultats ultérieurs de l'opération. Si la tumeur récidivait, elle était maligne : c'était du cancer; sinon, elle était bénigne et simplement squirrheuse : c'était dire, en d'autres termes, que le diagnostic de ces tumeurs était impossible en pratique, puisqu'il ne pouvait être établi que sur le résultat impossible à prévoir de la conduite du chirurgien. Cependant, il admettait pour le cancer une propension différente à la récidive, suivant son siége; et pour le cancer de la peau, par exemple, la récidive lui paraissait moins fréquente.

Quant au cancer du testicule, Boyer ne l'admettait pas; et ceci nous ramène à l'observation de M. Pamard, qui a donné lieu à cette discussion. Le fait de M. Pamard est un encéphaloïde du testicule : M. Pamard, qui est cependant de l'École de Boyer, se sépare donc entièrement de son maître sur ce point.

En résumé donc, Boyer se fondant sur les seuls caractères cliniques des tumeurs, distinguait seulement un squirrhe dur, qui ne récidive généralement pas, et un squirrhe mou, qui récidive presque toujours. Scarpa, qui pensait à peu près comme Boyer sur ce sujet, avait bien soumis le tissu des tumeurs cancéreuses à l'examen microscopique : il y avait reconnu une trame fibreuse et une substance fluide; mais si les micrographes n'avaient jamais découvert dans le cancer que ce qu'y avait vu Scarpa, la discussion actuelle n'aurait assurément pas lieu.

Vinrent, à la suite de Scarpa, les anatomo-pathologistes modernes à la tête desquels se placent Bayle et Laënnec. Fondant leurs distinctions sur les caractères anatomiques du tissu même des tumeurs, ils admirent l'encéphaloïde ou tissu cérébroïde de Laënnec, lequel n'est autre que le squirrhe mou de Boyer, le squirrhe qui répond au squirrhe dur du même chirurgien, et de plus le colloïde et la mélanose.

A propos de ce cancer mélanique signalé pour la première fois par Laënnec, permettez-moi une remarque dont j'ai été frappé. M. Bérard, en qui je me plais à reconnaître un des esprits les plus sagaces de notre époque, ayant à rédiger, il y a une vingtaine d'années, un article du *Dictionnaire de médecine,* sur le cancer, se trouva conduit à distinguer, dans ces tumeurs mélaniques, deux éléments : l'un cancéreux, qui peut manquer, l'autre pigmentaire ou mélanique, auquel elles empruntent leur couleur spéciale; d'où il arrivait à expliquer comment les tumeurs mélaniques, rangées indistinctement, par Laënnec, dans la classe des cancers, étaient beaucoup moins sujettes que tous les cancers à la récidive. Or, et c'est là que j'en voulais venir, cette induction ingénieuse, ce fruit d'une analyse sévère était une véritable intuition de la vérité, puisque voilà que le microscope est venu tout récemment nous confirmer dans cette manière de voir, et sanctionner par l'examen direct cette ingénieuse prévision de notre éminent et illustre collègue.

Après l'École de l'Académie de Chirurgie et l'École anatomo-pathologique de Laënnec est enfin venue l'École anglaise représentée par Abernethy, d'une part, et par A. Cooper, de l'autre : par Abernethy, qui sépare en deux catégories son groupe des tumeurs sarcomateuses : le sarcome bénin, qui comprend le sarcome adipeux, le sarcome cystoïque, etc., et le sarcome malin distingué en tuberculeux, squirrheux, médullaire, etc.; et enfin A. Cooper, dont la classification est bien loin de jeter une lumière plus grande dans cet obscur dédale. Dans les tumeurs bénignes sont rangées les tumeurs adipeuses, scrofuleuses, irritables, etc; et, à propos de ces tumeurs irritables, il ne songe même pas à s'expliquer sur leur nature. Enfin, parmi les tumeurs malignes, on trouve le squirrhe, le cancer mou et le cancer fongoïde, lesquels répondent évidemment à notre cancer squirrheux et encéphaloïde.

Quelles que soient les désignations, et malgré la diversité de ces classifications, partout vous trouvez la même obscurité, le même défaut de précision; et cependant c'est là que nous en étions en 1844, lors de cette discussion mémorable dont cette enceinte retentit encore.

La discussion de 1844 fut soulevée par M. Cruveilhier, qui, au nom de l'anatomie pathologique, dont il est le plus illustre représentant parmi nous, voulait séparer de la classe des cancers, parmi lesquels elles étaient confondues, des tumeurs purement fibreuses et parfaitement bénignes de leur nature. Il est vrai que M. Cruveilhier, le scalpel à la main, avait établi cette distinction sur la table de l'amphithéâtre; mais s'élevant de l'anatomie à la clinique, il formulait ainsi sa manière de voir : On a confondu jusqu'ici avec le squirrhe des tumeurs qui en diffèrent essentiellement, tant par leur innocuité, leur marche, l'absence de récidive après leur ablation que par leur nature même. Ces tumeurs jusqu'à présent méconnues sont cependant susceptibles d'être reconnues par leurs caractères cliniques sur le vivant, lesquels diffèrent autant que les caractères anatomiques mêmes.

Il est inutile de rappeler ici les débats auxquels donna lieu cette proposition. Mais quels sont ceux qui s'élevèrent pour la combattre? Ce furent les élèves mêmes de M. Cruveilhier, Blandin et A. Bérard, qui non-seulement contestèrent la possibilité de reconnaître sur le vivant ces nouvelles tumeurs fibreuses, mais qui même portèrent à leur maître le défi de les reconnaître à l'amphithéâtre et à l'examen anatomique. A Blandin se joignit encore M. Roux, le meilleur représentant de l'École anglaise parmi nous. Pour M. Roux, il n'est rien de plus difficile que de reconnaître une tumeur squirrheuse d'une tumeur purement fibreuse, et le praticien le plus expérimenté se trouve bien souvent dans l'impossibilité de se prononcer en pareil cas.

Peu de temps avant que cette discussion s'élevât à l'Académie, c'est-à-dire en 1843, on n'était guère moins en peine dans une autre Société fort estimable, quoique moins haut placée, à la Société anatomique. M. Lebert y présentait un jour une tumeur du testicule, reconnue au microscope pour être de nature encéphaloïde. M. Deville, un des membres les plus compétents de la Société, vint déclarer que l'examen le plus attentif de la tumeur, fait à l'œil nu, ne lui permettait pas de la distinguer de ces masses tuberculeuses dont le testicule est communément le siége. Et en cela M. Deville ne faisait que légitimer les vues de Scarpa, qui plaçait les tumeurs strumeuses à côté du cancer. Il s'appuyait d'ailleurs sur un fait récent de tumeurs du foie, semblables de tout point à celle de M. Lebert, que tout le monde prenait pour du cancer, et dans lesquelles le microscope ne constata que les éléments du tubercule.

A la même époque, on s'occupait avec bien plus de chaleur encore de la

même question à la Société de chirurgie, dont je faisais partie alors. A chaque séance, des tumeurs de toutes sortes nous étaient présentées, et je me rappelle que c'est à peine si, une fois sur dix, la Société osa se prononcer sur la nature de ces tumeurs. Il ne s'en trouvait pas un alors parmi nous qui s'avisât de décider si telle tumeur qui lui était présentée était ou non du cancer. Je vous le demande, si cette distinction nous semblait impossible sur la pièce anatomique, que pensez-vous que ce devait être sur le malade, sur le vivant?

Jusqu'à présent j'ai laissé de côté le rôle que joua dans cette question celui de nos collègues qui eut pourtant la gloire d'y prendre la part la plus importante, c'est-à-dire notre très-illustre collègue, M. Velpeau; M. Velpeau qui depuis longtemps s'était proposé l'étude du cancer comme l'objet spécial de ses recherches et dont les doctrines font école dans ce sujet.

En 1839, dans un article extrêmement remarquable du *Dictionnaire de médecine,* ce grand travailleur avait déjà établi la distinction des productions anormales et des dégénérescences, et, parmi les tumeurs bénignes, il avait réuni à la fois les tumeurs fibrineuses et les tumeurs tuberculeuses, croyant que ces tumeurs tuberculeuses pourraient bien n'être que des degrés plus avancés du cancer. Quant au vrai cancer, la manière de voir de M. Velpeau ne différait en rien de celle de Laënnec. On voit qu'il n'y avait encore rien de bien précis alors dans ses idées sur la nature et les caractères de ces divers tissus morbides.

La discussion académique de 1844 étonna M. Velpeau; ses idées mal affermies chancelèrent. On l'entendit, par exemple, dans un premier discours, admettre en même temps deux sortes différentes de tumeurs bénignes : des tumeurs fibreuses et des tumeurs fibrineuses. Puis plus tard, confondant ensemble ces deux espèces de tumeurs, il reconnut qu'elles sont de même nature. Quant au diagnostic de ces tumeurs sur le vivant, M. Velpeau, qui est devenu si affirmatif aujourd'hui, demandait qu'on lui passât, sur dix cas, au moins quatre erreurs. Et à l'autopsie la même incertitude persistait encore ; il se défiait de lui : il ne se prononçait guère plus affirmativement que sur le vivant, et alors quel *criterium* appelait-il à son aide? C'était le microscope. Or, si M. Velpeau n'invoquait pas d'autre *criterium* que le microscope à cette époque, c'est certainement qu'il n'y en avait pas d'autre.

Ce fut donc M. Velpeau qui, le premier, appela le microscope à son aide : ce fut lui qui invoqua son arbitre, alors que l'Académie ne soupçonnait même pas qu'il pût être utile. Avec le microscope, M. Velpeau en vint à distinguer des tumeurs qui ne récidivent jamais ; de sorte que pour lui le microscope fait reconnaître le cancer, qui récidive le plus souvent, d'avec un genre de tumeurs lamelleuses ou fibreuses qui, au contraire, ne récidivent jamais.

J'avoue que, pour mon compte, j'aurais volontiers porté à M. Velpeau le même défi que Bérard adressait à M. Cruveilhier, et je ne crois pas que M. Velpeau aurait jamais pu affirmer, sur le vivant, que telle tumeur était de nature bénigne ou de nature maligne.

Voilà donc où nous en étions en 1844. Pas un chirurgien alors ne pouvait se faire fort de reconnaître cliniquement la nature vraie d'une tumeur. Que dis-je? Pas un qui osât se prononcer, la tumeur et le scalpel à la main, sur la table de l'amphithéâtre.

Aujourd'hui, à dix ans à peine de distance, que reste-t-il de tout cela? Les expressions, les idées surtout, ont disparu. Il y a dix siècles entre 1844 et nous. De quoi est-il question à présent? De cancers à cellules, puis de tumeurs fibro-plastiques qui, pour moi, sont encore des cancers; de tumeurs épithéliales, et enfin de tumeurs hypertrophiques, de tumeurs adénoïdes, qui représentent les tumeurs dites bénignes. Et qu'est-ce qui a opéré ce changement? A qui revient l'honneur d'avoir si complétement métamorphosé la face de la science? N'est-ce pas au microscope, et au microscope seul?

Je ne suis pas un admirateur outré du microscope, ni surtout des micrographes. Je tiens seulement à faire remarquer que M. Velpeau est un de ceux qui ont le plus puissamment servi la cause du microscope, et je ne puis m'empêcher de reconnaître que MM. les micrographes ne lui en ont pas conservé toute la reconnaissance qu'ils devraient.

Pourquoi cependant M. Velpeau, après avoir le premier appelé le microscope comme juge et arbitre dans la question, en est-il maintenant devenu l'adversaire le plus formidable? Pourquoi cette réaction si complète de la part d'un homme aussi éminent? La faute n'en est pas à d'autres qu'à ceux-là mêmes qui manient le microscope. C'est parce que les micrographes se sont engagés dans une voie désastreuse que M. Velpeau s'est vu obligé de mettre une fin à leurs tendances funestes ; et, sur ce point, je ne saurais trop le louer de sa conduite.

J'avoue que, pour mon compte, j'ai été extrêmement peiné d'entendre leur champion le plus distingué parmi nous, l'honorable M. Robert, venir se faire l'apôtre d'une proposition inventée par les anatomo-pathologistes purs et dans les amphithéâtres, et répéter avec Bichat, que « lorsque deux maladies diffèrent par leurs symptômes, leur marche, leur terminaison, elles diffèrent aussi par leur siége et les lésions qui les accompagnent, et réciproquement, lorsque des lésions anatomiques sont dissemblables, lorsque la structure de deux produits pathologiques n'est pas la même, les désordres fonctionnels, l'évolution, constituent aussi des affections de nature distincte. » Je rends à Bichat toute la gloire qui lui est due pour ses immortels travaux anatomiques et même anatomo-pathologiques ; mais je déclare que je ne connais pas de maxime plus fausse que celle-là : c'est une loi inventée dans l'amphithéâtre, mais que la clinique dément tous les jours. Pour mon compte, j'aimerais mieux renverser la proposition et dire que tous les jours nous voyons, à des lésions anatomiques semblables, correspondre des symptômes extrêmement dissemblables ; un grand nombre de lésions analogues se traduiraient par toute sorte de phénomènes différents, pendant que, réciproquement, on rencontre à chaque instant des lésions de nature extrêmement diverse donnant lieu à des manifestations analogues. Qu'est-ce, en effet, qui donne lieu aux phénomènes de physiologie pathologique, de même qu'à ceux de physiologie normale, sinon la vie qui anime nos organes et les fait fonctionner? Et de quel droit peut-on aller demander à l'inspection anatomique l'explication de faits qui sont tout entiers sous la dépendance de la vie? Je le répète, cette malheureuse loi de Bichat et des anatomo-pathologistes a bien pu être inventée à l'amphithéâtre, sur le cadavre ; mais on n'en saurait trouver de plus fausse en clinique, sur le vivant.

MM. les micrographes n'ont pas dû manquer de s'en apercevoir eux-mêmes, et je m'étonne de la retrouver encore dans leur bouche, après les nombreuses infidélités qu'elle leur a faites : c'est qu'elle était le meilleur appui de leur classification tout anatomique. Malheureusement, M. Velpeau leur fit bien voir, dès le premier pas, combien était frêle et chancelante la base sur laquelle reposait leur doctrine.

En effet, M. Velpeau avait été frappé de ce fait que les tumeurs fibro-plastiques des micrographes, par exemple, peuvent repulluler et se reproduire tout comme le fait le cancer, et pourtant ces tumeurs ne diffèrent en rien, par leur nature, de la base indurée du chancre vénérien, etc. Ce fait suffirait pour montrer aux micrographes l'inanité de ce principe de Bichat, sur lequel ils s'appuyaient ; mais une fois tombés dans cette voie funeste, ils s'y enfoncèrent de plus en plus. Et de là vient que des livres, publiés il n'y a pas plus de trois ou quatre ans, ont plus vieilli que ceux mêmes de l'Académie de chirurgie.

Ainsi, M. Lebert, partant de ce fait qu'il ne saurait y avoir de manifestations différentes pour des lésions semblables, ni de symptômes pareils pour des lésions différentes, établit une classe de cancers dans laquelle se rangent l'encéphaloïde, le squirrhe, le colloïde et la mélanose, parce que le microscope lui a révélé que dans ces quatre sortes de tumeurs se trouve la même cellule caractéristique dite cellule cancéreuse. Mais en dehors de tout cela, il y a bien encore des maladies dont la marche est tout à fait la même que celle de ces cancers à cellule : ceux-là, M. Lebert n'a pas pu les admettre dans sa classe des cancers, et son tort fut, en les rangeant dans des groupes séparés, de leur refuser une marche symptomatique analogue à celle du cancer lui-même. Son principe trompeur voulait que ces lésions à caractères microscopiques différents fussent différentes aussi par leurs manifestations sur le vivant.

Le microscope, par exemple, lui ayant révélé, chose singulière et parfaitement impossible à prévoir, que ces tumeurs envahissantes des lèvres, que nous appelions des cancers, n'étaient pas formées d'autres éléments que de l'épiderme lui-même, il déclara que ces tumeurs ne sont pas du tout des cancers, et il les rangea parmi les tumeurs bénignes. On savait bien pourtant que ces tumeurs des lèvres récidivent parfaitement, qu'elles repullulent avec autant d'opiniâtreté que tel cancer parfaitement avéré du sein ou d'ailleurs : à cela M. Lebert alla jusqu'à dire que si ces tumeurs épithéliales, bénignes de leur nature, récidivent quelquefois, c'est la faute du chirurgien ! C'était la faute du chirurgien, parce que son bistouri avait laissé une portion de tissus malades dans la plaie, et que cette racine du mal suffisait à sa reproduction. C'était à merveille, mais la clinique se révoltait contre une semblable interprétation. Il ne tarda pas à arriver des faits où toute la maladie et même une bonne portion des tissus sains du voisinage avaient été emportées, et où cependant la repullulation avait eu lieu. Ce n'était plus la faute du chirurgien ; on eut dès lors recours à la création d'un nouvel individu pathologique propre à tout concilier : ces tumeurs réfractaires à l'opération étaient des demi-cancers, des *cancroïdes.* Le cancroïde avait pour fâcheuse propriété de se reproduire sur place.

Mais M. Velpeau, qui soumettait jour par jour ces doctrines au criterium de la pratique, ne tarda pas à apporter, à la traverse, des cancroïdes avérés microscopiquement, qui repullulaient dans les ganglions voisins, tout comme le cancer vrai. Il fallut encore admettre cela ; mais, dit-on, jamais la reproduction n'a lieu dans un siége plus éloigné, jamais les viscères ne sont atteints. M. Velpeau est déjà venu dire qu'il avait vu de ces cancroïdes étendus jusqu'aux viscères. Cela est rare, il est vrai ; et, pour mon compte, j'avoue ne l'avoir jamais vu. Quoi qu'il en soit, les choses en sont là, et je ne vois pas ce que les micrographes disent à cela.

Restait un autre ordre de tumeurs à tissu homœomorphe et que, suivant le principe de Bichat, il fallait ranger aussi parmi les tumeurs bénignes : ce sont les fibro-plastiques. Pourtant M. Velpeau, ce champion si redoutable de l'erreur, était encore là qui montra bientôt des tumeurs fibro-plastiques repullulant, soit sur place, soit dans les viscères, et entraînant finalement la mort par infection et après une cachexie qui ne diffère en rien de la cachexie cancéreuse. De reculade en reculade, messieurs les micrographes furent bien forcés d'en convenir, et, à présent, comme cela vient d'être démontré par ce fait si remarquable de M. Larrey, ils admettent encore que le développement des productions fibro-plastiques peut infecter l'économie.

Lorsque M. Forget, à la Société de chirurgie, fit valoir toutes ces raisons, il faut avouer que M. Lebert se défendit avec colère plutôt que par des arguments solides. Et, en effet, alors que le livre de M. Lebert ne datait encore que de deux ans, on avait réuni déjà cinq cas de récidive à distance de tumeurs fibro-plastiques, de ces tumeurs que l'auteur y déclarait bénignes et à l'abri de la repullulation.

Pour moi, je crois qu'il y a un cancer à cellules, et, avec cela, un cancer épidermique ou épithélial, et un cancer fibro-plastique. M. Lebert ne veut pas faire rentrer ces deux dernières espèces parmi les cancers, et c'est là, je crois, qu'est l'erreur. Et je m'étonne de voir M. Broca, cet esprit si droit et si indépendant de sa nature, se mettre sur ce point à la suite de M. Lebert.

Pourtant la chose importe assez, car il ne s'agit de rien moins que de savoir si une tumeur donnée rentre dans la première ou dans la seconde de ces deux catégories établies par tous les auteurs : parmi les tumeurs bénignes ou parmi les tumeurs malignes. C'est évidemment sur ce point que roule tout l'intérêt pratique de la question. Mais ce qui manquait aux auteurs pour rendre leur utile distinction applicable, c'était le diagnostic, et c'est pour arriver à faire ce diagnostic si précieux, que M. Lebert a invoqué la texture anatomique. M. Lebert, en effet, aurait eu parfaitement raison, s'il s'était borné à des distinctions et à une classification anatomiques. Je ne demande pas mieux que de reconnaître avec lui des tumeurs à cellules, des tumeurs à éléments épithéliaux et des tumeurs à éléments fibro-plastiques. Mais aussitôt que M. Lebert a voulu sortir de l'anatomie pour entrer dans la pratique, il s'est heurté contre une impossibilité, et les faits cliniques ont immédiatement ruiné sa doctrine.

Je reconnais donc tout ce que ses recherches peuvent avoir d'intéressant en anatomie, mais, en dépit des curieuses distinctions qu'il a établies, il n'empêchera pas qu'il y ait trois sortes de tumeurs malignes, qu'on appellera collectivement comme on voudra, et qui sont : le cancer à cellules d'une part, les tumeurs épithéliales de l'autre, et enfin certaines productions fibro-plastiques. Car enfin, quand on aura accordé le nom de tumeur maligne au seul cancer à cellules ou à noyaux, il n'en restera toujours pas moins à côté de cela deux ordres de tumeurs extrêmement désagréables pour la doctrine, dont on ne sait que faire, et sur le compte desquelles on ne fait que dissimuler, et fort grand embarras en les désignant sous le nom de faux cancers ou pseudo-cancers.

Le microscope est donc entré dans la science ; il y a fait reconnaître des choses fort curieuses, mais il ne s'est pas élevé au delà des découvertes faites en général par l'anatomie pathologique, et, de même que tous les anatomo-pathologistes qui ont voulu faire la science sur les données du scalpel, il a bronché tout aussitôt qu'il a voulu sortir de l'amphithéâtre pour entrer dans la pratique. C'est parce que le microscope est tombé dans cette erreur à son premier pas, que j'applaudis de toutes mes forces aux belles paroles de M. Velpeau. Et c'est pour mettre en garde contre les exagérations de ceux qui s'en servent que j'ai voulu moi-même prendre la parole.

Sur le compte des tumeurs bénignes, le microscope ne nous a pas apporté grande lumière : on doit même dire qu'il n'a fait que susciter une extrême confusion. Pour M. Lebert, toutes les tumeurs bénignes de la mamelle sont des hypertrophies. Sans distinguer les tumeurs à grains glanduleux qui pour lui sont des hypertrophies partielles, de ces tumeurs fibreuses à texture uniforme, que M. Velpeau appelle adénoïdes, il confond tout sur la foi du microscope, ajoutant ainsi une confusion de plus à celle qui régnait auparavant.

En somme les micrographes ont eu le tort de ne voir dans la distinction des tumeurs que les faits anatomiques, et, se basant sur ces caractères que les anatomo-pathologistes leur avaient appris à considérer comme essentiels, ils en sont arrivés à proposer une véritable classification de botanistes. C'est là leur faute : mais elle ne doit pas nous empêcher de reconnaître les services qu'ils nous ont rendus.

Le plus important peut-être, et celui-là ils nous l'ont rendu sans s'en douter, ç'a été de nous apprendre à reconnaître à l'œil nu la nature des tumeurs. En 1844, nous ne pouvions pas nous prononcer sur la nature d'une tumeur placée sur la table ; aujourd'hui, à force de distinguer des tumeurs à cellules et des tumeurs sans cellules, nous en sommes venus à les reconnaître sans l'aide du microscope, de telle sorte, a dit très-spirituellement un micrographe, que le microscope nous a appris à nous passer du microscope.

Je crois donc que le microscope nous a fourni, en somme, assez peu de renseignements pratiques sur le compte des tumeurs malignes, qu'il a jeté plutôt de la confusion que de la lumière sur les tumeurs bénignes ; mais cela suffit-il pour légitimer les dures apostrophes lancées contre lui par M. Velpeau ? Je ne le crois pas, car M. Velpeau lui-même devrait être le premier à reconnaître que son excellent livre sur les maladies du sein, livre qui forme à présent l'expression la plus avancée de nos connaissances sur ce sujet, était complétement impossible il y a dix ans. Or, qu'est-ce qui a ouvert la voie dans laquelle M. Velpeau s'est si glorieusement avancé dans ces dernières années, sinon le microscope, qui a permis à son livre d'être un des plus remarquables de notre littérature médicale ?

Je dois signaler en passant un point sur lequel la doctrine de M. Velpeau ne me satisfait pas plus que celle des micrographes : je veux parler des tumeurs fibro-plastiques, que M. Velpeau fait rentrer en bloc parmi les cancers. Il faut pourtant reconnaître, ce me semble, que s'il y a des tumeurs fibro-plastiques pour lesquelles la récidive est la règle, il y en a d'autres aussi qui ne se reproduisent généralement pas. Malheureusement, le microscope, sur ce point, ne nous apporte aucune lumière ; mais je crois qu'il y a des tumeurs fibro-plastiques qui sont des cancers, et d'autres qui n'en sont pas. Je souhaite que le microscope nous donne un jour l'explication de cette diversité de propriétés dans des tumeurs qui, pour lui, sont actuellement identiques ; mais la pratique, sur ce point, le devance évidemment,

M. Velpeau, dont le sens pratique si remarquable est parvenu à reconnaître avec certitude la nature du plus grand nombre des tumeurs, conteste toute espèce d'utilité au microscope dans le diagnostic des tumeurs. Sur ce point encore, notre illustre maître me paraît être allé trop loin, et être tombé dans l'exagération, faute d'avoir fait une distinction qui me paraît capitale. Il faut distinguer avec soin le diagnostic pratique et le diagnostic scientifique. Sans doute je reconnais que le diagnostic pratique n'a pas été éclairé par le microscope, et c'est toujours exclusivement sur les signes cliniques que le chirurgien doit se guider; mais en est-il de même du diagnostic scientifique ? Pour moi, je crois qu'il n'y a pas de diagnostic scientifique possible sans le microscope. Un chirurgien qui, dans l'état où nous en sommes, refuse de se servir du microscope pour s'éclairer sur la nature des tumeurs qu'il enlève, ressemble à un homme qui, ayant une mauvaise vue, prétendrait cependant qu'il voit très-clair et qu'il n'a pas besoin de lunettes. Je ne crois pas à un diagnostic scientifique incontestable, s'il n'a pas été contrôlé par le microscope.

M. Velpeau est venu dire, pour faire juger de l'inutilité des données du microscope, qu'on a trouvé des cellules cancéreuses dans des tumeurs de bonne nature. En vérité, je ne comprends rien à cet argument dans la bouche de M. Velpeau, puisque, pour lui, certains cancers ne récidivent pas, et que c'est même là un des points capitaux de son argumentation.

Quant à ces faits extrêmement curieux de M. Velpeau, dans lesquels des tumeurs sans cellules auraient plus tard récidivé avec des cellules, je n'y vois qu'une preuve manifeste de l'imperfection de nos connaissances sur leur nature ; je crois que nous ne connaissons pas le dernier mot de leur structure intime, et qu'une observation subséquente pourra nous révéler des secrets que nous ignorons encore.

M. Velpeau impute aux micrographes des contradictions, et de ce que la même tumeur, examinée par plusieurs d'entre eux, n'a pas été reconnue de même nature par eux, il en induit que leurs observations n'ont rien de précis et que les plus habiles peuvent voir ce qui n'est pas ou ne pas voir ce qui est. Moi qui ne puis être suspect d'indulgence pour les micrographes, je réponds tout simplement à cela qu'on a donné à plusieurs observateurs des parties différentes d'une même tumeur et qu'il n'y a rien d'étonnant qu'elle se soit trouvée bénigne sur un point et maligne sur un autre.

Somme toute, je crois qu'une bonne partie des objections soulevées par M. Velpeau contre l'application du microscope au diagnostic des tumeurs tombent d'elles-mêmes, ou plutôt se trouvent relevées et détruites par M. Velpeau lui-même.

Pour ce qui est de la curabilité, je crois que la question n'a pas été abordée assez franchement. Pour tous les chirurgiens qui ont un peu vécu, il n'y a guère de guérison avérée de cancer. Je ne la nie pas absolument, car moi-même j'ai eu à opérer, au bout de dix-neuf ans, une femme qui l'avait été la première fois par M. Roux. Mais j'avoue que, dans ce cas, le diagnostic de M. Roux n'ayant pas été contrôlé par le microscope, la certitude ne saurait être complète.

Si je crois la guérison du cancer extrêmement rare, je ne la nie donc pas absolument, et je crois qu'en cela M. Robert a été trop loin. Son opinion exclusive vient de ce qu'on a pris pour point de départ la définition que donne Boyer du cancer. Pour lui, le cancer est une tumeur qui récidive : il n'est donc pas étonnant qu'aucun cancer ne guérisse. La statistique de Boyer et celles des autres chirurgiens invoqués par M. Robert

doivent donc être laissées de côté. Et il nous faut attendre des séries plus longues que celles que nous possédons depuis l'introduction de l'examen microscopique. Il ne me paraît pas que nous guérissions mieux le cancer depuis que nous l'examinons au microscope, mais nous sommes plus sûrs de ne pas nous tromper dans son diagnostic. Je dois dire toutefois que je ne vois pas pourquoi une tumeur qui est restée guérie pendant quatre, six, dix ans, ne resterait pas plus longtemps sans récidiver et par conséquent ne laisserait pas la santé indéfiniment intacte.

Je reviens à ces anciens cas de M. Velpeau, en faveur desquels il invoque la sûreté de son diagnostic. J'avoue qu'ils sont loin d'apporter tous une pleine conviction dans mon esprit. Que dis-je? En voici une à la page 565 de son livre, sur le compte de laquelle M. Velpeau reste lui-même dans le doute, après l'avoir citée comme un exemple de guérison définitive. Or, je vous le demande, si M. Velpeau a douté une fois de son diagnostic, quelle sûreté pouvons-nous avoir pour les autres cas? Si M. Velpeau est sujet à se tromper quelquefois, c'est tout simplement que le sujet est extrêmement difficile, et que la certitude en pareil cas ne saurait être absolue.

C'est donc à ce propos surtout que le microscope est utile, et je crois que les cas de cure définitive ont singulièrement diminué depuis que le microscope est venu éclairer notre diagnostic. Et, avec un diagnostic irréfragable, j'ai bien peur que la curabilité ne s'évanouisse tout à fait.

— Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro le discours de M. Larrey.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement de la mastite des nourrices,

Par le Dr RATZENBECK (de Prague).

Le moyen recommandé par le docteur Ratzenbeck est d'une simplicité telle, que personne n'hésitera à l'employer, pourvu que le médecin soit appelé assez tôt et avant que l'engorgement mammaire ait pris un certain développement.

On sait que les gerçures du sein sont souvent la cause déterminante des engorgements de la glande. La muqueuse des conduits galactophores participe à l'inflammation de la peau extérieure du mamelon; il en résulte des exsudations qui bouchent ces conduits, empêchent le lait de sortir et déterminent bientôt un engorgement. Si l'on entoure alors la mamelle de la main et qu'on presse dans la direction du mamelon, on voit apparaître une petite vésicule mince, transparente, blanchâtre, produite par le lait qui tend à pousser au dehors l'obstacle qui l'empêche de sortir. Il faut percer cette vésicule à l'aide d'une aiguille, écarter les petites squammes épithéliales qui obstruent le conduit, puis appliquer l'enfant; au bout de quelques minutes on voit la tuméfaction et la douleur disparaître, pourvu toutefois que l'on n'ait pas attendu trop longtemps; mais même alors on obtient un véritable soulagement, et en renouvelant souvent ce petit procédé opératoire, on finit par rendre l'allaitement possible.

(*Vierteljahrschrift für die praktische heilkunde* et *Gaz. méd. de Paris*).

Sur la nature et le traitement de la coqueluche,

Par M. SÉE.

M. Sée, qui, dans un autre travail, a cherché à démontrer les analogies qui existent entre la chorée et le rhumatisme, vient d'essayer de réunir de la même façon la coqueluche et la rougeole.

D'un mémoire qu'il a dernièrement communiqué à la Société médicale des Hôpitaux, M. Sée tire les conclusions suivantes :

La rougeole et la coqueluche ont toutes deux une période de préparation de 5 à 8 jours; l'une et l'autre ont un catarrhe initial, qui en constitue les prodromes; toutes deux portent sur la muqueuse bronchique et déterminent une toux spécifique (celle de la rougeole est passagère, mais avec un timbre spécial qui lui a fait donner le nom de *férine;* celle de la coqueluche a un timbre plus caractéristique encore). Si la coqueluche ne s'accompagne pas d'éruption, la rougeole peut aussi exister de la même manière; les deux maladies présentent de la fièvre au début, et souvent dans le cours de la maladie; les pneumonies lobulaires sont communes à toutes deux, ainsi que la tendance aux hémorrhagies et la fréquence de la diarrhée; toutes deux favorisent la formation ou le développement des tubercules, la production des catarrhes chroniques, des gangrènes, des hydropisies; elles règnent souvent ensemble, principalement en automne et au printemps; ce sont, enfin, deux maladies récemment reconnues, et dont les anciens ne font pas mention.

M. Sée ne va pas jusqu'à identifier les deux maladies; mais on comprend que l'étroitesse du rapport qu'il établit entre elles l'amène naturellement à conclure que l'intervention de la thérapeutique ne doit pas être plus active dans la coqueluche qu'elle ne l'est dans la rougeole; qu'elle doit suivre l'évolution naturelle de la maladie. Ainsi, dans la première période on se bornera à l'emploi des émollients; plus tard, dans la seconde période, si les quintes sont violentes, on fait usage d'une infusion de café. Si elles sont accompagnées de suffocation, on a recours à l'ipécacuanha. 6 à 10 gouttes d'eau de laurier-cerise dans une cuillerée d'eau, à prendre toutes les heures, produisent aussi de bons effets. Il en est de même de la belladone en poudre. M. Sée fait aussi souvent usage du mélange suivant :

Pr. Racine de belladone en poudre.	20 centigrammes.
Poudre de Dower.............	50 —
Fleurs de soufre...............	4 grammes.
Sucre blanc....................	q. s.

Divisez en 20 prises.

Quand il y a de l'insomnie, on associe la belladone à l'opium, ou mieux au sirop de lactucarium. Si ces moyens échouent, on a recours à la préparation suivante :

Pr. Eau de laitue........	125 grammes.
Sirop de pivoine.....	30 —
Ammoniaque.........	6 à 10 gouttes.
Cochenille...........	50 centigrammes.
Carbonate de potasse.	50 —
Eau bouillante.......	100 grammes.

Trois fois par jour une cuillerée à café.

Dès que la maladie a atteint son apogée, le régime doit être modifié. Au lieu d'une médication émolliente et d'un régime doux, il faut prescrire une médication tonique. On ne devra plus se contenter de simples promenades. L'enfant doit changer d'habitation. On peut aussi recourir aux astringents. Le tannin seul, ou combiné avec la fleur de benjoin, 2 à 5 centigrammes de l'un et 30 centigrammes de l'autre, ou bien 10 à 30 centigrammes d'alun dans le sirop d'althœa, peuvent modifier avantageusement le catarrhe bronchique. Si le catarrhe bronchique s'aggrave, on prescrit le carbonate d'ammoniaque à la dose de 4 grammes dans un julep, ou la liqueur ammoniacale anisée, composée de : ammoniaque, 10 grammes; alcool, 20 grammes; huile d'anis, 2 grammes: 5 à 10 gouttes toutes les deux heures. En même temps, on prescrit les révulsifs aux membres inférieurs, les frictions d'huile de croton, les vésicatoires sur la poitrine et des laxatifs. Les émissions sanguines et l'émétique à haute dose ne conviennent que bien rarement.

Enfin, dans la troisième période, le quinquina, le fer, les décoctions de lichen, les gelées de Caragaheen, le café de glands doux, l'huile de foie de morue peuvent être essayés tour à tour. Mais tous ces moyens n'ont d'action qu'au déclin du mal, et, dans aucun cas, ils ne peuvent enrayer la maladie avant la troisième période.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— En conséquence du dernier décret sur l'enseignement supérieur, un autre décret a été rendu à la date du 28 octobre, qui fixe le prix des inscriptions prises dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie par les élèves en médecine et par les élèves en pharmacie, à 25 francs, à dater du 1er janvier 1855.

— M. le docteur VALLEIX recommencera ses Leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 15 novembre. Il les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Gymnastique raisonnée *au point de vue orthopédique, hygiénique et médical*, avec l'Exposé des moyens propres à redresser les déviations, et à guérir les paralysies et d'autres infirmités, par Ch. HEISER, professeur de gymnastique médicale à l'hôpital civil de Strasbourg. — Un volume in-8, avec 7 planches représentant 114 figures. — Prix : 5 francs. — A Paris, chez Victor MASSON, place de l'École-de-Médecine, n° 17.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 134. 2e année. Samedi 11 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Quelle est la cause de l'élargissement du poignet dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius?

Un des symptômes constants de la fracture de l'extrémité inférieure du radius est l'élargissement du poignet. Ce fait a embarrassé et exercé l'esprit de plusieurs chirurgiens; différentes explications ont été données; à mon tour, je viens en exposer une.

Souvent témoin du fait, en cherchant la cause, avant même de savoir ce qui avait été dit et écrit sur ce sujet, voici quelle solution se présenta à mon esprit :

La main et le bras en pronation, quelle est la position de l'articulation radio carpienne? Cette position est représentée par une ligne tendue obliquement de l'apophyse styloïde du cubitus à celle du radius, l'extrémité cubitale plus rapprochée du coude que l'extrémité radiale. On peut figurer cette disposition.

La ligne AB représente le coude; les points C et R, les apophyses styloïdes cubitales et radiales; la ligne oblique CR, l'articulation radio-carpienne. Or, qu'arrive-t-il dans toutes ou presque toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius? Les fragments se déplacent suivant la longueur de l'os, et, par suite, il se produit un raccourcissement du radius. De là cet autre symptôme également constant, la cessation de l'obliquité du poignet, la main suit parfaitement l'axe du bras, au lieu d'être oblique, par rapport à lui. Ce fait une fois établi, l'élargissement du poignet en devient une conséquence forcée. En effet, représentons le raccourcissement du radius en enlevant, par la pensée, à la ligne RB, la portion FT, et en rapprochant les deux points F et T de manière à combler le vide, les deux lignes AC et BR devenant sensiblement égales après le raccourcissement opéré, la ligne oblique CR prendra la position perpendiculaire de la ligne CR', ces deux lignes ont la même longueur et figurent l'articulation radio-carpienne dans ses deux positions différentes avant et après la fracture; mais, dans la position CR', on voit que le poignet dépassera sa largeur ordinaire, de la longueur OR'. Voilà précisément ce qui arrive dans la fracture du radius à son extrémité inférieure. Le poignet n'est pas réellement, physiquement, pour ainsi dire, élargi, seulement il occupe une position nouvelle, laquelle étant perpendiculaire, ne peut plus être contenue entre les deux lignes qui la renfermaient lorsqu'elle était oblique. Du reste, en réduisant la fracture et par conséquent en rendant à l'articulation radio-carpienne son obliquité normale, on détruit du même coup l'élargissement du poignet.

Enfin, l'expérience peut être faite sur le cadavre ou le squelette; il suffit de retrancher une portion du radius par deux traits de scie, puis rapprocher les extrémités des deux portions d'os; par ce fait, le radius est raccourci, et l'on voit la ligne oblique du poignet devenir horizontale, et celui-ci offrir un élargissement plus considérable qu'à l'état normal.

S. SERVIER, *aide-major au 12e de dragons.*

Hôpital de Lariboissière. — M. CHASSAIGNAC.

Coup d'œil sur les divers modes opératoires par lesquels on ouvre les voies aériennes.

La dénomination de bronchotomie, sous laquelle on a confondu jusque dans ces derniers temps la trachéotomie avec d'autres opérations qui se pratiquent sur les voies aériennes, devrait être rayée de la médecine opératoire. C'est là, en effet, une de ces expressions malheureuses employées d'abord par l'irréflexion et auxquelles le sophisme et les subtilités veulent trouver une application presque toujours conventionnelle. Le mot, en lui-même, exprime une idée fausse ou il n'exprime rien. Il exprime un idée fausse, car on n'ouvre jamais les bronches.

Exprime-t-il une généralisation des diverses opération par lesquelles on ouvre le conduit aérien? Mais, à quoi bon créer une généralisation pour deux ou trois opérations dont une seule en définitive a une importance réelle dans la pratique? Quelle utilité y a-t-il à désigner, par une expression commune, la laryngotomie, la trachéotomie, la laryngo-trachéotomie? En quoi cela sert-il à l'exposition des idées? Évidemment, il ne peut résulter de l'emploi de cette dénomination de bronchotomie que de la confusion dans les idées au lieu de la simplicité et de la clarté que l'on cherchait.

Quoi qu'il en soit, la trachéotomie a eu des destinées très-diverses aux diverses époques de la science.

Considérée dans le principe comme une opération excessivement dangereuse et très-difficile, elle a été négligée dans d'autres temps comme présentant à peine des difficultés dignes d'arrêter fortement l'attention des chirurgiens. Il y a eu dans ces appréciations diverses et opposées une exagération fâcheuse. Il est temps de rentrer à cet égard dans la réalité des faits; il est temps surtout de donner à cette opération des principes fixes et une méthode bien arrêtée. Tel est l'objet du travail que nous avons entrepris et des recherches que nous avons poursuivies avec persévérance pendant plusieurs années.

Un court aperçu historique sur la trachéotomie nous suffira pour mettre en évidence les vicissitudes qu'a subies aux diverses époques de la science, dans son manuel opératoire comme dans ses indications, l'opération de la trachéotomie.

Aperçu historique. — La première partie de la trachéotomie doit être regardée comme une période de tâtonnement; nous ne saurions considérer autrement ce qu'ont pu faire dans

l'ordre chronologique Asclipiade, Anthyllus, Paul d'Egine, Cœlius, Aurelianus et Arété. Quant à la défiance qu'inspirait longtemps encore cette opération, il nous suffira de citer Albucasis, qui nous apprend que, de son temps et dans son pays, aucun chirurgien n'aurait osé la pratiquer.

Cette longue période d'enfance de la trachéotomie se continue jusqu'au XVIIIe siècle, nonobstant ce qu'en avait dit Guy de Chauliac et malgré les opérations faites en 1546 par Ant. Musa Brassavole, quarante ans plus tard par Sanctorius. On peut citer encore l'apologie que firent de l'ouverture des voies aériennes, à peu près à la même époque, Fabrice d'Aquapendente et Jules Casserio son disciple, les efforts de Nicolas Habicot (1620) pour réhabiliter cette opération, les cas de succès rapportés par René Moreau, doyen de la Faculté de médecine de Paris, dans une lettre sur la laryngotomie (1646). La trachéotomie est également conseillée et décrite par Scultet (1675), par Purman (1694), et plus tard par Verduc, Dionis, Ledran, Garengeot en France; Virgili en Espagne; Chowel en Angleterre; mais toutes ces tentatives ne purent réussir à relever cette opération du discrédit où elle était tombée.

Il fallut tout le talent déployé par Louis dans les deux mémoires qu'il présenta successivement à l'Académie royale de chirurgie, pour étendre la pratique de cette opération et en vulgariser l'étude. L'attention une fois appelée sérieusement sur ce sujet, on vit paraître une foule de travaux et se succéder rapidement les méthodes et les procédés opératoires. L'engouement fit place à l'oubli dans lequel on avait laissé tomber la trachéotomie. Crawfort, Chaussier, Schwilgué, Dureuil, la préconisèrent dans le croup, mais elle fut surtout défendue avec chaleur et persévérance par Caron, dans son *Traité du croup* (1808) et dans son examen du *recueil des faits* publiés par l'École de Médecine (1809).

De nos jours, l'ouverture des voies aériennes est une des opérations les plus solidement établies dans la pratique chirurgicale. On a pu différer et l'on diffère encore d'opinion sur certaines indications dont la légitimité est admise par les uns et contestée par les autres. Mais l'utilité de cette opération considérée d'une manière générale, et abstraction faite de telle ou telle indication, n'est aujourd'hui l'objet d'aucun doute.

De toutes les opérations qui ont été proposées pour ouvrir l'arbre aérien, la trachéotomie est la meilleure à nos yeux, elle est même la seule qui soit bonne, et qui mérite d'être adoptée comme méthode générale.

La laryngotomie est une mauvaise opération; on en atténue un peu les défauts quand on la combine avec la trachéotomie. Mais, dans ce dernier cas, l'incision du larynx a l'inconvénient d'être à peu près inutile. Il n'y a donc pour nous aujourd'hui qu'une seule manière bonne et utile d'ouvrir les voies aériennes, c'est de faire la trachéotomie sans entrer dans toutes les considérations qui motivent notre manière de voir, nous nous bornerons à dire que la condition essentielle de toute bonne opération faite sur les voies aériennes, c'est de permettre l'établissement d'une canule dans la plaie de l'opération. Or, il n'y a que la section des anneaux de la trachée qui mette à même de réaliser cette condition d'une manière satisfaisante. Cela n'est donné ni à la laryngotomie thyroïdienne, ni à celle qui se fait entre les deux cartilages thyroïde et cricoïde, ni même à celle qui les comprend tous les deux.

Le cartilage thyroïde est très-mal disposé pour se prêter à l'établissement d'une canule, et le cricoïde s'y refuse d'une manière pour ainsi dire absolue. En effet, si ce cartilage est facile à inciser en avant, on voit tout d'abord que, s'élargissant peu à peu sur les côtés, il forme en arrière une plaque résistante qui devrait être brisée pour permettre une dilatation facile et permanente de la partie antérieure du cartilage. C'est là ce qui rend à peu près inutile la section de ce cartilage dans ce qu'on appelle la laryngo-trachéotomie. Or, en matière d'incision, ce qui est inutile est nuisible.

D'ailleurs, à moins qu'on n'ait l'intention positive d'aller faire une recherche spéciale dans les ventricules du larynx, à quoi peut servir, par exemple, une division médiane du cartilage thyroïde? Quand un corps étranger a pénétré dans les voies aériennes, il ne reste pas à la glotte ou à l'orifice supérieur du larynx; il tombe dans la trachée. Les corps étrangers qui restent à la glotte ou à l'orifice supéro-laryngé font périr sur-le-champ, ou bien voici ce qui arrive: ceux de l'orifice supéro-laryngé sont extraits ou expulsés par la bouche; ceux de la glotte tombent dans la trachée. Dans tous les cas, on ne peut savoir à l'avance et au juste où s'est arrêté un corps qui est entré dans le conduit laryngo-trachéal. En ouvrant l'arbre aérien dans la partie la plus déclive de la région cervicale, on obtient tout ce que peuvent donner des opérations faites dans un point plus élevé.

Enfin, dans les maladies du larynx, ne vaut-il pas mieux éloigner le théâtre de l'opération du siége même de l'affection? Ne s'exposerait-on pas, en ouvrant un larynx malade, à ajouter aux lésions actuelles tous les inconvénients, tous les dangers du traumatisme, suppuration, gonflement inflammatoire, etc.?

Il n'y a donc pour nous qu'une seule manière bonne, utile et rationnelle d'ouvrir les voies aériennes, c'est celle qui consiste à faire la trachéotomie. Toutes les autres méthodes sont vicieuses, et ne peuvent être employées qu'à titre exceptionnel. Seulement, il ne faut pas appliquer à la trachéotomie le nom de sous-cricoïdienne, ce serait une naïveté anatomique, attendu qu'une opération faite sur la trachée est toujours et nécessairement une opération sous cricoïdienne.

On comprend dès lors que, faisant une place si large, et, nous osons le dire, si exclusive à la trachéotomie, nous devions nous attacher à en donner une description aussi complète que possible.

CLINIQUE CIVILE.

Névropathie convulsive extraordinaire survenue à la suite de l'administration d'une faible dose de conicine,

Par le Dr Al. Chavanne, *chef de clinique d'accouchements à l'École de médecine.*

(Suite et fin. Voir le n° 133.)

Les symptômes d'intoxication par la ciguë sont en général ceux que déterminent les poisons stupéfiants, narcotico âcres: assoupissement, stupeur, délire, nausées, vomissements, gêne de la respiration, syncopes, refroidissement (Orfila); à un moindre degré, légers vertiges, obnubilation, céphalalgie, anxiété, nausées. MM. Devay et Guilliermond, qui ont expérimenté sur les séminoïdes de cette plante, parce qu'ils ont reconnu que la plus grande partie du principe actif (conicine) y était renfermée, ont produit sur des animaux des phénomènes plus violents, plus caractéristiques et aussi plus constants: convulsions tétaniques revenant par crise, roideur extrême des membres convulsés, paralysie du train de derrière, abolition plus ou moins complète de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale.

Chez quelques malades soumis au traitement par la conicine, ces auteurs ont noté trois sortes d'effets physiologiques qui sont: de la céphalalgie, de la lourdeur de tête, des coliques, des tremblements légers de tout le corps et surtout des membres inférieurs. « Nous n'avons observé, disent-ils, que quatre fois ce dernier phénomène chez des malades qui étaient arrivés à prendre 6 à 8 pilules du n° 2; il dénote pour nous le premier indice de l'intoxication (p. 122). »

MM. Devay et Guilliermond ont eu de plus l'occasion d'observer une fois des symptômes bien plus prononcés d'intoxication qui confirment ceux offerts par les animaux. Ils survinrent chez une dame, âgée de 54 ans, atteinte d'un cancer récidivé du sein droit. Éprouvant du nouveau remède une amélioration notable, soit pour l'intensité des douleurs, soit pour l'aspect de l'ulcération dont les bords s'affaissaient et la surface se détergeait, elle eut l'imprudence d'outre-passer la dose des pilules; elle arriva à en prendre jusqu'à 16 par jour, du n° 2. « A ce mo-

ment, elle fut saisie de tremblements des membres supérieurs, mais sans autres symptômes. Nous lui fîmes suspendre immédiatement le remède, et, au bout d'une huitaine de jours, elle reprit, une par une, les pilules n° 2, avec ordre de ne point dépasser le nombre 6. Elle fut jusqu'à 12; mais, deux jours après, elle fut en proie à des vomissements; bientôt succédèrent des éblouissements, des vertiges. Les jours suivants, il y eut des spasmes des membres, la face devint cyanosée et le délire fut continu. A la photophobie succéda bientôt une cécité complète.

« On devait croire que ces symptômes, s'ils ne s'aggravaient point et n'amenaient point la mort, iraient en progression décroissante, comme on l'observe généralement dans l'empoisonnement par la belladone, l'aconit, etc.; il n'en fut rien; ils persistèrent en grande partie pendant quinze jours. Les vomissements, les spasmes, le délire eurent lieu durant ce laps de temps (ouvrage cité, p. 47). »

Si nous comparons maintenant les phénomènes éprouvés par madame G...., dont nous avons rapporté ci-dessus l'histoire, et ceux qu'ont permis de noter et l'expérimentation physiologique et l'observation clinique, nous voyons que notre malade n'a pas parcouru toute la série des accidents que produit, d'après MM. Devay et Guilliermond, l'intoxication par la conicine. Les tremblements des membres arrivés peu à peu au degré de convulsions, de roideurs tétaniques générales, ont occupé presque exclusivement la scène. On aurait dit plutôt d'un empoisonnement par la strychnine, la brucine, la noix vomique. Les troubles de la vue et de l'ouïe ont été peu marqués et de peu de durée. Pas le moindre délire ne s'est manifesté, mais il y a eu perte de connaissance au plus fort des crises. Pas de paralysie, pas de symptômes morbides évients du côté des voies digestives, à moins qu'on veuille regarder comme tels cette excrétion facile de selles abondantes, bien liées, grisâtres, remplaçant une constipation habituelle et se prolongeant longtemps après la disparition des accidents. N'était-ce point là quelque phénomène critique? Les furoncles dont nous avons parlé et qui coïncidaient avec l'amélioration mériteraient plus sûrement ce titre.

Quant au narcotisme développé même à un haut degré chez notre malade, nous n'avons pas à en accuser la conicine; il a été produit par certaines substances médicamenteuses (opium, musc, etc.) administrées à forte dose pour combattre les accidents.

Bien que tout le cortége des symptômes qui dénotent l'empoisonnement par la conicine, ne se soit pas offert chez madame G...., on ne peut se refuser à reconnaître que les plus caractéristiques, c'est-à-dire les convulsions, se sont montrés à un degré de violence extrême, et qu'ils ont pour la forme, pour la marche, une analogie frappante avec ceux observés par MM. Devay et Guilliermond, sur les animaux qu'ils ont mis en expérience. De plus, la persistance remarquable des accidents et même leur accroissement longtemps après la cessation du remède, ont été signalés par eux, et l'observation que nous avons empruntée à leur ouvrage en est un exemple frappant. Nous regrettons que les auteurs n'aient pas rapporté ce fait avec plus de détails, et n'aient rien dit des moyens qu'ils ont dû opposer au mal, et de la manière dont celui-ci s'est dissipé. Nous aurions trouvé là, sans doute, d'autres points de comparaison.

Les phénomènes toxiques, dans les différents cas qui ont été cités, ne se sont produits qu'à la suite d'une dose progressivement élevée de conicine (6, 8, 16 pilules n° 2 par jour, c'est-à-dire 30, 40, 80 centigrammes). Notre malade, au contraire, au moment où les accidents éclatèrent, n'avait pris en huit jours que 18 pilules n° 1 (18 centigrammes). Après cinq jours d'interruption, à cause de l'apparition des règles, elle ne reprit que 6 pilules en quatre jours. Certes, il y a lieu de s'étonner qu'une quantité relativement si faible ait pu donner lieu à des effets aussi formidables. C'est là un fait exceptionnel qui devait échapper à toute prévision. Mais n'existe-t-il pas des exemples semblables relatifs à d'autres substances médicamenteuses plus ou moins énergiques? Quel médecin n'a pas rencontré, dans sa pratique, des sujets que 1 centigramme d'opium jette dans le narcotisme le plus complet, et d'autres chez lesquels la même dose provoque des phénomènes différents, mais non moins intenses (vomissements instantanés, etc.)? Tous ceux qui ont été foudroyés par le chloroforme n'avaient absorbé de cette substance qu'une quantité insignifiante pour la plupart des sujets.

Le tannin, entre autres astringents, qui est l'antidote par excellence des alcaloïdes végétaux, n'a rien produit chez notre malade, tandis qu'il a réussi merveilleusement, entre les mains de MM. Devay et Guilliermond, à arrêter les accidents et à rappeler à la vie des animaux auxquels ils avaient fait avaler d'un coup une dose énorme de conicine. Il n'y a là rien de contradictoire, rien qui infirme le fameux axiôme : *Naturam morborum curationes ostendunt.* Tout dépend, en effet, du moment où on l'administre. « Nous avons administré, disent nos honorables compatriotes, nous avons administré, à un fort lapin, 50 centigrammes d'extrait de semences, dose qui avait amené une mort excessivement rapide chez plusieurs. *Deux minutes après,* nous avons fait avaler 1 gramme de tannin. Il y a eu de la stupeur, mais les convulsions ne se sont pas déclarées et la mort n'a pas eu lieu. Le lendemain, nous avons sacrifié cet animal qui était redevenu dispos et vigoureux, en lui faisant avaler 50 centigrammes, mais sans lui administrer le tannin immédiatement après. Nous avons répété plusieurs fois la même expérience, et nous avons obtenu les même résultats (p. 39). »

C'est donc, comme on le voit, *deux minutes après* l'ingestion du poison, c'est-à-dire à un moment où il n'était pas encore absorbé en totalité, que le tannin a été donné, et qu'il a pu, en partie du moins, neutraliser chimiquement, sur place, les effets du poison. Notre malade n'était point dans de telles conditions, la substance toxique avait été absorbée; elle avait eu le temps d'imprimer au système nerveux ces modifications profondes et même durables qui se manifestent par des symptômes violents. Il s'agissait donc alors de détruire ces modifications funestes dont la nature est inconnue. L'observation cadavérique des animaux tués par la conicine ne nous a fourni aucune donnée pour des indications thérapeutiques. Il est vrai que MM. Devay et Guilliermond ont négligé d'examiner les centres nerveux, et c'est encore un regret à exprimer, bien que nous sachions qu'une substance qui agit sur ces parties dynamiquement, comme force, c'est le cas de la conicine, en puisse perturber mortellement les fonctions, sans y laisser de traces spécifiques.

Nous avons donc été réduits à combattre en tâtonnant, mais avec énergie. Nous avons eu recours simultanément ou successivement à l'opium, aux antispasmodiques divers à haute dose (musc, belladone, valérianate de zinc, acide prussique médicinal, etc.), aux dérivatifs étendus ou profonds (vésicatoire, cautère); et on a vu le peu de succès de ces moyens. Le musc seul, après avoir augmenté l'énergie de tous les symptômes, a paru amener une sédation marquée : elle ne fut pas de longue durée. Cette excitation vive, produite de prime abord par les calmants ordinaires, tenait peut être à une susceptibilité individuelle, primitive; elle expliquerait un peu le développement et la violence des phénomènes observés chez madame G.... Ne pourrait-on pas l'attribuer aussi à l'état nouveau dans lequel se trouvait actuellement plongée la malade? L'expectation, pendant deux ou trois jours, n'a servi qu'à nous montrer l'absence de bonne volonté de la part de la nature à triompher du mal. C'est alors que nous nous confiâmes au valérianate de quinine. Dès ce moment, la décroissance des accidents devint manifeste. A deux reprises ayant suspendu son emploi, nous vîmes chaque fois réapparaître les phénomènes morbides avec tous les caractères que nous leur avons assignés. C'était un trait de lumière, une indication. Aussi, pendant dix ou douze jours encore après la cessation des accès convulsifs, tînmes-nous la malade à l'usage journalier de ce sel organique. N'oublions pas d'ajouter que l'apparition spontanée de plusieurs furoncles a bien pu contribuer à ce résultat favorable ou au moins à le consolider.

Est-ce à dire que le valérianate de quinine doive être considéré, d'après ce fait, comme l'antidote du poison végétal dont nous nos occupons? Telle n'est point notre pensée. Si nous lui

attribuons une large part dans la guérison de madame G...., c'est à un autre point de vue. La conicine, après avoir produit sur tout l'organisme et sur les centres nerveux en particulier son impression toxique spécial, peut laisser tout ou partie des organes centraux de l'innervation en proie consécutivement à un état névrosique, ataxique, qui persiste comme individualité morbide et contre lequel la thérapeutique nous offre alors ses moyens ordinaires. Ainsi, pensons-nous, les choses se sont passées dans le cas qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, le fait d'une action aussi violente, produit par une faible dose de conicine, ne peut être attribué qu'à une de ces prédispositions individuelles, singulières, exceptionnelles, que rien, dans l'état actuel de la science, n'est capable de faire prévoir ou soupçonner. Nous avons cru néanmoins en rapporter l'histoire détaillée comme fait curieux et aussi comme avertissement à la prudence. La conicine n'en restera pas moins dans la pratique, et, à juste titre, au nombre des médicaments précieux. Nous n'avons pas craint de l'administrer depuis, et nous avons eu plus d'une fois à nous en louer. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Cas rare d'urticaire nocturne,

Par M. Giebens.

Observation. — M. X...., âgé de 73 ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, sauf des accès de dyspnée revenant à d'assez longs intervalles et symptomatiques d'un catarrhe pulmonaire chronique, fut pris, au mois de mai 1854, d'une éruption cutanée qui revenait toutes les nuits et le privait de son repos. Cette éruption était caractérisée par des élevures dures, plus ou moins circulaires, irrégulièrement disposées sur toute la surface du corps, surtout abondantes aux cuisses et à la poitrine, un peu plus rouges que le reste de la peau, s'accompagnant d'une cuisson très-incommode qui augmentait par la chaleur du lit et ne laissait aucun repos au malade. Cette éruption n'était accompagnée d'aucun mouvement fébrile; elle apparaissait au milieu de chaque nuit, durait deux ou trois heures, et disparaissait ensuite sans laisser de traces de son existence.

Ni sa profession, ni son régime de vie, ni l'examen attentif de tous les organes, dont les fonctions se faisaient physiologiquement, ne purent révéler la cause de cette éruption bizarre. M. Giebens ordonna au malade des liquides acidules à l'intérieur, et à l'extérieur, des bains simples suivis de lotions acides, mais sans obtenir aucun changement.

Des purgatifs salins et localement des bains alcalins restèrent également sans effet. Croyant ensuite observer quelque intermittence dans cette affection, on prescrivit le sulfate de quinine; mais cette médication ne fut pas plus heureuse que les précédentes. On administra successivement les amers, les dépuratifs, le soufre; l'arsenic à l'intérieur, les lotions et les bains sulfureux à l'extérieur; mais le mal résista toujours. Au mois de décembre, sept mois après le début de la maladie, on en revint à l'usage du soufre à l'intérieur, mais cette fois-ci incorporé dans l'électuaire au tamarin de Fuller, dans la proportion d'une partie de soufre sur huit parties d'électuaire. Le malade prenait une once de ce mélange par jour. Après deux jours de l'emploi de ce remède, l'éruption, jusqu'alors si rebelle, avait complétement disparu.

Le malade ayant négligé de continuer son électuaire, le mal reparut; mais le même remède fit de nouveau promptement justice de l'exanthème, et son emploi, continué pendant quelques jours, préserva le malade de toute nouvelle récidive.

Le mélange produira-t-il toujours cet heureux effet en pareille occurrence? C'est à l'expérience seule de résoudre cette question.

(*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 7 Octobre.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Larrey. — Messieurs, je ne comptais pas avoir l'honneur de prendre la parole dans cette discussion, parce que, tout en appuyant la proposition de notre éminent collègue, M. Velpeau, d'examiner devant l'Académie la question de la curabilité du cancer, je désirais seulement m'éclairer de l'opinion de ceux qui ont une expérience plus grande ou plus spéciale que la mienne. Mais j'ai été assez surpris, je l'avoue, de voir mettre en cause le microscope, soit pour en contester, soit pour en soutenir les avantages, sans que cette cause pût être défendue, ici, par l'un de ses représentants les plus directs ou les plus compétents. Les micrographes ont dû, au contraire, jusqu'à présent du moins, rester en dehors de cette enceinte, sinon en dehors des débats; et il a fallu toute l'habileté de notre honorable collègue, M. Robert, pour combattre la puissante argumentation de M. Velpeau, dont la haute autorité, en refusant au microscope une utile intervention dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses, tend à jeter peut-être sur l'emploi de cet instrument un fâcheux discrédit.

Je n'ai cependant pas la prétention, messieurs, de me constituer un partisan quand même du microscope, et je ne comprends pas davantage que l'on soit de parti pris son adversaire. Mais je crois qu'il serait aussi injuste de nier aujourd'hui l'utilité de l'observation microscopique, qu'il eût été injuste autrefois de nier l'utilité de l'anatomie pathologique.

En effet, qui conteste les résultats de l'observation micrographique appliquée aux arts ou à l'industrie dans l'appréciation ou dons la vérification de certains produits que la fraude ou le mercantilisme peuvent falsifier? Qui conteste les services journaliers rendus par le microscope à l'étude pour ainsi dire moléculaire des sciences naturelles, et spécialement de la chimie, de la botanique, de la minéralogie, de la zoologie, de l'anatomie enfin, et surtout de l'anatomie pathologique? Les encouragements donnés aux micrographes dans la recherche des altérations de texture ou des produits organiques, soit homœomorphes, soit hétéromorphes, ces encouragements ne sont-ils pas dus aussi à leurs efforts pour reconnaître les éléments constitutifs des tumeurs et les caractères différentiels du cancer? Si, en définitive, la cellule cancéreuse paraît être pour les observateurs le point fondamental de l'élément cancéreux, on ne saurait refuser de l'admettre, malgré de rares exceptions à cette règle, et malgré des divergences d'opinion plus apparentes peut-être que réelles.

L'utilité du microscope dans le diagnostic du cancer chez les animaux a été exposée par M. Leblanc, et paraît reconnue dans la médecine vétérinaire. Pourquoi en serait-il autrement dans la médecine humaine, alors que les travaux de Muller, de Henle, de MM. Lebert, Mandl, Donné, Kuss, Ch. Robin, Broca, Follin, Verneuil et de bien d'autres, déposent en faveur du microscope appliqué à la démonstration des caractères différentiels des tumeurs reconnues cancéreuses et de celles qui ne le sont point?

Si la valeur du microscope était prouvée pour tous dans le diagnostic du cancer, si surtout son emploi n'exigeait pas une habitude spéciale, les applications en deviendraient trop importantes, pour que chaque praticien ne fût pas mis à même de manier cet instrument aussi bien que le scalpel. Eh bien, c'est précisément là ce que cherchent à faire, avec les efforts les plus louables, quelques-uns des chirurgiens des hôpitaux, alliant ainsi, dans l'étude des tumeurs de toute espèce la pratique du clinicien et le savoir de l'anatomiste à la spécialité du micrographe. Et cette alliance même, il faut le rappeler, constituant l'École française, la sépare distinctement de l'École allemande.

De là, toutefois, une objection première adressée au microscope ou plutôt à son application en médecine: c'est que cet instrument exige une patience soutenue, attentive et trop souvent incompatible avec les exigences de la profession ou les aptitudes de chacun. Regrettons qu'il en soit ainsi, parce que l'impuissance à bien se servir d'une chose conduit souvent à en négliger l'emploi. Combien de fois, pour ma part, j'aurais voulu savoir faire usage du microscope! Mais, au moins, je me suis fait un devoir, dans les cas douteux, de recourir à l'obligeant savoir de mes confrères.

On a soulevé contre le microscope une autre objection générale, en lui reprochant de trop présumer, dans certains cas, de sa valeur. Soit. Admettons que les incertitudes, les contradictions même des observateurs deviennent contre eux-mêmes ou contre l'emploi de leur appareil un argument sérieux: cet argument n'est-il pas à peu près réfutable ou du moins fort affaibli par plusieurs raisons?

La première, et elle est loyale, c'est que les micrographes ne prétendent pas à l'infaillibilité, malgré la précision de l'instrument dont ils se servent, et malgré l'habileté d'expérimentation qu'ils ont acquise, en attendant les progrès ou les perfectionnements de cet art véritable.

La seconde raison, c'est qu'il ne faudrait pas, comme on l'a fait quelquefois, livrer ou confier à des expérimentateurs novices ou distraits des pièces dont la description micrographique peut être inexacte, incomplète, en rendant les maîtres responsables de l'inexpérience de leurs adeptes.

Une autre raison encore, c'est la négligence à fournir aux observateurs tous les éléments utiles à leurs investigations, à savoir, les pièces entières qu'ils ont à examiner, tandis qu'ils ne reçoivent souvent que des parcelles ou des fragments de tumeurs. Or, si ces tumeurs sont mixtes ou composées, si elles contiennent de la matière cancéreuse dans certains points,

sans en offrir dans d'autres, n'est-il pas explicable que des données insuffisantes fournissent des résultats contradictoires?

A plus forte raison enfin, s'il faut le dire, ne serait-il pas digne des usages scientifiques d'essayer par des subterfuges d'embarrasser les micrographes, en soumettant à leur étude des pièces sans nom, sans renseignement, sans diagnostic enfin, éléments informes et innominés des questions les plus difficiles à résoudre?

On peut croire aussi que le microscope s'est quelquefois trompé par sa faute, en n'admettant comme nécessaire qu'une simple parcelle ou une trop petite tranche de tumeur à caractériser. N'est-ce pas s'exposer à prendre la partie pour le tout, tandis que le reste peut offrir une altération différente ou une altération plus ou moins avancée que celle de la portion décrite? C'est peut-être cette cause d'erreur qui a provoqué dans certains cas d'insidieuses demandes, en cachant les principaux éléments d'une pièce anatomique.

Il faudrait, au contraire, entourer le microscope de toutes les conditions qui peuvent lui venir en aide, pour le diriger au lieu de l'égarer dans la voie de l'observation clinique et de l'anatomie pathologique. Il faudrait prêter appui à ceux de nos jeunes confrères qui s'occupent de cette étude, en les encourageant même à exposer devant l'Académie de médecine, comme ils savent si bien le faire à la Société de chirurgie, les résultats de leur expérience toute spéciale. Ce serait, messieurs, un moyen équitable d'équilibrer la discussion et de ne pas l'influencer par des opinions trop exclusives ou préconçues.

L'appréciation exacte du cancer est, dans une foule de cas, si difficile, même pour les cliniciens les plus habiles, la nature pour ainsi dire protéiforme de cette cruelle maladie est si avérée, au point de vue surtout des signes diagnotiques et de l'anatomie pathologique, qu'il faut bien d'abord rattacher à des espèces génériques les variétés de l'affection. Le microscope ne peut méconnaître ni dédaigner la signification symptomatologique de ses différences, et il doit admettre que certains cancers bien caractérisés au lit du malade ou à l'amphithéâtre d'anatomie n'ont pas besoin d'un grossissement d'optique pour être jugés. A cet égard aussi, la déclaration faite par le savant professeur de la Charité serait bien fondée, si elle s'appliquait seulement à des faits incontestables.

Mais si les tumeurs cancéreuses ou autres sont souvent reconnaissables à l'œil exercé, au toucher habile des maîtres de la clinique, elles échappent souvent aussi à l'exploration la plus attentive des observateurs moins expérimentés. Or, s'il est démontré que ni les signes physiques ni les caractères anatomiques ne suffisent point à divulguer la texture intime de ces tumeurs, soit qu'elle appartienne au cancer vrai, soit qu'elle représente seulement le pseudo-cancer, pourquoi refuserait-on d'admettre qu'elle peut se révéler à la faculté visuelle agrandie de toute la puissance d'un instrument d'optique?

Et pourtant on a puisé jusque dans ce foyer de lumière une critique de plus contre les micrographes, en exagérant leurs allégations, afin de les réfuter plus facilement sans doute. Ainsi, les différences ou les nuances qu'ils établissent eux mêmes entre les tumeurs cancéreuses proprement dites et les tumeurs cancroïdes ou épithéliales, ne signifient pas qu'ils considèrent absolument les unes comme malignes et les autres comme bénignes. Ils savent fort bien que celles-ci récidivent aussi facilement que celles-là, mais ils soutiennent que tout en récidivant, les cancroïdes offrent en général moins de gravité que les cancers, et peuvent même, dans certains cas, ne point repulluler.

Ici, par conséquent, se présenterait la question de la curabilité du cancer, et l'appréciation des faits invoqués à l'appui, s'il était possible de prouver que tous les cas dont on a signalé la guérison étaient de véritables cancers. Or, le microscope, sans être un criterium infaillible, n'est point intervenu dans la plupart de ces cas-là, pour en révéler la malignité ou faire craindre la récidive.

Le doute est donc permis à cet égard, et pour que j'ose l'exprimer, messieurs, il faut que ce doute soit bien fort dans mon esprit, comme dans celui de beaucoup d'autres sans doute, puisqu'il s'élève contre quelques-unes des grandes autorités de la chirurgie, contre l'opinion de mon excellent maître et ami, M. Cloquet; contre la conviction même de mon père, qui, lui aussi, croyait avoir guéri de véritables cancers.

Je citerais au besoin des exemples de sa pratique, ayant offert en effet les signes les plus probables du cancer, et opérés comme tels, sans avoir été suivis de récidive, durant de longues années, jusqu'à la fin même de la vie des malades, mais en définitive n'ayant pu être soumis alors au contrôle du microscope.

On comprend que les faits analogues à ceux auxquels je fais allusion ici, invoqués ou publiés, sur la curabilité du cancer, ne peuvent être facilement abandonnés par leurs auteurs, et qu'ils doivent susciter une résistance assez vive à la critique formulée par les micrographes; mais autant vaudrait, pour bien voir une chose, refuser d'ouvrir les yeux.

Et ce n'est pas seulement à différencier le cancer de certaines autres maladies que s'appliquent les études microscopiques, c'est encore à distinguer plus exactement qu'à l'œil nu les diverses formes du cancer.

Tel, par exemple, l'encéphaloïde ramolli entraînera plus promptement la mort que le squirrhe induré. Le cancroïde même, qui ne semble qu'une manifestation superficielle du cancer, affectera une marche plus rapide et plus compliquée, s'il intéresse la muqueuse d'une ouverture naturelle, que s'il siége seulement à la surface libre de la peau. Et quelle que soit la tendance de l'une ou de l'autre forme vers une récidive prochaine ou éloignée, en cas d'opération, on ne peut contester de bonne foi au microscope l'appréciation de ces variétés des affections cancéreuses, et partant la possibilité de rapprocher ou d'éloigner, selon les cas, la chance à peu près inévitable de la récidive ou d'une terminaison funeste.

L'un des praticiens les plus renommés que nous ayons tous vus, Marjolin ne croyait pas à la curabilité absolue du cancer, et pour lui toute affection reconnue cancéreuse devait tôt ou tard récidiver fatalement, tandis que la guérison durable et indéfinie ne lui semblait possible que pour des tumeurs de nature bénigne ou méconnue par le diagnostic. Combien de fois n'avons-nous pas entendu le célèbre professeur de la Faculté exprimer nettement son opinion à cet égard!

Eh bien, messieurs, la différence que Marjolin établissait ainsi, non pas avec la prétention d'un jugement infaillible et irréfutable, mais avec l'instruction des faits pratiques observés par lui, cette différence ne saurait-elle donc être marquée avec une précision habituelle, je ne dis pas constante, par le secours du microscope? C'est du moins ce qu'il me semble juste d'admettre dans l'état actuel de la science, et sans doute bien mieux encore dans son avenir.

Le mérite réel, la valeur incontestable du microscope, c'est donc de permettre à ce précieux instrument d'éclairer un diagnostic obscur et même de rectifier un diagnostic erroné. Plus d'un chirurgien aurait à produire des faits à l'appui de cette assertion. Je me contenterai d'en citer un seul qui aurait tous les droits de prendre part à ces débats.

(L'auteur cite ici un fait déjà connu, où le microscope a servi à établir le diagnostic. Il en cite ensuite un second où le microscope n'a reconnu que du tissu fibro-plastique là où on eût pu croire, par la multiplicité des tumeurs, qu'il y avait diathèse cancéreuse; puis il continue ainsi :)

Messieurs, qu'il me soit permis de le dire ou de le répéter, l'Académie n'est peut-être pas encore en mesure de se prononcer par elle-même pour ou contre l'application du microscope au diagnostic et au pronostic du cancer. Je voudrais, pour ma part, et je soumets d'ailleurs cette proposition au jugement de l'Académie, je voudrais que la cause des micrographes fût défendue devant elle par eux-mêmes ou par l'un d'eux, au nom de ses collaborateurs, afin que son argumentation, imprimée dans nos bulletins à la suite de cette discussion, témoignât de la communauté de nos efforts pour éclaircir enfin la ténébreuse question du cancer, en nous laissant l'espoir et non plus l'illusion de sa curabilité.

Séance du 7 Novembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Velpeau, en montant à la tribune, se fait apporter de volumineux manuscrits, des livres, des pièces pathologiques, et prononce le discours suivant :

Que l'Académie ne s'effraie pas de tout ce bagage : mon intention n'est pas de me servir de toutes les pièces qui sont là.

Cependant je crains bien de n'avoir pas eu le temps de me préparer à être court. Si donc il y a ici quelques personnes que la question qui s'agite à présent intéresse peu, je les engage à se retirer et à donner suite à leurs affaires.

L'Académie n'a sans doute pas oublié le point de départ de cette discussion, et j'imagine qu'elle se rappelle encore les deux propositions que j'étais disposé à soutenir, à savoir : la possibilité de guérir quelquefois le cancer par l'opération, et en second lieu de diagnostiquer le cancer sans l'application du microscope.

La question s'est élargie, comme il était possible de le prévoir, et presque toutes les questions relatives au cancer se sont trouvées mises en jeu. Le microscope ne s'en est pas tenu à ce point de savoir si on pouvait se passer de lui dans certains cas; il a voulu s'occuper en même temps de tous les points de la question.

Aujourd'hui, j'ai l'intention de reprendre la question de la valeur du microscope et de la curabilité de certains cancers, et puis de dire après par quels tâtonnements, à l'aide de quelles recherches je suis parvenu à me faire les opinions que j'ai là-dessus.

Voyons d'abord le microscope. Il est arrivé à ce sujet une chose qui ne m'a pas surpris le moins du monde, si bien que j'ai pris des précautions pour me justifier d'idées qu'on m'impute et que je n'accepte nullement.

Ainsi d'abord j'ai été considéré comme un antagoniste très-prononcé du microscope. L'Académie sait que je me suis prononcé assez nettement sur ce sujet la première fois : cela n'a servi à rien, et les orateurs qui se sont succédé à cette tribune se sont accordés à dire que je dépréciais le microscope, que j'en étais antagoniste. Et l'un des micrographes, l'un des bons micrographes même, a été jusqu'à dire que j'avais pris le microscope à partie, que je m'étais efforcé de le démolir pièce par pièce. Ce n'est assurément pas là mon intention.

D'autres m'accusent d'avoir dit que le microscope n'a servi à rien. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de réfuter ces assertions-là. Voici d'ailleurs un livre qui prouve que je ne crois rien de cela. Ce livre le prouve, car on peut y voir qu'à chaque pas j'ai tiré parti des travaux de M. Lebert, de M. Robin, de M. Broca. Seulement, je n'admets pas tout ce que dit le microscope comme chose démontrée ; et ici je trouve que le microscope a bien quelques torts. M. Malgaigne le disait l'autre jour, et il m'est bien permis d'accepter ses paroles. M. Malgaigne disait que le microscope est coupable d'ingratitude, car il me doit plus qu'il ne reconnaît. En effet, j'ai toujours été tellement peu l'ennemi du microscope, que, dès 1832, je suivais les travaux de M. Donné. J'étais l'élève de M. Donné, je cherchais avec lui, et je voulais savoir, dès cette époque, à quoi pourrait nous conduire l'inspection microscopique.

Quelques années après, en 1837, je poussais de toutes mes forces un homme distingué, jeune encore alors, M. Gluge, à rechercher aussi, avec le microscope, ce qu'on trouve dans la texture du cancer.

M. Malgaigne rappelait encore mon article du *Dictionnaire*. Eh bien ! on peut voir dans cet article du *Dictionnaire de médecine* qu'à cette époque déjà je m'étais servi du microscope, et que je l'invoquais.

En 1844, j'ai été le premier, je crois, dans notre discussion, à parler de la cellule, c'est-à-dire à annoncer qu'elle avait été trouvée, et depuis cette époque je n'ai pas cessé d'en parler. Dans la *Gazette médicale* de 1846, par exemple, on peut trouver encore le fond de ce que je dis aujourd'hui.

Ainsi, en 1846, quand M. Lebert annonça que les tumeurs qu'il appelait épithéliales ne sont pas des cancers, je le combattis ; et plus tard je défendais le microscope contre ceux qui l'attaquaient : j'avouais qu'il est sujet à erreur comme tous nos moyens d'investigation ; mais voilà tout.

Voici dans quelles limites je suis l'antagoniste du microscope ; et soyez bien persuadés, messieurs, qu'il n'a pas pu entrer dans mon esprit de repousser et de condamner un moyen d'investigation quelconque. Je les accepte tous, je m'en sers, et quand ils m'ont dit quelque chose qui s'accorde avec ce que j'ai déjà vu, j'en tiens compte ; quand, au contraire, ce qu'ils m'annoncent est contraire à ce que l'expérience m'a appris, je le rejette, tout en permettant à d'autres, bien entendu, de l'accepter et de le défendre.

Pourquoi maintenant cette espèce de querelle entre les micrographes et moi sur un point donné ? Je n'ai pas eu besoin, pour être en désaccord avec eux, de changer d'opinion depuis 1844. Voici quelles étaient alors les opinions de M. Lebert, de M. Mandl et de quelques autres : on disait que dans certaines espèces de cancer il y avait des cellules, tandis que dans d'autres on ne trouvait plus de cellules, mais des fibrilles particulières. Je n'ai pas vu cela, je n'ai pas pu le vérifier ; mais c'était là l'opinion de ces messieurs. Cela ne s'est pas vérifié depuis, et voilà pourquoi je suis en désaccord avec les micrographes. C'est parce que je leur ai dit que la cellule qu'ils appellent caractéristique ne me paraît pas l'élément spécifique du cancer, et qu'il peut y avoir des cancers sans cellules, que nous avons cessé de nous entendre.

J'avais pour mon compte des raisons doctrinales suffisantes pour penser ainsi, mais je n'ai voulu me servir que de l'observation pour combattre les idées des micrographes. Ces raisons doctrinales, je pourrais les emprunter à des micrographes mêmes. Ainsi, M. Mandl n'admet pas du tout que la cellule soit un élément caractéristique suffisant pour déterminer le cancer. En Allemagne, Virchow n'admet pas davantage la spécificité de cette cellule ; en Angleterre, Bennett et Paget n'acceptent nullement qu'il n'y a pas de cancer là où il n'y a pas de cellules. Le cancer épithélial, par exemple, n'a pas de cellules ; et puis cette cellule elle-même n'est qu'un fait secondaire dans le cancer ; il doit y avoir certainement au-dessus d'elle quelque chose qui la précède. Comment nier, par exemple, que dans l'infection cancéreuse il y ait un élément amorphe, un blastème, que sais-je ? qui altère le sang, qui le vicie et le rend impropre à la nutrition et à la santé ? La cellule est une des manifestations de cet état du sang : c'est un fait matériel qui dépend d'un principe cancéreux ; mais, assurément, elle n'est pas ce principe lui-même.

Il y a même des micrographes qui prétendent que cette même cellule existe dans les tissus normaux. Ainsi, à la Société de biologie, un anatomiste un jour présenta en même temps un cancer et la membrane muqueuse d'une vessie. Où pensez-vous que la cellule cancéreuse a été trouvée ? Dans la muqueuse de la vessie ; et rien ne la distinguait de celle du cancer. Cela prouve au moins qu'entre la cellule du cancer et celle des tissus normaux il n'y a pas une bien grande différence.

Les micrographes savent très-bien d'ailleurs, et mieux que personne, que tout l'organisme est le résultat d'une agglomération de cellules qui s'unissent et s'enchaînent les unes aux autres. Eh bien ! le cancer rentrerait tout simplement dans les lois communes de toute organisation, et voilà tout ; avec de petites différences peut-être dans les caractères de la cellule qui le compose ; mais jamais cette cellule ne pourra suffire à le distinguer.

Ces raisons ont leur valeur évidemment ; cependant elles ne me suffisaient pas, je voulais voir, et j'ai voulu recourir à l'observation. J'ai vu en effet : voici là un millier d'observations qui le prouvent. J'ai examiné avec le plus grand soin tous les cas de cancer qui se sont présentés à moi ; je les ai notés et décrits. Il y a longtemps que mon attention est éveillée sur ce point ; et l'Académie peut se souvenir, bien qu'il y ait longtemps de cela, et que beaucoup de personnes aient disparu depuis, que cette même question se discutait déjà en 1824. Depuis lors, j'ai publié un certain nombre d'observations, et je n'ai pas cessé de donner cours à mes recherches, et cela par une raison bien simple : c'est qu'étant à la tête d'un service important à l'hôpital de la Charité, et chargé d'un enseignement clinique officiel, je ne pouvais pas faire autrement que d'examiner attentivement tous les cas, afin d'en rendre compte, et de suivre exactement le mouvement de la science pour me tenir constamment à son niveau.

J'ai examiné ou fait examiner au microscope les tumeurs que nous appelons généralement des cancers ; et quand je parle des micrographes à qui j'ai confié cet examen, je ne parle que des plus habiles et des plus capables ; car je comprends à merveille qu'en ceci comme en toute autre chose, il faut toujours faire la part des individualités. Je dis donc que toutes ces tumeurs ont été examinées, et j'ajoute que, d'une manière générale, on y a trouvé la cellule. J'ai vu moi-même cette cellule indiquée par les micrographes et je dois déclarer tout de suite qu'il est possible de la distinguer sans trop de difficulté. Ce que je ne sais pas bien, c'est si elle est facile à distinguer des autres cellules qui lui ressemblent plus ou moins ; car, comme je l'ai déjà dit, il y a une foule d'autres cellules dont les nuances doivent se rapprocher beaucoup ; et je ne sais pas si, dans cette série de nuances, il ne s'en rencontre pas de très-voisines parmi lesquelles la distinction ne devient pas fort difficile. *A priori*, je puis dire que cela doit être : MM. les micrographes sont seuls capables de nous instruire là-dessus, mais ils n'en disent rien.

J'ai donc vu la cellule dans le plus grand nombre des cas ; mais il y a des cas où elles font défaut, et on ne l'a pas trouvé dans bien des cas qui, pour moi, sont manifestement du cancer, de même qu'ils en sont pour tous les chirurgiens.

Là, j'ai dû nécessairement m'arrêter et cesser de croire à la spécificité de la cellule. A cela, on m'a répondu : Mais ce ne sont pas des erreurs. Dès lors, comme je l'ai déjà dit, il ne m'était pas possible de passer outre, car cela était en opposition avec tout ce que nous savons.

D'une autre part, le microscope m'a fait trouver la cellule dans des tumeurs qui, certainement, ne sont pas des cancers ; et, à cela, on m'a dit encore : Mais ces tumeurs étaient de vrais cancers, car vous vous appuyez pour nier leur caractère cancéreux sur la non récidive, et vous ne croyez pas à la récidive infaillible du cancer. C'était spécieux. Mais ce n'est pas sur la non récidive que je m'appuie pour dire que ce ne sont pas des cancers, c'est sur l'ensemble des caractères cliniques de la maladie.

J'ai cité un bon nombre de ces cas et j'en pourrais apporter bien d'autres. Telle était cette tumeur du talon qui, certainement, n'était pas du cancer et dans laquelle cependant MM. les micrographes ont trouvé des cellules. Telle était cette tumeur hématique de la mâchoire chez la jeune fille que j'ai citée : cette tumeur n'était du cancer pour personne. J'ai pu moi-même garantir qu'il n'y aurait pas de récidive parce que ce n'était pas du cancer, et la récidive n'est effectivement pas venue. Cependant le microscope avait encore trouvé là la cellule.

A ces faits, on a opposé des raisons qui véritablement n'en sont pas. On a dit : Mais il n'est pas étonnant qu'on ait pu se tromper : il est si facile, quand on a plusieurs tumeurs à examiner, de les confondre, de prendre l'une pour l'autre et d'indiquer ainsi la présence de cellules dans des cas où elles n'existaient réellement pas. Mais non, la confusion n'a pas été possible, ces tumeurs ont été emportées de l'amphithéâtre par les micrographes eux-mêmes au moment de l'opération, ou portées directement chez eux et examinées immédiatement. Et, le lendemain, on m'a toujours rapporté ma tumeur avec la note relative. J'ai là toutes ces notes de M. Lebert et de M. Robin.

On a été jusqu'à dire que j'ai bien pu être trompé par mes externes, à qui les tumeurs auraient été confiées et qui auraient été chargés de me faire part le lendemain du résultat de l'examen.

Non, messieurs, ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées. Jamais je ne me suis fié pour cela ni à mes externes, ni même à mes internes,

bien que j'eusse toute raison d'avoir pleine confiance en eux. Ce sont MM. les micrographes eux-mêmes qui ont reçu les tumeurs de ma main au moment même de l'opération, puisqu'ils me faisaient l'honneur de suivre très-exactement mon service à l'hôpital.

Ainsi donc il y a des tumeurs avec des cellules qui ont été reconnues pour cancéreuses par des micrographes distingués et des plus distingués et des plus capables, lesquelles n'étaient cependant pas des cancers. Cela est très-positif.

Maintenant j'ai trouvé des cancers non moins réels qui n'avaient pas de cellules. J'en ai cité un assez grand nombre d'exemples. On a dit encore à cela que j'avais pu être trompé. Mais non ; car j'ai encore là les mêmes preuves écrites que tout à l'heure : j'ai toutes les notes qui m'ont été rapportées avec les tumeurs mêmes.

Pour ces cancers sans cellules on m'a fait une autre objection : celle-ci est de M. Malgaigne. Ces cancers sans cellules, m'a dit M. Malgaigne, ce sont des tumeurs fibro-plastiques. Comment, c'était une tumeur fibro-plastique que cette tumeur que tout le monde avait parfaitement reconnue pour un encéphaloïde ! Non, non, ce n'était pas là du tissu fibro-plastique : M. Malgaigne lui-même ne s'y serait pas mépris.

D'ailleurs, j'en peux citer d'autres exemples. Ainsi, j'ai opéré, l'année dernière, une malheureuse femme qui est encore à présent même dans mon service, et qui meurt étouffée sous une véritable cuirasse de tumeurs qui ont repullulé sur toute sa poitrine. Là encore le microscope n'avait pas trouvé de cellules et porté un pronostic favorable. Ces faits-là sont parfaitement irréfutables. Tout ce qu'on peut leur opposer, c'est qu'on a bien pu ne pas reconnaître la cellule là où elle existait cependant. Et, à ce propos, on me dit : Vous avez envoyé à un micrographe une mince tranche d'une tumeur ; il n'est pas étonnant que la cellule ne se soit pas trouvée dans cette tranche séparée au hasard d'une tumeur qu'il n'a pas vue et dont il ignorait la provenance. Non, messieurs, ce n'est pas moi qui m'amuserai jamais à tendre de ces piéges aux micrographes. Ce sont eux-mêmes qui presque toujours ont examiné les tumeurs, séance tenante, au moment même où elles sortaient des malades, et qui en ont emporté les parties qu'ils ont jugé convenable de choisir. Toujours ces tumeurs ont été remises à ces messieurs de la main à la main, puisque la plupart me faisaient l'honneur de m'assister dans mes opérations, soit à l'hôpital, soit en ville.

Et puis, d'ailleurs, il n'est pas du tout nécessaire, pour examiner une tumeur de l'avoir tout entière. M. Verneuil, qui est un des plus habiles et des plus compétents de nos jeunes micrographes, en convient lui-même. Dans toutes les tumeurs on reconnaît aisément une partie plus malade : c'est dans cette partie qu'il suffit de choisir une tranche aussi petite qu'on veut pour l'examiner, et quand on a cette tranche, c'est absolument comme si l'on avait tout. Je suis donc pleinement autorisé à croire que, si on n'a pas trouvé de cellules dans les cas dont je parle, c'est qu'il n'y en avait pas.

Ce n'est pas tout : j'ai encore cité des faits singuliers qui méritent bien de fixer toute l'attention de MM. les micrographes. J'ai rapporté des exemples de tumeurs qui s'étaient d'abord présentées exemptes de cellules et qui ont été suivies de récidives avec cellules. Je pourrais ajouter d'autres faits à ceux que j'ai déjà cités, et, par exemple, un cas fort remarquable dont M. Lebert doit bien se souvenir. Il s'agissait d'un marchand de bois qui avait dans le nez une tumeur que nous regardions comme cancéreuse. Ce malade, qui était de la clientèle de M. Richet, avait été vu précédemment par M. Laugier et par M. Nélaton. Un petit fragment de la tumeur fut enlevé et soumis à l'examen de M. Lebert qui répondit n'y avoir point trouvé de cellule cancéreuse. Ce renseignement permettant de compter sur une guérison définitive, il fut décidé qu'on opérerait le malade. L'opération fut faite par M. Richet, avec l'habileté qu'on lui connaît. D'abord le malade alla bien. Cependant la récidive tarda peu à se faire, et elle marcha vite jusqu'à la mort. Après la mort, la tumeur fut examinée de nouveau par M. Lebert, et cette fois il y trouva des cellules en grande quantité.

Voici donc bien évidemment un fait dans lequel la maladie, primitivement exempte de cellules, en a présenté ultérieurement. On pourrait peut-être objecter à ce fait qu'une partie de muqueuse a été prise pour le tissu cancéreux et a contribué à donner le change à l'observateur. Voici un autre fait qui m'est propre, et contre lequel il n'y aura rien à dire, je l'espère.

Une femme arrive dans mon service avec des plaques d'aspect très-singulier au sein gauche. Cela ressemblait un peu à des végétations érectiles et un peu à du cancer aussi : c'était dur et rougeâtre, et rempli d'inégalités de toutes sortes de volume. Cette femme, qui se portait bien d'ailleurs, m'inquiétait beaucoup ; car, bien que je ne retrouvasse aucun caractère bien tranché dans sa maladie, elle me faisait cependant l'effet d'être de mauvaise nature. Une des végétations qui couvraient cette plaque s'étant accru plus que les autres, je pris le parti de l'exciser, et je la fis examiner au microscope. Elle ne contenait pas l'élément cancéreux. J'avoue que moi-même, je n'étais pas sûr le moins du monde que ce fût du cancer. Cette femme sortit de l'hôpital, et rentra plus tard dans un autre. C'est à Saint-Louis qu'elle se présenta alors, et c'est là qu'elle est morte quelque temps après. Or, voilà ce qui s'était passé. La maladie s'était accrue du côté gauche et avait gagné le côté droit. Du côté droit une tumeur dure et ligneuse avait envahi le sein et rétracté le mamelon. Et la malade avait fini par être littéralement étouffée par cette horrible lésion. L'autopsie fût faite avec soin ; de gros noyaux furent trouvés dans le poumon et le foie. Il était dès lors évident que la maladie était un cancer. Cependant les tumeurs furent examinées au microscope : ce fut M. Robin qui fut chargé de cet examen. Toutes les pièces furent soumises au microscope l'une après l'autre et avec le plus grand soin. Ou pensez-vous qu'on trouva des cellules cancéreuses? dans le sein droit, sans doute, qui présentait tous les caractères du squirrhe le mieux confirmé? Pas du tout : la tumeur du sein droit ne renfermait pas une cellule, et celles du côté gauche, qui n'en contenaient pas précédemment en étaient remplies, ainsi que les noyaux des poumons et du foie. Et qu'est-ce qui a constaté ces faits singuliers? Ce sont précisément les micrographes les plus estimables : M. Lebert et M. Robin.

M. Leblanc, qui lui aussi se croit très micrographe, mais qui a sans doute oublié que le microscope n'admet pas que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques soient des cancers, quand il est venu nous parler de cancers épithéliaux et de cancers fibro-plastiques, M. Leblanc nous a parlé aussi de tumeurs qui se développent chez les animaux avec tous les caractères de la bénignité et qui, plus tard, repullulent avec l'élément cancéreux. Ces faits sont en tout analogues aux miens, et forcent MM. les micrographes à des interprétations assez peu acceptables. Ils prétendent se tirer de là en disant qu'il y a des tumeurs mixtes, ou bien en alléguant qu'un animal atteint actuellement d'une tumeur bénigne n'est pas exempt pour cela d'avoir plus tard une tumeur maligne : celle-ci pouvait ainsi très-bien coïncider avec la première. Sans doute cela est possible ; mais cela n'est pas. A qui ferez-vous entendre, par exemple, que telle femme à qui vous enlevez une tumeur au sein, et qui meurt de récidive à quelque temps de là n'avait pas un cancer au moment de votre opération? La récidive et la premiere maladie se tiennent trop étroitement pour que ce ne soit pas une seule et même lésion.

A moins que les micrographes n'admettent une transformation, ce dont ils ne me paraissent pas encore avoir parlé. La transformation est une doctrine que j'ai adoptée moi-même et très-vivement soutenue autrefois. En 1844, je n'y croyais plus aussi fermement, et j'avoue que plus tard encore je l'avais tout à fait abandonnée. Depuis quelque temps ces faits de tumeurs bénignes qui repullulent plus tard avec des caractères de malignité m'ont donné à réfléchir. Ces faits se multiplient tous les jours ; et, depuis que je vois des femmes présenter des tumeurs bien bénignes assurément, puisque, pendant dix, quinze ans, elles se développent si lentement qu'elles peuvent passer pour stationnaires, lesquelles finalement les font mourir en quelques semaines, j'en suis revenu à me demander s'il ne serait pas possible que ces tumeurs, d'abord bénignes se transformassent ultérieurement en tumeurs malignes. De deux choses l'une : il faut, de toute nécessité, que vous admettiez que cette transformation a lieu dans les faits de M. Leblanc et dans les miens, ou bien que vous reconnaissiez que des tumeurs qui ne contiennent pas votre élément cancéreux sont cependant des cancers, et que des tumeurs qui contiennent des cellules ne sont pas des cancers.

Jusqu'à nouvel ordre, je maintiens donc, pour mon compte, qu'il y a des cancers sans cellules et des tumeurs bénignes avec cellules.

J'insiste là-dessus, parce que les micrographes sont partis de cette valeur caractéristique de la cellule, qui cependant ne saurait être admise, pour établir tout une doctrine, tout une classification qui me paraît complétement inconciliable avec les faits d'observation.

Cela les a conduits à demander ce qu'on entend par tumeur maligne, et à nous sommer de donner une définition du cancer.

Pour la définition du cœur, ils en sont aisément venus à bout. Prenant mot par mot tous les membres de la phrase qui comprend cette définition, ils les ont réduits à néant tous l'un après l'autre, et ils ont cru avoir ainsi rendu impossible une définition qui ne reposerait pas sur leurs caractères anatomiques. Je sais bien qu'il n'est pas facile de faire une définition en général. Il y a d'ailleurs une foule de choses qu'on connaît mieux qu'on ne les définit. Mais, faute de mieux, je me contente parfaitement d'une définition comme celle-ci : une tumeur, une plaque, une fongosité ayant pour caractère, une fois établie sur un individu, de s'agrandir, d'envahir et de faire disparaître les tissus voisins, de détruire, en un mot, tout l'organisme jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'à la mort, voilà ce que j'appelle cancer. Sans doute, il y a ensuite plusieurs espèces de cancers ; sans doute, ils se présentent avec des caractères bien différents. Mais, dites-moi, je vous prie, si vous connaissez une autre maladie qui revête un ensemble de propriétés aussi tranchées. Je sais bien qu'il y a d'autres tumeurs que le cancer qui se multiplient simultanément sur le même

individu. On peut avoir à la fois dix, cinquante loupes ou verrues; mais cela ressemble-t-il à notre cancer, et viendra-t-il jamais à l'idée de quelqu'un de faire cette confusion?

Pour ce qu'on entend par malignité, je n'ai pas besoin de recourir aux temps fabuleux ni de remonter avec M. Broca jusqu'à l'origine du monde. Il me suffit de dire que j'appelle tumeurs malignes celles qui, une fois installées dans l'organisme, se développent et détruisent les parties voisines jusqu'à leur entière disparition et jusqu'à la mort de l'individu. Il n'y a aucune autre tumeur que le cancer qui se comporte ainsi; et ce terme suffit pour distinguer le cancer de toutes les autres lésions.

La question qui se présente à présent, c'est celle de savoir s'il est possible d'exclure du cancer compris de cette manière certaines tumeurs qui ne renferment pas de cellules dites cancéreuses. Voyons d'abord pour les tumeurs épithéliales.

Les cellules épithéliales, dit-on, ne sont pas des cancers: et pourquoi? Parce qu'elles ne renferment que des éléments homœomorphes et que des productions homœomorphes ne peuvent pas être des cancers. Il fallait ajouter à cela que ces tumeurs homœomorphes ne peuvent pas admettre l'épithète de malignes. C'est ce qu'il a fallu faire comme conséquence de la doctrine. Et, pour être conséquents, les micrographes ont eu l'idée d'appeler ces tumeurs bénignes: ils ont donc été jusqu'à dire que ces tumeurs épithéliales ne repullulent pas, ou tout au moins que, si elles se reproduisent, ce n'est jamais que sur place, parce qu'elles n'ont pas été bien enlevées.

On a été très-affirmatif sur ce point. Voici, par exemple, une note que M. Lebert présentait à l'Académie des sciences, en 1844. Il y est dit très-formellement que ces tumeurs ne repullulent que sur place, que jamais elles n'envahissent les ganglions voisins, que jamais elles ne se généralisent.

Je veux bien que les tumeurs épithéliales ne se généralisent ordinairement pas; mais tout le monde sait que ce n'est pas le fait même de la généralisation qui est le caractère du cancer. On voit tous les jours des lipomes, des tannes se multiplier et couvrir tout le corps; ce n'est pas ainsi que le cancer se généralise.

Quant aux tumeurs épithéliales, on ne peut plus soutenir et on ne soutient plus aujourd'hui qu'elles ne peuvent pas se propager jusque dans les ganglions; car, tous les jours, nous voyons succomber autour de nous des malheureux qui, à la suite d'une simple tumeur de la lèvre qui a ou n'a pas été enlevée, voient leurs ganglions du cou se prendre, s'ulcérer et entraîner promptement la mort. Et cette propagation de la maladie des lèvres aux ganglions ne peut se faire que par l'entremise de la circulation. Ce n'est pas là un envahissement de proche en proche, puisque, de la lèvre, la maladie saute immédiatement aux ganglions en respectant les tissus intermédiaires.

M. Lebert avait donc émis une proposition erronée en 1844, car les tumeurs épithéliales repullulent souvent, très-souvent même, soit sur place, soit dans les ganglions voisins. En 1846, je le disais déjà à ces messieurs. Les tumeurs épithéliales, leur disais-je, repullulent comme les autres cancers: je ne dis pas aussi souvent, mais de la même manière.

Un de MM. les micrographes disait un de ces jours, dans un article de journal, qu'ils n'ont pas changé d'opinion depuis la découverte de la cellule. Mais voilà justement M. Lebert, leur chef, qui, dans son dernier ouvrage, écrit ceci: J'ai modifié mes opinions dans un grand nombre de cas, parce que je dois me rendre à l'évidence des faits.

J'avais donc raison en 1846, comme le dit M. Lebert lui-même. Or, je ne répète maintenant que ce que je dis depuis dix ou quinze ans.

Tout en reculant ainsi pas à pas, on en est venu à reconnaître la repullulation dans les ganglions, et on continuait à nier la généralisation, en disant: Voici où gît la différence capitale entre les tumeurs épithéliales et les tumeurs cancéreuses. Malheureusement pour la doctrine, c'est que la généralisation se fait de la même manière, sinon avec la même fréquence dans les deux cas.

Si j'avais besoin de faits pour démontrer que les tumeurs épithéliales peuvent se généraliser et envahir les viscères, M. Robert, chose surprenante sans doute, serait le premier à m'en fournir un exemple bien remarquable; car il cite un fait extrêmement curieux de cette généralisation qu'il combat. Moi-même, j'en ai cité également un exemple, mais ces messieurs n'en veulent pas: soit; mais j'en ai d'autres à leur offrir: on en trouve un magnifique au musée Saint-Barthelemy, à Londres; M. Rokitouski, de Vienne, un des médecins les plus remarquables de l'Allemagne, en rapporte aussi un autre; M. Virchow en cite encore un autre. On a trouvé de ce tissu épithélial développé dans le foie, dans le cœur, partout.

Vous dites à cela: Au moins, si la reproduction a lieu, elle est beaucoup plus rare que pour le cancer. Je n'en connais pas, en effet, la proportion; mais qui est-ce qui a dit que tous les cancers devaient se multiplier avec la même fréquence? Je suis moi-même arrivé à admettre qu'il y a des cancers qui se reproduisent à peu près sûrement; d'autres plus ou moins souvent, d'autres enfin rarement, et peut-être même jamais.

Je prends, par exemple, les tumeurs des lèvres; je ne parle pas de celles de la peau, parce qu'elles sont beaucoup plus bénignes: eh bien! quand ces tumeurs ont été enlevées, on voit revenir les malades au bout de six mois, un an, ou moins, avec des tumeurs analogues et multiples quelquefois à la même place, quelquefois ailleurs. Ces tumeurs sont opérées une seconde fois, et assez peu de temps après, en général, vous voyez revenir ces malheureux, qui ne tardent pas à succomber à la cachexie cancéreuse.

En voici encore un exemple qui m'est adressé d'hier par M. Chaumet, de Bordeaux, avec un travail que je suis moi-même chargé de présenter à l'Académie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le décret du 28 août dernier, relatif aux Ecoles d'enseignement supérieur, augmente le prix total des études de médecine. Lorsque ce décret a paru, on a pu penser que les nouvelles dispositions ne s'appliqueraient qu'aux élèves qui n'avaient pas encore commencé leurs études. Un journal se dit néanmoins autorisé à déclarer qu'il en sera autrement et que le décret sera appliqué à tous les élèves anciens et nouveaux indistinctement, quel que soit le nombre des inscriptions qu'il ait prises. Nous aimons à croire que le journal en question a mal saisi l'assurance qu'on lui a donnée, car le nouveau décret n'avait l'intention d'augmenter le prix total des études médicales que de 160 fr. L'augmentation stipulée par le décret du mois d'août porte surtout, on se le rappelle, sur les examens de doctorat, qui, de 30 fr., sont portés à 90 fr. chacun, y compris le certificat d'aptitude que l'on oblige à prendre. Mais les inscriptions, au lieu de 50 fr., ne coûteront plus que 30 fr. Il résulterait de là qu'en appliquant le nouveau décret indistinctement à tous les élèves, les jeunes gens qui, au 1er janvier, avec toutes leurs inscriptions prises à raison de 50 fr., auraient encore tous leurs examens à passer, subiraient, sur l'ancien tarif, une augmentation, non de 160 fr., mais de 375 fr. Ceux qui en auraient encore 4, seraient augmentés de 315 fr.; ceux qui en auraient 3, de 255 fr.; ceux qui enfin n'en auraient plus que 2, de 195 fr. En sorte que voilà quatre catégories d'élèves qui payeraient plus cher que le prix total exigé pour les études médicales. Il suffit de signaler des faits semblables pour présumer que la pensée de l'administration a été mal comprise; nous avons trop de confiance en l'équité et les lumières de M. le Ministre pour être certain qu'il ne sanctionnerait pas des mesures qui consacreraient un tel état de choses. *(Pour toutes les variétés scientifiques: H. de Castelnau.)*

M. Maisonneuve commencera sa clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, jeudi 16 novembre, et la continuera les mardi, jeudi, samedi, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

En vente chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19:

1° **Lettres écrites du Val-de-Grâce** sur les *Maladies vénériennes* et sur le traitement qui leur convient, par H. M. Desruelles, ancien professeur d'anatomie, de physiologie et de maladies vénériennes au Val-de-Grâce, etc. — 3e édition. — 1 vol. in-8.

2° **Histoire de la blennorrhée urétrale** (suintement urétral habituel), suivie du deuxième *Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium*, par le même. — 1 vol. in-8. — Paris, 1854.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1853), par M. le docteur Gariel, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix: 1 fr. — Au bureau du journal.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix: 75 c.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. Dumont, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix: 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau

PARIS — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 135. 2e année. Mardi 14 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 13 Novembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion du cancer a déjà rempli plus de six séances, et cependant l'attention de l'Académie n'est pas épuisée. Aujourd'hui encore la docte assemblée a écouté, pendant près de deux heures, et avec un intérêt qui s'est soutenu jusqu'à la fin, un nouveau discours de M. le professeur Velpeau.

L'habile et savant orateur a reproduit et développé la plupart des idées qui avaient déjà servi de base à sa première argumentation, mais il y a ajouté des éclaircissements et des correctifs utiles qui ont fait faire un grand pas à la question. Dans un langage plein de courtoisie, et avec une condescendance dont nous le remercions personnellement, il a bien voulu répondre aux observations et aux objections qui lui ont été présentées dans la presse. Il est entré dans une voie conciliatrice où nous le suivrons de grand cœur, dût-on nous accuser de faire encore une *reculade,* suivant l'expression du jour.

« Le microscope, a dit M. Velpeau, dans sa péroraison, a rendu « de grands services à la pathologie des tumeurs, et il en rendra « bien d'autres encore. » C'est avec une bien vive satisfaction que nous enregistrons ces précieuses paroles. Il est probable que si M. Velpeau les eût prononcées dans la dernière séance de septembre, l'importante discussion à laquelle nous venons d'assister ne se serait pas produite. Pourquoi M. Robert a-t-il fait la protestation qui a été le point de départ du débat? Pourquoi l'Acamie s'est-elle divisée en deux camps? Pourquoi l'attention publique s'est-elle passionnée? Pourquoi nous-même avons-nous pris la plume? — C'est parce qu'on a cru, dans l'Académie et en dehors de l'Académie, que l'utilité du microscope était mise en contestation. C'est parce qu'on s'est demandé si une grande étude à laquelle, depuis quinze ans, tant d'hommes laborieux ont consacré leurs veilles, devait prendre place dans la science officielle, ou si elle devait aller rejoindre, dans le gouffre de l'oubli, tant d'autres rêves scientifiques dont les débris jonchent le sol de l'histoire. — Telle n'était point, sans doute, la pensée de M. Velpeau ; mais telle est, du moins, l'interprétation que beaucoup de personnes avaient donnée à ses premières paroles. Voilà pourquoi le débat a pris de si grandes proportions. S'il ne s'était agi, par exemple, que de la curabilité du cancer, les micrographes ne se seraient pas émus. Il ne leur a pas encore été donné de voir de leurs propres yeux des cancéreux définitivement guéris par l'opération ; mais ils n'ont aucune raison théorique pour considérer cette guérison comme impossible. Que M. Velpeau apporte cinq ou six faits consolants et propres à ranimer nos espérances, tant mieux pour la science, et tant mieux pour l'humanité! Que M. Velpeau démontre, par des observations, la gravité des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, tant pis, cette fois, pour l'humanité, mais tant mieux encore pour la science! Que la vaste expérience du professeur de la Charité concoure, une fois de plus, à notre instruction, et rectifie des appréciations cliniques que nous n'avons jamais données comme infaillibles, tant mieux, tant mieux toujours pour la science, parce que la science est lente et difficile, — *ars longa, judicium difficile,* — parce que personne n'est impeccable, et parce que le concours de toutes les lumières est indispensable pour trouver la vérité! Recevoir les leçons de ceux qui sont nos maîtres et qui ont vu plus que nous, accepter les faits positifs, même lorsqu'ils sont contraires à notre manière de voir, modifier nos opinions à mesure que l'expérience nous vient, tout cela nous est facile ; nous l'avons fait toute notre vie, et nous espérons bien continuer.

Mais ce qui est moins facile, et ce que nous ne savons pas faire, c'est de quitter une voie où nous sommes entrés, parce qu'elle nous à paru la meilleure, d'abandonner un drapeau que nous avons choisi avec connaissance de cause, et de renier des principes dont le triomphe nous paraît utile au progrès. Élevés dans le respect de l'anatomie pathologique, convaincus par l'histoire de l'art qu'elle constitue la partie la plus positive de la médecine, et imbus de cette idée que l'étude des lésions, toutes les fois qu'elle est possible, est la meilleure base des classifications nosologiques, nous avons cru qu'on nous proposait de transiger avec ces vérités fondamentales. Nous avons cru qu'on nous disait : Vous étudierez les lésions avec le scalpel, vous pourrez vous aider de l'art des injections ; vous aurez recours, si vous voulez, à l'analyse chimique, vous aurez même le droit de vous servir de la loupe : mais vous n'irez pas plus loin, et si vous êtes sages, vous briserez votre microscope, cet instrument perfide qui vous égare! Il paraît que nous avions tort de donner une pareille interprétation au premier discours de M. Velpeau. Nous avions mal compris, sans aucun doute, les paroles de l'éminent professeur. Bien des gens, il est vrai, les avaient comprises comme nous, mais M. Velpeau nous dit que nous nous étions trompés, et nous sommes trop heureux de le croire.

Ainsi donc, la cause du microscope a définitivement triomphé. Tous les orateurs de l'Académie, tous les écrivains de la presse, sont maintenant unanimes sur ce point, et proclament à l'envi que le microscope est un instrument de progrès ; qu'il a rendu de grands services dans l'étude des productions accidentelles, qu'il en rendra encore, qu'il serait funeste de l'abandonner. Tel est l'état actuel des esprits, et quand nous comparons ces témoignages flatteurs et encourageants, avec ce qui se passait en France il y a cinq ou six ans à peine, nous ne pouvons nous empêcher de constater qu'il est survenu à cet égard un immense changement dans l'opinion publique. Il n'y avait guère alors dans tout Paris que cinq ou six microscopes employés à l'étude de l'anatomie pathologique. On nous considérait volontiers comme une petite secte d'illuminés; on nous plaignait de consacrer à des

travaux illusoires les plus belles années de notre jeunesse. Aujourd'hui, au contraire, après une discussion solennelle, qui a préoccupé pendant près de deux mois l'attention du monde savant, on proclame bien haut que le microscope a rendu de grands services à la science, et on ajoute qu'il en rendra bien d'autres encore, comme pour nous engager à persévérer!

Quoi qu'il arrive désormais, nous sommes en droit de dire que notre cause est gagnée. Nous pourrions, à la rigueur, nous contenter de ce résultat.

Mais toute dissidence entre nos adversaires et nous n'a pas disparu pour cela. Il reste encore bien des points en litige, et M. Velpeau, tout en faisant la part belle au microscope, a porté de rudes coups aux opinions des micrographes. Nous essaierons de répondre à quelques-uns de ses arguments.

Suivant le vœu que nous avions émis dans ce journal, M. Velpeau s'est efforcé de définir ce qu'il entend par cancer. Au lieu d'une définition, il en a donné deux qui ne sont pas parfaitement semblables : « Le cancer, a-t-il dit d'abord, est une maladie « qui se présente sous forme de tumeur, de plaque, d'ulcère, de « fongosité, et qui a pour caractère de s'accroître en détruisant « les tissus, et de persister jusqu'à la mort. » — L'ensemble de ces caractères funestes constitue la *malignité*. « La malignité « appartient à toutes les tumeurs cancéreuses ; les autres tu- « meurs ne la présentent que par accident, par complication (1). » Cette dernière remarque est parfaitement fondée. Il y a des tumeurs érectiles, il y a des tumeurs exclusivement fibreuses, dont la marche présente quelquefois une malignité égale à celle du cancer. M. Velpeau, qui a lu avec soin le *Traité des tumeurs* de M. Paget, ne l'ignore pas, et il connaît très-bien l'histoire des *Malignant Fibrous Tumours* décrites par l'habile observateur anglais. C'est pourquoi il a ajouté, comme correctif, que des tumeurs non cancéreuses pouvaient par accident devenir malignes sans devenir cancéreuses pour cela. Mais alors la malignité, — puisqu'on veut donner un nom à cette fiction pathologique, — la malignité cesse d'être un caractère propre au cancer, et la première définition de M. Velpeau s'écroule d'elle-même. C'est pourquoi l'orateur, un peu plus loin, a voulu en donner une seconde :

« En résumé, a-t-il dit, le cancer est une tumeur qui a de la « tendance à détruire tous les tissus qui l'entourent, à récidiver « après l'ablation, et à se généraliser dans l'économie. — Pour « qu'il y ait cancer, il n'est pas nécessaire que ces trois carac- « tères soient réunis. » — C'est-à-dire qu'il y a des cancers qui ne présentent qu'un ou deux de ces caractères, et si la définition précédente s'applique à ceux-là, elle s'applique tout aussi bien à une multitude de tumeurs que personne ne considère comme cancéreuses et qui ont cependant la propriété de s'accroître en détruisant les tissus, ou de récidiver après l'ablation, ou de se généraliser dans l'organisme.

En d'autres termes, nous pourrions reproduire ici tout ce que nous avons déjà dit dans notre article sur la définition du cancer (2). M. Velpeau, qui a bien voulu faire allusion à cet article, n'a rien répondu aux raisons que nous avons fait valoir pour prouver qu'il est simplement impossible de définir le cancer d'après ses caractères cliniques. — Et à ce propos, nous nous faisons un devoir de dire que nous avons commis sans le savoir une sorte de plagiat. Notre éminent collègue, M. Lenoir, a bien voulu signaler à notre attention un Mémoire fort remarquable publié en 1828, par Hippolyte Royer-Collard, dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Notre surprise a été grande, lorsque, en lisant ce Mémoire, nous y avons trouvé presque toute notre argumentation, sous cette forme si piquante et si littéraire que Royer-Collard savait donner à tout ce qui sortait de sa plume. — Passant successivement en revue les prétendus caractères assignés au cancer, l'auteur prouve que tous ces caractères sont trompeurs, et il ajoute comme conclusion : « Chacun de ces caractères étant faux isolément, « ils ne peuvent pas être vrais dans leur ensemble, attendu « qu'avec six mensonges on ne fait pas une vérité (1). » En parcourant le même volume, nous y avons trouvé un autre article que M. Lenoir ne nous avait pas indiqué, quoiqu'il en fût pourtant l'auteur, et nous y avons lu, à propos du cancer, cette phrase remarquable : « Je ne connais pas en nosologie, ni en « anatomie pathologique, un mot plus vide de sens que celui-là, « un mot qui exprime plus de choses différentes à la fois (2) ! » Nous avons tenu à citer ici ces deux auteurs, d'abord pour réparer une injustice involontaire, ensuite et surtout pour prouver que nos objections contre la doctrine classique du cancer n'ont pas été imaginées pour les besoins de la cause du microscope, mais qu'elles existaient depuis bien longtemps dans l'esprit des hommes qui voient de haut et de loin.

Après cela, il est difficile de dire sur quoi M. Velpeau se fonde pour maintenir dans la classe des cancers les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques. Nous ne nous occuperons ici que des tumeurs épithéliales, pour éviter un double emploi, car le lecteur n'a peut-être pas oublié que nous lui présenterons incessamment un article didactique sur les tumeurs fibro-plastiques (3).

Les tumeurs épithéliales, déjà différentes à l'œil nu des véritables cancers, s'en distinguent bien mieux encore, sous le microscope, par l'absence des éléments spécifiques du cancer et par la présence d'une innombrable quantité de cellules d'épithélium. Ceci n'est pas contesté, et M. Velpeau lui-même en a dit assez pour qu'on puisse le mettre au nombre de ceux qui ont constaté la spécificité des cellules cancéreuses : « Je ne nie « point qu'une différence *notable, facile à saisir*, existe entre « la cellule dite cancéreuse et la cellule des autres espèces de « tumeurs (4). » — J'ai voulu voir par moi-même, a encore dit M. Velpeau : j'ai vu en effet que, dans la majorité des tumeurs que nous appelons cancroïdes, il y a une cellule particulière, et il m'a paru que cette cellule différait de toutes les autres. — Ainsi, le résultat des études micrographiques de M. Velpeau est favorable à notre doctrine ; néanmoins, l'éminent professeur ajoute une restriction tirée non de ce qu'il a vu, mais de ce qu'il a lu. Beaucoup de micrographes de l'École allemande et de l'École anglaise, MM. Virchow, Mandl, Paget, Bennett, n'admettent pas la spécificité de la cellule cancéreuse, et ne trouvent aucune différence absolue entre cette cellule et la cellule épithéliale. Sans se demander quelles sont les raisons doctrinales qui ont conduit ces habiles observateurs à la négation d'un fait d'une simplicité palpable, M. Velpeau en conclut que la cellule cancéreuse pourrait bien n'être pas spécifique. Il en résulte qu'il est difficile de saisir ce que M. Velpeau pense sur ce point ; néanmoins, il est évident qu'il penche du côté de la spécificité, puisqu'il a de ses propres yeux constaté, entre la cellule cancéreuse et les autres cellules, une différence *notable et facile à saisir*.

Ainsi, M. Velpeau admet entre les cancers véritables et les cancroïdes ou tumeurs épithéliales, une différence de structure bien manifeste. Ce n'est point tout, il admet encore qu'au point de vue clinique ces deux ordres de tumeurs diffèrent assez pour qu'on puisse les diagnostiquer à coup sûr. « Tous les can- « croïdes que j'ai rencontrés ont été soumis à l'examen micros- « copique, et, je ne crains pas de l'affirmer, jamais les micro- « graphes ne m'ont vu prendre une tumeur de ce genre pour une « autre au lit des malades (5). » Ainsi le microscope s'accorde merveilleusement avec la clinique ; nous en concluons que les cancers diffèrent des cancroïdes. Mais M. Velpeau, qui a donné du cancer une définition dans laquelle on ferait aisément rentrer presque les tumeurs érectiles, y fait, à plus forte raison,

(1) Cette phrase a été omise dans le Compte rendu de la séance, mais nous en garantissons l'exactitude.

(2) *Moniteur des Hôpitaux*, numéro du 4 novembre 1854.

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1828, t. III, 2e édition. Paris, 1845, p. 194.

(2) *Loc. cit.*, p. 180.

(3) Cet article est déjà rédigé, et les planches qui l'accompagnent sont gravées ; mais l'abondance des matières ne nous a pas permis de le publier jusqu'ici.

(4) *Traité des tumeurs du sein*, Préface, p. XV. — M. Velpeau a lu à l'Académie ce passage de son livre.

(5) *Traité des tumeurs du sein*, Préface, p. IX.

rentrer les tumeurs épithéliales, et s'efforce de démontrer qu'au point de vue de leur marche ultérieure, les cancers et les cancroïdes se ressemblent sous tous les rapports.

Pour lui, les tumeurs épithéliales sont malignes comme les tumeurs cancéreuses, gagnent comme elles les ganglions, récidivent comme elles, et comme elles se généralisent dans l'économie. Nous demandons la permission de passer en revue ces trois propositions.

Les tumeurs épithéliales peuvent gagner les ganglions. Cela est parfaitement vrai, ce n'est pas nous qui le nierons, puisque nous avons, l'un des premiers, annoncé ce phénomène dans notre thèse inaugurale (1). Nous n'en possédions encore qu'un seul exemple, mais depuis lors nous en avons recueilli plusieurs autres, ce qui nous a permis de présenter à la Société anatomique une petite monographie sur cette question (2). Ainsi, il est bien certain que le cancroïde ne respecte pas toujours les ganglions. Il est même très-probable qu'il les atteint par le même *mécanisme* que le cancer. Sous ce rapport, il y a ressemblance. Y a-t-il identité? C'est une toute autre affaire. — Le cancer a beaucoup plus de tendance que le cancroïde à produire l'engorgement ganglionnaire. L'adénopathie consécutive est presque la règle dans le cas de cancer; elle est beaucoup moins commune dans le cancroïde des muqueuses; dans le cancroïde de la peau elle est tout à fait exceptionnelle. Ce n'est là, dira-t-on, qu'une différence de degré. — Eh! sans doute! mais la plupart des différences cliniques sont dans le même cas, et voilà pourquoi la clinique est impuissante à définir le cancer. Il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue des engorgements ganglionnaires, il y a une différence notable entre les tumeurs cancéreuses et les affections épithéliales.

Les tumeurs épithéliales, ajoute M. Velpeau, récidivent comme les tumeurs cancéreuses. Cela est vrai encore; mais seulement jusqu'à un certain point. M. Velpeau et M. Malgaigne nous ont reproché d'avoir fait ici une *reculade,* d'avoir prétendu d'abord que le cancroïde ne récidivait pas, et d'avoir reconnu ensuite que nous nous nous étions trompés. Cet argument en soi ne prouverait pas grand'chose. Quiconque marche à la découverte est exposé à reculer de temps en temps. D'ailleurs, personne n'est infaillible, et les plus sages sont ceux qui savent avouer leurs erreurs. C'est pourquoi l'expression de reculade n'a rien qui puisse nous offusquer. Il se trouve seulement que, dans le cas particulier de la récidive du cancroïde, nous n'avons eu à faire aucune concession, attendu que *personne* n'a jamais dit ni écrit: Le cancroïde ne récidive pas. — On a dit, ce qui est bien différent: Le cancroïde ne donne que des récidives locales; il récidive, soit dans la plaie, soit autour de la cicatrice, soit dans les ganglions correspondants; le cancer, au contraire, peut récidiver dans un point quelconque de l'économie. Voilà ce qu'on a dit, et voilà ce qu'aujourd'hui encore nous croyons pouvoir répéter. Il est possible que plus tard on nous démontre que le cancroïde de la tête peut récidiver sur les membres ou sur le tronc. Ce jour-là, nous nous empresserons de faire une reculade. Mais, quoi qu'il arrive, personne ne pourra nier que les récidives à distance ne soient incomparablement plus rares dans le cancroïde que dans le cancer.

Cette différence mérite déjà d'être signalée. Il y en a une autre bien autrement importante, que nous tirons du degré de fréquence des récidives. Beaucoup d'auteurs et beaucoup d'académiciens prétendent qu'on n'a pas encore administré la preuve de la curabilité radicale du véritable cancer. M. Robert et M. Malgaigne ont suffisamment argumenté M. Velpeau sur la valeur de sa propre statistique; nous n'y reviendrons pas. En tout cas, on peut dire hardiment qu'après l'opération du cancer, la récidive est excessivement commune. Or, il est certain qu'elle est beaucoup moins fréquente après l'opération du cancroïde. M. Velpeau ne le conteste pas; nous avons failli dire qu'il ne le contestait plus. Nous avions cru jusqu'ici qu'il considérait le cancroïde comme aussi grave que le cancer. Cela nous semblait résulter de son livre et de son premier discours (1). Il paraît que nous n'avions pas suffisamment compris, car M. Velpeau a dit aujourd'hui à l'Académie: « *Les cancers épithéliaux de la peau du* « *visage sont beaucoup plus bénins que les autres.* » Notez qu'ils ne sont pas seulement plus bénins, ils sont *beaucoup* plus bénins. Pour le dire en passant, il est assez curieux de voir une tumeur maligne qui est beaucoup plus bénigne que les autres. Est-ce que par hasard la malignité et la bénignité seraient simplement des caractères relatifs? Mais ceci est une question de mots; n'y insistons pas. Constatons plutôt que, de l'aveu de M. Velpeau lui-même, le cancroïde récidive beaucoup moins souvent que le cancer. Nous le savions déjà; nous l'avions vu par nous-même; tous les auteurs classiques nous l'avaient appris; et nous sommes heureux de pouvoir, à l'avenir, dans le procès du cancroïde, ajouter le nom de M. Velpeau à la liste déjà si nombreuse des témoins à décharge.

Il reste un troisième caractère invoqué par M. Velpeau pour prouver que le cancroïde est un cancer. C'est le caractère de la généralisation dans les viscères. Nous avons ouvert le corps d'un assez bon nombre d'individus morts de cancroïde; des centaines d'autopsies semblables ont été faites en France depuis dix ans, et nous n'avons pas entendu dire qu'en pareil cas on ait jamais trouvé dans le foie, ni dans les poumons ni ailleurs la moindre trace de tumeurs épithéliales. Or, on sait que dans plus de la moitié des cas, le cadavre des cancéreux présente des cancers multiples. Les faits se sont tellement multipliés autour de nous que nous avons donné le phénomène de la généralisation comme un caractère établissant une distinction absolue entre le cancroïde et le cancer. A cela M. Velpeau objecte qu'on a plusieurs fois trouvé des cancroïdes multiples dans les viscères, et il en cite en tout cinq exemples. Nous connaissons assez l'érudition du savant professeur pour pouvoir affirmer que ces cinq exemples sont les seuls qui existent dans la science.

Nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer sur la valeur de l'un de ces faits, qui appartient à M. Velpeau, mais qui a été recueilli avant 1839, à une époque où on ne savait seulement pas qu'il y eût des tumeurs épithéliales. M. Velpeau, du reste, n'a pas insisté sur ce fait, reconnaissant qu'il n'était nullement démonstratif.

Un autre fait, cité par M. Paget, a été observé par lui sur une pièce du musée Saint-Barthélemy, à Londres. La pièce était dans l'alcool depuis longtemps, et pour quiconque sait avec quelle facilité l'alcool défigure les cellules, les résultats d'un examen aussi tardif ne sont pas de nature à persuader.

Un troisième fait appartient à M. Virchow. M. Velpeau, qui semble avoir lu le Mémoire de M. Virchow, a sans doute jeté les yeux sur la planche où sont représentés les éléments de ce prétendu cancroïde du foie. Ces éléments ne ressemblent à aucune formation connue; ils diffèrent autant des cellules cancéreuses que des cellules épithéliales. Nous n'avons jamais vu rien de semblable, et M. Virchow était dans le même cas lorsqu'il a publié son observation, dans un mémoire parfaitement étranger, du reste, à la question des cancroïdes, et consacré à l'étude générale des formations cellulaires. Nous ignorons sur quoi M. Virchow s'est basé pour dire qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale. Il est probable que cette appréciation lui a été suggérée par la présence d'une cicatrice qui existait sur la lèvre inférieure du même cadavre.

Nous ne connaissons pas le quatrième fait, qui appartient à M. Rokitansky, de Vienne; quant au cinquième fait, nous l'avons lu dans le livre de M. Paget, et d'ailleurs M. Robert l'avait déjà cité devant l'Académie. Nous avouons qu'il nous semble embar-

(1) Paul Broca, *De la propagation de l'inflammation. — Quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses.* Paris, avril 1849, p. 55.

(2) *Rapport sur l'adénopathie épithéliale*, dans *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, t. XXVIII, p. 379. Ceux qui nous feraient l'honneur de parcourir ce travail, sont invités à consulter d'abord les errata, les épreuves n'ayant pas été corrigées par suite d'un malentendu.

(1) Voy. *Moniteur des Hôpitaux*, p. 981, colonne 1, à la fin. — Voy. encore *Traité des tumeurs du sein*, Préface, p. x.

rassant; mais il nous est facile d'opposer une fin de non-recevoir à toutes ces observations d'origine étrangère.

Quels sont les auteurs qui ont cité des cas de cancroïde généralisé? Ce sont précisément les auteurs qui nient la spécificité de la cellule cancéreuse. Ils prétendent qu'entre cette cellule et la cellule épithéliale il n'y a aucune différence, et ils viennent nous dire ensuite : Dans tel foie, ou dans tel poumon, j'ai trouvé des tumeurs épithéliales. Mais à quels caractères avez-vous reconnu la nature de ces tumeurs? Elles renfermaient des cellules épithéliales, dites-vous? — Mais comment avez-vous su que ces cellules étaient épithéliales et non point cancéreuses? Les cellules épithéliales auraient donc certains caractères, et les cellules cancéreuses auraient des caractères différents? Dites-le, afin que ce soit entendu une fois pour toutes; alors nous accepterons vos faits de cancroïdes généralisés; mais vous voudrez bien proclamer avec nous la spécificité des cellules cancéreuses. — Ou bien niez cette spécificité, et alors renoncez à vos faits d'infection épithéliale, puisque vous vous déclarez incompétents pour les reconnaître. Nous sommes surpris que M. Velpeau n'ait pas été frappé de cette contradiction, et qu'après avoir une première fois invoqué l'autorité de MM. Virchow et Paget, pour jeter des doutes sur la spécificité des cellules, il ait emprunté précisément à ces deux auteurs leurs observations sur les cancroïdes viscéraux.

Qu'adviendra-t-il de cette question de la généralisation des tumeurs épithéliales? De nouveaux faits plus démonstratifs viendront-ils se joindre aux précédents? Serons-nous obligés de faire encore une reculade? C'est fort possible, quoique rien ne l'indique jusqu'ici. Mais allons plus loin; accordons à M. Velpeau la réalité et l'exactitude des observations que nous venons d'examiner. Accordons-lui les deux faits germaniques et les deux faits britanniques, et joignons-y par-dessus le marché son fait de 1839. Cela fait cinq cas? Mettons-en dix, mettons-en vingt! Que résulterait-il de toutes ces concessions? Une identité entre le cancer et le cancroïde? Non, mais à peine une ressemblance éloignée. Deux affections dont l'une se généralise presque toujours et dont l'autre ne se généralise presque jamais, ne se ressemblent guère. M. Velpeau lui-même a dit, dans son discours, que la généralisation des cancroïdes était relativement beaucoup plus rare que celle du cancer. Or ceci nous semble constituer une différence majeure, et nous nous empressons de prendre acte de cette déclaration.

En résumé, il y a dans le discours de M. Velpeau des éléments suffisants pour établir le parallèle entre le cancroïde et le cancer :

Au point de vue anatomique : différence *notable, facile à saisir;*

Au point de vue de la gravité et surtout de la récidive : le cancroïde de la peau est *beaucoup plus bénin* que le vrai cancer;

Au point de vue de la généralisation : le cancroïde se généralise beaucoup moins souvent que le cancer;

Au point de vue des symptômes : le cancroïde diffère assez du cancer pour qu'on puisse le diagnostiquer *infailliblement.*

Différence de lésions, différence de gravité, différence de symptômes, voilà bien des différences admises par M. Velpeau. Sachons donc aller jusqu'au bout et ajoutons : différence de maladies!

Nous en resterons là pour aujourd'hui. Nous aurions bien des choses à répondre à la seconde partie du discours de M. Velpeau, consacrée à la question de la curabilité du cancer. M. Velpeau, pour prouver que les 20 guérisons qu'il a obtenues étaient relatives à de véritables cancers, a montré, par des faits nombreux, qu'il n'avait pas l'habitude de se tromper dans son diagnostic. Mais si M. Velpeau ne se trompe pas aujourd'hui, rien ne nous prouve qu'il n'ait pas pu se tromper autrefois. Nous aurions été heureux que l'habile chirurgien de la Charité eût fait part à l'Académie des moyens de diagnostic qui lui réussissent si bien. Il a jugé sans doute que cela serait trop long. — Reprenant la question des statistiques, il s'est efforcé de prouver que les relevés défavorables à la curabilité du cancer n'avaient pas l'importance qu'on leur attribue. — Il nous semble qu'en ceci il a usé d'un procédé fort expéditif. — Pour ne parler, par exemple, que de la statistique que nous avons dressée nous-même, M. Velpeau a dit : La récidive a eu lieu sur les 19 malades qu'on a pu suivre; mais les 9 autres ont été perdus de vue, et qui sait si ceux-là n'ont pas guéri? Et qui sait encore si les 7 malades que M. Lebert n'a pas suivis n'ont pas eu le même bonheur? Qui le sait? Ce n'est pas nous, mais ce n'est pas non plus M. Velpeau. Mais ne voit-on pas que tous ces faits sur lesquels on est obligé de faire des suppositions, et au bout desquels on place un point d'interrogation, sont de nulle valeur, qu'ils sont comme non avenus? Nous avons recueilli, à l'hôpital et en ville, l'observation de 28 opérés de cancer. — La plaie une fois cicatrisée, nous avons continué à visiter les malades de temps en temps pour surveiller l'apparition des récidives. Neuf malades se sont soustraits à nos recherches; les uns sont retournés en province; les autres ont changé de domicile sans qu'il nous ait été possible de retrouver leur nouvelle adresse. Ils sont allés mourir ailleurs, cela ne nous regarde plus. — Au point de vue de notre statistique, c'est comme si ces 9 malades n'avaient jamais existé. — C'est comme si nous n'avions recueilli que 19 observations au lieu de 28, et si sur ces 19 faits il y a eu 19 récidives, cela nous semble de nature à prouver que le cancer n'est guère curable.

Du reste, M. Velpeau a obtenu un grand succès de tribune, et les applaudissements ne lui ont pas manqué. Nous nous plaisons à rendre hommage au talent qu'il a déployé dans cette circonstance difficile, où il luttait seul contre tout le monde, contre les ennemis du dedans et contre ceux du dehors, contre les académiciens et contre les journalistes. Alliant le grave au doux et le plaisant au sévère, sans négliger les comparaisons mythologiques, il a parlé pendant deux heures sans lasser l'attention de l'auditoire. Il a, entre autres, raconté une petite anecdote de *certificat microscopique,* qui a eu beaucoup de succès. Il dépendrait de nous de raconter aussi cette anecdote; nous pourrions y joindre des éclaircissements piquants, qui mettraient probablement les rieurs de notre côté. Mais nous ne le ferions que si on nous y poussait, parce que nous désirons, avant tout, rester sur le terrain de la science proprement dite.

PAUL BROCA.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la rupture de la sclérotique et de la perte du cristallin,

Par WHITE COOPER, F. R. C. S., *chirurgien ophthalmique à Saint-Mary's-hospital, et senior surgeon au North London eye infirmary,* etc.

Le numéro d'août des *Annales d'oculistique* contient un cas intéressant de luxation du cristallin avec passage de cette lentille sous la conjonctive, publié par un oculiste distingué, M. J. Ansiaux. Ce fait m'a rappelé plusieurs cas de luxation du cristillin avec issue de cette lentille que j'ai eu occasion d'observer; les voici :

1re *Observation.* — Lewis Lewis, âgé de 55 ans, cordonnier, entre à *Saint-Mary's-hospital,* le 16 novembre 1852. Il y a huit ans, il a reçu sur l'œil gauche un coup de poing qui le priva immédiatement de la vision de ce côté. Pendant quinze jours, cet œil resta privé de la vue; mais, au bout de ce temps, la perception de la lumière revint, puis un peu la vision, car il parvint à distinguer confusément les gros objets, mais jamais plus. Trois mois avant son entrée, pendant qu'il s'efforçait de séparer deux hommes qui se battaient, il eut le malheur de recevoir un coup sur l'œil droit, cet accident le rendit complétement aveugle. Ce cas parut sans ressource à ceux auxquels il s'adressa; mais le malade se rendit à Londres avec le faible espoir que peut-être on pourrait faire quelque chose pour lui. Sur l'œil droit, il ne reste de l'iris qu'un petit lambeau demi-cir-

culaire, et une large ouverture occupe la place habituelle de cet organe. On aperçoit sur la sclérotique, à sa jonction avec la partie supérieure de la cornée, la cicatrice d'une déchirure considérable. A gauche, l'iris a été détaché en haut où il laisse une ouverture; l'ouverture pupillaire est presque complétement oblitérée; ici aussi il existe une cicatrice démontrant qu'il y a eu rupture de la cornée. L'examen catoptrique, aussi bien que l'emploi des verres à cataracte, démontrent que les cristallins manquent. Ils se sont probablement échappés à travers les déchirures de la sclérotique, à l'époque des accidents. A l'aide de verres à cataractes du n° 2 3/4, garnis d'un diaphragme muni d'un trou correspondant à l'ouverture de l'iris, cet homme fut mis en état de lire avec facilité.

2e *Observation.* — James Packer, âgé de 27 ans, reçut en mars 1853, dans un combat à coups de poing, un coup sur l'œil gauche; celui-ci perdit à l'instant la faculté de voir: le blessé sentit son œil éclater; il y eut un écoulement de sang abondant, et le cristallin tomba sur sa joue. D'après ce qu'il dit, le traitement consista dans des applications de compresses trempées dans l'eau froide, la diète, des purgatifs et le repos; la blessure guérit sans qu'il survînt beaucoup d'inflammation.

Je le vis au mois d'avril 1854, et voici quel était l'état de son œil: l'iris a été détaché du cercle ciliaire dans les deux tiers de son étendue, la partie qui reste encore adhérente a la forme d'un croissant. Il existe une large ouverture à travers laquelle les objets sont vus confusément. Une cicatrice de la sclérotique voisine du bord supérieur et interne de la cornée indique le lieu de la rupture.

La vue fut beaucoup améliorée par l'emploi d'un verre de cinq pouces de foyer garni d'un diaphragme offrant un trou correspondant à l'ouverture laissée par l'iris détaché.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Jumeaux nés à quarante jours d'intervalle.

Une femme de la campagne, âgée de 24 ans, bien portante, habituellement bien réglée, primipare, mit au monde, après un travail court et régulier, un enfant complétement développé, quoique un peu chétif, qui mourut huit jours après, des suites d'un rhume. Le placenta sortit, par les seuls efforts de la nature, une heure après la sortie de l'enfant. Quelques heures plus tard, l'accouchée veillait déjà aux soins de son ménage. Le ventre s'était incomplétement affaissé, des mouvements actifs continuèrent à être perçus par la mère, et il n'y eut ni sécrétions lochiale et lactée, ni fièvre de lait. Rien de particulier ne s'était d'ailleurs manifesté dans l'état de cette femme, lorsque, le quarantième jour après le naissance de l'enfant, il en naquit un autre, faiblement constitué comme l'aîné, mais évidemment arrivé à l'époque de son entier développement. Alors seulement apparurent le flux lochial et la sécrétion de lait. (*Mediz. Neuigk* et *Ann. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 7 Novembre.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Suite et fin du Discours de M. Velpeau.

Viennent à présent les tumeurs fibro-plastiques. Ici la difficulté est plus grande encore pour faire accepter la doctrine mise en avant par les micrographes. Comment, en effet, je vous le demande, confondra-t-on jamais ces tumeurs roses, dures, bosselées et envahissantes de la partie supérieure de l'humérus ou du fémur, qui finissent par tuer inévitablement, avec le tissu de la base indurée d'un chancre ou les productions qui entourent les articulations depuis longtemps malades? ou bien encore avec les ganglions lymphatiques hypertrophiés? Car enfin, dans tous ces cas, c'est le même élément fibro-plastique qui constitue la tumeur. M. Robert se plaignait de la confusion qui règne dans la question du cancer; eh bien! je vous le demande, est-il une confusion plus insupportable que celle-là? Vous voulez faire des distinctions anatomiques, et ces distinctions vous mènent à confondre, par l'identité de leur structure, un ganglion lymphatique enflammé et une tumeur dure et bosselée, qui conduit fatalement à la mort! Évidemment, s'il y a confusion dans le sujet, c'est vous qui en êtes coupables.

De même que pour les tumeurs épithéliales, quand ces messieurs ont dit: C'est du fibro-plastique, ils ont dû tout de suite ajouter: C'est du bénin. C'est en effet ce que dit M. Lebert: c'est aussi ce que dit M. Broca dans l'excellent travail que l'Académie a couronné. Selon eux, le fibro-plastique ne repullule pas, ou du moins ne se reproduit que sur place quand il n'a pas été bien enlevé. Du temps de M. Broca, plus d'un fait était déjà venu forcer à mettre quelques restrictions à cette proposition; mais, en 1844, elle était parfaitement affirmative. Dès 1846 cependant il s'était présenté des exemples de tumeurs fibro-plastiques reproduites dans les viscères. Voici, par exemple, une note de M. Lebert qui date précisément de cette époque. J'avais montré un jeune homme qui portait un sarcocèle parfaitement conditionné: j'avais reconnu, avant comme après cette opération, cette tumeur pour être du véritable cancer. Examinée par M. Lebert, elle fut reconnue pour du fibro-plastique, et dès lors une guérison presque assurée fut annoncée par ces messieurs. Au bout de trois mois, ce même malade, momentanément guéri, rentrait à l'hôpital: et savez-vous où la maladie s'était reproduite cette fois? Dans le ventre. Cette repullulation fit périr le malade, comme bien vous le pensez. En 1847, ces faits étaient donc déjà connus; mais depuis ils se sont singulièrement multipliés; ils repullulent tous les jours davantage à présent.

M. Forget en citait déjà six ou sept exemples en 1852.

M. Larrey, qui est venu soutenir, dans cette tribune, les doctrines des micrographes, cite justement deux faits de tumeurs fibro-plastiques dans lesquels il y a eu répétition de la malade. Bien plus, il y a même eu la plus admirable généralisation qu'on ait jamais citée, dans l'un de ces deux faits de M. Larrey. Je vous le demande, était-il possible de porter un plus terrible coup de massue à la doctrine?

J'ai moi-même cité le fait d'une fille que j'ai opérée d'une tumeur que les micrographes reconnurent pour du cancer: cette finit par succomber avec des tumeurs dans les poumons, etc.: et savez-vous ce que le microscope a trouvé dans ces tumeurs généralisées dans les viscères? Du fibro-plastique, rien que du fibro-plastique.

M. Robert, de son côté, a cité des faits; mais il ne s'est pas aperçu que, tandis qu'il cherche à faire valoir le microscope, il invoque justement des faits qui remontent à 1836, 1837, c'est-à-dire à une époque où le microscope n'a pas pu être invoqué pour le diagnostic. Comment M. Robert sait-il que ces faits de Paget, qu'il nous rapporte, étaient bien réellement relatifs à des tumeurs fibro-plastiques? Il ajoute un fait qui date de 1849, c'est-à-dire de cinq ans. Le malade est guéri, dit M. Robert: je le veux bien; mais pourquoi conteste-t-il mes faits de guérison qui remontent à cinq ou six ans, lui qui donne comme définitive une guérison de cinq ans? Dans le fait de M. Chassaignac, il y a eu six récidives, dont la dernière est de 1853: la belle preuve! Et encore on ne sait pas ce que le malade est devenu. Évidemment M. Robert n'y a pas réfléchi sérieusement: il n'y a rien absolument dans cette argumentation qui prouve que le fibro-plastique ne soit pas du cancer.

M. Robert, après cela, vient nous dire qu'il est nécessaire de faire cesser la confusion, qu'il faut établir des distinctions. Eh! mon Dieu! je passe ma vie à chercher ces distinctions qu'il demande. Seulement, c'est par la voie de la clinique que je les recherche, parce que je pense que c'est encore là le meilleur moyen. Seulement il faut bien prendre garde, en cherchant à distinguer et à éclairer, de ne pas augmenter la confusion. Et n'est-ce pas la plus déplorable de toutes les confusions que de réunir dans une même classe, sous une seule dénomination, des tumeurs qui tuent inévitablement, des ganglions engorgés, des chancres vénériens et jusqu'au tissu cellulaire conjonctif de l'embryon? Non, les micrographes ne parviendront jamais à introduire dans la science une pareille confusion: toutes ces tumeurs, toutes ces maladies appartiennent à des classes différentes.

Voyez un peu où nous conduit une pareille doctrine: je soutiens de mon côté que le fibro-plastique récidive, et je le prouve par des faits: les micrographes, au contraire, soutiennent qu'il ne récidive pas, et s'ils me citent des faits de ganglions engorgés, évidemment ils ont raison aussi. Comment sortir d'une semblable confusion?

Pour légitimer sa distinction, M. Robert cite la grande loi de Bichat. Ce choix est bien malheureux, car j'ai moi-même invoqué cette loi le premier: c'est sur elle que j'ai fondé tout mon enseignement et mon anatomie chirurgicale. J'ai constamment cherché à faire voir que toutes les maladies diffèrent par la structure des organes qui en sont le siége: c'est là ce que j'ai soutenu toute ma vie. Mais je ne m'en tiens pas à ce principe dans l'interprétation des phénomènes morbides. Ainsi que l'a fait voir M. Malgaigne, il n'y a pas que l'état anatomique des organes dans les maladies: il y a par-dessus et avant cela la cause, la nature de la maladie, le principe duquel elle provient. Or, je vous le demande, où trouver une nature plus spéciale et mieux caractérisée que dans la maladie appelée cancéreuse, ou encore que dans le chancre vénérien, dont il était question tout à l'heure?

J'espère bien que le microscope nous donnera un jour quelque chose de

satisfaisant en anatomie : mais il faut bien se garder de s'arrêter à l'anatomie dans la connaissance des maladies, et ne pas s'en tenir à l'arrangement divers des fibrilles pour tout expliquer.

Voilà ce que j'avais à dire contre les prétentions des micrographes, contre leur classification des tumeurs en cancéreuses et non cancéreuses, d'après le seul élément anatomique. Pour moi, le cancer est une tumeur qui a de la tendance à détruire tout ce qui l'entoure, à récidiver, à se généraliser. Il n'est pas nécessaire, pour qu'il y ait cancer, que ces trois caractères soient réunis. Je dis qu'on ne peut séparer les unes des autres les tumeurs qui envahissent les tissus et finissent par tuer fatalement, et j'ajoute que les faits que j'ai apportés à l'appui de cette proposition n'ont pas été le moins du monde affaiblis par tout ce qu'on a pu dire. J'ajoute même qu'il serait extrêmement fâcheux, pour la pratique de la chirurgie, que la distinction de M. Robert fût acceptée dans la science. En voici un exemple bien frappant dans lequel assurément un chirurgien micrographe eût sans doute laissé succomber une malade qui cependant a guéri :

Une dame de Besançon est atteinte d'un cancer du sein qui est opéré une première fois en 1846 ; plusieurs récidives ont lieu ; bref, elle avait été déjà opérée une seconde fois en 1848 et une troisième en 1850, lorsqu'elle se présenta à moi avec une tumeur fongueuse offrant tous les caractères de l'encéphaloïde. Je pratique l'opération pour la quatrième fois, et, trois mois après, je suis obligé d'en venir à une cinquième opération. Chaque fois, la tumeur fut examinée au microscope et reconnue cancéreuse. Enfin, cette dame revint encore me trouver en 1852, avec un immense champignon végétant sur la poitrine et offrant le volume de la tête. Voici le dessin de ce champignon rouge, mollasse, parfaitement semblable à un cerveau infiltré de sang. Mais, cette fois, je trouve cette malheureuse femme épuisée et dans un état affreux : j'aurais voulu pour tout au monde n'avoir pas affaire à cette pauvre malade. Cependant elle me suppliait, elle me conjurait de l'opérer encore une fois : je ne pus me décider à employer l'instrument tranchant. Cependant je parvins à détruire cette horrible tumeur par le caustique appliqué à plusieurs reprises. J'ai à cet effet un caustique préparé avec l'acide sulfurique dont je suis assez satisfait. J'attaque donc successivement la tumeur par tiers qui se détachent successivement et laissent à découvert une immense plaie sur laquelle plusieurs végétations de mauvaise nature furent successivement réprimées dans la suite par de nouvelles applications caustiques. Malgré l'immense étendue de cette plaie, la cicatrisation se fit peu à peu : seulement, comme une grande quantité de tissus avait été détruite, la cicatrisation commença à tirer à la fois sur le ventre et sur le cou, et maintenant qu'elle est achevée, cette malheureuse est toute courbée par l'effet de la rétraction du tissu inodulaire. Cette malade, se voyant encore une fois guérie, me demanda à partir, et j'avoue que je me trouvai bien heureux de la renvoyer dans son pays. Cependant, malgré mes appréhensions, elle est restée guérie jusqu'à présent, et il y a de cela deux ans. J'ai vu hier encore son gendre, qui m'a appris qu'elle se porte bien à présent, que son embonpoint est revenu et que rien n'annonce encore la récidive. Combien de temps cette guérison persistera-t-elle? Je n'en sais rien ; mais combien de temps durera celle de M. Chassaignac? Dans tous les cas, je puis toujours m'applaudir d'avoir poursuivi le mal avec persévérance.

Arrivons à la curabilité.

Ici se présente une grande difficulté, c'est celle du diagnostic; et, avant de commencer, il faut que je me débarrasse d'un point sur lequel on s'y est encore pris de manière à me faire dire toute autre chose que ce que j'ai dit. On s'est imaginé de me faire dire que je suis infaillible dans mon diagnostic. Hélas! j'ai le malheur de démontrer tous les jours combien serait fausse de ma part une pareille prétention, si elle avait pu me venir à l'esprit. Jamais je n'ai eu cette pensée. Voilà ce que j'ai dit : Il y a certaines tumeurs dont les caractères cliniques sont tellement tranchés, qu'il est toujours possible de les reconnaître, et que, pour celles-là, il est permis d'être parfaitement affirmatif. Mais, dans ces cas, personne ne s'y trompe, et M. Robert lui-même en est convenu l'autre jour. Lorsque vous trouvez ces tumeurs ou ces plaques étalées sur la poitrine, dures, ligneuses, qui ont rétracté la peau et surtout le mamelon, qui sont venues lentement et peu à peu, avez-vous besoin du microscope pour dire que c'est là du cancer? J'avoue que, lorsqu'un praticien comme M. Malgaigne est venu dire que, même dans ces cas, on ne pouvait pas porter un diagnostic sûr sans l'aide du microscope, cela ne m'a pas médiocrement surpris.

A ce propos, je dois dire que M. Malgaigne, qui est venu l'autre jour à cette tribune prononcer un discours fort beau et très-bien réussi, et qui surtout a très-joliment parlé de moi, me paraît avoir entouré tout ce que j'ai dit de trop de fard et de trop d'éclat pour que toutes ces choses charmantes soient de bon aloi. Je me suis demandé si M. Malgaigne ne m'enveloppait pas là d'une robe de *Nessus*, sous laquelle je trouverais quelque grain de ciguë; et je n'ai pas tardé, en effet, à reconnaître le grain de ciguë sous les plis de cette robe enchantée.

Je répète que, quand j'ai porté un diagnostic affirmatif, je puis en garantir la validité. Autrement, on ne pourrait reconnaître la nature des tumeurs qu'après la mort des malades ou bien après les avoir enlevées; mais, en pratique, un diagnostic *post-mortem* est de toute inutilité, et un diagnostic postérieur à l'opération ne peut servir à rien pour guider la conduite du chirurgien.

Voici, à ce sujet, un relevé qui renferme toutes les tumeurs que j'ai eues à traiter depuis le commencement de cette année. Il renferme 120 cas, dont 66 sont des cancers.

Je trouve que, sur ce nombre, 19 tumeurs de la mamelle ont été enlevées en ville et 32 à l'hôpital. Eh bien! dans ces 49 cas de tumeurs du sein opérées par moi depuis le commencement de l'année, le diagnostic avait été porté affirmativement avant l'opération, et, dans aucun cas, il n'a été démenti après. Or toutes ces tumeurs ont été examinées par les micrographes, et toujours mon diagnostic a été confirmé par eux, parce que, lorsque je me prononce, c'est toujours avec parfaite connaissance de cause. Ce n'est sans doute pas ici le lieu d'affecter plus de modestie qu'il ne convient, et j'affirme que pas un seul démenti ne m'a été donné par le microscope. Et vous ne voulez pas, après cela, que je me croie en droit de me prononcer sur la nature des tumeurs sans avoir recours au microscope! C'est justement à ce propos que je trouve le grain de ciguë de M. Malgaigne ; mais ces 49 cas suffisent, je crois, pour me justifier, sans parler de tous les autres.

Je rencontre ici une confusion qui a encore été jetée sur mes paroles et que je tiens essentiellement à faire disparaître : je n'ai pas dit le moins du monde, en 1844, qu'il m'était impossible de me prononcer sans le microscope ; j'ai dit qu'il y a des tumeurs que leurs caractères cliniques suffisent à faire distinguer, tandis qu'il en est d'autres pour lesquelles le clinicien doit rester dans le doute, et je disais en même temps, pour les tumeurs adénoïdes, que j'appelais fibrineuses alors, que leur diagnostic est parfaitement certain. C'est qu'en effet je pensais alors tout à fait comme à présent. Lorsque je fais de la statistique, je ne me sers que des faits certains, comme ces 66 cas de cancer dont je parlais tout à l'heure. Eh bien ! dans ma Note de 120 tumeurs pour cette année seulement, je trouve 23 adénoïdes ; d'autres sont des hypertrophies, d'autres enfin sont douteuses ; mais je ne me sers pas de celles-là pour mes statistiques ; et puis, parmi les cancers, il y en a qui sont trop avancés pour que j'aie pu y toucher : ceux-là ne rentrent pas non plus parmi mes tumeurs opérées. Dans les cas douteux, j'aime bien consulter le microscope, car s'il se prononce pour l'opinion en faveur de laquelle j'incline, il me fournit une présomption de plus ; et s'il annonce le contraire de ce qui me paraît le plus probable, je commence à douter un peu davantage. Malheureusement, j'ai déjà dit que, dans ces cas douteux, il n'est pas rare que MM. les micrographes, en se contredisant, ne contribuent à augmenter l'incertitude.

Par exemple, depuis le commencement de cette discussion, M. Barth et moi avons présenté chacun une tumeur dont les caractères étaient douteux pour nous. Les micrographes ont été consultés. Dans les deux cas ils se sont contredits, de sorte que les cliniciens qui auraient compté sur eux se seraient trouvés dans l'impossibilité de se prononcer. Ainsi, j'enlève une tumeur que je crois bénigne : deux et trois micrographes des plus distingués l'ont examinée, et sont tous tombés d'accord avec moi ; mais voilà un quatrième de ces messieurs qui arrive avec des cellules sous son microscope : c'est M. Rombaut, un des internes les plus avancés, puisqu'il est de quatrième année, et qu'il est resté pendant deux ans dans mon service. Or, M. Rombaut est un des bons micrographes ; il étudie depuis longtemps : j'ai souvent examiné avec lui des tumeurs, et il est très au fait du microscope. Cependant, je lui dis : « Mais vous n'êtes peut-être pas reconnu par vos collègues, et je dois tenir votre avis pour suspect. » Le lendemain, il me rapportait trois certificats de capacité délivrés par ces messieurs. Eh bien ! c'est M. Rombaut qui a trouvé des cellules dans cette tumeur ; il n'en a pas vu beaucoup, à la vérité, mais il en a trouvé, puisqu'il me les a montrées et que je les ai fort bien vues en effet. Si j'étais convaincu de la validité des données microscopiques, il me semble que, dans un cas pareil, je devrais croire à ce dernier avis, car il est évident qu'un fait positif vaut mieux que trois négatifs. Mais cet avis, justement, est contraire à l'idée que je m'étais faite préalablement de la tumeur : je me crois donc en droit de n'accepter l'avis ni des uns ni des autres.

Pour le fait de M. Barth, même incertitude : trois micrographes ne trouvent pas de cellules ; un troisième arrive qui en trouve. Cette fois, c'est M. Verneuil, l'un des plus capables parmi les micrographes, et parfaitement reconnu par ses collègues, qui trouve la cellule là où trois autres ne l'ont pas trouvée. Comment sortir d'un tel embarras? Et pourtant M. Barth veut qu'on consulte le microscope avant de se prononcer.

Je ne comprends pas qu'on puisse venir dire que mon diagnostic n'est pas un diagnostic scientifique, lorsque, sur 49 cas, il a été confirmé 49 fois par le criterium, qu'on appelle scientifique. On a eu la galanterie de dire que c'est là un honneur pour le microscope : j'ajouterai que c'en est un aussi pour moi ; mais je ne veux pas qu'on refuse à mon diagnostic le caractère de scientifique, si mon diagnostic était parfaitement solide et scientifique dans les 49 cas que je cite et où il a été affirmatif.

On allègue encore que les faits que je cite en faveur de la curation ne

sont pas concluants, parce que les uns sont antérieurs à l'usage du microscope, et les autres de date trop récente. Mais vous, monsieur Broca, qui m'apportez cette fin de non-recevoir, m'avez-vous vu me tromper à l'hôpital? D'ailleurs, M. Robert avoue lui-même que, dans bien des cas, tous les chirurgiens peuvent faire une distinction certaine. Or, je ne parle justement que de ces cas évidents, et vous ne voulez pas qu'ils soient concluants! Ils sont parfaitement concluants. J'en ai cité 5 ou 6, antérieurs au microscope, contre lesquels il n'y a rien à dire.

Après cela, on a pris la statistique de mon livre sur les maladies du sein, et l'on a dit que j'annonçais 20 guérisons sur 50. Je n'ai jamais dit cela : je n'ai pas été compris. J'ai dit seulement que, sur 250 cas d'opération, 50 malades m'étaient restées sous les yeux assez longtemps pour me permettre d'affirmer la guérison de 20 d'entre elles. Car tous ceux qui font de la statistique, et M. Broca l'a parfaitement compris, savent fort bien qu'on ne peut pas suivre beaucoup de malades pendant trente ans. J'ai continué à revoir 20 malades, cela ne veut pas dire qu'il n'y en eût que 20 : mais combien y en a-t-il de plus? Je n'en sais rien. J'insiste sur ce point, parce qu'il me donne occasion de revenir sur un fort joli petit calcul de M. Robert, auquel il ne manque que d'être sérieux. M. Robert est venu dire : M. Velpeau guérit 20 malades sur 50, et, comme en 1844 M. Velpeau lui-même disait qu'il se trompait 4 fois sur 10, cela fait justement le compte : il a pris 20 fois sur 50 des tumeurs bénignes pour des cancers, et voilà comment s'explique la guérison.

D'abord, je n'ai jamais dit que je me trompais 4 fois sur 10. Je disais alors qu'en raison des caractères douteux de certaines tumeurs, je demandais qu'on me passât 4 erreurs sur 10 cas. Cela est bien différent, et j'ai déjà dit qu'aujourd'hui même je rencontre encore un assez bon nombre de ces cas douteux, bien que je reconnaisse parfaitement telles tumeurs bénignes et telles tumeurs malignes, quand elles sont nettement caractérisées.

D'ailleurs, tous ces cas douteux, je les élague de ma statistique : ils n'y entrent pas; ils ne peuvent donc, en aucune façon, servir à l'ingénieuse interprétation de M. Robert.

Non, tous ces faits-là doivent être conservés. Ils portent avec eux une preuve très-positive.

J'ai pris ensuite tous les faits qui datent de la période micrographique. Depuis que le microscope est en usage, toutes les tumeurs que j'ai enlevées ont été examinées au microscope, et cela par des micrographes dont l'autorité est incontestable. Souvent aussi, j'ai voulu les examiner moi-même.

Contre ces faits on a dit qu'ils ne datent que de trois ou quatre ans, et on a encore récusé leur valeur. Je ferai remarquer d'abord qu'il y en a qui datent de six et sept ans; j'ai cité, par exemple, une demoiselle dont la tumeur a été examinée et reconnue cancéreuse en 1846, et qui se porte très-bien encore à présent. En 1847, j'ai opéré une dame que connaît très-bien M. Houel, et qui, malgré que sa tumeur contînt une grande quantité de cellules, n'en est pas moins très-bien portante aujourd'hui. Une autre dame opérée et examinée également en 1847, est également guérie. Une autre, examinée en 1849 par M. Follin, est encore guérie. Une dame d'Évreux a été opérée par moi en 1847. Je ne cite pas son nom parce que cela pourrait avoir des inconvénients, mais je conserve là tous les renseignements qui y sont relatifs. Eh bien! cette dame avait un encéphaloïde constaté microscopiquement, et cependant elle demeure guérie. En supposant même que le microscope y ait mis de la complaisance dans ce cas, je dois ajouter que cette malade avait une mère et une sœur toutes deux cancéreuses. La sœur a été opérée par moi, et chez elle, je dois dire que la maladie a récidivé; mais chez l'autre, il n'y a pas encore eu jusqu'à présent de récidive.

M. Nélaton m'a lui-même communiqué le fait d'une tumeur reconnue cancéreuse au microscope, qu'il a enlevée en 1847, et qui ne s'est pas reproduite. M. Nélaton a revu encore la malade, il y a trois jours, et elle n'avait rien éprouvé depuis l'opération.

Le fils d'un des hommes que l'on voyait briller au rang des meilleurs pionniers de la science avant que nos malheureuses discussions politiques l'aient jeté loin de nous, le fils de M. Raspail a subi l'amputation de la cuisse pour une tumeur que tous les micrographes ont reconnue pour être de nature encéphaloïde, et néanmoins sa guérison se maintient.

Tous ces faits ont une valeur qu'il n'est pas possible de contester. Depuis que M. Robert est devenu le défenseur du microscope, j'ai bien peur que le microscope lui ait fait mal aux yeux : car je l'ai entendu citer le fait d'une femme que j'ai donnée comme guérie, et qui, d'après les renseignements qu'il a recueillis, serait morte depuis quelque temps. M. Robert a sans doute oublié que les faits que je cite comme des cas de guérison définitive sont des faits qui remontent à dix, quinze ou vingt ans, et voilà qu'il m'oppose une malade opérée en 1851! Est-ce avec un fait qui date de deux ou trois ans qu'il espère détruire la valeur de ceux qui remontent à quinze ou vingt ans?

Je dis que le microscope a sans doute fait mal aux yeux à M. Robert, car moi-même je dis dans mon livre, à propos de ces faits trop récents, qu'il y a des malades qui sont actuellement guéris, mais qui ne le seront peut-être plus l'année suivante; et j'ai bien soin de dire que ces cas ne sont pas parfaitement démonstratifs.

Les faits sur lesquels je m'appuie pour soutenir ma doctrine de la curabilité, ce sont ceux de quinze et vingt ans, et ceux-là je ne vois pas qu'il soit possible de les récuser.

Reste cependant encore une objection qui est celle-ci : Mais ces malades qui sont guéris depuis quinze ans le seront-ils toujours? Je n'en sais rien certainement; mais il est toujours bien permis de dire qu'ils le sont actuellement. Je sais qu'on a cité des exemples de repullulation très-tardive; mais on peut se demander si dans ces cas, fort rares d'ailleurs, un second cancer ne s'est pas montré, indépendamment du premier, au même titre qu'aurait pu venir une loupe, un lipome ou tout autre tumeur. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut, car je sais qu'elle ne peut pas être démontrée.

Il y a d'ailleurs bien peu de malades qui vivent quinze ou vingt ans après l'opération, car en général nos opérés ne sont pas de première jeunesse, et les cancers du jeune âge sont assez rares. Je pense donc qu'on peut considérer comme définitivement guéris ceux qui le sont restés aussi longtemps; et mes faits, quoique peu nombreux, sont parfaitement suffisants pour démontrer la curabilité du cancer.

Il me reste maintenant un dernier point à examiner avec vous : c'est à savoir comment je m'y suis pris pour en arriver à établir un diagnostic certain. Le voici :

J'ai d'abord séparé de toutes les autres un certain ordre de tumeurs que j'appelle *adénoïdes* et que, primitivement, j'appelais fibrineuses. MM. les micrographes leur donnent un autre nom et les appellent tumeurs hypertrophiques; mais cela importe peu; nous sommes suffisamment d'accord sur le compte de ce genre de tumeurs : elles sont très-certainement bénignes; il est donc très-juste d'en faire une classe à part. Or, sur ma Note de 120 pour l'année courante, j'en trouve déjà 23 : c'est autant de tumeurs bénignes, auparavant confondues avec le cancer, et qui peuvent en être à présent très-bien distinguées.

Dans le nombre qui reste, je trouve également des tumeurs qui, manifestement, sont des cancers, tandis que le reste sont plus ou moins douteuses : soit 66 pour les premières et 31 pour les secondes.

Sur ces 76 cas de cancer, j'en ai trouvé qui, affectant une forme spéciale, sont plus mauvais que d'autres et repullulent à peu près certainement. Il y a ainsi 24 cas dans lesquels je n'ai pas voulu opérer, étant certain d'avance de la repullulation. Pour ces formes si malignes, et dont la récidive est la loi presque infaillible, je n'opère donc pas, parce que l'opération ne les guérit jamais. Or, vous voyez que, 24 sur 66, c'est plus du tiers.

Dans les 42 qui restent, il y en a encore 12 pour lesquels j'avais tout lieu de craindre la récidive, sans pouvoir l'affirmer positivement. Ce n'est donc plus que dans les 30 derniers cas que je puis attendre quelques guérisons, et c'est dans ce nombre que je suis bien sûr d'en avoir.

Je ne sais trop pourquoi les micrographes se sont mis à nier la curabilité du cancer dans toute espèce de cas. Cette opinion, qu'ils ont prise aux anciens, n'est pas à eux, elle est aussi vieille que le monde. Ils ne veulent pas que le cancer puisse guérir un peu, parce que d'autres l'ont dit; et ils s'étayent de noms fort respectables : de celui de Monro, de celui de Boyer. J'ai voulu voir un peu ce qu'il en est de ces statistiques de Monro et de Boyer. Or, Monro n'a pas fait de statistique; voila seulement ce qu'il dit : « Sur 60 cas environ que j'ai vus, à peine en ai-je trouvé 4 qui aient guéri. » Croyez-vous que pour cela il se soit donné la peine de tenir un compte exact de ses malades, de prendre des renseignements, etc.? Pas le moins du monde : c'est son impression qu'il raconte en quelques lignes, et voilà tout. Il en est absolument de même de Boyer, qui dit que, sur 100 malades, il en a guéri à peine 4 ou 5. Peut-on appeler cela de la statistique; et puis, comme l'a très-bien fait remarquer M. Malgaigne, comment voulez-vous que Boyer ait jamais vu guérir des cancers, puisque, pour lui, le cancer est une maladie qui se reproduit fatalement, c'est-à-dire qui ne se guérit pas?

D'ailleurs, Boyer était de l'École de l'Académie de chirurgie, et, plus tard, il s'est trouvé entraîné par cette autre École que j'ai vue moi-même, par l'École de Broussais, suivant laquelle toute inflammation pouvait devenir le noyau d'un cancer : de là l'idée qui lui est venue du squirrhe bénin et du squirrhe malin.

Telles sont encore à peu près les doctrines de Bayle, qui nous a véritablement donné une fort bonne description du cancer, et qui même, comme le dit son neveu, a fait connaître la cellule, mais une cellule bien différente de celle en question.

Évidemment, les statistiques de tous ces auteurs ne prouvent absolument rien, car c'est moi qui, à proprement parler, ai songé le premier à la statistique, et c'est au moyen de ces recherches que j'ai pu catégoriser les cancers et croire à la curabilité de quelques-uns.

Est venue ensuite la statistique du Mémoire de M. Broca. Elle repose sur 28 cas, recueillis dans le service de Blandin. Au bout de deux ans, il y avait déjà 19 récidives, et plusieurs malades avaient disparu. Mais qui nous dit qu'il n'y ait pas eu de guérison définitive sur les malades qui ont été perdus de vue?

Puis arrive la statistique de M. Lebert, qui, sur 34 cas, en a perdu de vue 7 et a vu la récidive chez les 27 autres. Ces travaux sont très-respectables sans doute, et j'en tiens compte; mais peuvent-ils détruire les résultats auxquels je suis arrivé?

Je vois que l'heure me presse et je me hâte de terminer :

Nous sommes tous animés du commun désir d'arriver à la connaissance de la vérité; nous la recherchons par tous les moyens possibles : tel est le but de nos travaux, tel est aussi celui de cette discussion. Nous ne venons pas pour engager ici une chicane d'avocats, dans laquelle chacun n'aurait d'autre dessein que de faire prévaloir à tout prix son opinion. Ce qu'il s'agit de faire savoir et de faire triompher, c'est ce qui est vrai, sans arrière-pensée comme sans passion. Or, je crois que l'idée de l'incurabilité du cancer tient à une fausse notion qu'on s'est faite du point de départ.

On s'est dit : le cancer est l'expression d'une diathèse préexistante. Comment donc est-il possible, en enlevant un des rayons émanés de ce centre d'action, de détruire le principe même de la maladie, le point de départ de ces lésions qui la traduisent au dehors? De là est venue cette doctrine qu'il n'y a qu'un seul moyen de guérir le cancer, et ce moyen, c'est la médication interne. On s'est donc mis en quête d'un spécifique dont la recherche pourra bien être longue encore, mais qui, dans tous les cas, nous laisse impuissants quant à présent.

Or, il n'est pas du tout démontré que le cancer soit l'expression d'une diathèse qui précède son apparition; et, quant à moi, je suis d'une opinion tout à fait contraire. Je crois que le cancer est une maladie primitivement locale, la diathèse ou l'infection cancéreuse ne venant que plus tard. Et remarquez bien que cette interprétation des faits importe singulièrement pour la pratique; car, s'il est vrai que le cancer, en vieillissant, conduit à la diathèse, n'est-ce pas une indication très-urgente de l'emporter le plus tôt possible? Mais cette question rentre dans la pathologie générale, et je ne puis m'en occuper ici. Cette doctrine de la préexistence de la diathèse me paraît de tout point une doctrine funeste, et je ne sais pas du tout pourquoi les micrographes s'en sont emparés.

Pour ce qui est du microscope, j'ai dit et je répète que déjà il a rendu de grands services à la science, et j'ai la confiance qu'il en rendra bien d'autres encore. Je suis heureux, à ce propos, d'avoir là sous la main le livre dans lequel je me suis assez clairement exprimé à ce sujet dès l'année dernière. Voici, en effet, ce que j'y lis : « Les remarques précédentes ne doivent pas cependant me faire ranger parmi les contempteurs du microscope, etc.... (l'orateur donne lecture d'une page de l'Introduction de son *Traité des maladies du sein*).

Cependant, s'il faut reconnaître les services rendus par le microscope, il ne faut pas, avec MM. les micrographes, renier d'un seul coup trente siècles d'expérience. Je n'accepterai jamais qu'il faille refaire la science de fond en comble à chaque découverte nouvelle. Chacune de ces découvertes est un pas de plus fait en avant, mais ne doit jamais nous faire revenir au point de départ. S'il en était ainsi, la science serait à recommencer tous les jours. Et, pour en prendre un exemple parmi les travaux des micrographes eux-mêmes qui ne veulent pas faire remonter au delà de ces dernières années la connaissance des maladies cancéreuses, je leur dirais, par exemple, que, pour être fidèles à ce principe, il leur faut nier à présent les travaux de ces six dernières années, puisque voilà que l'un d'eux vient de faire voir que, pour bien étudier la cellule, il est nécessaire de la soumettre à l'acide acétique. Faut-il, parce que la cellule a été examinée jusqu'à présent sans acide acétique, admettre à présent que tout ce que le microscope a découvert doit désormais être considéré comme non avenu pour tout recommencer sur de nouveaux frais?

Non, messieurs, ce n'est pas ainsi que la science se fait, et c'est contre ces prétentions des micrographes que je m'élève de toutes mes forces.

Je ne cesserai jamais d'engager les micrographes à ne pas répudier l'examen des malades au profit de l'examen des tumeurs. Je ne cesserai jamais de leur répéter non plus que la science se compose des données successives dont chacun apporte son contingent. Les anciens ont donné le leur : les nouveaux, au lieu de chercher à le renverser, ne doivent tendre qu'à l'accroître, au contraire, par de nouvelles acquisitions.

Il faut que tout le monde s'attelle au char de la science pour le tirer en avant au lieu de chercher à le renverser. Il faut que tous les nouveaux le poussent de toutes leurs forces : ce ne sera certes pas trop pour le faire avancer un peu.

L'auditoire applaudit. M. Velpeau reçoit de vives félicitations de la part de ses collègues.

La séance est levée à 5 heures un quart.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Mouvement du choléra dans les hôpitaux de Paris.* — Quoique le bulletin des cholériques des hôpitaux de Paris ait, fort heureusement, perdu presque tout son intérêt, nous croyons cependant le devoir publier de temps en temps jusqu'à l'extinction complète de l'épidémie.

	Entrés.	*Décédés.*	*Sortis.*
30 octobre.	5	3	6
31 —	9	9	2
1er novembre.	8	4	»
2 —	7	4	10
3 —	»	6	4
4 —	6	4	7
5 —	3	2	3
6 —	4	3	10
7 —	3	2	8
8 —	1	2	5
9 —	4	1	6
10 —	1	3	2
11 —	4	5	5
12 —	5	1	4
	60	49	72

Entrés depuis l'invasion de l'épidémie. 6,716
Sortis........................ 3,089 }
Décédés....................... 3,499 } 6,588
Reste.................. 128 en traitement.

— Dans un second Rapport à M. le Ministre de la guerre, le savant directeur du service sanitaire de l'armée d'Orient, M. Lévy, mentionne ce fait remarquable qu'aucun des blessés n'a encore été affecté de tétanos. C'est, du reste, le seul fait scientifique que renferme ce Rapport, d'un caractère presque exclusivement administratif.

— M. le docteur Blanche, ancien interne des hôpitaux, directeur d'une maison d'aliénés à Passy, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Huard, médecin français à San-Francisco, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, en récompense de son dévouement à l'égard de la population française.

— Le Conseil général du département du Rhône, sur le Rapport de M. le conseiller d'État, la commission entendue, a arrêté qu'un crédit de 500 francs serait porté au budget de 1855, pour être mis à la disposition de M. le préfet, dans le but d'aider à la création de médecins cantonaux *dans un ou deux cantons,* ainsi qu'il avisera.

Le Conseil général de la Loire a pris une délibération dont nous n'avons pas le texte, mais plus favorable encore, à ce qu'il paraît, à l'institution des médecins cantonaux; une circulaire du préfet du département fixe au 1er *novembre de cette année* l'ouverture d'un service médical gratuit. (*Gaz. hebdom.*)

— L'organisation de notre magnifique *Conservatoire* est terminée; le public peut y admirer les richesses immenses et variées qui s'y trouvent réunies, et qui forment un des plus utiles embellissements de notre célèbre Faculté. (*Annales de clinique de Montpellier.*)

— Un des agrégés de notre Faculté, M. le docteur Bourdel, a obtenu une médaille en vermeil pour le prix d'accouchement, dans le concours institué par la Société médico-chirurgicale de Bruges (Belgique). Le Mémoire envoyé est extrait d'un Traité d'accouchements que cet agrégé se propose de publier prochainement. La Société a conféré en outre, au docteur Bourdel, le titre de membre correspondant, et a voté l'impression du Mémoire dans ses Annales. (*Id.*)

— Le Corps médical, qui a payé un large tribut à l'épidémie d'Orient, a perdu, entre autres membres, MM. Pontier, Hahn, Monnier, Lagèze, Claquart, Gérard, Stéfani, Dumas, Musard, Plassan et Bert.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Sous presse : **Traité sur la médication iodo-ferrée**, par M. F. Gille, pharmacien à Paris. — A Paris, chez Labé, libraire. — Prix : 1 fr., et par la poste, 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 136. 2e année. Jeudi 16 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 15 Novembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 23 Octobre.

Puisque l'Académie de médecine a jugé à propos de prononcer un armistice qui, d'après la marche des affaires académiques, pourrait bien être une paix déguisée, profitons-en pour nous remettre un peu au courant avec l'Académie des sciences, où ont été faites plusieurs communications intéressantes. La première, par laquelle nous devrions commencer, est celle de l'illustre chimiste M. Thenard ; mais nous n'aurions guère qu'à insister sur les résultats que nos lecteurs trouveront au Compte rendu, et à applaudir une fois de plus au zèle de l'infatigable académicien.

— Il est toujours licite, il est quelquefois très-honorable et même glorieux de se mesurer aux plus grandes autorités de la science ; mais c'est à condition d'avoir raison ou au moins un peu raison. Nous craignons que notre savant ami, M. Boudin, n'ait pas réalisé cette condition en voulant rectifier les opinions d'Arago touchant les dangers et les effets de la foudre.

Nous savons le cœur de M. Boudin trop bien placé pour croire qu'en combattant Arago, il ait eu pour but de chercher des encouragements dans un certain côté de l'Académie ; mais on ne saurait se dissimuler que, dans son Mémoire, M. Boudin n'ait paru, à tort sans doute, mais enfin n'ait paru plus préoccupé du soin de contredire Arago que de celui de l'étudier ou de le comprendre. Cette observation n'a pas échappé aux auditeurs habituels des séances de l'Institut, lesquels nous en ont fait part, et il faut reconnaître qu'elle a pour elle les apparences de la vérité, comme le prouveront les remarques suivantes :

M. Boudin commence par reprocher à Arago d'avoir écrit que « le nombre des victimes de la foudre est assez restreint pour qu'on doive considérer comme *faible* la chance de périr par le tonnerre, » et pour démontrer qu'Arago a eu tort, M. Boudin ajoute, d'après des suppositions qui peuvent être approximativement exactes, mais qui peuvent très-bien ne l'être pas, que *le nombre de personnes foudroyées annuellement en France est de 200, dont 69 tuées et les autres blessées*. Or, en admettant comme exact le chiffre de 200, il en résulterait que la chance d'être atteint par la foudre serait dans une année, pour chaque Français, petit ou grand, de 1 sur 180,000, et celle d'être tué de 1 sur 514,000. On ne voit pas trop qu'une telle proportion contrarie beaucoup l'appréciation d'Arago. Il nous paraît donc très-raisonnable de dire, avec l'illustre secrétaire perpétuel, que « le danger d'être foudroyé est moindre, pour chacun des habitants de Paris, que celui de périr dans la rue par la chute d'un ouvrier couvreur, d'une cheminée ou d'un vase à fleurs. »

Ailleurs, Arago avait dit que, *d'après* 29 *cas* de foudre tombée à bord des navires, à diverses époques de l'année, les tonnerres des mois chauds sont beaucoup moins dangereux, *en mer,* que ceux des saisons froides.

A quoi M. Boudin oppose ce qui suit :

« En examinant 103 cas de foudre tombée en France sur des personnes, nous avons trouvé la répartition suivante : janvier, 0 ; février, 0 ; mars, 4 ; avril, 6 ; mai, 8 ; juin, 22 ; juillet, 13 ; août, 19 ; septembre, 14 ; octobre, 15 ; novembre, 0 ; décembre, 0. — Il suivrait de là qu'au moins en France, les quatre mois les plus froids seraient à peu près exempts de décès par fulmination. »

D'abord, les observations de M. Boudin, à les supposer suffisantes, ne seraient applicables qu'aux orages terrestres et encore aux orages de la France, et M. Arago n'a parlé que des orages sur mer. Mais est-ce que le savant statisticien aurait attribué à Arago cette étrange opinion que les orages de janvier sont plus dangereux que ceux de juillet, alors même que janvier ne compterait pas d'orages ! Et si, comme nous n'en doutons pas, M. Boudin s'est gardé d'une telle aberration, quel rapport peuvent avoir ses chiffres avec l'opinion d'Arago ? Nous ne saurions le voir. Mais ce que nous voyons, c'est que, pour établir le danger comparatif des orages d'été et des orages d'hiver, il faudrait commencer par supputer le nombre des uns et des autres, compter ensuite le nombre des victimes et faire une règle de proportion ; c'est ce que M. Boudin n'a pas même tenté.

Des remarques analogues aux précédentes pourraient être faites à l'égard de la proportion prétendue plus grande des victimes parmi les animaux que parmi les hommes ; il y aurait peut-être aussi quelques réserves à garder touchant les 2,000 moutons que M. Abbadie, nous le soupçonnons fortement, n'aura pas très-rigoureusement comptés ; mais nous laissons à la sagacité du lecteur le soin

d'apprécier les questions multiples qu'il y aurait à résoudre avant d'arriver à la conclusion que M. Boudin a formulée sur ce sujet, questions que le savant auteur semble n'avoir pas entrevues.

Nous terminerons cette critique sommaire par l'examen d'un point spécial où M. Boudin semble avoir donné raison à un préjugé populaire, auquel certains physiciens se sont également montrés théoriquement favorables, mais qui n'est encore établi sur aucune démonstration rigoureuse :

« Sur 107 individus tués par la foudre, de 1843 (1) à 1854, nous en trouvons 21 signalés comme ayant péri *sous des arbres*. Mais il importe d'ajouter que le lieu de la mort n'est pas toujours précisé : d'où l'on peut inférer que, sur les 1,308 personnes tuées roide en France de 1835 à 1852, 500 (2) *au moins* auraient pu échapper à la mort en ne se réfugiant pas sous des arbres. De tels faits nous paraissent mériter d'être vulgarisés. »

Nous sommes de l'avis de l'auteur : ils mériteraient beaucoup de l'être, s'ils étaient vrais, j'entends s'il était vrai qu'on pût se soustraire aux atteintes de la foudre en évitant de se réfugier sous des arbres. Mais pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que M. Boudin eût tenu compte de quelques conditions du problème auxquelles il n'a guère songé.

Le savant statisticien n'ignore pas assurément que l'orage précède souvent la pluie et que celle-ci le suit de près, quand elle ne se forme pas simultanément ; il est donc très-naturel que les personnes qui se trouvent surprises dehors par la pluie cherchent un abri, et de tous les abris, les plus communs dans la campagne, sont sans contredit les arbres ; dès lors la foudre ne peut atteindre les individus que là où ils se trouvent ; ils sont sous les arbres, c'est là qu'elle les foudroie. Si M. Boudin avait établi une proportion entre le nombre d'individus qui, pendant un orage, restent stoïquement en plein champ ou au milieu d'une route et le nombre de ceux qui s'empressent de se soustraire à la douche céleste, on aurait pu arriver à quelque chose qui aurait approché d'une démonstration ; mais en l'absence de cette comparaison, il ne reste des supputations de M. Boudin que des chiffres bruts sans signification, et qui n'ont pas assez d'importance pour qu'on doive se priver, à l'occasion, contre une pluie d'orage, de l'abri que la Providence aura placé sous ses pas. H. DE CASTELNAU.

(1) Nous ne nous expliquons pas bien ces chiffres ; il y a sans doute quelque confusion de la part de l'auteur ou de l'imprimeur ; mais cela ne change heureusement rien à notre raisonnement.

(2) Pourquoi 500 ? Nous ne comprenons pas la règle de proportion.

Hôpital de Lariboissière. — M. CHASSAIGNAC.

De la succession des périodes dans l'ophthalmie pseudo-membraneuse.

S'il est important d'envisager isolément et indépendamment les uns des autres, pour mieux les analyser, les phénomènes par lesquels se manifeste l'ophthalmie pseudo membraneuse, il n'est pas moins intéressant, au point de vue clinique et pratique, d'examiner ces phénomènes dans leur ordre de succession.

Le temps nécessaire pour la période d'incubation de l'ophthalmie pseudo-membraneuse n'est pas déterminé. Nous l'avons vu, dans un cas, être de trente-six heures. D'une autre part, tous les auteurs s'accordant à placer, vers le deuxième ou le troisième jour, la manifestation des premiers accidents chez les nouveau-nés, et nos relevés statistiques confirmant pleinement cette donnée, comme d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, l'état des parties maternelles autorise à penser que la maladie a été contractée par l'enfant au moment de sa parturition, il est permis d'admettre que c'est, en général, vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures au plus après l'application du contagium, que les premiers symptômes de l'ophthalmie pseudo-membraneuse se déclarent. Du reste, on peut dire que, s'il faut à la maladie un certain temps d'incubation, si l'application du contagium n'est pas immédiatement suivie de l'apparition des phénomènes inflammatoires, la maladie une fois déclarée, les accidents se succèdent avec une grande rapidité, prennent un caractère de violence qu'on ne rencontre jamais dans l'ophthalmie catarrhale, et se rapprochent à cet égard de ce que l'on observe dans l'ophthalmie d'Égypte ou la conjonctivite blennorrhagique.

Début de la maladie. — C'est ordinairement vers le matin du troisième jour après la naissance que l'on trouve un premier rudiment de la maladie dans l'agglutination des paupières par le produit muco-purulent à demi solidifié qui, dès le début de cette ophthalmie, est sécrété par la conjonctive.

A dater de ce moment, on peut considérer à la maladie deux périodes principales : une première, dans laquelle tous les accidents semblent concentrés sur les paupières et sur la conjonctive oculo-palpébrale ; une seconde période, dans laquelle le globe oculaire présente des altérations graves qui compromettent plus ou moins sérieusement la faculté visuelle. Dans quelques cas, il est vrai, les accidents marchent avec une telle rapidité, que ces deux périodes semblent se confondre et qu'il serait impossible de déterminer le moment où la maladie passe de la première à la seconde. Du reste, dans la plupart des cas, le passage d'une période à l'autre exige un intervalle de quelques jours. Ajoutons que l'ophthalmie pseudo-membraneuse ne parcourt pas fatalement toutes les phases d'une évolution complète. Grâce, en effet, au traitement que nous avons institué, les symptômes de la première période peuvent aujourd'hui constituer toute la maladie, et nos relevés nous permettent d'affirmer que si les enfants qui nous ont été apportés n'avaient pas déjà offert à leur arrivée les accidents de la deuxième période, nous n'aurions jamais été témoin des désordres graves qui en sont la conséquence.

Première période. — Cette période est, comme nous l'avons dit, caractérisée par ce fait, que la maladie manifeste particulièrement ses effets sur les paupières et la conjonctive oculo-palpébrale. Les paupières se tuméfient extérieurement et prennent une couleur d'un rouge obscur. Les yeux sont constamment fermés. Les conjonctives s'injectent et deviennent le siége des sécrétions diverses que nous avons décrites : sérosité, pus, fausses membranes. Presque toujours en même temps se forme un chimosis oculo-palpébral, le plus souvent séreux, quelquefois sanguin, beaucoup plus rarement phlegmoneux.

Deuxième période. — L'altération des parties constituantes du globe oculaire caractérise la seconde période. Dans certains cas, ces lésions se produisent avec une rapidité effrayante, et, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la cornée est ramollie ou perforée. Ordinairement ce n'est qu'au bout de huit, dix ou même douze jours, que cette membrane commence à s'altérer. L'altération peut débuter par un léger nuage ; puis viennent des lésions plus graves ; la cornée se ramollit, s'infiltre de pus, son tissu se détruit et une perforation a lieu. Cette perforation se fait, soit dans un point circonscrit et par une petite ulcération, soit dans tout un hémisphère de la cornée, habituellement l'inférieur. La totalité de la cornée peut même, par suite du travail de suppuration, se détacher de la sclérotique.

Voici maintenant quel est l'ordre de succession des altérations consécutives à ces accidents :

S'il n'existe qu'une perforation peu considérable, il se produit une hernie de l'iris accompagnée d'une cicatrice (leucoma avec staphylome iridiens) plus ou moins étendue. Il résulte toujours de là une altération de forme et de position de la pupille qui est entraînée vers le point où existe le staphylome de l'iris.

Si toute la cornée est détruite, l'iris est mis à nu. Le cristallin, poussé par l'humeur vitrée, vient faire saillie à travers la pupille. Souvent il s'échappe, ainsi que Mackensie en rapporte un exemple.

Il nous reste, avant de terminer ce qui est relatif à la succession des périodes, à dire quelque chose du passage de l'ophthalmie d'un œil à l'autre.

Le plus souvent, l'ophthalmie pseudo-membraneuse envahit simultanément les deux yeux. Cependant, il y a ici une nuance importante à noter. L'apparition, au lieu de se faire d'emblée sur les deux yeux, peut avoir lieu successivement, mais à une distance si rapprochée, que les choses se présentent comme si la maladie, simultanément en germe dans les deux yeux, se développait pour chacun d'eux d'une manière en quelque sorte indépendante.

On ne saurait guère douter que, dans certains cas, l'ophthalmie ne se transmette par contagion directe d'un œil à l'autre, mais le mode de cette cette propagation n'est pas facile à déterminer, surtout chez les petits malades de l'hospice des Enfants trouvés, à raison de l'impossibilité d'arriver à un commémoratif bien exact.

Des accidents fébriles à forme intermittente, qui surviennent à la suite du cathétérisme de l'urètre,

A propos d'une Thèse de M. J. Perdrigeon du Vernier sur ce sujet.

Notre ancien condisciple et ami Salneuve, qu'une mort si prématurée est venue arrêter dans ses succès naissants, nous avait adressé quelques jours avant sa mort, sous toutes réserves, et sous le bénéfice des modifications que quelques-uns de ses anciens camarades et amis pourraient juger convenables, un article, écrit à la hâte, où son esprit laborieux payait un utile tribut à la science et son excellent cœur une douce dette à l'amitié. Sans manquer aux devoirs que la critique scientifique impose à tous les hommes sérieux, nous avions fait voir son manuscrit à des autorités plus compétentes que la nôtre, et quelques modifications légères avaient semblé utiles. Nous nous disposions à les proposer au jeune et modeste auteur, quand la triste nouvelle de sa mort vint nous apporter un deuil si inattendu. Dans cette douloureuse situation, nous avons préféré publier le travail tel qu'il est sorti des mains de notre ami, comme témoignage de notre respect pour sa mémoire et d'estime pour son grand zèle scientifique.

H. DE C.

Toutes les muqueuses de l'économie qui ont une communication libre avec l'air extérieur ne sont pas également affectées par le contact des instruments chirurgicaux : c'est ainsi qu'on peut impunément passer des sondes volumineuses à travers les fosses nasales, le pharynx et l'œsophage, et qu'on peut les y laisser à demeure sans qu'il en résulte d'inconvénients sérieux ; de la même façon, on place fréquemment sans aucun danger, des canules d'une longueur de 4, 6, 10 et 12 centimètres, dans le canal nasal, le rectum et les canaux anormaux ou trajets fistuleux ; enfin, on peut, sans causer d'accidents, pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales et de la trompe d'Eustache : mais il n'en est plus ainsi lorsqu'il s'agit des muqueuses de l'urètre, de celle du col utérin et de la cavité utérine. Au lieu d'être, comme les précédentes, constamment indifférentes au contact des corps étrangers, elles sont quelquefois affectées de telle manière, que des phénomènes généraux plus ou moins graves surviennent tout à coup. Parmi ces phénomènes, nous citerons les accès fébriles intermittents, conséquence des cathétérismes de l'urètre et *du canal utérin* (particulièrement du col), la colique utérine et la péritonite nerveuse (1); enfin les arthrites, les abcès péri-articulaires et les phlegmons urineux.

Les affections des voies urinaires présentent des phénomènes sympathiques qu'il est important d'étudier avec soin, si on veut se rendre compte des accidents causés par le cathétérisme.

Les accès fébriles intermittents accompagnent fréquemment la période ultime des inflammations chroniques des voies urinaires. Cette remarque a certainement frappé ceux qui ont eu l'occasion de voir un certain nombre de ces maladies; quant à nous, nous les avons rencontrés chez des sujets qui ont succombé à une tuberculisation générale ou partielle des voies urinaires, et chez d'autres atteints de cancer de la vessie et de la région prostatique de l'urètre.

Les irritations de l'urètre, telles que celles causées par le passage d'une bougie, d'une sonde ou d'un gravier, peuvent causer l'accès fébrile intermittent, et, chose bizarre, les inflammations franches, les phlegmoneuses, les virulentes ne le produisent pas.

Les inflammations et les irritations de la muqueuse urétrale ont une tendance particulière à retentir sur les séreuses articulaires, ophthalmiques et vaginales : c'est ce que l'on observe chaque jour à la suite d'une urétrite simple ou virulente, du passage d'une sonde ou d'une bougie ou de la présence d'un gravier.

Les scarifications de la paroi interne de l'urètre, en raison directe de leur profondeur et de leur étendue, se compliquent d'infection urineuse ou dépôts urineux qui se manifestent tantôt dans les muscles du bassin, tantôt dans ceux des membres, et particulièrement les inférieurs. Les faits ne manquent pas à l'appui de cette observation, nous regrettons que l'étendue de notre sujet ne nous permette pas de rapporter ceux que nous avons recueillis dans l'intéressant et très-instructif service de M. Civiale. Nous ne connaissons pas les résultats obtenus par M. Reybard, de Lyon, dans les cas où il emploie la section totale de la paroi urétrale de préférence à la scarification profonde, ni ceux de M. Heurteloup, qui excise la muqueuse altérée; mais, *à priori*, nous admettrions volontiers que les accidents dont nous parlons doivent être moins graves que ceux qui suivent l'emploi des scarifications profondes.

D'après ces considérations, nous voyons combien le sujet de Thèse de M. Perdrigeon est intéressant; il est seulement regrettable qu'il ne l'ait pas étendu davantage, en y ajoutant l'histoire des abcès péri-articulaires et des dépôts urineux, accidents qui n'ont pas encore été décrits d'une manière satisfaisante ; il eût ainsi renfermé dans le même cadre tous *les accidents causés par les manœuvres chirurgicales sur l'urètre.* Mais faut-il se montrer si exigeant ? Une Thèse inaugurale n'est point une œuvre *ex-professo;* le plus souvent, des obstacles de nature diverse en entravent l'exécution, et fréquemment, cette œuvre n'est qu'un jalon planté, qu'une prise de possession d'un terrain qui, plus tard, sera fructueusement cultivé.

M. Perdrigeon a divisé son sujet en deux parties : la première consiste dans la description de la fièvre intermittente urétrale. Il admet trois degrés ou formes dont la distinction a, suivant lui, une importance pratique. Sa description, appuyée sur de sérieuses observations et sur l'expérience de ses chefs, MM. Velpeau et Ricord, est d'une exactitude et d'une grande lucidité.

La deuxieme partie renferme l'étiologie, le diagnostic, le pronostic, l'historique et le traitement. Chacune de ces divisions est remplie avec soin ; les propositions avancées sont la déduction des observations contenues dans l'ouvrage; l'historique seul nous a paru un peu trop laconique. Pourquoi, dans une question comme celle-ci, pleine de nouveauté, ne pas remonter à son origine? Ainsi, à la page 33 de sa Thèse, M. le docteur Perdrigeon s'exprime ainsi : « M. Velpeau est peut-être le premier qui ait mentionné les arthrites, suites de cathétérisme. » Assurément, M. Velpeau a étudié avec soin ces accidents, mais, avant lui, Dupuytren et Brodie avaient déjà remarqué leur connexion avec le cathétérisme, puisqu'ils les ont signalés et les ont

---

(1) L'auteur était trop instruit pour prendre cette locution au pied de la lettre ; il entendait sans doute la péritonite provoquée sympathiquement. (*N. du R.*)

appelés des effets sympathiques; Hunter les connaissait aussi, ainsi que les abcès urineux dont il a donné une ingénieuse théorie.

Dans la partie de son travail relative à la *nature de la maladie*, l'auteur est aussi prolixe qu'il a été laconique dans la précédente. Nous n'en sommes point surpris; le champ des hypothèses prête tant à l'imagination qu'on se laisse aller facilement. L'auteur commence par analyser les diverses théories sur la cause de l'*accès fébrile intermittent*; celle de la phlébite, admise par quelques auteurs, est justement rejetée; puis, après avoir signalé l'incertitude de MM. Civiale et Velpeau sur cette question, il passe à la théorie de la résorption urineuse, à laquelle il donne ses sympathies, et dont il se déclare le défenseur. Voici les hypothèses sur lesquelles sa théorie s'appuie :

1° « L'absorption urineuse pourrait se faire dans les reins, au moyen de vaisseaux lymphatiques ou veineux; il se passerait là ce qui se passe peut-être dans le foie, lorsque, à la suite d'une émotion vive, la bile vient pénétrer dans le torrent circulatoire (p. 37). » Cette hypothèse nous paraît un peu gratuite. En effet, la présence de la bile dans le sang (ictère spasmodique) s'explique naturellement par la communication des lymphatiques du foie avec les canalicules biliaires, communication démontrée par M. Lambron et admise par tous les anatomistes. Mais une semblable communication entre les lymphatiques reineux et les tubes urinifères a-t-elle été démontrée? Nous ne le pensons pas. Dès lors, pourquoi admettre un phénomène semblable?

2° « Les glandes rénales, troublées par l'opération du cathétérisme, suspendent momentanément leurs fonctions et laissent dans l'économie les liquides abondants qu'elles sont chargées de séparer du sang (p. 37). » Outre que nous ne sachions pas qu'on ait jamais remarqué une diminution de la sécrétion urineuse dans les cas d'accès fébriles intermittents causés par le cathétérisme, cette hypothèse ne pourrait rendre compte de la présence de l'urine en nature dans les abcès ou dépôts urineux.

3° « La fièvre intermittente paludéenne et la fièvre intermittente urineuse n'auraient-elles pas toutes les deux la même origine dans l'absorption de produits ammoniacaux, les uns provenant de matières végétales ou animales en putréfaction, les autres de la décomposition de l'urine? » L'auteur avoue lui-même le peu d'importance qu'offre cette hypothèse, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Une distinction était nécessaire, ce nous semble, à propos de la théorie de la résorption urineuse; oui, sans le moindre doute, il y a résorption de l'urine dans certains cas, puisqu'on trouve ce liquide en nature dans les foyers purulents qu'on rencontre dans les membres ou le tronc à la suite des scarifications urétrales; mais que ce soit l'urine résorbée qui donne lieu à l'*accès fébrile intermittent*, rien de moins prouvé pour nous. Ne sait-on pas que ce phénomène se produit quelquefois à la suite du cathétérisme du col utérin. D'une autre part, il survient dans une distance très-rapprochée de la manœuvre chirurgicale; enfin, il se montre le plus souvent chez les sujets les plus impressionnables. Ne sont ce pas autant de raisons qui peuvent nous le faire considérer à son début comme un phénomène purement nerveux?

Dans cette affection, le *traitement* qui seul a donné des résultats satisfaisants, est celui par le sulfate de quinine; les observations de M. Perdrigeon sont de nouveaux faits apportés en sa faveur. Le premier accès qui suit une exploration difficile ou une scarification de l'urètre est quelquefois si rapproché, que nous ne pouvons que féliciter notre savant maître, M. Ricord, de l'idée qu'il a eue d'administrer le sulfate de quinine avant l'opération.

Nous le répétons, puisque M. Perdrigeon a signalé les abcès articulaires et les tumeurs urineuses consécutifs aux opérations urétrales, nous regrettons infiniment qu'il ne nous en ait donné une description semblable à celle si bien faite des accès fébriles intermittents. Quoi qu'il en soit, la Thèse de M. Perdrigeon n'en est pas moins un travail consciencieux et bien élaboré, les observations en sont rigoureuses, les déductions logiques et les hypothèses pleines de réserve. En un mot, le travail en entier offre ce cachet de facture qu'on rencontre particulièrement dans les thèses des élèves qui ont appartenu à la grande École des hôpitaux de Paris.

Dr E. Salneuve, *ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Société française de bienfaisance.*

New-York, 15 janvier 1854.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'huile de bouleau, comme moyen curatif de l'eczéma chronique,

Par le Dr Blasius (de Halle).

L'huile empyreumatique du *betula alba*, employée sous le nom d'*oleum rusci*, a été recommandée par Heim contre le psoriasis. Suivant l'auteur, son action dans l'eczéma chronique est bien plus efficace; il s'en sert depuis quinze ans, et il en a toujours obtenu d'excellents résultats. Il lui serait facile, dit-il, de produire un nombre considérable de faits à l'appui de cette assertion, mais il trouve plus utile de tracer les règles de son emploi. Aussi longtemps que l'eczéma est à l'état aigu, il convient de se borner aux adoucissants. Mais, dès que l'affection est devenue chronique, il faut frictionner les parties malades avec de l'huile pure, les envelopper d'un linge de toile, et, au bout de quelques jours, les laver dans de l'eau de savon, pour recommencer ensuite de nouvelles frictions huileuses. On continue ainsi, non-seulement jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de vésicules et que tout suintement ait cessé, mais même jusqu'à ce que la peau ait repris sa couleur et son aspect normal. On peut employer ce médicament, soit dans les cas où la peau est sans cesse humectée par la sérosité qui s'échappe des parties affectées, soit, au contraire, quand la peau est sèche et couverte de croûtes épaisses. Seulement, lorsque l'eczéma produit une douleur cuisante, une plus grande sensation de chaleur, de la tuméfaction et une rougeur plus vive, ce qui annonce un retour à l'état aigu, on interrompt pendant un jour ou deux l'huile de bouleau. Parmi les remèdes internes, l'auteur signale, comme les plus efficaces, le sulfure de chaux stibié (*calcaria stibiato-sulphurata*), l'anthrakokali et le sulfure d'or. Il recommande de se procurer de bonne huile empyreumatique et d'éviter un mélange de goudron et d'huile empyreumatique (*oleum animale fœtidum*) que les droguistes délivrent quelquefois au lieu d'huile de bouleau. La véritable huile de bouleau (*oleum rusci*) est connue dans le commerce sous le nom de *dagged*, et est apportée par des juifs de la Pologne ou de la Russie. (*Deutsche Klinik* et *Gaz méd. de Paris.*)

Du vomissement matinal des femmes enceintes et de son traitement,

Par M. Kuechenmeister.

C'est un accident tellement fréquent, que la plupart des femmes enceintes en sont affectées. Il commence assez souvent dans les premiers jours, pour se terminer vers le troisième ou le quatrième mois. Le matin, principalement, les femmes sont prises de vertiges, puis de vomissements. On a essayé contre ceux-ci tous les moyens thérapeutiques possibles, et ils ne s'arrêtent que parce qu'ils doivent s'arrêter. L'auteur en rapporte la cause à une action physiologique, et prétend l'avoir trouvée dans l'*inanition*. Aussi se propose-t-il de faire manger dans le lit les femmes malades, et de ne leur permettre de se lever qu'une ou deux heures après.

Ce moyen, simple et à la portée de tous les praticiens, mérite d'être recommandé. L'état d'où procède le vomissement matinal a quelque analogie avec la syncope, et le repos au lit nous paraît un moyen assez rationnel de le prévenir. (*Wiener mediz. zeit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Novembre 1854.— Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce pour informer l'Académie qu'un poste de médecin est vacant dans la commune de Dizy-le-Gros (Aisne).

2° Une autre lettre du même Ministre relative à un remède secret contre les maux de dents.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

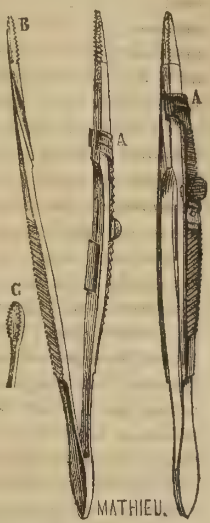
1° Une lettre de M. V. Baud, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville, qui établit une théorie nouvelle sur le choléra, et demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé à l'Académie dans la séance du 5 septembre dernier. Ce paquet, ouvert séance tenante, contenait l'indication d'un remède anti-cholérique, consistant dans le nitro-picrate d'ammoniaque.

2° Une lettre de M. Ernest Barruel, qui demande à retirer un Mémoire sur les analyses des opiums qu'il avait présenté en 1852.

3° Une lettre de M. Burcq, qui réclame également deux Notes qu'il a communiquées à l'Académie, sur le traitement du choléra par les armatures métalliques.

4° M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une pince à ligature dite *de sûreté*. En voici la description d'après l'auteur :

Un nouveau système de pince, imaginé par le docteur Cavallini (Italien) et exécuté par M. Mathieu (dont les talents contribuent aux progrès de la partie instrumentale de notre art), a été présenté dans la dernière séance de l'Académie.



Le mécanisme de cette pince consiste juste à faire descendre à l'aide du pouce une demi-virole attachée par une tige à l'une des branches de la pince sur deux plans inclinés pratiqués sur l'autre branche, en sorte qu'en saisissant un corps et en fermant la pince par son mécanisme, il est impossible que le corps puisse échapper aux plus violentes tractions.

Ce mécanisme peut être fait à l'intérieur, en pratiquant un trou oblique dans l'une des branches et fixant une broche au coulant supporté par l'autre branche; mais la première idée offrant plus de solidité, nous a paru plus convenable, et nous en donnons la figure.

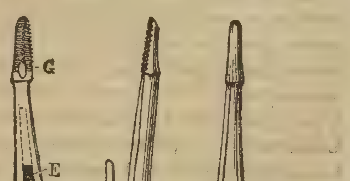
Il est inutile de dire que ce principe, qui consiste à fermer l'instrument à la partie inférieure, tout près de l'objet saisi, offre une sûreté incontestable sur les anciennes pinces dites à verroux ou d'Amussat, lesquelles se fermant par le milieu du corps de la pince, c'est-à-dire moitié des branches, permettent sous la traction un écartement à l'extrémité des branches qui trahissent parfois l'opérateur.

On emploie ces pinces dans l'extirpation des ongles incarnés, dans la torsion des artères, pour l'implantation de fortes épingles dans les tissus épais et résistants. En substituant aux mors ordinaires des dents dites de souris, l'on a une pince pour maintenir en saisissant la folde congénitale dans certaines opérations qu'on pratique sur le globe de l'œil.

Il est bon d'ajouter aussi que le coulant se démonte avec facilité et peut se nettoyer.

La figure C représente le mors excavé en forme de mors des pinces à polypes conseillées à M. Mathieu par M. le docteur Nencourt, de Verdun.

5° M. Charrière fils soumet, de son côté, une Note sur une pince à ligature modifiée.



Cette pince est disposée de manière à servir pour la ligature et la torsion des artères; cette pince est munie d'un verrou A, qui se détache spontanément de la pince en soulevant avec l'ongle son extrémité élastique C, pour faire échapper son point d'arrêt. Alors l'instrument est réduit à une simple pince à dissection ordinaire. Cette modification rend le nettoyage très-facile, ce qui ne pourrait se faire aux pinces primitives, dont l'assemblage du verrou avec la pince était fait à l'aide de vis et goupilles; ce même verrou, qui se remonte dans la mortaise (1) B, aussi facilement qu'il en a été démonté, s'engage dans l'ouverture oblique E de la branche opposée et vient faire une pression aussi rapprochée des mors qu'on le désire (*voir* F), avantage qui n'existait pas dans les anciennes pinces, dont l'usage a rendu de nombreux services depuis plus de quinze ans.

Le tout se compose de deux pièces, ce qui ne diminue en rien les avantages nécessaires de saisir des tissus volumineux et dans toute l'étendue du mors intérieur libre, ainsi qu'on le voit dans la figure ci-contre.

(Ces deux instruments sont renvoyés à M. Larrey.)

6° M. Mandl, cité dans la dernière séance par M. Velpeau pour ses opinions contraires à la spécificité de la cellule cancéreuse entre dans de longs développements sur le mode de formation des éléments organiques, cellules, lamelles et fibres.

(1) Mortaise qui peut être pratiquée dans tous les sens et de différentes formes.

RAPPORTS.

M. Robinet lit une série de Rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions défavorables sont adoptées.

— M. Pâtissier donne lecture d'un Rapport sur un Mémoire intitulé : *De l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'endocardite chronique coexistant avec le rhumatisme*, par M. le docteur Vesnière, médecin inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), et d'un autre par M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des eaux de Chaudes-Aigues (Cantal).

Les conclusions sont d'adresser des remercîments aux auteurs (Adopté).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 Octobre 1854. — Présidence de M. Combes.

Eaux minérales. — Observations sur la présence et la quantité d'arsenic contenu dans les eaux du Mont-Dore, de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat ; par *M. Thenard.*

« En retournant cette année aux eaux du Mont-Dore, j'avais d'abord l'intention d'en faire une analyse exacte, et d'analyser en même temps les sources qui en sont voisines ; savoir : celles de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat ; mais l'état de ma santé ne m'a pas permis d'exécuter ce projet. Je me suis borné à déterminer de nouveau la quantité d'arsenic contenu dans les eaux du Mont-Dore, à rechercher ensuite si les autres en contenaient aussi, et combien elles en pouvaient contenir. La présence de ce corps dans les eaux minérales doit avoir tant d'influence sur leurs effets, qu'on ne saurait, ce me semble, attacher trop d'importance à le doser exactement.

« J'ai toujours agi, dans chaque opération, sur 10 litres d'eau réduite par l'évaporation dans une bassine d'argent à environ 12 à 15 centilitres. Les eaux ainsi concentrées ont été conservées dans autant de petites bouteilles avec les dépôts auxquels elles avaient donné lieu ; puis elles ont été transportées au laboratoire de mon fils à Talmay, où, secondé par lui-même et par ses aides, MM. Rommier et Bouilhon, j'ai fait les recherches dont je vais avoir l'honneur de rendre compte.

« Nous avons d'abord examiné quels étaient les meilleurs procédés pour doser l'arsenic dans les eaux minérales, quand il s'y trouvait à l'état d'acide.

« Trois procédés ont été expérimentés ; ils ont donné de bons résultats.

« Le premier consiste à transformer l'arsenic en hydrogène arsénié dans l'appareil de Marsh par l'acide sulfurique pur et le zinc distillé, et à décomposer l'hydrogène arsénié par la chaleur. Seulement, il faut que le tube soit de verre vert, assez étroit, protégé contre le feu par une lame de clinquant et porté au rouge naissant; il faut même que l'opération soit conduite lentement : sans cela une petite partie d'hydrogène arsénié pourrait ne pas être décomposé. Il faut aussi introduire l'acide et la liqueur à analyser par un tube droit qui soit assez large pour que l'air s'en dégage aisément, et qui plonge presque au fond d'un petit tube en verre fermé à sa partie inférieure, d'un diamètre un peu plus grand que l'autre et d'environ 2 centimètres et demi de haut. Par ce moyen, on est sûr de ne perdre aucune bulle de gaz, et de pouvoir introduire les liqueurs, quand bien même elles contiendraient un léger dépôt en suspension.

« 8 milligrammes d'acide arsénieux bien sec et dissous dans l'acide chlorhydrique nous ont donné $6^{\text{milligr}},03$ d'arsenic; le calcul donne $0^{\text{milligr}},06$.

« Le second consiste à introduire dans le tube de verre vert qui doit être chauffé, une spirale en fil fin de cuivre rouge qu'on pèse avant et après l'expérience à une petite balance sensible à moins d'un quart de milligramme. Le cuivre contourné en spirale doit être avant tout porté au petit rouge dans un tuyau de fer où sera établi un courant de gaz hydrogène desséché par la potasse caustique; pour être certain qu'il soit bien décapé, on l'y laisse refroidir.

« Il est bon que le tube de verre soit assez long pour le pouvoir chauffer au moins à 450 degrés, là où sera le cuivre, et plus loin au rouge naissant, afin de décomposer à cette haute température les petites quantités d'hy-

drogène arsénié qui auraient pu ne pas être en contact avec le cuivre et échapper à son action.

« En opérant sur 8 milligrammes d'acide arsénieux comme dans l'épreuve précédente, on a trouvé que le poids de la spirale avait augmenté de $6^{\text{milligr}},07$.

« Le troisième procédé consiste à verser dans l'eau minérale un excès d'acide chlorhydrique, et à y faire passer un courant d'une grand excès de gaz sulfhydrique pur à la température d'environ 100 degrés, en évitant tout contact avec l'air, puis à remplacer le courant de gaz sulfhydrique par un courant de gaz carbonique pur pour chasser l'hydrogène sulfuré dissous, et enfin à laver le sulfure à plusieurs reprises par décantation avec de l'eau distillée bouillante. Les dépôts ne se font que lentement, et les liqueurs ne s'éclaircissent tout au plus qu'en vingt quatre heures. Avec du soin, on parvient à réunir tout le sulfure dans une petite capsule où on le fait dessécher, et qu'on pèse avant et après l'opération. Mais comme la dessiccation pourrait ne pas être parfaite, il vaudrait mieux transformer le soufre et l'arsenic en acides par l'action de l'eau régale, et estimer ensuite la quantité de soufre par le chlorure de barium, au moyen d'une liqueur titrée.

« Dans tous les cas, ceci suppose que l'oxyde de fer que pourrait tenir l'eau minérale ne soit pas peroxydé ; car il serait ramené à l'état de protoxyde par l'hydrogène sulfuré, et il y aurait par cela même dépôt de soufre. Je pense qu'un peu d'acide phosphoreux, mis en même temps que l'acide chlorhydrique, produirait cet effet.

« Ces premiers essais étant faits, chaque espèce d'eau minérale fut successivement examinée ; elles sont toutes plus ou moins gazeuses et plus ou moins salines.

Eau du Mont-Dore, source de la Madeleine, puisée par moi-même.

« C'est l'eau de cette source que l'on boit. Elle présente, en se refroidissant, un phénomène remarquable ; elle se trouble légèrement, et de styptique qu'elle est devient presque insipide. Le dépôt est d'un blanc légèrement gris. J'en avais recueilli assez pour l'analyser ; malheureusement, les quelques décigrammes que je m'étais procurés se sont perdus dans le voyage. Des essais antérieurs, mais qu'il faut répéter, me permettent, jusqu'à un certain point, de le regarder comme un composé de carbonates de chaux et de protoxyde de fer.

« La quantité d'arsenic dans l'eau du Mont-Dore a été déterminée par les trois procédés ci-dessus décrits. Le second, seulement, a été appliqué aux autres eaux. Comme l'eau du Mont-Dore contient du bicarbonate de soude, on y a versé d'abord, et peu à peu, un excès d'acide chlorhydrique pour le décomposer et dissoudre, autant que possible, le dépôt qui s'était formé par l'évaporation.

« L'opération, comme je l'ai déjà dit, a été faite sur 10 litres réduits à environ 15 centilitres.

« En décomposant l'hydrogène arsénié par la chaleur, on a obtenu $5^{\text{millig}},3$ d'arsenic, ce qui donne par litre $0^{\text{millig}},53$ d'arsenic, ou bien $0^{\text{millig}},812$ d'acide arsénique, ou bien encore $1^{\text{millig}},253$ d'arséniate de soude, par conséquent plus que je n'en avais trouvé d'abord.

« En le décomposant par une spirale de cuivre, on a obtenu $5^{\text{millig}},5$, ce qui confirme les résultats de l'expérience précédente. La spirale, en effet, pesait $4^{\text{gr}},164$ avant l'opération et $4^{\text{gr}},1695$ après ; elle était devenue d'un gris blanc dans le premier quart de sa longueur ; elle avait conservé au contraire tout son brillant et sa couleur naturelle dans le reste de sa longueur. Aucune trace d'arsenic ne s'était condensée dans la partie du tube, chauffée au rouge ; il ne s'en était manifesté non plus aucune, en allumant le gaz à l'extrémité du tube et exposant le jet enflammé au contact d'une capsule de porcelaine.

« Les résultats provenant de l'action de l'hydrogène sulfuré n'ont point été aussi nets que je l'aurais désiré et qu'ils pourraient l'être. La décomposition de l'acide arsenical a bien été complète ; car la liqueur, après l'opération, ayant été décantée, concentrée et soumise à l'épreuve de l'appareil de Marsh, n'a donné aucune tache. Le dépôt lui-même a pu être lavé avec soin et recueilli tout entier ; mais il n'a pu être qu'incomplétement desséché, même en plaçant la petite capsule qui le contenait déjà sec en apparence dans du sable chauffé à 60 degrés, et l'exposant à l'action d'un vide fait à quelques millimètres. Toutefois, une contre-épreuve ayant eu lieu avec 8 milligrammes d'arséniate de potasse parfaitement cristallisés, les résultats ont été sensiblement proportionnels, si ce n'est que le dépôt fait dans l'eau minérale avait un poids relatif un peu plus fort que celui de l'arséniate.

« C'est ce qui m'a fait dire précédemment qu'il valait beaucoup mieux transformer le soufre de sulfure en acide sulfurique, et estimer celui-ci par le chlorure de barium au moyen d'une liqueur titrée, en ramenant d'abord le fer qui serait peroxydé à l'état de protoxyde.

« Du moins, de l'expérience faite avec l'hydrogène sulfuré on peut tirer cette conséquence, que l'eau du Mont-Dore contient sans doute l'arsenic à l'état d'acide arsénique, et non point à l'état d'acide arsénieux ; car la décomposition n'a pas lieu immédiatement à la température ordinaire, et le dépôt a la couleur du persulfure d'arsenic. D'ailleurs, ce qui corrobore cette conséquence, c'est que, comme je l'ai déjà dit dans mon Mémoire du 5 juin 1853 (*Compte rendu*), on trouve, dans les réservoirs où séjournent les eaux, un dépôt rouge ocreux qui contient de l'oxyde de fer arséniaté.

« Non-seulement les eaux du Mont-Dore s'administrent en boisson, mais encore en bains entiers, en bains de pieds, en douches et en vapeur. C'est même aux bains de vapeur que MM. les docteurs Bertrand attachent le plus de prix ; c'est avec ces bains qu'ils obtiennent les meilleurs résultats.

« L'eau est portée à une forte ébullition dans des chaudières en fer. Des tuyaux conduisent la vapeur dans une grande chambre où se trouvent des gradins élevés les uns au-dessus des autres. C'est sur ces gradins que se placent les patients, les uns sur les plus hauts gradins où la température est d'environ 35 degrés, les autres sur les plus bas où elle n'est que d'à peu près 29 degrés. Quelquefois la vapeur est si intense, qu'on se voit à peine à un mètre de distance. On lui donne issue par des vasistas pratiqués au haut de deux des trois grandes croisées qui éclairent la salle d'aspiration. Il y a quelquefois aussi soixante à soixante-dix personnes qui respirent en même temps la vapeur. Des dispositions ont été faites, cette année, pour augmenter le nombre des salles de bains. Il serait à souhaiter que les choses fussent disposées de manière que l'on pût donner, dans des cabinets plus ou moins grands, des bains de vapeur à quelques personnes et même à une seule. On y trouverait cet avantage, qu'indépendamment de ce que l'on ne respirerait plus l'air exhalé de la poitrine de ses nombreux voisins, on pourrait n'aspirer la vapeur qu'au degré que l'on voudrait. La durée du bain est d'une demi-heure à une heure.

« Quoi qu'il en soit, on ne saurait mettre en doute les effets bienfaisants et quelquefois extraordinaires des bains de vapeur, tels même qu'ils sont administrés actuellement.

« Il était donc important de savoir si la vapeur n'entraînait pas avec elle quelques-uns des principes salins de l'eau minérale elle-même.

« M. le docteur Bertrand fils, m'ayant invité à m'occuper de cette recherche, je fis construire un appareil en fer-blanc propre à condenser et à recueillir une certaine quantité de vapeur.

« Cet appareil se composait d'un cylindre en fer-blanc, haut de 50 centimètres et large de 16 à 17 centimètres, fermé en bas et ouvert en haut ; une anse en fer servait à le porter ; on le remplissait presque entièrement de glace ; on le suspendait dans la salle de bain, à une hauteur assez grande pour qu'on ne pût pas l'atteindre, et bientôt la vapeur, se condensant sur les parois extérieures, coulait et se réunissait en gouttelettes dans un vase également en fer-blanc, un peu plus large que le précédent et qui s'y agrafait. C'est pendant l'administration même du bain que l'eau vaporisée a été condensée. Je me suis procuré ainsi environ 8 décilitres.

« Cette eau, au bout d'un mois, fut examinée. Elle sentait le vieux fromage, et avait laissé déposer quelques filaments qui ne purent être étudiés convenablement.

« D'ailleurs, elle était d'une limpidité parfaite. Essayée par le chlorure de barium, l'oxalate d'ammoniaque, le nitrate d'argent, elle se troubla très-sensiblement. Mise en contact avec le papier de tournesol légèrement rouge, elle le fit revenir au bleu. Elle contenait donc des traces de matières salines.

« Contenait-elle des traces d'arsenic? C'était probable. Mais il fallait le démontrer.

« On la fit réduire à quelques centilitres. Pendant l'évaporation, il se sépara des flocons rouges, légers, que je recueillis ; ils étaient en si petite quantité que je ne pus en déterminer la nature. Je sais seulement qu'ils contenaient de l'oxyde de fer qui provenait sans doute du vase lui-même ; car il avait été attaqué dans son fond extérieur et était couvert de rouille. Comment l'oxyde avait-il pu se dissoudre? Je l'ignore. C'est chose à revoir et à étudier.

« Quoi qu'il en soit, la liqueur réduite fut placée dans un petit appareil de Marsh et donna des traces très-sensibles d'arsenic.

« Que doit-on conclure de là? Que des globules d'eau minérale sont entraînés par l'effet d'une grande ébullition, et par conséquent qu'ils sont portés dans la poitrine des personnes qui respirent la vapeur.

« Avant de publier ces faits, j'aurais bien voulu pouvoir les constater de nouveau, d'autant plus que je n'étais pas dans la salle au moment de la condensation de la vapeur. Pour les admettre, il faut donc répéter l'expérience, et recueillir de l'eau au moment où la salle sera vide et lorsqu'elle renfermera un grand nombre de personnes aspirant la vapeur. Mais j'ai cru devoir dire ce que j'ai vu, pour mettre à même ceux qui voudront continuer mes recherches de le faire avec plus de succès.

« Il est un autre essai que j'ai tenté ; j'ai fait suspendre des écheveaux de fil de fer dans la salle d'aspiration, pensant que si les eaux contenaient un peu d'iodure de sodium, il s'en dégagerait pendant leur ébullition des

traces d'iode qui se combineraient au fer. J'ai quitté trop tôt le Mont-Dore pour emporter ces écheveaux ; ils seront essayés par M. le docteur Bertrand fils, inspecteur adjoint, qui possède à Clermont un laboratoire où il lui sera facile de reconnaître si la vapeur d'iode joue quelque rôle dans les effets des bains de vapeur.

Eaux de Saint-Nectaire, situées à environ 20 kilomètres du Mont-Dore.

« Ces eaux, qui donnent lieu à des incrustations de carbonate de chaux, si fines, si belles, si délicates, et dont l'action médicale est puissante, se composent de plusieurs sources.

« La quantité d'arsenic a été déterminée en employant la spirale de cuivre et en opérant, comme précédemment, sur 10 litres réduits à environ 12 centilitres.

« On a trouvé dans l'eau de Saint-Nectaire, haut du mont Cornador, $5^{millig},7$ d'arsenic, ce qui donne par litre $0^{millig},57$ d'arsenic, ou $0^{millig},873$ d'acide arsénique, ou bien encore $1^{millig},346$ d'arséniate de soude ;

« Dans l'eau de Saint-Nectaire bas, dite source Gros-Bouillon, $6^{millig},2$, ce qui donne par litre $0^{millig},61$ d'arsenic, ou bien $0^{millig},934$ d'acide arsénique, ou bien encore $1^{millig},441$ d'arséniate de soude ;

« Et dans l'eau de Saint-Nectaire, source Boëte, $8^{millig},2$ d'arsenic, ce qui donne par litre $0^{millig},82$ d'arsenic, ou $1^{millig},256$ d'acide arsénique, ou bien encore $1^{millig},935$ d'arséniate de soude.

« Les deux premières me furent remises par M. Vernière, inspecteur des eaux, et la dernière par le propriétaire de la source.

Eau de Royat, puisée par moi-même.

« Ces eaux, très-abondantes et situées près de Clermont, ne contiennent que $3^{millig},5$ d'arsenic, ce qui donne par litre $0^{millig},35$ d'arsenic, ou bien $0^{millig},536$ d'acide arsénique, ou bien encore $0^{millig},827$ d'arséniate de soude.

Eau de la Bourboule, puisée par moi-même.

« Les eaux de la Bourboule, situées à environ 4 kilomètres du Mont-Dore, sur la Dordogne, se composent de plusieurs sources peu abondantes. Je n'ai fait de recherches que sur celle que l'on emploie pour les bains ; elle ne fournit qu'environ 28 litres par minute, mais sa température est de 52 degrés. J'ai été étonné de la quantité d'arsenic que j'y ai trouvée. Nous en avons retiré d'un seul litre, réduit à quelques centilitres, $8^{millig},5$, ce qui donne par litre $13^{millig},02$ d'acide arsénique, ou bien $20^{millig},09$ d'arséniate de soude. L'opération avait d'abord été faite sur 10 litres, réduits à environ 12 centilitres ; mais la quantité d'arsenic était telle, qu'il s'en était dégagé à l'extrémité du tube, quoiqu'on fît usage du second procédé, c'est-à-dire plus de quinze fois autant que de celle du Mont-Dore.

« Les eaux de la Bourboule ont une très-grande action sur l'économie animale. Il paraît qu'on les emploie avec beaucoup de succès dans les maladies cutanées, et qu'elles sont souveraines contre les affections scrofuleuses. La haute température à laquelle on les administre, et les sels qu'elles contiennent, peuvent avoir une influence marquée sur les résultats obtenus. Mais c'est à l'arséniate de soude qu'elles doivent sans doute les cures remarquables qu'elles opèrent. Il serait important de voir si, en ajoutant une quantité convenable d'arséniate de soude aux eaux du Mont-Dore, on obtiendrait les mêmes résultats. Je suis fort disposé à le croire.

« L'arsenic est un si puissant agent, que même, à des doses extrêmement minimes, il doit agir, surtout quand le patient prend pendant dix-huit à dix-neuf jours consécutifs, comme au Mont-Dore, dans la même journée : un bain entier d'une heure le matin, puis un bain de vapeur de trois quarts d'heure à une heure, ensuite trois à quatre verres d'eau à la température de plus de 40 degrés, enfin un bain de pieds très-chaud, et quelquefois une douche. L'eau pénètre en lui partout : par l'estomac, par les pores, par la poitrine. Si elle contient quelque principe actif, elle ne doit pas être sans effet ; elle en doit produire de salutaires ou de nuisibles. Aussi, MM. les docteurs Bertrand, qui connaissent si bien la valeur médicale de leurs eaux, ne permettent-ils de les prendre qu'après l'examen le plus attentif, et, plus d'une fois, ils se sont refusés à admettre à leurs bains des personnes qui, de bien loin, venaient s'y rendre.

« Il est donc prouvé que l'arsenic existe à l'état d'arséniate de soude dans les sources minérales qui avoisinent le Mont-Dore, comme dans celles du Mont-Dore même, qu'il y existe en quantité diverse, et quelquefois en quantité qu'on peut dire grande, comme dans celles de la Bourboule.

« MM. Chevalier et Goblet en ont déjà signalé la présence dans huit espèces d'eaux minérales.

« M. Bouquet, dans un mémoire que je ne connaissais que par extrait des *Comptes rendus* du 14 août 1854, avant la lecture du mien, mais qui me paraît très-remarquable, l'a trouvé dans plusieurs autres ; il en a même déterminé la quantité exactement (1).

« Quelques autres chimistes l'ont également extrait de sources diverses.

« Il suit de là que, désormais, on devra rechercher avec soin l'arsenic dans les eaux minérales qu'on analysera ; il ne se trouvera probablement qu'à l'état d'arséniate dans les eaux salines.

« Mais si on le rencontrait dans quelques eaux sulfureuses, il pourrait y être à l'état de sulfure arsenical dissous dans le sulfure alcalin que l'eau contient quelquefois.

« Maintenant, si l'on considère qu'il peut exister dans les eaux plusieurs autres substances qu'on ne soupçonnait pas autrefois ; que quelques-unes d'entre elles sont très-actives, et qu'il serait impossible qu'on y en découvrît de nouvelles, on en tirera cette conséquence, qu'il faut refaire l'analyse, du moins des principales eaux minérales, dans l'intérêt de la science médicale. Mais ce travail long, pénible, difficile, ne pourrait être confié qu'à des personnes qui connaissent toutes les ressources de la chimie et de la géologie.

« Il serait digne de l'Académie de le provoquer et de s'y associer, et je m'empresserais d'en faire la proposition dans une séance secrète où elle serait discutée, si j'avais l'espérance de la voir appuyée par quelques-uns de mes honorables confrères. On trouverait dans ce travail, exécuté sous les auspices de l'Académie, l'emploi très-utile d'une partie des fonds Montyon ; ils seraient parfaitement appliqués à leur destination. »

Effets de la foudre.

M. Boudin lit un Mémoire intitulé : *Recherches sur le nombre des victimes de la foudre et sur quelques phénomènes observés sur les individus frappés.* Les *Comptes rendus* en publient l'extrait suivant fait par l'auteur :

« Le nombre des victimes de la foudre est assez restreint, disait M. Arago, pour qu'on puisse regarder comme faible la chance de périr par le tonnerre. Les journaux de 1805 n'annoncèrent pas de coup de tonnerre mortel en France. En 1806, ils ne parlèrent que de la mort de deux enfants ; en 1807, ils ne citèrent que deux agriculteurs foudroyés ; en 1808, ils ne firent mention que d'un batelier tué. »

Voilà quelle était l'opinion de M. Arago.

Selon M. Kamtz, la crainte du tonnerre ne tient qu'à des préjugés inculqués aux enfants par des parents ignorants.

En regard de l'opinion de ces deux savants, si nous interrogeons les faits, nous trouvons que, dans la courte période de 1835 à 1852, la foudre n'a pas tué moins de 1,308 personnes en France.

Nous ne parlons que des individus *tués roide.* Quant à nos documents, nous les avons puisés dans les archives du Ministère de la justice, par conséquent aux sources les plus officielles ; le nombre des individus tués par la foudre s'est élevé, en 1835, à 111, en 1847 à 108. Mais il est évident que les personnes tuées roide sont loin de résumer à elles seules toutes les victimes de la foudre. En 1797, Volney comptait aux États-Unis, dans un seul trimestre, 17 personnes tuées par la foudre et 84 gravement blessées. Partant de cette base, nous pensons que le nombre des individus frappés par la foudre doit être au moins trois fois plus considérable que celui des personnes tuées sur le coup. Il suivrait de là que la moyenne des individus foudroyés en France dépasserait annuellement le chiffre de 200.

En consultant d'autres documents officiels, nous avons trouvé les nombres annuels moyens ci-après de personnes tuées roide par la foudre dans d'autres pays : en Belgique, 3 ; en Suède, 9,64 ; en Angleterre, 22. Nous avons construit une carte géographique résumant la répartition par départements des morts causées par la foudre. Il résulte de ce document :

1° Qu'aucun département n'échappe complétement aux accidents de la foudre ; 2° que les accidents sont très-irrégulièrement partis entre les divers départements ; 3° que le maximum des morts par fulmination correspond aux départements qui concourent à former le plateau central de la France et à quelques autres départements montagneux : ainsi, dans la période que nous avons examinée, nous trouvons 2 décès dans l'Eure, 3 dans l'Eure-et-Loir et le Calvados, tandis qu'il s'élève à 20 dans le Cantal, à 24 dans l'Aveyron, à 27 en Corse, à 38 dans Saône-et-Loire, à 44 dans la Haute-Loire, à 48 dans le Puy-de-Dôme. L'altitude semble jouer un rôle important.

D'après 29 cas de foudre tombée à bord des navires à *diverses époques de l'année,* M. Arago concluait : « Qu'en mer les tonnerres des mois chauds sont beaucoup moins dangereux que ceux des saisons froides. »

En examinant 103 coups de foudre tombée en France sur des personnes, nous avons trouvé la répartition suivante : janvier, 0 ; février, 0 ; mars, 4,

(1) Le Mémoire de M. Bouquet vient de m'être remis en manuscrit ; il sera sans doute incessamment publié.

avril, 6; mai, 8; juin, 22; juillet, 13; août, 19; septembre, 14; octobre, 15; novembre, 0; décembre, 0.

Il suivrait de là qu'au moins en France, les quatre mois les plus froids de l'année seraient à peu près exempts de décès par fulmination.

En ce qui regarde les *sexes*, 100 individus foudroyés en France nous ont donné : 67 hommes, 23 personnes dont le sexe n'est pas indiqué, et seulement 10 femmes. En Suède, nous avons trouvé 5 hommes foudroyés contre 3 femmes; en Angleterre, 32 hommes et 11 femmes.

Le maximum des personnes tuées par *un seul coup* de foudre dans les documents que nous avons pu consulter n'a pas excédé le nombre de 8 ou 9.

Les *animaux* sont beaucoup plus maltraités que l'espèce humaine. Dans un grand nombre de cas, des troupeaux entiers ont péri par un seul coup de tonnerre. Selon M. Abbadie, un seul coup de foudre aurait tué en Ethiopie deux mille moutons.

Dans une foule de circonstances, le berger, le cavalier, le chasseur, sont épargnés, alors que la foudre frappe les bestiaux, les chevaux, les chiens.

Sur 107 individus tués par la foudre, de 1843 à 1854, nous en trouvons 21 signalés comme ayant péri *sous des arbres*. Mais il importe d'ajouter que le lieu de la mort n'est pas toujours précisé : d'où l'on peut inférer que, sur les 1308 personnes tuées roide en France, de 1835 à 1852, 500 au moins auraient pu échapper à la mort en ne se réfugiant pas *sous des arbres*. De tels faits nous paraissent mériter d'être vulgarisés.

Les *incendies* causés par la foudre atteignent un chiffre très-élevé; leur nombre s'est élevé à 8 en une seule semaine pour les départements de la Meuse, de la Moselle, de la Meurthe et des Vosges. A lui seul, le petit royaume de Wurtemberg a présenté, de 1841 à 1850, 117 incendies par la foudre.

La foudre cause à la marine des pertes immenses. De 1829 à 1830, dans une période de *quinze mois*, 5 bâtiments de la marine royale anglaise ont été foudroyés; les vaisseaux *la Résistance* et *le Loup-Cervier* ont complétement disparu après quelques coups de tonnerre. Il résulte des rapports officiels du gouvernement anglais, que les dommages causés autrefois par la foudre à la marine royale ne s'élèvent pas à moins de 6,000 à 10,000 livres sterling annuellement (150,000 à 250,000 francs). Dans 200 cas de fulmination, 300 matelots ont été tués ou blessés; 100 grands mâts, du prix de 1,000 à 1,200 livres sterling (25,000 à 30,000 francs) chacun, ont été entièrement ruinés. Dans la seule période de 1810 à 1815, la foudre a mis hors de service 35 vaisseau de ligne et 35 frégates ou autres navires de moindre importance. Or, depuis que tous les bâtiments de la marine royale ont été pourvus de paratonnerres, les rapports officiels n'ont plus signalé aucun dommage causé par la foudre.

On a souvent répété que le tonnerre ne met pas le feu à la poudre contenue dans les magasins. Nous n'avons qu'une objection à faire : la foudre a mis le feu au magasin à poudre de Tanger, le 4 mai 1785; au magasin de Luxembourg, le 26 juin 1807; au magasin de Venise, le 9 novembre 1808; enfin, la foudre, en tombant, en 1769, sur le magasin à poudre de Brescia, a détruit la sixième partie des édifices de cette ville, et causé la mort de 3,000 personnes.

Ces faits suffisent, pensons-nous, pour démontrer l'étendue du mal et la nécessité de s'en occuper sérieusement. Dans une seconde lecture, nous résumerons la symptomatologie si intéressante des accidents causés par la foudre, ainsi que l'état de la science sur l'anatomie pathologique de ces accidents. Toutefois, nous demandons la permission d'appeler dès aujourd'hui l'attention de l'Académie sur deux points aussi importants que curieux de l'histoire médicale de la fulmination; nous voulons parler : 1° des images (peut-être photographiques) produites sur des hommes foudroyés; 2° de la mort debout. (Les *Comptes rendus* sont muets sur l'étude de ces deux phénomènes.)

Choléra.

M. Boubée adresse une nouvelle Note sur la préservation, par les roches compactes ou imperméables, contre l'influence cholérigène.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Séance solennelle de rentrée de la Faculté.

La Faculté a commencé aujourd'hui ses travaux par une séance solennelle, suivant le cérémonial habituel. M. Bérard, ainsi que nous l'avions annoncé, a prononcé l'éloge d'Orfila, et nous n'apprendrons rien à nos lecteurs, qu'ils n'aient prévu déjà, en leur disant que ce discours a été couronné de justes et unanimes applaudissements.

Nous ne pouvons aujourd'hui que joindre nos applaudissements à ceux du public; mais conformément à notre inébranlable règle, nous nous proposons d'apprécier le discours de l'éminent professeur avec toute la liberté que comportent les circonstances dans le jugement à porter sur Orfila, car le temps n'est pas encore venu de le juger *complétement et définitivement*, et ce temps est peut-être moins encore venu pour M. Bérard que pour tout autre.

Après le discours de M. Bérard, M. le professeur Gavarret a proclamé les noms des lauréats.

Prix Corvisart (médaille d'or).

M. Costa de Serdà (Henri-Jules), de Paris.

Mention honorable (médaille d'argent).

M. Henry (Emmanuel-Ossian), de Paris.

Prix Monthyon (médaille d'or).

M. Lorain (Paul), de Paris.

Mention honorable (médaille d'argent).

M. Remilly (Émile), de Versailles.
M. Clin (Ernest-Marie), de Beauvais.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix (médaille d'or).

M. Henry (Alfred-Alexandre), de Nanterre.

1er *prix* (médaille d'argent).

M. Letellier (Louis-Édouard), de Favernay (Haute-Saône).

2es *prix*.

MM. Barnier (Jean-Baptiste), de Saillans (Drôme).
Poisson (Louis-Pierre), de Paris.

Mentions honorables.

MM. Desnos (Louis-Joseph).
Voisin (Auguste-Félix).

Concours pour une place de chimie à l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

Un chimiste qui, depuis plus de trente ans, a donné les preuves les plus constantes de son zèle scientifique et de son habileté, termine aujourd'hui volontairement sa carrière professorale. M. Lassaigne vient de résigner ses fonctions de professeur à l'École d'Alfort. Par suite de cette démission, M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a publié le programme suivant :

Programme d'un concours qui sera ouvert le 24 février 1855, à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, pour une place de professeur de physique, chimie, matière médicale et pharmacie, vacante à cette École.

1re *séance :* Rédaction d'un Mémoire sur des questions de physique ou de chimie, dans leurs rapports avec la médecine vétérinaire.
2e *séance :* Leçon sur la physique.
3e *séance :* Leçon sur la chimie.
4e *séance :* Leçon sur la matière médicale et la pharmacie.
5e *séance :* Exercices pratiques sur la chimie et la pharmacie.

Les concurrents seront tenus de se faire inscrire, avant le jour fixé pour l'ouverture du Concours, à la direction de l'École vétérinaire d'Alfort, et de justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français, qu'ils sont libérés du service militaire, ou ont obtenu de l'autorité militaire un congé pour se présenter au Concours dans le cas où ils serviraient dans l'armée; enfin de produire, aux termes de l'article 8 de l'ordonnance royale du 1er septembre 1825, qui régit la constitution des Écoles vétérinaires, le brevet de vétérinaire qu'ils auront obtenu dans l'un de ces établissements.

(*Pour toutes les variétés scientifiques :* H. de Castelnau.)

— M. Becquerel, agrégé en exercice, chargé par la Faculté de suppléer M. le professeur Duméril, commencera le Cours de pathologie interne dans le grand amphithéâtre, le vendredi 17 novembre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants.

BIBLIOGRAPHIE.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur ABEILLE, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. FLEURY, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, auteur du *Compendium de médecine.* — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 137. 2e année. Samedi 18 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. ; 6 mois, 12 fr. ; 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64, 72, 76 et 79.)

HUITIÈME LEÇON.

Nous avons essayé, dans notre dernière séance, de définir la *sécrétion,* cette propriété essentielle des glandes, localisée dans un tissu élémentaire (la cellule) qu'on retrouve toujours lorsqu'on étudie cette propriété, soit dans les animaux, soit dans les végétaux. Nous avons indiqué quelques-uns des produits de sécrétion que nous avons divisés en deux classes : les uns qui sont conduits au dehors et ne peuvent rentrer dans le sang, les autres qui sont introduits dans le sang d'où ils ne doivent pas sortir. Enfin, nous avons établi qu'on ne devait point confondre l'*excrétion* avec la *sécrétion.*

Aujourd'hui nous étudierons les propriétés des produits sécrétés chez les animaux principalement, et il importe d'abord de savoir que les sécrétions sont différentes dans les animaux et dans les végétaux ; non pas que les stimulants des milieux extérieurs varient, mais parce que les animaux seuls sont doués d'un système nerveux qui réagit sur les glandes. On ne peut modifier les phénomènes des sécrétions chez les animaux qu'en passant par le système nerveux. Chez eux, les sécrétions n'existent qu'à deux conditions, l'intégrité des propriétés vitales de la glande et celle du système nerveux, agent excitateur ; ainsi la salive, le suc gastrique, ne peuvent être formés aux dépens des éléments du sang que par l'intermédiaire du système nerveux. La *sécrétion,* en un mot, est un *phénomène vital ;* les produits de sécrétion sont des corps qui n'existent pas tout formés dans la nature, et qui ne se trouvent que dans les êtres vivants. Ces produits ont des propriétés que nous allons étudier ; nous verrons comment le suc gastrique, le suc pancréatique, dissolvent les aliments, comment le sucre se décompose en acide lactique, etc., et sert à la respiration. Ces substances ne peuvent être formées que par un acte vital, mais une fois qu'elles sont produites, elles fonctionnent d'une façon tout à fait indépendante de la vie ; le suc gastrique contient la *pepsine ;* or la *pepsine* est produite par un acte vital ; mais une fois que ce liquide est versé dans l'estomac, on peut le mettre dans un verre, dans un vase quelconque, et il agit alors tout à fait en dehors de l'influence du système nerveux ; son action rentre entièrement dans les phénomènes chimiques ordinaires.

Il faut donc distinguer, dans l'économie, deux ordres de phénomènes chimiques : les uns qui dépendent et les autres indépendants du système nerveux, les seconds n'étant que le résultat des premiers. Cependant, tous les éléments des sécrétions sont puisés dans le sang ; or, le sang ne se forme que sous l'influence du système nerveux, l'albumine et la fibrine ne s'introduisent pas directement dans le sang, elles n'y pénètrent que par suite de l'action des nerfs ; c'est ainsi que le système nerveux domine tout dans l'économie animale.

Les liquides qui existent dans les êtres vivants sont très-variés quant à leurs apparences et à leurs propriétés, les uns sont incolores, les autres sont colorés, il en est (comme le sang) qui tiennent en suspension certaines substances. Ces liquides sont aussi très-différents les uns des autres par leurs caractères chimiques ; ils ne sont jamais caustiques et se rapprochent toujours plus ou moins de la neutralité. Généralement, ces liquides sont acides, alcalins ou neutres. On avait cru autrefois qu'on pouvait établir sur ces caractères la classification de ces liquides. Berzelius avait distingué les liquides en alcalins qui, selon lui, étaient les liquides sécrétés, et en acides qui étaient les liquides excrétés ; cette distinction n'est pas fondée ; ainsi l'excrétion urinaire est acide chez les carnivores et alcaline chez les herbivores. Le suc gastrique est très-acide et n'est pas cependant destiné à l'excrétion. Pourtant on peut dire que la réaction chimique est une propriété fixe dans les sécrétions et non dans les excrétions ; ainsi le suc gastrique est toujours acide, l'urine ne l'est pas toujours.

Il y a, dans les liquides animaux, certaines propriétés chimiques très-importantes ; ils sont tous constitués par deux ordres de matières : les unes inorganiques, les autres organiques. Sous quel état les matières inorganiques se rencontrent-elles dans le sang ? Elles n'y sont jamais à l'état de liberté.

Les réactions ne se passent pas dans l'économie comme dans le laboratoire. Si l'on prend le sérum du sang et qu'on y ajoute deux substances bien connues, on verra qu'elles ne se comporteront pas comme on aurait cru. Si l'on met du chlorure de fer, il se dissoudra dans le sang ; or on sait qu'il a la propriété de se combiner avec le prussiate de potasse ; si l'on fait, d'un autre côté, la même expérience avec de l'eau, on peut s'attendre à ce que, dans l'un et dans l'autre cas, le prussiate de potasse avec le sel de fer produise du bleu de Prusse. Eh bien, les choses ne se passent pas de même dans l'eau et dans le sérum. Dans l'eau, la réaction a lieu, la liqueur devient bleue ; dans le sérum, rien de semblable ne se produit.

Pourquoi ? Quelle est l'action qui intervient ici ? On voit qu'on se tromperait si l'on croyait, en introduisant du prussiate de potasse dans une veine et du chlorure de fer dans l'autre, que l'on produira du bleu de Prusse. J'ai fait cette expérience sur des animaux, et j'ai vu que ces deux substances pouvaient circuler dans le sang, sans produire d'accidents. Quelle explication peut-on donner de ce fait ? En voici une : les substances métalliques ne se trouvent jamais à l'état libre dans le sang ; si l'on introduit du fer dans le sang, il se combine, et le sel de fer acquiert des propriétés particulières. Le fer doit être précipité

dans les dissolutions alcalines; or le sérum est alcalin, et pourtant, le fer n'y est pas précipité; on a dit qu'il se produisait là un albuminate : cette combinaison est assez stable pour ne pas être détruite lorsqu'on ajoute du prussiate de potasse; elle ne se produit que lorsqu'on introduit d'abord le fer dans le sérum. Si c'est le prussiate de potasse qu'on a introduit d'abord, lorsqu'on ajoute le chlorure de fer, la réaction a lieu; c'est qu'ici la combinaison du fer avec le sang n'a pas eu le temps de se faire; il a rencontré aussitôt le prussiate de potasse et s'est combiné avec lui.

C'est donc une des propriétés des liquides animaux, de rendre solubles des matières inorganiques qui, sans eux, ne seraient pas solubles. Cette propriété est une des plus importantes, sans elle, il serait impossible que ces substances pénétrassent dans le sang. Le fer ne pourrait pas être introduit dans l'économie s'il n'avait été préalablement combiné avec le sérum. On administre, en médecine, le fer, et il est certain que le fer pénètre dans l'économie, puisqu'on le retrouve dans le sang; mais il n'y est pas admis à l'état de lactate ou de carbonate; il se combine d'abord avec les matières organiques et, à ce titre, il est introduit dans le courant circulatoire.

Ainsi, les liquides animaux ont la propriété de dissoudre les matières métalliques et de dissimuler ainsi la présence de ces métaux. C'est pour cela que, pour l'analyse des substances organiques, il convient de les brûler. Les substances métalliques ne pourront donc entrer dans l'économie qu'à la condition qu'elles seront unies à des substances organiques. Quand on donne à un malade un sel de fer, les 9/10 en sont excrétés, 1/10 s'unit aux matières organiques des liquides intestinaux (suc pancréatique par exemple) et est ainsi absorbé. C'est aussi grâce à la persistance de cet état nouveau que le fer ne sera pas éliminé de l'économie. Il est des substances qui ne se combinent pas avec les matières organiques et qui ne peuvent, par conséquent, demeurer dans l'économie; tel est le prussiate de potasse : si on l'introduit dans le sang, il n'y reste pas; administré à un animal, il est expulsé au bout d'une demi-heure. Une infinité de substances médicamenteuses sont dans le même cas; elles ne sont pas assimilées et sont promptement éliminées. Le fer, la chaux, la silice, sont assimilables. Si l'on injecte une petite quantité de fer dans le sang, il n'en sortira que ce qui sera en excès après saturation. Les sels de chaux, la silice, peuvent être rendus solubles par les matières organiques. Si l'on met de la silice (pierre à fusil) dans de l'eau sucrée, il s'en dissout une certaine quantité; cette eau sucrée étant bue, il arrive que la silice qu'elle a dissoute est absorbée (le sucre est une matière organique). Ce n'est pas tout : prenons, par exemple, la silice introduite dans l'économie, et supposons que le sucre auquel elle est unie vienne à se détruire par fermentation, alors la silice se précipitera; c'est ainsi qu'on la rencontre déposée dans certains organes. De même, certains sels terreux sont précipités dans les os et constituent ainsi la charpente du corps, etc. Ce n'est que par un artifice semblable que ces substances ont pu s'introduire dans l'économie. Si, après avoir dissous de la silice dans de l'eau sucrée, on ajoute de la levûre de bière, le sucre disparaît et la silice se précipite et se cristallise sur les parois du vase, n'est-il pas permis de croire que la silice se précipite de même dans l'organisme, quand la matière organique qui la dissimulait vient à être détruite? Les matières inorganiques n'existent donc jamais à l'état de liberté dans l'économie, si ce n'est après que, séparées des matières organiques qui les avaient dissoutes, elles viennent à être précipitées.

A côté de ce phénomène, il en existe un autre d'un ordre tout différent, la *fermentation*, qui est un phénomène catalytique; telle est la transformation des matières grasses dédoublées en glycérine et en acides gras, celle du sucre transformé en acide lactique, etc. Ces phénomènes s'accomplissent dans l'économie, comme en dehors d'elle. Si l'on injecte dans le sang d'un animal de la levûre de bière et du sucre, la fermentation alcoolique a lieu, et l'animal meurt dans l'ivresse; en distillant son sang, on en extrait l'alcool; généralement les fermentations s'accomplissent mieux dans les liquides animaux que dans l'eau. L'émulsine est un ferment, et l'amygdaline s'extrait des amandes amères; l'émulsine, en agissant sur l'amygdaline, produit l'acide prussique; eh bien, qu'on introduise dans le sang d'un animal l'une et l'autre substance, et la mort sera instantanée; l'émulsine introduite seule ne produit aucun effet nuisible; il en est de même de l'amydaline seule; mais le produit de ces deux substances tue. Si l'on introduit dans une veine du col, chez un lapin, de l'émulsine, et que dans une veine de la jambe on lui mette de l'amygdaline, au bout de quelques instants il pousse un cri et meurt. Quand on ouvre l'animal, on sent partout l'odeur de l'acide prussique. Il y a donc des phénomènes chimiques qui se passent dans l'économie comme ils se passent au dehors. La fermentation est un intermédiaire entre les phénomènes chimiques purs et les phénomènes vitaux. Il faut, pour que la fermentation ait lieu, une certaine température; cette température ne peut pas être de moins de + 10°; au delà d'une certaine température l'action cesse.

Pour le suc gastrique qui contient un ferment (la pepsine), la température la plus favorable varie entre + 35 et 40° (la température de l'estomac est de + 38 à 39°); si l'on dépasse + 40°, le ferment diminue d'action; à + 45 et 50, il a perdu son activité et ne la reprend plus; si l'on a abaissé sa température, il peut au contraire, à mesure qu'elle se relève, redevenir actif. Ainsi la température de l'organisme est indispensable à l'action des ferments.

Il existe, dans les êtres vivants, un autre ordre de phénomènes chimiques : ce sont les phénomènes d'oxydation. Certaines substances, introduites dans l'économie, y prennent de l'oxygène. De même, certaines substances y perdent une partie de l'oxygène avec lequel elles étaient combinées; ainsi du proto-sulfate de fer, injecté dans les voies, sera éliminé par les urines, à l'état de proto-sulfate; mais le persulfate est éliminé à l'état de proto-sulfate, il s'est désoxydé. Ces phénomènes, encore mal connus, appellent de nouvelles expériences.

Ainsi l'on observe, dans l'économie, plusieurs espèces de phénomènes chimiques : les uns sont purement chimiques, les autres sont physiologiques; parmi ceux-ci nous rangeons la fermentation qui appartient plus spécialement aux êtres vivants, c'est ce dernier phénomène que nous étudierons surtout, montrant jusqu'à quel point il est sous la dépendance du système nerveux.

P. LORAIN.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE CIVILE.

Hernie étranglée inguinale externe, opérée par le procédé ordinaire. — Guérison.

Par le Dr LÉON SORBETS, d'Aire (Landes).

L'étranglement herniaire est un accident qui nécessite une des opérations les plus graves de la chirurgie, le débridement. Quand, par les moyens ordinaires, un chirurgien n'est pas parvenu à réduire une hernie étranglée, quand les signes d'étranglement existent à un haut degré et menacent d'emporter le malade, cette opération lui reste comme ressource ultime.

Il est des circonstances qui diminuent ou augmentent la gravité de la herniotomie.

Si la hernie est récente, peu volumineuse, sans adhérences du sac avec l'intestin, se montrant chez un adulte bien portant d'ailleurs, toutes ces circonstances constituent autant de chances pour le succès de l'opération.

Mais si, au contraire, on a affaire à une hernie ancienne, assez volumineuse, dont l'étranglement remonte à quelques jours, hernie dont le sac a contracté des adhérences intimes avec l'intestin, et le collet du sac avec l'anneau inguinal; si, de plus, cette hernie se montre chez un malade affaibli déjà par les accidents herniaires, ce sont là tout autant de circonstances défavorables, et qui ne doivent cependant pas arrêter le chirurgien qui voit une dernière ressource dans l'opération. Quoi qu'il arrive,

et quoique, dans ce cas, la guérison soit l'exception et la mort la règle, il doit la tenter en s'entourant de toutes les mesures propres à en faciliter le succès.

De tout temps, on a proposé une foule de procédés pour la cure radicale des hernies. Les anciens employaient la ligature du sac herniaire, la suture royale et la cautérisation pour guérir les hernies simples et libres. Ces divers procédés ont été abandonnés avec raison depuis J.-L. Petit.

Le débridement en dedans du sac est généralement adopté aujourd'hui. Cependant Franco, Ambroise Paré, Jean Louis Petit, avaient préconisé le débridement en dehors du sac dans l'étranglement herniaire. Cette méthode a eu en Angleterre des partisans parmi lesquels on compte Astley Cooper et le docteur James Duncan.

Desault avait pendant quelque temps réhabilité le procédé de la ligature du collet du sac.

De nos jours, on a inventé de nouveaux procédés. Nous ne les signalerons que pour mémoire. C'est l'invagination scrotale du professeur Gerdy, et l'injection iodée dans le sac, proposée par M. Jobert.

M. Valette (de Lyon), reprenant le procédé d'invagination dermique du professeur Gerdy, a voulu perfectionner cette méthode, en donnant des attaches plus solides et plus fixes à la peau invaginée, à l'aide de la cautérisation de l'anneau inguinal.

A son tour, le docteur Belmas avait essayé d'oblitérer le collet du sac herniaire à l'anneau aponévrotique externe.

M. le professeur Malgaigne, à qui la science est redevable d'importants travaux sur les hernies, fait l'incision, non sur le sac et le scrotum, mais sur le lieu même où paraît siéger l'étranglement.

Enfin, M. Bonnet (de Lyon) a proposé une méthode très-ingénieuse qui consiste à piquer des épingles près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires ; ces épingles doivent maintenir en contact les parois du sac, et rester en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive se soit développée.

Chacun de ces procédés, excellent peut-être pour des cas déterminés, ne peut pas être érigé en méthode générale. Il faut avoir recours, dans le plus grand nombre des cas, au procédé ordinaire, tel que le décrit le professeur Malgaigne dans son *Manuel de médecine opératoire*. C'est ce procédé que nous avons mis en usage. Il nous a permis de triompher de certaines difficultés propres à la hernie, qui fait le sujet de l'observation suivante :

Larrieu (Marguerite), née à Aire (Landes), mariée, âgée de 62 ans, sentit, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un fardeau, une tumeur dans la région inguinale gauche. Ne connaissant pas le danger auquel l'exposait cette tumeur, elle ne voulut jamais consentir à porter un bandage. Cependant, comme cette tumeur était, pour elle, une cause de gène, elle essayait de la réduire ; elle n'y parvint jamais complétement.

Pendant l'espace de vingt ans, cette hernie inguinale, qui n'a jamais été contenue d'une manière méthodique, a donné lieu, par deux reprises, à des coliques assez violentes et à quelques vomissements.

Les moyens ordinaires ont suffi pour triompher de ces accidents. Ce n'est que depuis un an environ que cette malade porte un mauvais bandage qu'elle a confectionné.

Le lundi 11 septembre, à la suite d'un violent effort, Marguerite Larrieu sentit sa tumeur descendre plus que de coutume. Elle éprouva en même temps une douleur très-vive dans le ventre; partie de la région inguinale gauche, cette douleur s'irradia dans tout l'abdomen.

Le mardi 12, la scène s'ouvre par des vomissements; elle rend deux lombrics, puis trois avec les liquides qui constituent sa boisson ; les vomissements changent de nature : aux vomissements glaireux succèdent les vomissements verdâtres.

Appelé, le jeudi 14, près de la malade, je constatai : sensibilité vive et météorisme de l'abdomen ; vomissements bilieux ; hernie inguinale externe, du côté gauche, dure, indolente ; figure anxieuse ; pouls petit, fréquent ; constipation opiniâtre ; insomnie.

Rapportant les accidents à la hernie, mon premier soin est, de concert avec mon père, de pratiquer le taxis. Une heure s'écoule, nous ne pouvons pas obtenir la réduction de la tumeur.

Prescription : Bain entier prolongé ; lavement.

Le lendemain, nouvelle tentative de réduction ; nouvel insuccès. — Diète, bain prolongé ; huile de ricin (60 gr.) administrée par cuillerée, toutes les heures.

L'huile de ricin n'amène que des vomissements. Constipation opiniâtre. Le ventre est tendu, météorisé, très-sensible ; le pouls petit, très-fréquent. — Application de 15 sangsues sur l'abdomen, au voisinage et non sur la tumeur; frictions, à la base de la tumeur, avec la pommade belladonée ; cataplasmes de farine de graine de lin. Cette médication n'amène aucun résultat.

Le mercredi 20, dans la nuit, les vomissements stercoraux commencent.

Les jeudi et vendredi, trois vomissements de matières fécales. La matière du vomissement est liquide, noirâtre, répandant une odeur caractéristique.

Le samedi, la malade a vomi deux fois. Même nature des vomissements. Le pouls, assez fréquent (98), s'est relevé. La malade paraît cependant accablée ; elle n'a pris aucune espèce d'aliments depuis le 11. La constipation est toujours opiniâtre ; insomnie.

Pour aider les manœuvres de réduction, nous avions mis en usage des frictions belladonées sur la tumeur ; des réfrigérants, des lavements ; cataplasmes émollients et bains prolongés. Les applications de sangsues étaient surtout dirigées contre l'inflammation péritonéale.

Ces divers moyens n'ayant amené aucun résultat, et voyant que la herniotomie seule offrait une dernière chance à la malade, je proposai cette opération à la famille. Rejetée d'abord, l'opération fut ensuite acceptée, et ce fut le dimanche 24 septembre que je la pratiquai de la manière suivante, avec l'aide de mon père et de mon collègue, le docteur Lucy, qui avait voulu aussi partager la responsabilité de cette grave opération.

La malade est couchée horizontalement sur une table recouverte d'un matelas. Les muscles abdominaux sont dans un état de relâchement suffisant, la cuisse gauche légèrement fléchie.

La tumeur, qui est une hernie inguinale externe du côté gauche, est globuleuse, du volume du poing ; ses diamètres sont à peu près égaux dans tous les sens.

Je soulève fortement la peau qui recouvre la hernie, de manière à avoir un repli très-large. Ce repli cutané croise à angle droit le diamètre de la tumeur, diamètre qui suit exactement la direction du canal inguinal. Je confie une extrémité de ce pli à l'un de mes collègues, et tenant l'autre de la main gauche, je divise le repli cutané avec un bistouri droit, de dedans en dehors.

Cette incision mit à découvert les premières couches sous-cutanées. Je les divise à l'aide d'un bistouri convexe, en menant cet instrument avec la plus grande précaution. Ensuite, à l'aide d'une pince, je soulève les lames sous-jacentes et je les coupe en dédolant. J'engage aussi la sonde cannelée par une ouverture faite à ces lames celluleuses, sonde qui les soulève, les sépare et les déchire. J'arrive ainsi, avec précaution et lenteur, jusque sur le sac, qui était tellement adhérent avec l'intestin qu'il paraissait faire corps avec lui, et qu'il était assez difficile d'en opérer en un point la séparation. Cependant, saisissant fortement avec une pince la partie supérieure du sac, je parvins à faire une ouverture avec le bistouri ; puis, introduisant la sonde cannelée, il me fut possible de déchirer les adhérences qui unissaient intimement la surface interne du sac avec la surface extérieure de l'intestin. Ces deux temps de l'opération, quoique d'une exécution assez délicate, n'étaient cependant pas les plus difficiles, car toute l'opération consiste, pour ainsi dire, dans le débridement ; mais, avant de l'effectuer, un obstacle se présenta.

Des adhérences nombreuses et intimes unissaient l'intestin au collet du sac. Mon doigt indicateur détruisit d'abord les plus faibles ; situées à la partie interne de l'anneau, puis, glissant entre l'anneau et l'intestin, je pus, après quelques efforts, contourner les parties herniées (S iliaque du colon).

Après avoir ainsi dégagé de toutes leurs adhérences, le sac avec l'intestin, et le collet du sac, soit avec la partie étranglée de l'intestin, soit avec l'anneau inguinal, j'essayai, sans débrider, de faire rentrer l'intestin; ces tentatives n'ayant eu aucun succès, je fus forcé de débrider de la manière suivante :

Je conduisis mon indicateur gauche entre l'intestin et le cercle à diviser; et sur mon doigt, un bistouri étroit et boutonné; puis, dirigeant le tranchant en haut, je débridai de bas en haut et de dedans en dehors. Un bruit semblable, comme le dit le professeur Malgaigne, au cri du parchemin qu'on déchire, m'annonça, en effet, que le cercle constricteur avait été décidément tranché, et que l'opération était terminée.

Je fis alors rentrer l'intestin avec la plus grande facilité. Le doigt

put traverser le canal inguinal et arriver jusque dans la cavité abdominale. Le fond de la plaie fut recouvert d'un linge fenêtré, et puis, je pansai à plat avec de la charpie, le tout maintenu par un spica simple inguinal.

Trois heures après l'opération, la malade pousse deux selles abondantes; puis des gaz intestinaux s'échappent par l'anus.

La douleur abdominale ainsi que le météorisme ont disparu. Les vomissements et les angoisses ont cessé, la réaction est modérée.

La malade a dormi une grande partie de la nuit du dimanche au lundi. Il y a, le lundi 25, une amélioration marquée; point de douleur du côté du ventre.

La malade, plongée néanmoins dans un état adynamique assez prononcé, réclame de l'eau vineuse et un potage.

L'état général, à part cette faiblesse, est assez satisfaisant; le pouls est à 95.

Mardi et mercredi, même état.

Jeudi 28, levée de l'appareil; la cicatrisation commence à s'effectuer. Je renouvelle le pansement; la malade prend deux potages; état général satisfaisant.

Le vendredi 29, la malade pousse sans effort, une selle assez copieuse; même état que la veille.

Samedi 30, rien de particulier.

Dimanche 1er octobre. La malade va à la garde-robe; pansement; la plaie a un bon aspect. Je réunis les lèvres de cette plaie à l'aide de bandelettes de sparadrap, je recouvre le tout d'un bandage approprié; la malade est assez bien.

Lundi 2, même état.

Mardi 3, pansement; pouls à 85.

Mercredi, jeudi, vendredi, samedi, rien de particulier.

Dimanche 8 (quinze jours après l'opération), pansement; la plaie est presque cicatrisée; état général excellent.

Quinze jours s'écoulent sans présenter aucun phénomène insolite; la malade se lève, son appétit revient.

Aujourd'hui, mardi 24, un mois après l'opération, la malade est parfaitement rétablie.

Cette observation a présenté deux particularités dignes de fixer l'attention des praticiens. La première est relative aux adhérences des parois du sac avec l'intestin, et puis du collet du sac, soit avec l'intestin, soit avec l'anneau inguinal. Ces adhérences ont apporté quelque longueur et quelque difficulté à l'opération. Il n'y a pas eu, pour ainsi dire, d'hémorrhagie.

En second lieu, le sac a été excisé près du collet. Le regardant comme un corps étranger qui aurait pu retarder la cicatrisation de la plaie par la suppuration abondante qu'il aurait amenée, je l'excisai près de son collet. La cicatrisation marcha d'une manière régulière et constitua, pour ainsi dire, le dernier temps qui compléta la guérison de cette grave opération.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la rupture de la sclérotique et de la perte du cristallin,

Par White Cooper, F. R. C. S., *chirurgien ophthalmique à Saint-Mary's-hospital, et senior surgeon au North London eye infirmary*, etc.

(Suite et fin. Voir le n° 135.)

3e *Observation.*—W. Stocker, âgé de 46 ans, entre le 2 septembre 1854 à l'hôpital Saint-Mary. Il raconte qu'étant, le 21 juillet précédent, assis sur un banc dans une auberge, un homme lui porta sur l'œil droit un coup de poing directement dirigé droit devant lui. Il sentit son œil éclater, et immédiatement après il en ramassa le cristallin qui était tombé sur la manche de son habit. L'œil blessé saigna beaucoup, et la vision y fut complétement abolie au point qu'il ne distinguait plus la lumière. Une demi-heure après l'accident, on lui appliqua six sangsues et des fomentations froides. Il entra à l'hôpital pendant que j'étais absent de Londres; on lui appliqua des sangsues avec avantage; néanmoins il s'aperçut que l'œil gauche s'affaiblissait et qu'il devenait douloureux. Je le vis le 25, et voici quel était l'état de ses yeux :

L'iris de l'œil droit a été largement détaché du cercle ciliaire, il existe deux larges ouvertures séparées par un lambeau de la membrane qui traverse le centre de l'œil en se portant obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, il s'élargit vers ce dernier point. Ce lambeau est gris-clair dans sa portion supérieure, de couleur olive dans sa partie inférieure; toute structure fibreuse a disparu. Une cicatrice d'un brun foncé et saillante de près d'un demi-pouce de longueur qu'on aperçoit sur la sclérotique, indique le lieu où s'est faite la déchirure qui a livré passage au cristallin. Les vaisseaux de la conjonctive, principalement ceux qui entourent la cicatrice, sont encore injectés. Il peut distinguer les gros objets à l'aide de cet œil; une carte percée d'un trou facilite un peu la vision.

L'œil gauche ne peut supporter la lumière et semble un peu mou au toucher (1). Des sangsues ont été appliquées à la tempe gauche, et un léger traitement mercuriel a amendé, mais n'a point fait disparaître ces symptômes.

Remarques. — Quand la sclérotique se rompt à la suite d'un coup, la déchirure a presque toujours lieu à sa partie supérieure ou à sa partie supérieure et interne. Dans tous les cas que j'ai observés, la déchirure s'est toujours produite au-dessus d'une ligne qui passerait au niveau du bord inférieur de l'ouverture pupillaire. Cela est dû probablement à la présence du bord supérieur de l'orbite, qui protége l'œil de telle façon qu'il arrête l'action des coups portés de haut en bas, tandis que les coups portés directement en avant par un homme dont l'épaule est munie de muscles puissants, peuvent venir écraser l'œil contre la partie supérieure et postérieure de l'orbite, la sclérotique cède alors dans celle de ses parties qui se trouve la plus faible au-dessus du point où elle a reçu le choc.

Dans les cas où le cristallin a été perdu et l'iris détaché dans une grande étendue, on ne peut tirer de secours que des verres convexes, mais seuls ils sont peu utiles; mais si l'on considère l'affection comme un cas de mydriase et qu'on adapte un diaphragme propre à empêcher l'arrivée d'un excès de lumière à travers la déchirure de l'iris, on obtient alors des verres convexes le moyen d'aider efficacement la vision.

L'irritation sympathique qui a attaqué l'œil gauche de Stocker me porte à redouter des conséquences fâcheuses. J'ai vu si souvent, lorsqu'un œil a été détruit par une blessure, le second devenir le siége d'une inflammation que rien ne peut arrêter, que je considère comme grave la question de savoir si on ne devrait pas extirper complétement l'organe blessé chaque fois qu'on voit survenir dans l'autre œil des symptômes certains de choroïdo-iritis, car c'est là la forme habituelle que revêt l'inflammation. J'ai le regret de déclarer que je n'ai trouvé aucun traitement qui ait réussi à arrêter cette inflammation sympathique, je l'ai toujours vue marcher de mal en pis jusqu'à ce qu'elle ait déterminé l'occlusion de la pupille, la désorganisation de l'iris et des épanchements profonds qui détruisent la vision. C'est, j'en conviens, une résolution redoutable à prendre que de se décider à enlever un œil souvent beaucoup moins douloureux que son congénère, mais il y a des cas où, suivant moi, on peut justifier une semblable conduite, car elle est le seul moyen d'enlever une cause d'irritation qui, sans cela, amènerait à sa suite une cécité incurable. (*Annales d'oculistique.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 30 Octobre et du 6 Novembre 1854.

Présidence de M. Combes.

Séance du 30 Octobre.

Bruit nouveau dans une période de la phthisie.

M. de Lamare lit un Mémoire sur un bruit nouveau qui se produirait dans la période de cicatrisation des cavernes pulmonaires, bruit analogue à celui qu'on obtiendrait en décollant *deux surfaces rapprochées par une substance gluante*, et que, pour cette raison, il appelle bruit de décollement.

(1) *Tender to the touch*, cela peut signifier aussi douloureux au toucher.

De l'influence des opérations sur le système nerveux, et du retentissement de la douleur sur l'organisme.

M. Jobert (de Lamballe) lit sous ce titre un Mémoire qu'il résume ainsi :

Les opérations exercent, en général, qu'elles soient légères ou graves, une influence immédiate sur les organes, et en particulier sur le système nerveux. Il y a là, pour le chirurgien et le physiologiste, un champ d'étude aussi curieux que négligé, et difficile à explorer (1). Les opérations provoquent, dans le système nerveux, des perturbations qui dépendent de l'insuffisance de la quantité du sang (anémie) ou de l'ébranlement de l'appareil nerveux. Les accidents se traduisent, dans ce dernier cas, par des symptômes qui dénotent un défaut d'équilibre entre les nerfs et les organes qu'ils régissent (fièvre nerveuse traumatique). L'anémie causée par les pertes de sang peut être passagère ou durable. Elle plonge tout d'abord les organes dans une sorte d'inertie, dans un état où la syncope s'explique par défaut d'impulsion suffisante des battements du cœur. La fièvre nerveuse est une complication fréquente après les opérations, que l'on doit d'autant plus redouter que le sujet est plus excitable. Elle est provoquée par l'ébranlement du système nerveux, quelle que soit d'ailleurs la cause qui lui a donné naissance. La fièvre nerveuse constitue une complication grave, et qui, chez quelques sujets, m'a paru aussi dangereuse que le *delirium tremens*.

Bien qu'il soit impossible de connaître la nature de la douleur, on peut dire que c'est une modification fonctionnelle qui se produit sous l'influence d'une action locale qui retentit sur l'appareil cérébro-spinal. L'influence qu'elle exerce sur l'organisme n'est pas toujours la même. Tantôt elle ne donne lieu qu'à une altération fonctionnelle, tantôt il en résulte une véritable altération matérielle de l'appareil nerveux. Elle part de l'organe lésé, et suit les branches des nerfs sous forme de vibrations, d'engourdissement, de gêne, d'élancements. Elle peut être bornée à une petite surface, ou être diffuse.

L'influence de la douleur varie suivant le point de départ, l'état organique de la région, son degré d'intensité, de continuité ou d'intermittence. La douleur enlève le calme et le sommeil ; le malade pousse des cris, les idées perdent de leur netteté, et il survient du délire qui peut durer jusqu'à la mort.

Un autre fait incontestable, c'est que les opérations qui déterminent de grandes secousses, peuvent produire des lésions matérielles dans la substance nerveuse, l'estomac et les intestins qui plus ou moins lentement se désorganisent. Les altérations de ces deux derniers organes ont été regardées, par J. Hunter et Karsvel, comme cadavériques et le résultat de la dissolution de l'organe par le suc gastrique. Mais comment expliquer les ramollissements du cerveau survenus sous l'influence de la douleur ?

Les douleurs violentes, qui réagissent sur les renflements nerveux, épuisent, arrêtent leurs fonctions, d'autant plus promptement que leur point de départ est plus voisin de la source de toute sensibilité. C'est ainsi que l'on doit se rendre compte de la mort qui survient à la suite de brûlures étendues, des péritonites diffuses, d'étranglements internes et de certaines opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires.

La douleur continue, circonscrite et faible, ne retentit pas sérieusement sur les organes placés loin de son point de départ. Elle est sourde et fugace, et n'ébranle pas l'ensemble de la machine humaine. Il n'en est cependant pas de même, lorsqu'elle est accompagnée d'inflammation.

Bien que, toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la douleur augmente en raison de la profondeur et de l'étendue de son siége, et que les effets soient d'autant plus à craindre qu'elle part d'un point situé plus près des centres nerveux, cependant nous posons en fait que toute douleur continue et violente peut devenir la source d'accidents redoutables.

Pour terminer ce qui a rapport à la douleur circonscrite, continue et violente, nous donnerons l'analyse de quelques observations qui me paraissent de nature à confirmer les propositions précédentes.

Dans la première observation, empruntée aux leçons orales de Dupuytren, et rédigée par mes honorables amis MM. Marx et Brière de Boismont, il s'agit d'un homme qui entra à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter d'un anévrisme faux consécutif de l'axillaire du côté droit. La ligature de l'artère sous-clavière fut pratiquée entre les scalènes, avec l'habileté ordinaire que le grand chirurgien mettait dans les opérations qu'il faisait chaque jour à l'Hôtel-Dieu. Pendant l'opération, qui fut longue, des douleurs violentes se déclarèrent, et au moment où le double nœud de la ligature fut serré, le malade poussa des cris qui ne cessèrent pas jusqu'à la mort. La violence des douleurs était due à la constriction exercée sur la branche antérieure de la première paire dorsale ; ce qu'il fut facile de constater à l'autopsie. On put voir, en effet, que les ligatures entouraient les branches du plexus brachial qui sortent du troisième trou de conjugaison.

L'extrémité postérieure du lobe gauche du cerveau présente à l'extérieur, au-dessus des membranes, une couleur verdâtre. Plus profondément, la substance est désorganisée, molle, grisâtre ; une certaine quantité d'un liquide gris-verdâtre s'en écoule. La substance cérébrale est un peu plus ferme, et parcourue par des vaisseaux injectés. Cette désorganisation s'étend à deux lignes de profondeur. Cet abcès est en communication avec le ventricule du même côté, dont la membrane est cependant lisse et transparente comme le reste de l'arachnoïde, qui ne contient qu'un peu de sérosité rougeâtre. Pie-mère un peu injectée. Ces deux membranes sont soulevées de la surface du cerveau par un grand nombre de bulles d'air.

Ce fait me paraît démontrer que les impressions douloureuses et continues finissent par produire l'inflammation du cerveau et la formation du foyer.

Le retentissement de la douleur sur les renflements nerveux n'a pas toujours pour résultat une congestion permanente, une inflammation suppurative et des foyers purulents ; mais elle a pour effet immédiat d'altérer la substance nerveuse et de la ramollir. Je pourrais rapporter plusieurs observations confirmatives de ce que j'avance, mais je me contenterai de citer un fait qui me paraît ne rien laisser à désirer sur l'influence désastreuse de la douleur.

Dans cette observation, il est question d'un homme qui entra à l'hôpital Saint-Louis, en 1842, pour y être traité d'une tumeur du genou droit. L'affection, arrivée à sa dernière période, réclama l'amputation, qui fut pratiquée le 19 mai. Les douleurs furent extrêmement intenses, et un écoulement de sang eut lieu dans le courant du jour. Le dixième jour, l'hémorrhagie se renouvelle et nécessite la ligature de l'artère crurale. Les douleurs de cette seconde opération furent très-vives, et, pendant les pansements, la sensibilité eut un caractère exagéré. Après deux mois de souffrances, il se manifeste un délire vague, sans fièvre, et, le 30 juin, le malade succombe. L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, permet de constater les particularités suivantes : Les vaisseaux du cuir chevelu sont sans injection notable ; la sérosité sous-arachnoïdienne est en quantité normale ; à la base du cerveau, au devant des pédoncules cérébraux, on trouve une couche de pus épais, grisâtre, adhérente à la face inférieure du chiasma et du tuber cinereum ; au-dessous de cette couche, et dans l'épaisseur des pédoncules, le tissu cérébral a perdu sa consistance ; le ramollissement, assez superficiel dans le pédoncule du côté gauche, est plus profond et plus marqué du côté droit, où les fibres ont disparu pour faire place à une sorte de pulpe qu'on enlève avec facilité ; les ventricules sont remplis et distendus par une sérosité sanguinolente ; les organes thoraciques ne présentent rien d'anormal.

Cette observation, si je ne me trompe, vient confirmer ce que j'ai dit du retentissement de la douleur. Les douleurs continues et violentes déterminées sur un homme doué d'une sensibilité excessive par la lésion, par l'ablation du membre, par la ligature d'une artère, expliquent suffisamment les altérations profondes survenues dans le système nerveux, et les désordres fonctionnels qui en ont été la conséquence.

Ce que je viens de dire me paraît faire ressortir de la manière la plus évidente la nécessité de diminuer ou d'abolir la douleur, afin d'éviter ses effets funestes, rapides ou lents, sur le système nerveux.

Jusqu'à nos jours, on s'était borné à faire usage de remèdes dont l'action incertaine n'offrait que peu de ressources. Cependant, cette nécessité de diminuer la sensibilité n'avait pas échappé aux médecins. C'est ainsi que, dans sa *Médecine opératoire*, M. Velpeau fait connaître les circonstances où les chirurgiens d'une autre époque pensaient qu'il devenait indispensable d'atténuer l'intensité de la douleur. Ils conseillaient, pour arriver à ce but, de précipiter l'opération, de faire usage de l'éther, des opiacés, des réfrigérants, pour prévenir l'épuisement nerveux.

Ces moyens imparfaits ont heureusement été remplacés par les anesthésiques, qui diminuent la sensibilité presque à volonté, sans éthériser le nœud vital ou la moelle allongée.

Les découvertes et les rigoureuses et importantes expériences de M. Flourens permettent de fixer notre opinion sur l'administration du chloroforme, et d'établir que son action ne doit jamais dépasser l'éthérisation des lobes cérébraux et l'insensibilité tégumentaire. Toutefois, la prudence doit présider à son administration, et c'est avec raison que M. Ancelon, dans sa communication à l'Académie des sciences, dans la séance du 9 octobre 1854, a donné le conseil sage d'administrer le chloroforme en petite quantité et à jeun. Trois ou quatre gouttes souvent lui ont paru suffire pour produire l'anesthésie chez les personnes dont la digestion et l'absorption sont actives.

L'expérience m'a appris combien le chloroforme est utile, non-seulement pour modérer et éteindre la douleur, mais encore pour prévenir la fièvre nerveuse, le delirium tremens, un trouble indéfinissable et l'affaissement de l'organisme, qui résulte de l'épuisement par la douleur. L'observation m'a même enseigné que le traumatisme était moins sérieux, que la

(1) Nous ne nous occuperons point ici des modifications organiques qui naissent de l'influence traumatique. Cette question, que nous ne pourrions qu'effleurer ici, mériterait d'être à elle seule l'objet d'un Mémoire particulier.

température locale était modérée, que la réunion des plaies se faisait sans entraves, le sang ne perdant par l'emploi du chloroforme, ni de sa plasticité, ni de sa vitalité. »

Fièvre typhoïde et choléra.

M. Debeney adresse un Mémoire dont les *Comptes rendus* donnent un extrait rédigé par l'auteur et qui commence ainsi : La fièvre typhoïde est toujours précédée par une période d'imminence, qui est l'état saburral : inappétence, bouche mauvaise, langue chargée. Dissipez cet état saburral, il n'y a jamais fièvre typhoïde ; et qui se termine ainsi : La fièvre typhoïde débute par l'adjonction à l'état saburral simple des symptômes de l'embarras gastrique, ou gastro-intestinal prononcé : courbature, céphalalgie ; troubles dans les premières et les secondes voies, jusqu'à la diarrhée et au vomissement, avec état fébrile. Traitez rationnellement cet état morbide par les évacuants : purgatifs, émétiques, éméto-cathartiques; la fièvre typhoïde est supprimée.

Or, le choléra-morbus peut être considéré comme une fièvre typhoïde pernicieuse.

1° Premier stade, période d'imminence, état saburral.

2° Deuxième stade, période prodromique ou prémonitoire, cholérine.

Dissipez la première période, vous empêchez la seconde d'avoir lieu. Traitez rationnellement la seconde période par les évacuants, et vous faites avorter le choléra.

Vision.

M. Verstraet Yserbyt adresse de Bruges deux nouvelles Notes relatives à une question qu'il a traitée dans de précédentes communications, à la manière dont il suppose que s'opère la *vision*. Son opinion, qui a été soutenue dans les temps anciens par des hommes restés célèbres à d'autres titres, est celle-ci : que nous acquérons par la vue la connaissance des corps, non par des rayons lumineux qui, partant de ces corps, arriveraient à notre œil, mais par des rayons lancés par l'œil vers ces corps.

Longévité humaine.

M. Flourens fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : *De la longévité humaine et de la quantité de vie sur le globe.*

En présentant ce livre, M. Flourens s'exprime ainsi :

Je touche, dans ce livre, à quelques-uns des points les plus importants de l'étude, et, si je puis ainsi parler, de la *théorie* de la vie.

Tous les siècles ont étudié la vie. Le nôtre commence à l'étudier sous ses grands aspects.

La question de la *quantité de vie*, toujours diversement représentée et également maintenue, celle de l'*apparition de la vie* sur le globe, celle de la *fixité* des espèces, celle des *espèces anéanties et perdues*, sont des questions toutes nouvelles.

A côté de ces questions nouvelles, j'en ai placé quelques autres fort anciennes, mais que je crois avoir rajeunies : celle de la *longévité humaine*, celle de la *formation de la vie*, celle de la *vieillesse*.

J'ai rajeuni la question de la *longévité humaine*, en donnant un signe certain du terme de l'*accroissement*, et par suite une mesure précise de la durée de la *vie*.

A l'étude de la *formation de la vie* (problème qui nous passe), j'ai substitué l'étude de la *continuité de la vie*.

Quant à la *vieillesse*, je lui ouvre, du côté physique, de grandes espérances : un siècle de *vie normale*, et jusqu'à deux siècles de *vie extrême*; et, du côté moral, une perspective qui n'est pas moins belle. Que d'heureux exemples des facultés les plus délicates et les plus nobles sans cesse perfectionnées : Fontenelle, Voltaire, Buffon, Bossuet!

Mais, me dira-t-on peut-être, ce que vous nous citez là, ce sont des exceptions. Point du tout, ce ne sont pas des exceptions, ce sont des révélations. Ce qui est ici l'exception, c'est le talent, ce grand révélateur des forces secrètes et des trésors cachés de l'esprit humain.

Candidatures.

M. Maisonneuve prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Lallemand. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Séance du 6 novembre.

Altération et analyse légale des sirops.

M. Maumené communique une Note intitulée : *De la transformation que le sucre de cannes éprouve par l'action de l'eau pure, et de ses conséquences, notamment dans l'analyse des sirops.*

Le sucre de cannes se transforme en sucre *incristallisable* ou *interverti* sous l'influence des acides étendus, et l'on sait combien cette réaction est prompte en élevant la température. On accorde généralement aux acides le pouvoir exclusif d'opérer ce changement, qui consiste en une combinaison du sucre avec un équivalent d'eau, et l'on n'a pas assez cherché la part qui revient à l'eau elle-même dans une circonstance où c'est elle seule qui entre dans le nouveau sucre et où sa masse est toujours considérable (1). J'ai fait cette recherche, et, comme on pouvait le prévoir, j'ai reconnu que l'eau parfaitement pure suffit à opérer la modification importante dont il est question. Le sucre candi le plus pur, mis en dissolution dans l'eau pure se change peu à peu, même à froid, en sucre incristallisable. Il y a plusieurs années que j'ai observé ce fait, et je l'ai montré dans mes cours en faisant agir la potasse sur une dissolution plus ou moins ancienne et sur un échantillon de même sucre conservé dans ce but. Tandis que les cristaux se dissolvent dans la potasse bouillante sans la colorer, les dissolutions de vieille date mêlées d'alcali se colorent plus ou moins fortement en proportion de leur âge.

Cette étude est bien plus facile et plus intéressante dans le saccharimètre. Ainsi le pouvoir dextrogyre a diminué dans tous les cas : la diminution est considérable pour le sucre candi le plus pur; elle l'est beaucoup plus que pour le sucre en pain 1854 : mais ce dernier renferme une trace de chaux et la stabilité du sucre est ainsi rendue plus grande. En effet, le saccharate obtenu en dissolvant dans un volume de 100^{cc}, 16,35 de sucre candi et 12 grammes de chaux a donné :

En janvier 1854............	53°
En octobre 1854...........	53°

L'auteur présente ici un tableau de onze réactions analogues, puis il continue :

I. Le pouvoir est devenu lévogyre pour le sucre 1838, qui est presque complétement interverti. Ce sucre est de ceux qui communiquent à un verre d'eau sucrée une odeur désagréable en quelques heures : il s'y est formé une moisissure abondante.

II. La chaleur favorise l'action de l'eau et du sucre : les deux dissolutions de sucre candi maintenues pendant trois heures au bain-marie ont donné :

1...............	96°,5
2...............	96°

III. Le glucose et la gomme n'éprouvent aucune altération dans les mêmes circonstances.

	Observation directe immédiate.		Inversion.
	Janvier 1854.	Octobre 1854.	Janvier 1854.
Dissolution de glucose (titre inconnu)..	84°	84°	
Sirop de blé et 9 volumes d'eau.......	125	125	
Gomme arabique (1853) et 9 poids d'eau.	23	23	13
Gomme arabique (1854) et 9 poids d'eau.	18,5	19	
Gomme salabrida et 9 poids d'eau.....	41	41	
Gomme turique et 9 poids d'eau......	34	34	

IV. Ces expériences permettent d'expliquer ce qui a lieu dans les betteraves avant l'extraction du sucre. Ainsi :

1° Les betteraves donnent un rendement de plus en plus faible pendant la campagne : cela doit être, même pour les racines entières, puisque le sucre et l'eau sont restés plus longtemps en contact ;

2° Les procédés de dessiccation fondés sur l'emploi de la chaleur ont l'inconvénient de déterminer une première altération du sucre, sans empêcher celle qui aura lieu plus tard au moment de l'extraction ;

3° M. Pelouze a fait voir, il y a longtemps, que la betterave, traitée par l'alcool, ne donnait point de sucre incristallisable, et ce fait s'accorde avec mes expériences ;

4° La dessiccation dans le vide à froid éviterait une perte considérable; on devrait essayer ce moyen en grand.

V. Les acides organiques n'augmentent pas sensiblement l'action de l'eau. Je citerai un résultat :

	Observation directe immédiate.	
	Mars 1849.	Octobre 1854.
Dissolution de 100 grammes d'eau......... / — 30 grammes de sucre...... / — 1 gramme d'acide tartrique.	183° (2)	42°

En cinq ans, le sucre n'est pas complétement interverti. L'influence de l'acide est faible, car l'eau seule aurait produit à très-peu près le même résultat.

VI. L'action de l'eau sur le sucre de canne doit être prise en considération dans l'analyse des sirops de sucre, de gomme, etc.

(1) On lit dans le *Traité de chimie* de M. Dumas : « L'eau maintenue en ébullition pendant quinze à vingt heures suffit pour modifier le sucre qu'elle tient « en dissolution. Il se convertit en glucose et en sucre incristallisable. »

(2) Observé avec un égal volume d'eau.

Deux sirops déposés au laboratoire ont été examinés au bout d'un an, en février 1854, et huit mois plus tard, en octobre, ils ont donné :

9 VOLUMES D'EAU ET 1 VOLUME DE	OBSERVATION DIRECTE SUR LA DISSOLUTION FAITE — Au bout d'un an. Immédiatement. Février 1854.	Huit mois plus tard. Octobre 1854.	Au bout de vingt mois. Octobre 1854 (1).
Sirop de gomme. Pharmacie D.	16°	14°5	6°
Sirop de gomme. Épicerie F..	41	20	33

VII. On voit, par ces résultats, combien l'analyse des sirops est délicate.

La Table donnée par M. Soubeiran (*Journal de Pharmacie*, t. XVIII, p. 335) ne peut être mise à profit :

1° Parce que la gomme arabique ne présente jamais un pouvoir rotatoire constant ;

2° Parce que le pouvoir du sucre se modifie promptement dans les sirops, et ferait croire, par sa diminution, à la présence d'un excès d'eau.

VIII. Ce sujet donne lieu à une autre observation :

M. Soubeiran a indiqué, pour la recherche du glucose dans les sirops, une méthode qui consiste à traiter le sirop suspect par un égal volume d'eau distillée, et à le mêler ensuite avec deux ou trois gouttes d'iodure de potassium ioduré (*Journal de Pharmacie,* tome XX, p. 401). L'auteur croit cette réaction très-sûre par deux raisons :

1° Parce qu'elle est due à la dextrine ;

2° Parce que le glucose du commerce renferme toujours de la dextrine.

Malheureusement ces indications ne sont pas exactes.

1° La coloration est-elle due à la dextrine?

Tout le monde sait que la dextrine pure donne avec l'iode une belle coloration *violette* dépourvue de toute ressemblance avec la coloration *rouge* dont parle M. Soubeiran. Cette dernière est le rouge orangé des dissolutions d'iode. Pour obtenir cette coloration avec la dextrine, il faut choisir parmi les espèces commerciales : celle qu'on fabrique en torréfiant légèrement la fécule humectée d'une eau renfermant quelques millièmes d'acide azotique, la donne quelquefois. Le sirop de blé la donne encore ; mais l'amidon torréfié sans acide donne la coloration violette : il en est de même de la dextrine obtenue par la diastase. Ainsi cette coloration n'est certainement pas due à la dextrine ; sa production est incertaine et tout à fait accidentelle. Personne ne sait en quoi elle consiste. M. Soubeiran ne l'a pas dit, et par conséquent la coloration, même lorsqu'elle se produit, ne permet pas de rien conclure.

2° La dextrine existe-t-elle toujours dans le glucose du commerce?

Le premier échantillon de glucose dont je me suis servi pour étudier le réactif de M. Soubeiran ne donnait aucune espèce de coloration violette et surtout de coloration rouge. Presque tous ceux que j'ai examinés depuis ont été dans le même cas.

IX. Quelques experts pensent que la potasse caustique est un autre réactif infaillible du glucose ; mais la potasse colore en brun, aussi bien que le glucose, le sucre interverti, la mélasse, etc. La potasse peut donc conduire à des erreurs dangereuses dans une expertise. La plupart des sucres en pain du commerce les plus blancs se colorent par la potasse : les sirops faits avec ces sucres se colorent un peu plus, et on ne pourrait s'appuyer sur un tel indice pour frapper le fabricant de sirops d'une condamnation.

X. Il est donc de toute nécessité de mesurer dans ce cas la *quantité* du sucre cristallisable. On y parvient très-sûrement en faisant dessécher le sirop sous une cloche par la chaux ou l'acide sulfurique : en quelques jours le sucre cristallise, et il est très-facile de saisir le moment où la gomme elle-même va se dessécher. Si le sirop renferme du glucose, on n'obtient plus de cristaux à moins que sa proportion ne soit très-faible, et alors la fraude ne se comprend plus.

Choléra.

M. Élie de Beaumont communique l'extrait suivant d'une lettre de M. Dausse, ingénieur des ponts-et-chaussées :

« Nous avons eu le choléra à Grenoble, mais faiblement, et, Dieu merci, il est passé. *Pendant sa durée de plus de deux mois, je n'ai pas vu une hirondelle.* Elles avaient disparu à l'apparition du fléau, et elles ont reparu quand il a été fini, il y a une quinzaine.

« A La Mure, qui est une localité extrêmement saine, où l'air est très-vif et très-pur, le choléra a été terrible (280 morts).

« Il a été très-fort aussi à Mens, au Bourg-d'Oisans, surtout au Rivier-d'Allemont, tout à fait dans les Alpes, et sur les Alpes. »

M. Élie de Beaumont ajoute qu'en parcourant le Tyrol en 1836, il a vu le choléra régner avec une extrême intensité dans les parties supérieures de la vallée de l'Adige, à Glurns, à Mals et aux environs, dans des localités plus élevées encore que le Bourg-d'Oisans et le Rivier-d'Allemont, mais dominées par les montagnes et même renfermées dans des gorges étroites, et par suite très-humides.

(1) Nos lecteurs comprendront sans doute peu ces chiffres, de même qu'ils admettront difficilement que le temps, qui a changé une partie du sucre cristallisable en sucre incristallisable, ramène ensuite un résultat inverse. Il y a sans doute, dans ces chiffres ou dans ces résultats, des malentendus ou des erreurs typographiques qui donneraient la clef de ces difficultés. (*N. du R.*)

Recherche sur l'huile de médicinier.

M. J. Bouis communique la note suivante :

Dans les Antilles, on trouve en grande quantité une plante, de la famille des Euphorbiacées, qui produit des graines offrant certaines analogies avec celles du ricin.

Ces graines, connues sous le nom de médicinier ou de noisettes purgatives, renferment une amande ayant le goût des noisettes, mais dont les propriétés très-actives ne tardent pas à se manifester lorsqu'on en mange deux ou trois. Pendant mes expériences, plusieurs personnes ayant eu l'occasion de les voir et d'y prendre goût, en ont ressenti des effets fâcheux.

Les graines de médicinier fournissent par expression une huile blanche dont la densité est 0,910 à 19 degrés ; elle se fige en une masse butyreuse à — 8 degrés ; elle est inodore et pourrait, je crois, remplacer dans la parfumerie l'huile de Ben, dont elle se rapproche d'ailleurs beaucoup ; elle est à peu près insoluble dans l'alcool.

Elle est douce et ne paraît pas produire, prise du moins en petite quantité, les mêmes effets que la graine, elle s'altère très-peu à l'air ; placée dans un tube avec de l'oxygène, elle a absorbé ce gaz très-lentement et est devenue parfaitement blanche et limpide.

L'huile de médicinier ne se solidifie pas complétement sous l'influence de l'acide hypo-azotique, elle conserve toujours une consistance pâteuse.

Cette huile se saponifie difficilement par la potasse ; la soude, au contraire, la transforme aisément en un savon blanc et dur.

L'ammoniaque agit sur elle comme sur la plupart des huiles, en produisant un corps blanc solide, dont nous verrons plus loin les propriétés.

La proportion d'huile contenue dans la graine est assez forte, elle est de 37 pour 100 ; cette quantité devient plus considérable et s'élève à 50 pour 100 si l'on opère sur l'amande mondée, et il serait facile, par un blutage, de séparer l'enveloppe. Les graines de médicinier renferment 2,25 d'azote, et le tourteau privé de matière grasse a donné 4,56 pour 100 azote.

Soumise à l'action de la chaleur, l'huile de médicinier se décompose en fournissant de l'acroléine et différents produits, parmi lesquels on reconnaît l'acide sébacique.

L'acide azotique attaque l'huile de médicinier ; il y a dégagement de vapeurs nitreuses et formation d'acide cyanhydrique ; l'huile fournit des acides gras volatils et donne, en dernier lieu, un acide blanc, soluble à chaud dans l'eau, fusible à 120 degrés. Les analyses de l'acide et du sel d'argent font voir que c'est de l'acide subérique $C^{16} H^{14} O^8$.

L'huile de médicinier, saponifiée par la potasse, donne un savon qui, décomposé par l'acide chlorhydrique, fournit des acides gras qui se prennent en masse à la température ordinaire ; ces acides ne fondent qu'à 30 degrés environ : aussi peut-on, par des pressions bien réglées, en séparer un acide solide, très-blanc, se déposant dans l'alcool en paillettes brillantes ; il fond à 55 degrés et se solidifie à 53°,5 ; on en obtient 18 à 20 pour cent du poids de l'huile. Son analyse s'accorde exactement avec la formule $C^{30} H^{30} O^4$, confirmée aussi par l'analyse du sel d'argent.

Le sel d'argent est peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool bouillant ; par l'action de la chaleur, il fond et brûle très-facilement sans répandre aucune odeur ; il laisse pour résidu de l'argent métallique.

Plusieurs substances donnent naissance à un acide présentant une semblable composition, mais variant soit par le point de fusion, soit par l'aspect. Ainsi, Ph. Walter a retiré de l'huile de ben un acide cristallisé en mamelons, et fusible à 52 ou 53 degrés (l'acide bénique). M. Hardwick a extrait de l'huile du *bassa latifolia* un acide offrant l'aspect de la cire, se déposant en mamelons grenus de sa dissolution dans l'éther, fusible entre 55°,5 et 56°,5 et qu'il représente par $C^{30} H^{30} O^4$, sous le nom d'acide bassique. M. Borck a trouvé dans le suif de Chine un acide fondant de 64 à 62 degrés, se séparant de l'alcool en lamelles nacrées, auquel il attribue la même composition et qu'il désigne sous le nom d'acide stillistéarique. Enfin, M. Heintz, en étudiant le blanc de baleine, aurait obtenu un acide de même composition (l'acide acétique), cristallisé en paillettes nacrées, fusibles à 53°,5. L'acide que j'ai examiné ayant le plus d'analogie avec l'acide cétique, je l'appellerai *acide isocétique*.

L'*éther isocétique* obtenu par les procédés ordinaires est inodore ; il fond par la chaleur de la main, se solidifie à 21 degrés, et reste parfaitement transparent en prenant une texture cristalline.

Les nombres obtenus à l'analyse s'accordent avec la formule

$$C^{30} H^{29} O^3,\quad C^4 H^5 O.$$

L'action de l'acide sulfureux sur l'huile de médicinier a présenté un résultat qui mérite d'être signalé et qui permettra d'expliquer la manière dont cet acide agit sur certaines matières grasses neutres.

On a fait passer un courant d'acide sulfureux dans de l'huile de médicinier, et on a abandonné le tout au repos ; après trois mois, on a trouvé dans l'huile un dépôt cristallisé en mamelons ; on l'a séparé, exprimé et purifié par l'alcool. Cette matière est fusible à 58 degrés ; elle se combine aux bases pour donner des sels ; elle est très-soluble dans l'alcool ; sa composition est celle de l'acide solide contenu dans l'huile ; toutefois, son point de fusion est plus élevé.

L'acide sulfureux se sera en partie transformé en acide sulfurique, et c'est ce dernier qui aura produit une saponification partielle.

La saponification acide pourrait donc se faire lentement à froid , *sans coloration,* sous l'influence d'une petite quantité d'acide, et je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ce fait.

Lorsqu'on traite l'huile par de l'acide sulfurique ordinaire, en maintenant la température à 110 degrés, la masse noircit, dégage de l'acide sulfureux et fournit une matière noire, élastique, appelée dans les fabriques *acide sulfoglycérique.* La matière lavée à l'eau, et puis distillée avec un courant de vapeur, fournit des acides gras qui se prennent en une masse bien cristallisée.

En mettant en contact de l'huile avec de l'alcool ammoniacal, on voit, après un ou deux mois, sur les parois du flacon des cristaux qui disparaissent et sont remplacés par une substance floconneuse tenue en suspension dans le liquide alcoolique. La couche huileuse diminue de plus en plus et finit par disparaître. L'alcool évaporé lentement laisse déposer une matière blanche dont le point de fusion et la composition ne sont pas toujours constants. On arrive plus vite au même résultat en opérant à chaud dans un vase fermé.

La substance purifiée par des cristallisations dans l'alcool est très-blanche, nacrée, fusible à 67 degrés en un liquide incolore et transparent. Cette matière n'est pas attaquée par une dissolution de potasse ; elle n'est décomposée que par la potasse très-concentrée ; il y a alors dégagement d'ammoniaque, et il se forme un savon très-peu soluble dans l'eau. L'addition de l'acide chlorhydrique en sépare un acide blanc, solide. Les nombres obtenus à l'analyse conduisent à la formule $\begin{matrix} C^{30}\,H^{31}\,O^{2} \\ Az \end{matrix}$ qui représente l'amide dérivant de l'acide isocétique et que j'appelle *isocétamide :*

$$C^{30}\,H^{29}\,O^{2}, \quad Az\,H^{2}.$$

Outre l'acide isocétique, l'huile de médicinier contient encore un acide liquide, ne se figeant pas à — 10 degrés. On peut l'obtenir en traitant par l'éther les papiers qui ont servi à presser le mélange des acides, ou bien en saponifiant l'huile par l'oxide de plomb et reprenant par l'éther qui ne dissout que le sel de plomb à acide liquide.

Cet acide a donné la composition de l'acide oléique.

Le sel de plomb obtenu directement par la saponification au moyen de l'oxyde de plomb précipité a pour composition

$$2\,(C^{36}\,H^{33}\,O^{3})\,Pb\,O, \quad HO.$$

Celui obtenu par précipitation est représenté par

$$C^{36}\,H^{33}\,O^{3}; \quad Pb\,O.$$

Il résulte donc de ce qui précède que l'huile de médicinier peut être utilement employée dans l'industrie, soit pour la parfumerie, soit pour la fabrication des savons, et je ne doute pas que si, comme on le prétend, elle est très-abondante dans les Antilles, cette huile ne devienne très-avantageuse pour nos colonies.

Les graines qui ont servi pour ces expériences avaient été envoyées à M. Peligot par M. Pécoul, ancien représentant de la Martinique.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Prix Lallemand.

La crainte d'exciter trop prématurément l'appétit des névrotomistes et névrologistes nous a empêché de parler du prix institué par Lallemand, avant que les convenances nous permissent d'en parler aussi longtemps que nous le permettaient nos informations particulières. Aujourd'hui, rien ne s'oppose plus à ce que nous satisfaisions la légitime curiosité de nos lecteurs.

Lallemand a, en effet, écrit dans son testament, un paragraphe ainsi conçu :

« Voulant contribuer, après ma mort, au développement des connais-
« sances utiles à l'humanité, comme j'y ai contribué de tout mon pouvoir
« pendant ma vie, je donne et lègue à l'Académie des sciences, section
« de l'Institut, dont je fais partie, une somme de cinquante mille francs,
« qui sera payée sans intérêts dans les trois ans de mon décès. Cette
« somme de cinquante mille francs sera placée par les soins du Conseil
« d'administration de ladite Académie, et les intérêts annuels seront
« employés, en mon nom, à récompenser ou encourager des travaux rela-
« tifs au système nerveux, dans la plus large acception du mot : entendant
« par là, non-seulement les recherches anatomiques faites dans toutes les
« familles d'animaux, mais encore l'étude des rapports qui peuvent exister
« entre le fluide nerveux et l'électricité, sous quelque forme que cet agent
« se manifeste ; y comprenant à plus forte raison tout ce qui concerne les
« fonctions des diverses parties de l'encéphale, de la moelle et du grand
« sympathique, ainsi que leurs liaisons avec les besoins, les instincts, les
« passions, les facultés intellectuelles, etc., des animaux en général, et de
« l'espèce humaine en particulier, tant en santé qu'à l'état de maladie.

« S'il ne se présentait d'abord, sur ces importantes questions, aucun
« travail que l'Académie jugeât digne de récompense, elle pourrait accu-
« muler la rente de plusieurs années pour proposer un prix d'une plus
« grande valeur, à distribuer dans un temps plus ou moins éloigné.

« Enfin, plus tard, si ces questions paraissent épuisées, j'autorise l'Aca-
« démie à donner, en mon nom, à cette rente, la destination qui lui pa-
« raîtra la plus convenable. »

Telle est la disposition testamentaire primitive de Lallemand, où l'on retrouve la clarté d'exposition, les sages prévisions, qui faisaient partie des nombreux mérites du célèbre testateur.

Mais, lorsque Lallemand écrivait ces lignes, il n'avait pas eu autant d'occasions qu'il en eut, par la suite, d'apprécier la laborieuse persévérance et le talent d'un jeune travailleur dont les intelligents efforts étaient à la science un gage assuré de progrès. Voulant favoriser le développement du talent qu'il venait d'apprécier, et sachant combien de talents sont étouffés par les nécessités de la vie, le grand écrivain modifia, ainsi qu'il suit, la disposition testamentaire qu'on vient de lire :

« Par des raisons qu'il est inutile de relater ici, j'affecte le revenu de
« ladite somme à une pension viagère au profit de mon compatriote et
« ami, le docteur ****. Seulement, après le décès dudit docteur ****, le
« revenu de cette somme retournera de droit à sa première destination. »

Or, comme, grâce à Dieu, le méritant légataire, quoique d'une santé peu robuste, est encore plein de jeunesse, il y a tout lieu d'espérer qu'il se conservera longtemps encore à la science et à ses amis, et que les névrologistes ne ceindront pas de sitôt l'agréable couronne que leur a léguée Lallemand. Le revenu des 50,000 fr. n'est pas d'ailleurs le seul témoignage de généreuse estime que l'éminent professeur ait laissé à l'ami si digne de ses bienfaits ; il lui a légué de plus son microscope, ses instruments et sa magnifique bibliothèque, c'est-à-dire tous les éléments à l'aide desquels on peut servir la science. Nous croyons pouvoir affirmer que les espérances de Lallemand ne seront pas trompées.

— La séance solennelle de rentrée a eu lieu le 15 novembre, à l'École supérieure de pharmacie, en présence d'un nombreux auditoire et de la Société de pharmacie.

M. Soubeiran, secrétaire général de la Société de pharmacie, a lu une Notice sur M. Menier ; — M. Cadet-Gassicourt a prononcé l'éloge de M. Reymond.

M. le professeur Guibourt a lu un travail fort remarquable sur le *Tabachir de l'Inde* ou concrétion siliceuse du bambou.

Après ces lectures, qui ont été vivement applaudies, M. Guibourt, secrétaire-trésorier de l'École, a proclamé les noms des lauréats :

1er *Prix* (médaille d'or) : Henry (Ossian-Emmanuel), de Paris.
2e *Prix* (médaille d'argent) : Haltot (Ernest-Louis), de Paris.
1re *Mention honorable :* Desaux (Eugène), de Paris.
2e *Mention honorable :* Cavaillés (Jean-Prosper), de Réalmont (Tarn).

— Par arrêté en date du 15 novembre 1854, MM. Janson et Pointe, anciens professeurs à l'École de médecine de Lyon, sont nommés professeurs honoraires.

— Des circonstances douloureuses nous ont privé de la satisfaction bien vivement désirée d'assister personnellement à la lecture de M. le professeur Bérard. Dans l'impossibilité où nous avons été d'apprécier par nous-même l'incident qui a troublé la séance, nous avons dû nous abstenir d'en parler. Nos antécédents ont prouvé d'ailleurs, depuis longtemps, qu'en fait de popularité, nous n'ambitionnons que la bonne, s'il y en a une, et ils ne peuvent laisser de doute sur la franchise qui aurait caractérisé nos appréciations.

— Nous avons omis de dire, dans notre Compte rendu de la séance de la Faculté, que le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine était ainsi rédigé : *de l'abstinence dans le traitement des maladies.*

(*Pour toutes les variétés scientifiques :* H. de Castelnau.)

— M. le professeur VELPEAU reprendra ses Leçons cliniques le lundi 20 novembre. Il les continuera tous les jours, dimanche et jeudi exceptés.

Errata. — Dans notre dernier numéro, on a imprimé par erreur *Nanterre* pour *Nantes*, comme patrie d'un des lauréats de la Faculté, M. Henri (Alfred-Alexandre).

Même numéro, page 1085, colonne 1re, ligne 44, au lieu de : *folde congénitale*, lisez : *face conjonctivale.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 138. 2e année. Mardi 21 Novembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 20 Novembre 1854.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.

Eloge d'Orfila. — Les éloges officiels.

Celui qui oserait dire tout haut et à plus forte raison écrire publiquement ce que l'homme le plus bienveillant pense et dit tout bas, au moins une fois le jour, risquerait fort de passer pour un esprit sauvage ou tout au moins pour un cerveau détraqué. Les spectateurs qui sortent de voir jouer le *Misanthrope*, tiennent tous Alceste pour un être ridicule; un ou deux peut-être s'aperçoivent qu'il est encore plus honnête que fou.

Malgré cette triste leçon, nous dirons aujourd'hui, sinon toute notre pensée, au moins une partie de notre pensée, et sur le nouvel éloge d'Orfila et sur les éloges en général; l'exorde de M. Bérard nous en impose le devoir.

Avec cette exquise urbanité qu'il sait donner même à ses critiques les plus acérées quand il le veut bien, et il le veut presque toujours, le disert professeur a ainsi esquissé d'un trait le parallèle du discours qu'il allait prononcer et de celui qu'avait prononcé, il y a moins d'un an, M. Fr. Dubois :

« J'ai dû révéler l'existence du manuscrit d'Orfila, si habilement *mis à profit* par l'un de ses biographes. Je ne puis contester à l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine le double avantage de la priorité et du talent, mais *j'ai dû éviter* pour moi *jusqu'à l'apparence du plagiat. Je serai sobre sur les anecdotes,* messieurs; une vie si remplie, des conquêtes scientifiques si multipliées, si précieuses pour la société, *exigent de ma part* UN TRAVAIL SÉRIEUX ! »

Que la critique du discours de M. Dubois soit juste ou non, ce n'est pas de quoi nous discuterons aujourd'hui; nous avons à agiter une autre question.

Un éloge historique peut-il être un travail sérieux? Telle est cette question. Au point de vue de la forme, de l'art ou de la fable, oui, incontestablement; au point de vue du fond, de la science ou de la vérité, incontestablement non. L'éloge, pas plus que la satire, ne peut être la vérité; qui dit satire dit dénigrement; qui dit éloge dit flatterie; pour faire une œuvre sérieuse, il ne faut ni agiter le fouet ni porter l'encensoir; il faut uniquement tenir un plume et lui laisser suivre avec scrupule toutes les impulsions de la conscience éclairée par le jugement.

Nous avons dû formuler d'abord ces vérités irréfragables, afin qu'il soit bien entendu que si, par une rare exception, M. Bérard n'a pu complétement tenir sa promesse, ce n'est pas que son talent habituel ait faibli, c'est qu'il a tenté l'impossible; or, ainsi qu'il l'a donné lui-même à entendre, en rappelant un mot célèbre, si souvent rappelé, les hommes sérieux ne doivent plus dire que l'impossible se fera.

Quelle morale tirer de ce qui précède? Tout simplement celle que chacun tire, à part soi, celle que tirait un jour, en ma présence, un célèbre et double académicien, qui sera loué aussi quand son temps sera venu, et qui mérite de l'être : « Eh bien, comment avez-vous trouvé le discours? lui demandais-je, en sortant d'entendre un éloge. — Vous appelez encore cela un discours, me répondit-il. — Mais je l'appelle, je crois, comme tout le monde. — Tout le monde, excepté moi donc. — Et y aurait-il de l'indiscrétion à vous demander quelle réforme vous avez apportée à cet endroit du vocabulaire? — Oh! je n'en fais point mystère : il n'y a, selon moi, que deux mots qui puissent caractériser les parades comme celles que vous venez de voir : ce sont des *mensonges officiels*.

La définition était sans doute un peu énergique, mais n'est-ce pas, à quelques variations près, celle que tout le monde donne en sortant de ces solennités? Est-ce que nous n'avons pas vu dans ces éloges officiels, Dupuytren représenté comme un petit saint, Breschet comme un Régulus et Royer-Collard quasi comme une Vestale? Quel honneur, après de tels exemples, peut-il y avoir a être le héros d'un éloge officiel, quelle dignité à être le panégyriste! Concluons donc que l'éloge officiel est une de ces habitudes surannées avec lesquelles une époque sérieuse doit s'empresser de rompre. L'éminent professeur a dit que « la biographie des hommes dont le nom a eu quelque retentissement, ne doit pas être simple objet de curiosité; qu'il faut remonter aux causes de leurs succès, pour y puiser d'utiles enseignements. » Nous sommes entièrement de son avis; seulement, nous ajoutons que l'étude de la vie des hommes célèbres, comme toute autre étude, ne peut être utile qu'à la condition d'être absolument complète; se borner à n'en présenter qu'un fragment, même le mieux choisi, c'est se condamner à ne tracer que des tableaux infidèles, à ne montrer que des exemples trompeurs, à préparer enfin des matériaux pour le roman de l'homme, mais non

pour son histoire. C'est là ce qu'a fait M. Bérard avec le talent qu'on lui connaît; mais moins que tout autre, nous l'avons déjà dit, il pouvait faire autre chose : lié de l'amitié la plus intime avec M. et Mme Orfila, devant beaucoup à l'illustre toxicologue, et doué de la mémoire du cœur presque autant que de l'autre, M. Bérard ne se trouvait nullement dans les conditions nécessaires à l'historien, à supposer même que l'auditoire qui l'écoutait eût pu entendre la vérité.

Voulez-vous une preuve, entre cent, que l'éloge de M. Bérard n'est pas de l'histoire? La voici. L'habile orateur s'est proposé de remonter aux causes des *succès* d'Orfila, où les a-t-il trouvées? Uniquement dans le talent, l'activité, l'amour du devoir du célèbre médecin-légiste. Autant que qui que ce soit, nous savons combien ces qualités étaient réelles chez Orfila, et combien elles ont contribué à lui ouvrir la carrière; mais nous savons aussi, de même que tous les hommes qui ont passé l'âge des illusions, qu'avec du talent et l'amour du devoir seuls, on ne va pas bien loin; si nous voulions des exemples, ils se présenteraient en foule au bout de notre plume : qu'il nous suffise de citer le plus éclatant parmi les plus récents, celui de l'infortuné, du vertueux Laurent, qui vient de mourir sans position, laissant pour tout héritage à sa femme et à ses enfants, la misère et un des premiers noms dans l'histoire de la chimie. Qu'on n'enseigne donc pas à la jeunesse, qu'avec du talent et l'amour du devoir on arrive à tout, car une grande partie de la jeunesse sait déjà le contraire, et à celle qui ne le sait pas, il lui en coûtera d'autant plus de l'apprendre qu'on l'aura entretenue plus longtemps dans l'illusion.

Le talent n'a donc pas plus suffi à Orfila qu'au commun des hommes, et ce qui a contribué le plus, après son mérite, à assurer ses succès, est précisément ce qui l'a empêché de supporter avec calme ses revers, et ce qui a contribué le plus peut-être a détruire sa forte organisation : c'est l'amour de la popularité, de l'éclat, du bruit, de tout ce qui peut fixer sur soi les regards de la foule.

Mais je m'aperçois que je commence à écrire la vie d'Orfila, et, je l'ai déjà dit, le moment n'est encore venu pour personne; le temps approche toutefois où l'on pourra tenter l'entreprise sans trop de témérité; quand l'heure aura sonné, nous verrons avec plaisir une plume impartiale se charger de cette tâche; nous le verrons avec plaisir, malgré ou plutôt à cause de l'affection que nous avons toujours eue pour M. Orfila, et parce que, sans nous être jamais fait illusion sur ses qualités et sur ses défauts, sans avoir jamais partagé l'engouement de certains de ses amis, et encore moins les haines de ses détracteurs, nous savons que, dans son histoire, la face de la médaille fera toujours oublier le revers.

H. DE CASTELNAU.

Note sur la falsification de la racine de valériane du commerce par la racine de scabieuse,

Par M. O. REVEIL, *agrégé de l'École de pharmacie.*

Les divers chimistes qui se sont occupés de la composition de la racine de valériane, ont obtenu des résultats tellement variables, même lorsqu'ils ont employé des procédés semblables, qu'on est en droit de se demander si la racine de valériane du commerce ne serait pas un mélange des racines de plusieurs plantes du genre *valeriana*. Les deux variétés que nous fournit le commerce ont été attribuées à la différence des lieux où on les a récoltées ; on a supposé également qu'on mélangeait les racines du *valeriana officinalis* avec celles du *valeriana dioïca* et même du *valeriana Phu*. Il est certain que le sol, la latitude, etc., peuvent avoir une grande influence sur la richesse en essence des racines de valériane ; et depuis longtemps j'avais remarqué que la racine du *valeriana officinalis* que j'avais récolté sur les montagnes les plus élevées des Pyrénées, possédait une odeur plus forte, plus désagréable, surtout lorsqu'elle croissait dans des lieux marécageux.

Mais, depuis longtemps, on trouve dans le commerce de la racine de valériane contenant des quantités variables de racine de scabieuse; j'ai vainement cherché dans les divers magasins d'herboristerie de Paris de la racine de valériane, qu'on eût pu sûrement attribuer au *valeriana officinalis*, et très-souvent j'y ai trouvé de la racine de scabieuse dont la quantité allait jusqu'à 22 pour cent.

La racine de valériane est formée de radicules blanches, cylindriques, amincies à leur extrémité et à surface ridée longitudinalement; le collet est très-court et présente des écailles; d'ailleurs, les rides sont plus ou moins prononcées selon la quantité d'eau que les racines ont perdue par la dessiccation.

La souche du *valeriana Phu* est plus grande et présente des radicules blanches; sur une de ses faces seulement, elles sont très-nombreuses et ridées dans tous les sens, l'odeur est plus faible : elle est moins active que la *valeriana officinalis*.

La racine de scabieuse est produite par le *scabiosa succisa L.* et par le *scabiosa arvensis L.;* mais c'est surtout la première qui sert à falsifier la valériane. Cette racine est plus courte que celle des valérianes ; cette souche est tronquée à sa base; les radicules, un peu plus grosses, ont une surface moins rugueuse, peu ou point striées, très-fragiles, se rompant avec la plus grande facilité et laissant une section blanche amilacée ; d'ailleurs, les souches sont aussi recouvertes d'écailles blanches ou brunes. Ces racines sont tout à fait inodores ; mais lorsqu'elles sont mélangées avec la valériane, elles acquièrent bientôt l'odeur caractéristique de celle-ci.

La quantité d'acide valérianique et d'essence de valériane fournie par les diverses racines du commerce est tellement variable, que l'analyse chimique, d'ailleurs longue à faire, ne peut donner aucune bonne indication ; les caractères physiques sont suffisants. Aussi engageons-nous les pharmaciens à se procurer de la racine de scabieuse pour qu'ils puissent apprendre à les reconnaître.

THÉRAPEUTIQUE.

Des avantages de la santonine comme vermifuge chez les enfants.

Dans une lettre adressée à notre honorable confrère, M. le docteur *Caffe*, M. *V. Garnier*, pharmacien, rappelle les motifs qui doivent faire préférer les préparations de santonine à tous les autres fébrifuges connus, et surtout pour la facilité de son administration chez les jeunes sujets.

Voici ce que dit M. Garnier :

« La santonine est aujourd'hui un des plus sûrs vermifuges que l'on connaisse ; pure, elle est presque privée de saveur, et, sous ce rapport, elle est surtout applicable chez les enfants. En un mot, comme l'a dit M. le docteur Munaret, et on ne saurait trop le répéter : « La découverte de la santonine est un véritable bienfait pour les enfants, car une dragée contenant quelques centigrammes de ce principe cristallisable qu'ils croquent avec plaisir, est un remède plus vermicide que cette noire médecine que nous avons tous bue à leur âge, et que l'on nomme semen-contra. » J'ajouterai que la spigélie et la mousse de Corse ne sont pas plus agréables, et du moment où elles ont un succédané qui peut être administré, non-seulement sans inconvénient, mais encore sans répugnance et sans dégoût, pourquoi ne pas lui donner la préférence ?

« Voici, pour l'administration de la santonine, la formule que j'ai depuis longtemps adoptée, et qui réussit à merveille :

Pr. Santonine pure.........	50	grammes.
Sucre pulvérisé.........	950	—
Mucilage...............	Q. S.	

« Faites une pâte que vous diviserez en deux mille petits noyaux de forme ovale, et que vous recouvrirez d'une couche de sucre pour

obtenir des dragées de 50 à 60 centigrammes (1/2 grain) de santonine. Dans cette proportion, les dragées sont très-agréables et ont une action suffisamment marquée. — Deux suffisent, matin et soir, aux enfants de six mois à un an; — trois, matin et soir, à ceux de un à deux ans, — et quatre, matin et soir, à ceux de deux à quatre ans. »

Eloge d'Orfila,

Prononcé par M. le professeur Bérard, *dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.*

Messieurs,

Porter la parole au nom de la Faculté devant l'imposante assemblée qu'amène périodiquement dans cette enceinte la reprise des travaux scolaires et la proclamation des noms de nos lauréats est sans doute un honneur insigne, mais c'est un dangereux honneur. Il m'avait paru bien redoutable le jour où je dus retracer ici la vie et les travaux de Broussais, et je ne puis me défendre encore, en ce moment, d'un sentiment de défiance inquiète en montant à cette tribune, où m'appelle pour la quatrième fois le vœu de mes collègues. En vain, pour calmer des craintes trop légitimes, je me représente ce que je dois déjà à votre bienveillante indulgence et ce qu'elle me promet encore, en vain j'arrête ma pensée sur l'accueil flatteur qu'ici même ont plus d'une fois rencontré mes paroles : ces souvenirs touchent mon cœur, mais ils ne peuvent m'aveugler sur mon insuffisance.

Ce n'est pas que les sujets fassent défaut à l'orateur de la Faculté. Pour lui les matériaux abondent, soit qu'il s'adresse à l'élève qui débute ou à celui qui touche au terme de ses études, ou au praticien qu'un sentiment de curiosité, mêlé peut-être de gratitude pour l'*alma mater*, ramène une fois par an au milieu de nous.

Que de conseils utiles, que d'avertissements profitables pourrait recueillir aujourd'hui, de la bouche d'un maître, l'élève qui, pour la première fois, vient s'asseoir sur les bancs de cet amphithéâtre! Que d'écueils sur sa route! Que d'incertitudes sur la direction de ses études! Par où commencer? Quelles notions doivent précéder et préparer les autres? Quel peut être le meilleur emploi du temps? Comment en prévenir la perte irréparable? Combien d'élèves, faute de guides, ont dépensé une année tout entière, c'est-à-dire le quart d'une scolarité déjà trop courte, à *apprendre* comment il faut *étudier!* Ecrire *la journée de l'étudiant*.... cette pensée originale et heureuse a tenté la plume élégante d'un professeur de clinique étranger à cette Faculté; mais c'est pour une séance de rentrée qu'elle devrait recevoir son exécution. J'entends la journée de l'étudiant telle que la comprennent vos maîtres, et non pas précisément telle que la passent bon nombre de nos jeunes disciples. Sans doute il est parmi eux des types en ce genre, et j'en connais, mais je craindrais pourtant qu'en prenant son modèle au hasard, le peintre n'y copiât certains détails dont s'accommoderait avec peine la gravité de cet auditoire. Nulle autre époque de l'année scolaire ne serait mieux choisie que celle de l'inauguration de vos travaux pour l'accomplissement de la mission quasi paternelle que je signale ici. Et en effet, chers élèves, dites-le-moi, quels sont, en dehors des rigueurs de l'examen ou de l'assistance aux leçons, vos rapports avec vos maîtres? Nuls ou à peu près nuls, si ce n'est peut-être dans cette solennité. Sans doute il est glorieux pour une école de voir immatriculés sur ses registres des disciples accourus de toutes les parties du monde civilisé; sans doute ce n'est pas sans un secret orgueil que les professeurs de la Faculté de Paris avouent qu'ils ne connaissent pas plus les noms que le nombre de leurs élèves; mais cette prospérité éclatante et sans rivales n'exclut pas, ou plutôt elle entraîne fatalement avec elle, les inconvénients auxquels je viens de faire allusion. Le plus regrettable de tous est l'absence de ce commerce intime qui, dans les universités moins nombreuses, lie intimement le maître à l'élève. La parole de ce maître ne doit-elle tomber que de la chaire, et ne gagnerait-elle rien, ne pourrait-elle être fécondée dans un commentaire amical et familier entre celui-ci et ses disciples? Il n'a pas tout fait pour eux quand il a enseigné le dogme; il doit encore les initier à la méthode, guider leurs pas incertains à l'entrée de la carrière, les former par l'exemple autant que par le précepte, et donner, en définitive, à la science des médecins instruits, à la société des hommes honnêtes.

La contemplation de cette vie de famille, plus commune dans les anciennes universités que de nos jours, a toujours eu pour moi un singulier attrait. Nous n'avons rien qui lui ressemble. Si un médecin français s'avisait de nous dire : « Je mets en pratique les conseils que mon maître m'a inculqués, » qui de nous saurait de quel maître il veut parler? Mais que Morgagni nous rappelle une opinion de *son maître*, il n'a pas besoin d'écrire le nom de Valsalva pour être compris? Et quand, dans les *Elementa physiologiæ*, je vois le mot *præceptor* se détacher du texte en lettres majuscules, comme s'il avait éveillé encore chez l'illustre élève, au moment où il en traçait les caractères, des sentiments de vénération et d'amour, ah! je ne vais pas chercher dans la note bibliographique le nom de l'auteur cité par Haller. Je sais d'avance qu'il s'agit de Boerhaave ou d'Albinus, plus souvent du premier que du second.

Je l'ai dit : ce n'est pas le sujet qui manque à l'orateur de la Faculté; s'il dicte aujourd'hui un plan d'études à l'élève qui débute, il pourra, l'année suivante, tenir un autre langage à celui qui va entrer dans la pratique. Quel texte inépuisable, par exemple, que celui des devoirs professionnels? Des circonstances récentes ajouteraient à l'intérêt qui s'y attache naturellement. Vous venez de montrer, messieurs, comment vous comprenez l'un de ces devoirs, le *courage médical*. Les épreuves auxquelles vous vous êtes soumis pendant le cours de la dernière épidémie auraient pu ébranler un dévouement moins affermi que le vôtre. Alors que le plus petit dérangement dans les habitudes de la vie pouvait avoir des conséquences si funestes, quitter sa demeure pour s'installer en permanence au centre d'une localité ravagée par l'épidémie, et de là, sans relâche, de jour comme de nuit, courir partout où le mal vient de frapper un nouveau coup; pénétrer, pour y porter des secours, jusque dans les combles des habitations, dans des réduits étroits, insalubres, où le fléau destructeur trouvait pour auxiliaires l'encombrement et la misère; voilà, messieurs, ce qu'il fallait oser. Vous l'avez fait sans crainte et sans ostentation. C'est à peu près en ces termes que je rendais publiquement hommage, en 1849, à la conduite de vos devanciers; je suis heureux de les appliquer aujourd'hui à leurs successeurs. Mais je mériterais vos reproches si je ne cherchais mes exemples que dans la pratique civile. Au milieu de cette armée française, qui sur une terre étrangère va protéger le faible contre une agression brutale, refouler la barbarie et porter la civilisation, le *courage médical* n'a-t-il pas brillé encore, à l'envi de la bravoure militaire? Et, sans parler des dangers que redoutait Horace :

.... Mare turgidum, et
Infames scopulos...........

nos jeunes chirurgiens ont dû braver une épidémie redoutable avant de partager avec nos soldats les chances de la guerre; car c'est les partager que d'aller sous le feu de l'ennemi relever et panser les blessés, affrontant ainsi la mort sans songer à la donner.

Enfin, messieurs, une séance de rentrée est la seule occasion qui nous serait donnée peut-être d'entretenir et les médecins et les élèves de ce qui touche aux intérêts de la pratique et de l'enseignement. Ces intérêts ont vivement excité la sollicitude du Ministre de l'instruction publique. Sous sa féconde initiative, des modifications nombreuses ont été apportées dans les conditions de scolarité des deux ordres de médecins, dans les attributions des écoles préparatoires et l'organisation de quelques-unes d'entre elles. Je serais heureux, et ma position me le permettrait sans doute, je serais heureux d'exposer devant vous l'esprit et la portée de ces réformes, de signaler les avantages qu'elles assurent à nos institutions médicales; mais j'ai une autre tâche à remplir.

Je crains, messieurs, d'exciter enfin votre impatience. Pourquoi, me direz-vous, pourquoi effleurer tant de sujets et n'en traiter aucun? Pourquoi, alors que notre curiosité est aiguisée, que notre attention vous est acquise, déserter tout à coup le texte que vous sembliez promettre à nos désirs? Pourquoi, messieurs? Je pourrais prendre la réponse dans mon allocution de 1839 : c'est que le moment où la Faculté va proclamer les succès de l'élite de ses élèves est aussi le moment qu'elle a choisi pour honorer la mémoire de ceux de ses membres que la mort lui a ravis; c'est que telles ont été depuis vingt ans la succession et la rapidité de nos pertes, qu'une seule fois à peine la solennité de ce jour a réuni dans cette enceinte et les maîtres et les élèves, sans qu'un souvenir de mort soit venu se mêler à la joie du triomphe, et voiler de deuil les couronnes que la Faculté a décernées. Pas un des organes de la Faculté n'a failli au devoir pieux que je vais essayer de remplir encore aujourd'hui, et cependant la mort prend avance sur nous. Elle atteint deux professeurs au lieu d'un dans le cours d'une seule année scolaire. Orfila, Roux, quelle perte pour cette école! Je n'entreprendrai pas de payer à tous les deux le tribut que notre reconnaissance leur réserve. Les proportions trop restreintes d'un discours d'ouverture n'admettraient pas ce double panégyrique. Je vais vous parler de l'ancien doyen de l'Ecole, laissant à un autre collègue, mieux autorisé que moi sans doute, le soin de retracer, dans un an, les travaux et la vie du chirurgien célèbre que nous avons perdu.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir entendre à Paris les leçons des professeurs les plus renommés de cette époque. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'Ecole de médecine de Paris, de diriger l'administration de cette Ecole, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration de l'Assistance publique à Paris, de siéger dans le Conseil supérieur de l'Université, de fonder une Société secourable pour les médecins tombés dans la détresse, ou pour les familles de ces médecins, de servir encore l'humanité et la science en instituant de son vivant des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant; mais il lui était réservé aussi de boire à cette coupe amère que l'adversité tient souvent en réserve à côté des heureux du jour.

Ce jeune homme, c'était Orfila; il était issu d'une famille d'honnêtes commerçants établis depuis le XIVe siècle aux îles Baléares. Son père, qui ne manquait pas d'aisance, habitait Mahon (île Minorque). C'est là que le futur doyen de la Faculté de médecine de Paris avait vu le jour le 20 avril 1787.

Les événements de sa jeunesse offrent du piquant et de l'intérêt. Lui-même, il nous les raconte, car il a écrit sa vie tout entière, et n'a déposé la plume du biographe que pour se coucher dans la tombe. Dans cet intéressant manuscrit qui n'est pas destiné à l'impression, il insiste sur les souvenirs de sa jeunesse et

de son enfance. Ainsi ont fait presque tous ceux qui ont écrit leurs mémoires. Ces souvenirs ont pour tout le monde un charme irrésistible. Pendant qu'elle les retrace dans sa prison, madame Roland oublie que l'échafaud est là qui l'attend; et, pour citer un exemple moins tragique et plus familier, n'avons-nous pas vu sur ses vieux ans notre spirituel collègue Desgenettes consacrer un reste de vie au récit de quelques espiégleries d'enfance, tandis que nous attendions qu'il voulût bien nous parler dans ses Mémoires du général Bonaparte et de l'armée d'Egypte, de Napoléon et de la grande armée. J'ai dû révéler l'existence du manuscrit d'Orfila, si habilement mis à profit par l'un de ses biographes. Je ne puis contester à l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine le double avantage de la priorité et du talent, mais j'ai dû éviter pour moi jusqu'à l'apparence du plagiat. Je serai sobre sur les anecdotes, messieurs; une vie si remplie, des conquêtes scientifiques si multipliées, si précieuses pour la société, exigent de ma part un travail sérieux. Puisse-t-il n'être pas indigne de la mémoire d'Orfila!

Au XVIIIe siècle, dans un petit pays arriéré, dont les habitants n'imaginaient pas qu'il y eût de carrières plus brillantes que celles de l'église ou du commerce maritime, les moyens d'instruction étaient singulièrement bornés: pas de colléges, pas de pensions; l'éducation particulière pouvait seule suppléer à l'absence d'établissements universitaires. Le jeune Orfila fut mis entre les mains d'un cordelier, excellent homme et grammairien passable. On se plaignait naguère du luxe accablant des programmes d'études à l'usage de nos lycées; on énerve, disait-on, l'intelligence des enfants par le nombre excessif et la variété des notions dont on la surcharge. Le père François n'eût point mérité ce reproche : il ne parla à son élève ni de géographie, ni d'histoire, ni de cosmographie, ni de mathématiques, ni de grec. Il lui enseigna le latin; mais il le poussa assez loin pour qu'il pût argumenter couramment en cette langue avec quelques condisciples confiés, comme lui, aux soins du père François. Malheureusement, le maître voulut ajouter au latin la philososophie et former son élève à la dispute. Si quelque chose eût pu fausser l'esprit si droit de celui-ci, c'était incontestablement la nouvelle direction qu'on donnait à ses études. Au jour fixé pour la soutenance de sa thèse, il avait alors 14 ans, la foule remplissait la grande église du couvent de Saint-François : là, des prêtres et des moines vinrent argumenter le candidat pendant trois heures. La discussion portait sur des propositions comme celle-ci : *Impossibile est, simul idem esse et non esse!* Son succès dans la lutte et les applaudissements de la foule ne purent lui faire prendre le change sur le néant de ce genre d'escrime. « Je ne sais rien, disait-il tristement à son père, et je m'aperçois qu'on me fait faire fausse route. » Déjà il pressentait qu'il y avait un autre monde, celui des faits et des lois qui les régissent, et il avait hâte d'y mettre le pied.

Son éducation première ne s'était pourtant pas bornée, dans son île natale, au latin et à la scolastique. Avide d'apprendre, il n'avait laissé échapper aucune occasion d'ajouter à ce qu'il savait déjà. Un abbé languedocien, que la révolution avait jeté hors de France, lui avait enseigné le français. Bientôt après, un prêtre irlandais, le révérend père John, l'avait initié à la langue anglaise. Et, comme il avait emprunté de chacun de ses maîtres, en même temps que leur langue, leur accent, on l'eût pu prendre alors, pour un Languedocien à Paris, et pour un Irlandais à Londres.

Ce n'est pas tout : il a compris l'importance des mathématiques, dont pourtant il n'a pas la moindre notion. Il entreprend de les étudier; il achète des livres. Il se met à l'œuvre, et s'il ne va pas, du premier coup, aussi loin que Pascal, qui, au dire de sa sœur, devina en se jouant 32 propositions d'Euclide, il posséda bientôt, grâce aux conseils d'un mathématicien dont il avait fait la découverte dans son île, l'arithmétique jusqu'aux logarithmes, l'algèbre jusqu'aux équations du premier degré, et la géométrie dans ses éléments. Pour apprendre plus vite et mieux, il s'avisa d'enseigner, ce qui était un excellent moyen. Deux petits garçons qu'il avait recrutés composèrent son auditoire : il leur donnait les explications qu'il venait de recevoir.

Un événement singulier menaça de fermer pour toujours, à notre jeune professeur, la carrière de l'enseignement. Un soir que son père lui avait infligé une correction peut-être trop sévère, il se coucha et s'endormit en pleurant. Le lendemain, ceux qui ont entendu les leçons d'Orfila le croiront à peine, il se réveilla bègue. Un médecin, ami de la famille, conseilla de l'envoyer chanter au lutrin pour le guérir. Ne rions pas trop du remède. Le bon docteur Siguier n'ignorait probablement pas l'influence du rhythme sur le courant nerveux qui régit la partie mécanique de la parole. Cela valait mieux que de couper les muscles génio-glosses du jeune bègue. La recette eut un plein succès, et Orfila put continuer des études qui allaient devenir bientôt plus méthodiques, plus fortes et plus variées.

En effet, des circonstances mystérieuses, et sur lesquelles on se perdait en conjectures, avaient amené à Minorque un homme d'origine allemande, solidement instruit, parfaitement élevé, de manières distinguées, d'un caractère doux et aimable, grand musicien, pianiste excellent, parlant, outre sa langue, l'anglais, le français, l'italien, l'espagnol, et suffisamment versé dans les mathématiques, la physique, l'histoire naturelle et la logique!... Une perle jetée sur ce rocher aride.... M. Coot, c'est le nom de cet étranger, et Orfila, ne pouvaient manquer de s'y rencontrer et même de se comprendre, malgré la différence d'âges. Vous devinez que le premier devint le maître du second.

Le moment était venu de faire choix d'une profession. Grand sujet de perplexité dans les familles. Les conseils que, dans cette conjoncture, le jeune Orfila recevait sous le toit paternel, n'avaient certainement pas été puisés dans le livre si populaire de Daniel Foë. Ici, le père prédit à son fils aventureux tous les malheurs qui attendent le navigateur, le père d'Orfila, au contraire, faisait à notre futur collègue le plus riant, le plus séduisant tableau de la vie de marin. Orfila consentit à en faire l'essai, mais sa première campagne l'en dégoûta à jamais. Il n'avait échappé à une terrible tempête que pour tomber entre les mains de pirates qui parlaient à tout propos de *tagliar testa* (couper la tête) aux gens de l'équipage, ou de les faire asseoir sur un pieu bien effilé! Libre enfin, et de retour à Mahon, il se prononça pour la carrière de la médecine. Il fut, en conséquence, envoyé à Valence. C'était en 1804; il avait alors dix-sept ans et demi.

L'absence de programme dans les établissements d'instruction supérieure peut avoir des inconvénients sérieux, puisque l'enseignement n'a de garanties ni contre le dévergondage d'esprit d'un professeur, si cela pouvait se rencontrer, ni contre la fatuité d'un novateur qui voudrait persuader à ses élèves qu'il n'y a de vrai, d'acceptable dans la science que ce qu'il y a mis. Mais il est un autre écueil : c'est de renfermer les matières de l'enseignement dans un cadre si étroit, qu'il n'y ait plus pour le professeur possibilité d'initiative ou de suivre même le mouvement de la science. Voilà précisément ce qui se passait à Valence. En chimie, on suivait le livre de Macquer. Les élèves devaient l'apprendre par cœur. Et, comme on lit, dans ce livre, que l'*air* et l'*eau* sont des corps simples, le professeur, pour se conformer au règlement, affirmait la chose aux élèves bien qu'il fût intimement persuadé du contraire. Mais déjà les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter les professeurs de l'Université de Valence. Cependant, l'insuffisance de cette Université soulevait des réclamations nombreuses. On menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournoi scientifique entre ses élèves et convie tous les savants d'Espagne à assister à cette lutte. Orfila s'y engage, il fait triompher, et cette Université qui ne lui avait rien enseigné, et ce maître qui, dans l'expression naïve autant que modeste de son étonnement, disait à son élève : « *Mais qui donc vous a appris tout cela?* » Qu'il me soit permis de transcrire un paragraphe du procès-verbal de ce concours que nous pouvons qualifier de *mémorable*, eu égard au retentissement qu'il eut dans Valence et au delà : « Mathéo Orfila, « dans l'épreuve qu'il subit le soir et qui dura près de deux heures, fit preuve de « connaissances tellement vastes et approfondies en chimie et en tout ce qui se « rapporte à cette science; il développa avec tant de talent les trois sujets que le « sort lui avait assignés en faisant des applications aux sciences et aux arts, en ana- « lysant les opinions anciennes et modernes et en répondant promptement et sûre- « ment à toutes les difficultés qui lui furent proposées, qu'il paralysa ses concur- « rents et que les juges, ainsi que toute l'assemblée, lui accordèrent le prix par « acclamation. » Les juges allèrent plus loin, ils déclarèrent que le prix ne suffisait pas pour honorer le mérite de Mathéo Orfila, et que l'inscription suivante : MATHEO ORFILA VICTOR, serait conservée dans l'Université afin d'exciter une noble émulation parmi les jeunes étudiants.

La joie de ce triomphe fut singulièrement troublée le lendemain. Orfila fut invité à se rendre chez le grand inquisiteur. Qu'on juge de sa frayeur! Lui était-il échappé dans le feu de l'argumentation quelque proposition hétérodoxe dont il aurait à rendre compte devant un tribunal redouté? Sa crainte diminua un peu quand il fut en présence du grand inquisiteur. Ce personnage ne ressemblait pas au muphti qui, dans Micromégas, juge les œuvres scientifiques de l'habitant de Sirius. C'était, dit Orfila, un homme d'une taille avantageuse et imposante, aux traits nobles, à la physionomie bienveillante. « Vous avez eu, dit-il à Orfila, un magnifique succès « hier; j'y ai vivement applaudi. J'aime la jeunesse studieuse et je cherche à l'en- « courager par tous les moyens dont je puis disposer. Qui êtes-vous? d'où venez- « vous? et qu'allez-vous faire? » Cet exorde acheva de rassurer Orfila, qui répondit à ces questions avec toutes les marques imaginables de déférence et de respect. « Est-il vrai, ajouta le grand inquisiteur (ici je copie le manuscrit d'Orfila), est-il « vrai que dans la séance d'hier, lorsque vous étiez argumenté, vous ayez laissé « entrevoir, d'après les notions de physique et de géologie que vous avez puisées « dans les auteurs français, que le monde est plus ancien qu'on ne l'a dit? Dites- « moi la vérité. » Il faut croire que les explications du jeune lauréat ne furent pas moins satisfaisantes que celles de Buffon à la Sorbonne, alors qu'elle le tourmentait sur sa théorie de la terre, car le grand inquisiteur, édifié, lui dit en le congédiant : « Jeune homme, poursuivez paisiblement vos études, honorez l'Espa- « gne, et n'oubliez pas qu'aujourd'hui, dans ce pays, l'inquisition n'est ni aussi « tracassière ni aussi barbare qu'on le suppose. » Les faits de ce genre sont rares dans les annales de l'inquisition; celui-ci méritait d'être recueilli.

La biographie des hommes dont le nom a eu quelque retentissement ne doit pas être un simple objet de curiosité. Remontons aux causes de leurs succès, nous y puiserons d'utiles enseignements. La nature les avait richement dotés, sans doute, ces hommes privilégiés; mais les efforts de leur volonté avaient ajouté aux dons de la nature. Je dirai bientôt les facultés heureuses, et à certains égards exceptionnelles, qu'Orfila avait reçues en partage, son ardeur d'apprendre et son opiniâtreté au travail qui, tout Valence le savait, lui avait fait outre-passer les préceptes de l'École de Salerne, à ce point qu'il donnait à peine trois heures par nuit au sommeil; mon intention est de signaler ici une autre condition de l'avantage qu'il venait d'obtenir sur ses condisciples. Il possédait plusieurs langues vivantes et celle, en particulier, dont s'était servi l'illustre et infortuné Lavoisier, alors qu'il posait les bases de la chimie moderne. Voilà une des causes de son succès. Ce n'était, dira-t-on, qu'un

moyen d'études, qu'un instrument, soit; mais c'est un moyen précieux, un instrument puissant et dont ne peuvent guère se passer ceux qui cultivent les sciences depuis que, au grand désespoir des travailleurs, le latin a cessé d'être la langue des savants. Nous devons applaudir, messieurs, à la pensée qui a introduit l'enseignement des langues vivantes dans la section scientifique des lycées.

Orfila venait de réhabiliter l'Université du Valence, mais il savait qu'elle n'avait plus rien à lui apprendre. L'Université de Barcelone jouissait d'une certaine renommée. Il s'y rend, et pour la première fois il a la satisfaction de voir démontrer publiquement la chimie *à l'aide d'expériences,* l'anatomie *sur le cadavre* et la pathologie *au lit du malade*. Là aussi, il fut soumis à ces examens de fin d'année qu'il devait, plus tard, introduire dans notre Faculté. Il avait mis à profit pendant deux ans les moyens d'instruction que lui offrait l'Université de Barcelone, lorsque la junte de commerce de cette ville le choisit pour aller, à titre de pensionnaire, étudier, à Madrid d'abord, puis à Paris, la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Il avait espéré recevoir à Madrid les leçons d'un chimiste que l'Anjou revendique comme une de ses gloires, le célèbre Proust; mais celui-ci avait abandonné l'Espagne pour n'y plus revenir. Orfila demanda et obtint la permission de se rendre directement en France. Il entrait à Paris le 9 juillet 1807. Désormais il ne quittera plus la France; celle-ci adoptera bientôt cet enfant de l'Espagne. Que de séductions n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire! Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire. Fourcroy, dont la voix éloquente allait bientôt s'éteindre, mais rien alors ne faisait prévoir cet événement, Fourcroy avait confié à Orfila le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique. Le bon abbé Haüy ne dédaignait pas de l'aider particulièrement dans l'étude de la cristallographie. D'où lui était venue cette faveur si promptement acquise? C'est qu'à Paris comme à Valence Orfila s'était fait remarquer par son amour du travail et sa merveilleuse facilité; c'est qu'une attraction secrète rapproche les hommes que la science a illustrés, des élèves auxquels la science réserve un avenir.

Cet avenir, il est écrit dans chacune des pages du manuscrit où Orfila nous rend compte de l'emploi de son temps pendant ses journées d'étudiant. Heureuse période de la vie où l'on cultive la science pour les charmes qu'elle offre et sans préoccupation de fortune ou d'honneurs!

Fidèle au système d'études qu'il avait inventé à Mahon, il prend encore une fois la résolution d'enseigner. Un riche propriétaire de la rue du Bac, dont le fils était lié avec Orfila, mit à la disposition de celui-ci un petit laboratoire assez bien muni d'instruments de physique et de chimie. Ce fut là qu'il débuta. Un incident de peu d'importance au fond va nous montrer quelles étaient déjà et l'assurance du professeur et la curiosité qu'inspiraient ses débuts. Un jour, pendant sa leçon, deux personnes entrent dans la petite salle où était réuni son auditoire. Quel ne fut pas l'étonnement du jeune professeur en reconnaissant Fourcroy et Vauquelin. Tout le monde se lève en signe de respect; Orfila s'interrompt, puis, avec le plus grand sang-froid, il invite les deux nouveaux venus à s'asseoir et continue sa leçon avec le même calme, la même présence d'esprit que si son auditoire se fût recruté de deux élèves de première année.

Cette douce vie d'étudiant allait être cruellement interrompue. La guerre, une guerre qui devait être longue et cruelle, venait de s'allumer entre la France et l'Espagne. Murat bombardait Madrid par ordre de l'empereur, et, quelque temps après, Dupont était battu à Baylen par le général Castanoz. Les relations du jeune Orfila avec sa famille et la junte de commerce de Barcelone étaient interrompues; la misère le menaçait, sa condition d'Espagnol le rendait suspect. Accompagné d'un de ses amis, il va solliciter une carte de sûreté à la préfecture de police. On commence une sorte d'enquête, on multiplie les formalités, et on finit par les retenir prisonniers. L'affaire était sérieuse cette fois et ne paraissait pas devoir se dénouer aussi facilement que celle qui l'avait appelé chez le grand inquisiteur. Mais la vie studieuse d'Orfila lui avait ménagé un libérateur. Laissons parler le prisonnier : « Après une nuit d'insomnie, dit-il, on me prie de passer dans le ca-« binet de M. Véra, où je vais en tremblant, croyant qu'il s'agit de me faire subir « un interrogatoire. Mais non! je suis le plus heureux des hommes, Vauquelin est « là en habit d'Institut, l'épée au côté et revêtu de tous ses insignes. *Je viens ré-« clamer monsieur,* dit-il à Véra, *il ne troublera jamais l'État, je l'emmène. Soit,* « répondit le chef du cabinet. Vauquelin me tend la main, je vole dans ses bras « et il me serre avec effusion contre son cœur. » Nous verrons encore une fois, messieurs, Vauquelin intervenir comme un génie bienfaisant dans une circonstance critique de la vie d'Orfila. Ai-je besoin de dire que la reconnaissance et l'amour de son élève n'ont jamais fait défaut à cet homme excellent?

Devenu libre, Orfila reprit sa vie d'étudiant. Il reçut en 1811 le grade de docteur en médecine de la Faculté de Paris. Les sciences dites accessoires n'avaient pas seules été l'objet de son application, puisqu'il obtint à son examen de pathologie la note *extrêmement satisfait.*

Le voilà docteur; mais il fallait vivre. La guerre avec l'Espagne continuait, elle avait fait brèche à la fortune de la famille Orfila. Le père enjoignait à son fils de revenir à Mahon, et lui faisait tenir une somme de 300 francs pour le voyage. Orfila refuse. Il renvoie l'argent, bien que sa bourse soit vide. C'était brûler ses vaisseaux; mais il avait foi dans son étoile. Il trouvera des ressources dans l'enseignement. Il ouvre un premier cours chez un pharmacien de la rue Croix-des-Petits-Champs; il va professer ensuite dans cette célèbre rue du Foin-Saint-Jacques, berceau de l'enseignement particulier. Il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est là, dans un modeste local, qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle, la *toxicologie.*

Désormais, la justice ne restera plus désarmée, ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces fugitives du poison versé par une main criminelle. D'ingénieux procédés en dévoileront l'existence, alors même qu'il aura été masqué par les aliments et les boissons; ils le poursuivront dans les humeurs animales et au sein de nos tissus. Ils iront le saisir encore jusque dans ce détritus informe produit de la décomposition cadavérique. Désormais aussi, plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aurait plus l'espoir de dissimuler.

Messieurs, je l'affirme après un examen consciencieux du sujet, la *toxicologie* n'existait pas avant Orfila. Pas un des livres publiés avant lui ne donnait la moindre idée des procédés ingénieux et sûrs inventés par cet habile expérimentateur. On savait, il est vrai, reconnaître certains poisons, alors qu'ils étaient dissous dans l'eau distillée; mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne savait plus les retrouver. Le croira-t-on, on disait, on professait, on imprimait que les réactions restaient les mêmes, que les précipités étaient aussi purement colorés dans les boissons et les humeurs que dans l'eau distillée! On n'avait pas pris la peine d'y regarder, tant est grande la disposition à jurer *in verba magistri!* Je ne sais si Orfila avait lu Bacon, mais je doute qu'aucun savant se soit plus fidèlement que lui conformé aux préceptes de l'illustre chancelier. L'habitude qu'il avait prise de bonne heure, et qu'il conserva toute sa vie, de soumettre à l'expérimentation toute proposition scientifique, lui venait moins de ses lectures, je pense, que de la rectitude naturelle de son esprit, de son amour du positif. Les erreurs grossières de cette pseudo-science qu'on appelait *toxicologie* pouvaient-elles échapper au contrôle sévère auquel il allait les soumettre. Il nous raconte ce qui lui avait donné l'éveil de la réforme qu'il allait accomplir. C'était en 1813. Il venait de montrer à son auditoire les précipités que forme l'acide arsénieux avec divers réactifs. « Ces précipités se produiraient de même, dit-il, si l'acide arsénieux était mêlé à du vin, du café, du bouillon, et vous allez en avoir la preuve. » Il avait sous la main une tasse de café à l'eau, il y introduit la dissolution d'acide arsénieux et verse successivement les réactifs dans des portions de ce liquide composé. O surprise! l'eau de chaux, qui devait donner un précipité blanc, fait naître un nuage gris violacé : un précipité olive grisâtre prend la place de ce beau vert de Schéele que devait faire naître l'addition du sulfate de cuivre ammoniacal. L'embarras du jeune professeur était extrême. Il ajourne l'explication. De retour chez lui, il mélange toutes sortes de poisons avec des matières alimentaires, des boissons, des humeurs animales. Il les soumet à leurs réactifs ordinaires et constate que le résultat diffère à peu près constamment de celui qu'on obtient avec les dissolutions pures de ces toxiques. Cependant, les poisons existent dans ces mélanges, puisqu'il les y a introduits. Il faut trouver les moyens de les démasquer. Ce sera l'objet d'une science nouvelle; il se propose de la fonder. Il court chez un libraire auquel il offre de vendre deux volumes qu'il va composer sur cette science qui n'existe pas encore. Le libraire, M. Crochard, accepta ce singulier marché, et il n'eut pas à se repentir de l'avoir contracté. L'apparition de ce *Traité* qui, enrichi sans cesse par les soins d'Orfila, est arrivé à la cinquième édition, fit une grande sensation. C'est bien de la toxicologie qu'on pourrait dire : *instauratio facienda est ab imis fundamentis.* L'histoire de chaque poison y est refaite; disons mieux : elle y semble tracée pour la première fois, et sur cet ensemble de notions spéciales, l'auteur fonde la plus magnifique histoire générale de l'empoisonnement qui ait jamais été composée. Mais je croirais trahir la mémoire d'Orfila si je m'en tenais à cette vue sommaire de ses travaux sur l'empoisonnement. Abandonnons pour un moment l'ordre chronologique, et montrons le grand toxicologiste.

Si Orfila sacrifie des milliers d'animaux à ses recherches, c'est après avoir constaté, prouvé la légitimité des inductions du chien à l'homme, soit qu'on étudie les symptômes de l'empoisonnement, les lésions cadavériques ou l'action des contre-poisons. Le chien, à la vérité, jouit d'un privilége dont il faut tenir compte; il vomit promptement et facilement, dès lors il n'est plus empoisonné; mais la ligature de l'œsophage, dont Orfila a si bien apprécié les effets, rétablit la parité des conditions pendant un temps suffisant pour que le spectateur assiste à toute la scène de l'intoxication.

Jusqu'en 1839 on s'était borné, dans la recherche des poisons, à l'examen et l'analyse des matières expulsées de l'estomac et des intestins ou contenues encore dans le tube digestif. Orfila nous montre qu'on peut extraire le poison, du foie, du sang, des urines des cadavres alors qu'il n'y en a plus de traces dans les premières voies. C'est le plus grand pas qui ait été fait, en toxicologie, au point de vue médico-légal. Il avait consacré six années à la démonstration de cette importante découverte; il faut s'y arrêter un instant.

On a dû se demander, de bonne heure, comment et par quelles filières se propage l'action toxique? comment, appliqué sur un point limité du corps, ce poison va corrompre, partout, et avec une rapidité effrayante, les sources de la vie. On croyait, au dernier siècle, et quelques médecins arriérés disent encore que le poison exerce sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle il est mis en contact une impression qui se propage par ces nerfs jusqu'au centre nerveux dont les fonctions se trouvent tout à coup perverties ou anéanties. Haller, ce fidèle historien de la science, ne paraît pas même se douter qu'on puisse proposer une autre explication. Il dit, en parlant des nerfs de l'estomac : *Neque alia via ad*

mortem brevior est, venenis vehementer acribus in ventriculum receptis. La physiologie moderne avait, depuis longtemps, fait justice de cette erreur, lorsque Orfila publia le fait capital qui nous occupe. Elle avait montré que, hors le cas de corrosion locale, l'absorption du poison est la condition de son action toxique; que c'est, en un mot, par le sang et non par les nerfs que son action meurtrière se propage au centre encéphalo-rachidien.

Mais cette vérité était demeurée stérile pour les expertises médico-légales jusqu'au moment où Orfila sut en faire des applications tout à la fois si brillantes et si utiles.

Les vérités, les découvertes s'enchaînent. Si le poison porté dans les viscères par l'absorption et la circulation n'en a pas été éliminé avant la mort, on pourra l'y retrouver longtemps encore après l'inhumation. Un crime a été commis, la terre couvre le cadavre de la victime; les jours, les semaines, les mois s'écoulent; le meurtrier calcule avec anxiété les progrès de la décomposition du corps: déjà il se rassure, la justice humaine ne l'atteindra pas! Vaine espérance! Il n'y a plus de prescription pour la démonstration du crime de l'empoisonnement. Ce témoin irrécusable, cet accusateur accablant, le *poison*, est là indécomposé au milieu des parties qui tombent en dissolution. Il est encore, et Orfila saura le retrouver dans ce terreau noirâtre, dernier vestige de l'être organisé qui va rendre ses éléments au sol.

Ils résistent aussi à la décomposition ces terribles alcaloïdes que le règne végétal élabore. C'est là sans doute une des conditions de leur action toxique. Si l'estomac pouvait digérer la strychnine et la brucine, la noix vomique ne serait pas vénéneuse, et l'opium perdrait ses propriétés si le suc gastrique pouvait attaquer les alcaloïdes qu'il renferme.

Pendant qu'il poursuivait ces recherches, Orfila ouvrait à la toxicologie une autre voie non moins utile et tout aussi neuve. Ces poisons que l'absorption introduit dans la trame de nos organes, la nature s'efforce de les porter au dehors, lorsque la vie se prolonge. *L'élimination des poisons*, le temps qu'ils séjournent dans le corps, temps variable pour chacun d'eux, les routes spéciales par lesquelles ils sont expulsés, tel était, avec ses inductions pour la médecine légale, le pronostic et la thérapeutique de l'empoisonnement, le sujet d'études sur lequel Orfila appelait l'attention de ses contemporains. Il appartenait à l'un des membres de cette Faculté, au neveu d'Orfila, à l'héritier de son nom dans la carrière médicale, de compléter et d'étendre, sur ce point, le travail de notre collègue. La dissertation inaugurale: *De l'élimination des poisons*, a trouvé dans la Faculté et au dehors toute la faveur qu'elle méritait.

Les problèmes de toxicologie sont sans nombre. L'ouverture juridique d'un cadavre vous a fait découvrir du poison. Faut-il en conclure, dans tous les cas, qu'il y a eu empoisonnement? N'a-t-on pu, dans une intention criminelle et pour perdre un innocent, introduire ce poison dans le cadavre? Le corps de l'homme ne contient-il pas naturellement des métaux toxiques? L'eau qui filtre au travers du terrain des cimetières ne peut-elle conduire des poisons du sol jusque dans les cadavres qui s'y décomposent? Questions que la conscience d'un juré n'eût pu envisager sans terreur, si les expériences d'Orfila n'en eussent donné la solution. S'il admet, par exemple, l'existence du cuivre et du plomb dans le corps de l'homme, il indique un moyen sûr de distinguer le métal normal de la préparation qui aurait causé un empoisonnement. Le premier il signale l'erreur commise par les chimistes qui avaient cru reconnaître la présence naturelle de l'arsenic dans le corps de l'homme, erreur qu'il avait partagée lui-même. Et quant au composé arsénical que recèle le terrain de certains cimetières, ce composé est à l'*état insoluble* et ne peut pénétrer jusque dans les viscères d'un cadavre. Notions rassurantes et qui permettent à l'enquête de suivre son libre cours!

Créer l'histoire médico-légale de l'empoisonnement, cela pouvait suffire à la réputation d'un médecin. Orfila n'en devait pas rester là. Il trace d'une main sûre les règles à suivre dans l'administration des contre-poisons. Il dédaigne, et il a raison de le faire, les assertions de ces médecins prétendus vitalistes qui nient l'existence de cet ordre d'agents. *Les combinaisons chimiques*, disent-ils, *ne s'opèrent pas dans l'estomac comme dans un vase inerte*, et, sur ce lieu commun, ils se dispensent du souci de charger leur mémoire de ces détails de thérapeutique. Eh quoi! un acide et un alcali, mis en présence dans l'estomac, ne céderont plus aux affinités puissantes qui les portent à se combiner? Quoi, la magnésie ne pourra émousser dans l'estomac l'action horriblement corrosive de l'acide sulfurique! Le tannin du quinquina ne se combinera plus avec l'oxyde d'antimoine de l'émétique? L'albumine ne fera plus avec le sublimé un composé insoluble, si ce n'est dans un excès de cet albumine? Quoi! vous assistez à ces combinaisons et vous les niez! Messieurs, non-seulement les affinités chimiques ordinaires peuvent détruire les poisons dans l'estomac, mais elles ont encore, dans des circonstances moins heureuses, le privilége de les y engendrer. L'amygdaline, l'émulsine, substances d'une innocuité parfaite, mises en contact dans un verre, donnent naissance au plus actif des poisons, l'acide cyanhydrique: introduites l'une après l'autre dans l'estomac d'un animal vivant, elles l'empoisonnent. La combinaison chimique s'est donc faite dans l'estomac comme dans un verre, comme *dans un vase inerte*. Orfila a conseillé le premier l'albumine comme contre-poison d'une foule de dissolutions métalliques, du sublimé corrosif en particulier. C'est en torturant un texte qu'on a voulu faire honneur à Gmelin de cette addition heureuse à la thérapeutique de l'empoisonnement. Orfila démontre que le charbon animal ne jouit pas de la vertu de neutraliser les poisons métalliques, et il nous met en garde contre la sécurité trompeuse qu'une croyance contraire pouvait faire naître. Il nous prémunit aussi contre le danger d'employer, à titre de contre-poisons, des composés toxiques par eux-mêmes, ou qui pourraient, combinés avec le poison qu'on veut détruire, engendrer dans l'estomac un nouveau poison. Il donne enfin l'appui de la chimie aux propositions judicieuses que, dès l'an x, avait formulées Renault, mais il ne se montre pas tellement épris des applications de cette science qu'il ne proclame bien haut qu'il faut avant tout, et alors même qu'on ne connaît pas encore la nature du poison, provoquer le vomissement par l'ingurgitation d'eau albumineuse. On ne peut rien dire de plus sage et de plus pratique.

Sur ce terrain de la thérapeutique, il eut à lutter contre les sectateurs de Giacomini. Mais nous ne pouvons prendre au sérieux des médecins qui, pour asseoir, comme ils le disaient, sur les ruines de la toxicologie française, la doctrine de l'action hyposthénisante des poisons classés par Orfila parmi les *irritants*, proposaient de les combattre par les toniques, le vin et l'alcool. Un cheval empoisonné par l'acide arsénieux mourait un peu plus vite que si on lui eût épargné le contre-poison.

Jusqu'ici, messieurs, j'ai mis Orfila aux prises avec les problèmes généraux de la toxicologie. Je n'ose m'aventurer dans le récit de ses découvertes de détail; il faudrait parler de tous les poisons. Il en est un pourtant, le plus célèbre de tous dans les fastes judiciaires, que je ne puis passer sous silence. Vous avez nommé l'arsenic. Ce poison a été, pour notre collègue, l'occasion du travail le plus complet qu'ait jamais enfanté la plume d'un toxicologiste. La malveillance, l'envie, ont vainement essayé d'en contester les résultats: Orfila devait sortir triomphant de la lutte qu'elles avaient engagée avec lui. Abordons sans préambule le point capital de cette âcre polémique. L'appareil si ingénieux que Marsh avait fait connaître en 1836 offrait, dans sa simplicité primitive, de sérieux inconvénients. Divers chimistes, une commission de l'Institut, avaient travaillé à les faire disparaître, mais il en restait un qui, à lui seul, entravait l'opération. Le gaz qui doit s'échapper, emportant avec lui l'arsenic qu'il dépose sous forme d'anneau dans la continuité du tube, et sous forme de taches caractéristiques là où on le brûle à l'issue de l'appareil, soulevait une mousse épaisse qui bientôt interrompait son dégagement. Il fallait à tout prix détruire la matière animale d'où provenait la viscosité du liquide. Orfila conçoit et met à exécution l'idée de brûler cette matière animale par l'azotate de potasse qu'il remplaça plus tard, et suivant les cas, par l'acide azotique ou par le chlore. Dès lors, la viscosité a disparu, et le gaz qui se dégage avec autant de régularité que d'une simple dissolution du poison dans l'eau distillée, va trahir la présence d'un millionième d'acide arsénieux dans la liqueur. Il suffit même d'un demi-millionième pour obtenir des taches. Avec quel soin il fait connaître les précautions qui doivent assurer le succès de l'analyse. Une flamme trop vive, en vaporisant le poison, avait fait manquer l'opération des premiers experts dans la célèbre affaire Laffarge. Il tient compte aussi et de la forme de la flamme et de la distance à laquelle on a placé la porcelaine sur laquelle doivent se déposer les taches. Quelles recherches délicates pour constater que les réactifs ne contiennent pas un atome d'arsenic! Pas une difficulté qu'il n'ait levée, pas une objection sans réponse!

Mais, disaient ses adversaires, ces taches qui pour vous sont formées par de l'arsenic, il suffit de la carbonisation de matières organiques, de la présence des phosphites d'une huile essentielle ou de charbon, pour leur donner naissance. Objection bien grave, messieurs, puisqu'il s'agit de vie d'homme. Eh bien, savez-vous où l'on était allé chercher cette objection pour la porter devant l'Institut? Dans les mémoires mêmes d'Orfila, qui le premier avait décrit ces *taches organiques* sous le nom de *taches de crasse*, et avait indiqué, l'Institut le constate, des moyens sûrs de distinguer ces taches des taches arsenicales. Le temps me presse, j'abandonne ces débats. Les contemporains d'Orfila ont prononcé; ses successeurs s'efforcent de se former à sa pratique. C'est un témoignage non équivoque de l'excellence de ses procédés.

L'immense renommée qu'Orfila s'était acquise en toxicologie le faisait appeler, chaque jour, à éclairer les tribunaux et les jurés dans les affaires criminelles les plus épineuses. Sa présence était un évènement, on se portait en foule à l'audience pour entendre sa déposition. Il entrait, tous les regards se fixaient sur lui; il parlait, sa parole était recueillie dans un religieux silence. Il eût pu imposer son opinion par la simple autorité de son nom, il préférait la démontrer en rendant accessibles à tous les propositions scientifiques, les vérités expérimentales sur lesquelles elle reposait. La lumière se faisait. Le doute, le doute si pénible à l'âme d'un juré, faisait place à la conviction. Plus d'une fois on a vu le coupable, accablé comme si une intelligence surhumaine était venue révéler la vérité en sa présence, renoncer à son système de défense, et chercher, dans un aveu sincère, des chances d'atténuation à la peine qu'il avait encourue. Ce dénoûment pouvait flatter l'amour-propre d'Orfila: d'autres scènes allaient plus que celles-là à son cœur. Si le criminel redoutait sa présence aux débats, l'innocent devait l'appeler de tous ses vœux. On n'a pas oublié l'affaire portée devant le sénat de Chambéry: Trois inculpés condamnés à mort dans un premier jugement; l'Europe attentive aux débats; le sénat y procédant avec une prudente lenteur. Orfila est consulté: il démontre que les expériences sont fautives, les preuves de l'empoisonnement nulles, et qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'action de l'acide prussique pour expliquer la mort rapide d'un homme dans le cerveau duquel on a trouvé un caillot de sang plus volumineux qu'un œuf!

Rétrogradons, et reprenons le fil des événements. Nous avons laissé notre jeune médecin livré encore à l'enseignement particulier, et devenant pour la première

fois auteur. L'Angleterre, les États-Unis, l'Allemagne, l'Italie, eurent de suite des traductions de la *Toxicologie générale*. Hallé se l'était fait lire. Cet homme si érudit, si profondément instruit, si bon appréciateur du mérite, avait compris la portée, l'originalité de ce livre. Il en avait entretenu ses collègues de l'Académie des sciences, et, peu de temps après, Orfila prenait place parmi les membres correspondants de l'Institut.

A l'Athénée, ce nom rappelle de glorieux souvenirs, il fallait un successeur à M. Thenard, qui lui-même avait remplacé Fourcroy; Orfila fut désigné, et la faveur du public lui prouva qu'il n'était pas resté au dessous de la tâche qu'avaient rendue si difficile ses deux illustres devanciers.

Cependant le gouvernement de Ferdinand VII apprenait qu'un jeune Espagnol jetait en France les fondements d'une renommée qui allait croissant tous les jours. Il envia peut-être à la France, et il tenta de lui ravir le savant qu'elle allait adopter. Un décret inséré dans la gazette officielle d'Espagne, et dont le texte fut reproduit dans les journaux français, appelait Orfila à la chaire que Proust avait occupée à Madrid. Mais le gouvernement français, à son tour, ne vit pas avec indifférence la perte que l'enseignement allait faire dans notre pays. Les ministres de Louis XVIII faisaient offrir à Orfila, en attendant qu'une chaire fût disponible, la place de médecin par quartier. Ces deux propositions étonnèrent Orfila, qui n'avait rien demandé, mais il était déjà habitué à des surprises de ce genre, car avant que deux rois se le disputassent, la direction du Théâtre-Italien lui avait offert un engagement avec 25,000 francs d'appointements. Accepter eût été, peut-être, le chemin le plus court pour aller à la fortune, mais Orfila rêvait des triomphes plus durables, et d'une autre nature que ceux que peuvent procurer une voix de basse bien timbrée, mordante, agile, assouplie par l'exercice, un habile talent de chanteur en un mot, et une mimique à la fois spirituelle et expressive. Il avait donc refusé sans hésiter. Entre la France et l'Espagne, le choix était plus difficile : il aimait déjà la France, mais l'Espagne était son pays natal. Cette considération l'eût emporté peut-être si le premier ministre de Ferdinand n'eût refusé de réaliser une petite réforme universitaire que le génie organisateur avait déjà fait germer dans cette jeune tête. Orfila resta en France. Disons qu'il était tout à fait libre d'engagements avec l'Espagne. A la paix de 1814, un sentiment d'exquise délicatesse l'avait porté à mettre à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait déjà amassés dans notre pays, mais la junte, ruinée et disloquée, ne pouvait plus donner suite à ses projets.

Orfila avait déjà marqué sa place à la Faculté de médecine, lorsque Royer-Collard, qui ne l'avait jamais vu, lui fit dire par Marjolin : « On va créer pour « moi une chaire de maladies mentales; la mienne va devenir vacante : c'est à « l'auteur du *Traité des poisons* de recueillir mon héritage et de professer la mé- « decine légale. Hâtez vous de vous faire naturaliser Français. » Peu de temps après, l'École ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans la fatiguer jamais, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1817 jusqu'en 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez « pas, dit-il en prenant place, je ne suis pas mieux, mais je n'ai pas voulu laisser « échapper une occasion de rendre service à la Faculté, en venant voter pour « M. Orfila. » Sur quoi, le vénérable Boyer prenant la parole : « J'étais irrésolu, « dit-il; je ne le suis plus : je voterai aussi pour M. Orfila. »

Les envieux, et déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer, se demandaient si, pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute : le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain, les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants, l'amphithéâtre était encore plein : il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années qu'il professa la médecine légale, et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale. On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage, ni dans la pompe du discours. L'élève pourra venir, pendant quelques séances, pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret d'Orfila. Il visait à la clarté du langage et non à arrondir une période. Il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question. Il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques. Pour chaque proposition, il donnait la démonstration expérimentale, lorsque cela était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile ; sa voix sonore pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre. Il s'animait, se passionnait parfois, sans jamais cesser de se posséder.

La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez Orfila. Vous ne l'avez pas oublié, messieurs, c'était chaque année, pour ses auditeurs, un nouveau sujet d'étonnement : on le voyait, dans la leçon qui avait pour objet les équivalents chimiques, on le voyait, dis-je, le dos tourné à deux immenses tableaux entièrement couverts de chiffres, appeler tous ces nombres et leurs fractions, sans broncher, sans hésiter; et, s'il arrivait parfois qu'il y eût défaut de concordance entre le tableau et l'appellation orale, c'était le copiste qui s'était trompé et non le professeur!

La science faisait de nouveaux progrès, et cependant Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves ; il portait à cinq quarts d'heure la durée de ces leçons, et multipliait celles-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à 80 au lieu de 60. Pardon, messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent, chez les élèves qui m'écoutent, le sentiment de la perte immense qu'ils ont faite.

Orfila a professé successivement la médecine légale et la chimie. Il a écrit sur l'une et l'autre de ces sciences.

On se tromperait étrangement si l'on croyait qu'en *médecine légale* la toxicologie seule a été l'objet des travaux originaux d'Orfila. Un traité en trois volumes, et la publicité acquise à ses découvertes, montrent avec quel soin il avait abordé toutes les parties de ce vaste sujet. Là encore, il va substituer la méthode expérimentale aux stériles dissertations dans lesquelles s'étaient perdus les médecins légistes. Veut-il savoir si quelques signes locaux permettent de reconnaître qu'un individu trouvé pendu par le cou, l'a été de son vivant ou après sa mort : il pend des cadavres et dissèque les parties que le lien a pressées. Cette expérience lui apprendra encore si la suspension après la mort peut causer la turgescence des corps caverneux et la présence de spermatozoïdes dans l'urètre. Veut-il savoir si l'eau s'introduit dans les voies aériennes quand le corps a été submergé après la mort et jusqu'où elle pénètre, il plonge des cadavres dans des liquides colorés.

La question d'identité des personnes a été pour Orfila l'occasion d'un travail qui ne pourra paraître futile qu'à ceux qui méconnaîtraient et l'importance du but et la délicatesse des moyens employés pour l'atteindre. Changer la couleur de ses sourcils et de ses cheveux est un stratagème fort usité. Pendant qu'il s'occupe des moyens de le dévoiler, Orfila devient si habile en cette matière qu'il peut, à l'instant même et sans le secours de la teinture, donner aux chevexx toutes les teintes imaginables, et quelle que soit leur couleur primitive. Sous sa main, la chevelure rouge prendra la teinte noire éclatante du jais ; le brun deviendra blond, et le chatin cendré. Est-il nécessaire de dire qu'il sait faire reparaître à l'instant la couleur naturelle ? Des artistes qu'on devine eussent gardé pour eux la découverte : Orfila donne libéralement la recette à tout le monde, dans son *Traité de médecine légale*.

C'est d'ordinaire un sujet très-émouvant, dans les cours d'assises, que la détermination des taches que portent les instruments qu'on soupçonne avoir été employés à la perpétration du crime. Est-ce du sang qui colore ce couteau ? n'est-ce que de la rouille, ou encore le produit de l'action d'un fruit acide sur le fer ? L'imagination des romanciers et des antiquaires s'est complue dans la croyance à une sorte de pérennité, d'indestructibilité des taches de sang. Walter Scott montre encore dans le palais d'Holy-Rood le sang de cet infortuné musicien qui fut poignardé sous les yeux de Marie Stuart. Sans doute, la matière colorante du sang résiste longtemps à la décomposition. Vauquelin nous l'a appris. Mais il suffit de la traiter par l'eau pour la dissoudre et l'enlever. C'est sur cette propriété de l'eau, c'est en soumettant à de délicates investigations ce qu'elle enlève et ce qu'elle laisse qu'on peut résoudre le problème si souvent posé par les tribunaux. Nous devons ces précieuses notions à Orfila. Ses leçons sur ce sujet avaient précédé de deux ans l'excellente publication de M. Lassaigne.

Entre le moment où le corps enveloppé du linceul va être déposé dans la tombe, et celui où redevenu poussière il s'est agrégé au sol qui l'a reçu, que de modifications successives, que de métamorphoses dans ce cadavre : l'imagination la plus riche ne saurait les prévoir, et elle égarerait infailliblement celui qui aurait la prétention de les décrire. Cependant, l'expert doit les connaître, car la détermination approximative au moins de l'époque d'un décès est souvent la base d'une enquête médico-légale. Le traité des *inhumations juridiques* a constitué ce point de la science. Orfila y décrit l'état extérieur et intérieur de corps qu'il a fait exhumer à des époques de plus en plus éloignées du décès, depuis les premières semaines jusqu'à deux et trois ans. Des figures tracées d'après nature nous font assister à cette destruction successive d'un être organisé. Rien de plus pittoresque et de plus mélancolique à la fois que cette galerie de portraits. Mais des cadavres ont pu séjourner et pourrir dans d'autres milieux. Orfila étudie les changements qu'ils subissent dans l'eau renouvelée, l'eau croupissante, le fumier, les fosses d'aisance. Que de courage, que de patience ! que de dégoûts à surmonter ! Jamais, que je sache, un tel travail n'avait été entrepris ; et il est permis de douter que son auteur ait beaucoup d'imitateurs.

L'événement qui avait fait passer Orfila de la chaire de médecine légale à la chaire de chimie était déplorable. Une ordonnance royale venait de casser la Faculté. Il entrait dans le plan de ceux qui présidaient à sa réorganisation de supprimer la chaire d'histoire de la médecine, de rendre à Royer-Collard l'enseignement de la médecine légale, et de mettre Orfila à la place de Vauquelin, qui restait exclu ainsi qu'Antoine Dubois, de Jussieu, Deyeux, Pelletan, Lallemant et Desgenettes. Prévenu de ce qui se passe, Orfila court chez son bienfaiteur, et lui révèle ce qui se complote contre lui. « *Ce n'est pas possible*, dit Vauquelin, *ils n'oseront pas.* » C'était la première fois peut-être que Vauquelin laissait échapper une expression trahissant, même indirectement, la conscience qu'il devait avoir de sa valeur. « *Ils oseront*, dit Orfila. » « En ce cas, reprit Vauquelin, professez la chimie, je l'exige ; le refus que vous feriez de cette permutation ne me rendrait

pas ma place et priverait les élèves de l'excellent enseignement que vos précédents leur assurent. » J'ai dit comment Orfila avait justifié le jugement de Vauquelin.

Orfila parle avec une modestie extrême de son Traité de chimie : « Mes *Éléments de chimie* n'ont d'autre mérite, dit-il, que celui de la coordination des faits. » D'autres qu'Orfila n'eussent pas fait si bon marché du succès d'un livre parvenu à sa huitième édition, et dans lequel l'art de manier les réactifs est exposé avec une certaine originalité. Mais l'auteur de la *Toxicologie générale,* de la *Médecine légale* et des *Exhumations juridiques* était assez riche de gloire : il pouvait négliger des titres qui eussent suffi pour placer honorablement dans le monde savant des hommes moins éminents que lui.

Dans le récit de cette vie si remplie, il faut se résigner à négliger de nombreux détails. Rappelons cependant que, nommé président des Jurys médicaux, il sut, de concert avec son ami Béclard, qui, en même temps que lui, avait été investi de cette haute mission, rendre à une institution gangrenée les garanties de sévérité et d'intégrité qu'elle avait perdues depuis longtemps.

Désormais, messieurs, Orfila va nous apparaître sous un nouveau jour. Son mérite va appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége.

Il avait pu désirer le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat. La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. Le célèbre Antoine Dubois, récemment élevé au décanat, mais peu désireux de le conserver, pria Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter, disait-il, d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre, que M. Dubois s'exprime en ces termes : « Monsieur le ministre, je suis âgé, peu jaloux de conserver des fonctions administratives; je viens vous prier d'accepter ma démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée.

Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur. Il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettront point non plus la régularité de son enseignement, car avant tout il est professeur ; rien ne peut compenser dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves ; et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout; les cours seront faits désormais avec régularité ; les examens deviendront sérieux ; les élèves prendront régulièrement leurs inscriptions. Il fallait, pour arriver à ces fins, de la fermeté sans rudesse, de la bienveillance qui ne dégénérât pas en laisser-aller. Rarement trouve-t-on ces deux qualités réunies dans une juste mesure ; Orfila savait les concilier.

Tandis qu'il travaille à raffermir la discipline, il opère un renouvellement complet dans le matériel de l'Ecole.

A la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *Clinique* sur les affiches des cours et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchements. Celle-ci manquait à la Faculté.

Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres, où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé.

Ce magnifique jardin botanique où, chose rare dans les établissements de ce genre, l'élève studieux trouve la plante à côté de l'étiquette qui la désigne, c'est à Orfila que nous le devons.

La libéralité de Dupuytren avait fait les frais d'une chaire d'anatomie pathologique. Orfila eut le talent de faire instituer une chaire, et de créer un musée d'anatomie pathologique avec la somme léguée par le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci est mort sans se douter qu'un jour les étrangers viendraient admirer à Paris un *musée* portant le nom de *Dupuytren.*

Le doyen n'avait pas encore mis la dernière main à cette grande et utile entreprise, que déjà il en méditait, il en réalisait une plus considérable encore. Il avait visité à l'étranger plusieurs galeries anatomiques, le musée de Hunter l'avait particulièrement frappé. Au sentiment d'humiliation et de découragement que fit naître chez lui la pauvreté relative de nos galeries d'anatomie normale, succéda un ardent désir, puis la ferme volonté de rivaliser avec l'Angleterre, de la surpasser peut-être. Il revient à Paris. Le ministre accorde à ses pressantes sollicitations les allocations nécessaires pour l'arrangement du local. Les travaux commencent. Jamais métamorphose plus complète ne fut plus promptement opérée : tout marchait de front. Les nouvelles galeries n'étaient pas terminées, que déjà affluaient de toutes parts les richesses anatomiques qui devaient y être rangées. Orfila avait fait appel à nos aides d'anatomie, nos prosecteurs, nos conservateurs, à tout ce qui sait manier le scalpel, pousser une injection, disposer une pièce au foyer du microscope. Il s'était mis en relation avec les plus célèbres anatomistes de l'Europe, *Eschricht*, de Copenhague, *Panizza*, de Pavie, *Hirtl*, de Vienne ; celui-ci était alors à Prague; *Erdl*, de Munich, *Richard Owen*, de Londres, etc. Une réponse d'Hirtl à la demande qu'Orfila lui avait faite de deux cadres où vous pouvez étudier aujourd'hui, messieurs, d'excellentes préparations de l'oreille, prouve que notre musée ne jouissait pas alors d'une bien grande réputation près des anatomistes d'Allemagne. « Comment, dit-il, vous voulez que je vous envoie cette pièce, la « seule qui existe en Europe, pour que vous la placiez dans un mauvais coin d'un « musée qui sera peut-être aussi mal tenu que celui du Jardin du Roi ! » Le sarcasme était décoché sans doute contre la galerie d'anatomie comparée du Musée d'histoire naturelle; mais il ne pouvait atteindre les riches collections zoologiques de cet établissement. Orfila avait aussi frappé à cette porte. M. Geoffroy Saint-Hilaire lui avait prêté le plus obligeant concours. Le professeur d'anatomie comparée y avait mis moins de bonne volonté; il s'était refusé d'abord à tout échange de pièces. Plus tard, il avait envoyé quelques échantillons de rebut, parmi lesquels figurait un kanguroo portant un sternum de chien. L'honorable professeur avait pensé sans doute que cela passerait inaperçu à la Faculté de médecine de Paris. Ce trait eût pu prendre place dans la piquante et spirituelle notice de M. Flourens, sur son collègue du Jardin du Roi. Revenons à notre musée. Ce fut un véritable tour de force que sa création. En cinq mois, tout fut fini : seize mille pièces étaient rangées dans les nouvelles galeries. En cette circonstance, comme en beaucoup d'autres, la Faculté exprima par un vote qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. Le ministre qui les avait généreusement encouragés, M. de Salvandy, voulut les récompenser ensuite, en donnant au Musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

Avec l'instinct des grandes choses on peut n'être qu'un rêveur si l'on n'a reçu en même temps les qualités qui président à l'exécution. Les hommes à projets ne sont pas rares. Combien y en a-t-il qui sachent les réaliser? La sagesse la plus vulgaire conseille de n'entreprendre que ce qui est possible. Mais la détermination du *possible* et de l'*impossible* est l'œuvre de facultés supérieures et spéciales : Orfila les possédait à un degré éminent. Il eût pu dire avec un courtisan célèbre, *si la chose est possible elle est faite,* mais il n'eût point ajouté, *si elle est impossible elle se fera.* Il a su mener à bonne fin des entreprises difficiles, il n'en a jamais tenté d'irréalisables. Il abordait l'examen des questions de ce genre avec un rare bon sens, un jugement sûr, une sagacité pénétrante, une connaissance approfondie des hommes et des choses, l'intelligence du but et des moyens, une vue nette de l'ensemble et des détails. L'entreprise une fois décidée, il apportait à la mise en œuvre des qualités d'un autre ordre et qui constituaient comme le pouvoir exécutive de sa nature morale. Le caractère intervenait concurremment avec les ressources de l'esprit : une volonté ferme, une persévérance que rien ne pouvait rebuter, une activité que peu d'hommes ont égalée, un talent égal à tourner les obstacles sans le secours de l'astuce ou à les enlever de haute lutte : le tout aiguillonné par un vif amour de l'approbation, ce stimulus du génie, ce sentiment élevé devant lequel il faut s'incliner quand il cherche sa satisfaction dans des œuvres utiles à l'humanité.

On s'est étonné qu'Orfila ait trouvé assez de temps pour tout ce qu'il a fait, mais le temps ne fait pas défaut à qui sait en régler l'emploi. Ce ne serait pas une exagération de dire qu'Orfila arrêtait, un semestre à l'avance, le programme de ses occupations pour chaque heure du jour et pour chaque jour de la semaine. Ses amis savaient toujours où le trouver. Il suffisait pour s'orienter de tirer sa montre et de tenir compte de l'époque de la semaine. Il était d'une ponctualité exemplaire, ce pouvait être, à lui aussi, *sa politesse*, mais cela découlait encore d'un sentiment profondément gravé dans sa conscience, j'aurais dû dire d'une vertu, le *sentiment du devoir.* (*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— L'année dernière, à pareille époque, le *Moniteur des Hôpitaux* publiait les remarques et les chiffres suivants :

« Les nouveaux règlements universitaires, qu'on croyait devoir amener une grande augmentation dans le nombre des élèves en médecine, sont loin d'avoir produit ce résultat cette année.

« Les élèves inscrits à la Faculté de Paris, qui étaient, au 15 novembre de l'année dernière, de 1,434, dont 480 nouveaux environ, ne sont cette année qu'au nombre de 1,060, dont 284 nouveaux seulement. On s'expliquerait difficilement un tel résultat, car les nouveaux règlements favorisent plutôt qu'ils ne rendent plus difficile l'accès des Facultés. »

La diminution des élèves a continué cette année dans une proportion considérable : le nombre des élèves inscrits est de 964 seulement, dont 151 nouveaux.

— M. le docteur Clerc commencera son Cours public de syphiliographie le mardi 21 novembre, à 1 heure, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série, Tome 2. — N° 139. 2e ANNÉE. Jeudi 23 Novembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 22 Novembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 13 Novembre.

Tels sont les avantages de la rectitude du jugement, qu'un homme qui les possède, lorsqu'il vient à être porté sur un terrain qui n'est pas le sien, ou s'abstient de parler, ou donne au peu de mots qu'il prononce le caractère de prudence ou de vérité que pourrait leur donner l'observateur le plus versé dans l'étude du sujet en question. C'est ce que vient de prouver M. de Sénarmont.

M. de Sénarmont n'est pas seulement un des esprits les plus distingués, un des plus charmants esprits de l'Académie, c'est encore un des académiciens les plus remarquables par son zèle et par son jugement. Le consciencieux Rapport que nos lecteurs liront avec intérêt au Compte rendu de la séance suffira pour les convaincre pleinement à cet égard.

M. de Sénarmont, qui est surtout un savant minéralogiste, et par suite un géologue et un chimiste instruit, a eu dans ce Rapport à effleurer la partie thérapeutique de l'histoire des eaux minérales. On pourrait supposer qu'il a traité cette partie de son sujet en chimiste ; point :

« L'étude chimique des eaux minérales, a-t-il dit, est loin, sans doute, de cette perfection idéale ; elle est cependant, à des points de vue très-divers, fort utile à la science, pourvu qu'on sache en apprécier sans illusion les résultats provisoires, et qu'on n'attribue pas aux expériences de laboratoire une infaillibilité que sont trop tentés de leur porter ceux-là surtout qui les ont le moins pratiquées. »

Quel hydrologue parlerait mieux sur la thérapeutique des eaux minérales, et combien en parleraient aussi sagement, aussi médicalement? Que nos lecteurs, qui ont vu naître et mourir dans ces dernières années tant de théories chimico-thérapeutiques, se le disent, et se convainquent une fois de plus, par les paroles de M. de Sénarmont, que si la connaissance des faits exige des études spéciales, la manière de les coordonner, de les grouper, d'en tirer des conséquences, de les juger en un mot, tient à des principes généraux, qu'on applique à toutes les études avec un égal avantage, quand on a eu le bon esprit de les apprendre et l'intelligence de les comprendre.

L'exemple que nous avons cité n'est pas le seul que M. de Sénarmont ait semé dans son consciencieux Rapport ; nous laissons à nos lecteurs l'utile plaisir d'y en chercher plusieurs autres.

— Un chimiste distingué, M. Brame, a communiqué un fait d'un assez grand intérêt pour la chimie légale ; on remarquera seulement que l'acide cyanhydrique ingéré a été dans ce cas fort considérable, circonstance qu'on ne rencontrerait peut-être pas habituellement, surtout dans les cas d'empoisonnements criminels. Malgré cette réserve, le fait de M. Brame n'en reste pas moins très-digne de rester dans les souvenirs des médecins-légistes.

— M. Martinet propose tout simplement de *désinfecter* tous les marais avec de l'arsenic, c'est-à-dire de les empoisonner pour les désinfecter. On ne peut contester que la proposition de l'ingénieux innovateur n'ait été dictée par les meilleurs sentiments.

— Nous avions espéré pouvoir apprécier plus longuement une communication de M. le docteur E. Triquet, relative à la surdité nerveuse, et, dans ce but, nous avions omis d'insérer dans le dernier Compte rendu le court extrait du travail de notre collaborateur. Mais l'auteur ayant cru sans doute plus utile de se borner, pour le moment, à la publication des conclusions de son Mémoire, nous devons nous borner de notre côté à en faire une simple mention.

H. DE CASTELNAU.

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64, 72, 76, 79 et 137.)

Leçon du 26 mai 1854.

Nous continuerons aujourd'hui l'examen des produits des cellules glandulaires ; nous avons vu que les produits de ces cellules étaient constamment composés de deux ordres de substances : 1° de substances inorganiques venues du dehors ; 2° de substances organiques nées dans l'économie. Nous avons dit que les substances inorganiques ne pouvaient s'introduire dans l'organisme à l'état de liberté et que c'était grâce à une combinaison avec des substances animales vivantes qui en modifiaient les caractères, qu'elles circulaient et prenaient place dans l'économie. Nous avons donné comme exemple le fer. Or, ces matières minérales ne se combinent pas indifféremment avec toutes les substances organiques ; dans le sérum, par exemple, il ne faut pas voir une matière quelconque qui se combine avec le fer,

d'autres substances animales telles que l'urine, la gélatine, ne jouent pas ce rôle par rapport au fer. Le fer, avons-nous dit, est une matière qui a la propriété de se combiner avec des matières organiques et de rester un certain temps dans l'organisme. Le prussiate de potasse, au contraire, est éliminé très-promptement; il n'a pas son rôle dans l'organisme. Le fer, au contraire, y a un rôle à remplir : nous verrons plus tard que ce rôle consiste à absorber l'oxygène.

Nous traiterons aujourd'hui des matières organiques chez les êtres vivants. Elles y ont des usages beaucoup plus importants que les substances minérales. Ces produits des glandes sont excessivement variés et l'énumération en serait longue; on peut cependant, malgré leur variété, les ramener à quelques groupes, ainsi on peut les classer suivant qu'ils ont des usages chimiques ou physiques. Ceux qui ont des usages physiques sont nombreux et bien différents les uns des autres, tels sont par exemple l'épiderme, qui sert de moyen de protection; les muqueuses, dont le rôle est analogue; les venins, qui sont aussi des produits de sécrétion, ont un rôle physique, et leur usage, qui est de faire tuer un animal par un autre, est en rapport avec certains phénomènes physiques de la digestion.

Tous les produits chimiques sont des ferments. Quelles glandes donnent des produits chimiques, quelles autres des produits dont les usages sont physiques? C'est ce qu'on ne saurait déterminer *à priori*, l'expérience seule nous l'apprend. Nous pourrions appuyer cette proposition d'exemples nombreux.

Il faut admettre l'impossibilité, pour nous, de déduire de la forme d'une glande ses propriétés; l'anatomie ne nous donne que la forme, mais non les propriétés vivantes des tissus; ainsi, toutes les glandes sont constituées par des cellules, tels sont les glandes salivaires, le foie, le pancréas; le poumon est de même pourvu d'un épithélium; partout dans ces organes nous trouvons la cellule : voilà ce que nous donne l'anatomie, est-ce à dire pour cela que les fonctions de ces organes soient identiques? Non; il y a des noms qui sont malheureusement passés dans la science et qui consacrent ces erreurs : par exemple, on appelle le *pancréas* une glande salivaire intestinale, ce qui est contraire à la vérité. C'est qu'en effet on trouve, dans les glandes salivaires et dans le pancréas, des culs-de-sac et des cellules analogues, mais leurs usages sont essentiellement différents et leurs produits sont d'ordres opposés : les glandes salivaires ont des effets physiques et le pancréas a des effets chimiques; c'est une différence que démontrent chaque jour des expériences faites sur les animaux vivants. Mais on peut la démontrer encore de la façon suivante : on prend les tissus même des deux espèces de glandes et on les met dans de l'eau; là, leurs principes actifs se dissolvent, et les produits qui en résultent sont trouvés tout différents. Ainsi, c'est dans la glande elle-même qu'est la raison de ces produits, car on ne les trouve pas dans le sang. Le pancréas sécrète un liquide dans lequel se trouve une matière organique qui joue le rôle de ferment relativement aux matières alimentaires et les décompose avec une très-grande rapidité. Si, dans une infusion de pancréas, on met de l'amidon hydraté, on verra cet amidon perdre ses caractères et se liquéfier rapidement; l'amidon hydraté aura bientôt changé de nature sous l'influence d'un ferment qui existe dans le pancréas. Si l'on met ce liquide en contact avec de la graisse, cette substance change d'aspect et est décomposée en glycérine et en acide gras; que l'on prenne, pour cette expérience, un conduit excréteur du pancréas ou le pancréas lui-même, l'effet ne change pas. Que l'on fasse la même expérience avec une glande salivaire, rien d'analogue n'a lieu; l'amidon n'éprouve aucune modification. Ainsi, voilà deux glandes dont la structure semble la même et dont les propriétés diffèrent essentiellement.

Le liquide sécrété par les glandes salivaires a la propriété de devenir visqueux dans l'eau et par là de remplir ces usages de l'ordre physique, c'est-à-dire de protéger la membrane muqueuse buccale contre l'absorption de certaines substances. Ainsi, voilà deux ordres d'usages dans les glandes : les unes, comme le pancréas, ont des effets chimiques; les autres, comme les glandes salivaires, des effets physiques. Les épithéliums appartiennent à ce dernier ordre, ils constituent la couche extérieure non-seulement de la peau, mais de toutes les surfaces muqueuses; secs à l'extérieur, plus mous dans les cavités viscérales, ils ont toujours le même usage, qui est de protéger énergiquement les tissus qu'ils recouvrent. L'épiderme extérieur empêche l'absorption de certaines substances nuisibles, telles que le *curare*, par exemple. Que l'épiderme soit enlevé en un point, l'absorption se fera et la mort en résultera. De même, dans l'intérieur du corps, l'épiderme mou qui est sécrété par les muqueuses empêche l'absorption des substances toxiques. — Toutes les substances ne sont pas également arrêtées par les épithéliums, et là réside la spécialité des usages des épithéliums. Généralement, le mucus ou épiderme mou s'oppose à l'absorption des substances organiques jouant le rôle de *ferments*, nous aurons ainsi la solution d'une foule de faits dont on avait donné jusqu'ici des explications hypothétiques.

Si nous réfléchissons un instant à la nature des substances avec lesquelles les muqueuses peuvent être en contact, nous voyons qu'il en est un très-grand nombre qui appartiennent à la classe des *ferments* : tel est le suc pancréatique; en outre, des venins, des virus peuvent être introduits dans le tube digestif; le mucus s'oppose à l'absorption de ces substances. La démonstration de ce fait est facile : si l'on garnit un endermomètre d'une membrane animale pourvue de son épithélium; que, dans cet endermomètre, on introduise de l'eau sucrée, tandis qu'on le maintient au dehors en contact avec un virus ou un ferment, on verra l'eau monter dans le tube de l'endermomètre, mais cette eau ne contiendra pas le poison, et cela, grâce à l'épithélium de la membrane; en effet, si avec l'ongle on râcle, on enlève cet épithélium, aussitôt le poison pénétrera dans l'endermomètre, et avec ce liquide on pourra tuer un animal. Cette propriété de s'opposer à l'absorption des poisons n'appartient pas à la membrane intestinale seule, mais à toutes les muqueuses. On peut faire avaler à un chien du venin de serpent impunément, parce que la membrane muqueuse de son estomac résiste à l'absorption du venin. Cette propriété persiste tant que le mucus n'est pas altéré ou détruit, car ce rôle protecteur appartient non pas à la cellule épithéliale elle-même, mais au produit, au mucus sécrété par l'épithélium. Ce mucus s'altère rapidement après la mort : deux ou trois heures suffisent pour cette décomposition; alors la muqueuse serait facilement traversée par un venin; il en est de même à l'égard de la pepsine ou du principe actif du suc pancréatique. On sait, depuis très-longtemps (par Spallanzani), que le suc gastrique digère la viande; mais pourquoi ne digère-t-il pas l'estomac? A cette question l'on a répondu que c'était en vertu de la vie que l'estomac résistait à la pepsine; mais j'ai montré qu'on pouvait, par une fistule gastrique, introduire dans l'estomac d'un chien une grenouille vivante, et la mettre, par sa partie postérieure seule, en contact avec le suc gastrique; en la retirant au bout d'une heure et demie, on la trouve vivant encore par la tête et les membres antérieurs, pendant que l'arrière-train est déjà digéré : elle a donc été digérée toute vivante; par conséquent, ce n'est pas la vie qui résiste à l'action de la pepsine; non, c'est le mucus qui protége l'estomac en l'isolant du contact de la pepsine. Que le mucus s'altère, et l'estomac sera digéré. Si l'on tue un animal pendant le travail de la digestion, et qu'on le maintienne à la température du corps vivant, l'estomac, le foie, la rate, seront digérés, parce que l'épithélium protecteur aura été altéré et aura cessé d'être sécrété. Ainsi, l'épithélium est une barrière entre l'organisme et les ferments : les ferments contenus dans l'intestin y sont en dehors de l'organisme. L'animal qui porte du *curare* dans son estomac n'est séparé de la mort que par une mince couche de mucus; si on enlève ce mucus, l'animal meurt.

Ce rôle de protection s'étend à toutes les muqueuses; une seule y échappe, à cause de ses usages particuliers et parce qu'elle est destinée à laisser passer des gaz : c'est la membrane muqueuse pulmonaire. Les venins, les ferments, les virus pénètrent dans l'organisme par la membrane muqueuse pulmonaire, la trachée

et les bronches protégées par du mucus ne se laissent pas pénétrer, mais, à l'extrémité des bronches, l'épithélium change de nature, de vibratile il devient pavimenteux, il ne sécrète plus ce mucus; là les substances telles que virus, venins, ferments, sont absorbées. Le curare introduit dans la trachée d'un chien ne produit aucun effet; mais s'il parvient à l'extrémité des bronches, l'animal meurt. Cet usage du mucus est d'une importance très-grande et supérieure à tout ce qu'on avait cru jusqu'ici.

L'épiderme des végétaux est aussi protecteur; qu'on introduise dans le tube digestif d'un animal une graine revêtue de son épiderme, elle le parcourt entièrement, sans avoir éprouvé d'autre modification qu'un gonflement, et pourtant, elle a trouvé sur son passage tout ce qui était nécessaire pour qu'elle fût digérée, le suc gastrique et le suc pancréatique, mais elle était protégée par son épiderme; si on lui enlève cet épiderme on ne pourra plus la retrouver, elle aura disparu, utilisée pour la digestion. Cette immunité que doivent à leur épiderme les végétaux, est bien connue; c'est ainsi que des oiseaux avalent une graine, la rejettent dans un lieu très-éloigné de celui où elle a été produite, et sèment ainsi à de grandes distances. Le cheval rend de même des grains d'avoine qui germent dans le lieu où sont déposés ses excréments. Par la même raison, il y a des animaux qui vivent dans le tube digestif d'un autre animal, protégés par leur épiderme; il y a même un insecte qui choisit pour foyer d'incubation à ses œufs l'estomac du cheval, jusqu'à ce qu'ils soient éliminés à l'état de chrysalides. On voit donc que l'épiderme est un puissant moyen de protection contre l'introduction dans l'organisme de substances nuisibles.

Rôle chimique des substances produites par les glandes. — Un ferment est une substance qui, par sa présence, détermine la décomposition d'une autre substance; fermentation, catalyse, action de présence, sont une même chose. Il ne se produit pas ici une combinaison chimique ordinaire. Le ferment ne se combine pas, il décompose. Ces ferments sont organiques, ils n'appartiennent qu'aux êtres vivants animaux et végétaux; leur rôle est très-important. On en connaît un grand nombre. Les ferments végétaux sont la *levûre de bière*, qui produit la fermentation alcoolique, la *diastase*, qui se produit dans la germination des graines, et transforme l'amidon en sucre. Le ferment des matières grasses appartient aux animaux, il est produit par le *pancréas*. La fermentation lactique, butyrique, ne comporte pas de ferments spéciaux, c'est une suite de la fermentation saccharique. Il y a donc trois fermentations: alcoolique, saccharine, graisseuse. Une seule est exclusivement végétale, c'est la fermentation alcoolique, qui ne se rencontre pas dans les êtres vivants; il n'y a jamais, dans les êtres vivants, formation d'alcool, tandis que la fermentation saccharine aux dépens de l'amidon, la fermentation lactique et butyrique, sont physiologiques; il en est de même d'une autre fermentation, celle que produit la pepsine qui dissout les aliments.

Tous ces principes ont des caractères généraux; ils n'agissent que dans certaines conditions de milieu; ainsi, tous ne commencent à agir qu'à une certaine température, et cessent d'agir quand la température s'abaisse au-dessous d'un certain niveau, aucun d'eux ne résiste à une température assez élevée pour coaguler l'albumine. Si l'on prend deux couleuvres après leur repas, et qu'on place l'une à + 10 degrés, l'autre à + 30 degrés, on verra, en les tuant l'une et l'autre, que la première n'aura pas digéré, tandis que la digestion se sera, au contraire, accomplie chez la seconde; par conséquent le suc gastrique de la couleuvre n'agit pas à + 10 degrés. Il ne faut pas invoquer ici une cause vitale particulière, il ne faut invoquer que le thermomètre. En deçà d'une certaine température, les reptiles ne digèrent pas.

Tous ces ferments sont précipitables par certaines substances; par exemple, les sucs gastrique et pancréatique seront précipités par l'alcool. Si l'on met dans l'eau la partie de ces ferments qui a été précipitée, elle se redissout, et donne à l'eau les propriétés qu'avaient le suc gastrique et le suc pancréatique. Tous les ferments peuvent donc s'isoler sans perdre leur propriété, mais ils la perdent à une température trop élevée.

Tels sont les caractères généraux des produits de sécrétion dont les uns agissent par leurs propriétés physiques, et les autres par leurs propriétés chimiques. P. LORAIN.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

La scillitine et ses préparations dans les maladies de l'appareil circulatoire.

La *Revue médicale* publie l'observation suivante, qui témoigne de l'efficacité du principe actif de la scille, dans un cas grave d'épanchement séreux, symptomatique d'une affection du cœur :

Nous recevons d'un honorable confrère l'observation suivante, dans laquelle nous trouvons une nouvelle occasion de faire connaître les travaux de M. Mandat, pharmacien à Tarare, sur la scille.

Madame X..., âgée de 46 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-sanguin, s'est confiée à mes soins pour être traitée de palpitations cardiaques, de gêne dans la respiration, et d'une éruption incessante.

Mes investigations ont abouti au diagnostic suivant : Hypertrophie concentrique du cœur, cause des mouvements tumultueux de l'organe lésé, et de la respiration haletante à la moindre fatigue. La maladie de la peau est une affection lichénoïde avec complications parfois de quelques pustules furonculeuses. Entre autres moyens, plutôt palliatifs que curatifs, que j'ai jugé opportun d'employer, je ne dois pas oublier le sirop de digitale pourprée adressé surtout à l'altération organique.

Sous l'influence de cette préparation, l'état de la malade s'est amendé pendant quelque temps. Nonobstant l'usage prolongé de ce sirop, des indices d'hydropéricarde ainsi que d'œdème pulmonaire se sont manifestés. Dans cette occurrence j'ai pensé à employer comme succédané du sirop de digitale, le sirop de scillitine composé, et j'ai eu le bonheur de voir disparaître les signes fâcheux d'épanchements séreux des poumons et du péricarde. L'urine a été notablement augmentée dans sa quantité.

Eloge d'Orfila,

Prononcé par M. le professeur BÉRARD, *dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris.*

(Suite et fin. Voir le n° 138.)

Suivons rapidement Orfila dans le conseil des hôpitaux où il avait été appelé pendant son décanat, et à l'Académie de médecine à laquelle il appartenait depuis sa fondation?

Dans le conseil des hôpitaux il donnait tous les jours de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la question des autopsies, les prétentions parfois exagérées des médecins d'hôpitaux, la résistance systématique de l'administration de l'Assistance publique, devenaient parfois l'occasion de conflits entre le Conseil et la Faculté. La position d'Orfila devenait difficile alors, car s'il était le représentant naturel du Corps médical, il ne pouvait cependant déserter les intérêts de dignité, j'ai presque dit les prérogatives d'une administration qui l'avait appelé dans son sein et qui parlait au nom de la charité publique. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas de vigoureuses décisions. On le vit, dans une grave circonstance, envoyer sa démission au Ministre de l'intérieur qui refusa de l'accepter. Les termes de ce refus font le plus grand honneur au démissionnaire et au Ministre qui conservait à l'administration des hôpitaux le concours éclairé qu'elle était menacée de perdre.

A l'Académie de médecine, on n'a pas perdu le souvenir des luttes dans lesquelles Orfila se trouva engagé, ni de la sagesse de ses conseils dans les délibérations plus calmes. Peu de temps avant sa mort, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eu à résoudre. Elevé en 1851 au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une grande assemblée.

Ce fut pendant son décanat qu'il conçut et mit à exécution le projet de fonder, pour les médecins du département de la Seine, une Société de prévoyance. Pensée charitable et généreuse; nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du Corps médical! C'était son œuvre de prédilection, j'ai presque dit son *œuvre sainte*. Son appel fut entendu, la Société, érigée par ses soins en établissement d'utilité publique, soulage aujourd'hui de nombreuses et timides infortunes.

Enfin, Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire, le roi l'avait appelé à prendre dans le Conseil supérieur de l'instruction publique la place que Cuvier avait laissée vacante. Ce fut alors qu'il organisa les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et qu'il introduisit dans l'enseignement des Facultés les réformes intelligentes qui devaient rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine. On ne le vit point user de sa haute influence au profit exclusif de l'École à laquelle il appartenait : il dota de chaires nouvelles les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Il releva dans les trois Facultés l'institution des agrégés.

Trois hommes éminents qui, sous le règne de Louis-Philippe, ont gouverné l'instruction publique avaient accepté et fait mettre à exécution les plans d'améliorations matérielles et de réforme des études proposés par le doyen. Impatient de commencer ce qu'il avait projeté, de terminer ce qui était en voie d'exécution, Orfila devançait parfois les allocations extraordinaires, les crédits additionnels qu'allaient rendre nécessaires ses grandes entreprises. Avant tout, il voulait que les élèves fussent promptement mis en possession des avantages qu'il leur ménageait. Une administration bienveillante avait constamment fait honneur aux engagements du doyen qui possédait et méritait sa confiance. Sous un gouvernement nouveau les choses allaient suivre un autre cours, mais nous n'en sommes pas encore là.

Nous avons essayé, messieurs, de montrer en Orfila l'homme public, nous allons le suivre dans le monde et pénétrer dans l'intimité de sa vie privée. Quelques philosophes, au siècle dernier, ont fait une large part au hasard dans les grands événements historiques et les destinées individuelles. Ils n'ont pas assez tenu compte, pour celles-ci, de l'inégalité native des facultés. Orfila en possédait une qui devait exercer une remarquable influence sur sa vie d'intérieur, aussi bien que sur sa position dans le monde. Il avait le *sens musical* développé à un haut degré. Faut-il faire remonter jusqu'à l'époque où, pour suivre les prescriptions du docteur Siguier, Orfila chantait au lutrin, la révélation qu'il eut de son goût pour la musique? son manuscrit nous y autoriserait. Nous y lisons que les chants religieux l'avaient déjà vivement impressionné. Mais il devait se passionner plus tard pour des compositions d'un autre genre. Il était à Barcelone depuis quelque temps, lorsqu'on le conduisit à une représentation de la *Molinara*. L'exécution de ce chef-d'œuvre de Paesiello le jeta dans une sorte d'extase. Au sortir du spectacle il veut reproduire ces traits brillants, ces roulades qui l'ont émerveillé, et dont il n'avait pas eu jusque-là la moindre idée. Vaine tentative! sa voix est lourde encore: le plain-chant n'avait certainement pas contribué à la rendre agile. Cependant il persiste dans ses tentatives. Dès le lendemain au matin, ce jour-là il n'alla point à l'hôpital, il avait gravi le mont Juich pour s'y exercer sans témoins. A dix heures il rentrait à Barcelone, tenant, comme il nous le dit, sa roulade, joyeux de cette sorte de conquête, et persuadé que l'homme tenace *peut* à peu près tout ce qu'il *veut*. Or, il *voulut*, à partir de ce moment, devenir musicien. Il se livra à cette nouvelle étude comme à toutes les autres, avec passion! Que serait l'homme sans les passions? Il se procure un piano, une flûte, un violon, une guitare. Il s'exerce sur tous ces instruments à la fois; puis, plus particulièrement sur la guitare, et il s'arrête enfin au plus expressif des instruments, la voix humaine. La sienne, nous le savons déjà, méritait bien la culture qu'il lui donna.

Les amis que, jeune encore, Orfila s'était faits à Paris connaissaient et son goût pour la musique et son talent. L'un d'eux, c'était Edwards aîné, l'auteur du livre de l'*Influence des agents physiques sur la vie*, proposa à Orfila de le présenter dans une maison où il pourrait entendre une jeune personne grande musicienne et chantant admirablement. Orfila accepte; il est introduit chez M. Lesueur, architecte distingué, devenu depuis membre de l'Institut. Sa fille justifiait bien l'éloge qu'en avait fait Edwards. Laissons à Orfila lui-même le soin d'apprécier cette jeune personne: « Mademoiselle Gabrielle Lesueur était, dit-il, une chanteuse distinguée et une excellente pianiste, quoique âgée seulement de dix-huit ans. Sa voix de soprano, d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, était, à juste titre, comparée à celle de la célèbre Barilli. Un jugement droit, un caractère aimable, un esprit des plus délicats, un physique agréable, en avaient fait à mes yeux un être accompli. » C'était là, dira-t-on, le langage d'un amant. Soit; mais il en différait pourtant en un point essentiel : c'est qu'il était exempt d'exagération.

L'élite de la société parisienne a confirmé l'appréciation qu'Orfila avait faite des qualités de la jeune fille qui allait devenir la compagne de sa vie. M. et Mme Orfila furent bientôt recherchés dans le monde avec un empressement qu'expliquaient et leur talent et leurs manières. Deux salons étaient célèbres à cette époque: celui de la princesse de Vaudemont, cette grande dame qui avait favorisé l'évasion de Lavalette et qui s'était éprise pour les jeunes époux d'une affection qu'elle leur conserva jusqu'au terme de sa vie, et le salon de la comtesse de Rumford, veuve de Lavoisier. Orfila y rencontrait les plus illustres représentants de la politique, de la science, des lettres et des arts. Les relations qu'il contracta avec plusieurs de ces personnages aplanirent singulièrement dans la suite les difficultés de sa vie administrative. Il me disait parfois : « J'ai obtenu plus de décisions avantageuses pour la Faculté, j'ai mené à bonne fin plus d'entreprises relatives aux études, dans les salons que dans les bureaux des administrations. » Cet aveu scandalisera peut-être ces hommes qui cherchent dans un maintien austère et l'ennui qu'ils infligent une sorte d'appoint à une réputation d'administrateur ou de savant; mais les succès dans monde ne pouvaient être compromettants pour celui que tant de travaux sérieux et utiles recommandaient à l'estime des véritables savants et à la reconnaissance publique.

Avec la célébrité, l'aisance était venue; M. Orfila put *recevoir* à son tour. Quelque chose qu'il entreprît, il était destiné à des succès exceptionnels. On se portait en foule à ses soirées, où pendant vingt ans se sont fait présenter et sont venus se faire entendre les artistes les plus distingués de la France et de l'Italie.

Étendre à l'infini le cercle de ses relations, c'est s'exposer parfois à ne posséder aucun ami. Orfila n'eut pas ce malheur. Ce serait un touchant épisode, que le récit de son intimité avec le peintre Lacoma, son compatriote, qui avait partagé sa captivité momentanée. Tout Paris a su quel tendre et solide attachement avait uni l'honorable famille Monneron à la famille Orfila. De deux familles n'en faire qu'une, n'avoir qu'une seule maison, une seule table, mettre en commun les plaisirs et les chagrins de la vie, sans que la plus légère mésintelligence ait jamais troublé cette félicité domestique, voilà ce qu'a produit cet attachement, et ce que n'ont pu même interrompre les coups que la mort a frappés des deux côtés. Ceux qui ont connu Orfila dans son intérieur ne s'étonneront pas qu'il ait inspiré des amitiés si durables. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaieté, des dispositions bienveillantes, faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

Il joignait à ces avantages des traits nobles et expressifs. L'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur heureuse régularité.

On le croira difficilement dans le monde, et cependant le fait est certain, cet homme, qui n'était pas insensible aux honneurs, n'a jamais rien demandé pour lui. Ses promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur au grade d'officier, puis de commandeur, vinrent le surprendre comme le décanat et le titre de conseiller de l'Université.

Quelle belle vie, messieurs, et que cette félicité est bien méritée! L'âme se repose avec bonheur dans cette contemplation d'une récompense anticipée, accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit. Mais l'heure de l'adversité allait sonner!

La révolution de Février éclata : l'un des premiers actes du gouvernement provisoire fut la destitution du doyen; acte de faiblesse, car il fut imposé au nouveau pouvoir par quelques ennemis d'Orfila. Et quels ennemis! On sait aujourd'hui d'où partait le coup. Je suis heureux de proclamer ici que ce n'était pas des rangs du corps médical. La famille Orfila possède, et j'ai eu entre les mains la lettre dans laquelle on se félicite d'avoir obtenu la révocation du doyen. A la lecture de cette pièce, dans laquelle la langue française n'est pas plus respectée que le sens moral, Orfila a pu s'écrier à son tour :

« *Mais c'est mourir deux fois que souffrir tes atteintes.* »

Les infortunes s'enchaînent comme les événements heureux. Après avoir révoqué le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration. On censura ce qu'on avait loué; on parlait presque de punir ce qu'on avait récompensé. Orfila ne voulut pas répondre à ces attaques. Les merveilles qu'il avait fait éclore étaient là et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science, lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Orfila parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion? Il chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès de l'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon, dans l'affection des élèves, qui ne lui a jamais manqué; dans la société de ses amis, qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé.

Mais à cette nature active, à cette âme profondément blessée, il fallait des impressions qui excédassent celles de la vie commune; il les trouva dans la réalisation, anticipée peut-être, d'un acte d'éclatante générosité dont il avait conçu le projet au temps de la prospérité. Le 4 janvier 1853, Orfila venait déclarer en pleine Académie qu'il léguait, je me trompe, *qu'il donnait à l'instant même* une somme de 121,000 francs pour l'achèvement du musée anatomique de la Faculté, l'institution d'un prix à l'Académie et pour quelques autres établissements d'enseignement supérieur. D'un bout de la France à l'autre, les médecins accueillirent par leurs acclamations cet acte de libéralité. Et cependant, messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant* pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés. Il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine. Hélas! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui faisait parvenir de toutes parts, c'est sur sa tombe qu'il a fallu les déposer.

Orfila avait fait leçon la veille du jour où il prit le lit pour ne plus s'en relever. Cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout. C'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris; de tous côtés, on se porte à sa maison; amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Mais le mal avait offert de suite un caractère de gravité qui ne pouvait laisser aucun espoir. Orfila expira le 12 mars 1853, après

avoir confié à deux de ses amis les plus dévoués, M. Possoz, membre du Conseil général de la Seine, ou à son défaut, M. le docteur Menière, le soin de faire exécuter ses dernières volontés.

Et maintenant dois-je me flatter, messieurs, de vous avoir fait connaître complètement Orfila? Non assurément. Le peintre qui détacherait d'un modèle chacun des traits qui le composent pour les faire passer isolément sous vos yeux, ne vous donnerait pas la moindre idée de la physionomie de ce modèle. Je craindrais de ressembler à ce peintre, si je n'ajoutais quelques mots. Je vous ai montré l'étudiant, le toxicologiste, le médecin légiste, le professeur, le doyen, l'administrateur, l'académicien, le fondateur d'une œuvre de bienfaisance, le conseiller de l'Université, l'homme du monde enfin; mais je ne vous ai pas montré Orfila comme vous l'avez vu, comme je l'ai compris. J'aurais voulu, mais l'espace, et peut-être mes forces, m'ont fait défaut, j'aurais voulu arrêter vos regards sur cette individualité brillante, exceptionnelle, qu'ont engendrée par leurs concours harmonieux tant de qualités diverses.

J'aurais essayé de déduire les unes des autres ces qualités, ou de les rapporter au moins à la source commune d'où ont jailli les conceptions heureuses auxquelles le monde a applaudi; nous aurions possédé enfin le secret de la vie d'Orfila. Tous les actes de cette vie traduisent le développement, la transformation d'un seul amour, d'une seule passion. Enfant, l'ardeur d'apprendre le domine; un amour précoce de la science le porte à rechercher des maîtres, à une période de la vie où on se les laisse imposer.

A peine il a quitté ses bancs que déjà il travaille à reculer les bornes des connaissances humaines dans une de leurs branches les plus importantes; il est toxicologiste. Il règle, il étend les applications de la science dans ses rapports avec l'administration de la justice : voilà le médecin légiste. Professeur, il n'imagine pas de félicité plus douce, de gloire plus solide que de répandre, de vulgariser ce qu'il sait si bien; après quoi, la transition est facile : cette passion qu'il avait pour la science il la déverse tout entière sur ceux qu'il a reçu la mission d'instruire : la jeunesse studieuse est devenue et restera désormais l'objet de ses plus chères préoccupations; c'est pour elle que, doyen, il va créer des musées, instituer des cliniques nouvelles, assainir les salles d'anatomie, ouvrir, pendant les longues soirées d'hiver, la bibliothèque éclairée et chauffée, régulariser l'enseignement, et aliéner, de son vivant, une partie considérable de sa fortune. Mais l'élève va devenir docteur, la sollicitude d'Orfila le suivra dans cette nouvelle position. Elle s'étendra aux intérêts moraux et professionnels du Corps médical tout entier. Les mesures que le conseiller de l'Université aura su faire agréer au ministre tendront à rehausser la valeur et la signification du diplôme. Voyez enfin le médecin chargé d'ans et pauvre, soulagé dans la détresse par l'institution de prévoyance dont Orfila fut le fondateur, et vous avez le dernier terme de cette série logique de causes et d'effets qui commence par l'*amour de l'étude* et finit par la *bienfaisance*.

(*Applaudissements vifs et prolongés.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Novembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Elle se compose d'une foule de remèdes secrets et non secrets contre le choléra et de divers Rapports sur l'épidémie cholérique, par les médecins dont les noms suivent, savoir :

Pour le département de la Haute-Saône : MM. Boret, Bretet, Burger, Corne, Jacquez, Desferrières, Michel, Perrin, Roblin, Simonin;

Pour le département de la Meuse : MM. Rotureau, Laval, Martin, Lagreule, Bardou, Rousseau, Chauvet, Lévy, Petit-Jean (prêtre), Morin, Nève, Sargent;

Et pour divers autres départements ou villes : MM. Maréchal (des Vosges), Bossion (de Paris), Lemer, de Mimizan (Landes);

2° M. le docteur Garay envoie un Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement du Puy.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Accouchements.

M. le docteur Cordier (du Calvados) adresse une observation d'accouchement laborieux.

Opération césarienne.

M. le docteur Andrieu, d'Amiens, adresse une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès.

Choléra.

M. Foucart adresse un tableau des cas de choléra qui se sont développés dans la commune de Bussières, dressé par M. le docteur Thiberge, président du Conseil général de la Haute-Marne.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Nous publierons dans notre prochain numéro les discours prononcés à propos de cette discussion.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Novembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Eaux minérales.

M. de Sénarmont lit un Rapport sur un Mémoire de M. Bouquet, intitulé : *Etude chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre; analyses des eaux minérales de Brugheas, Médague, Châteldon et Seuillet.*

Le Mémoire dont nous avons l'honneur de rendre compte à l'Académie comprend des études sur tout un ensemble de sources minérales, qui ont entre elles certains rapports de gisement, d'origine et de composition, ou au moins des relations de voisinage.

La plupart se groupent comme autant d'épanchements secondaires, autour des eaux thermales de Vichy, centre naturel où l'éruption gazeuse et liquide paraît plus directe, jaillit plus abondante et probablement moins dénaturée dans ses propriétés originelles.

Nous n'avons pas besoin d'insister devant l'Académie sur l'importance de pareils travaux : ils intéressent presque au même degré la géologie, la chimie et la médecine. Les sources thermales sont, en effet, pour le géologue une manifestation de la création minérale incessante dans les profondeurs du globe, une émanation révélatrice des matériaux élaborés dans ses foyers inaccessibles; elles viennent apporter aux méditations du médecin de précieux agents dont il a su jusqu'ici diriger empiriquement les effets, sans les expliquer, quelquefois même en renonçant à les comprendre ; elles offrent enfin au chimiste les plus difficiles problèmes de l'analyse et de la synthèse, puisqu'il s'agit de porter la lumière dans un chaos d'éléments divers, d'y saisir certains principes en quantité presque impondérable, et qu'enfin l'œuvre sera complète le jour seulement où l'on parviendra, à coup sûr, à reconstituer de toutes pièces ce qu'on aurait d'abord parfaitement décomposé.

L'étude chimique des eaux minérales est encore loin, sans doute, de cette perfection idéale; elle est cependant, à des points de vue très-divers, fort utile à la science, pourvu qu'on sache en apprécier sans illusion les résultats provisoires, et qu'on n'attribue pas aux expériences de laboratoire une infaillibilité que sont trop tentés de leur prêter ceux-là surtout qui les ont le moins pratiquées.

Les mécomptes du passé doivent pourtant rendre circonspect pour l'avenir. Tous les perfectionnements des méthodes analytiques sont venus révéler quelques principes jusqu'alors inaperçus, des agents énergiques, longtemps méconnus, se sont trouvés répandus dans la plupart des sources actives, pour en découvrir d'autres il ne faudrait sans doute que des recherches spéciales et surtout des réactifs assez sensibles; de sorte que chaque progrès dans l'histoire des eaux minérales a été un démenti infligé, dans le passé, aux doctrines chimiques trop hâtées sur leurs vertus médicinales.

Les recherches sur les eaux minérales exigent donc non-seulement une pratique habile des méthodes les plus délicates, mais, avant tout, un sage esprit de critique, capable d'en discuter les résultats, d'apprécier avec justesse et d'avouer avec franchise jusqu'où vont, mais où s'arrêtent les ressources de l'analyse; un jugement sûr, en un mot, qui sache faire à chaque expérience sa part de certitude.

Aucune de ces qualités ne manque au travail dont nous rendons compte en ce moment; l'Académie s'en convaincra par le résumé rapide que nous allons lui présenter.

Dans une courte introduction, l'auteur jette un coup d'œil sur la constitution du sol des environs de Vichy, et sur ses rapports avec les sources qui lui sont subordonnées. Il fait connaître l'état ancien et l'état actuel de ces sources, et en décrit seize, naturellement jaillissantes, ou ramenées par la sonde, qui feront l'objet de son travail.

Le premier chapitre traite des produits gazeux et de leur analyse. Tant que la disposition des lieux n'y a pas mis obstacle, les gaz qui se dégagent spontanément ont été recueillis sur les sources mêmes ; et presque partout, malgré la délicatesse des procédés de dosage, on a trouvé l'acide carbonique pur, sans azote ni oxygène. Sur quelques sources seulement il renfermait des traces d'acide sulfhydrique, dont la proportion n'a jamais atteint, en volume, la dix-millième partie du mélange.

Nous devons pourtant dire qu'à Vichy ce gaz existe réellement, en quantité infiniment plus petite encore, dans toutes les sources sans exception; il n'en est pas une qui n'incruste de sulfure les tuyaux en plomb, et ne noircisse, au bout de quelques semaines, une pièce d'argent plongée au plus fort du bouillon. Ce fait avait été constaté par le docteur Prunelle et était connu d'un de vos commissaires.

A l'analyse des gaz succède celle des principes minéralisateurs fixes. Après avoir discuté les méthodes usitées généralement, M. Bouquet développe celle qu'il a adoptée. Il sépare, avec raison, le dosage des substances qui se rencontrent en quantité notable, et celui des principes dont on ne peut découvrir la présence que par des recherches toutes spéciales. Nous ne le suivrons pas dans cet exposé; nous lui laisserons même la responsabilité des faits que nous énonçons après lui; pour les garantir tous, il nous eût fallu refaire son œuvre tout entière; disons seulement qu'aucune des ressources de l'analyse chimique ne lui est étrangère, et que le choix judicieux des méthodes, que les détails de toute nature donnés sur leur emploi, doivent inspirer pleine confiance dans l'exactitude de l'opérateur.

Ces procédés ont été appliqués à l'analyse complète des seize sources du bassin de Vichy. On rencontre, dans chacune d'elles, et souvent en proportion presque égale, les mêmes principes minéralisateurs; ces principes sont au nombre de quinze; l'auteur a fait, pour en découvrir plusieurs autres, des recherches spéciales, et il n'a admis ou rejeté l'existence de chacun d'eux qu'après des épreuves multipliées.

Il reconnaît positivement dans ces sources, outre des matières indéterminées de nature organique, la soude et la potasse, la strontiane, la chaux et la magnésie, les protoxydes de fer et de manganèse, la silice, les acides carbonique, chlorhydrique, sulfurique, phosphorique et arsénique; ce dernier d'autant plus abondant que les eaux sont plus ferrugineuses, et se concentrant en quantité considérable dans leurs dépôts. Il y signale l'acide borique, avec toutes les réserves que commande une simple épreuve qualitative; mais après des essais infructueux, dont les résultats ne lui paraissent pas moins justifiés que les précédents, il n'hésite pas à avouer son impuissance à découvrir le brome, l'iode, le fluor, l'alumine et la lithine: aveu méritoire dans sa sincérité, et presque courageux, aujourd'hui qu'on paraît se résigner difficilement à enregistrer un résultat négatif, et que l'aphorisme naguère fameux, *Tout est dans tout*, semble quelque peu le parti pris de certaines recherches analytiques.

Ce chapitre se termine par des tableaux qui résument, sous forme synoptique, les analyses des seize sources du bassin de Vichy, et mettent en regard la composition des cinq autres sources, de Brugheas, de Médague, de Châteldon, de Seuillet, qui toutes surgissent vers les limites du bassin, et s'éloignent déjà, à divers degrés, de la nature des premières.

Les acides et les bases sont d'abord inscrits dans ces tableaux séparément, tels que les donnent les méthodes de séparation. Cette forme n'a pas besoin d'être justifiée, et doit au moins précéder toute autre traduction des résultats analytiques: c'est la seule qui ressorte immédiatement des données expérimentales, et la seule qui rende directement comparables les résultats obtenus par des opérateurs différents. Les groupements salins que chacun imagine ensuite entre les éléments divers primitivement confondus dans une même dissolution, ne sont la plupart du temps que des créations plus ou moins arbitraires de la fantaisie du calculateur; aucun principe général ne peut, en effet, venir en aide à une divination trop souvent illusoire; et les clartés partielles que des aperçus lumineux ont, depuis Berthollet, jetées çà et là sur ces écueils de la science, ont peut-être rendu plus sensible encore l'obscurité qui continue à régner sur le plus grand nombre.

M. Bouquet ajoute à l'analyse des eaux, et comme confirmation des résultats déjà obtenus, l'examen de quatorze échantillons de concrétions, de dépôts boueux ou cristallins produits par les sources. Ces matières, formées dans des conditions variées, où certains principes ont dû se concentrer, n'en renferment pas d'autres que les eaux elles-mêmes, et leur composition devient ainsi un utile contrôle de l'exactitude des premières déterminations.

A cet examen se rattachent enfin diverses analyses comparatives, propres à mettre en évidence le genre d'altération que plusieurs des eaux de Vichy, convenablement choisies pour servir d'exemples, ont éprouvée par leur exposition à l'air. On les voit se dépouiller ainsi progressivement de quelques-uns de leurs principes minéralisateurs, et rien ne pouvait, mieux que ces analyses, faire comprendre les différences d'effet des eaux prises sur place et des eaux transportées.

Arrivé à ce point, M. Bouquet reproduit, dans une revue bibliographique instructive et très-complète, tous les résultats analytiques obtenus par ses prédécesseurs. Il n'oublie pas la part de découvertes qui revient à chacun d'eux, discute leurs dosages, fait ressortir les similitudes, ou cherche la raison des dissemblances. Ces dernières sont en général peu considérables; elles lui paraissent d'ailleurs suffisamment expliquées par les perfectionnements successifs des méthodes analytiques, de sorte que, depuis plus d'un quart de siècle, la composition des eaux n'aurait pas sensiblement changé dans ses principes dominants; cette restriction est nécessaire, car l'auteur lui-même n'attribue pas à toutes les substances dissoutes une même origine, et la structure de certaines concrétions, par zones plus ou moins ferrugineuses, ferait, à défaut d'analyses, soupçonner quelques changements à longue période pendant la formation lente de ces dépôts.

Si l'on compare entre elles les analyses des différentes sources de Vichy, on est frappé d'une identité presque complète, difficilement explicable si elles n'avaient toutes une commune origine. Quelques principes s'y trouvent, il est vrai, en proportion en même temps minime et variable, mais ils semblent empruntés, au moins partiellement, aux terrains que les eaux traversent dans leur parcours souterrain; tels seraient, par exemple, le fer et les acides arsénique et sulfurique, qui se suivent tous trois en quantité croissante ou décroissante, et pourraient, ainsi que l'acide sulfhydrique (1), provenir du mispickel disséminé dans les porphyres; telles seraient encore la silice, la chaux, la magnésie, et surtout la potasse, cédées par les détritus feldspathiques répandus dans les marnes et les argiles tertiaires. A l'appui de cette manière de voir, M. Bouquet rapporte quatre analyses de marnes ou d'argiles recueillies dans un puits foré, à diverses profondeurs: toutes abandonnent à l'eau bouillante une certaine quantité de matières solubles, où la potasse entre au moins pour un tiers.

Après avoir résumé, dans ce dernier chapitre, les résultats généraux de ses analyses, M. Bouquet se demande jusqu'à quel point elles peuvent contribuer à éclairer la thérapeutique.

Comment justifier les propriétés spéciales des différentes sources, malgré leur teneur presque égale en bicarbonate de soude, si c'est là essentiellement leur principe actif? Faudra-t-il, parce que le sel domine partout, en faire l'agent médicinal par excellence? et croira-t-on, au contraire, l'arsenic à faible dose absolument inerte dans des eaux spécifiques, surtout contre les affections des organes sur lesquels, pris à haute dose, il localise précisément et exerce de préférence son action toxique? Osera-t-on affirmer que l'acide borique, que la strontiane, dont les vertus médicinales sont à peu près ignorées, ont un rôle absolument passif? Comment enfin fixer la part que chacun des éléments de cette association complexe prend à l'effet général, ne fût-ce que comme véhicule éliminateur?

Ces questions, la chimie peut les poser, mais elle n'a pas encore appris à les résoudre; elle s'arrête jusqu'à présent devant les mystères de l'organisme, et ne s'arroge pas, comme on l'a fait trop souvent, le droit d'y supposer sans preuves les réactions ordinaires du laboratoire.

Pour rappeler, en effet, quelques-unes de ces anomalies si longtemps méconnues, ne voit-on pas se transformer, dans les voies digestives, le carbonate d'ammoniaque en acide azotique, et des tartrates, à réactions acides, en carbonates, à réactions alcalines.

M. Bouquet se borne à ces exemples; il aurait pu en trouver d'autres non moins concluants dans les beaux travaux de notre confrère, M. Bernard. Mais nous devons nous arrêter nous-même dans cette discussion que nous interdit notre incompétence; nous ajouterons seulement qu'il convenait à l'auteur d'un travail purement chimique sur les eaux minérales de marquer la portée véritable des expériences analytiques; de les préserver à l'avance des interprétations et des corollaires hasardés; de poser, en un mot, les bornes que la chimie ne doit pas prématurément tenter de franchir.

Le Mémoire dont l'Académie vient d'entendre l'analyse est une véritable histoire chimique du bassin hydrologique de Vichy, appuyée sur tous les documents qu'on est aujourd'hui en droit de demander à la science. Plus de soixante-dix analyses complètes ou déterminations analytiques spéciales, toutes dirigées vers un même but, en sont les pièces justificatives; et pour mener à fin une œuvre aussi considérable, il n'a pas fallu moins de deux années d'un labeur assidu.

Déjà les eaux des Pyrénées ont donné lieu à un travail du même genre dont l'Académie n'a pas perdu le souvenir; et il serait à souhaiter que chacun de nos principaux groupes de sources minérales devînt ainsi à son tour l'objet d'une étude approfondie. L'utilité individuelle de ces intéressantes monographies s'accroîtrait encore de toute leur valeur d'ensemble, et sans doute on verrait naître de leur comparaison des rapprochements inattendus.

Les recherches de M. Bouquet sont un chapitre capital de ce désirable inventaire de nos richesses nationales; l'Académie ne saurait trop encourager de pareils travaux, fruits d'une très-rare persévérance, et en lui proposant d'abord de voter l'insertion du Mémoire de M. Bouquet dans le

(1) Il ne faudrait pas se hâter de prononcer que la matière organique dissoute dans les eaux thermales doit dans tous les cas y transformer les sulfates en sulfures, décomposables ensuite par l'acide carbonique, avec dégagement de gaz sulfhydrique.

Une pareille supposition explique mal la répartition de ce gaz, très-inégale dans des sources également riches en sulfates et en substances organiques.

A en juger d'ailleurs par quelques expériences, propres à l'un des commissaires, une certaine chaleur accompagnée de pression, dans une atmosphère d'acide carbonique, paraîtrait peu favorable à ces réactions, et capable plutôt d'arrêter l'espèce de réduction putride qui se développe rapidement sous d'autres influences.

Recueil des savants étrangers, nous demanderons, en outre, qu'il soit renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Nous croyons, en effet, que cette Commission appréciera, comme nous, de consciencieuses études sur l'un des agents les plus actifs de la thérapeutique. L'expérience médicale doit trouver d'utiles enseignements et de nouveaux problèmes offerts à ses doutes et à ses investigations dans cet ensemble d'analyses comparatives qui montrent partout, et presque en pareilles proportions, les principes supposés des propriétés caractéristiques de quelques sources, qui font connaître la dose d'arsenic propre à chacune d'elles, y déterminent la quantité de strontiane, et paraissent retrancher plusieurs principes énergiques à la liste de leurs principes minéralisateurs.

L'Académie approuve la proposition relative à l'impression du Mémoire de M. Bouquet dans le *Recueil des Savants étrangers*.

Le renvoi au concours Montyon étant de droit du moment où la Commission le demande, l'Académie n'a pas à voter sur ce point. Le Mémoire, accompagné du Rapport qui le juge au point de vue chimique, sera renvoyé à la Commission chargée de décerner les prix de médecine et de chirurgie de la fondation *Montyon*.

Médecine légale.

M. Brame adresse la Note suivante sur une observation d'empoisonnement dans lequel de l'acide cyanhydrique a été retrouvé dans un cadavre humain, *trois semaines* après la mort.

Un jeune homme de Tours s'étant empoisonné volontairement avec de l'acide cyanhydrique médicinal au douzième, dont il paraît avoir avalé environ vingt-cinq grammes, je fus appelé comme expert, trois semaines après l'inhumation, afin de rechercher s'il était possible de déceler l'acide cyanhydrique dans le cadavre. Je suis parvenu à reconnaître et à doser une quantité notable de ce poison, qui s'était maintenu dans l'estomac. Additionné d'azotate d'argent neutre et pur, il s'y est formé en abondance un précipité floconneux et jaunâtre, qui, bien lavé et séché dans le vide pneumatique, et chauffé ensuite quelques instants au bain-marie, a pris une couleur grisâtre. Ce précipité était soluble dans l'ammoniaque et le cyanure de potassium. Décomposé à chaud par le potassium, il a formé un cyanure de potassium, avec lequel il a été facile d'obtenir de l'acide cyanhydrique et du bleu de Prusse. Délayé dans l'eau et soumis à l'action d'un courant d'acide sulfhydrique, il a donné lieu à une solution claire et limpide d'acide sulfhydrique, lorsqu'on eut séparé par le filtre le sulfure d'argent formé. Au moyen de l'acide chlorhydrique, on a pu en obtenir de l'acide cyanhydrique, d'une odeur très-forte, et dont la vapeur, reçue dans une solution de nitrate d'argent, l'a précipité en blanc; le précipité était soluble dans l'ammoniaque. Le précipité primitif, chauffé à la lampe, dans un tube étroit fermé à un bout, a donné de l'acide cyanhydrique et quelques gouttelettes d'eau, etc. Ce même précipité, chauffé doucement avec de la potasse caustique, n'a donné lieu à aucun dégagement d'ammoniaque.

L'acide cyanhydrique avait donc persisté dans l'estomac trois semaines après l'inhumation. Il ne paraît pas y avoir contracté de combinaison chimique. Il y était en quantité assez considérable, car j'ai pu recueillir environ $0^{gr},60$ de cyanure d'argent; soit à peu près $0^{gr},120$ d'acide cyanhydrique.

Désinfection des marais.

M. Martinet adresse une Note intitulée : *De l'intoxication arsénicale des marais, proposée comme devant anéantir le miasme paludéen.*

Les fâcheux effets produits sur l'organisation humaine par les effluves des marais, sont, dit l'auteur, trop généralement connus pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la nécessité de combattre cette cause si générale d'insalubrité; le desséchement des marais est le premier moyen qui se présente à l'esprit. Mais ce desséchement est souvent impossible, et quand il est praticable, il ne s'obtient point sans qu'il en coûte beaucoup d'argent, sans qu'il faille se résigner à sacrifier beaucoup de vies. N'y aurait-il donc pas quelque autre moyen d'arriver au même résultat? Ne serait-il pas possible d'annihiler directement les miasmes paludéens. Je répondrai hardiment par l'affirmative, et je dirai ce qui m'a mis sur la voie.

M'occupant, il y a un an, de recherches sur la cause des maladies épidémiques, je lus l'observation suivante du docteur Stokes : « Dans la « Cornouailles, les fièvres décimaient les populations; une fonderie fut éta« blie et les fièvres disparurent. Le grillage des minerais jetait dans l'at« mosphère des vapeurs arsénicales qui tuaient les miasmes : » Plus tard, M. Bury fit voir que les ouvriers qui travaillaient le cuivre étaient préservés du choléra, et que les habitations voisines des fonderies étaient pareillement épargnées; or le cuivre est souvent arsénical, de sorte que l'arsenic n'était probablement pas étranger à l'effet produit. L'arsenic est aujourd'hui employé avec succès dans le traitement des fièvres paludéennes; mais pourquoi attendre que le mal soit développé pour le combattre? Pourquoi ne pas détruire d'avance le miasme? Il faut l'annihiler sur place, non pas en établissant des fonderies, mais en empoisonnant les marais avec des tonnes d'arsenic.

L'auteur présente ensuite les motifs qui le portent à supposer que les exhalaisons des marais produisent leurs terribles effets, non point en raison de leur composition chimique, mais comme étant les véhicules d'êtres organiques microscopiques qui conservent la vie même après avoir pénétré dans les organes respiratoires, et ce sont ces êtres contre lesquels il veut diriger l'action intoxicatrice de l'arsenic.

Candidatures.

M. Malgaigne se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Addition à la séance du 30 Octobre.

Surdité.

M. Triquet adresse les conclusions d'un travail sur la surdité nerveuse qu'il se propose de présenter plus tard à l'Académie dans son entier. Il s'attache à faire voir que cette dénomination de *surdité nerveuse* n'a pas été comprise, par tous les auteurs, de la même manière, et que ceux qui en ont donné une définition convenable se sont plutôt appliqués à en étudier les symptômes qu'à rechercher les différentes altérations organiques dont la cophose est le résultat : « L'anatomie pathologique de l'appareil auditif, trop négligée jusqu'à ce jour, doit être, dit l'auteur, l'objet d'une étude approfondie; c'est seulement en suivant cette voie qu'on peut faire avancer la science. Conformément à cette idée, j'ai fait une étude minutieuse des causes, et je les ai appuyées sur des faits concluants. Je me suis attaché à perfectionner le diagnostic, tout en reconnaissant combien il reste encore à faire à cet égard; enfin, j'ai prouvé par la comparaison de trois séries d'observations empruntées à Itard, à W. Kramer, à ma pratique, à celle des hôpitaux, que ce n'était plus à un seul moyen de traitement (l'éther) qu'il fallait recourir, mais à des injections médicamenteuses destinées à combattre les lésions de l'oreille moyenne, qui qui sont la cause la plus fréquente de la surdité appelée nerveuse.

CORRESPONDANCE.

Traitement du choléra.

Chambly (Oise), le 15 novembre 1854.

A Monsieur DE CASTELNAU, *rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.*

Monsieur le rédacteur,

Depuis le 27 juin jusqu'au 30 septembre, j'ai traité, à Chambly et dans ses environs, 87 cas de choléra; sur ce nombre, 47 sont graves et ont donné 32 guérisons et 15 décès. Quant aux cas moyens au nombre de 26, et aux cas légers à celui de 14, tous ont guéri sans exception.

Le traitement, mis en usage pour les cas légers et moyens, a consisté seulement dans les ingestions d'eau froide, et dans les cas graves, j'ai ajouté les saignées générales et locales, les rubéfiants cutanés et les lavements d'eau froide ou tiède toutes les heures et même plus souvent, lorsque la soif avait perdu de son intensité; ce qui a lieu à mesure que la maladie revêt des caractères de plus en plus sérieux.

A l'exception de quelques personnes aisées, tous mes cholériques appartenaient à la classe pauvre. Malgré cela, mon traitement donne encore des résultats assez satisfaisants, à savoir : 1 mort sur 6 malades, si l'on n'établit aucune distinction, et 1 mort seulement sur 9 environ, en tenant compte des complications qui ont précédé ou suivi les attaques du choléra, des écarts de régime pendant la convalescence, etc., etc.

Ces résultats, sans doute, sont bien au-dessous de ceux que j'ai obtenus en 1849, puisque les 23 cholériques auxquels le traitement par l'eau froide fut appliqué, guérirent tous sans exception. La cause de cette différence en 1854 ne saurait dépendre du traitement, mais plutôt du peu d'empressement que les cholériques mettaient à réclamer mes soins, par suite de l'absence de douleurs au début de la diarrhée cholérique (1).

En effet, quoique le sang ne perde que la partie la plus facile à se reconstituer (la lymphe), encore faut-il que cette perte n'ait pas été assez abondante pour troubler toutes les fonctions, parce qu'alors l'absorption, si importante pour transmettre au sang l'eau dont il vient d'être privé, ou ne le pourra plus, ou bien ne fonctionnera qu'imparfaitement. Il est aisé, en effet, de concevoir que, si un cholérique a absorbé une certaine

(1) L'absence de douleurs à l'anus pendant les garde-robes est, selon moi, un caractère précieux pour diagnostiquer le choléra au début, dans le cas où on n'a pas eu l'attention de garder les selles; ce qui arrive presque toujours.

quantité de l'agent délétère qui doit successivement lui faire perdre les trois-quarts de la sérosité de son sang en quatre ou cinq jours, par exemple, il y a tout lieu de croire qu'en rendant aussi successivement au système circulatoire les éléments qu'il perd chaque jour, la restitution pourra se faire sans secousses, et la guérison s'effectuer promptement, ainsi que je l'ai constaté un grand nombre de fois. Mais les conditions ne seront plus les mêmes quand on sera en présence d'un malade dont le sang sera dépouillé de la plus grande partie de sa sérosité.

Toutefois, si l'on compare les résultats de mon traitement avec ceux des autres médications, d'ailleurs si compliquées, qu'il est de toute impossibilité de démêler l'agent curatif au milieu de ce dédale, il est facile de reconnaître sa supériorité sur celles-là. En effet, les statistiques les mieux faites donnent, dans les cas graves, une guérison et deux décès, et trois guérisons et deux décès, en confondant ensemble les cas graves, moyens et légers.

Quoique les médecins puissent aussi arguer de la négligence des malades à réclamer leurs soins, toutefois il faut reconnaître que leurs théories, et par suite leurs traitements, entrent pour beaucoup dans la différence de leurs résultats d'avec les miens. Tant que l'on voudra s'obstiner à regarder, les uns les voies digestives, les autres le système nerveux, comme primitivement atteints par l'agent délétère, quel qu'il soit, il en sera toujours ainsi des résultats curatifs; tandis que la plus simple observation prouve jusqu'à l'évidence que toute la maladie réside dans le sang, par suite de l'introduction d'un air contaminé à travers les voies respiratoires, dans le système sanguin. Une fois introduit dans le sang, l'agent cholérique le sépare en deux parties; la lymphe est alors rejetée au dehors par la grande surface gastro-intestinale, sous forme de selles et de vomissements, ou par la peau sous celle de sueurs plus ou moins abondantes. Le sang se trouvant peu à peu privé de sa lymphe, circule difficilement et finit par s'arrêter tout à fait, lorsque la déperdition séreuse est devenue considérable. C'est alors aussi qu'apparaissent tous les symptômes qui constituent ce qu'on appelle le *choléra vrai*, le *choléra confirmé*, tels que: la cyanose, l'abaissement de la température de la peau et de l'haleine, les crampes, la soif, etc., etc.; car, d'où proviennent ces grandes pertes de liquide, si ce n'est au détriment de la partie aqueuse du sang? Voit-on d'ailleurs ces déperditions manquer quelquefois au début de la maladie? Est-ce que cette quantité relative de pertes aqueuses n'a pas non plus un rapport nécessaire avec le pouls qui faiblit au fur et à mesure que ces pertes sont plus grandes, et qui, au contraire, se relève dès que le système circulatoire a pu retrouver sa sérosité! aussi, je ne conçois pas qu'on ait osé soutenir que le choléra n'a pas sa raison d'être dans l'élimination de l'eau du sang, parce que, a-t-on ajouté, la maladie n'en existe pas moins, malgré le rétablissement de la sérosité.

Pourtant, dans la période cyanique algide, là précisément où la circulation est des plus restreintes, puisqu'elle n'a plus lieu dans les membres; qu'il y a impossibilité d'obtenir du sang, soit par la lancette, soit par les sangsues, l'autopsie des cholériques morts dans cette période ne nous offre-t-elle pas un sang poisseux et tout à fait, ou à peu de chose près, dépourvu de sérosité? Aussi, les réactions obtenues à l'aide des médications excitantes dans cette période ne sont que factices, si ces dernières n'ont pas, en réveillant la soif des malades, introduit par son concours des quantités notables d'eau dans le système circulatoire. On n'a pas attaché, et on n'attache pas encore assez d'importance à la soif des cholériques; cependant, la soif a une haute signification dans le choléra, car elle indique l'absence de l'eau dans le système sanguin; aussi, à mon point de vue, les rares guérisons dans les cas graves, à l'aide de tant d'agents divers, ne sont dues qu'à l'introduction dans le sang des boissons abondantes, par la soif qu'ils ont réveillée chez les cholériques, car elles seules contiennent les éléments propres à reconstituer la sérosité du sang. D'ailleurs, si chaque médecin publiait les guérisons des cholériques par l'eau froide seule, qui sont à sa connaissance, j'aurais des milliers de faits pour appuyer mon traitement.

Du reste, il n'a pas dépendu de moi que ce traitement soit resté sans contrôle, puisqu'au début de l'apparition de l'épidémie, j'ai eu l'honneur de demander à M. le Ministre du commerce et de l'agriculture une commission, ou un médecin désigné par l'Académie de médecine, pour en constater les résultats. Je puis, dans tous les cas, citer le docteur Duquesnel, de Beaumont-sur-Oise, qui a expérimenté ma méthode avec les mêmes succès, et un élève de Bicêtre, M. Collardot, qui est resté à Chambly près de trois semaines, pendant le mois d'août, et qui a pu également en constater les heureux effets. Une enquête, au besoin, serait facile à faire à Chambly, qui ne compte guère que 1,350 habitants.

Enfin ce qui prouve que mon traitement est le véritable, c'est que, quand j'ai pu l'appliquer, à une époque même assez éloignée du début de la maladie, j'ai toujours enrayé sa marche, tandis que, de l'aveu même des médecins qui ont écrit sur le choléra, leurs traitements, quelque variés qu'ils fussent, ne parvenaient pas toujours à arrêter les progrès du mal, quoique encore peu avancé. Qui sait même si les cas légers, que j'ai désignés comme tels, n'eussent pas revêtu un caractère plus grave, traités par d'autres moyens thérapeutiques? La bénignité de la maladie au début, même dans les cas graves, semble justifier cette manière de voir.

Enfin, comme il est actuellement hors de doute que le choléra consiste dans une diarrhée spéciale qui ne manque jamais, et que cette diarrhée, ou du moins les éléments qui la composent, sont fournis par les parties les plus fluides du sang, quoi de plus rationnel que mon traitement qui seul, parmi tous ceux employés jusqu'à présent, remplit cette importante indication? Aussi défierais-je bien de guérir un seul cholérique avec les mille arcanes proposés jusqu'à ce jour, s'il ne prenait en même temps des boissons en quantité suffisante.

Le travail de MM. Vernois et Duchaussoy, qui tend à démontrer le défaut d'absorption des médicaments dans la période cyanique algide du choléra par les voies ordinaires, c'est-à-dire la peau et les muqueuses gastro-intestinales, vient encore appuyer ma méthode. Car enfin, si les malades ont guéri, malgré cette impuissance d'absorption, il faut donc que la circulation se soit rétablie, et pour que son rétablissement se soit effectué, il faut que le sang ait retrouvé sa fluidité. Or les boissons aqueuses seules contenaient les éléments propres à rendre au sang cette qualité, d'où il faut de toute nécessité conclure que les boissons aqueuses ont été absorbées. D'ailleurs en lisant leurs observations, on voit qu'ils signalent une soif vive chez leurs malades, et qu'ils leur ont prescrit abondamment de l'eau de seltz et de la glace. Je sais bien que ces médecins ont voulu attribuer dans cette circonstance les guérisons à la nature, mais quoique dans cette maladie comme dans beaucoup d'autres la nature ait à en revendiquer une large part, qu'ils se persuadent bien qu'ici elle eût été tout à fait impuissante sans l'eau de seltz et la glace.

En 1849, j'avais remarqué que mes malades atteints de choléra n'avaient été soumis à aucune évacuation sanguine récente, en même temps que les personnes qui avaient été saignées pendant l'épidémie ou avant pour affections diverses, avaient joui d'une immunité entière. Cette remarque m'avait conduit à penser que la *saignée préalable* pourrait bien être préservatrice du choléra, comme la vaccine préserve de la variole. Dans cette dernière épidémie, ma remarque s'est encore vérifiée pour les cholériques, et plus de cent personnes s'étant soumises aux évacuations sanguines, aucune d'elles n'a été atteinte de choléra. Il est donc pour moi aujourd'hui hors de doute, que la *saignée préalable* préserve du choléra et les raisons sur lesquelles je m'appuie pour soutenir cette opinion ont été exposées dans un travail que j'ai adressé à l'Académie de médecine en 1852 et que j'ai publié en 1853.

Enfin, dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 octobre dernier, M. le docteur Duché, d'Ouaine (Yonne), déclare que la *saignée préalable* lui a parfaitement réussi comme *préservatif*, et même qu'il en a retiré de grands avantages dans les cas légers et même dans les cas les mieux confirmés de choléra. Aussi déclare-t-il dans son âme et conscience, pour me servir de ses propres expressions, que la saignée lui semble non-seulement un préservatif par excellence, mais encore le meilleur mode de traitement de choléra confirmé. Seulement, il ne croit pas que ce système soit applicable à tous les pays, à tous les individus. Quoique l'expérience n'en ait pas encore été faite, du moins sur une grande échelle, je ne crains pas d'affirmer le contraire, puisque la maladie présente en tous lieux et chez tous les individus les mêmes symptômes. Mais je crois, avec cet honorable confrère, l'action de la saignée bien plus sûre et plus prompte que celle du bicarbonate de soude, voire même du sesquichlorure de fer, auxquels l'Académie des sciences vient de faire les honneurs de l'insertion par extrait dans les *Comptes rendus*. Ces deux traitements si opposés ne vous semblent-ils pas, monsieur le rédacteur, mis là avec intention, pour témoigner de l'anarchie qui règne et qui règnera peut-être encore longtemps dans la thérapeutique du choléra.

De ce qui précède, je conclus: 1° que l'eau froide ingérée en abondance dans l'estomac est le traitement rationnel du choléra, car il donne plus de guérisons que tous les traitements employés jusqu'à présent;

2° Que, dans les cas extrêmes, les saignées générale et locale secondent parfaitement les effets de l'eau froide;

3° Enfin, que la *saignée préalable* est le préservatif réel du choléra.

Veuillez, monsieur et très-honoré confrère, croire à l'expression de mes sentiments les plus élevés. Dr TOURRETTE.

P. S. Quoique cette lettre soit un peu longue, je vous serai très-reconnaissant de vouloir bien l'insérer en entier dans votre excellent journal.

— Nous avons reçu de M. Boudin une lettre que nous insérerons dans notre prochain numéro.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 140. 2e année. Samedi 25 Novembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — CORRESPONDANCE. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Paris, le 24 Novembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Discussion du cancer.

8e SÉANCE.

Les deux partis qui divisent l'Académie, fatigués sans doute par la durée de la campagne, avaient conclu un armistice qui n'a pas été de longue durée. Après une séance entière consacrée au repos, la discussion s'est rallumée aujourd'hui, et nul ne peut prévoir où s'arrêtera l'ardeur des combattants.

Le début de la séance a été assez froid. M. Amussat lisait un discours en faveur de la curabilité du cancer. Le bruit des conversations particulières et la faiblesse de la voix de l'orateur ne nous ont pas permis d'écouter cette argumentation aussi complétement que nous l'aurions désiré. Il nous a paru toutefois que les succès signalés par M. Amussat étaient relatifs pour la plupart à des *noli me tangere,* c'est-à-dire à des cancroïdes, affections dont la curabilité n'a point été mise en cause. Les tumeurs du col utérin, sur lesquelles l'orateur a ensuite insisté, sont aussi fort souvent de nature épithéliale. Il pourrait donc se faire que les faits sur lesquels M. Amussat fait reposer son appréciation consolante n'eussent aucune valeur pour résoudre la question en litige. M. Amussat a bien dit quelque part qu'il avait fait examiner un grand nombre de tumeurs au microscope ; mais il n'a pu en être ainsi de ses *noli me tangere,* ni des tumeurs utérines qui lui ont laissé des souvenirs si favorables, puisqu'il a détruit ces tumeurs avec les caustiques au lieu de les enlever avec l'instrument tranchant. Or, l'examen microscopique d'une eschare ne peut fournir aucun résultat sérieux. Pour tout dire, il nous a paru que M. Amussat ne procédait pas toujours d'une manière suffisamment rigoureuse dans ses diagnostics. Le caractère de l'hérédité, auquel il attache une si grande importance, manque le plus souvent, même dans le cas de véritable cancer ; en outre, lorsqu'il existe, il est loin d'avoir une valeur aussi décisive que le pense M. Amussat. Un malade, qui présente quelque part une tumeur suspecte, raconte que son père, ou son oncle, ou son aïeul a été atteint de cancer. — Cela suffit-il pour établir l'existence d'une disposition héréditaire? Nullement. — M. Amussat nous inspire toute confiance, mais cette confiance ne peut s'étendre aux médecins qui ont donné des soins, il y a quelque vingt ou trente ans, aux parents des malades qui le consultent aujourd'hui. Rien ne prouve donc que les tumeurs anciennes fussent réellement cancéreuses. Mais, même en faisant la concession d'admettre l'exactitude de ces traditions de famille, en résulte-t-il que toutes les tumeurs qui se développent sur les descendants d'un cancéreux soient de nature cancéreuse ? Parce qu'une mère est morte d'un cancer de l'utérus, dira-t-on que sa fille est pour toujours à l'abri de l'hypertrophie mammaire? — Chose singulière, tous les chirurgiens s'accordent à considérer le cancer héréditaire comme le plus incurable de tous, et c'est précisément sur des cancers héréditaires que M. Amussat a obtenu les très-nombreuses guérisons dont il a entretenu l'Académie! Il nous suffira sans doute de signaler cette contradiction, pour que le lecteur partage nos doutes sur la valeur des observations de M. Amussat.

Nous sommes obligé de nous contenter de cette appréciation générale. Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, l'orateur a cru devoir passer sous silence le chiffre de ses opérations, celui des guérisons et la durée du temps qui s'est écoulé depuis l'ablation des tumeurs. Le souvenir des très-nombreux succès qu'il a obtenus et dont Dieu nous garde de douter, est très-propre sans aucun doute à le remplir de satisfaction, mais cela ne suffit pas pour faire partager ses croyances à ceux qui liront son discours.

Voilà pour la pratique ; quant à la théorie, elle nous a paru au-dessous du niveau actuel de la science. L'auteur semble peu au courant des distinctions que les cliniciens purs, — nous ne parlons pas des micrographes, — ont établies entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs simplement hypertrophiques des glandes. Il admet encore que le cancer est fréquemment dû à la tristesse et à la mélancolie. Il est certain que la plupart des cancéreux sont tristes, et on le serait à moins. Le cancer produit donc la tristesse, mais il est plus que douteux que la tristesse produise le cancer. Cette idée a pris naissance à l'époque où il y avait, dans l'économie, un liquide malfaisant, l'*atrabile* ou *mélancholie,* dont l'accumulation sur un point quelconque du corps formait des tumeurs cancéreuses. Mais les beaux jours du galénisme sont passés depuis longtemps. La mélancholie a disparu, et avec elle la théorie à laquelle M. Amussat est venu rendre aujourd'hui un nouvel hommage.

L'attention de l'Académie s'est ranimée lorsque M. Cloquet est monté à la tribune. L'éminent professeur a reproduit les faits et les arguments qui ont servi de base à son premier discours. En outre, il a insisté sur une idée émise, il y a peu de jours, par le rédacteur de l'*Union médicale,* et déjà développée par nous-même, il y a près de huit mois, dans la *Gazette hebdomadaire* (1). C'est que les cliniciens micrographes ne constituent pas une École nouvelle, et que la Jeune École de Paris, comme dit M. Velpeau, n'est que la fille légitime de l'École anatomique à laquelle appartiennent la plupart de nos maîtres. Ceux-ci nous ont appris à subordonner les classifications nosologiques à l'anatomie pathologique. Nous avons suivi cette impulsion, et nous n'avons fait que continuer leur œuvre, en ajoutant les conquêtes du microscope à celles du scalpel. Non-seulement notre intention n'est pas de former une École, mais encore notre plus grande ambition, et le but constant de nos

(1) *Gazette hebdomadaire,* 7 avril 1854, p. 430, 2e col.

efforts, est d'arriver à convaincre tout le monde que nous sommes des membres parfaitement orthodoxes de la grande École des Laënnec et des Morgagni. Il y a un moyen bien simple de fermer la bouche à ceux qui s'obstinent à nous donner un titre que nous n'acceptons pas. Il suffit, pour cela, de donner droit de domicile aux faits nouveaux que le microscope a découverts. Mais on a beau faire : tant que le microscope sera repoussé systématiquement par les représentants officiels de la science et par les chefs de l'École anatomique, les hommes qui cultivent l'histologie pathologique seront obligés de se résigner à faire une École à part.

L'événement de la séance a été le discours de M. Delafond. Qui disait donc qu'il n'y avait pas de micrographe à l'Académie? Il y a quinze ans déjà que M. Delafond étudie les cellules et les tissus à l'aide du microscope. Bien peu d'entre nous pourraient en dire autant. — Malgré cela, M. Delafond, par un excès de modestie, annonce qu'il n'est pas *un micrographe complet*; tant il est vrai que l'art est long et la science difficile.

Quant à nous, qui n'avons encore consacré que huit années de notre vie à l'étude de l'histologie, nous ne saurions accepter le jugement que l'honorable académicien a cru devoir porter sur sa propre valeur. Nous considérons donc comme très-complet le doyen des micrographes de notre pays, et lors même qu'il ne nous aurait pas dit que ses premières recherches remontent à l'année 1839, nous croyons qu'il nous aurait été possible de le deviner.

C'est en effet à l'année 1839 que remonte la découverte de la *cellule pathologique*. Schleiden et Schwann avaient annoncé quelques mois auparavant que tous les tissus animaux ou végétaux étaient des émanations de la cellule fondamentale, et Müller venait d'ajouter le dernier fleuron à la couronne de la théorie cellulaire, en découvrant aussi des cellules dans la production accidentelle. Dès lors, tous les tissus morbides furent les descendants de la cellule pathologique, comme tous les hommes « blancs ou noirs, gelés ou rôtis » sont les descendants de ceux qui entrèrent dans l'arche ; — et, de même que tous les bipèdes sans plumes sont des hommes, de même toutes les tumeurs de nature cellulaire sont des cancers. Cela est limpide comme le cristal.

A la même époque, nous avions pour maître de philosophie un estimable professeur allemand qui nous prêchait l'unité sous toutes ses formes : l'unité de la pensée, l'unité de l'organisation, l'unité de la nature, sans compter l'unité du genre humain. Tous les phénomènes de la matière dépendaient d'une seule loi : l'attraction. Tous les phénomènes de la vie dépendaient d'une seule force : la force vitale. La chimie était jusqu'alors moins avancée que les autres sciences ; il y avait cinquante-quatre corps simples, mais il paraissait à peu près certain que leur simplicité n'était qu'apparente, et que tous étaient dus à la combinaison de l'oxygène avec l'hydrogène et l'azote. Il était même probable que ces trois gaz n'étaient que des formes secondaires du gaz primordial et unitaire, dont la découverte était réservée sans doute aux âges futurs. Et toutes ces unités d'ordres différents se fondaient dans la grande unité universelle, car notre maître de philosophie, quoique fort pieux, frisait légèrement le panthéisme. Que ce péché lui soit pardonné, car cet excellent homme est mort, il y a peu de temps, emportant les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Pendant que notre maître allemand nous initiait ainsi à la philosophie unitaire, un autre Allemand non moins estimable, M. le docteur Gruby, convertissait M. Delafond à la doctrine de l'unité organique. Il lui apprenait à connaître *la* cellule hygique et *la* cellule pathologique, et *la* force métabolique qui plane au-dessus des blastèmes. Considérant la première impression comme la meilleure, M. Delafond est depuis lors resté fidèle à ses croyances de 1839, il a conservé la théorie cellulaire dans sa pureté primitive, et, tandis que les Allemands de l'Allemagne perdaient peu à peu leurs illusions sur le rêve qui avait bercé leur jeunesse, tandis que les Allemands de la France, M. Mandl et M. Lebert, nous apprenaient à nous méfier des séductions de la cellule unitaire, M. Delafond, plus germanique que les Germains et plus royaliste que le roi, ouvrait son sein comme un dernier refuge à la cellule hygique et à la cellule pathologique. Nous ne craignons pas d'affirmer que depuis dix ans personne, soit en France, soit à l'étranger, n'avait pris aussi courageusement la défense du dogme de l'unité.

L'intrépide athlète a laissé bien loin derrière lui ses timides devanciers. Non-seulement il proclame l'égalité des tissus et la fraternité des tumeurs, mais encore il affirme que le globule de pus n'a rien de caractéristique. O Senac, que penserait votre grande âme si, pour votre malheur, rappelé à la vie,... vous entendiez de pareilles énormités?

Pour prouver que le globule du pus est le même que celui du cancer, M. Delafond a esquissé deux dessins gigantesques, dont il a fait l'exhibition aux yeux de l'Académie ébahie, et son crayon complaisant a démontré, sans réplique, qu'il était possible d'établir quelque ressemblance entre deux figures représentant des choses très-différentes. Ce stratagème n'est pas absolument nouveau, c'est lui qui sert de base à l'art de la caricature, et personne n'ignore qu'avec un petit nombre de figures intermédiaires l'ingénieux Lavater réussit à établir entre la tête d'une grenouille et celle de l'Apollon du Belvédère, une identité pareille à celle que M. Delafond établit aujourd'hui entre le pus et le cancer.

Du reste, malgré le succès de cet argument graphique, M. Delafond est le premier à reconnaître que le globule du pus est plus petit que celui du cancer. C'est déjà quelque chose, mais M. Delafond, pour expliquer cette dissemblance, annonce que, si le globule purulent est plus petit, *c'est parce qu'il n'a pas eu le temps de se développer!* Lecteurs, hâtez-vous d'ouvrir tous les abcès froids qui sont confiés à vos soins! Ne laissez pas à ces globules, encore bénins, le temps de se développer; ne laissez pas à la grenouille inoffensive le temps de se transformer en Apollon, ce dieu qui lance au loin ses traits! Toute tergiversation serait funeste. Renoncez aux caustiques, ils vont trop lentement; prenez vite le bistouri, et peut-être encore arriverez-vous trop tard!

La cellule pathologique étant, suivant M. Delafond, partout la même, les modifications de forme qu'elle présente dans les diverses tumeurs, sont dues aux conditions mécaniques, aux compressions, aux résistances, au milieu desquelles elle est obligée de vivre. Ainsi, dans les tumeurs épithéliales, la compression aplatit les cellules et les transforme en écailles épidermiques; dans les tumeurs fibro-plastiques la même compression transforme la cellule en un fuseau allongé. Dans le cancer, au contraire, la cellule conserve ses trois dimensions : c'est là toute la différence. Cette bonne petite théorie mécanique ne nous explique pas, il est vrai, pourquoi on trouve des cellules à peu près sphériques dans les squirrhes napiformes, fibreux, ligneux, pierreux, et autres cancers très-durs qui ont la propriété de gémir sous le tranchant du scalpel, — et pourquoi les cellules, au contraire, s'aplatissent ou s'allongent dans la trame si molle des tumeurs épithéliales, ou dans la trame plus molle encore de certaines tumeurs fibro-plastiques. Mais si on se montrait si difficile sur les détails, il n'y aurait plus de théorie possible. Acceptons donc, pour un moment, cette conception si séduisante par sa simplicité. Il ne reste plus qu'un petit embarras.

Si l'identité des tumeurs cancéreuses, épithéliales et fibro-plastiques, est démontrée par leur descendance de la même cellule pathologique, nous sommes conduits de la même manière à admettre l'identité de tous les tissus qui descendent de la cellule hygique. Ainsi le nerf doit être égal au muscle, le muscle au tissu cellulaire, le tissu cellulaire au cartilage et à l'os.

M. Delafond, sans aucun doute, n'a pas prétendu nier les différences qui existent entre ces divers tissus normaux. Mais il ne nie pas davantage les différences qui existent entre les divers tissus pathologiques qui résultent des transformations de la cellule pyo-cancéro-épithélio-fibro-plastique. Ces différences, il les admet, il les proclame au besoin. Ainsi, pour prouver à M. Leblanc que le cancer proprement dit n'est pas rare chez les herbivores, il cite l'histoire d'une vache dont le poumon, criblé de

tumeurs, pesait 40 kilogrammes, et il ajoute : « La nature cancéreuse de ces tumeurs a été constatée au microscope. » Plus loin, parlant d'une tumeur fibro-plastique qui occupait la cuisse d'un âne, et qui récidiva, il dit : « J'avais reconnu moi-même et fait constater, par des micrographes, que cette tumeur était composée de tissu fibro-plastique. » Plus loin encore : « Moi-même, bien des fois (il s'agit toujours des tumeurs de l'*equus asinus*), je n'ai pu y découvrir la cellule cancéreuse. Toujours j'y ai trouvé *cette cellule allongée pourvue de un ou plusieurs nucléoles, et qui finit par dégénérer en véritable fibrille.* En un mot, j'y ai constamment trouvé l'élément fibro-plastique. » Enfin, terminant la revue des animaux domestiques, l'orateur arrive au chat, et parle d'une tumeur encéphaloïde dans laquelle il trouva lui-même des cellules cancéreuses : « En un mot, *c'était la véritable cellule spécifique, celle qui caractérise tout spécialement le cancer.* » On voit que M. Delafond sait parfaitement distinguer les éléments fibro-plastiques des éléments cancéreux ; nous n'en attendions pas moins d'un observateur aussi habile, qui cultive depuis quinze ans l'histologie pathologique avec tant de persévérance.

Ainsi, entre M. Delafond et nous, il n'y a qu'une seule différence : nous observons, il théorise. Nos yeux constatent des dissemblances tranchées entre les divers tissus morbides; nous en concluons que ces tissus n'ont pas la même structure. M. Delafond constate comme nous les mêmes dissemblances, mais il en conclut, en vertu d'une théorie fort simple, que ces tissus sont de la même famille parce que, suivant lui, ils descendent du même père. Et que nous importent toutes vos théories et tous vos systèmes? Nous avons dit : Il y a une différence très-caractérisée, *facile à saisir,* suivant l'expression de M. Velpeau, entre l'élément cancéreux et l'élément fibro-plastique. — Vous ne le contestez pas; vous ajoutez même à notre assertion le témoignage de votre vaste expérience, nous n'en demandons pas davantage.

M. Delafond a réservé pour sa péroraison son principal argument. Suivant lui, le cancer est caractérisé non point par sa cellule, mais par le *liquide cancéreux*, sorte de suc sans organisation, doué de propriétés virulentes, comparables à celles de la rage, de la morve, de la variole, de la syphilis. Le virus cancéreux! Nous croyions que cette autre hypothèse avait disparu avec le XVIIIe siècle. On l'a longtemps cherché ce virus que M. Delafond découvre aujourd'hui, par la seule puissance du raisonnement. On a inoculé le cancer de toutes les manières, et personne n'a oublié que Dupuytren alimenta des chiens, pendant des mois entiers, avec des tumeurs cancéreuses, sans réussir à provoquer l'apparition du moindre cancer de l'estomac.

Si la cellule constituait le cancer, dit M. Delafond, on devrait pouvoir inoculer le cancer en inoculant les cellules. — Quel raisonnement, juste ciel ! — Or, continue l'éminent vétérinaire, j'ai vainement inoculé la matière du cancer; vainement je l'ai injectée dans les veines des animaux; mes nombreuses expériences sont restées sans résultat. Donc, le cancer est caractérisé non point par ses cellules, mais bien par le *liquide cancéreux* au sein duquel les cellules se développent.

M. Delafond nous permettra de pousser son raisonnement jusqu'au bout. Dans vos expériences, lui dirons-nous, vous avez injecté de la matière cancéreuse. Mais, dans cette matière, il n'y avait pas seulement des cellules, il y avait encore votre *liquide cancéreux.* Et si l'inoculation n'a pas réussi, si les résultats négatifs que vous avez obtenus suffisent pour prouver que la cellule n'est dans le cancer qu'un épiphénomène, ils prouvent de la même manière que votre liquide cancéreux n'est pas le caractère spécifique du cancer. Ainsi, le cancer n'est caractérisé ni par nos cellules, ni par votre liquide, et il faut en conclure qu'il n'est caractérisé par rien du tout!

Les exigences d'un comité secret ont interrompu M. Delafond au moment où il allait abandonner les considérations transcendantes de la théorie unitaire pour descendre dans l'humble domaine des faits. La partie pratique de son discours a été renvoyée à la séance prochaine. Nous l'examinerons alors et nous espérons qu'il sera possible de faire reposer la discussion sur une base solide, au lieu de l'établir, comme nous avons été obligé de le faire aujourd'hui, sur la pointe d'une aiguille.

Paul Broca.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 21 Novembre.

Choléra.

M. le docteur Rochard adresse une lettre dans laquelle il rappelle qu'il a eu l'occasion, pendant son service de chirurgien de la marine, de faire des observations semblables à celles qui ont été signalées par M. le docteur Lévy, observations qu'il a publiées dans une brochure récente, avec des conclusions semblables à celles qu'a formulées M. Lévy lui-même.

Pinces à ligature. — Réclamation.

M. le docteur Cavallini adresse une réclamation qui renferme ce qui suit :

J'ai été étonné de voir, dans la dernière séance de l'Académie, M. Charrière présenter, comme venant de lui, un système de pinces dont l'idée première m'appartient. M. Charrière s'est emparé de cette idée dans les hôpitaux où M. Mathieu, auquel j'en avais confié l'exécution, la soumettait au jugement de MM. les professeurs. M. Charrière a cherché à masquer son plagiat par une modification malheureuse de mon principe, modification que j'avais conçue, décrite, et immédiatement abandonnée.

Si ce fabricant avait présenté sa pince comme simple modification à mon système, je me serais tu, quoique cette même modification m'appartienne; mais dès que je l'ai vu la présenter comme invention lui appartenant, je me suis trouvé dans la nécessité de vous prier d'accepter une protestation.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Amussat. — Au début de cette discussion, j'ai été appelé en province, précisément pour une opération analogue à celle qui a provoqué la discussion, c'est-à-dire pour un sarcocèle chez un enfant.

Je me suis empressé d'envoyer la pièce, aussitôt après son enlèvement, pour la soumettre, avant qu'elle n'ait subi aucune altération, à l'examen du microscope et de l'Académie. Elle vous a été présentée par notre honorable collègue M. Barth. Sur cinq micrographes qui l'ont étudiée, quatre n'ont pas trouvé la cellule cancéreuse, un seul l'a rencontrée.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait, mais auparavant je demande la permission de lire quelques réflexions jetées à la hâte sur le sujet en discussion. Je réclame d'avance l'indulgence de l'Académie, qui comprendra, je l'espère, l'impossibilité où je me suis trouvé, à cent lieues de Paris, de pouvoir consulter mes travaux sur ce point et de suivre la discussion avec le même fruit que si j'eusse assisté aux séances.

La question qui s'est élevée à l'Académie est incontestablement une des plus importantes qui puissent être discutées, car le cancer est une de ces maladies graves qui dominent la pathologie, et malgré les travaux immenses dont elle a été le sujet, on est encore à se demander si le diagnostic du cancer est toujours possible et si la thérapeutique offre des ressources suffisantes pour le combattre d'une manière efficace.

Ces questions étant du domaine de la médecine et de la chirurgie, on comprend que je ne les aborderai qu'à ce dernier point de vue et que je ne m'occuperai que des affections cancéreuses accessibles aux moyens chirurgicaux. J'insisterai même d'une manière particulière pour me circonscrire davantage sur les cancers cutanés (*noli me tangere*) et sur le cancer du col de l'utérus dont j'ai observé un grand nombre d'exemples.

Je me fais un devoir d'apporter le tribut de mon expérience dans cette discussion pour concourir, s'il est possible, à éclairer une question si épineuse, si ardue et presque inabordable.

Je suis heureux d'apporter une pensée constante sur le cancer. J'ai, en effet, l'intime conviction d'avoir guéri beaucoup de cancéreux voués à une mort certaine, et ma conviction est basée sur des faits d'hérédité évidents et irrécusables.

Les causes du cancer sont difficiles à reconnaître et à apprécier. Il est rare et fort rare que le cancer succède à une autre maladie. Ainsi, je n'ai jamais vu une plaie, un vésicatoire, un cautère, des hémorrhoïdes ulcérées prendre le caractère cancéreux.

L'influence du chagrin, quels qu'en soient les motifs, me paraît être, d'une manière générale, la cause la plus ordinaire du cancer chez beaucoup de personnes douées d'ailleurs d'une belle constitution et d'un tempérament robuste.

Placées dans de bonnes conditions morales, soustraites à l'influence d'excitations violentes et incessantes du système nerveux, elles eussent été peut-être garanties contre cette affreuse maladie.

Partant de cette idée, que je crois vraie, que le cancer est causé bien

souvent par le chagrin et par toutes les perturbations physiques et morales qui en sont la conséquence, je suis porté à croire que le siége du cancer est dans le système nerveux.

Cette idée avait déjà été émise par quelques auteurs, mais comme les preuves physiques sur lesquelles elle peut s'appuyer sont très-difficiles, pour ne pas dire impossibles à démontrer, on n'en avait pas tenu compte.

Le diagnostic du cancer est difficile et souvent douteux.

L'aspect extérieur seul et les symptômes qu'on a décrits sont loin d'être caractéristiques. Il en est de même pour l'examen anatomique simple ou aidé du microscope après l'enlèvement d'un cancer.

Dans mon opinion bien établie sur un grand nombre de faits, tous les doutes sont levés sur la nature de la maladie, lorsque la question d'hérédité peut être résolue affirmativement, et il faut le dire bien haut, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Certainement, j'apprécie les recherches micrographiques appliquées à l'anatomie pathologique et en particulier à l'étude du cancer. Je ne manque presque jamais de soumettre aux confrères qui se sont le plus occupés de micrographie, les pièces pathologiques dont je puis disposer. Mais l'examen après l'enlèvement d'un cancer, le seul qui soit possible, ne donne plus des résultats bien utiles au point de vue de la pratique, soit qu'il arrive à nier ou à affirmer les signes donnés comme caractéristiques du cancer. Et d'ailleurs, on n'est pas encore parfaitement d'accord sur les caractères micrographiques du cancer.

Quand on est en présence d'un cancer confirmé qui a résisté au traitement général et aux résolutifs variés employés avec persévérance, il est très-important de ne pas différer à le détruire lorsqu'il est accessible, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques. Je suis convaincu que beaucoup d'insuccès et de récidives ne reconnaissent pas d'autre cause que le retard qu'on a apporté à pratiquer une opération qui, faite à une époque plus rapprochée du développement de la maladie, eût été suivie d'une guérison peut-être durable et complète.

C'est surtout, on le comprend, dans les cas où *l'hérédité* existe d'une manière positive qu'il faut s'empresser d'opérer. Généralement, on ne s'inquiète pas assez de l'hérédité ; on n'y attache pas assez d'importance. Moi-même, avant d'avoir mes convictions bien arrêtées sur ce point, je ne m'appesantissais pas sur ce fait.

Aussi, mes observations antérieures pèchent-elles sous ce rapport.

La question la plus importante à éclaircir étant celle de la curabilité du cancer, je m'appuierai principalement sur les résultats que j'ai obtenus dans un certain nombre de cas de *noli me tangere* et de cancers du col de l'utérus.

J'ai choisi ces deux catégories d'affections cancéreuses, parce que, d'une part, j'en ai vu beaucoup plus, et d'autre part, comme on les reconnaît de suite, sans aucun doute, on n'hésite pas à les attaquer immédiatement.

On comprend qu'on ne se décide pas assez facilement à opérer le cancer de la mamelle ou celui du testicule, parce que, surtout à un certain âge de la vie, ce sont des organes qui remplissent des fonctions importantes. Leur ablation inutile, intempestive, serait donc fâcheuse ; et comme aussi les signes absolus du cancer confirmé manquent dans beaucoup de cas, on est plus disposé à attendre, et on opère souvent au moment où la maladie a déjà jeté des racines profondes et amené la cachexie. C'est alors que les récidives surviennent fréquemment. Mais si le fait de la transmission *héréditaire* existe, l'opération devra être faite sans retard, avec la presque certitude qu'on a bien à faire à un cancer.

En résumé, on peut dire que le cancer est plus ou moins curable, selon le degré plus ou moins avancé de la maladie.

Par conséquent, la guérison est d'autant plus assurée, et la récidive d'autant moins à craindre, qu'on a opéré plus tôt, au moment où la maladie était encore locale et n'avait pas infecté l'organisme.

J'arrive maintenant aux deux catégories de cancer sur lesquelles j'ai dit que j'insisterai plus particulièrement.

Les faits nombreux que j'ai observés et recueillis sur le *noli me tangere* et le cancer du col de l'utérus ont formé ma conviction ; ils serviront, j'espère, à convaincre aussi les plus incrédules, même ceux qui ont pris le parti de mettre de côté tous les faits de guérison, comme ne devant pas être attribués au cancer qu'on ne guérit, disent-ils, jamais.

Les faits qui m'appartiennent ne peuvent laisser aucun doute sur la durée de la guérison qui a été constatée, dans tous les cas, longtemps après le traitement; et, pour établir qu'il s'agissait bien d'affection cancéreuse, je n'ai tenu compte que des faits dans lesquels j'ai pu manifestement constater la transmission *héréditaire* du cancer.

Je réserve pour un autre travail la relation de ces faits ; elle eût été trop longue, et j'aurais craint d'abuser des moments de l'Académie.

Noli me tangere.

Je commence par le *noli me tangere*, parce que cette espèce du cancer est la plus simple, la plus évidente, et aussi la plus facile à traiter. J'ai vu un grand nombre de cancers de ce genre, et j'en ai guéri beaucoup.

Le *noli me tangere* est un véritable ulcère chancreux ou cancroïde, sous la forme la plus bénigne à son origine. Il est lent à se développer, mais dès qu'on le touche et qu'on l'irrite, il prend un mauvais aspect. Si on l'exaspère par des pansements mal faits ou insignifiants, il se développe rapidement, et si on ne s'oppose pas activement à ses progrès, il envahit les parties voisines, et finit par compromettre et détruire la vie comme tous les autres cancers.

Les caractères de bénignité ou de malignité sont très-difficiles à déterminer. Ni l'aspect, ni les douleurs, ni les élancements ne sont des signes certains de cancer.

L'hérédité seule est le meilleur guide pour se prononcer. Même dans le doute, comme il faut agir, quelle que soit la nature de l'ulcère, on ne saurait y mettre trop d'empressement en se rappelant qu'il vaudrait mieux faire trop pour dix ulcères bénins que de ne pas faire assez pour un seul ulcère cancéreux.

On peut donc dire affirmativement qu'on guérit le *noli me tangere*, et qu'on le guérit mieux, plus sûrement et plus radicalement que toute autre espèce de cancer, parce qu'on voit mieux tout ce qu'on a à faire, parce qu'il est peu profond, parce qu'il affecte des parties moins importantes à la vie. Et quant aux récidives, si elles voulaient se montrer, il serait plus facile de s'y opposer.

La dénomination de *noli me tangere*, imposée aux cancers cutanés par les anciens, prouve qu'ils avaient bien observé et compris l'aggravation de la maladie sous l'influence des pansements, des baumes, des onguents, des caustiques superficiels, mal appliqués ; ils étaient généralement plus nuisibles qu'utiles, et on avait fini par abandonner ces ulcères à eux-mêmes. On n'osait plus y toucher, d'où l'expression de *noli me tangere*, qui ne devrait plus être employée en agissant sans retard, avec toute l'énergie nécessaire, en allant même au-delà du mal avec un caustique puissant, on arrive sûrement dans presque tous les cas à une guérison radicale et durable.

La cicatrice plus ou moins grande qui en résulte ne doit pas préoccuper, si on la compare à un ulcère fétide qui gagne en étendue et en profondeur et peut détruire le nez, les oreilles, les joues, etc., et causer des accidents mortels.

D'ailleurs, au besoin, l'autoplastie viendrait très-utilement faire disparaître les inconvénients d'une cicatrice plus ou moins difforme.

Le caustique solidifié de potasse et de chaux est celui dont je me sers le plus ordinairement. Il est préférable aux préparations arsénicales et aux diverses pâtes ayant pour base cette substance toxique. Au reste, quel que soit le caustique qu'on emploie, le point capital, c'est de détruire à fond le cancer et surtout ses bords. En agissant timidement, on ferait incontestablement plus de mal que de bien, le cancer s'exaspérerait et ferait de rapides progrès. C'est ce qui arrive trop souvent.

Lorsqu'on a guéri avec des pâtes caustiques, c'est parce qu'elles ont été appliquées de manière à agir en surface au delà du mal. Par conséquent, ce moyen, dans certains cas, ne doit pas être rejeté. Toutefois, comme l'absorption de l'arsenic a produit quelquefois des effets toxiques graves et même funestes, je proposerais de ne jamais se servir de pâtes caustiques faites avec cette substance qu'il est facile de remplacer par d'autres. Je dois aussi signaler un des avantages de l'emploi du caustique solidifié de potasse et de chaux. Avec lui on n'a pas besoin d'exciser les bourgeons ; on les détruit facilement en les broyant graduellement, et on les réduit, pour ainsi dire, en magma, qu'on enlève en même temps que le caustique.

Cancer du col de l'utérus.

La seconde catégorie que j'ai choisie pour étayer l'opinion que je soutiens sur la curabilité du cancer comprend les affections de cette nature si fréquentes, si nombreuses, qui envahissent le col de l'utérus et s'étendent à l'organe et aux parties voisines.

Je possède encore plus de faits probants sur cette catégorie que pour la première dont je viens de parler.

J'entends par la dénomination de cancer curable du col toute ulcération profonde ou induration commençante de cette partie.

Tant que les limites vaginales du col en dehors ne sont pas dépassées, je conserve l'espoir de la guérison en détruisant radicalement la maladie.

Il est fort difficile, même presque impossible au début de reconnaître sa nature bénigne ou maligne, par nos seuls moyens d'investigation.

Le toucher, la vue, l'odeur et les symptômes ne suffisent pas. Les caractères anatomiques sont incertains. On ne peut avoir recours au microscope.

Sur quoi donc peut-on se fixer pour agir immédiatement et ne pas s'exposer à perdre un temps précieux ?

L'hérédité seule est pour moi le meilleur guide. Si elle existe, il faut agir vite, car une temporisation pourrait être fatale. Même dans le doute,

on comprend que si la maladie résiste aux moyens ordinaires, on doit cautériser sans retard.

Peut-on guérir le cancer du col de l'utérus? Telle est la question qu'on pose très-souvent....

Je n'hésite pas à répondre plus affirmativement encore que pour le *noli me tangere,* parce que je possède un plus grand nombre de faits à l'appui de mon opinion.

On guérit sûrement les affections commençantes de l'utérus, quand le col seul est envahi, mais à la condition d'agir promptement et de détruire radicalement la maladie dès son principe.

Pour démontrer que les guérisons que j'ai obtenues étaient bien relatives à des cancers, je ne m'appuie que sur des faits dans lesquels l'hérédité a été positivement constatée. Un père, une mère et quelquefois les deux, des sœurs ou d'autres parents avaient succombé à des affections cancéreuses. Et les guérisons datent de 15, 20 et 25 ans. Or, je n'hésite pas à dire que, si je n'eusse pas soumis ces malades à un traitement énergique, elles seraient mortes comme leurs parents ou comme tant d'autres femmes ayant été soignées trop tardivement ou incomplètement.

J'ai déjà indiqué cette idée dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie en 1849, sur les engorgements et les déviations de l'utérus (voy. *Gaz. des hôp.*, 8 nov. 1849).

On peut dire, des affections cancéreuses du col de l'utérus, ce qui est applicable au *noli me tangere.* Il ne faut pas perdre de temps et agir énergiquement. Si la destruction du col tout entier est nécessaire, on ne doit pas hésiter. Pour arriver promptement à ce résultat, la cautérisation de dedans en dehors *ou en trouée,* qu'on me permette cette expression, avec des caustiques puissants, gradués, de potasse et de chaux, m'a toujours réussi. Je pourrais citer plusieurs guérisons de cette espèce chez des femmes vouées à une mort certaine; leur mère ou leurs sœurs atteintes de cancer n'avaient pas été aussi heureuses.

Les affections du col de l'utérus et de cet organe lui-même étaient peu connues avant le spéculum de Récamier, et même de nos jours, leur étude laisse encore beaucoup à désirer. Il faut le dire : on néglige trop l'usage de cet instrument, et cependant il n'est pas possible d'admettre que ce moyen d'investigation puisse être remplacé par un autre; lui seul fournit des données certaines sur la forme, sur l'aspect, sur l'étendue du mal en surface.

Les symptômes et le toucher sont en général trop incertains; malheureusement, les malades et certains médecins se font illusion sur les débuts d'une affection de l'utérus, et on ne croit pas devoir recourir au spéculum. C'est une grande faute, et on doit poser en principe que, dès qu'une femme éprouve quelques symptômes ou dérangements du côté de l'utérus, il faut, sans attendre, se servir de cet instrument avec lequel on découvre souvent ce qu'on était loin de soupçonner. On pourrait citer un grand nombre de faits à l'appui de cette opinion.

Le cancer du col de l'utérus peut-il amener la stérilité? Je le crois, puisqu'il produit, dans certains cas, l'obstruction complète ou incomplète de l'orifice utérin; je ne pense pas que l'influence du virus cancéreux vienne s'ajouter à cette cause mécanique qui me paraît être malheureusement la seule.

Il n'en est pas de même du virus syphilitique, qui empêche souvent la conception par une influence spéciale à lui propre; ou bien, si la conception a lieu, les enfants arrivent avant terme ou meurent très-jeunes.

La preuve la meilleure, ce me semble, que l'obstruction du col met obstacle à la conception dans les affections cancéreuses de cette partie, c'est que lorsqu'on a détruit cette obstruction par la cautérisation, la conception a lieu (j'en ai vu beaucoup d'exemples) comme après le redressement du col dans les déviations de l'utérus.

Avant de déterminer ce qui a rapport aux affections du col de l'utérus, je dois dire que les affections cancéreuses de cette partie et les affections syphilitiques présentent souvent beaucoup de ressemblance; certains ulcères des lèvres sont aussi dans ce cas et laissent de l'incertitude. Dans le doute, il n'y a que le mercure qui puisse, comme pierre de touche, trancher la difficulté.

Quant à la catégorie si nombreuse des cancers du sein, j'en ai opéré beaucoup. Mais, comme tous les chirurgiens qui en ont vu un grand nombre, je ne pourrais citer que peu d'exemples en faveur de l'opinion que je professe d'une manière générale sur la curabilité des cancers externes.

Hâtons-nous de le dire cependant, cette pénurie de faits de guérison tient au retard que l'on a apporté presque toujours à pratiquer l'ablation, et alors la récidive est survenue très-fréquemment. La meilleure preuve de ce que j'avance, car le cancer du sein n'est pas d'une espèce particulière, c'est que Récamier, notre maître à tous sur ce sujet, obtenait beaucoup de succès par la compression, parce qu'il agissait de bonne heure et qu'il en étouffait le germe dès son apparition.

On a mis en doute, on a nié même ces succès, parce qu'on les a comparés aux résultats fâcheux des opérations faites dans de mauvaises conditions, c'est-à-dire à une époque où la maladie avait jeté des racines profondes dans l'économie.

Maintenant, sans insister longuement sur le cancer du testicule, comme il a été le point de départ de la discussion et que j'ai eu l'occasion d'opérer tout récemment un jeune garçon qui avait un sarcocèle du volume de la tête d'un enfant à terme, je dois cependant en dire quelques mots.

Je ne puis pas m'appuyer autant sur le cancer du testicule que sur le *noli me tangere* et le cancer du col de l'utérus, pour soutenir l'opinion que j'ai développée sur la curabilité des affections cancéreuses, accessibles à la chirurgie, parce qu'il est difficile de se décider de bonne heure à enlever un organe aussi important que le testicule.

Par cette raison, son ablation est plus souvent suivie de récidive, à cause du retard qu'on a mis à opérer.

Il est donc urgent, lorsque le diagnostic peut être établi sur l'hérédité d'abord et sur l'inefficacité des moyens fondants et résolutifs qu'on a employés, de ne pas différer trop longtemps à pratiquer l'opération que généralement on fait à une époque où existe déjà la cachexie cancéreuse.

Ne pourrait-on pas essayer aussi la compression du testicule, comme on l'a faite avec succès pour le sein?

Le cancer du testicule a été bien décrit par tous nos auteurs classiques. En général, ils ne pensent pas qu'il puisse se développer chez des enfants. Boyer, entre autres, dit formellement que le sarcocèle n'a jamais lieu dans l'enfance. Cette opinion me paraît trop absolue, sans doute, cette affection est rare dans des conditions d'âge peu avancé. Cependant, on en cite des exemples, et, de mon côté, j'en ai opéré plusieurs, un encore pendant le cours de cette discussion, un enfant de 11 ans qui avait un testicule dégénéré.

L'examen microscopique a été fait par cinq micrographes, un seul a constaté la cellule cancéreuse.

Les testicules énormes qu'on a quelquefois enlevés étaient-ils cancéreux? Je le crois, du moins pour un certain nombre; mais ce sont des sarcocèles bénins, gélatineux et graisseux, analogues aux tumeurs énormes de l'ovaire.

J'ai retrouvé le dessin d'un énorme sarcocèle qui descendait jusqu'au genou sur un adulte; je le présente à l'Académie. Je l'ai enlevé à Poitiers, en 1827, il y a vingt-sept ans, et dernièrement, en passant par cette ville, j'ai appris que le malade que j'avais perdu de vue était mort en 1839 : il avait vécu douze ans sans récidive. Les médecins de Poitiers, qui avaient assisté à cette grave opération, m'ont donné ces renseignements, et m'ont dit qu'il avait succombé à une pleuro-pneumonie.

Le volume d'un testicule cancéreux est, au reste, très-variable, et les engorgements ou les indurations de toute nature dont il peut être le siége, sont très-difficiles à distinguer les unes des autres. Comment alors peut-on lever les doutes? Je ne connais que deux moyens que j'ai déjà énoncés.

L'inefficacité des moyens employés, et surtout la recherche de l'hérédité, étant constatée, elle constitue pour moi le meilleur moyen de diagnostic pour le cancer du testicule, comme pour tous les cancers des autres organes, ainsi que je l'ai déjà dit.

Comme on le voit, je crois fermement que la chirurgie à une grande puissance pour détruire le cancer, lorsqu'il a son siége dans des parties accessibles à nos moyens d'action; mais il faut opérer de bonne heure, dès le principe, et avec toute l'énergie nécessaire.

Il n'en est malheureusement pas ainsi, jusqu'à présent, pour les cancers intérieurs, qui résistent à tous nos moyens.

Cependant je suis loin de désespérer de l'avenir, et qui sait si de nouvelles recherches ne parviendront pas bientôt à découvrir la cause, la nature et le traitement spécifique d'une maladie qui fait tant de victimes.

Quant à la discussion actuelle dont l'importance justifie l'étendue, elle portera ses fruits, et elle éclairera plusieurs points qui étaient restés obscurs; elle guidera aussi, je l'espère, les praticiens dans leur conduite, lorsqu'ils se trouveront aux prises avec les difficultés inhérentes à la pratique des affections cancéreuses.

Depuis longtemps je faisais des vœux pour qu'une discussion approfondie s'élevât sur ce sujet. Celle qui a lieu actuellement, avec les lumières qu'elle va répandre, sera un encouragement pour la reprendre dans un autre temps, et pour provoquer des travaux utiles qui feront disparaître les ténèbres dans lesquels se trouvent encore enveloppées diverses questions relatives au cancer.

A cette occasion, je dirai qu'il serait à désirer, pour stimuler le zèle des travailleurs, qu'on établît, pour les sciences, des prix analogues à ceux qu'on avait autrefois institués sous le nom de *prix décennaux,* et qui consistaient à décerner, tous les dix ans, de grands prix sur des questions importantes.

Celle du croup avait été, comme on le sait, proposée d'une manière toute particulière. Sans doute elle avait et elle a conservé encore un haut degré d'importance.

Mais la question du cancer est infiniment plus vaste et plus grave,

puisque cette affection peut envahir tous les organes, et que, d'ailleurs, elle sévit sur un bien plus grand nombre de personnes.

Dans mon opinion, il serait bon et digne aussi de notre époque et de notre incomparable Paris (1), sous tous les rapports, d'établir tous les ans un congrès général dans lequel seraient discutés, pour ce qui regarde les sciences médicales, le cancer, le choléra, la phthisie, la folie, le croup encore, les empoisonnements, les épizooties, etc. Puis, tous les cinq ans, de grands prix seraient distribués sur ces sujets à la même époque et avec la même solennité que les récompenses à la suite des expositions quinquennales de l'industrie, des sciences et des arts.

Avant de terminer, qu'il me soit permis d'indiquer brièvement les bases principales qui doivent servir, je le pense, à se diriger dans l'étude et dans la pratique des affections cancéreuses :

1° Éviter de croire que le cancer est une affection incurable, car cette idée malheureuse tendrait à diminuer le zèle des observateurs et des chirurgiens qui cherchent à imprimer de grands progrès à la science. Je crois, au contraire, qu'il faut les stimuler et les encourager par tous les moyens possibles, et j'ai indiqué ceux qui me paraissent les plus propres à atteindre le but ;

2° Dans l'état actuel de la science et de la pratique, dès qu'un malade est atteint d'une affection cancéreuse, il faut, après l'avoir examiné attentivement, lui demander avec discrétion, mais avec insistance, des renseignements sur les maladies qui ont dominé dans sa famille, et si la question d'hérédité ressort affirmativement de cette espèce d'enquête, il faut s'empresser d'agir activement par les moyens les plus efficaces dont on peut disposer ;

3° Dès qu'une opération est décidée, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, il faut plutôt aller au delà que rester en deçà du but, c'est-à-dire détruire largement le cancer et ne s'arrêter que dans les parties saines. Bien souvent, la timidité des opérateurs a été la seule cause des récidives ;

4° Lorsqu'on a cru devoir préférer les caustiques à l'ablation, on doit employer les caustiques les plus puissants. Éviter les caustiques qui agissent lentement et superficiellement. Je suis peu partisan du fer rouge qui effraye et qui peut être dangereux dans certains cas ;

5° Il est important de s'assurer, par un examen minutieux et répété plusieurs fois après la guérison apparente, qu'il ne reste plus aucune trace de l'affection cancéreuse ;

6° Enfin, en attendant que la nature intime du cancer ait été établie, on doit, par prudence, après la guérison, conseiller des dépuratifs, un exutoire et une hygiène convenable.

En résumé, j'ai cherché à démontrer dans cette Note, à laquelle je regrette de n'avoir pu donner un plus grand développement :

Que le cancer n'est pas incurable ; qu'au contraire, on le guérit très-souvent, quand on agit sans retard ;

Que l'hérédité exerce la plus grande influence sur la production du cancer ;

Et qu'il faut s'empresser d'agir, par des moyens énergiques, contre toutes les manifestations cancéreuses accessibles à la puissance de la chirurgie.

M. J. Cloquet. — J'ai écouté, avec autant d'attention que d'attrait, les discours aussi substantiels qu'éloquents qui ont été lus ou improvisés dans cette enceinte, discours ayant pour but d'éclairer l'importante question du cancer. L'Académie a pu s'éclairer d'un grand nombre de faits qui ont été apportés et interprétés devant elle par plusieurs de nos collègues ; car malheureusement le cancer est une de ces maladies dont on rencontre de bien nombreux exemples dans la pratique. Ces faits, joints à ceux que j'ai observés, m'ont conduit à des conclusions que je demande à l'Académie de soumettre à son approbation.

De la curabilité et du diagnostic du cancer, qui avaient été le point de départ de cette discussion, la question s'est étendue à l'étude générale du cancer, de sorte que tout ce qui est relatif à cette maladie a été passé en revue et discuté.

Pour s'entendre à présent, au milieu des opinions diverses qui ont été émises, il est d'abord nécessaire de bien définir ce qu'on appelle cancer.

On a commencé par grouper ensemble, sous une dénomination commune, un certain nombre d'affections qui, bien que différentes par tels ou tels symptômes, par tels ou tels caractères, n'en présentaient pas moins une marche et une physionomie analogues ; à peu près comme on a réuni, sous le nom commun d'inflammations, des lésions qui, différentes par certains symptômes et même par certains caractères anatomiques, pouvaient cependant être rapprochées par de suffisantes analogies. Il n'est pas étonnant, d'après cela, qu'on ne puisse pas donner une définition bien nette du cancer, puisque, pour l'inflammation, par exemple, sur le compte de laquelle on est cependant assez d'accord, il n'est possible de donner pour définition qu'un ensemble de signes et de caractères qui la font plutôt reconnaître qu'ils ne la définissent.

Puisqu'il en est ainsi, il me semble nécessaire de rechercher, pour constituer une définition du cancer, le plus grand nombre possible de particularités servant à le caractériser, et cela tant dans l'étude de ses symptômes cliniques que dans l'examen de sa constitution anatomique.

Ainsi, parmi les tumeurs que nous appelons cancéreuses, nous en trouvons qui diffèrent par des caractères cependant bien importants, puisque les unes, par exemple, se développent sous l'influence de l'hérédité, tandis que d'autres, au contraire, surviennent spontanément, sans aucune cause appréciable, et que d'autres encore sont le résultat de la dégénérescence d'affections diverses. Mais, à côté de ces différences, on retrouve toujours une série de caractères communs à toutes ces tumeurs venues héréditairement, ou spontanément, ou par transformation. Elles se rapprochent en ce que jamais elles ne disparaissent d'elles-mêmes : jamais elles ne sont guéries par une médication interne ; jamais elles ne cèdent à l'action d'un médicament topique, hors ceux qui les enlèvent chimiquement ou mécaniquement ; elles se rapprochent enfin par ce fait bien spécial qu'elles repullulent après qu'on les a enlevées par une opération, dans le plus grand nombre des cas. Et cette repullulation se fait tantôt sous forme d'une plaie qui ne se cicatrise pas, tantôt par de nouvelles tumeurs siégeant soit dans le même point, soit dans le voisinage, soit même dans les organes intérieurs. Enfin, que ces tumeurs n'aient jamais été enlevées ou bien qu'elles se reproduisent après l'avoir été, elles n'en marchent pas moins constamment d'une façon sans cesse progressive, jusqu'à mettre fin aux jours du malade.

Évidemment, ce sont là des caractères qui sont bien suffisants pour faire ranger dans une même famille toutes ces affections de mauvaise espèce : celle des maladies cancéreuses.

Les différences que le clinicien avait remarquées dans les variétés du cancer ne sont pas les seules que nous connaissions maintenant : l'examen anatomique fait au microscope est venu nous révéler que la texture n'est pas la même dans l'encéphaloïde, l'épithélial, le colloïde, etc. Ce fait est extrêmement intéressant ; mais les micrographes ont-ils eu raison de se servir de ces différences de structure pour séparer des affections cancéreuses telles et telles tumeurs, sous prétexte que leurs cellules ne sont pas les mêmes ? Je ne le pense pas. Les micrographes ne devraient pas faire une École à part, car ils ne sont que la continuation de l'École anatomique. Bien avant ceux qui invoquent à présent l'arbitre du microscope dans la question du cancer, on s'était servi de cet instrument dans l'étude de la structure intime de tous les êtres organisés. Dans ces derniers temps, on a seulement appliqué le microscope à l'examen des pièces d'anatomie pathologique : c'est un pas de plus fait dans la même voie ; mais il n'y a pas là de quoi fonder une École, une doctrine nouvelle.

Beaucoup de jeunes gens d'un grand mérite se sont, il est vrai, très-activement et avec beaucoup de succès occupés de cette application du microscope à l'anatomie pathologique : et je suis le premier à reconnaître qu'ils ont fait dans cette voie de fort bonnes et fort utiles recherches. Moi-même, je me suis longtemps occupé d'anatomie microscopique, parce que je m'étais figuré qu'on finirait par trouver des espèces différentes de pus, de virus, etc. J'ai cru qu'avec ce moyen on parviendrait à distinguer le pus d'un ulcère simple, d'un ulcère cancéreux ou vénérien. J'avoue qu'après de laborieuses recherches je ne suis arrivé à rien qui ait jamais été digne d'être publié, et que j'avais abandonné cette voie lorsque d'autres y sont entrés après moi et y ont fait de très-utiles découvertes. Cependant, il ne faut pas attacher à ces découvertes plus d'importance qu'elles n'en méritent.

Ainsi M. Velpeau, dans un discours aussi remarquable pour le fond que pour la forme, et je ne prétends pas faire ici un éloge banal, M. Velpeau vous a fait voir que MM. les micrographes ne sont pas d'accord entre eux. M. Lebert et M. Maudl, par exemple, sont en dissidence. Et puis, il vous a cité nombre d'exemples dans lesquels des tumeurs caractérisées par tous les signes cliniques à l'aide desquels nous reconnaissons le cancer, ne présentèrent cependant pas l'élément microscopique dit spécifique, tandis qu'en même temps il vous citait des cas de repullulation évidemment cancéreuse, alors que le microscope avait déclaré que la cellule cancéreuse était absente. Je dois dire cependant que, dans le plus grand nombre des cas, la présence de la cellule reconnue au microscope est venue confirmer le diagnostic du chirurgien ; mais je répète que ce caractère, qui peut manquer, ne doit pas être pris en trop grande considération.

En somme, il me semble qu'on doit conclure de tout cela qu'il y a des cancers à cellules dites cancéreuses, des cancers à cellules épithéliales et des cancers à cellules fibro-plastiques.

(1) Je viens de parcourir presque toute l'Allemagne pour aller en Autriche où j'avais été appelé pour une opération chirurgicale. Sous tous les rapports, j'ai trouvé, je le répète, que notre Paris est incomparable, et tout ce qui se prépare laissera encore bien loin en arrière les autres nations. Faisons en sorte qu'il en soit ainsi pour toutes choses, surtout pour les récompenses accordées aux recherches scientifiques et en particulier à ceux qui feront faire de grands progrès aux sciences médicales.

Mais MM. les micrographes ont voulu légitimer leur distinction sur la fréquence différente de la récidive dans les tumeurs de texture également différente : et c'est là, je dois le dire, le côté intéressant de leurs recherches. Ainsi ils ont établi que les tumeurs à cellules cancéreuses sont les plus sujettes à la récidive, puisque même, selon eux, aucun cas n'y échappe, tandis que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques ne récidivent que dans un certain nombre de cas. Tout le monde est d'accord que tous les cancers ne se présentent pas avec d'égales chances de récidive : et l'on sait bien, par exemple, qu'un cancer enkysté, dont les limites sont parfaitement arrêtées, est bien moins exposé à la récidive qu'un cancer diffus, dont les prolongements s'étendent tout autour de lui au sein des tissus environnants.

Voilà pour le diagnostic : voyons à présent ce qui est relatif à la curabilité. Si mes propres observations étaient insuffisantes pour me convaincre que certains cancers parfaitement avérés peuvent cependant être guéris par l'opération, et si le fait que j'ai cité d'un homme qui, quatorze ans après l'opération que je lui ai fait subir pour un squirrhe bien évident, se portait encore très-bien et n'avait jamais éprouvé de récidive ; si ces faits, dis-je, pouvaient laisser encore quelque incertitude, je n'aurais qu'à invoquer les observations si remarquables de M. Velpeau ; elles sont certainement assez concluantes pour qu'on puisse très-légitimement déclarer que certains cancers ne repullulent pas.

Pour ceux qui veulent contester ces guérisons plus ou moins anciennes, sous prétexte que la récidive pourra se faire plus tard, je dirai : Lorsque vous voyez un homme atteint tous les sept, huit, dix ans, d'un érysipèle ou bien d'une série de furoncles, est-ce que la pensée vous vient d'attribuer ces maladies à une diathèse persistante, soit érysipélateuse, soit furonculeuse? Sans doute, cet individu a conservé une certaine aptitude à contracter de nouveau la même maladie, mais, dira-t-on pour cela qu'il n'avait pas été guéri la première fois?

Enfin, je reconnais que, sur la question du diagnostic et sur celle de la curabilité, il reste encore quelques doutes dans nos esprits : cependant je ne puis non plus m'empêcher de reconnaître que la question a notablement avancé depuis le commencement de cette discussion. Je suis surtout frappé de ce fait que les distinctions établies sur les caractères microscopiques s'accordent très-bien avec les distinctions établies par la clinique. Et cela me suffit pour dire qu'un véritable progrès a été réalisé, et qu'il devient de plus en plus nécessaire à présent de s'entendre et de marcher de concert dans une voie qui mène évidemment à la lumière. Au lieu de se séparer et de se refuser une aide réciproque, micrographes et cliniciens, anatomistes et praticiens doivent réunir leurs efforts, persévérer de concert dans une voie nouvelle ouverte à l'observation, et ne chercher qu'à s'éclairer mutuellement du fruit de leurs observations.

Tel est, je crois, l'unique moyen de parvenir à dissiper les ténèbres qui obscurcissent encore une grande partie de la question, et à jeter d'utiles lumières sur un sujet qui mérite bien, par son importance, tous les efforts réunis des travailleurs.

La parole est à M. Bouillaud. M. Bouillaud étant absent, son tour est pris par M. Delafond.

M. Delafond. — Je viens prendre la parole dans la discussion importante qui occupe l'Académie, dans le but de dire ce que j'ai moi-même observé à ce sujet dans la pathologie comparée des animaux dont je fais depuis longues années le principal objet de mes études. Je me propose d'envisager, non-seulement le cancer à un point de vue général, mais de parler aussi en particulier des diverses espèces de cancer qui se trouvent chez les animaux domestiques.

Je me propose d'entrer dans la question en pathologiste d'abord, parce que tel est l'objet de mes études et de mon enseignement, puis en chirurgien, parce que l'exercice de l'art vétérinaire est une véritable chirurgie, et enfin en micrographe, car il n'y a pas moins de quinze années que je m'occupe de micrographie. Je ne suis pas un micrographe complet, mais enfin je ne suis jamais resté étranger aux travaux de la micrographie, et, depuis quinze ans, j'ai continué à manier le microscope dans le but d'éclaircir plusieurs questions relatives à la pathologie. J'ai eu pour maître M. Gruby, dont j'ai suivi les leçons particulières pendant trois ans. Puis, j'ai continué ensuite moi-même ces études pendant plusieurs années, et comme la pathologie des animaux offre des ressources inépuisables pour ce genre de recherches, l'Académie pourra m'en croire lorsque je lui dirai que jamais je n'ai cessé de m'occuper de toutes les questions de pathologie afférentes au microscope.

L'Académie a entendu déjà à cette tribune un vétérinaire très-honorable, M. Leblanc, dont je ne partage pas pour mon compte toutes les opinions. M. Leblanc vous a dit que les animaux sont aussi bien que l'homme exposés à la maladie cancéreuse : c'est vrai ; mais je ne partage pas son opinion quand il ajoute que les animaux herbivores y sont beaucoup moins sujets que les carnivores. Il y a quelque chose de vrai peut-être dans cette proposition, mais elle me paraît trop large, et je crois que M. Leblanc n'eût pas été aussi explicite à cet endroit s'il avait eu, dans sa clientèle, plus d'occasions de voir toutes sortes d'animaux herbivores.

Parmi les animaux herbivores, le cheval est assez souvent atteint de cancer. Cependant, le cancer de la mamelle est fort rare chez la jument. La jument est souvent affectée de tumeurs de la mamelle ; mais ces tumeurs reconnaissent généralement pour origine une inflammation chronique des vaisseaux galactophores. Le cheval, au contraire, est assez souvent atteint de cancer du testicule ; et, dans ce cas, c'est ordinairement à de l'encéphaloïde qu'on a affaire, comme j'ai pu maintes fois le constater à Alfort. De plus, on trouve assez souvent de la matière cancéreuse dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans les ganglions lymphatiques.

Dans l'espèce bovine, le cancer est une maladie fort ordinaire ; et je doute précisément que M. Leblanc ait assez vu de ces animaux dans sa clientèle de Paris pour s'en faire une juste idée. Je me rappelle avoir vu, par exemple, à Alfort, un poumon de vache pesant 40 kilog. et presque entièrement rempli de matière cancéreuse. Ce même tissu se retrouvait encore dans le foie, dans la rate et dans d'autres organes. La nature de ces tumeurs a été constatée au microscope. La vache présente, parmi les tumeurs de la mamelle dont elle peut être affectée, des inflammations chroniques et aussi des dépôts cancéreux. Mais ce qui est bien plus fréquent chez elle, c'est le cancer de la mâchoire. La maladie cancéreuse envahit alors l'os maxillaire lui-même, remplit et dilate ses cellules, et finit par donner à l'os une structure celluleuse extrêmement remarquable.

Dans l'espèce ovine, on trouve souvent aussi le cancer, mais alors c'est presque toujours dans les viscères qu'il existe.

Dans l'espèce porcine, le cancer de la mamelle est le plus fréquent, et ce cancer se présente avec une tendance extrêmement prononcée à la repullulation. Il est bien rare, quand on l'opère, qu'il ne se reproduise pas non-seulement sur place, mais aussi dans les viscères.

Parmi les animaux carnivores, je reconnais, avec M. Leblanc, que le cancer est loin d'être rare. Dans l'espèce canine, par exemple, il atteint souvent, soit la mamelle chez la femelle, soit le testicule chez le mâle.

Chez les oiseaux de basse-cour il existe également, car je me rappelle en avoir constaté la présence dans deux crêtes de coq et dans une langue de perroquet.

Pour en revenir aux solipèdes, l'âne et le mulet y sont bien plus sujets que le cheval ; et c'est certainement pour avoir peu vu d'ânes et de mulets dans sa pratique particulière, que M. Leblanc a pu formuler sa proposition générale en faveur des animaux herbivores. Le mulet présente fréquemment, autour de ses organes génitaux, des tumeurs, arrondies, bosselées et qui sont de nature fibro-plastique, ce qui ne les empêche pas d'avoir une extrême tendance à la repullulation. L'âne présente souvent aussi à la peau et notamment à la face interne des cuisses des tumeurs de nature cancéreuse : de même on en trouve bien souvent encore chez lui au sein des organes viscéraux. Je dois dire encore que ces tumeurs, examinées avec soin, ont presque toujours été reconnues pour être formées de tissu fibro-plastique, et qu'elles se distinguent par une très-grande propension à la récidive.

Ainsi donc, herbivores et carnivores, tous sont exposés au cancer, et je ne me sens pas autorisé à défendre la proposition de M. Leblanc, qui accorde, sous ce rapport, une plus grande prédisposition aux animaux carnivores. J'insiste sur ce point, parce que M. Leblanc infère de cette proposition que le régime carnivore favorise le développement du cancer. Je ne crois pas que cette opinion soit soutenable ; car rien ne démontre que le régime végétal soit fait pour éviter le moins du monde le développement du cancer, ni le régime animal pour le favoriser.

Voilà pour la pathologie comparée du cancer : j'ai maintenant le dessein de dire un mot de son anatomie microscopique.

J'ai vu des tumeurs cancéreuses chez les animaux domestiques et même chez l'homme : or, il résulte de mes observations, qui du reste coïncident avec celles de M. Velpeau, que certaines tumeurs, tout en présentant les caractères anatomiques des tumeurs fibro-plastiques, n'en sont pas moins susceptibles de récidiver. Par exemple, j'ai dit que ces tumeurs sont fréquentes chez les mulets au voisinage des parties génitales. Eh bien ! il m'est très-fréquemment arrivé d'enlever de ces tumeurs chez les mulets, et, le plus souvent, je les ai vues se reproduire après l'opération. Je me rappelle avoir opéré, à Alfort, un âne qui portait une tumeur de même nature à la face interne de la cuisse : il ne tarda pas à s'en reproduire une plus considérable sur place. Je l'enlevai de nouveau, et, cette fois, je ne ménageai pas les tissus voisins, de peur de laisser des portions de tissus morbides dans la plaie. Cependant, la récidive eut encore lieu, et je pratiquai une troisième opération, que je fis suivre d'une cautérisation profonde. L'animal demeura guéri à la suite de cette troisième opération, et pendant deux ans encore je pus le suivre et m'assurer que la maladie ne s'était pas reproduite.

Bien que j'eusse reconnu et fait constater par des micrographes que toutes ces tumeurs sont composées de tissu fibro-plastique, je n'ai jamais

pu croire à leur bénignité : et toutes les fois que j'en ai vu à Alfort, je disais à M. Bouley et à M. Reynol, qui est chef de service à l'École : Ces tumeurs-là sont cancéreuses, elles repulluleront. Ces messieurs restaient dans le doute, ils étaient convaincus des doctrines de M. Lebert. Cependant, bien des fois ils ont porté de ces tumeurs à M. Robin, qui les a reconnues pour être formées de tissu fibro-plastique, et tôt ou tard ils ont bien été forcés de voir qu'elles repullulent et que cela est bien loin d'être rare.

J'ai moi-même examiné ces tumeurs bien souvent au microscope, et jamais je n'ai pu y découvrir la cellule cancéreuse : toujours j'y ai trouvé cette cellule allongée, pourvue d'un ou de plusieurs nucléoles, et qui finit par dégénérer en une véritable fibrille; en un mot, j'y ai constamment trouvé l'élément fibro-plastique, et cependant, elles récidivaient absolument comme le cancer caractérisé par la cellule dite cancéreuse la plus évidente.

On trouve précisément aussi chez les animaux, comme je l'ai déjà dit, des tumeurs encéphaloïdes présentant de magnifiques cellules cancéreuses à tous les degrés de leur développement. Ces tumeurs, assez fréquentes chez le chat, par exemple, présentent dans leur texture une grande abondance de graisse et fort peu de tissu fibreux. Dans ce cas, on trouve la cellule avec de grandes dimensions, ovale, pourvue de malléoles, etc.; en un mot, c'est la véritable cellule spécifique : celle qui caractérise tout spécialement le cancer.

J'arrive donc maintenant aux détails micrographiques sur lesquels roule principalement cette discussion ; c'est pourquoi je demande à l'Académie de vouloir bien me prêter un instant d'attention.

La cellule dite cancéreuse est-elle véritablement capable de caractériser le cancer? Eh bien ! je dis qu'il suffit d'examiner attentivement, et de suivre dans les diverses phases de son développement cette cellule, pour se croire en droit d'affirmer nettement que non. Je n'admets nullement que cette cellule suffise au diagnostic. Je vais plus loin, et en cela je suis d'accord avec M. Mandl et avec un grand nombre de pathologistes allemands, je crois que la cellule dite cancéreuse appartient à l'organisme comme toutes les autres cellules qui se produisent dans le développement de tous les êtres organisés. Je veux bien que cette cellule n'apparaisse que dans certaines conditions ; mais elle rentre, par tous ses caractères, dans le nombre de toutes les cellules qui se forment dans l'organisme, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, de sorte que je la crois tout à fait impuissante à fournir un caractère suffisant à la détermination d'une maladie.

Je suis obligé, à cette occasion, de soumettre à l'Académie quelques remarques sur les caractères qui sont propres à cette cellule, et sur les différences qu'elle peut revêtir à ses différents âges et suivant les diverses phases de son développement. J'ai fait représenter à cet effet plusieurs de ces cellules, dans des dessins que je veux montrer à l'Académie, pour qu'elle puisse juger par elle-même de ce qu'il peut y avoir de caractéristique dans la cellule dite cancéreuse.

Voici d'abord la petite cellule naissante : elle est parfaitement régulière et arrondie, et elle conservera cette forme tant qu'elle ne sera pas gênée dans son ampliation par quelque tissu voisin qui la comprime et la force à se déformer. A son centre, elle contient un noyau, et ce noyau lui-même renferme un ou plusieurs nucléoles ; mais les dimensions de cette cellule sont loin d'être invariables. L'Académie peut juger, par ces dessins, des différences énormes qu'elles peuvent présenter sous ce rapport, suivant la différence de leurs âges.

Si nous suivons cette même cellule, alors que son développement est gêné par les tissus voisins, nous la voyons s'allonger, devenir ovoïde et imprimer à son noyau central les mêmes changements. Ces dessins représentent ces transformations se prononçant toujours davantage ; et voici des cas où les cellules ayant été comprimées par des parties plus résistantes, telles que des productions fibreuses et même calcaires, ont fini par prendre des formes toutes nouvelles, et dans lesquelles il ne reste plus que les nucléoles pour les rapprocher de la cellule originelle. Voici des cellules de plus en plus avancées en âge, appartenant à des cancers également anciens, et chez lesquelles on peut retrouver toutes sortes de formes capricieuses et sans caractère.

Quelquefois, la cellule, cédant à une compression quelconque, se déprime, ses parois s'amincissent, son noyau s'aplatit, et elle se trouve alors réduite à une simple lamelle.

Ou bien un phénomène singulier que j'ai moi-même constaté, mais qui avait été signalé aussi par M. Lebert, peut se produire : on trouve une cellule développée dans une autre cellule, comme si celle-ci avait donné naissance à l'autre dans son intérieur ; c'est ce que M. Lebert désigne sous le nom de *cellules mères*. Ce phénomène se rencontre principalement dans l'encéphaloïde. Les dessins que j'en présente à l'Académie ont été recueillis par moi sur des tumeurs encéphaloïdes ; mais j'ajoute que M. Lebert en a représenté de tout à fait semblables dans son ouvrage sur les maladies cancéreuses.

Dans d'autres cas, on trouve plusieurs cellules emboîtées les unes dans les autres ; et des exemples de ce fait ont été représentés par M. Lebert Cela d'ailleurs est assez rare.

Il n'est pas du tout rare, au contraire, de voir, par l'effet d'un travail d'endosmose et d'exosmose opéré au travers des parois des cellules, des molécules graisseuses pénétrer en plus ou moins grande abondance dans l'intérieur même de ces cellules. Ces cellules, que M. Lassaigne a bien voulu analyser, à ma demande, ont été reconnues pour être composées de cholestérine et d'autres substances grasses.

Ce n'est pas tout : les cellules cancéreuses peuvent puiser, dans des tissus voisins, des éléments dont elles se pénètrent, et qui changent entièrement leur aspect ordinaire. Il n'est pas rare, par exemple, chez le cheval, dont l'enveloppe cutanée donne lieu à un développement abondant de matière pigmentaire, de voir ce pigment pénétrer dans l'intérieur même des cellules qui entrent dans la composition du cancer, de manière à en faire des cancers mélaniques. Voici des dessins représentant ces cellules remplies de matière pigmentaire. *(La suite au prochain numéro.)*

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur,

Dans le discours prononcé par M. Bérard, inspecteur général de l'instruction publique, le 15 novembre à la Faculté de médecine et reproduit dans votre journal, on trouve un passage que les amis et les élèves de M. de Blainville ne doivent pas laisser sans réponse (à la page 1104, deuxième colonne, n° du 21 novembre). En parlant de la formation de la nouvelle galerie d'anatomie à la Faculté, M. Bérard dit : « Le professeur d'anatomie comparée y avait mis moins de bonne volonté; il s'était refusé d'abord à tout échange de pièces. Plus tard, il avait envoyé quelques échantillons de rebut, parmi lesquels figurait un kanguroo portant un sternum de chien. L'honorable professeur avait pensé sans doute, que cela passerait inaperçu à la Faculté de médecine de Paris. Ce trait eût pu prendre place dans la piquante et spirituelle notice de M. Flourens sur son collègue du Jardin du Roi. »

Je ne conteste pas que l'administration du Muséum n'ait envoyé, à la Faculté de médecine, l'échantillon anatomique dont parle M. l'inspecteur général, mais je conteste que M. Bérard *soit le moins du monde fondé* à imputer ce fait à M. de Blainville ; mieux que personne, M. l'inspecteur général était en mesure de connaître l'origine de ce qu'il croit être une mauvaise plaisanterie envers la Faculté, et on est en droit de s'étonner qu'avec le sentiment des convenances, qui est propre au caractère de M. l'inspecteur général, il n'ait pas senti que ce trait était indigne des habitudes sévères du savant du Muséum. Sans doute, si M. Bérard avait connu de près M. Blainville, il en aurait parlé en d'autres termes devant un auditoire auprès duquel il s'efforce de faire connaître et honorer les gloires scientifiques du pays.

GIRALDÈS.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Oreilles en caoutchouc.* — Voici sans doute une application chirurgicale du caoutchouc vulcanisé à laquelle n'avait pas songé notre ingénieux confrère M. Gariel. C'est notre spirituel confrère M. Victor Meunier qui nous la fait connaître, d'après M. Borie.

Un assez bon connaisseur achète, au marché un cheval bien conformé, fringant et exempt de tares. Fier de son acquisition, il va trouver un marchand de ses amis, et veut lui faire admirer son habileté. Combien as-tu payé ce cheval? lui demande celui-ci. — 100 écus, répond l'autre. Le marchand tourne autour de la bête, lui tâte les flancs, le garrot, examine les jambes. — Ce cheval vaut plus de 60 pistoles, lui dit-il; il y a quelque chose là-dessous. Puis il tourne de nouveau autour de l'animal.

On était en été, et, pour garantir le cheval des piqûres des mouches, on l'avait coiffé d'un de ces bonnets à oreilles que l'on réserve habituellement aux chevaux de prix. — Otez-moi ce bonnet, dit le marchand à un palefrenier.

On enlève le bonnet ; le cheval n'avait qu'une oreille, l'autre était en caoutchouc. L'acheteur se récria, voulut rendre le cheval ; on alla devant le commissaire, qui ne put faire annuler le marché. La loi sur les vices rédhibitoires n'a pas prévu les oreilles en caoutchouc.

Cette application nouvelle du suc du *siphonia elastica* est racontée par M. Borie.

— Le défaut d'espace nous oblige encore à renvoyer au prochain numéro la lettre de notre savant confrère M. Boudin.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 141. 2e année. Mardi 28 Novembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 27 Novembre 1854.

Effets de la foudre.

Voici la lettre de notre savant confrère, M. Boudin, que nous avons annoncée, et que nos lecteurs liront sans doute avec beaucoup de plaisir.

20 novembre.

Mon cher rédacteur,

1° — Vous avez publié, incomplet et tronqué, un Mémoire lu par moi à l'Institut, et vous avez représenté ce fragment comme *extrait par l'auteur*.

Comme je n'ai fait aucun extrait, je suis un peu surpris du rôle que vous voulez bien me prêter.

2° — Presque tous les journaux politiques ont reproduit et discuté mes opinions ; c'est un droit qui vous appartient, comme à tout le monde, y compris celui de les apprécier à votre façon.

3° — Quant au *placement de mon cœur,* que vous seul avez jugé convenable d'examiner, je trouve par trop plaisant les insinuations contre lesquelles vous avez la générosité de vous inscrire.

4° — Vous parlez d'*encouragements que je chercherais dans un côté de l'Académie?*

Sans doute, c'est pour avoir qualifié *d'œuvre admirable et d'une immense érudition* la célèbre notice d'Arago sur le tonnerre?

Ou bien serait-ce pour avoir donné l'épithète d'*illustre* au glorieux secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences?

Mais, pourquoi n'aurais-je pas le droit de donner à un *mort* cette épithète, que vous vous permettez de donner aux vivants, tels que l'*illustre M. Thénard*, dont vous parlez à la page 1081 du *Moniteur des Hôpitaux?*

5° — Mais laissons là le *placement de mon cœur*, qui, grâce à Dieu, n'est nulle part en question, si ce n'est dans les colonnes de votre journal.

6° — Arago avait examiné 29 coups de foudre *en mer*. J'en examine, moi, 103 *sur terre et en France*

Tous les organes de la presse ont vu dans mes recherches un *complément* de celles d'Arago.

Vous, mon cher rédacteur, vous y voyez une *opposition*.

7° — Les 29 observations d'Arago vous suffisent ; mais 103 observations sur terre vous semblent insuffisantes de ma part!

Vous ajoutez : D'ailleurs, les observations de M. Boudin ne seraient applicables qu'aux orages de terre, et encore qu'aux orages de la France.

Mais, très-savant rédacteur, M. Boudin n'a jamais eu l'intention de les appliquer à l'océan Pacifique ni à la Chine, et, qui plus est, il le dit.

8° — Vous vous arrêtez, avec une rare complaisance, à quelques erreurs typographiques, et vous appelez cela *de la critique!*

9° — Vous répétez en chœur, avec Arago : Qu'il y a moins de danger à être foudroyé qu'à périr par la chute d'un ouvrier couvreur, etc., etc.

Vous n'exigez pas, je suppose, que, dans une discussion statistique, on vous croie sur parole?

Pourrais-je vous demander, très-savant statisticien, comment vous vous êtes assuré que, pendant la période que j'ai examinée, 1,308 personnes ont été assommées par des ouvriers couvreurs?

Un tel chiffre d'assommés dénoterait, dans le tir de ces honorables paroissiens, un progrès que je serais heureux de vous mettre en mesure de signaler.

10° — Mais, des affaires de service m'appellent et m'obligent à terminer là ma critique de ce que vous appelez votre critique, et dont je vous fais mon compliment bien sincère.

BOUDIN, *médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule.*

Mon cher auteur,

Un homme qui manie les chiffres avec votre habileté doit les aimer ; c'est pourquoi j'en ai placé un en tête de chacun de vos arguments ; j'ai pensé que ce classement aurait le double avantage de donner plus de clarté, et, ce que vous n'apprécierez pas moins, plus de brièveté à ma réponse.

1° — Permettez-moi de vous faire observer d'abord que vous vous y prenez un peu tard pour me reprocher d'avoir publié votre Mémoire incomplet et tronqué ; l'*extrait* que j'en ai publié (connaissez-vous quelqu'un qui pense qu'un *extrait* puisse être *complet?*), a paru le 29 octobre dans les *Comptes rendus* de l'Académie ; il a paru quelques jours plus tard dans beaucoup de journaux, et ce n'est qu'après le 16 *novembre,* jour de sa publication par le *Moniteur,* que vous songez à réclamer! Accordez-moi que l'étude la plus consciencieuse de la statistique ne saurait nous mettre en garde contre des retours aussi imprévus. — D'après votre protestation, je vois bien que l'extrait n'a pas été fait par l'auteur ; mais pouvais-je m'en douter? Vous allez en être juge : — ceux qui lisent avec quelque assiduité et avec quelque attention les *Comptes rendus* savent que tous les extraits faits par les auteurs sont imprimés entre guillemets, et c'est précisément le cas du vôtre. Si donc je me suis trompé sur le véritable auteur de cet extrait, je me suis trompé avec tous les lecteurs au courant des usages académiques ; c'est une affaire à régler entre vous et l'honorable M. Roulin. Jusqu'à ce que vous vous soyez entendu avec lui, je dois continuer à croire que l'extrait dont vous vous plaignez, d'une manière générale, mais auquel vous ne faites absolument aucune rectifica-

tion, est incomplet, sans doute, mais parfaitement fidèle. — J'ajouterai, dans tous les cas, que vous avez d'autant plus mauvaise grâce à vous plaindre de ce que le *Moniteur* ait publié cet extrait *incomplet,* que je vous ai proposé, à plusieurs reprises, de publier votre Mémoire en entier.

2° — Je vous suis fort reconnaissant, par le temps d'intolérance qui court, de ce que vous voulez bien m'octroyer « le « *droit* de discuter vos opinions, y compris *celui* de les appré- « cier *à ma façon,* » deux sortes de droits qui pourraient bien, par parenthèse, n'en faire qu'un, comme les deux Rosines du *Barbier de Séville.* Je m'imagine, toutefois, que vous auriez préféré de me les voir apprécier (vos opinions) *à la vôtre* (façon); moi-même, je ne vous le cèlerai point, je me serais trouvé très-honoré, comme en d'autres circonstances, de me rencontrer avec vous; mais vous savez ce que c'est que l'amour-propre d'écrivain: la crainte de ne pouvoir dire les mêmes choses que vous avec le même bonheur, y compris le désir de dire des choses justes, m'a obligé de préférer ma façon à la vôtre. C'est un tort, sans doute, mais un tort dont je me consolerai, puisque vous me le pardonnez.

3° — Jusqu'à ce que j'aie consulté le *Dictionnaire de l'Académie,* ce que j'avoue humblement n'avoir jamais fait encore, je croirai qu'*affirmer* que votre cœur est bien placé n'est pas *mettre en question* « *son placement;* » or, j'ai affirmé sans prétendre aucunement faire en cela preuve de générosité.

4° — Je sais bien, mon cher statisticien, que vous avez appelé Arago *illustre,* que vous avez qualifié son œuvre d'*admirable,* et je n'ai eu garde de dire le contraire. Cela prouve-t-il que vous n'ayez cherché à démolir ses opinions? vous ne le pensez pas; cela prouve-t-il que vous ayez pris la peine de le comprendre? pas davantage; or, c'est sur ces deux points qu'ont porté mes remarques, et nullement sur vos épithètes. — Quant à celle que j'ai donnée à M. Thénard (et vous auriez pu ajouter, avec au moins autant de raison, à M. Biot), je ne suppose pas que vous soyez disposé à l'attaquer, ce qui me dispense de la défendre.

5° — Je vous renvoie à ma réponse n° 3 et au *Dictionnaire de l'Académie,* la politesse me faisant un devoir de croire, jusqu'à preuve du contraire, qu'il n'est pas plus mauvais que les autres.

6° — Vous vous abusez, mon cher statisticien, quand vous supposez que tous les organes de la presse (voyez plutôt l'article de la *Presse*) ont vu dans vos recherches un *complément* (elles pourraient tout au plus être une *addition*) à celles d'Arago; tous ceux qui ont voulu regarder y ont vu ce qu'il est impossible qu'on n'y voie pas, au moins dans le paragraphe que vous mettez en question, une intention d'opposition.

7° — Vous ne vous trompez pas moins quand vous m'accusez d'avoir considéré les observations d'Arago comme suffisantes: je n'ai nulle part exprimé une telle opinion; je les considère seulement comme établissant une certaine probabilité; mais en cela elles diffèrent beaucoup des vôtres, qui n'en établissent aucune, ainsi que vous vous en seriez facilement aperçu si vous aviez eu le temps de mettre un peu plus de raisonnement à côté de vos chiffres.

Arago avait dit:

Il y a eu, en hiver, *tant d'orages* et *tant de victimes; tant d'orages* et *tant de victimes,* en été; donc les *orages* de la saison froide semblent plus dangereux que *ceux* de la saison chaude.

Vous, vous dites.

Il y a eu *tant de victimes* par la foudre *en hiver; tant de victimes* par la foudre *en été;* donc les *orages* d'été sont plus dangereux que *ceux* d'hiver.

Vous sentez bien la différence, n'est-ce pas? Arago, conformément aux principes de la division, pose des orages au dividende et obtient des orages au quotient; vous, vous posez, vous divisez des saisons, et vous obtenez au quotient des orages.

J'ai donc raison de conclure, non pas que les observations d'Arago sont suffisantes et les vôtres insuffisantes, je m'en suis bien gardé, mais que celles d'Arago sont *insuffisantes* et les vôtres *nulles,* ce qui n'est pas la même chose.

8° — Je ne me suis point appesanti « *avec une complaisance rare,* » ni même avec une complaisance quelconque, sur des erreurs typographiques: je les ai, au contraire, prévues et signalées quand rien ne m'y obligeait; je regrette qu'en échange de cette prévenance vous ne m'ayez pas fait savoir comment il fallait les corriger.

9° — Votre neuvième argument, mon cher statisticien, me prouve que vous êtes moins fort sur la musique que sur l'art de colliger et d'aligner des chiffres: si vous aviez consulté Jean-Jacques, ou même tout simplement M. Dupré, il vous aurait appris qu'avec la meilleure volonté du monde, on ne peut chanter un chœur à deux. Tout ce que j'aurais pu répéter avec Arago, c'est un simple duo; mais je crois inutile d'insister sur ce point, bien convaincu que ce qui vous a préoccupé, c'est moins de définir techniquement ce que j'ai chanté que de savoir si j'ai chanté juste. Veuillez donc tendre vos oreilles, si, comme je n'en doute pas, elles sont sensibles à l'harmonie de la logique, et vous allez être édifié à cet égard.

Votre intention, n'est-il pas vrai, a été de prouver qu'Arago avait eu tort de vouloir rassurer les enfants, les bonnes femmes et les femmes à nerfs, en leur disant:

1° Que la chance d'être foudroyé était *faible* (c'est l'expression d'Arago);

2° Que cette chance n'était pas plus grande, *pour chaque habitant de Paris,* que celle de périr par la chute d'un ouvrier couvreur, d'une cheminée ou d'un vase à fleurs.

Sur le premier point, j'aime à croire que mon petit calcul vous a édifié complétement, et je ne puis supposer que vous poussiez l'amour des innovations dans le *Vocabulaire,* jusqu'à considérer comme *forte* la chance de 1 sur 514,000.

Mais sur le second point! Ah! là vous triomphez! — Trouvez-moi, vous écriez-vous victorieusement, 1,308 personnes assommées, en dix-huit années, par des ouvriers couvreurs, etc.! et, dans l'entraînement de la victoire, votre imagination s'échauffe jusqu'à donner le nom de *tir* à la chute des pauvres diables qui se brisent la colonne vertébrale, en tombant du haut des échafaudages sur la tête des passants, figure qui me paraît un peu risquée, même pour un rhétoricien revêtu de l'habit militaire; veuillez cependant mettre quelque modération dans la jouissance de votre triomphe, car, alors même que je ne pourrais pas vous fournir ce fameux chiffre de 1,308 assommés, votre succès ne serait peut-être pas aussi formidable qu'il a pu vous le paraître au premier abord; il n'en resterait pas moins démontré, en effet, qu'une chance de 1 sur 514,000 est non-seulement une chance *faible,* suivant l'expression d'Arago, mais encore une chance très-faible, si faible même, qu'on n'en conçoit guère de plus faible, et qu'entre les infiniment petits les différences sont négligeables, sans inconvénient aucun, pour les applications pratiques; c'est pour cette raison sans doute qu'Arago, non moins familiarisé que vous avec les mathématiques appliquées, a cru pouvoir se dispenser de vérifier s'il y avait eu réellement 1,308 ou seulement 1,307 assommés dans Paris, pendant une période de dix-huit ans. Je comprends néanmoins tout ce qu'a d'éblouissant ce gigantesque chiffre de 1,308, et je m'explique très-bien que votre vue en ait été étourdie au point de n'en pouvoir contempler tous les détails; tâchez donc de revenir un peu de votre surprise, et entrons ensemble dans quelques distinctions.

Vous avez recruté vos 1,308 foudroyés dans toute la France, et vous n'avez pas oublié qu'Arago avait parlé du danger que courait chaque habitant de Paris; ce ne serait donc pas 1,308 assommés qu'Arago aurait à vous fournir, s'il vivait, et que je devrais vous fournir à sa place, mais seulement 1,308 divisé par 36, car vous n'ignorez pas que la population de Paris est sensiblement le 36e de celle de la France; or, 1,308 divisé par 36, = sensiblement 36; et 36 divisé par 18 (nombre d'années dont se compose votre période) = 2; il s'agit donc, en résumé, de savoir si la chute des vases à fleurs, celle des cheminées, ou le *tir* de ces farceurs d'*honorables paroissiens,* qui s'amusent à

se laisser choir pour se briser les os, font annuellement DEUX victimes dans les rues de Paris.

C'est là, mon extrêmement savant statisticien, une recherche qui vous appartient trop par droit de conquête, pour que je ne me fasse pas un scrupule de vous laisser le bonheur que vous avez voulu me procurer en m'invitant à la faire (1).

Je crois, mon cher et mathématique auteur, avoir répondu à tous vos arguments, incontestablement à tous vos désirs; mais comme *mes affaires de service* me laissent un peu de loisir, permettez-moi d'en profiter pour vous exprimer le regret que les vôtres soient venues vous interrompre si mal à propos; je ne doute pas, que sans ces pressantes et malencontreuses affaires, vous ne nous eussiez démontré aussi péremptoirement que vous avez démontré les erreurs d'Arago et les miennes, comme quoi 500 foudroyés auraient échappé a la mort, en évitant de se placer sous des arbres; comme quoi M. Abbadie a bien compté des 2,000 moutons d'Éthiopie; comme quoi les femmes attirent moins la foudre que les hommes, tandis que les animaux l'attirent davantage, etc., etc., toutes démonstrations que les mêmes affaires de service vous ont probablement empêché de donner dans votre Mémoire, ou du moins dans l'extrait (*incomplet*, il est vrai) qui en a été publié. Je désire vivement que lesdites affaires vous absorbent moins à l'avenir, et qu'elles vous laissent le temps de mettre toujours vos inductions au niveau de votre zèle scientifique et de votre talent très-réel d'investigation, auxquels je suis heureux de rendre, en terminant, un sincère et public hommage.

H. DE CASTELNAU.

(1) Si cependant votre générosité tient absolument à me réserver ce bonheur, je ne résisterai pas davantage, et je m'efforcerai de vous satisfaire.

Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

Du pus considéré dans son action générale ou locale.

Messieurs, la clinique est, je dirai presque, une science à part; c'est la médecine au lit du malade, c'est l'image exacte de ce que vous êtes appelés à faire un jour : vous verrez les malades, vous les étudierez, et vous tirerez de cette étude le plus de profit que vous pourrez pour vous et pour ceux qui viendront après vous. Il y aurait bien des choses à vous dire, messieurs, sur le but que l'on s'est proposé en instituant des chaires de cliniques, sur les devoirs du professeur et sur ceux des élèves, mais c'est un sujet que je n'aborderai pas aujourd'hui, j'aime mieux traiter une question qui touche de plus près à vos études.

Vous avez dû être frappés, messieurs, du grand nombre de plaies et d'inflammations que l'on rencontre en chirurgie; ces genres de maladies donnent lieu à un phénomène particulier qui n'a pu vous échapper, je veux dire la suppuration. Eh bien, messieurs, c'est du pus, de son action sur l'économie que je veux vous parler aujourd'hui. C'est un corps en présence duquel le chirurgien se trouve journellement, et j'ai pensé qu'il pourrait être de quelque utilité pour vous de commencer nos leçons cliniques par l'étude de ce produit organique.

Il est bien difficile, messieurs, de donner une bonne définition du pus, car telle qualité qui vous frappera dans ce pus n'existera pas dans cet autre; ce produit se trouve modifié, comme nous allons le voir, par une foule de causes particulières. On a voulu donner au pus un caractère pathognomonique, et c'est le microscope qui l'a découvert; vous comprenez déjà qu'il est ici question du globule du pus. En effet, M. Mandl a décrit, dans son *Traité pratique du microscope*, des globules nageant dans un liquide incolore. Ces globules sont d'autant plus nombreux que la matière purulente est plus épaisse. Ils sont blanchâtres, translucides, granulés à leur surface. Généralement leur volume est supérieur à celui des globules du sang. Les globules du pus diffèrent des globules du sang en ce que ces derniers sont plus colorés et mieux circonscrits. L'existence d'un globule particulier au pus a été tour à tour niée et admise, et je ne crois pas la question résolue d'une manière assez positive pour considérer ce globule comme le caractère pathognomonique du pus.

Le pus est tout à la fois un produit et une cause de mal. C'est un produit, car sa présence indique une maladie quelconque qui a amené sa formation; c'est une cause, car il n'est malheureusement pas douteux que par lui-même il ne puisse donner lieu à des maladies qui parfois deviennent fort graves.

Le pus est un produit hétéromorphe; c'est un produit sans analogue dans l'économie; c'est donc un corps étranger qui, par sa présence dans l'organisme, amènera des troubles dus aux efforts que fera l'organisme pour s'en débarrasser. Ce corps étranger ne se présente pas partout avec les mêmes caractères, il y a du pus de bien des espèces. Le pus de bonne nature, louable, selon l'expression des anciens, est gras, onctueux, bien lié, c'est le type du pus.

Il diffère selon les organes ou les tissus qui le produisent. En règle générale, on peut établir : 1° que le pus prend un peu la physionomie de l'organe dans lequel il s'est développé; 2° que toutes les fois qu'il se développe dans le voisinage d'une muqueuse, il prend une odeur propre à l'organe tapissé par cette muqueuse. Vous savez, en effet, messieurs, quelle odeur ont les abcès qui se développent dans la bouche, autour des mâchoires; vous n'avez pas été sans reconnaître souvent l'odeur des matières stercorales dans les abcès qui se développent au pourtour de l'anus. Cette odeur est si marquée qu'elle a fait croire à une perforation de l'intestin et à la nécessité de l'opération de la fistule. Il me paraît prouvé que cette odeur fétide se développe par imbibition.

Le pus diffère encore selon la nature de la maladie, selon la constitution des sujets; ainsi chez les scrofuleux, chez ceux qui sont affaiblis, le pus sera séreux, mal lié. Celui qui s'établit autour des os est en général séreux, floconneux; celui qui vient d'un cancer ulcéré présente l'aspect d'un sérum rougeâtre, clair, d'une odeur particulière. Le pus de la gangrène différera encore des espèces de pus que nous venons de citer. Or, le chirurgien doit étudier toutes ces nuances, parce que le pus est un poison, et de même qu'il y a des espèces différentes de poison, de même aussi le pus présente des espèces dont la gravité diffère tellement, qu'il est très-utile de les connaître pour le pronostic.

Eh! messieurs, ne croyez pas qu'en comparant le pus au poison, ce soit là une simple métaphore de ma part. Non, messieurs, le pus est un poison réel, c'est un poison qui souvent tue les malades. Il présente divers degrés : ainsi le pus franc, bien lié, celui en un mot qui vient d'un phlegmon, ne sera pas aussi dangereux que le pus produit par un ulcère ou une tumeur cancéreuse.

Messieurs, pour bien comprendre tout ce qui concerne le pus, nous devons l'examiner dans les foyers, dans son action générale sur l'économie, et dans son action locale.

Le pus se trouve ou bien à ciel ouvert, ou bien dans des cavités closes. La première forme est sans contredit la plus commune, c'est celle que l'on rencontre dans toutes les plaies ou à la suite de toutes les opérations.

Toutes les inflammations profondes tendent à fournir du pus qui s'accumule dans des cavités closes. Ces cavités closes sont de deux sortes : ou bien elles sont le produit de la maladie, ou bien elles sont naturelles; enfin, vous pouvez ajouter une troisième espèce qui sera les cavités closes incomplètes. Or, j'appelle cavités closes incomplètes celles que l'on trouve dans les plaies larges qui, réunies par première intention, ne sont fermées que par les bords, le pus s'accumulant au-dessous. Le pus ne se comporte pas de même dans ces diverses espèces. Ainsi, il y a de grandes différences entre le pus dans les cavités closes et le pus des plaies; le premier est moins dangereux que le second.

Quand le pus est depuis quelques jours dans une cavité close, les parois présentent une surface régulière, veloutée; ce travail s'est opéré par le tassement des folioles du tissu cellulaire. Il s'est formé là une membrane qui a un peu la physionomie d'une

muqueuse, c'est elle qui a reçu le nom de *membrane pyogénique*. Elle semble formée pour opposer une barrière à l'action malfaisante du pus. En effet, une fois cette membrane bien établie, le pus est comme arrêté dans son développement, et il ne peut rentrer dans le torrent de la circulation.

Dans l'espèce que nous étudions ici, le pus est soustrait au contact de l'air, il n'est donc pas soumis à la décomposition et ne contracte pas de qualités nouvelles qui pourraient être nuisibles à l'organisme. Le pus est donc là simplement comme un corps étranger.

Dans les cavités closes naturelles, l'organisme n'a pas besoin de se créer une membrane, celle-ci est toute faite : ainsi, dans dans les articulations, c'est la synoviale. Mais ici il existe un inconvénient d'un autre genre : autour des articulations, on trouve des tissus serrés et de nature différente, ce sont des os, des cartilages des tissus fibreux ; en un mot, il y a là un mélange de tissus tel, que la réaction produite par le pus est inégalement soutenue ; bien plus, cette réaction s'opère sur des surfaces qui ont besoin d'être en contact ; de là, des accidents spéciaux qu'il faut connaître.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que le pus formé à la surface des plaies était plus dangereux. Pour le bien comprendre, rappelez-vous que le pus est un liquide organique qui, étant mis en contact avec l'air, va être soumis aux lois de la chimie et de la physique. De ce contact, il va résulter des corps nouveaux, des composés ammoniaques ou sulfureux, du sulfhydrate d'ammoniaque qui est un poison très-violent, de l'hydrogène sulfuré, carboné, etc. Vous voyez donc que ce pus, d'abord inoffensif, va devenir très-redoutable.

Je me hâte de vous dire, messieurs, que si le pus n'entraîne pas généralement autant de dangers, c'est que l'organisme tend continuellement à en neutraliser la mauvaise action et à le refouler au dehors. Or, c'est cette action de l'économie que le chirurgien doit favoriser. En effet, le danger se montre surtout quand l'organisme, pour une cause ou pour une autre, a été obligé d'oublier, pour ainsi dire, l'ennemi qui le menaçait tout d'abord. Ainsi, vous avez un malade atteint d'un abcès dont la marche est régulière et n'a rien d'inquiétant. Un viscère éloigné se prend ; aussitôt l'abcès disparaît ou change de place, c'est ce qui était appelé autrefois *métastase*. Ce phénomène est encore plus sensible pour le pus des plaies. Ainsi une plaie va bien, tout à coup le malade est pris de fièvre, sa plaie se dessèche, a mauvais aspect, ses bords sont flasques, affaissés, le pus change de nature, entre dans la circulation et vous avez plus loin une affection très-grave.

Ce qui doit étonner, c'est que ces accidents n'arrivent pas plus souvent ; en effet, vous devez facilement comprendre que le pus, accumulé dans une région, doit toujours tendre à rentrer dans l'économie ; ces foyers sont entourés de tissus pénétrables, qui vont par conséquent être facilement imbibés par le liquide. Pour combattre cette action, il doit donc y avoir une sorte de résistance de la part de l'économie ; mais on peut comprendre aussi que, pour une raison quelconque, l'économie soit un moment distraite et qu'alors le pus pénètre dans les vaisseaux.

Cette introduction du pus dans l'économie est annoncée par une perturbation plus ou moins grande. Ainsi, les individus qui suppurent depuis longtemps, ceux qui sont atteints, par exemple, d'un abcès par congestion, ceux-là doivent absorber évidemment du pus ; mais comme ce liquide n'est pas en contact avec l'air, l'économie s'en ressent peu. Si le pus vient d'une plaie, son action est autrement funeste ; avant de pénétrer dans l'économie, il a subi une espèce de réaction chimique, il a pris, avons-nous dit, des propriétés nouvelles et qui peuvent avoir une action terrible ; cet état est annoncé par des tremblements violents, de la fièvre, de l'affaiblissement, etc., et souvent les malades ne tardent pas à succomber.

Ce pus, entré dans la circulation, n'est pas assimilable, il est toujours là comme corps étranger, et, par conséquent, l'économie tend toujours à s'en débarrasser. Il réussira à le faire si les molécules purulentes sont en petite quantité et si l'organisme est puissant. Mais si ces molécules sont trop nombreuses, on les verra s'épancher dans les viscères et former ainsi un nombre plus ou moins grand de foyers purulents. Mais il arrive un fait étrange et qui a dû vous frapper, c'est la grande quantité de pus qui se trouve dans ces foyers multiples, et vous avez dû vous demander souvent d'où venait cette masse de liquide purulent. On comprendrait avec peine comment ce pus peut venir en entier de la plaie ; c'est que le pus, messieurs, comme plusieurs corps organiques, a la propriété d'engendrer du pus. Ainsi, introduisez sous l'épiderme une goutte de liquide variolique, et vous aurez une foule de pustules ; il y a là une action qui est la même pour le pus.

Il nous reste, messieurs, à étudier le pus à un dernier point de vue ; voyons quelle est son action locale.

Le plus ordinairement, le pus des plaies reste plus ou moins bien lié, et la plaie se cicatrise promptement. Mais il n'en est pas de même du pus provenant des plaies anfractueuses, du pus contenu dans des cavités closes ; il suit alors certaines lois qu'il serait facile de formuler. Généralement il suivra les lois de la pesanteur. Ainsi, supposez avoir affaire à un abcès de l'aisselle ; cet abcès, ouvert dans sa partie supérieure, présentera donc, dans sa partie inférieure, une anfractuosité dans laquelle le pus s'accumulera, et si vous ne faites pas promptement une contre-ouverture, ce liquide pourra fuser du côté de la poitrine. Le pus, développé dans le tissu cellulaire d'un membre, tendra aussi à descendre en suivant ce tissu cellulaire ; mais si, au contraire, le membre est relevé, on comprend qu'il remontera.

Le pus cède encore à des puissances d'un autre ordre, telles sont : la densité, la perméabilité, la direction des fibres de l'organe, etc. Supposez, par exemple, un abcès de l'aine ; s'il est au-dessous du ligament de Fallope, il tendra à descendre ; s'il est au-dessus, il remontera au contraire, parce qu'entre l'aponévrose abdominale et la peau, il y a une couche de tissu cellulaire d'autant plus poreuse que l'on s'élève davantage.

Le pus suit encore la direction des organes, tels que les nerfs et les vaisseaux. Ainsi, un abcès se développe dans le ventre, dans la région lombaire, il va rencontrer là des nerfs et de gros vaisseaux ; comme ces organes sont entourés d'un étui lamelleux, le pus va les suivre et sortir avec eux du bassin.

Pour les abcès développés autour des muscles, l'action est la même ; le pus suivra leur direction ; mais ici il est maintenu par les aponévroses qui entourent les muscles, il trouvera cependant le moyen de s'échapper en suivant les petits nerfs et les petits vaisseaux qui traversent ces aponévroses. C'est en suivant ces petits vaisseaux et ces petits nerfs que l'on voit des abcès de profonds devenir superficiels.

Quand le pus s'accumule dans des organes ou des tissus de densité différente, il tend à gagner les plus perméables, il s'y engage et cause là des désordres auxquels il importe de remédier promptement. Ce fait explique comment certaines plaies peuvent être réunies par première intention et comment d'autres ne le peuvent pas.

C'est en tenant compte de toutes ces considérations, messieurs, que vous arriverez à comprendre une foule de faits singuliers au premier abord, mais qui s'expliqueront facilement ; c'est ainsi que vous comprendrez pourquoi telle opération, pourquoi tel pansement plutôt que tel autre ; enfin, c'est en raisonnant sur les faits, c'est en cherchant à vous en rendre compte que vous les graverez dans votre mémoire et que vous tirerez le plus de profit de la clinique.

Alf. Elleaume.

De l'emploi des iodiques dans le traitement des affections cancéreuses,

Par M. le Dr Boinet.

Après quelques considérations dans lesquelles l'auteur exprime l'opinion que certains cancers peuvent être diagnostiqués sans le microscope, il expose ainsi le résultat de ses recherches sur l'emploi des préparations iodées dans les affections cancéreuses :

Les applications de l'iode au traitement du cancer ne sont pas nouvelles. Déjà Coindet les avait mises en usage avec succès dans les engorgements du sein. Benaben les avait également prescrites avec avantage dans un engorgement du sein, qu'il considéra comme squirrheux. Delisser, médecin de Londres, en avait également fait usage contre cette maladie. Hirsch, en 1822, Henneman, à Schwerin; Klaproth, Wagner, Nesse Hill; Ullman, à Marbourg; Magendie, Hufeland et Osann, l'ont vanté contre les maladies cancéreuses de toute espèce. Il est vrai que toutes les tentatives faites par ces auteurs sont fort incomplètes, mais elles n'en méritent pas moins d'être indiquées. Si plusieurs de ces affections ont opiniâtrément résisté à l'iode (Delisser, etc.); d'autres, après s'être considérablement améliorées, ont ensuite repris leur funeste caractère (Henneman, Nesse Hill); d'autres, dont quatre seront rapportées dans l'ouvrage que nous nous proposons de publier sous peu sur l'emploi thérapeutique des iodiques, car elles paraissent offrir les traits caractéristiques du cancer, ont été guéries (Wagner, Ullman, Hirsch; Magendie, Hufeland et Osann). Le *Bulletin de thérapeutique* en a consigné un exemple remarquable tiré de la clinique de M. Ricord (t. XXIII, p. 59).

Mon intention n'est pas cependant de vanter les iodiques outre mesure dans les affections cancéreuses, car ils n'ont pas toujours répondu aux espérances des médecins; mais les cas de non-réussite ont bien pu tenir aussi à l'administration vicieuse des préparations qui n'ont pas été administrées assez tôt, continuées pendant un temps assez long, ni sous la forme la plus convenable. Ce n'est point un spécifique que le médecin doit chercher dans l'iode, mais un médicament actif qui est doué de vertus résolutives et modificatrices puissantes, et les résultats qui ont été obtenus plusieurs fois sont assez remarquables pour engager les praticiens à essayer de nouveau une médication qui, mieux employée, pourra être avantageuse dans une affection où tout est impuissant. Pour notre compte, les essais que nous avons faits, et dont nous allons rapporter quelques exemples, nous donnent une certaine confiance en cet agent, et nous disposent en faveur de la curabilité du cancer.

1re *Observation.* — Notre première observation a été recueillie, en 1836, dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu. Une jeune femme de Vanves, près Paris, vint à la consultation pour une tumeur énorme du sein gauche. Le professeur Sanson, qui, à cette époque, était encore chirurgien de l'Hôtel-Dieu, diagnostiqua un cancer encéphaloïde, et conseilla l'amputation immédiate. La malade refusa d'entrer à l'hôpital; elle voulait être guérie par des remèdes. J'eus la pensée (j'étais alors interne du service) de profiter de cette occasion pour lui conseiller de faire sur le sein et aux environs, jusque dans l'aisselle, des frictions avec la pommade à l'hydriodate de potasse, comme j'avais lu que le docteur Gairdner l'avait fait dans un cas à peu près semblable. J'ajoutai à ces frictions l'emploi à l'intérieur de la teinture d'iode, à la dose de 20 gouttes par jour, dans du sirop antiscorbutique, et, de plus, 4 pilules de Blaud, 2 le matin et autant le soir; plus un bon régime, si faire se pouvait.

Cette femme était chétive, lymphatique, de mauvaise constitution, pâle, décolorée, et avait considérablement maigri depuis six mois; elle présentait un commencement de cachexie cancéreuse. Croyant qu'à l'aide de ce traitement elle éviterait l'opération, elle le suivit régulièrement pendant quatre mois, venant à l'Hôtel-Dieu, tous les quinze jours, m'en montrer le résultat. Dominé que j'étais par les opinions de mon maître, je considérais alors l'opération comme le seul traitement du cancer, et n'avais conseillé ce traitement, dont le résultat me paraissait plus que douteux, qu'avec une grande réserve. Cependant, sous son influence, la constitution devint meilleure; cette femme reprit des forces et de l'embonpoint, et sa santé générale s'améliora considérablement, mais la tumeur n'en éprouva aucun changement: elle resta stationnaire, et paraissait même se ramollir en plusieurs points, et menacer de s'ulcérer dans un point. Persuadé que le traitement avait été tout à fait inutile pour la guérison de la tumeur du sein, je décidai enfin cette malade à entrer à l'hôpital et à se laisser opérer, ce qui fut fait par Blandin, qui alors avait remplacé Sanson à l'Hôtel-Dieu. Après son ablation, la tumeur, qui avait des dimensions énormes, fut incisée et examinée dans tous les sens. Blandin la considéra comme un beau cas de tumeur encéphaloïde, dans une leçon clinique qu'il fit à cette occasion, — et mes notes portent qu'il en annonça la récidive prochaine.

Un mois après, cette femme quittait l'hôpital, parfaitement guérie de son opération, conservant seulement dans l'aisselle quelques ganglions engorgés qui, sous l'influence du traitement qu'elle avait suivi, avaient considérablement diminué. La présence de ces ganglions et la constitution lymphatique de la malade m'engagèrent à lui faire reprendre son traitement, qu'elle suivit encore pendant plusieurs mois; elle s'y soumit avec d'autant plus d'empressement qu'elle était persuadée que l'amélioration de sa santé et même sa guérison lui étaient dus. Depuis cette époque, cette femme est devenue enceinte, est accouchée heureusement deux fois, et a allaité ses enfants avec le seul sein qui lui restait. Elle habitait Vanves. Voulant avoir de nouveaux renseignements sur l'état de sa santé, je viens d'apprendre qu'elle est morte phthisique, il y a dix-huit mois. Pendant les dix-sept ans qu'elle a vécu après son opération, elle n'a pas eu de récidive.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital de la Charité. — M. Piorry.

Ictère syphilitique. — Atrophie celluleuse du foie.

Observation recueillie par M. F. Duriau.

Le 14 août est entrée à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 13, Marie Arbogent, âgée de 23 ans, domestique.

Cette fille n'a point eu d'enfant ni de maladies antérieures; d'une constitution forte en apparence, elle est réglée depuis l'âge de 19 ans, mais d'une manière très-peu uniforme depuis deux ans, époque de son arrivée à Paris. Elle est facilement essoufflée et fréquemment tourmentée par des palpitations. Les détails qui nous sont fournis par les parents apprennent qu'elle se livre à toute espèce d'excès.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate une coloration générale des téguments et de la sclérotique; cette teinte jaune de la peau remonte déjà à trois semaines. La malade prétend qu'au début elle n'a eu ni vomissements ni frissons, mais une grande sécheresse de la gorge avec soif intense; en même temps, quatre à cinq selles par jour. Huit jours après l'apparition de cet ictère, il lui est survenu à la peau des taches nombreuses qui revêtent assez bien l'aspect syphilitique. Cependant, la présence de l'ictère ne permet pas de distinguer aisément si cette éruption est ou non syphilitique.

Du 14 au 20, la malade a tous les jours des vomissements muqueux, elle accuse une douleur assez vive qui aurait son siége au-dessus de la région frontale; elle ne peut préciser si elle est plus forte la nuit que le jour. Point de chaleur à la peau, le pouls est faible, 60 pulsations.

Les purgatifs et les vomitifs, administrés pendant ce septénaire, ne modifient nullement l'état de la malade; la coloration de la peau persiste la même, le foie ne paraît point changer de volume.

20 *août*. Il se déclare aujourd'hui un certain état de stupeur; le regard est inquiet; constipation; vomissements bilieux; langue rouge et sèche sur la ligne médiane, visqueuse sur les côtés; pouls à 70.

La malade accuse, sans qu'on lui en parle, une douleur dans l'épaule droite avec engourdissement de la main.

Le 21, insomnie, abattement extrême; soubresauts des tendons; pouls lent; langue rouge et visqueuse; hoquet léger. Persistance de l'ictère; point de sécheresse ni de trop grande humidité de la peau. La pression de l'épigastre détermine de la douleur; sonorité à l'ombilic, matité dans la fosse iliaque droite; point d'hydropéritonite; constipation opiniâtre. La percussion occasionne de la douleur dans la région hépatique; le foie n'a pas augmenté de volume. Tous les liquides et les aliments sont rejetés par les vomissements.

L'urine ne contient pas d'albumine, elle tache le linge et, traitée par l'acide azotique, elle se colore en rouge, puis en vert.

Diminution du mouvement dans le bras droit et de la force dans le bras gauche.

La douleur que la malade éprouvait hier dans l'épaule s'irradie dans le côté droit, jusqu'au bord inférieur du foie, et dans toute l'étendue du bras droit, surtout dans la région externe; elle s'exagère par la pression et commence au cou, vers le passage du plexus cervical, sous la clavicule.

L'éruption existe sur les cuisses, les jambes, sur la face dorsale du pied; abondante sur la poitrine, à l'origine des mamelles, plus rare sur l'abdomen, elle est nulle aux aines. On voit aujourd'hui quelques taches à la face, sur la lèvre supérieure, et surtout sur le nez; il s'en trouve aussi sur les bras, et principalement à la face interne de ceux-ci. L'éruption est moins vive; sa teinte cuivrée devient plus manifeste et semble être le siége d'une desquammation furfuracée au niveau de quelques taches.

Les ganglions du cou sont engorgés sur le bord antérieur du trapèze. Il en est de même de ceux des aines.

Les accidents locaux primitifs sont trois ulcérations : l'une, située à la face interne de la petite lèvre droite, est d'un aspect lardacé ; l'autre, de même nature, est vers la racine du clitoris ; la troisième, au périnée, est ovalaire, non indurée, à fond jaunâtre et d'aspect syphilitique. Dans le vagin, on rencontre des granulations nombreuses couvertes d'un mucus verdâtre et épais. Point de chancres sur le col utérin qui est rouge et laisse suinter, par son orifice, un mucus vert presque purulent.

— Lavement avec 2 gouttes d'huile de croton ; sulfate de soude, (30 grammes) dans du bouillon aux herbes.

Le 22, décubitus dorsal. La malade ne répond pas aux questions ; elle crie seulement par intervalles. Les pupilles sont également dilatées et les yeux sans expression.

Tous les membres sont dans la résolution ; de temps en temps, soit dyspnée, soit nausées, la malade veut se lever, puis retombe dans le coma. Hypéresthésie générale.

Le purgatif a provoqué deux selles peu abondantes, en dévoiement ; des vomissements ont suivi l'ingestion du bouillon aux herbes. Légère hémorrhagie nasale ; peau chaude : 80 à 90 pulsations. L'éruption a pâli considérablement. Région épigastrique douloureuse à la pression ; ventre ballonné, à peine tendu et non douloureux ; la sonorité intestinale s'étend en haut, à 0,03 centimètres au-dessous du rebord costal, et le foie a diminué de volume.

La poitrine ne présente rien d'anormal ; bruit de souffle au premier temps, à la base, et très-manifeste.

Le cathétérisme fait sortir à peine 10 grammes d'urine présentant les mêmes caractères.

Lavement d'huile de croton, deux gouttes ; deux pilules de protoiodure de mercure.

Le 22 au soir, même état que le matin ; résolution complète ; mouvements continuels pour vomir, mais sans être suivis de vomissements. La malade bave sans cesse et porte automatiquement la main à la bouche pour se soulager. Crachotement incessant accompagné de cris sourds et inarticulés.

Les taches à la peau ont pris une coloration rouge brun qui disparaît par la pression et ne laisse qu'une teinte cuivrée.

Le 23, la bouche renferme quelques caillots sanglants qui semblent venir du nez. Le délire continue ; les cris sont plus rares.

Coma, pandiculations, pupilles dilatées, à peine contractiles ; mouvements convulsifs mais passagers dans les bras, les jambes, et consistant en une simple extension.

La peau est fraîche ; le pouls faible et fréquent, 90 puls. La sensibilité semble émoussée.

Il ne reste plus que quelques taches violacées et cuivrées ; la face est le siége d'une desquammation furfuracée.

Les garde-robes, grises antérieurement, sont jaunes aujourd'hui et ne renferment pas de sang ; urines involontaires.

Sonoréité de tout l'abdomen, excepté dans la fosse iliaque gauche. Matité dans la région splénique, la rate est augmentée de volume.

Respiration assez tranquille, parfois suspirieuse ; à peine y a-t-il quelques ronchus en arrière et à gauche.

Le 23 au soir, râle laryngo-trachéal ; la peau est plus chaude qu'au matin ; pouls faible, 110 pulsations. Le coma continue.

La malade meurt dans la nuit.

Autopsie, 30 heures après la mort. — Point de rigidité, lividités cadavériques nombreuses sur le tronc et les membres, même sur les plans supérieurs.

L'abdomen renferme plus d'un litre de liquide jaune safrané, tenant en suspension des filaments albumino-fibreux. Quelques-uns de ces filaments restent adhérents aux anses intestinales.

Le péritoine ne présente pas de traces d'injection phlegmasique. A la surface du grand épiploon, il y a quelques taches d'un brun rouge, de la largeur d'une lentille. Le foie est petit, flasque, d'un rouge clair. On y voit en relief des taches jaune orangé vif, au niveau desquelles la substance acineuse se dessine en petits grains sensiblement élevés, mais mous. Cette disposition occupe des espaces mal délimités, à bords festonnés.

Vers l'extrémité droite du foie, le péritoine est épaissi, sans toutefois qu'on y trouve de fausses membranes. C'est principalement vers cette grosse extrémité que la coloration et l'altération jaune orangé pénètrent dans toute l'épaisseur de l'organe. Les conduits biliaires sont sains. La vésicule présente, à l'extérieur comme à l'intérieur, un pointillé rouge d'apparence ecchymotique.

L'estomac renferme un liquide noir, sanglant, qu'on retrouve dans la plus grande longueur de l'intestin grêle ; vers le grand cul-de-sac, il y a des ecchymoses et des injections veineuses très-fines.

La membrane muqueuse du duodénum est couverte de plaques violacées ; le reste de l'intestin ne présente rien de remarquable ; il en est de même des reins, du pancréas et du cerveau.

La rate est plus grosse qu'à l'état normal, et présente aussi de nombreuses taches.

Les poumons, d'une consistance inégale, renferment des petits points d'un rouge sombre, analogues à des noyaux précédant les abcès métastatiques ; cœur petit, mou, jaune ; aorte safranée ; le sang est fluide comme de l'huile. Le péricarde contient un demi-verre de sérosité.

Point d'ulcérations dans le vagin ; seulement quelques granulations. Utérus normal.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 21 Novembre.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Suite du Discours de M. Delafond.

J'ai voulu soumettre à l'Académie toutes ces transformations de la cellule cancéreuse, afin de lui montrer maintenant que les mêmes changements se produisent dans la cellule normale qui préside au développement de tous les êtres organisés, et que ces mêmes variétés de cellules se retrouvent également dans plusieurs productions pathologiques diverses.

Pour arriver à ce résultat, j'ai dû me livrer à bien des recherches : j'ai voulu savoir si d'autres productions pathologiques que le cancer ne renferment pas la même cellule que lui, et je crois avoir vu qu'il en est ainsi.

Je demande, à cette occasion, à l'Académie la permission de faire ici une petite excursion dans le domaine de l'histologie. La plupart des micrographes, et, à leur tête, Schwann et Schleiden, ont trouvé que les premiers rudiments de l'organisation consistent dans un liquide amorphe qu'on appelle blastème. Ce blastème ne se compose que d'une matière hyaline dans laquelle flottent de très-fines granulations qui ne s'aperçoivent au microscope qu'à un grossissement de 500 ou 600 diamètres. Ces petits noyaux deviennent bientôt le centre d'un nucléole, qui lui-même s'entoure d'une paroi transparente, qui n'est plus autre chose que la cellule elle-même. Les micrographes, en suivant toutes les phases du développement de ces cellules, n'ont pas tardé à s'apercevoir que, suivant les conditions diverses dans lesquelles elles se trouvent placées, ces mêmes cellules changent à l'infini de formes et d'aspect. Gênées dans leur ampliation, elles se déforment de plus en plus, et, dans les végétaux, par exemple, elles s'altèrent au point de se transformer insensiblement en tissu ligneux. Au contraire, si elles trouvent un espace libre autour d'elles, elles grandissent indéfiniment, et constituent alors un tissu excessivement spongieux, comme cela se voit dans la moelle du sureau, par exemple.

De plus, les parois des cellules se prêtent parfaitement au travail d'endosmose ou d'exosmose : ainsi, dans la canne, la betterave, le maïs, etc., les cellules se laissent pénétrer de sucre. D'autres fois, ce sont des matières amylacées qui pénètrent dans les cellules : et alors se forment les grains d'amidon, qui ne sont autre chose que des cellules remplies d'amidon. Ou bien, c'est un suc plus ou moins dense, plus ou moins âcre, plus ou moins coloré, comme dans la chélidoine, le pissenlit, etc. Ou bien encore ce sont des sucs jouissant de propriétés particulières, comme dans le pavot, ou des matières grasses, comme dans l'olive, etc., etc. Il est aisé de voir que, dans la série végétale, c'est cette transformation et ces propriétés diverses des cellules qui expliquent tous les phénomènes de la vie des végétaux.

Des études analogues ont pu être faites chez les animaux, et, pour mon compte, j'ai principalement fait porter mes études sur le développement de l'œuf de l'acarus, auteur de la gale. Cet œuf, étant parfaitement transparent et de petit volume, se prête admirablement à ce genre de recherches, et m'a rendu témoin de tous les phénomènes qui accompagnent la transformation de la matière en éléments de l'organisation.

Quand un de ces œufs est placé sous le champ du microscope, on voit successivement de petits noyaux ou nucléoles apparaître au sein du liquide qui le remplit, puis ces noyaux s'envelopper d'une couche transparente qui donne lieu dès lors à la formation de la véritable cellule. Quand une fois cette cellule est formée, on voit y pénétrer et s'y déposer, soit de la fibrine, soit de l'albumine, soit de la matière grasse, ou bien encore de la matière calcaire, cartilagineuse, etc. ; et tel est le point de départ de la formation des différents tissus dans lesquels entrent ces divers éléments.

Telle est la série des phénomènes qui président à la formation et au

développement de l'organisme normal et sain. En est-il maintenant de même pour l'organisme malade, et les choses se passent-elles de la même manière à l'état pathologique?

Eh bien! je crois qu'ici encore, de même que dans les végétaux, de même que dans l'organisme sain des animaux, c'est toujours un travail analogue qui s'opère. La cellule ne cesse nulle part d'être la même. Ce qui fait varier la nature des tissus qu'elle constitue, ce sont précisément les différents matériaux dont elle se remplit.

Si l'on prend une tumeur cancéreuse, et qu'on cherche à voir comment la cellule s'y produit et s'y transforme, on commence par trouver un liquide parfaitement amorphe. C'est le liquide cancéreux qui, selon moi, est l'élément propre du cancer, la substance qui le caractérise véritablement. Dans ce liquide amorphe nagent des granulations; autour de ces granulations se développent des parois transparentes qui constituent ensuite la cellule; puis cette cellule elle-même se remplit du liquide ambiant, c'est-à-dire du liquide cancéreux.

Voilà pour l'apparition de la cellule. Mais une fois formée, cette cellule va revêtir diverses formes qui toujours seront en rapport avec les conditions dans lesquelles elles se trouveront. Comprimées par un tissu fibreux très-résistant, elles s'effileront elles-mêmes et tendront à constituer de véritables fibrilles, absolument comme cela avait lieu dans les tissus normaux.

J'ai parlé de tumeurs que leur inspection microscopique m'a fait reconnaître pour être de nature fibro-plastique: c'est donc que je reconnais aux cellules de ce tissu des caractères propres qui en font une espèce à part? Pas du tout: elles ne diffèrent pas à mes yeux des cellules cancéreuses mêmes, sinon qu'elles sont allongées par la compression et accompagnées de fibres qui constituent, à proprement parler, un tissu fibreux.

J'ai voulu voir cependant s'il n'existe pas, dans les cellules, du tissu fibro-plastique, et dans celles de l'encéphaloïde, par exemple, quelques caractères propres à les différencier. Pour cela, je n'ai pas voulu me fier à mes propres observations, mais j'ai recouru à M. Lebert lui-même, et c'est dans son ouvrage que j'ai pris les dessins que je vais présenter à l'Académie, pour la rendre juge elle-même des différences qu'on est en droit de présumer entre ces deux ordres de cellules. Je présente, d'une part, la cellule dite cancéreuse aux diverses phases de son développement, et de l'autre, la cellule fibro-plastique, et je demande s'il est possible d'y trouver une différence réelle. Non évidemment; c'est toujours la même cellule dans les deux cas. Toutes les deux contiennent un ou plusieurs nucléoles; toutes les deux sont allongées; et plus la transformation est avancée, plus aussi l'analogie devient grande. Enfin, dans ce dernier temps de leur déformation où elles sont prêtes à se transformer en fibrilles, il est peut-être encore plus évident, s'il est possible, que ces deux ordres de cellules sont tout à fait identiques.

Si je poursuis plus loin encore la comparaison de ces deux cellules dans les divers phénomènes qui accompagnent la série de leurs changements, je trouve, parmi les cellules fibro-plastiques, des cellules-mères absolument comme cela a lieu dans les cellules du cancer encéphaloïde. Et ce n'est pas moi qui ai vu seul ces cellules-mères fibro-plastiques; peut-être pourrais-je m'en fier aux nombreux exemples que j'ai pu en constater, mais c'est M. Lebert encore qui nous les fait connaître.

Je me crois donc en droit de conclure, et je crois que l'Académie conclura avec moi d'après ce qui précède, qu'au point de vue de l'anatomie microscopique, aucune différence ne sépare l'encéphaloïde le mieux caractérisé du tissu fibro-plastique.

J'ai voulu encore suivre le développement de la cellule dans la formation des produits pathologiques, et pour cela, je me suis surtout appliqué à l'examen de la cellule de la suppuration, ou autrement dit, du globule purulent. J'ai pu suivre les diverses phases de son évolution dans des poumons et dans des ganglions suppurés, et je commence par déclarer qu'il m'a toujours été impossible de trouver aucun caractère qui me suffise à distinguer le globule de pus de la cellule cancéreuse. Il est vrai que le globule purulent est toujours plus petit que la cellule du cancer, mais cela tient uniquement à ce qu'elle n'a pas eu le temps de se développer; d'ailleurs, la forme primitive est exactement la même. Je puis d'ailleurs mettre sous les yeux de l'Académie les dessins qui reproduisent ces deux ordres de cellules, et elle conviendra avec moi qu'il n'est pas possible d'y trouver une différence sensible. D'une part comme de l'autre, on y trouve de très-fines granulations en quantité variable, et, à côté de cela, les noyaux et les nucléoles. Je répète encore, à ce sujet, que ces dessins sont extraits de l'ouvrage de M. Lebert, et que c'est d'après ses propres figures que l'Académie peut se convaincre de la parfaite identité d'organisation entre la cellule du pus et celle du cancer.

Ce n'est pas tout: les transformations que nous avons vues s'opérer dans la cellule cancéreuse aux diverses phases de son évolution se retrouvent avec les mêmes caractères dans l'infiltration purulente.

Ainsi donc il résulte des nombreuses observations que j'ai faites sur le développement des cellules organiques, soit végétales, soit animales, soit normales, soit pathologiques, que toujours le développement de l'organisme se fait suivant les mêmes lois. Qu'on suive les transformations de la cellule dans l'évolution des produits normaux ou des produits morbides, c'est toujours le même phénomène qui s'accomplit, ici pour donner lieu à un tissu analogue, là, au contraire, à un tissu hétérologue. Mais jamais il ne sera permis de distinguer ces deux tissus l'un de l'autre par la cellule qui préside à son développement, puisque la même cellule est commune à tous les deux, de même encore qu'elle est commune à tous les tissus, soit fibreux, soit osseux, soit même végétaux.

Pour me résumer, la cellule cancéreuse n'est pas une cellule particulière au cancer: c'est simplement la cellule pathologique; seulement, à côté et dans l'intérieur de cette cellule, il y a quelque chose d'anormal et de morbide, et ce quelque chose de pathologique et de particulier au cancer, c'est, selon moi, le liquide cancéreux lui-même.

Il y a déjà longtemps que je me suis fait ces idées-là sur le cancer, et je n'ai pas voulu m'en tenir à une pure supposition. J'ai voulu m'assurer, par l'expérience, que la cellule, dans le cancer, est un élément étranger à la maladie même et dépourvu de son principe spécial et caractéristique. Pour cela, j'ai voulu introduire de ces cellules dans le sang des animaux, afin de voir si, par ce moyen, il ne serait pas possible de leur inoculer la maladie. J'avais vu, dans un ouvrage allemand, qu'un expérimentateur avait déjà injecté des cellules cancéreuses dans les veines d'un chien, et que le cancer s'était inoculé au chien. Ce résultat était assez important pour que j'eusse le désir de le contrôler moi-même par quelques essais. Pour répéter cette expérience, j'ai pris le tissu cancéreux d'une tumeur développée autour de l'articulation d'un chien. J'ai broyé ce tissu, et j'en ai ainsi obtenu une très-grande abondance de cellules, que j'ai ensuite injectées dans les veines d'un chien bien portant, et dans la trachée d'un autre chien également bien portant. Jamais il ne m'a été donné de voir naître le cancer chez ces animaux, bien que je les aie gardés fort longtemps et que je n'eusse pas ménagé les doses. Il a dû en résulter pour moi évidemment, que l'injection des cellules cancéreuses dans le sang d'un animal bien portant est impuissante à produire le cancer chez cet animal. C'est qu'il y a, à côté de la cellule, autre chose que cette cellule, et qui est la matière propre du cancer: et cette matière cancéreuse, je n'hésite pas à dire que c'est justement le liquide amorphe au sein duquel nagent les cellules, de même que la matière de l'organisation normale est le blastème où se forment les cellules des tissus normaux.

Il en est ici comme dans la morve, par exemple, où le liquide spécifique par lequel la maladie se propage est parfaitement amorphe et distinct des globules purulents qui s'y rencontrent. De même encore, dans la salive du chien enragé, le microscope n'aperçoit rien de spécial, et cependant c'est ce liquide qui renferme l'élément même de la maladie, le principe qui la constitue et la propage. J'en pourrais dire autant de la varioloïde des moutons, du virus syphilitique, etc.

Dans un grand nombre des cas auxquels je fais allusion, on rencontre, comme dans le cancer, une cellule, et chacun sait que cependant cette cellule est toute différente de l'élément essentiel de la maladie: je répète qu'il en doit être de même pour le cancer, bien que, pour le cancer, la transmission au moyen du liquide spécial n'ait pas encore été réalisée d'une facon aussi manifeste que pour d'autres maladies virulentes.

J'aurais maintenant quelques observations à présenter à l'Académie, relativement au diagnostic du cancer et aussi relativement à sa repullulation.

M. le président. — L'heure étant avancée et l'Académie devant se réunir en comité secret, j'engage l'orateur, dans son intérêt et dans celui de l'Académie, à remettre la continuation de son discours à la séance prochaine.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Frais universitaires pour les études médicales.* — Lorsqu'un journal annonça, le 10 novembre dernier, qu'il était autorisé à déclarer que les nouveaux tarifs universitaires pour les inscriptions et examens de médecine seraient appliqués à tous les élèves, nouveaux et anciens, indistinctement, nous montrâmes, dans notre numéro du 11 courant, toute l'injustice qu'il y aurait dans une telle application, et nous dûmes par conséquent conclure que la commission chargée de surveiller la rédaction du journal en question, avait nécessairement mal compris la pensée de M. le Ministre dont l'équité bien connue ne pouvait permettre une telle interprétation.

La circulaire suivante, dont nous connaissions l'esprit depuis plusieurs jours, mais que nous n'avons pas voulu publier avant d'en connaître la lettre, montre jusqu'à quel point notre confiance et nos interprétations étaient fondées. On y remarquera ce passage qui confirme entièrement

nos prévisions : « Ce principe d'équité, *l'administration n'a donné à personne le droit de mettre en doute sa ferme intention de le maintenir.* »

Circulaire à Messieurs les Recteurs.

« Paris, le 23 novembre 1854.

« Monsieur le recteur, le décret du 22 août dernier, qui, en fixant les frais d'études des élèves en médecine au prix total de 1,260 fr., a reporté aux examens passés à la fin des cours une partie des rétributions précédemment exigées pour les inscriptions prises en cours d'études, devra être appliqué de manière que les sommes acquittées désormais par les élèves au compte de l'enseignement supérieur ne puissent, en s'ajoutant à celles qu'ils ont versées déjà dans les caisses du Trésor public, dépasser le prix déterminé par le décret.

« Ce principe d'équité, *l'administration n'a donné* A PERSONNE *le droit de mettre en doute sa ferme intention de le maintenir.* Cependant, comme il n'y aura lieu de le pratiquer qu'à partir du 1er janvier prochain, terme assigné pour la mise à exécution du règlement du 22 août, elle a dû prendre le temps d'examiner quel serait le moyen le plus sûr d'atteindre le but qu'elle se propose.

« Il eût peut-être été souhaitable, pour simplifier cette opération assez difficile, d'étendre uniformément les nouveaux tarifs à tous les étudiants, à partir du 1er janvier prochain, en se réservant, aussitôt que les droits acquittés s'élèveraient à la somme de 1,260 fr., d'accorder la gratuité des actes qui resteraient à accomplir.

« Mais, ne voulant point aggraver dans le présent, pour l'unique avantage de la comptabilité, les sacrifices que les familles ont dû s'imposer, j'ai décidé que les élèves en cours d'études obtiendraient une remise proportionnellement répartie sur leurs inscriptions et sur leurs actes à dater du 1er janvier prochain, et établie de telle sorte que les sommes déboursées par eux n'excèdent pas le maximum de 1,260 fr. fixé par le décret du 22 août.

« Les épreuves qu'il faudrait recommencer continueraient, toutefois, à avoir lieu, après le délai d'ajournement prescrit par les règlements en vigueur, moyennant la nouvelle consignation d'une somme égale à la première. Veuillez donc foire dresser immédiatement, au dossier de chacun des étudiants, les calculs nécessaires pour opérer, de la manière la plus équitable en même temps que la moins compliquée, les dégrèvements successifs que je viens d'ordonner.

« Comme les jeunes gens qui commencent aujourd'hui leurs études médicales pour les suivre régulièrement auront dû les terminer dans quatre années, et qu'il est impossible de prolonger indéfiniment une situation transitoire, je fixe au 1er janvier 1859 l'époque à laquelle les tarifs seront appliqués sans réduction.

« Recevez, etc. *Signé :* FORTOUL. »

— Dimanche 26, les sourds-muets de Paris et un grand nombre de leurs frères des départements ont célébré, dans un banquet, l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Épée et de la fondation de la première Société d'assistance et de prévoyance fondée en leur faveur par le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets.

La réunion était présidée par M. Foucher, conseiller à la Cour de cassation et membre de la commission municipale de Paris.

Un grand nombre de notabilités scientifiques, littéraires et de la magistrature, honoraient cette fête de leur présence; parmi eux, on remarquait M. Piorry, professeur à l'École de médecine; M. le baron Pérignon, conseiller à la cour impériale; M. le général Daigremont; M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, etc.

Un sourd-muet aveugle, qui conversait par le toucher avec des sourds-muets et des parlants, a vivement impressionné l'assemblée. Grâce à une des présidentes de l'Œuvre, madame Ducos, un asile, un abri à sa triste infirmité, viennent de lui être assurés.

Le sourd-muet Imbert a porté ensuite un double toast à l'abbé de l'Épée et au docteur Blanchet, le fondateur de la première œuvre d'assistance en faveur des sourds-muets de France, au régénérateur de ses frères d'infortune.

Le docteur Blanchet a répondu en proposant un toast à l'universalité de l'éducation pour les sourds-muets, donnée au même âge qu'au parlant; à l'avenir prochain d'un système d'éducation qui, tout en travaillant à leur développement moral, intellectuel et physique, dote de la *parole* tous ceux qui en sont susceptibles, les rapproche des parlants, et fasse cesser pour eux l'état d'êtres exceptionnels et de parias. En terminant, il a demandé le bienfait de l'éducation pour une autre classe non moins digne d'intérêt, les sourds-muets aveugles.

Un autre banquet, composé des professeurs et de plusieurs élèves de l'Institution impériale, avait pour but spécial l'anniversaire de l'Épée. Il était présidé par un professeur sourd-muet de l'École de Paris.

— *Séance de rentrée des Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.* — La *Gazette médicale de Montpellier* et celle de Strasbourg nous apportent les Comptes rendus des séances de rentrée des deux Facultés de province. Le journal de Strasbourg ne publie que le discours de M. Caze sur les actes de la Faculté pendant l'année 1853-54, et sur les modifications introduites dans l'enseignement secondaire, modifications que le savant doyen trouve des plus heureuses. Son discours a, entre autres mérites, celui de la brièveté.

A Montpellier, le recteur, M. Donné, paraît avoir attaqué à fond un sujet plus élevé; mais ici la brièveté n'était plus une qualité, et M. Donné a trop tenu à être bref.

Dans cet état de choses, nous devons nous contenter de publier les noms des lauréats des deux Facultés.

FACULTÉ DE MONTPELLIER.

1re année.

Prix : M. Planchon.
Mention honorable : MM. Forné, Romain, Fontan.

2e année.

Prix : M. Chabrié.
Mention honorable : M. Sabatier.

3e année.

Prix : M. Vigual.
Mention honorable : MM. Labayle et Bonnes.

4e année.

Prix : M. Villars.
Mention honorable : M. Deluc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

1re année. — Chimie, physique, histoire naturelle.

Prix : M. Liétard (Alexandre), de Domrémy (Vosges).

2e année. — Anatomie et physiologie.

Prix : M. Crussard (Amand), de Neufchâteau (Vosges).
Mention honorable : M. Eibermann, d'Ilkirch (Bas-Rhin).

3e année. — Médecine proprement dite.

Prix : M. Picard (Joseph-Théodore), de Wissembourg (Bas-Rhin).
Mention *très*-honorable : M. Fritz (Guillaume-Ernest), de Schiltigheim (Bas-Rhin).

4e année. — Chirurgie.

Prix : M. Dupuy (Jean-Nicolas), de Frenelle-la-Grande (Vosges).

Thèses.

Sur le rapport d'une commission désignée pour apprécier le mérite des thèses soutenues dans le courant de la même année, la Faculté décerne une médaille d'honneur à M. Ragu (Marie-Alphonse), de Labussière, département du Loiret, auteur de la thèse ayant pour titre : *Considérations sur l'étranglement interne du canal intestinal ;* et, de plus, une mention honorable à chacun de MM. Finck (Henri), de Strasbourg, et Wiedemann (François-Aloyse), d'Erstein, auteurs de deux autres thèses intitulées, la première : *Sur la physiologie de l'épithélium intestinal;* la seconde : *De la bronchite fibrineuse et de ses rapports avec la pneumonie.*

Prix de l'Ecole supérieure de pharmacie.

2e prix : M. Lauth (Charles), de Strasbourg.
Mention honorable : M. Molk (Fréd.-Alphonse), de Strasbourg.

— La Société de médecine de Rouen a repris ses travaux le 13 novembre dernier. Voici la composition de son bureau pour 1854 :

Président : M. Bouteiller fils.
Vice-président : M. Duclos.
Secrétaire : M. Grout.
Secrétaire de correspondance : M. Ballay.
Trésorier : M. Rœrigh.

— *Maladies des yeux.* — M. le docteur COURSSERANT commencera son Cours le jeudi 30 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine.

Les premières Leçons seront consacrées à l'étude de la *cataracte* et de la pupille *artificielle.*

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par Adde MARGRAS (de Nancy). — 1 vol. in-18 de 210 pages. — Paris, chez LABÉ, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, et chez l'auteur, rue Bergère, 11.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 2. — N° 142. 2e ANNÉE. Jeudi 30 Novembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 29 Novembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 20 Novembre.

Prix Bréant. — Maladies de la membrane cicatricielle. — Cure des hernies.

Voici une nouvelle ou plutôt une déclaration officielle qui va désappointer bien des espérances : « *La section de médecine et de chirurgie de l'Institut doit déclarer qu'aucune des conditions précédentes* » (celle de guérir ou de prévenir le choléra) « *n'a été remplie dans les très-nombreuses communications qu'elle a reçues sur le choléra asiatique.* »

On trouvera peut-être que le procédé dont la section s'est servi pour juger ainsi en masse toutes les communications sur le choléra est un peu expéditif; mais l'arrêt n'en est pas moins prononcé ; il faut que les aspirants travaillent sur de nouveaux frais.

A part ce procédé d'appréciation un peu sommaire, le rapport et le programme de la commission ont été à peu près ce qu'ils pouvaient être en présence d'un testament aussi mal rédigé que celui du généreux testateur, M. Bréant. Nous ferons cependant observer que sur un point le vœu du donateur aurait évidemment été mal compris, si les termes dont s'est servi la commission devaient avoir une valeur absolue. En posant la seconde condition du concours, la commission ajoute : « Indiquer les causes du choléra, *de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on fasse* cesser l'épidémie. » Il est évident que nul testateur sensé ne pourrait imposer une telle condition, car on conçoit parfaitement que, dans une épidémie surtout, la cause, quoique parfaitement connue, peut être au-dessus de tous nos moyens d'action. Au reste, nous croyons pouvoir affirmer, d'après les explications que nous a données l'honorable rapporteur, que si la cause du choléra était mise en évidence d'une manière positive, l'Académie récompenserait l'auteur de la découverte, que la cause morbide fût accessible ou non aux moyens thérapeutiques ou prophylactiques.

— Lorsque M. Laugier présenta son premier Mémoire sur la formation de la membrane des bourgeons charnus et sur les usages du pus, nous dûmes terminer ainsi l'appréciation de son travail :

« M. Laugier nous promet pour une occasion ultérieure la partie pathologique de ses recherches ; il est probable que cette partie sera plus en rapport avec les talents de l'auteur, et partant, plus intéressante pour les praticiens (*Monit. des Hôp.*, 22 juin 1854).

Soit hasard, soit préméditation, M. Laugier a fait en sorte de mettre notre pronostic en défaut. Son nouveau travail est, plus encore que le premier, construit sur la pointe d'une aiguille; on en trouvera une preuve suffisante dans la manière dont l'auteur en expose lui-même l'objet :

« Il était *supposable* que, dans les maladies de cette membrane » (la membrane des bourgeons charnus), « ce travail physiologique » (celui de l'organisation de cette membrane) « serait modifié..... »

Il y a dans cette courte exposition deux choses : l'une, fort sujette à contradiction ; l'autre, peut-être par trop vraie.

A supposer que la destruction ou la non-formation de la membrane des bourgeons charnus puisse porter le nom de maladie *de* cette membrane, il est certain qu'une telle maladie se concevrait difficilement sans une modification du travail physiologique, et nous trouvons que cette modification est plus que *supposable,* même pour les esprits les plus enclins à la prudence.

Quant à la question de savoir si le travail pathologique, comme est celui de M. Laugier, en vertu duquel la formation de la membrane cicatricielle est empêchée ou détruite, doit porter le nom de *maladie de la membrane* cicatricielle, c'est ce qui nous semble plus que douteux pour tout homme qui tient à conserver au langage médical sa véritable, sa rationnelle signification. Ce n'est pas là, d'ailleurs, le seul exemple que M. Laugier nous ait donné de son amour (amour assez inattendu chez un esprit aussi peu révolutionnaire) pour les innovations : c'est ainsi, par exemple, qu'il nous parle des vaisseaux *nutriciers,* au lieu des vaisseaux vulgairement dits nourriciers, et qu'il nous décrit même, ce qui est un peu moins *digestible, des plaies des solutions de continuité*, c'est-à-dire *des plaies de plaies ;* peut-être a-t-il pensé que cette singulière innovation chirurgicale pourrait séduire les académiciens qui connaissent les fractions de fractions. Nous doutons de cette espèce de succès, mais nous croyons pouvoir affirmer, en tous cas, que les chirurgiens seront peu sensibles à cette confusion de choses et de mots.

Au reste, dans le cours de son travail, M. Laugier a beaucoup plus agité des questions de mots que des questions de choses. Quand, par exemple, il établit les différences qu'il y a entre une plaie de bonne nature, qui marche régulièrement vers la cicatrisation, et une plaie enflammée, il décrit ce que tout le monde connaît; mais il s'originalise dans le nom qu'il donne, dans ces deux cas, au travail organique; pour lui, une plaie qui suppure régulièrement n'est pas une plaie enflammée: elle n'est enflammée que lorsque le travail réparateur est entravé ou détruit; là où les auteurs voient une différence de degré, il voit une différence de nature. Cette manière d'envisager les phénomènes n'a guère d'autre avantage que de conduire M. Laugier à nier que le pus soit toujours ou même habituellement le produit d'une inflammation. Nous croyons que cet avantage ne paraîtra pas suffisamment démontré, ni surtout suffisamment important, pour engager les chirurgiens à renoncer au langage reçu, à l'aide duquel, après tout, on s'entend parfaitement bien depuis Hunter.

Tout ce qu'on pourra tirer des deux lectures de M. Laugier, c'est quelques détails anatomiques plus précis que ceux qu'on avait sur la disposition des vaisseaux des bourgeons charnus et sur le mécanisme de formation de la membrane cicatricielle.

— M. Gerdy a lu un travail, écrit avec sa verve habituelle, sur la cure radicale des hernies par le procédé de l'invagination. Ce travail n'avait que le seul tort d'avoir pour sujet des faits un peu trop connus; néanmoins, nous croyons qu'il sera lu avec intérêt par les praticiens.

H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

De la blennorrhagie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale,

Par le Dr ALPH. SALMON, *ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, professeur d'accouchements.*

(Mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 28 novembre 1854.)

J'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'audience sur une affection encore peu connue de la plupart des praticiens, et qui, à raison de sa fréquence assez grande chez les femmes et les filles publiques surtout, est souvent la source non suspectée de blennorrhagie chez l'homme.

Je veux parler de l'hypersécrétion purulente du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale, maladie signalée par M. Huguier et que j'aimerais mieux voir dénommer blennorrhagie du conduit excréteur de cette glande, à cause des infections blennorrhagiques qu'elle détermine.

Tout le monde à peu près sait aujourd'hui que, de chaque côté de la vulve et du vagin, entre ces parties et les branches ischio-pubiennes, il existe chez la femme une glande, glande vulvo-vaginale bien décrite par M. Huguier. On sait, en outre, que de cette glande part un conduit excréteur qui va aboutir, après un trajet de 15 millimètres environ, à la partie moyenne de la fente vaginale, en dehors et à la base de l'hymen ou des caroncules myrtiformes; je dis en dehors et à la base, parce que c'est la disposition la plus commune, quoique dans quelques cas on voie ce conduit s'ouvrir en réalité un peu plus en dehors et à 1 centimètre même de ces caroncules de la muqueuse, par un petit orifice caché dans un repli plus ou moins étendu à la base externe et très-apparente.

Tout le monde sait enfin que c'est à cette glande qu'il faut attribuer la sécrétion visqueuse et limpide qui mouille les parties génitales de la femme sous l'influence des excitations érotiques, à la manière, par conséquent, des glandes prostatiques et de Cooper qui, chez l'homme, versent, après une érection plus ou moins prolongée, un liquide analogue à l'extrémité libre du conduit urétral.

C'est dans le conduit excréteur de la glande, dont je viens de parler sommairement, que siége la variété de blennorrhagie que je signale actuellement à l'Académie; j'ajoute qu'on l'observe localisée dans le conduit excréteur seulement, sans coïncidence nécessaire avec la blennorrhagie de l'urètre ou du vagin.

Voici sommairement tracée l'observation de la plupart des filles qui ont présenté cette maladie à mon examen :

1re *Observation.* — La première malade est une fille de 18 ans, du nom d'Héloïse.... Elle arrive de Paris, au moment de la première visite qu'elle doit subir avant de se livrer à la prostitution dans la ville. C'est en outre la première fois qu'elle *entre en maison,* comme on dit dans le langage de ces créatures. Rien du côté de l'urètre, du vagin, du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale, de l'anus, mais légère ulcération du col, que je cautérise et pour laquelle je la conserve à l'hôpital jusqu'à guérison. A la sortie, visite nouvelle après laquelle je la déclare saine; même attestation après deux nouvelles visites faites de dix jours en dix jours; mais dans l'intervalle de la dernière visite à une visite nouvelle, voilà qu'elle m'est signalée par un honorable confrère de la ville comme ayant infecté de blennorrhagie très-abondante un jeune homme dont il m'affirme la bonne foi. J'examine alors cette femme avec la plus grande circonspection, et ne trouvant rien dans l'urètre, dans le vagin ou à l'anus, je porte mon attention toute spéciale sur la glande vulvo-vaginale et son conduit: je constate alors, en pressant avec le doigt sur celui-ci, d'arrière en avant de l'ischion aux caroncules myrtiformes, à gauche, qu'il suinte de son orifice un pus épais, jaunâtre et peu abondant; pas de douleur à la pression de la glande; cependant, légère augmentation de volume de celle-ci, ce qui rend le point où elle siége assez manifeste. Même état à la visite du lendemain, faite en présence du médecin qui m'avait signalé cette fille comme probablement malade; rien encore, ni les jours suivants, du côté de l'urètre et du vagin. Je conseille alors une injection, avec la seringue d'Anel, d'une solution de nitrate d'argent (30 grammes d'eau distillée pour 75 centigr. de sel). Peu d'amélioration le lendemain, et même prescription. Le troisième jour, cautérisation avec la teinture d'iode à l'orifice du canal, avec une bougie très-fine que j'imprégnai d'huile préalablement. Même traitement le quatrième jour. Enfin, peu à peu, l'écoulement devient moins abondant, et la malade sort guérie après vingt-cinq jours environ de traitement. Depuis lors, l'affection ne s'est pas reproduite.

2e *Observation.* — La femme dont je viens de parler était en traitement à l'hôpital, quand fut amenée, pour être soumise à la première visite, avant son installation dans la ville, une fille arrivant de Paris, et signalée saine, d'après un petit billet qu'elle me soumit. En effet, à l'examen de la vulve, du vagin, de l'urètre, de l'anus, aucune trace de maladie; mais en comprimant d'arrière en avant, de l'ischion à la caroncule myrtiforme gauche, on fait suinter du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale du pus épais et jaunâtre, quoique très-peu abondant; rien à droite. Je signale cette femme malade et refuse de l'admettre. Il n'existait pas de gonflement apparent de la glande vulvo-vaginale, comme chez la malade précédente.

3e *Observation.* — La nommée D...., exerce comme fille, dans une maison de tolérance, à Chartres, depuis quinze jours. Elle arrive de la campagne, des environs de Rambouillet, après s'être livrée à la prostitution clandestine. Comme les parties génitales étaient saines, j'avais autorisé son admission. Alors, un militaire malade de blennorrhagie très-intense me signala une fille de la maison où demeurait D...., comme l'ayant infecté. Je soumets immédiatement toutes ces filles suspectes à la visite, et la nommée D.... est retenue pour une blennorrhagie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale; enfin, le militaire

qui l'a dénoncée la reconnaît pour la fille qui l'a rendu malade. Voici ce que j'avais constaté chez cette femme : le conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale siége à la base même et en dehors des caroncules myrtiformes, au fond de l'angle rentrant qu'elles forment avec l'ouverture vulvaire (1); aussi est-ce avec peine qu'on découvre son orifice; mais il devient évident, en comprimant avec le pouce d'arrière en avant de l'ischion, à la partie moyenne de la fente vaginale, car cette pression fait sortir du conduit une abondante quantité de pus épais et sanguinolent. Rien à droite, pas de gonflements apparents de la glande, rien dans les autres parties de l'appareil génital externe; seulement, un peu de rougeur dans l'enfoncement où s'ouvre le conduit excréteur malade. Comme il m'avait paru difficile de pratiquer, avec un résultat avantageux, une injection au moyen de la seringue d'Anel, je bornai ici mes soins à la cautérisation de l'orifice avec la pierre, cautérisation que je répétai pendant plusieurs jours. La malade reste à l'hôpital une vingtaine de jours et sort guérie.

Cette fille pourrait être le sujet de deux observations nouvelles, car deux mois après elle rentrait à l'Hôtel-Dieu, malade de la même blennorrhagie; seulement, alors la ténacité du mal fut extrême; enfin, dix jours après, elle était de nouveau retenue pour une blennorrhagie de l'urètre. Ces infections différentes, et à intervalles rapprochés, ne sauraient étonner les médecins qui s'occupent des visites des filles publiques. Tous ont observé, assurément, avec quelle persistance se reproduisent ces infections de tout genre chez les pauvres filles nouvellement entrées dans les maisons de tolérance, tandis que les femmes anciennes déjà dans le métier jouissent d'une incroyable immunité.

A la première visite du mois de septembre, je dus retenir à l'hôpital deux filles demeurant dans la même maison et affectées toutes deux de blennorrhagie du conduit de la glande vulvo-vaginale : c'étaient les filles O.... et C....

4e *Observation.* — La fille O.... exerce son métier depuis deux années dans une maison très-fréquentée de notre ville, et, à son début, elle a été l'objet d'affections diverses du vagin et du col, ulcérations, chancres, vaginite, etc.

Il y a un an, elle fut encore retenue, par mon collègue, à l'Hôtel-Dieu, pour un prétendu abcès de la vulve; la suite de l'observation va nous faire comprendre de quelle nature était cet abcès. A la visite de ce jour, voici quel était son état : col, vagin, urètre, sains; pas de rougeur de la vulve; seulement, en comprimant à droite, en dedans de l'ischion, on sent une tumeur bien évidente due à la glande vulvo-vaginale. En pressant sur cette glande et en ramenant le pouce à la partie moyenne de la fente vaginale, on fait sortir du pus épais et très-abondant par l'orifice de la glande qui s'ouvre ici au-dessous d'un repli muqueux assez large, à un centimètre environ des caroncules. Un peu de douleur à la pression, au dire de la malade; rien à gauche. Je pratique immédiatement une injection de nitrate d'argent avec la seringue d'Anel.

Le lendemain, la malade se plaint d'une douleur très-aiguë à la vulve; elle prétend qu'elle a été blessée par la seringue. Je l'examine, et constate qu'une tumeur oblongue d'avant en arrière, de la forme d'une longue et grosse amande, a envahi la grande lèvre droite; il n'y a pas de changement de couleur à la peau. La pression est très-douloureuse; il n'est plus possible de faire suinter une seule goutte de liquide par l'orifice du conduit de la glande, qui reste toujours très-manifeste.

Prescription : Bains de siége, matin et soir, et cataplasmes; seulement je conseille à la malade de comprimer souvent la tumeur pendant la journée, afin d'essayer de la vider.

Le lendemain, il s'écoule un peu de liquide par l'orifice; la tumeur a diminué de moitié; même prescription.

Le troisième jour, elle était vide complétement, et alors l'orifice apparaissait beaucoup plus large que de coutume, comme si l'escharification produite par le nitrate d'argent avait détruit son pourtour dans une certaine étendue.

Quinze jours après, la malade sortait saine de l'Hôtel-Dieu.

5e *Observation.* — La fille C...., arrêtée le même jour que la précédente, prétend qu'à chaque époque menstruelle, la glande vulvo-vaginale du côté droit augmente de volume; en outre, une fois déjà elle a été affectée d'un abcès de la grande lèvre droite. Aujourd'hui il s'écoule, par le conduit de la glande du côté droit, une abondante quantité de pus épais et jaunâtre. La glande est manifestement apparente du côté droit et un peu douloureuse, tandis qu'on la sent à peine du côté gauche. Le col, le vagin, l'urètre et l'anus sont sains. Cautérisations répétées avec le nitraite d'argent sur l'orifice. Guérison rapide.

Avec les observations que je viens de rapporter et que j'aurais pu augmenter de trois autres, essayons maintenant de tracer les principaux traits de la maladie qui nous occupe.

§ 1. La blennorrhagie du conduit de la glande vulvo-vaginale est plus fréquente parmi les filles publiques, chez les femmes jeunes et nouvellement entrées en maison, que chez celles qui sont déjà vieilles et anciennes dans le métier. Toutes les filles, en effet, dont nous avons parlé plus haut étaient jeunes, et des huit malades que nous avons observées, cinq étaient récemment arrivées dans la ville et véritablement prostituées. Les trois autres avaient eu déjà la maladie, et l'une d'elles était encore dans la première année de son admission.

§ 2. Cette blennorrhagie affecte de préférence le côté gauche de la vulve. Cette proposition, déjà émise par M. Huguier, est en rapport complet avec ce que nous avons observé sur nos huit malades, dont six portaient la maladie à gauche. Il y a plus, c'est que, tandis qu'à gauche il est facile de bien apercevoir l'orifice du conduit de la glande vulvo-vaginale chez presque toutes les femmes, il n'en est pas de même à droite, et sur une trentaine de femmes que nous avons examinées dans ce but, dix au moins présentaient cet orifice extrêmement manifeste à gauche et moins apparent à droite; chez deux nous ne pûmes nous prononcer sur le point où il existait véritablement de ce côté. Ce que nous disons du siége de l'orifice, il faut le dire de la sécrétion plus ou moins abondante de la glande. C'est presque toujours à gauche que nous avons réussi à faire suinter facilement du canal une certaine quantité du liquide que la glande sécrète. Le motif de cette fréquence reste à déterminer, à moins qu'on accueille la raison indiquée par M. Huguier, raison tirée de la pression exercée sur les vaisseaux du côté gauche par l'S iliaque rempli ordinairement de matières fécales, d'où résulterait de la stase sanguine dans la grande lèvre gauche, surabondance de nutrition de la glande, sécrétion plus abondante, etc.

§ 3. Il est écrit dans les auteurs qui ont traité des abcès de la grande lèvre, que souvent les excès de coït sont la cause de cette maladie; même en se trompant sur la nature ordinaire du mal, les écrivains ont indiqué une de ses causes véritables. Sur huit de nos malades, en effet, trois exerçaient dans une maison de la ville très-fréquentée, et quatre, nouvellement admises, étaient livrées, pour la première fois peut-être, à des excès vénériens quotidiens et inusités quant à leur nombre; la huitième ne ferait peut-être pas exception à la règle (2e *obs.*) si nous avions eu des renseignements sur son existence antérieure à notre examen.

§ 4. La blennorrhagie du conduit de la glande vulvo-vaginale est assez fréquente, peut exister seule sans coïncidence de blennorrhagie de l'urètre ou du vagin, enfin, devient la cause d'af-

(1) La disposition des caroncules myrtiformes est assez variable; il en est ainsi, comme nous l'avons dit, du conduit de la glande vulvo-vaginale. Comme le plus souvent on observe quatre caroncules, deux antérieures et deux postérieures, on voit l'orifice apparaître dans l'intervalle qui sépare la caroncule antérieure de la postérieure; dans d'autres cas, la déchirure de l'hymen ayant eu lieu d'un seul côté en arrière, il existe seulement deux caroncules, une grande à gauche ou à droite, une autre plus petite, et rappelant bien toutes deux la disposition primitive de l'hymen; enfin, il est des cas où la déchirure n'a pas eu lieu, et alors l'hymen est resté intact, mais seulement plus ou moins dilaté par les approches réitérées de l'homme. C'est dans ces deux circonstances que l'orifice est quelquefois plus difficile à apercevoir, comme chez la fille D...., dont nous parlons ici, et chez une autre, M...., à laquelle nous fûmes sur le point de délivrer un certificat de quasi-virginité, quoique la police eût sur son compte les plus détestables renseignements.

fection analogue chez l'homme. Sur une trentaine de femmes exerçant la prostitution dans la ville de Chartres, nous avons recueilli huit observations en moins de quatre mois; dans ces huit cas, cette blennorrhagie existait seule; dans deux cas, notre attention fut motivée par des blennorrhagies communiquées à l'homme.

§ 5. Il est donc important, pour les médecins qui sont appelés à visiter les filles publiques, de fixer constamment leur examen de ce côté.

§ 6. Les signes qui font reconnaître cette maladie sont tous tirés en effet de cet examen lui-même; la femme n'éprouve pas ou éprouve peu de douleur; elle ne peut donc appeler l'attention du médecin sur ce sujet; de même, elle ne peut dissimuler son mal, comme les filles publiques le font, dans la plupart des cas, pour la blennorrhagie de l'urètre ou du vagin, par la miction avant la visite ou des injections multipliées d'alun ou de tout autre sel; l'écoulement du pus, à raison de l'exiguïté du conduit et de sa direction, n'a pas lieu avec facilité, et les parties génitales ne sont ainsi mouillées que par une très-petite quantité de liquide à la fois; seul, le médecin peut constater le mal, à moins que déjà le pus, abondant et épaissi, ne soit accumulé en abcès dans une dilatation plus ou moins étendue du canal. Il doit en conséquence, avant tout examen des parties profondes, les grandes lèvres écartées: 1° comprimer légèrement avec le pouce au-devant de l'anus, de chaque côté des grandes lèvres, entre les ischions et l'orifice vulvaire, pour constater l'état de la glande vulvo-vaginale; nous avons dit que, dans l'état sain, cette glande était peu apparente au toucher; elle est au contraire très-évidente, surtout à gauche, quand elle est un peu tuméfiée ou malade; 2° le volume de la glande reconnu, ramener le pouce en appuyant sur les parties de l'ischion, à la partie moyenne de la fente vaginale, pour exprimer du conduit tout le liquide qui y est renfermé; dans l'état sain, ce liquide doit apparaître sous forme de gouttelettes limpides à l'extrémité du conduit, dont il rend ainsi l'orifice très-apparent; dans l'état malade, il est un peu plus épais et mélangé de mucus un peu opalin, et alors la fille doit être sinon conservée à l'hôpital, du moins surveillée; enfin, quand le liquide est épais, jaunâtre, purulent, comme on dit, la femme ne peut être abandonnée à la prostitution sans le risque de la voir communiquer la blennorrhagie chez l'homme.

§ 7. Le traitement de la blennorrhagie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale ne diffère pas de celui des autres variétés de blennorrhagie. Le résultat en est toutefois plus rapide. Dans les cas que nous avons observés, ce traitement a consisté en repos absolu, injections avec la solution de nitrate d'argent (30 gr. d'eau pour 75 centigr.) avec la seringue d'Anel (traitement assez difficile), cautérisations avec la teinture d'iode ou la pierre à l'orifice du conduit, bains de siége au début et deux ou trois jours avant la cautérisation dans les cas très-aigus (5e *obs.*). La durée du traitement de dix à vingt jours.

De l'emploi des iodiques dans le traitement des affections cancéreuses,

Par M. le Dr BOINET.

(*Suite et fin. Voir le n° 141.*)

L'observation suivante me paraît encore plus concluante, et est venue diminuer encore les doutes qui me restaient sur la curabilité du cancer, dans certains cas:

2e *Observation.* — En 1839, je fus consulté par une dame d'Angers, madame de L..., âgée de quarante-sept ans, qui avait au sein droit une tumeur qu'elle portait depuis plus de dix ans; elle l'attribuait à un coup qu'elle avait reçu. Elle avait eu quatre enfants. Sa mère était morte d'un cancer au sein. Cette tumeur avait considérablement grossi depuis la cessation des règles, qui datait déjà de trois années, et était le siége de douleurs et d'élancements qu'elle comparait à des coups de canifs. Plusieurs chirurgiens avaient conseillé l'ablation. Le médecin habituel de cette dame était M. le docteur Ouvrard, professeur à l'École de médecine d'Angers. Son avis était aussi d'enlever cette tumeur, qu'il regardait comme un cancer encéphaloïde. Lorsque j'examinai la malade, la tumeur avait le volume de la tête d'un adulte; elle était bosselée, sillonnée de grosses veines bleuâtres, ramollie en plusieurs points où la peau était rouge, amincie et sur le point de s'ulcérer; en différents endroits on sentait une fluctuation évidente. De plus, la malade étant maigre, sèche, avait la peau jaunâtre, et l'état général dénotait une cachexie cancéreuse prononcée et très-évidente. Une masse de gros ganglions engorgés occupait le creux axillaire du même côté. Les douleurs étaient extrêmes et résistaient à tous les calmants mis en usage. Depuis six mois surtout, la malade avait changé à vue d'œil. Mon avis fut qu'il n'y avait plus rien à faire, tant l'état général de la malade était mauvais. Le mari fut prévenu que sa femme avait un mal incurable, auquel elle ne tarderait pas à succomber; que, si on l'opérait, la récidive reviendrait sûrement, et enfin que, dans la position de la malade, une opération pouvait hâter la mort.

Comme cette dame était très-nerveuse, et qu'il eût été cruel de lui faire part de nos inquiétudes, je lui annonçai que l'opération, à laquelle elle était bien disposée, devait être différée pour le moment et remise à plusieurs mois, pendant lesquels elle serait soumise à un traitement et à un régime convenables, dans le but de modifier sa constitution et de la préparer à l'opération, qui alors aurait de meilleures chances de réussite.

Cette proposition, faite en désespoir de cause, fut acceptée avec empressement par madame de L..., qui, depuis plusieurs années, avait toujours reculé devant l'opération proposée par divers chirurgiens; elle espérait ainsi éviter une opération qu'elle redoutait avec d'autant plus de raison, que plusieurs dames de ses connaissances, atteintes de tumeurs semblables, avaient succombé après l'opération.

Moins dans l'espoir de la guérir que dans celui d'adoucir ses derniers instants, en lui laissant croire que les promesses que je lui faisais pourraient se réaliser, je la soumis au traitement suivant, qui fut suivi avec une ponctualité remarquable. Elle prit, soir et matin, pendant six mois, deux des pilules suivantes:

PR. Savon médicinal	4	grammes.
Gomme ammoniaque	2	—
Iodure de fer	1	—
Bromure de fer pulvérisé	50	—
Extrait de ciguë	1,50	centigrammes.
Extrait d'aconit	1,50	—

Diviser en pilules de 0,20 centigrammes.

Soir et matin, elle fit sur les parties non ramollies du sein, à sa base et dans l'aisselle, des frictions d'un quart d'heure, avec pommade formulée ainsi:

PR. Axonge	50	grammes.
Bromure de potassium	2	—
Iodure de fer	2	—
Brôme liquide	10	gouttes.

Cette pommade était remplacée, tous les huit jours, par des applications topiques, composées comme il suit:

PR. Amidon en poudre	120	grammes.
Iode en poudre	1	gramme.
Acétate de morphine	0,40	centigrammes.

Cette poudre était mise sur une peau de cygne et appliquée localement

Tous les quinze jours ou au moins tous les mois, une purgation avec vn verre d'eau de Sedlitz. Pour boisson aux repas, de l'eau de Vichy coupée avec du vin vieux. Un bon régime, des viandes de préférence.

Ce traitement, continué exactement pendant six mois, avait amené une amélioration très-sensible dans toute la constitution de madame de L.... Toutes les fonctions s'accomplissaient bien mieux, elle avait repris des forces, de l'embonpoint et un air de santé remarquable pour toutes ses connaissances. Ce teint jaune, caractéristique d'une diathèse cancéreuse, qu'elle présentait auparavant d'une manière si prononcée, avait considérablement diminué. Le sein était toujours aussi volumineux et s'était ulcéré dans un point, qui de temps en temps était le siége d'une hémorrhagie assez abondante. Les ganglions de l'aisselle existaient toujours engorgés, mais n'avaient pas augmenté de volume. Je fus rappelé à Angers, où, à mon grand étonnement, je trouvai la malade dans l'état que je viens d'indiquer. Avec M. le docteur Ouvrard, nous décidâmes l'opération, qui fut pratiquée immédiatement; le sein tout entier et les ganglions axillaires malades furent enlevés. Il en résulta une énorme plaie, dont la guérison était complète deux mois après, et ne s'est pas démentie depuis cette époque. Il y a quinze ans que madame de L... est guérie; elle habite toujours Angers et se porte bien encore à cette heure. Il est bon de noter que le traitement et le régime qui avaient été suivis avant l'opération furent encore continués pendant plusieurs mois après. La tumeur était un cancer encéphaloïde bien caractérisé dans lequel nous trouvâmes, à l'examen, outre le suc particulier qui distingue le cancer, toutes les nuances

du tissu encéphaloïde, depuis l'état cru jusqu'au ramollissement le plus complet.

3e *Observation.* — La 3e observation appartient à une pauvre femme, nommée Pervé, et demeurant rue Ménilmontant, n° 128, à Belleville. Elle avait été opérée, en 1841, par M. le docteur Corbi, d'un cancer du sein droit. Deux années après l'opération il y eut récidive, et c'est alors que cette malade me fut adressée. Une ulcération large et profonde existait dans la plaie de l'opération, dont la cicatrice avait été parfaite pendant presque ces deux années; à côté de cette ulcération, vers l'aisselle, il existait un engorgement, une induration de la grosseur de la moitié d'un œuf de poule, qui s'était développée depuis deux mois environ; les ganglions axillaires étaient pris, mais conservaient leur mobilité. L'ulcération reposait sur un tissu épais, induré, qui paraissait très-adhérent aux côtes. L'état général de la malade n'était pas encore très-mauvais, et la cachexie cancéreuse, qui se trahissait déjà par une teinte jaune-paille de la peau, par de l'amaigrissement, par de la faiblesse, n'était pas encore très-intense. La malade accusait des élancements dans le sein et la tumeur. Je conseillai à cette malade d'entrer à l'hôpital; ne voulant pas y consentir, je lui ordonnai un traitement, qu'elle me promit de suivre exactement, ce qu'elle fit, en effet, pendant huit mois, mais avec une régularité religieuse. Ce traitement fut le même que celui de la malade de l'observation précédente, et sous son influence, l'ulcération était complétement cicatrisée trois mois après; la tumeur qui existait en dehors du sein, et les ganglions axillaires, avaient considérablement diminué et ont fini par disparaître peu à peu. La santé générale de cette femme est excellente et ne s'est pas démentie depuis cette époque. Elle habite toujours rue Ménilmontant, n° 128.

A ces observations je pourrais en joindre encore plusieurs autres, entre autres celle d'une dame que j'opérai, en 1850, d'une énorme encéphaloïde du sein avec M. Lebert, qui, à l'œil et au microscope, constata la nature cancéreuse du mal. Cette dame, soumise au traitement iodique, n'a pas eu de récidive jusqu'à présent. Elle est partie, il y a quelques mois, pour l'Algérie, pleine de vigueur et de santé. Une autre observation d'une dame de province, que je conduisis chez M. le docteur Velpeau, et qui avait un sein condamné à l'opération par plusieurs médecins, entre autres par MM. Desperrières, de Saumur, et Bretonneau et Tonnelé, de Tours. Cette dame a été soumise, il y a sept ans, pendant une année, au traitement que je viens d'indiquer, et la tumeur du sein a diminué peu à peu et a fini par disparaître. Sa santé est aujourd'hui excellente.

Toutefois, nous devons prévenir que nous ne nous abusons pas sur la valeur des préparations iodiques dans le traitement des affections cancéreuses, mais on nous accordera que de pareils faits méritaient d'être signalés; et nous avons voulu mettre les praticiens à même d'essayer de nouveau, et avec plus de persévérance qu'on ne l'a fait jusqu'ici, un moyen qui nous a paru, dans plusieurs cas, avoir des résultats très-avantageux.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Novembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Prix Bréant.

M. Claude Bernard lit, au nom de la section de médecine et de chirurgie, sur le *legs Bréant,* le rapport suivant :

La section de médecine et de chirurgie a été chargée de rédiger un programme destiné aux personnes qui aspireront à remporter le prix de 100,000 francs fondé par M. Bréant, pour être décerné à l'auteur d'un remède souverain contre le choléra asiatique.

La première obligation d'un pareil programme est de se renfermer strictement dans les volontés du fondateur. Or ces volontés se trouvent exprimées dans l'extrait du testament de M. Bréant, que nous transcrivons littéralement ci-après :

« J'institue et donne, après ma mort, pour être décerné par l'Institut « de France, un prix de 100,000 francs, à celui qui aura trouvé le moyen « de guérir du choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce « terrible fléau.

« Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de « choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il « contient : en effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action « qu'exercent sur l'économie animale les fluides électriques, magnétiques « ou autres : rien n'a été découvert également sur les animalcules qui « sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère et qui sont peut-être « la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

« Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour « les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi « petits que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instru- « ments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui « se livrent à cette étude.

« Comme il est probable que le prix de 100,000 francs, institué comme « je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusques « à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par « l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question « du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de « meilleures analyses de l'air en y démontrant un élément morbide, soit « en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules « qui, jusques à ce moment, ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies.

« Si l'Institut trouvait qu'aucun des concurrents ne méritât le prix « annuel formé des intérêts du capital, ce prix pourra être gagné par « celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce « qui les occasionne, en faisant connaître l'animalcule qui, dans ma « pensée, donne naissance à cette maladie, ou en démontrant d'une ma- « nière positive la cause qui la produit.

« L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et d'aptitude « à imposer aux concurrents et des sujets à proposer en concours, mais « seulement dans les limites que je viens de poser : je lui confie ma « pensée, convaincu que les lumières de ses membres assureront la pleine « exécution de mon intention. »

Ce testament, dicté au milieu de l'épidémie cholérique de 1849, a été conçu sous l'influence d'une pensée hautement philanthropique, qui place le nom de M. Bréant à côté de ceux des autres bienfaiteurs de l'humanité qui ont légué à l'Institut le soin de remplir leurs vœux.

Le testateur a eu pour but d'appeler les efforts des savants et des médecins sur les maladies sans contredit les plus terribles qui affligent l'espèce humaine. Néanmoins, et précisément à cause de l'importance de la mission qu'elle doit remplir, la section de médecine et de chirurgie eût désiré que M. Bréant, étranger aux sciences médicales, eût évité d'insister sur certaines idées populaires qui, forçant les compétiteurs à rester dans les termes de son testament, placent quelquefois la section sur un terrain où il lui devient plus difficile d'accomplir les excellentes intentions du testateur.

Quoi qu'il en soit, l'esprit du testament comprend une idée principale et une autre qui lui est accessoire.

La première pensée est évidemment de donner un prix de 100,000 francs à la personne qui, comme l'indique le testament, aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. Mais il est bien clair que, par cette expression, *guérir du choléra asiatique,* le testateur n'entend pas désigner une méthode de traitement analogue à celles aujourd'hui mises en usage et qui comptent pour elles une proportion plus ou moins notable de succès; il veut qu'on trouve une médication d'une efficacité incontestable, qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas, d'une manière aussi sûre que le quinquina, par exemple, guérit la fièvre intermittente.

Relativement à la recherche des causes du choléra, si leur connaissance pouvait amener leur suppression ou conduire à une prophylaxie évidente, comme on en voit un exemple dans la vaccine pour la variole, le prix de 100,000 francs serait également mérité et les vœux du testateur accomplis.

Quant à présent, la section de médecine et de chirurgie doit déclarer qu'aucune des conditions précédentes n'a été remplie dans les très-nombreuses communications qu'elle a reçues sur le choléra asiatique.

Sans préjuger de l'avenir, M. Bréant a compris que la solution des questions relatives au prix de 100,000 francs pouvait encore être lointaine, et c'est dans cette sage pensée qu'il a institué accessoirement un prix annuel de 5,000 francs, représentant la rente du capital, et destiné à récompenser les travaux qui auront fait avancer la question du choléra asiatique ou des autres maladies épidémiques, en découvrant dans le milieu ambiant leurs causes organiques ou autres.

Les termes par lesquels le testateur exprime sa pensée prouvent de la manière la plus formelle qu'il veut attirer ici l'attention des savants et des médecins sur de nouvelles analyses de l'air spécialement entreprises pour la recherche de matières qui pourraient s'y rencontrer, et qui seraient capables de jouer un role dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Cette idée n'est, du reste, pas nouvelle, et elle s'est manifestée par divers essais qui indiquent la préoccupation où l'on a été, à ce sujet, à différentes époques de la science.

En considérant jusqu'à quel degré de précision a été poussée dans ces

derniers temps la connaissance des éléments inorganiques de l'air, M. Bréant a pu penser que, précisément à cause de cette perfection des procédés physiques et chimiques, on pouvait entreprendre aujourd'hui des recherches sur les principes organiques morbifiques contenus dans l'atmosphère, principes qu'il conviendrait toutefois de soumettre beaucoup moins à l'analyse chimique, que de chercher à les séparer sans les altérer, afin de pouvoir étudier leur action sur les êtres vivants.

Si la section de médecine et de chirurgie doit demander que de semblables recherches soient faites avec toute la rigueur et toute l'exactitude qu'on est en droit d'attendre des sciences modernes, elle reconnaît d'un autre côté que ces études sont entourées de difficultés sans nombre. Ces difficultés, déjà énormes pour le physicien et pour le chimiste chargés de rechercher et d'isoler les principes morbifiques dans l'air, deviendront peut-être encore plus grandes pour le physiologiste et pour le médecin, qui devront en constater les effets délétères sur l'homme et sur les animaux.

En résumé, le programme à établir sur le testament précédemment mentionné et interprété dans ce qu'il a de formel, peut se réduire aux conditions suivantes, auxquelles les compétiteurs devront satisfaire :

1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra :

Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas;

Ou,

Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie;

Ou enfin,

Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les productions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie.

Anatomie pathologique.

M. Laugier lit un Mémoire sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus.

Dans un premier Mémoire, j'ai établi le mode d'accroissement de la membrane des bourgeons charnus par déposition successive de couches de lymphe coagulable, et l'organisation immédiate de ces couches par développement de vaisseaux capillaires de nouvelle formation. Il était supposable que, dans les maladies de cette membrane, ce travail physiologique serait modifié, et que les modifications qu'il subirait deviendraient les meilleurs signes de ces maladies, en même temps qu'elles en constitueraient l'anatomie pathologique.

Pour vérifier l'exactitude de cette hypothèse, j'ai dû me livrer à l'étude des changements apportés par la maladie :

1° Dans la stratification de la lymphe coagulable des granulations;

2° Dans la production de ses vaisseaux sanguins;

3° Dans la sécrétion du pus de bonne nature, qui est la sécrétion normale de la plaie saine.

Ces phénomènes sont simultanés dans une plaie saine. Qu'ils le fussent ou non dans chaque maladie des plaies, leur ensemble devait contribuer à en former le caractère particulier. J'ai dû, en conséquence, m'attacher à rechercher, dans chaque maladie, de quelle manière et à quel degré la formation du tissu de la cicatrice déviait de sa marche naturelle.

Une première remarque curieuse que j'eus l'occasion de faire, c'est que la pathologie et l'anatomie pathologique des plaies sont, pour ainsi dire, régies par deux faits anatomiques que j'ai signalés dans mon premier Mémoire :

1° La stratification de la lymphe coagulable dans la membrane des bourgeons charnus;

2° La disposition des vaisseaux nutriciers de cette membrane par grappes distinctes.

Du premier fait dérive, en anatomie, l'accroissement successif, en épaisseur, des granulations, et j'ai reconnu, dans la plupart de leurs maladies, l'altération partielle en épaisseur, de sorte que tantôt l'accroissement successif est seulement arrêté dans sa marche, tantôt des couches déjà produites sont détruites, les couches inférieures à celles-ci restant saines.

Du second fait (la disposition des vaisseaux par grappes répondant à des bourgeons charnus sensiblement isolés) résulte, en anatomie, l'inégalité de développement de ces bourgeons, et par suite la cicatrisation par îlots dans une plaie exposée large, cicatrisation signalée par tous les auteurs, mais qui n'avait pas été rapportée jusqu'ici à un arrangement anatomique particulier.

En pathologie, c'est à la même cause qu'il faut attribuer, selon moi, la destruction partielle ou complète de points distincts dans l'étendue d'une même plaie, les autres parties de cette plaie conservant plus ou moins longtemps, et quelquefois jusqu'à la cicatrisation parfaite, toutes les conditions de l'état sain.

Dès le début de mes recherches sur les altérations de la membrane des granulations, je dus reconnaître que la pathologie des plaies est presque toute à faire, et qu'il n'existe même pas d'énumération exacte des maladies de la membrane des solutions de continuité exposées, soit qu'on la considère dans les plaies proprement dites, soit qu'on l'étudie dans les ulcères. En effet, dans les Traités de chirurgie on s'est borné jusqu'à présent à exposer ce qu'on appelle les accidents des plaies. Ces accidents sont : la douleur, l'hémorrhagie, l'inflammation, la pourriture d'hôpital, le tétanos, l'infection purulente.

Or, parmi eux, la douleur et l'hémorrhagie, le tétanos et l'infection purulente sont tout à fait indépendants de la membrane des granulations; les deux derniers seuls, l'inflammation et la pourriture d'hôpital, ont véritablement pour siége la plaie même; mais, au point de vue anatomique, leur étude est encore peu avancée.

Je me proposai donc d'en faire un examen plus approfondi et de rechercher les divers états pathologiques des granulations, soit dans les plaies exposées, soit dans les ulcères, en prenant toujours pour point de départ et pour terme de comparaison l'organisation anatomique et le mode d'accroissement de la membrane des bourgeons charnus. C'est le résultat d'une partie de ces recherches que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'Académie.

Les solutions de continuité de la membrane granuleuse, ses ecchymoses accidentelles, son inflammation, la pourriture d'hôpital et une sorte de mortification spontanée, analogue, par sa marche et sa cause, à la maladie connue sous le nom de *gangrène sénile*, telles sont les affections dont l'étude m'a donné, jusqu'à ce jour, des résultats dignes d'être présentés.

Plaies. — Une plaie qui suppure peut être elle-même le siége d'une solution de continuité. Les vaisseaux de la membrane des bourgeons charnus ont des parois si minces, que la moindre violence en produit la déchirure. Ce sont les vaisseaux les plus superficiels qui sont ouverts alors; mais si le moindre froissement, si le moindre contact d'une pointe aiguë ou d'un tranchant acéré suffit pour la division de ces vaisseaux si fins, j'ai vérifié que rien n'est plus prompt aussi que la guérison de cette petite plaie : dès le lendemain, il ne reste aucune trace de ces blessures superficielles. Elles n'ont donc aucune importance en pathologie; mais, au point de vue anatomique, il n'est pas sans intérêt de remarquer que la membrane des bourgeons charnus, avec la lymphe coagulable et ses vaisseaux nouveaux, n'étant elle-même qu'un organe de réparation, où le travail d'organisation est incessant, ses propres solutions de continuité accidentelles se ferment avec une rapidité exceptionnelle.

Si, cependant, ses plaies sont plus profondes, on voit, dans l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus, une ecchymose qui se dissipe assez lentement pour qu'on puisse en constater la présence pendant plusieurs jours. Sa couleur s'obscurcit par la déposition successive de la lymphe coagulable; de sorte que je m'en suis servi comme de la poussière de charbon, et plus sûrement même, pour constater la stratification de la membrane des granulations.

Inflammation. — Bien que l'inflammation des plaies soit un de leurs accidents les plus fréquents, ses phénomènes locaux n'ont été étudiés que très-imparfaitement. L'ouvrage du vénérable M. Boyer ne fait pas même mention des modifications subies alors par la membrane des bourgeons charnus.

Dans un ouvrage récent, très-estimé, et que j'ai choisi parce que les détails y abondent et que les auteurs ont eu le dessein de faire un Traité de chirurgie complet, on trouve une description de l'inflammation des plaies, dans laquelle les phénomènes ne sont pas présentés dans l'ordre de leur apparition. L'arrêt de la cicatrisation, sa marche rétrograde, sont énoncés, mais non décrits.

C'est à ces notions cependant que se bornent les connaissances actuelles sur les modifications locales d'une plaie exposée soumise à l'inflammation.

Avant d'indiquer les changements organiques réels et, suivant moi, seuls caractéristiques, que j'ai constatés dans une plaie dont l'inflammation s'est emparée, il me paraît utile de rechercher la différence qui existe entre une plaie exposée saine et un organe enflammé.

Une membrane des bourgeons charnus vermeille et qui fournit du pus de bonne nature n'est pas, à mes yeux, un organe enflammé.

Croire à l'inflammation dans une plaie saine, c'est se laisser tromper par la coloration de la plaie, comparée à tort à la rougeur inflammatoire, ou par la présence du pus, qui se montre en effet dans l'inflammation dite

suppurative et lui sert de preuve au sein des parties, où un travail de réparation n'a aucune raison d'être.

Dans une partie enflammée qui devient rouge, il y a afflux du sang dans les capillaires et pénétration de ce fluide dans des vaisseaux qui n'en contiennent pas d'ordinaire : c'est un état anormal.

Dans la membrane des bourgeons charnus, au contraire, la couleur rouge tient seulement à la finesse des parois des vaisseaux de nouvelle formation, qui sont de prime abord des vaisseaux sanguins et semblent tracés en leur premier linéament par le sang lui-même, dans des fissures de la lymphe coagulable. Ils ne le contiennent donc pas accidentellement. C'est là, à mes yeux, une différence radicale. Les pathologistes qui regardent toute plaie exposée comme une surface enflammée, tombent d'autre part dans une étrange contradiction : ils admettent avec juste raison que, si l'on rapproche les côtés des bourgeons d'une plaie saine, ces petites surfaces adossées adhèrent aussitôt les unes aux autres, et qu'on obtient ainsi ce qu'on appelle la réunion immédiate secondaire ; et ils déclarent en même temps, avec la même exactitude, que si une plaie s'enflamme (ce qui impliquerait qu'une plaie saine n'est pas une inflammation) la cicatrisation s'arrête, et est retardée jusqu'à ce que l'inflammation ait cessé.

Ces deux assertions, très-exactes l'une et l'autre, posent une opposition complète entre la plaie saine et la plaie enflammée, sans que jusqu'ici les pathologistes dont je parle aient paru s'en apercevoir.

Mais c'est en comparant l'état anatomique de la plaie saine et de la plaie enflammée que j'ai pu saisir leurs différences caractéristiques.

On voit dans une plaie exposée saine des couches de lymphe coagulable, régulièrement stratifiées, minces, organisables et aussitôt pourvues de vaisseaux. L'inflammation survient-elle, la teinte de la plaie change et devient d'abord d'un rouge plus vif, mais à la loupe on ne voit plus apparaître de vaisseaux capillaires nouveaux ; la dernière couche de lymphe coagulable déposée conserve l'aspect d'une pellicule blanchâtre transparente, mais elle n'est plus pénétrée par des capillaires sanguins ; la sécrétion de la lymphe à sa surface n'a pas cessé, elle est au contraire souvent plus abondante que dans la plaie saine, mais elle n'est plus stratifiée, elle est tantôt sous forme de flocons caillebotés, tantôt sous forme de fausses membranes minces ou épaisses, et d'épaisseur inégale, tout à fait opaques, quelquefois grisâtres, mêlées de sang, mais toujours inorganisables.

Il y a donc entre la plaie saine et la plaie enflammée autre chose qu'une différence de degré dans l'état phlegmatique. Dans la première, le travail de réparation s'opère ; l'organe sécréteur du pus se renouvelle et reçoit les vaisseaux sanguins, qui lui constituent une vie propre ; la suppuration est louable, c'est-à-dire contient l'élément plastique et organisable en proportion convenable. Dans la seconde, avec plus de sang dans les vaisseaux déjà formés, à en juger par une couleur rouge plus vive, il n'y a plus production de vaisseaux nouveaux, peut-être parce que le produit plastique n'est plus organisable.

Il est infiniment probable que la lymphe coagulable en excès est versée, à la surface d'une plaie enflammée, comme le pus lui-même, c'est-à-dire à travers les parois des vaisseaux de la membrane des bourgeons charnus : elle est donc tirée du sang, qui circule dans les vaisseaux.

Est-elle produite par une action particulière des parois vasculaires ? ou plutôt ne trouve-t-on pas vérifiées ici, mais par une sorte d'analyse spontanée, les belles recherches de MM. Andral et Gavarret sur l'accroissement de la fibrine du sang dans les phlegmasies?

En résumé, d'après l'examen auquel je me suis livré, l'inflammation dans une plaie exposée est caractérisée anatomiquement par un afflux sanguin qui colore plus vivement les bourgeons charnus, par la disparition des vaisseaux capillaires de nouvelle formation, et par la sécrétion de lymphe coagulable non stratifiée, dont le dépôt peut affecter diverses formes, mais qui n'est pas organisable comme dans l'état sain.

Cure radicale de la hernie inguinale.

M. Gerdy lit sur ce sujet le Mémoire suivant :

Parmi les maladies dont l'humanité peut être affligée, les hernies du ventre sont des plus communes. Par la gène et les embarras qu'elles apportent au cours des matières de la digestion, par les coliques dont elles sont la source, elles deviennent parfois si pénibles, que des malades au désespoir veulent à tout risque en être débarrassés. Enfin par les dangers de l'étranglement, elles tiennent la mort incessamment suspendue sur la tête de ceux qui en sont affectés. On conçoit dès lors que des malades réclament une opération même dangereuse pour échapper à ces souffrances et aux inquiétudes qui les tourmentent et empoisonnent leur existence. « Je ne puis plus supporter la vie, si vous ne me débarrassez de cette affection,» m'écrivait de Valenciennes, en 1841, un garde d'artillerie qui me demandait la guérison.

Aussi la chirurgie cherche cette cure radicale, même par les opérations les plus périlleuses ; mais la chirurgie, prudente et douce, tourne ses regards de tous côtés pour trouver l'opération la moins dangereuse et la moins cruelle.

La hernie inguinale étant la plus commune, c'est de celle-là que nous allons surtout nous occuper.

Voyons d'abord les conditions que la chirurgie a cherché à remplir.

Raisons qui ont conduit à l'invention des diverses méthodes de cure radicale des hernies. — Disons, pour l'intelligence du sujet, que les hernies sont des tumeurs sous-cutanées sorties du ventre.

1° Comme les hernies rentrent ordinairement dans le ventre par le simple *coucher sur le dos*, et ressortent au contraire lorsqu'on se lève, on a dû, dès longtemps, penser à prolonger le coucher pour guérir les hernies. Mais ce traitement est long, ennuyeux et peu efficace.

2° Comme la main contient bien une hernie par la compression qu'elle exerce à travers la peau sur une ouverture herniaire, les chirurgiens ont cherché à imiter l'action de la main par des bandages, mais ils n'ont pu leur donner les délicates sensations tactiles et musculaires qui éclairent, dirigent l'action de la main et en font un instrument merveilleux de sensibilité, d'intelligence et d'adresse qu'il n'est pas donné à l'homme d'égaler, et ne peut être que l'œuvre d'une intelligence suprême. Aussi toutes les machines inventées par les mécaniciens sont-elles impuissantes.

3° *L'action du froid et des matières astringentes* sur la peau et particulièrement sur le scrotum qu'il resserre, en faisant rentrer les hernies, ont fait recourir à ces moyens; mais l'expérience a été moins favorable encore à leur emploi qu'à celui des bandages. Ces moyens étaient généralement impuissants, doit-on recourir à des opérations chirurgicales capables de causer quelque douleur et d'exposer à quelque danger? Si l'on ne le devait pas, la chirurgie devrait briser ses armes. A mon sens, on peut toujours recourir à une opération chirurgicale, pourvu qu'elle soit plus sûre, plus efficace que tout autre remède et qu'elle ne soit pas la source de plus de souffrance et de plus de danger que la maladie à laquelle on l'oppose. Tout en établissant ce principe comme incontestable, je n'en ai pas moins cherché, pour la cure radicale, la méthode et le procédé le plus doux et le plus sûr, et j'ose même dire que ma pratique de chirurgien des hôpitaux depuis trente ans, et les plus importants des procédés et des méthodes opératoires que j'ai inventés, ne m'ont jamais fait classer parmi les chirurgiens téméraires.

Mais continuons à rechercher les principes qui ont présidé à l'invention des opérations de cure radicale des hernies. Pour bien apprécier ces principes, il faut se rappeler que les viscères, en sortant du ventre, se sont coiffés ou enveloppés du péritoine qui tapisse la cavité du ventre ; que dans la hernie inguinale ces viscères se trouvent alors dans un canal dont l'aine est creusée sous la peau et dans leur enveloppe ou *sac herniaire*.

4° Dès lors on a dû croire que l'on pouvait guérir la hernie en la réduisant et en rétrécissant ensuite le sac herniaire par une suture qu'on a nommée *royale*, ou en l'oblitérant, soit par la ligature, soit par une inflammation adhésive; mais l'expérience a montré que lorsque le sac est très-rétréci ou oblitéré, les intestins repoussent cette barrière impuissante, entraînent une nouvelle portion de péritoine et reproduisent la hernie.

5° L'ouverture herniaire qui donne passage aux intestins sous la peau a suggéré l'idée de resserrer, d'oblitérer cette ouverture qu'on nomme l'*anneau inguinal*, par la cautérisation, la caustication, par le sac pelotonné sur lui-même, après une opération sanglante de hernie étranglée, par une languette de peau, etc. Cette dernière opération étant fort dangereuse, ne paraît être rationnelle qu'à la suite d'une opération de hernie étranglée. Mais, tous ces moyens étant d'ailleurs aussi douloureux que redoutables, il a fallu chercher encore quelque chose de plus avantageux.

6° Alors m'est venue l'idée d'oblitérer et d'enflammer à la fois le canal herniaire et ses deux ouvertures en poussant et invaginant simplement la peau, sans incision, dans le canal inguinal qui est derrière, pour l'y faire adhérer et la fermer par un long bouchon organique. Voilà la pensée de l'invagination : introduire quelque chose, la peau, renversée, retournée sur elle-même, comme un doigt de gant, dans le canal herniaire, parce que c'est plus simple, ou même un corps étranger, comme un séton, pour y développer une inflammation adhésive. Cette pensée est-elle féconde et pratique? Je le crois ; mais ce qui est bien plus important et doit avoir beaucoup plus d'autorité que ce que je puis croire, c'est que le monde chirugical l'a partout accueillie avec l'espoir d'un succès assuré. En effet, en France MM. Roux, Velpeau, et plus tard Valette, etc., en Suisse Hecker, en Italie Signorini, en Angleterre Bransbycooper, en Allemagne Lehmann, Bruns, Scha, Zeis, Schall, Günther, Wutzer, Sotteau, Wetmann, Christopher ; on se mit aussitôt à l'appliquer avec une ardeur inconnue dans toute opération nouvelle. Mais les croyances des hommes ont peu d'autorité quand elles ne sont pas soutenues par la raison appuyée sur l'expérience. Cependant je dois dire que, depuis la découverte de l'invagination, l'ardente confiance qu'elle a inspirée ne s'est pas refroidie. Pendant le cours de cette année, nous avons vu un professeur de l'école secondaire de Marseille apporter un nouveau procédé à la Société de chirurgie de Paris, pour perfectionner l'invagination, M. Rothmund lui adresser le compte rendu d'une foule d'opérations de ce genre faites en Allemagne, M. Valette, couronné par l'Académie chirurgicale de Madrid pour

un autre procédé. Mais voyons donc d'abord les résultats définitifs de l'invagination.

Résultats généraux et définitifs de l'invagination. — 1° Le plus général, c'est que presque tous les opérés guérissent *immédiatement* dans l'espace de vingt jours à un mois. Mais cette guérison *immédiate*, ou *récente*, n'est parfois que temporaire, et la maladie tend à reparaître ou se reproduit, un peu plus tard, par les efforts musculaires du ventre et peut-être par la tendance naturelle de la hernie à se reproduire.

2° Mais elle reparaît améliorée et ressort plus difficilement, plus petite qu'auparavant et coercible par un bandage, tandis qu'avant l'opération elle pouvait être d'un volume énorme, de la grosseur de la tête du malade, et tombant au-dessous de la partie moyenne de la cuisse, et être incoercible (Valette, *Cure rad.*, 8e *obs.*). Alors la cure n'a été que *palliative*, ce n'en est pas moins déjà une grande amélioration qui sauve le malade de bien des peines, de bien des inquiétudes, et lui rend la capacité de travailler qu'il avait perdue. Cette cure palliative permet de recommencer l'opération de l'invagination avec succès, comme cela m'est arrivé, et comme on en trouve un exemple dans l'observation 12 de la Thèse de M. Thierry, qu'il a emprunté à ma clinique de l'hôpital Saint-Louis. Cette cure palliative, ces améliorations, la coercibilité de la hernie, la possibilité de répéter l'invagination avec succès, ont été vérifiées beaucoup de fois en Italie, en Allemagne, en France, etc.

Ces résultats ont paru très-avantageux, et si précieux à M. Valette en particulier, qu'il a dit textuellement (*Cure rad. des hern.*, p. 111, 1854) : « .... J'ai réalisé un immense progrès.... mon procédé ne s'applique pas « aux petites hernies.... j'ai imaginé mon opération (l'invagination modifiée par M. Valette) pour guérir ces hernies très-volumineuses que « rien ne peut contenir (p. 113). » Et M. Valette ajoute de nouveaux faits aux faits de cure palliative et de répétition de l'opération avec succès, anciennement publiés : 1° par l'inventeur de l'invagination (voir *Thèse* de concours pour le professorat à la Faculté de Paris, par A. Thierry, *sur la cure radicale de la hernie*, 1841, p. 75, 81, 85); 2° par les chirurgiens italiens, *ibid.*, p. 88, 92); 3° par M. Bransbycooper, en Angleterre; 4° par les chirurgiens allemands (*voy.* Rothmund, *Ueber radical oper. beweglicher Leistenbruche*, p. 132); 5° par les chirurgiens français MM. Laugier, Robert entre autres.

3° Mais l'invagination fait mieux encore : elle produit la guérison radicale de la hernie inguinale, on n'en peut plus douter. Jusqu'à ce jour, on se plaignait que les exemples de guérison n'étaient pas assez anciens pour qu'on pût être sûr qu'elles étaient *radicales*; mais moi, qui ai le triste avantage d'être le plus ancien praticien de l'invagination, j'en possède de très-anciens, deux qui datent de treize ans, un de dix-sept ans, et deux de dix-huit ans. Cependant, je ne puis donner une statistique exacte de tous mes résultats pratiques. Les malades qui n'ont plus besoin du chirurgien reviennent rarement le voir, et ils sont souvent impossibles à retrouver, dans une cité comme Paris. Je sais seulement que, sur une centaine de cas environ, j'ai perdu quatre malades, que presque tout le reste a guéri; qu'il y a eu peut-être un quart de récidives, et souvent par la faute des malades.

Si l'on fait la part de l'inexpérience inévitable chez l'homme qui emploie le premier l'opération qu'il a imaginée, mais non encore appliquée; si l'on compare ces résultats à ceux des opérations dangereuses, comme les amputations de jambe et de cuisse qui entraînent une mortalité de trois sur quatre à Paris; si l'on considère que les opérations les plus innocentes en général, comme une simple saignée, peuvent être suivies de mort; si l'on considère enfin que les réfrigérants qui ont concouru à la mort du premier malade, une affection du cœur non avouée, à la mort du second, ce qui ne se renouvellera plus, parce qu'on rejette les réfrigérants et qu'on évite les hernieux qui présentent des complications dangereuses, on regardera ces résultats comme bien peu graves. Ils le paraîtront encore moins si l'on en rapproche les résultats obtenus en Allemagne par l'invagination, d'après la statistique donnée par M. Rothmund, dont voici le résultat très-court : Sur cent quarante opérations pratiquées à la clinique de Munich, par plusieurs chirurgiens, pas un cas de mort; quatre individus atteints de hernies incoercibles ont pu les contenir par un bandage.

Le nombre des récidives connues à l'auteur s'élève à treize. Le plus souvent une opération nouvelle quelconque a été suivie de guérison. Il n'y a que six cas d'insuccès complet et sans résultat. Les autres malades ont obtenu l'occlusion du conduit herniaire à un degré tel, que M. Rothmund ne peut douter du succès, d'autant mieux que beaucoup de ces individus vivent dans la localité, et qu'il n'aurait pu ignorer les récidives qu'ils auraient eues. Bien des fois il en a vu dont la guérison datait de plus d'une année. Sur trente-quatre hommes opérés suivant le procédé de Mosner, il y a eu un résultat nul, un de récidive, deux d'amélioration, un de mort. Tous les autres ont guéri si solidement, que la récidive est hors de toute vraisemblance. Sur sept femmes, il y a eu deux résultats nuls, cinq heureux, constatés pour quatre au bout de plusieurs années. Nous ne dirons rien des résultats contestés de M. Sigmond, de Vienne. M. Valette compte dix-sept cas de guérison sans mort, mais elles ne datent que de quelques années; on ne peut pas encore les regarder comme des cures radicales. Le temps, au reste, éclaircira ces mystères. On m'a reproché de n'avoir pas fait connaître plus tôt mes résultats et défendu une opération utile à l'humanité. J'ai pensé, puisqu'il fallait du temps pour apprécier la solidité de la cure, qu'à une époque aussi industrielle que la nôtre, il serait de bon goût, au plus intéressé au succès, d'attendre que d'autres vinssent l'aider à prouver la vérité. Si, comme je le crois, nous avons démontré la nécessité, le peu de danger, l'utilité de l'invagination, nous devons chercher maintenant le procédé qu'on doit préférer.

Typhus et fièvre typhoïde.

M. Landouzy adresse la réclamation suivante à propos de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde :

M. le professeur Forget ayant présenté à l'Institut un Mémoire destiné à prouver, d'après des faits cliniques, la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde; et M. Gaultier de Claubry ayant adressé, dans la dernière séance, un ouvrage destiné à soutenir la doctrine contraire, je crois devoir faire remarquer que je suis arrivé, il y a quatorze ans, aux mêmes conclusions que M. Forget, également d'après des faits cliniques.

Non que je veuille contester à mon très-savant confrère de Strasbourg le mérite d'avoir tranché ce grave problème par de nouvelles observations; mais cette question étant l'une des plus élevées et des plus complexes de la pathologie, je tiens à honneur de rappeler la part que j'y ai prise, dans un travail couronné par la Faculté de Paris, au concours de 1841, inséré dans les *Archives de médecine*, en 1842, et dont j'envoie un exemplaire à la commission nommée précédemment. (Renvoi à l'examen de la commission nommée pour le Mémoire de M. Forget[1], commission qui se compose de MM. Serres, Andral et Rayer.)

— A propos de la même communication, M. Leroy adresse aussi une réclamation :

Le Compte rendu de la séance du 9 octobre 1854 de vos séances annonce un travail de M. Forget, dans lequel, dit ce professeur, se trouve la solution d'un grave problème, qui tient en suspens le monde médical depuis vingt-cinq ans : c'est celui de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Il y a aujourd'hui plus de vingt-deux ans que, répondant à la question que l'Académie avait proposée sur les fièvres pour le grand prix de médecine, je crois avoir fixé, dans un Mémoire qu'elle a daigné distinguer, les différences qui existent entre ces diverses affections, et ouvert la voie qui conduit à la solution du problème en question, si même je ne l'ai complétement tranchée. Il m'est donc permis d'intervenir dans cette discussion, et c'est ce que je prends la liberté de faire, en détachant de l'ouvrage auquel mon Mémoire a donné lieu les seules pages qui y ont trait, et que j'ai l'honneur de vous adresser, afin qu'elles soient soumises à la Commission nommée pour apprécier le travail de M. Forget.

Candidature.

M. Leroy (d'Étiolles) se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. le Ministre vient d'accorder la gratuité d'une ou de deux inscriptions aux élèves qui se sont dévoués au service des cholériques pendant la dernière épidémie. Nous avons vu avec peine plusieurs élèves oubliés dans cette distribution de récompenses, et notamment M. Albert, qui a rempli à l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi les fonctions de chef de clinique pendant que l'épidémie y faisait de tristes ravages. Pr ALQUIÉ.

(*Ann. de clinique de Montpellier.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 143. 2e année. Samedi 2 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — PARIS : Séance de l'Académie de médecine. — Nouveau procédé pour obvier à l'oblitération de l'urètre après l'amputation de la verge, par M. le Dr Ph. Ricord. — Nouveau genre de luxations (luxations par allongement des os), lettre à M. le professeur Malgaigne, par M. le Dr J. Parise. — THÉRAPEUTIQUE : Sur un enduit noir de la langue, par M. le Dr Eulenberg (de Coblentz). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

Paris, le 1er Décembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Discussion du cancer.

9e SÉANCE.

Nous pouvons aujourd'hui faire un aveu à nos lecteurs. L'avant-dernière séance de l'Académie nous avait laissé dans un état d'affaissement que nous n'entreprendrons pas de décrire. En vain cherchâmes-nous à dissimuler nos soucis sous les formes de la plaisanterie; ce n'était qu'un rire forcé, qu'un rire pathologique, symptomatique d'une violente agitation intérieure. La théorie unitaire troublait nos veilles, et la cellule *philosophique* nous poursuivait jusque dans notre sommeil. Nous en étions venu à envier le sort de Damoclès,

> Districtus ensis cui super impiâ
> Cervice pendet.

Car enfin, le crin qui supportait la terrible épée de Denys pouvait à la rigueur résister jusqu'à la fin du repas; tandis que la seconde partie du discours de M. Delafond était pour nous un danger certain et inévitable. — Il était clair que notre redoutable adversaire, fidèle aux principes de l'art oratoire, qui sont aussi ceux de l'art stratégique, avait dû réserver pour le dernier moment ses coups les plus certains et ses mouvements les plus irrésistibles. Nous étions bloqué dans notre citadelle; la brèche était ouverte, nous attendions l'assaut, et notre ennemi, plus expérimenté que nous, allait nous attaquer avec nos propres armes qu'il a appris à manier depuis plus de quinze ans.

Nous nous sommes donc rendu aujourd'hui à notre poste, avec une résignation mêlée de découragement. Après quelques préliminaires indispensables, la sonnette fatale a donné le signal, et M. Delafond s'est avancé. O surprise! ô bonheur! il ne brandissait plus cet étendard néfaste sur lequel étaient représentées les cellules jumelles du pus et du cancer. Il tenait à la main un rameau d'olivier, symbole de paix. Loin de continuer son œuvre destructive, et loin de monter à l'assaut, il a relevé une à une les pierres de nos murs démantelés, et, réparant de ses propres mains la brèche qu'il avait ouverte, il s'est retourné vers les assaillants et leur a lancé ces paroles :

« Je dis que le microscope est un instrument *extrêmement* « précieux et propre à nous éclairer d'une façon fort utile ; je « dis que lorsque dans une tumeur le microscope vous a fait « découvrir la cellule du cancer, vous devez en tenir compte ; « et, quant à moi, je dois déclarer que *jamais je ne me pro-* « *nonce* sur la nature des tumeurs que j'enlève, *avant de les* « *avoir examinées au microscope.... Je ne puis plus me* « *passer du microscope dans mes recherches !*.... Vous voyez « donc, messieurs, que je suis *le premier* à reconnaître, « entre les cellules des différentes espèces de tumeurs, des dif- « férences de forme et de dimensions. — Je ne m'en suis pas « tenu à la comparaison des cellules ; j'ai voulu voir encore les « analogies et les différences que peuvent présenter, dans les « diverses tumeurs, les noyaux et les nucléoles. Quand on com- « pare les noyaux, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils présen- « tent eux-mêmes des différences dans leurs dimensions, suivant « qu'on les examine dans le tissu cancéreux proprement dit ou « dans le tissu fibro-plastique. Ils sont manifestement plus volu- « mineux dans le premier cas, et il en est de même des nu- « cléoles .... Les dessins de M. Lebert peuvent donner *une* « *excellente idée* de ces différences de forme dans les différentes « espèces de tumeurs. »

Ce mouvement de conversion inattendu a jeté la confusion dans le camp de nos adversaires : ils se sont retirés l'œil morne et la tête baissée, maudissant intérieurement cet allié perfide qui s'était fait admettre dans leurs rangs en voilant ses instincts microscopiques sous l'honnête manteau du praticien ; tant il est vrai qu'il faut toujours se méfier des micrographes..... *et dona ferentes !* Le meilleur n'en vaut rien, comme disait un cacique mécréant, en parlant des gens orthodoxes qui le faisaient rôtir à petit feu.

Bien des gens, à notre place, se répandraient en éloges sur le discours qui a valu au microscope un triomphe aussi inespéré ; mais l'impartialité nous fait un devoir de reconnaître, contrairement aux traditions de la polémique, que le nouveau discours de M. Delafond, quoique plus vrai que le premier quant au fond, a été beaucoup moins remarquable quant à la forme : le débit était plus froid et les phrases plus embarrassées, ainsi que nos lecteurs en pourront juger, en comparant ces deux discours que notre sténographe a *textuellement* reproduits. Ceci ne veut pas dire que le talent de M. Delafond ait baissé d'une séance à l'autre ; tout le monde reconnaîtra, en effet, que la position de l'orateur était des plus délicates et qu'elle était de nature à faire naître des réticences et des ambages.

La gratitude que nous inspire une conduite si pleine d'abnégation ne saurait pourtant nous empêcher de dire que M. Delafond n'a pas entièrement dépouillé le vieil homme, et qu'il s'est même endurci dans quelques-unes de ses théories. Ainsi, il a longuement insisté sur les conditions toutes mécaniques qui permettent à la cellule *originelle* (*sic*) de revêtir les formes très-dissemblables, *dont les dessins de M. Lebert donnent une si excellente idée* (*sic*). La cellule originelle était primitivement la même dans tous les cas, et si elle eût été libre de se développer tout à son aise, elle eût certainement conservé sa belle forme arrondie. Malheureusement pour l'unité pathologique, cette cellule, dans sa marche progressive, rencontre quelquefois des accidents de terrain et des obstacles sérieux qui

la mettent dans la nécessité de sacrifier sa forme extérieure, sans perdre pour cela son identité. Par exemple, si elle prend naissance au sein d'un tissu fibreux indocile, elle s'aplatit et se rétrécit modestement. Il est vrai que la rusée regagne en longueur ce qu'elle perd sur ses autres dimensions ; elle a même soin de s'effiler à ses deux extrémités, pour mieux s'insinuer dans les interstices des fibres voisines. Et c'est ainsi que se forment les éléments fibro-plastiques, dont les dessins de M. Lebert donnent *une excellente idée.* Au contraire, lorsqu'elle se trouve placée dans un milieu plus favorable, dans un tissu flexible, qui se laisse complaisamment refouler, elle se dilate joyeusement en tous sens, en gardant sa forme sphérique. — C'est ainsi que se forment les cellules cancéreuses, dont les dessins de M. Lebert donnent une idée non moins excellente. Les observateurs superficiels, à l'aspect de différences aussi évidentes, ont méconnu l'identité de cette cellule changeante, qui, comme le gardien des troupeaux de Neptune, se plaît à tromper une curiosité indiscrète, et revêt à plaisir les formes les plus étonnantes,

Omnia transformat sese in miracula rerum;

mais les fils de Cyrène, déesse de l'unité, comme personne ne l'ignore, ont su forcer, jusque dans ses derniers retranchements, ce Protée microscopique, qui s'est avoué vaincu, *victus in sese redit,* et qui leur a dévoilé enfin les mystères de l'organisation des tumeurs.

Pour montrer l'exactitude de cette ingénieuse théorie, prenons quelques exemples bien simples.

Plaçons d'abord la cellule originelle dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la lèvre inférieure. On trouverait difficilement dans l'organisme un séjour plus favorable que celui-là. Les fibres cellulaires et musculaires du voisinage sont incapables, à cause de leur laxité bien connue, de songer à la résistance. La muqueuse et la peau de cette région possèdent, en outre, une élasticité considérable, et permettent aux fibres menacées de fuir devant la cellule ennemie. Celle-ci ne rencontre par conséquent aucun obstacle, et nous espérons bien qu'elle va se dilater tout à son aise, en vertu de sa *force métabolique.* Nous prenons donc notre microscope, nous attendant à trouver de beaux globules bien réguliers et bien sphériques. Mais quel désenchantement! le capricieux Protée se montre à nous sous la forme d'une écaille absolument plate, à bords irréguliers et anguleux, comme on le voit dans les lamelles épithéliales dont les dessins de M. Lebert continuent à donner une excellente idée.

Plaçons maintenant nos cellules originelles dans l'épaisseur des os du crâne. Elles se logeront d'abord dans une des cavités du diploé, où pendant quelque temps elles jouiront d'une liberté suffisante. Mais elles vont bientôt obéir à la force métabolique qui leur dit : Croissez et multipliez. Là où il y en avait cent, il y en aura mille, il y en aura cent mille. Que vont devenir tant de cellules infortunées? Circonscrites par d'inflexibles cloisons osseuses, étouffées dans un espace trop étroit, elles vont se comprimer réciproquement, et se disputer la place nécessaire à chacune d'elles. Leur sort est assez intéressant pour que nous prenions notre microscope. Nous allons sans doute apercevoir des cellules informes, atrophiées, ratatinées, étiolées, fibro-plastiques ou épithéliales. O miracle! ô prodige de la force métabolique! jamais nous n'avions vu de cellules mieux nourries. Elles sont bien régulières, bien spacieuses; elles ont un vingtième de millimètre et plus en tous sens. Leurs noyaux sont bien développés, leurs nucléoles bien larges. C'est un spectacle de prospérité qui rappelle les scènes flamandes de Ténier, et il suffit d'avoir jeté une seule fois les yeux sur les excellents dessins de M. Lebert, pour reconnaître à première vue les cellules cancéreuses les plus caractéristiques.

Prenons enfin un dernier exemple. Voici deux tumeurs de consistance inégale. L'une est un squirrhe des plus durs, ligneux ou rameux, plus coriace même que le navet classique, auquel la science a dû de si heureuses comparaisons. L'autre tumeur est une masse bien molle et bien friable, dont la consistance n'égale même pas celle de la pulpe cérébrale. Ces deux tumeurs proviennent de deux individus différents, mais elles ont pris naissance dans la même région du corps, au milieu de conditions tout à fait identiques. La théorie mécanique de M. Delafond n'explique guère comment la première a pu devenir si dure, tandis que la seconde est restée si molle. Mais l'homme ne peut pas tout expliquer. Nous allons pouvoir du moins deviner la structure respective de chacune d'elles. A coup sûr, la première va nous montrer des cellules aplaties ou allongées, par suite de la gêne mécanique qui en a entravé le développement. La seconde, au contraire, nous présentera de belles cellules sphériques, bien larges et bien régulières. Nouveau désappointement! nous trouvons précisément l'inverse de ce que nou savions prévu. Le squirrhe ligneux ou napiforme renferme de véritables cellules de cancer, tandis que la tumeur molle ne contient que des éléments fibro-plastiques. Après tant de vérifications successives, nous sommes donc obligé de reconnaître que la théorie de M. Delafond est en contradiction avec les faits les plus vulgaires, et que les éléments microscopiques des tumeurs se développent chacun à sa manière, comme si chacun d'eux avait une *force métabolique* spéciale, en bravant, du reste, toutes les influences mécaniques connues.

M. Delafond a plusieurs autres théories que nous n'avons pas le temps d'examiner. Ainsi, nous passerons sous silence ses opinions sur la période amorphe du cancer et sur la cachexie cancéreuse ; nous nous bornerons à lui rappeler en passant que la matière cancéreuse *en nature* a été maintes fois trouvée dans le sang. Nous lui en citerions, s'il le fallait, plus de cent exemples ; mais on conçoit que cela nous entraînerait trop loin.

Toutefois, nous dirons quelques mots de la théorie de l'éminent vétérinaire sur les récidives locales. Suivant lui, les cellules cancéreuses n'existent pas seulement dans la tumeur, on les trouve encore à l'état d'infiltration, jusqu'à une assez grande distance, dans des tissus en apparence parfaitement sains. Il en résulte plusieurs conséquences pratiques : en premier lieu, il faut, dans les opérations, déborder au loin les limites apparentes du cancer ; il n'est même pas mauvais, lorsque l'ablation est achevée, de cautériser énergiquement le fond et les bords de la plaie, pour détruire les cellules invisibles qui y restent encore ; en tout cas, il faut bien se garder de réunir la plaie par première intention, afin de ne pas emprisonner le loup dans la bergerie. M. Delafond, en effet, ayant examiné avec le plus grand soin le pus qui s'écoulait de la plaie pendant les premiers jours, y a découvert, au milieu des globules purulents classiques, de véritables cellules de cancer. Tant que dure cet écoulement de cellules cancéreuses, la cicatrisation n'a pas lieu ; elle s'effectue, au contraire, dès que la suppuration reprend ses caractères microscopiques ordinaires.

Cette opinion a paru nouvelle à l'Académie. Il est juste pourtant de dire qu'elle remonte jusqu'au XVIIe siècle, et peut-être même jusqu'à l'antiquité. Un chirurgien berlinois, dont le nom ne nous est point parvenu, ayant tenté la réunion par première intention à la suite de l'opération du cancer, tous ses contemporains blâmèrent cette conduite funeste, qui s'opposait d'après eux à l'écoulement des humeurs peccantes. Suivant Gahrliep, les accidents et les récidives résultaient de ce que les plaies se refermaient trop vite. La réunion par première intention fut donc rejetée sous ce singulier prétexte. Bientôt on alla plus loin encore : Manne ne se contenta pas de faire suppurer la plaie le plus longtemps possible; il appliqua, après la cicatrisation, un cautère sur chacun des quatre membres, et prétendit que, depuis cette innovation importante, l'opération du cancer, jusqu'alors le plus souvent infidèle, lui avait presque constamment réussi. *Credat Judæus Apella.* Ledran père était même tellement convaincu de la nécessité d'ouvrir un passage au virus cancéreux, qu'il n'hésitait pas à appliquer un cautère au centre même de la cicatrice. Ses tentatives, il est vrai, furent inutiles; la récidive osa se produire malgré l'emploi de ce moyen ingénieux, mais Ledran fils nous explique fort clairement la cause des insuccès de son père, c'est parce que *souvent les cautères*

se refermaient malgré lui (1)! Ainsi nous devons avouer que M. Delafond n'a pas ouvert à la pratique une voie nouvelle. Il y a pourtant quelque chose de nouveau et de très-nouveau dans la théorie sur laquelle reposent ses préceptes opérateurs. Ni Gabrliep, ni Manne, ni les deux Ledran, n'avaient songé à l'infiltration des cellules cancéreuses dans les tissus qui forment le fond de la plaie, et à la présence de ces cellules dans la suppuration qui s'écoule pendant les premiers jours. Le renseignement nouveau qu'apporte aujourd'hui M. Delafond aurait été pour eux un trait de lumière, et ils l'auraient sans doute accepté avec empressement. Quant à nous, qui avons bien des fois trouvé les cellules spécifiques dans la suppuration des *ulcères* cancéreux, nous devons reconnaître que nous n'en avons jamais vu dans celle des plaies qui succèdent à l'ablation complète d'une *tumeur* cancéreuse. M. Delafond n'est donc pas fondé à dire que le *microscope d'Alfort* (*sic*) montre moins de choses que les microscopes de Nachet. Il en montre, au contraire, beaucoup plus, ainsi que nous sommes obligé de l'avouer en toute humilité.

La séance a été close par une courte allocution de M. Ferrus, qui a réfuté avec beaucoup de clarté deux opinions de M. Amussat sur la fréquence de l'hérédité du cancer, et sur la nature nerveuse de la maladie cancéreuse. Nous acceptons pleinement l'appréciation de M. Ferrus sur l'influence du système nerveux; mais pour ce qui regarde la question de l'hérédité, nous croyons qu'il est allé un peu trop loin. Il nous paraît incontestable que l'hérédité est infiniment moins fréquente que ne l'a prétendu M. Amussat, mais nous ne la croyons pas aussi rare que ne semblerait l'indiquer la statistique de M. Ferrus. Il nous paraît, en effet, d'après ce que nous avons nous-même observé, que, dans les conditions ordinaires, il y a plus de deux cancers *vrais* sur cinquante qui reconnaissent pour cause une disposition héréditaire.

PAUL BROCA.

Nouveau procédé pour obvier à l'oblitération de l'urètre après l'amputation de la verge,

Par PH. RICORD, *chirurgien de l'hôpital du Midi.*

Une des conséquences fâcheuses de l'amputation de la verge, quel que soit le procédé opératoire auquel on donne la préférence, est le rétrécissement incessant de l'orifice urétral, la dysurie qui l'accompagne, l'oblitération complète de ce canal, et enfin tous les accidents de la rétention d'urine.

Les chirurgiens se sont beaucoup préoccupés de l'urètre au moment de l'opération. Les précautions que quelques-uns indiquent font voir qu'ils ont, en quelque sorte, peur de le perdre : mais ce n'est pas alors qu'il disparaît, mais bien au moment où la guérison va avoir lieu. Sans doute que, par l'usage de corps dilatants, on peut s'opposer, jusqu'à un certain point, à cette espèce d'atrésie urétrale; mais, pour n'obtenir que des résultats très-imparfaits, le malade est obligé de s'assujettir, pour toujours, à une manœuvre incommode qui le lasse et qu'il abandonne bientôt.

Pour obvier à ce grave inconvénient, divers procédés ont été proposés, sans qu'aucun ait donné les résultats qu'on avait le droit d'en attendre.

M. Ricord a plusieurs fois essayé de ménager l'urètre dans l'amputation de la verge, de manière à le laisser plus saillant que les corps caverneux, à le diviser ensuite sur la ligne médiane, pour former deux lambeaux latéraux qu'il réunissait ensuite à la peau par des points de suture.

Eh bien ! malgré les ingénieuses modifications apportées à ce procédé par notre excellent ami, M. le docteur Melchior Robert, de Marseille, les résultats sont toujours les mêmes; le travail cicatriciel se fait de la circonférence au centre, et tend toujours à produire le rétrécissement plus ou moins complet.

M. Ricord, ayant eu l'occasion de vérifier, sur le cadavre, la nature de ces espèces d'opercules cicatriciels, les a trouvés formés par une lame mince de tissu inodulaire. La disposition de cette espèce de diaphragme lui avait fait penser un moment qu'on pourrait s'en servir pour enchâsser un double bouton canalicule, semblable à celui que Dupuytren a proposé pour la grenouillette, et qu'il serait ainsi possible d'avoir un méat urinaire métallique. Mais le tissu inodulaire ayant toujours refusé de s'étreindre sur le collet, il fallut renoncer à cette ingénieuse modification.

Voici un dernier procédé qui a parfaitement réussi sur deux malades qui sont encore dans les salles de la première division de l'hôpital du Midi, et auxquels M. Ricord a amputé la verge pour des cancers dits épithéliaux.

Cette amputation a été faite, sur les deux malades, avec le fer rouge; car ce procédé réunit les avantages de l'ablation et de la cautérisation, et c'est à lui toujours que M. Ricord donne la préférence.

Mais après l'opération, malgré tous les soins qui ont été pris pour entretenir l'ouverture de l'urètre, à l'aide de bougies, dès que le travail cicatriciel a commencé, nous avons eu les résultats habituels qui accompagnent les amputations.

M. Ricord a alors imaginé le procédé suivant, dont il a eu lieu de se louer dans les deux cas dont je viens de parler. L'opérateur a pratiqué sur la partie inférieure de la verge, au-devant de l'urètre, l'excision d'un lambeau en forme de V, à sommet postérieur, à base dirigée vers la cicatrice, dont les côtés avaient 3 centimètres de longueur, sur 2 centimètres d'écartement à la base.

L'urètre, mis à découvert, a été à son tour divisé à sa partie inférieure, dans une longueur égale à celle de la plaie faite à la peau. Cette incision a été pratiquée à l'aide de l'urétrotome caché de M. Civiale.

La division faite, les lèvres de la plaie urétrale se sont aisément renversées en dehors, de telle façon qu'il a été facile de les réunir à la plaie cutanée, à l'aide de trois points de suture entrecoupée.

Il en est résulté un hypospadias artificiel. Le troisième jour, les sutures ont été enlevées, et la réunion immédiate avait eu lieu.

Il n'a pas été nécessaire de maintenir des sondes dans le canal, M. Ricord a seulement engagé les malades à uriner dans de l'eau froide, pour éviter l'influence fâcheuse de l'urine sur les lèvres de la plaie.

Dr CALVO (*de Marseille*).

Nouveau genre de luxations (luxations par allongement des os), lettre à M. le professeur MALGAIGNE,

Par le Dr J. PARISE, *professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille, ancien interne des hôpitaux civils de Paris,* etc.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous avez bien voulu trouver de quelque importance les faits de luxations dont je vous ai parlé, dans l'un des trop courts entretiens dont votre récente mission dans le Nord m'a valu la faveur; vous avez même pensé, vous si bon juge en pareille matière, vous dont les travaux ont jeté une si vive lumière sur cette belle partie de la chirurgie, que ces faits, bien qu'ils soient encore peu nombreux et incomplets à divers points de vue, méritaient d'être connus des chirurgiens. Je suis donc votre conseil et je m'empresse de les faire connaître, en vous priant de vouloir bien les couvrir de votre haute bienveillance.

La grande classe des luxations est divisée en trois ordres : les luxations *traumatiques*, les luxations *spontanées* ou *symptomatiques*, et les luxations *congénitales*. Ce n'est pas à vous, monsieur et très-cher maître, que je ferai remarquer combien cette division est illogique. Déjà, dans un autre travail (*Archives gén. de méd.*, 1842, t. XIV), et, en cela, j'espère être d'accord avec vous, j'ai cherché à faire rentrer la troisième catégorie dans la deuxième, dont elle ne diffère qu'en ce que les déplacements qu'elle comprend surviennent à une époque moins avancée de la vie. Si ces idées avaient la bonne fortune d'être partagées par

(1) *Mém. acad. de chirurgie*, in-4°, t. III, p. 35.

une autorité aussi éminente que la vôtre, les luxations se diviseraient désormais en deux grands ordres : les luxations *traumatiques* et les luxations *symptomatiques*.

Quoi qu'il en soit, les déplacements que je vais décrire dans cette lettre rentrent dans l'ordre des luxations *symptomatiques*; mais ils diffèrent assez des luxations *spontanées* ou *symptomatiques* proprement dites pour mériter de former à côté d'elles un genre à part.

Les luxations par *allongement des os* n'ont pas, que je sache, été mentionnées par les auteurs, bien qu'elles ne soient pas rares. Elles n'offrent pas le caractère de généralité des autres luxations; elles ne sont pas de nature à s'effectuer dans toutes les articulations. Il faut à leur production certaines conditions anatomiques, qui ne se rencontrent que là où deux os longs parallèlement placés s'articulent entre eux par leurs deux extrémités. Tels sont, à la jambe, le tibia et le péroné; à l'avant-bras, le cubitus et le radius.

Que l'un de ces os vienne à éprouver un changement disproportionnel dans sa longueur; qu'il devienne plus long ou plus court que son conjoint, il en résultera nécessairement un déplacement des surfaces articulaires qui unissent les deux os, une véritable luxation, soit à leur articulation supérieure, soit à leur articulation inférieure. Ainsi, que le tibia, par exemple, sous l'influence d'une nécrose de sa diaphyse, s'hypertrophie et s'allonge, nous verrons le péroné solidement fixé au tibia par son articulation inférieure, abandonner la surface articulaire tibiale supérieure, et se luxer en *bas* et en dedans.

Telle est la luxation que j'appelle par *allongement des os*. Je reconnais tout de suite que cette appellation n'est pas à l'abri de la critique, puisque la même luxation pourrait être produite par une cause inverse, *le raccourcissement* de l'un des os. Mais, outre que je n'ai pas trouvé mieux, toutes mes observations montrent la luxation liée à l'allongement anormal de l'un des os. L'allongement est donc le phénomène primitif, celui qui précède le déplacement, le produit, et en détermine l'étendue. C'est donc l'allongement qui doit servir à caractériser la luxation.

I. LUXATION DU PÉRONÉ PAR ALLONGEMENT DU TIBIA.

1re *Observation. — Luxation en bas de la tête du péroné droit par allongement du tibia atteint de nécrose; ankylose de l'articulation tibio-tarsienne du même côté.* — Un militaire, âgé de 27 à 28 ans, nommé Rigoulot, mort en 1845, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le docteur Lustreman, m'a offert le premier exemple de luxation en bas de la tête du péroné par allongement du tibia. Ce militaire était resté plusieurs mois à l'hôpital, atteint de nécroses multiples et de tubercules pulmonaires dans un degré avancé de développement. Je n'ai pas de renseignements sur ses antécédents; ce n'est qu'à l'autopsie que, voulant étudier les nécroses que présentait le sujet, j'enlevai les os malades. Encore ne fut-ce qu'après les avoir fait macérer, que je m'aperçus de l'existence de la lésion que je vais décrire.

Outre les tubercules pulmonaires et diverses lésions viscérales plus ou moins étroitement liées à la diathèse tuberculeuse, ce sujet offrait une véritable diathèse *nécrosique*. Ainsi, une nécrose de la tête de la clavicule gauche; une nécrose de l'extrémité supérieure de la première phalange de l'index gauche; une nécrose de l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté; une nécrose de l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien droit; et enfin une nécrose du tibia droit. Ce dernier est nécrosé dans son tiers inférieur. Le séquestre presque entièrement détaché comprend la plus grande partie du cylindre de l'os, dans une longueur de 5 centimètres à partir de 5 à 6 centimètres au-dessus de sa surface astragalienne. La continuité de l'os s'est rétablie par des prolongements osseux autour de la portion mortifiée. Au-dessus et au-dessous de ce point, le tibia, augmenté de volume et comme éburné, envoie des végétations osseuses, dont quelques-unes vont rejoindre le péroné et se confondent avec lui. Plusieurs végétations semblables naissent aussi de ce dernier os. Du reste, la direction du tibia est restée normale.

Le péroné, à part les végétations osseuses développées sur son quart inférieur et déjà indiquées, a sa forme et sa direction normales.

Les deux os de la jambe, à leur extrémité inférieure, sont soudés entre eux et avec l'astragale dans leurs rapports normaux, ainsi que je m'en suis assuré par une coupe verticale traversant à la fois les deux malléoles et l'astragale. Cette soudure, qui paraît s'être effectuée sans suppuration de la jointure et sans destruction des os, est importante à noter; en effet, les deux os de la jambe une fois soudés dans leurs rapports normaux par leurs extrémités inférieures, devaient se désunir à leurs extrémités supérieures si l'un d'eux venait à changer de longueur par rappor à l'autre; c'est ce qui est arrivé.

La tête du péroné ne répond plus à la facette tibiale qui lui est destinée. Elle est évidemment descendue de plus d'un centimètre, en même temps qu'elle s'est rapprochée de l'axe du tibia, c'est-à-dire qu'elle s'est déplacée *en bas* et *en dedans*. Il en résulte qu'elle est moins saillante sur le plan externe de la jambe, et qu'elle est plus éloignée d'un plan traversant horizontalement l'articulation fémoro-tibiale. Les facettes articulaires du péroné et du tibia ont leur aspect normal, bien qu'elles ne se touchent en aucun point. Il n'y a pas de surfaces articulaires nouvelles appréciables sur les points par lesquels les os se touchent.

Ce fait met hors de doute la luxation qui fait le sujet de cette lettre. Voici deux os placés côte à côte, naguère articulés par leurs deux extrémités, articulés encore et même ankylosés dans leurs rapports normaux à l'une de leurs extrémités, tandis qu'ils sont disjoints à l'autre. Qu'est-il donc survenu entre ces deux os? Évidemment un développement disproportionnel. Mais ce développement disproportionnel devait-il être attribué à l'élongation du tibia ou au raccourcissement du péroné, ou enfin à ces deux causes combinées?

Bien que quelques faits de réparation osseuse acquis à la science m'eussent convaincu que c'était à l'élongation de l'os nécrosé qu'il fallait attribuer le déplacement, je ne pouvais m'empêcher d'en attribuer une certaine part au raccourcissement du péroné. On sait, en effet, et j'ai cherché à le faire ressortir dans mon *Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (*Archives gén. de méd.*, 1843, t. 2), que, lorsqu'une lésion chronique attaque un os, tous les os du membre affecté subissent une atrophie qui porte à la fois sur leur masse, *atrophie interstitielle*, et sur leur longueur, *raccourcissement atrophique*. La loi de ce mouvement atrophique, déjà formulée par Hippocrate (*De articulis*), établit que l'atrophie est d'autant plus prononcée que l'os est plus rapproché du point malade. Par application de cette loi, j'admettais que le péroné, le plus proche voisin de l'os malade, devait avoir subi un certain degré de raccourcissement. Nous verrons plus loin que cette déduction n'était pas juste. Une simple mensuration comparative des os des deux jambes eût levé la difficulté; mais je n'avais pas conservé ceux du côté sain. Je me promis bien de vérifier le fait et de réparer cette omission à la première occasion : celle-ci ne se présenta que huit ans après.

2e *Observation. — Luxation en bas de la tête du péroné gauche par allongement du tibia.* — Auguste Forceville, fileur de coton, âgé de 40 ans, entra à la clinique chirurgicale (hôpital Saint-Sauveur de Lille), pour une tumeur fibreuse qu'il portait au dos du pied depuis cinq ans, et dont je fis l'ablation. Entré le 19 décembre 1853, il sortit parfaitement guéri le 7 janvier 1854.

Ayant remarqué une large cicatrice sur le tibia gauche, cicatrice indiquant que cet os avait été longtemps malade, j'annonçai aux élèves de la Clinique que le péroné avait dû éprouver un déplacement résultant de l'élongation morbide du tibia, ce qui fut mis hors de doute par l'examen attentif que je fis plusieurs fois devant les élèves, et qui fut presque tous les jours répété par eux.

Antécédents. — Voici les renseignements qu'il fournit sur son passé. Ces renseignements méritent confiance, car cet ouvrier est beaucoup plus intelligent que ne le sont généralement ceux de sa profession, et il ne varie jamais dans son exposé. Vers l'âge de huit ans, sa jambe gauche se gonfla sans cause connue. Pendant assez longtemps, il continua à marcher; mais un jour, en mettant son pantalon, il ressentit dans cette jambe un craquement très-douloureux. Le jour même, on fit appeler un médecin, qui le fit transporter, car il ne pouvait plus marcher, à l'hôpital Saint-Sauveur. Le lendemain, une incision pratiquée à la face antérieure de la jambe donna issue à beaucoup de pus. Plus tard, trois abcès dont on voit encore les cicatrices furent ouverts à la face interne : l'un sur la tubérosité, l'autre à la partie moyenne, et le troisième à la partie inférieure, au-dessus de la malléole. Pendant son séjour à l'hôpital, les douleurs étaient si vives qu'il ne pouvait dormir sans tenir sa jambe fortement fléchie sur la cuisse, avec ses deux mains croisées au-devant du coude-pied. La rétraction devint telle, que le talon s'était creusé une fossette sur la fesse. Il ne sait pas si l'articulation du genou était alors malade et gonflée. Deux mois après son entrée à l'hôpital, on commença à extraire des esquilles

du tibia. Il en sortit plus de vingt, parmi lesquelles quelques unes longues de 4 à 5 centimètres et qu'il a conservées longtemps. Plus tard, à ce qu'il assure, on voulut l'amputer; mais sa mère n'ayant pas voulu y consentir, elle l'emporta chez elle et le traita par des applications d'eau de sureau et de lie de vin. Peu à peu la suppuration diminua, la jambe s'étendit, il commença à marcher avec des béquilles; puis, au bout de trois ou quatre ans au moins, il retrouva l'usage de sa jambe.

Vers la même époque, et pendant son séjour à l'hôpital, un abcès se forma au bord interne du pied droit. Par l'ouverture devenue fistuleuse de cet abcès, l'extrémité postérieure du premier métatarsien vint faire saillie et fut extraite par le malade lui-même. Aujourd'hui, le premier métatarsien, soudé au premier cunéiforme, est plus court de 3 centimètres, à en juger par les rapports du premier orteil avec le deuxième. Le tendon de l'extenseur est un peu rétracté, et l'orteil un peu relevé; mais cela ne cause aucune gène dans la marche.

État actuel. — Constitution forte, en apparence au moins; taille au-dessus de la moyenne; point de traces de scrofules, autres que les cicatrices des nécroses indiquées. Rien d'appréciable du côté de la poitrine; cependant, il convient qu'il s'enrhume facilement, qu'il a eu plusieurs fois des crachements de sang de peu d'importance, et qu'il expectore un peu tous les matins.

La jambe gauche est aussi volumineuse que la droite. Elle est un peu convexe en avant, à cause du développement anormal du tibia en ce sens; mais en arrière elle a sa direction à peu près normale. Sa face antérieure est le siége d'une cicatrice qui en occupe presque toute la longueur; elle a 19 centimètres de long sur 9 de large; elle est mince, intimement adhérente au tibia, et couverte de croûtes épidermiques cornées très-épaisses. Cette cicatrice est très-sensible au froid.

Le tibia est beaucoup plus volumineux que celui du côté sain. Sa face interne, mesurée vers le milieu de sa longueur, a 7 centimètres de largeur, tandis que le droit n'en a que 3. Cet os est presque droit, peut-être un peu arqué en arrière, mais fort peu. La courbure de son bord antérieur tient à ce que l'hypertrophie osseuse a été prédominante dans ce sens.

Luxation en bas de la tête du péroné. — Le péroné est sain, non déformé. Sa tête est moins sensible à la vue et au toucher que du côté droit; elle paraît plus enfoncée sous le tibia et un peu portée en arrière. Les malléoles interne et externe conservent leurs rapports normaux, et sont en tout semblables à celles du côté opposé. Les mesures suivantes complètent les signes de la luxation :

Longueur du péroné, prise d'une petite tubérosité saillante sur la tête, au sommet de la malléole externe :

Péroné gauche	345 millimètres.
Péroné droit	346 —

Différence presque inappréciable. Les deux péronés ont la même longueur.

Longueur du tibia, prise du bord supérieur de sa tubérosité interne au sommet de la malléole interne :

Tibia gauche	375 millimètres.
Tibia droit	363 —
Différence	12 millimètres en faveur

du tibia gauche.

D'où il suit que les deux péronés étant égaux, et le tibia gauche ayant 12 millimètres de plus que le droit, la tête du péroné gauche a dû descendre de la même quantité, et abandonner son articulation tibiale supérieure. A vrai dire, c'est le tibia qui a exécuté un mouvement ascendant plutôt que le péroné un mouvement descendant; mais l'effet est le même.

Les mesures qui suivent confirment cette déduction :

Entre la tubérosité externe du fémur et le sommet de la malléole externe :

Côté gauche	420 millimètres.
Côté droit	410 —
Différence	10 —

De la tubérosité externe du fémur au point le plus saillant de la tête du péroné :

Côté gauche	76 millimètres.
Côté droit	65 —
Différence	11 —

De l'interligne articulaire du genou, reconnu avec soin et marqué avec de l'encre, à un point saillant sur la tête du péroné :

Côté gauche	45 millimètres.
Côté droit	35 —
Différence	10 —

De toutes ces mesures qui concordent parfaitement à 1 ou 2 millimètres près, il résulte évidemment que la tête du péroné a perdu ses rapports normaux avec le tibia; qu'elle est descendue d'un bon centimètre au-dessous de sa position normale; qu'elle ne touche plus la surface articulaire tibiale qui lui était destinée; et qu'en un mot elle est luxée.

Lorsque, le malade étant couché, on compare la longueur générale des deux membres, on trouve 1 centimètre d'allongement à la vue et à la mensuration. Mais il faut, pour cela, avoir soin de bien préciser la direction du plan médian pelvien, car le malade met instinctivement ses deux pieds sur le même niveau, en relevant un peu l'épine iliaque gauche. C'est ce qui explique comment la marche s'exécute sans la moindre apparence de claudication. Du reste, la marche se fait très-bien, et cette luxation ne paraît avoir en rien diminué la force du membre.

Ce fait pourrait offrir à la chirugie pratique plus d'un enseignement utile: ce n'est pas le lieu de l'envisager à ce point de vue. Ce qui en ressort évidemment, c'est la démonstration de l'allongement du tibia sous l'influence du travail de séparation osseuse suscité par la nécrose de sa diaphyse. Cet allongement ne peut être mis en doute, car la plus simple mensuration le met en évidence. C'est donc bien l'allongement du tibia et non le raccourcissement du péroné qui est la cause de la luxation. Chose curieuse! ce tibia gauche, si longtemps malade, est plus long de 12 millimètres que le droit dont rien n'a troublé le développement. Et pourtant cette maladie a exigé une longue inaction du membre, et cela à une époque où l'accroissement en longueur est loin d'être achevé. Et ce qui n'est pas moins remarquable, c'est l'indifférence, si je puis m'exprimer ainsi, d'une pareille lésion à l'endroit du développement d'un os si étroitement uni à l'os malade. Le péroné a suivi son développement comme si le tibia n'avait pas été affecté; il est de même longueur que celui du côté sain. Bien plus, il pourrait se faire qu'il fût de quelques millimètres plus long, ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation suivante.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

Sur un enduit noir de la langue,

Par le Dr Eulenberg (de Coblentz).

Observation. — L'auteur a eu l'occasion d'observer un enfant de deux ans, dont la langue était recouverte d'un enduit noir comme de l'encre, sans autre dérangement qu'une diarrhée catarrhale. Cet enduit persista pendant trois mois. Il disparaissait quand on frottait la langue; mais il ne tardait pas à se montrer de nouveau, en commençant par le milieu et en s'étendant peu à peu sur tout le reste de l'organe. Les papilles étaient très-développées; les filiformes avaient une couleur foncée; les calyciformes formaient une forte saillie, et étaient particulièrement teintes en noir. Quand on grattait la surface de la langue, on obtenait un mucus brun, visqueux, qui montrait, sous le microscope, une grande quantité de cellules épithéliales épaissies et du pigment grenu. Celui-ci n'était pas contenu dans des cellules; il se composait de granules libres déposés entre les squamules épidermiques. L'affection disparut au bout de deux jours de l'usage d'une potion composée de 12 grammes d'eau de chlore sur 32 grammes d'eau distillée, une cuillerée à thé toutes les trois heures. Elle ne s'est pas montrée depuis.

(*Arch. für physiol.* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Novembre 1854. — Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Rapports sur le service des eaux minérales de Baréges, par M. le docteur Campmas; et sur les eaux de Vichy, par M. Barthez;

2° Rapport sur les épidémies d'Arcis-sur-Aube, par M. le docteur Vauthier;

3° Notes et échantillons sur plusieurs remèdes secrets et nouveaux;

4° Mémoire sur l'efficacité du valérianate de zinc dans le choléra, par

M. le docteur Ourgaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Blennorrhagie.

M. le docteur Salmon adresse un Mémoire que nous avons publié dans notre dernier numéro.

Choléra.

— Considérations sur le choléra, par M. Verdu.

— M. le *professeur* Pamard, d'Avignon, adresse une Note sur la marche du choléra dans sa localité.

Hydrocéphalie.

M. Demeaux adresse un Mémoire sur l'emploi des sétons multiples dans cette affection et dans diverses autres maladies. Nous publierons ce Mémoire plus tard.

Catarrhe vésical.

Le même médecin adresse un Mémoire sur le traitement de cette affection par les injections iodées vésicales.

Pneumonie.

M. Bouyer (de Furzac) adresse un important Mémoire sur le traitement de la pneumonie par la vératrine.

Thé indigène.

M. Raphaël (bibliothécaire à Cahors) adresse une Note sur un thé indigène.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Delafond. — Dans la dernière séance, après avoir fait connaître que le cancer existe tant chez les animaux herbivores que chez les carnivores, j'ai abordé la question du microscope appliqué à l'étude de cette maladie. Remontant à l'origine de tous les tissus organisés, j'ai fait voir qu'il existe un système cellulaire présidant au développement de tous ces tissus, aussi bien chez les animaux que chez les végétaux. J'ai montré en outre que si, chez les animaux sains, il existe une cellule de laquelle procèdent les tissus normaux, il y a aussi bien chez les animaux malades une cellule pathologique de laquelle procèdent les productions anormales qui peuvent se développer au sein de leur organisme. Je me suis étendu sur ce système cellulaire morbide qui se rencontre dans toutes les altérations de nos tissus, et j'ai fait voir, à l'aide de plusieurs dessins, l'analogie de forme qui existe entre toutes les cellules des matières sécrétées ou organisées dans les différentes productions morbides. J'ai pris la cellule cancéreuse en particulier et j'ai montré quelle analogie étroite elle présente avec celle du tissu fibro-plastique. Enfin, j'ai conclu que la cellule cancéreuse n'offre de différences dans sa forme qu'en raison de la structure et de la consistance même de la tumeur, que celle ci fût de nature fibro-plastique, épithéliale, squirrheuse ou encéphaloïde.

Je demande aujourd'hui à l'Académie la permission de revenir sur la forme de la cellule cancéreuse et d'insister sur le mode de déformation qui lui imprime ces différences auxquelles on veut donner une valeur caractéristique.

Lorsque la cellule cancéreuse naît, lorsqu'elle sort du blastème qui lui donne naissance, elle présente la même forme que celle qui précède au développement du tissu fibro-plastique à son origine; et si, dans le tissu fibro-plastique organisé, on cherche à comparer les fibres toutes formées avec cette cellule originelle, on trouve toute la série des mutations qui se sont opérées dans le passage de la cellule à l'état de fibre, et l'on se rend parfaitement compte de l'influence de la compression sur ces transformations successives. Lorsque, par exemple, la cellule se trouve dans une tumeur formée en grande partie par du tissu fibreux, elle tend à prendre elle-même la forme allongée et fibreuse et à constituer le tissu dit fibro-plastique. Que si, au contraire, elle se rencontre dans une tumeur qui contient en grande abondance de la matière grasse, comme cela a lieu dans l'encéphaloïde, elle s'accroît librement alors, acquiert de grandes dimensions et prend une forme ovale parfaitement régulière. Les dessins de M. Lebert peuvent donner une excellente idée de ces différences de formes dans les différentes espèces de tumeurs.

Si maintenant j'abandonne la forme des cellules pour m'arrêter à leurs dimensions, je trouve que la même interprétation rend parfaitement compte des différences qu'elles peuvent offrir dans le tissu fibro-plastique et dans le tissu cancéreux proprement dit. Je me suis appliqué à mesurer exactement les dimensions que présentent chez les animaux les cellules qui se trouvent dans les tissus fibro-plastique, squirrheux et encéphaloïde. Eh bien! après avoir noté les mesures *à maxima*, *à minima* et moyennes des diamètres de toutes ces cellules, après avoir comparé ces mesures avec celles des mêmes produits morbides chez l'homme, je me suis convaincu que, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, les dimensions des cellules du tissu fibro-plastique sont plus petites que celles de l'encéphaloïde, et que celles du tissu squirrheux tiennent le milieu entre les deux autres. J'ai comparé les mesures que j'avais moi-même obtenues avec celles que donne M. Lebert, et nous nous sommes parfaitement trouvés d'accord sur ce point, que sous le rapport du diamètre transversal aussi bien que sous celui du diamètre longitudinal, les dimensions de la cellule cancéreuse proprement dite l'emportent sur celles de la cellule dite fibro-plastique.

J'ai dû me demander comment il est possible de se rendre raison de la différence de ces dimensions dans des cellules provenant primitivement d'une cellule qui, en définitive, est la même. Cela tient encore évidemment à ce que, quand cette cellule se développe dans un tissu fibreux qui la comprime, elle s'allonge en se rétrécissant; et cela n'a pas seulement lieu dans le tissu fibro-plastique, mais encore dans le tissu squirrheux qui, sous le rapport de sa texture, place la cellule dans des conditions identiques. Comment peut-on d'ailleurs en douter, quand on voit dans le tissu encéphaloïde, qui est mou de sa nature, la cellule grossir, se développer en tous sens, et présenter un grand nombre d'exemples de ce phénomène si curieux que M. Lebert a fait connaître sous le nom de cellules-mères? Les cellules-mères se retrouvent, il est vrai, dans le tissu fibro-plastique, mais moins nombreuses et moins bien formées.

Vous voyez donc, messieurs, que je suis le premier à reconnaître, entre les cellules des différentes espèces de tumeurs, des différences de forme et de dimension; seulement, je crois que ce sont là des caractères fort accessoires et qui ne tiennent pas à autre chose qu'aux conditions particulières d'organisation des tissus au sein desquels elles se développent.

Je ne m'en suis pas tenu à la comparaison des cellules, j'ai voulu voir encore les analogies et les différences que peuvent présenter, dans les diverses tumeurs, ce qu'on a désigné sous les noms de noyaux et de nucléoles. Quand on compare les noyaux qui entrent dans la composition même des cellules, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils présentent eux-mêmes des différences dans leurs dimensions, suivant qu'on les examine dans le tissu cancéreux proprement dit ou dans le tissu fibro-plastique. Ils sont manifestement plus volumineux dans le premier cas, et il en est de même des nucléoles. On a tenu compte de cette différence; mais comment ne pas reconnaître qu'elle tient aux mêmes conditions d'organisation dont je parlais tout à l'heure, à propos des dimensions des cellules mêmes?

Que voyons-nous d'ailleurs journellement dans la pratique, tant de la médecine humaine que de la médecine vétérinaire, relativement à la rapidité avec laquelle se développent les tumeurs en question? Pendant que les tumeurs fibro-plastiques ou squirrheuses mettent des mois et des années à se développer, on voit au contraire l'encéphaloïde s'accroître quelquefois en peu de semaines, jusqu'à acquérir des dimensions énormes et à déterminer cette infection qu'on a voulu désigner sous le nom de diathèse cancéreuse. Ce rapide accroissement ne tient pas à autre chose, évidemment, qu'à l'organisation spéciale du tissu encéphaloïde, qui est mou et qui permet le libre développement d'une multitude de cellules qui conservent leur forme et acquièrent de très-grandes dimensions.

On a dit, et je reconnais que ce point mérite d'être pris en grande considération, que l'action des réactifs chimiques peut imprimer à la matière même des cellules des changements qui permettent de reconnaître si elles sont de nature cancéreuse, fibro-plastique, purulente, etc. Assurément, si les réactifs chimiques agissant sous le microscope étaient capables de modifier essentiellement, et de façons diverses, les cellules des tissus pathologiques, ce serait là un signe extrêmement précieux et dont il faudrait tenir le plus grand cas. Mais j'ai besoin de m'arrêter un peu à l'examen de cette question.

Existe-t-il un réactif qui, réagissant sous les yeux des micrographes sur telles ou telles cellules, leur permette d'affirmer qu'ils ont affaire à des cellules cancéreuses ou non? Eh bien! j'ai fait agir successivement tous les réactifs dont ils se sont eux-mêmes servis, à moins qu'ils n'en aient employés qu'ils n'ont pas fait connaître. J'ai constaté l'action de l'alcool, de l'éther, de la bile, de l'iode, de l'ammoniaque, de l'acide acétique, de l'acide lactique.

Lorsqu'on met en contact les cellules fibro-plastiques, squirrheuses et encéphaloïdes, avec l'alcool ou l'éther, on produit une dissolution de la matière grasse qui enveloppe constamment les cellules; on rend leur enveloppe plus transparente, et leur noyau apparaît avec une plus grande netteté. Cela est vrai.

Quand on fait agir l'iode, il colore en jaune l'enveloppe des cellules, et le noyau lui-même participe à cette coloration. La bile donne encore un résultat analogue.

J'ai essayé l'ammoniaque, et j'ai vu que ce liquide occasionne une dissolution plus ou moins complète de toute la matière des cellules, suivant qu'il est plus ou moins concentré.

L'acide acétique et l'acide lactique ont été donnés comme jouant un rôle plus important. L'acide acétique faible, en réagissant sur les cellules,

dissout leur enveloppe et laisse apparaître directement les noyaux avec leurs nucléoles. Il ne change par conséquent en rien leur forme ; il ne fait que les dépouiller complétement de leur enveloppe transparente ; mais notez bien que le même phénomène se passe, qu'on ait affaire à des cellules squirrheuses, encéphaloïdes ou fibro-plastiques. J'ai donc pu me convaincre parfaitement que l'acide acétique ne fournit pas le moins du monde un élément capable de caractériser les cellules soumises à son action.

J'ignore s'il existe d'autres réactifs plus propres à faire naître des caractères différentiels entre les diverses sortes de cellules, mais pour ceux-ci je crois que l'Académie est aussi convaincue que moi de leur inefficacité. Ah ! si l'on pouvait trouver pour les cellules des tissus morbides un réactif qui agît ici comme l'iode agit sur l'amidon des végétaux, je serais le premier à proclamer qu'il ne saurait plus rester de doute dans la distinction de ces cellules ; malheureusement, je ne connais pas encore ce réactif.

Je passe à un autre ordre de preuves ; ce sont des preuves empruntées à la pratique que je vais maintenant invoquer. La position particulière où je me trouve m'a permis d'examiner les tumeurs cancéreuses des animaux, à leur début, dans leur période d'état et à l'état de ramollissement. La pratique de la médecine humaine ne permet pas d'étudier l'évolution du cancer avec la même liberté ni sur un aussi vaste champ qu'il m'a été donné de le faire chez les animaux, car jamais on ne peut à son gré consulter l'état intérieur des organes à un moment donné de la maladie, comme nous le faisons nous-mêmes tous les jours, en sacrifiant à notre volonté les animaux que nous avons à observer.

J'ai examiné à leur premier début, à l'instant où elles ne faisaient que de naître pour ainsi dire, des tumeurs réputées cancéreuses. Dans aucun de ces cas, je n'ai rencontré ni la cellule cancéreuse ni la cellule fibro-plastique. J'avoue que j'ai été aussi malheureux que M. Velpeau, et qu'à cette première période de la maladie, il m'a constamment été impossible d'y trouver de cellules.

Je sais bien qu'on m'objectera que les tumeurs examinées par moi dans ces cas n'étaient pas des cancers. J'accepte pleinement cette objection ; mais je me suis mis en garde contre elle, en faisant mes observations sur des animaux qui présentaient, sur d'autres points, des cancers véritables avec de fort belles cellules ; car j'ai pu sacrifier les animaux dont j'examinais les tumeurs naissantes, et j'ai trouvé en même temps dans les viscères de ces développements de cancer dont la vache que j'ai déjà citée est un exemple remarquable.

J'ai donc eu à ma disposition des tumeurs cancéreuses de tous les âges, et je les ai toujours examinées avec la plus scrupuleuse attention. Plus d'une fois, j'avoue que j'ai passé plusieurs jours de suite à ces recherches, parce que je craignais toujours d'être trompé par un examen incomplet. Eh bien ! il m'est arrivé fréquemment sans doute de trouver la cellule dite cancéreuse ; mais bien souvent aussi elle faisait défaut, et cela dans des tumeurs où l'autopsie ne permettait pas de douter de leur nature. Cet examen m'a convaincu en outre que la même cellule peut offrir des modifications diverses, suivant les différences d'organisation des tumeurs au sein desquelles elles se développent.

Ainsi, en examinant certaines tumeurs des poumons qui ne présentaient encore que des rudiments de cancer, je n'ai pu rencontrer aucune cellule, pendant qu'à côté, dans d'autres tumeurs du même poumon, les cellules pullulaient avec des dimensions très-remarquables et mélangées de cellules-mères magnifiques. C'est que, dans ces cancers à l'état naissant, il ne se trouvait encore que ce blastème amorphe, duquel sortent plus tard les cellules. C'est là ce qui me fait dire, avec M. Velpeau, que vous ne pouvez pas affirmer qu'une tumeur n'est pas du cancer, par cela seul qu'elle ne contient pas de cellules cancéreuses.

Je n'ai rien à dire des tumeurs épithéliales, parce que ce produit étant fort rare chez les animaux, je n'ai pas eu assez d'occasions de l'examiner. Les seuls tissus morbides sur lesquels ont porté mes recherches sont le fibro-plastique, le squirrhe et l'encéphaloïde.

Ainsi donc, lorsque j'examine la forme, le diamètre ou le contenu des cellules, aussi bien que lorsque je m'arrête au point pratique de la question du cancer, toujours je suis également conduit à cette conclusion : que la cellule constatée par le microscope n'est pas faite pour autoriser toujours une affirmation positive sur la nature des tumeurs.

Résulte-t-il de là qu'en pratique on doive dédaigner l'existence de cette cellule comme élément devant servir au diagnostic des productions morbides ? Cette opinion est bien loin de ma pensée. Je serais trop fâché de rejeter le renseignement que procure dans les cas incertains cet élément de la maladie. Je dis que le microscope est un instrument extrêmement précieux et propre à nous éclairer d'une façon fort facile quand l'examen clinique et l'examen anatomique fait au scalpel ont été insuffisants. Je dis que lorsque dans une tumeur le microscope vous a fait découvrir cette cellule qui n'est pas absolument caractéristique du cancer, mais qui l'accompagne le plus ordinairement, vous devez en tenir compte. Et quant à moi, je dois déclarer que jamais je ne me prononce sur la nature des tumeurs que j'enlève, avant de les avoir examinées au microscope ; je ne veux pas dire pour cela que la cellule soit un élément essentiel, caractéristique, positif et par conséquent indispensable ; car, enfin, voyez un peu ce qui arrive dans l'application : vous enlevez une tumeur, et elle est reconnue par les micrographes pour être fibro-plastique ; or, il a été nettement établi que les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent assez souvent sur place, et quelquefois même dans les organes intérieurs. Serez-vous donc en droit de vous tranquilliser sur la réponse du micrographe ? Pour mon compte, j'ai bien souvent extirpé des tumeurs présentant ces caractères, et je ne me suis pas contenté de les examiner moi-même, bien que je sois bien convaincu que le microscope d'Alfort ne fasse pas voir autre chose que ceux de Paris. Mais enfin, j'ai voulu savoir l'avis de micrographes expérimentés, et j'ai envoyé plusieurs de ces tumeurs à M. Robin. Toujours ces tumeurs ont présenté les caractères fibro-plastiques, et cependant elles se reproduisaient, et elles se reproduisaient tantôt sur place, tantôt dans les viscères.

J'ai besoin d'entretenir à présent l'Académie de l'évolution des tumeurs cancéreuses, de leurs progrès, de leur marche, et de ce qu'on a appelé cachexie et diathèse cancéreuse.

Quand une tumeur apparaît, est-elle la conséquence de ce blastème cancéreux qui va donner naissance à la cellule ? ou bien existe-t-il une prédisposition qui porte l'individu à avoir une ou plusieurs tumeurs cancéreuses ? Voyons un peu ce qu'il faut penser des opinions contradictoires qui ont été émises à ce sujet. Par exemple, M. Amussat vous a exposé le résultat de ses nombreuses observations à propos de l'hérédité ; et, en effet, on est assez d'accord que le cancer se transmet par cette voie. Or, je vous le demande, croirait-on que c'est la cellule qui est transmise par les parents à l'embryon ? Évidemment, il y a dans le cancer autre chose que la cellule, et c'est cette autre chose qui peut se transmettre par la voie de l'hérédité, et qui, plus tard, peut donner naissance à des tumeurs. On a dit, pour expliquer la cachexie, que du suc cancéreux est absorbé par les vaisseaux et emporté dans le torrent circulatoire, et qu'une fois le sang infecté il donne lieu au développement simultané des tumeurs multiples. Personne, assurément, ne songe à nier la cachexie cancéreuse, et le sang paraît bien, dans ce cas, avoir subi une altération quelconque ; mais, je le demande encore, est-ce la cellule cancéreuse qui, dans ce cas, s'est décomposée pour pénétrer dans le sang, et donner lieu à un empoisonnement général ? Je crois bien plutôt que c'est cet élément liquide, répandu autour de la cellule ou contenu dans son intérieur, qui est absorbé par les vaisseaux et mêlé au sang. Je ne puis croire que la cellule elle-même ait passé dans le sang ; car, dans ce cas assurément, on l'y aurait, au moins, rencontrée quelquefois, et c'est ce qui n'a jamais eu lieu.

Après les considérations que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie, j'arrive au traitement des tumeurs cancéreuses. Je serai bref sur ce sujet.

Toutes les fois que j'ai extirpé une tumeur cancéreuse, je ne me suis pas borné à l'examen de cette tumeur elle-même, j'ai toujours porté, en même temps, sous le microscope, les tissus voisins de la tumeur, et je me suis constamment convaincu que les fibres et les tissus voisins, même à une assez grande distance, présentaient aussi l'élément dit caractéristique, c'est-à-dire la cellule. J'ai examiné ainsi les tumeurs avec leurs tissus environnants chez des animaux atteints de tumeurs du testicule et d'autres organes, et toujours j'ai été assez étonné de rencontrer la cellule cancéreuse dans des parties plus ou moins éloignées du siége même de la maladie, et dans des tissus parfaitement sains en apparence. Cette observation indique évidemment au chirurgien que, dans l'extirpation de ces tumeurs, il ne doit pas se borner à enlever seulement la tumeur, mais qu'il doit porter le plus loin possible son bistouri au sein même des tissus qui paraissent exempts de la maladie, et, ce qui vaut bien mieux encore, cautériser la plaie après l'opération.

J'ai constaté encore que les liquides qui s'écoulent de la surface d'un ulcère cancéreux contiennent, à la fois, des cellules cancéreuses et purulentes. Toutes les fois que j'ai vu la cellule cancéreuse continuer de paraître dans les matières purulentes, la cicatrisation ne se faisait pas, et le travail de cicatrisation n'a jamais commencé à se faire qu'après la disparition de la cellule du liquide sécrété. De là, peut-être, un motif suffisant de ne pas tenter de réunion immédiate à la suite des amputations de parties cancéreuses, puisqu'il paraît nécessaire que les cellules soient éliminées par la suppuration avant que la plaie ne se ferme.

J'entends toujours dire que le cancer a récidivé toutes les fois qu'après avoir enlevé une tumeur cancéreuse, on en voit une autre apparaître peu de temps après, soit sur place, soit dans un organe plus ou moins éloigné. Sans doute, quand une tumeur existant seule dans un point de notre économie reparaît après son extirpation, c'est là une véritable récidive, mais je suis bien persuadé qu'il n'en est pas ainsi dans le plus grand nombre des cas. J'ai bien souvent vu ou opéré des animaux qui semblaient simplement atteints d'une ou deux tumeurs à l'extérieur ; mais, si ces animaux venaient à être sacrifiés, je trouvais une plus ou moins grande

abondance de productions analogues au sein des organes intérieurs qui sont inaccessibles, pendant la vie, à nos moyens d'investigation. Il n'est pas étonnant que dans des cas pareils, et qui sont fort nombreux, une tumeur extérieure se reproduise, quand on l'enlève, soit sur place, soit dans un point plus ou moins éloigné ; mais peut-on dire alors que la maladie a récidivé? et ne serait-il pas juste de dire qu'elle a continué? Je comprends bien qu'on ait prodigué ce mot de reproduction, parce que, dans la médecine humaine, on ne peut presque jamais s'assurer qu'une tumeur qui apparaît à l'extérieur est accompagnée de tumeurs pareilles développées à l'intérieur ; mais je répète que nous qui pouvons sacrifier à volonté les sujets de nos observations, nous trouvons très-fréquemment cette coïncidence.

Ici se terminent les observations que j'avais à présenter à l'Académie. Je les résume en disant qu'il existe, chez les animaux comme chez les végétaux, une cellule qui préside au développement des uns et des autres; qu'il existe, outre cette cellule normale, une autre cellule qu'on peut appeler cellule pathologique, dont la cellule cancéreuse n'est qu'une modification; que cette cellule peut exister non-seulement dans le cancer, mais encore dans le tissu fibro-plastique chez les animaux ; que cette cellule n'offre pas beaucoup de différence, soit qu'on l'examine dans les tissus squirrheux, encéphaloïde et fibro-plastique, soit qu'on l'envisage sous le rapport de sa forme, de sa structure, de ses dimensions ou des modifications que lui impriment les différents réactifs connus. Je dis en outre que, dans la pratique, la constatation au microscope de la cellule cancéreuse ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer qu'on a affaire à une tumeur cancéreuse ou non, mais que cependant, pour le diagnostic, la cellule est un caractère qu'il ne faut jamais négliger, parce que, dans la plupart des cas, elle se trouve dans des tumeurs qui sont véritablement cancéreuses, et que sa présence ajoute une présomption de plus à celles qu'a pu faire naître l'examen clinique et anatomique de la tumeur.

J'ai besoin de dire maintenant un mot du microscope. On a blâmé l'usage fort étendu qu'on a voulu faire, dans ces derniers temps, du microscope, tandis que quelques-uns ont été jusqu'à dire que l'examen microscopique était le complément indispensable de l'étude de tous les corps. Je déclare que, pour mon compte, je m'en sers bien souvent, que je ne puis même plus m'en passer dans mes recherches. Cela veut dire que je reconnais le microscope pour un instrument très-précieux, comme un arbitre fort utile à consulter dans bien des cas. Je reconnais en même temps que le microscope ne peut faire voir que ce qui existe, quoiqu'il soit très-propre à faire apercevoir toutes sortes de choses qui n'existent pas lorsqu'il est manié par des mains inhabiles. Car ce n'est pas une mince étude que celle de la connaissance de tous les tissus tant végétaux qu'animaux, tant normaux que pathologiques, étude faite dans un monde tout nouveau et où une longue habitude est indispensable. Je ne m'étonne donc pas des données contradictoires que le microscope a pu fournir par l'intermédiaire des micrographes, et c'est en tenant compte de ces difficultés et de ces dangers que je puis dire que le microscope est un instrument extrêmement utile et propre à donner les renseignements les plus précieux sur la pathologie.

Maintenant je dois dire que je me suis livré sur le microscope à de longues et laborieuses recherches, et que ce n'est pas faute de soin si je ne suis pas encore parvenu à y découvrir ce que d'autres y ont aperçu. Je ne puis croire cependant que le microscope d'Alfort fasse voir autre chose que ceux de Paris, ni qu'il ne puisse montrer ce que ceux de Paris font apercevoir.

M. Ferrus. — Je ne veux pas abuser des instants de l'Académie, je désire ajouter un mot seulement à ce que vous a dit M. Amussat touchant deux points relatifs à la question du cancer, à savoir : la cachexie et l'hérédité.

M. Amussat, dans son discours, a principalement appuyé ce qu'il a dit de l'hérédité du cancer sur les nombreuses observations qu'il a recueillies autrefois dans mon service à la Salpêtrière. Il peut lui-même attester avec quel soin nous faisions alors ces recherches. Or, voici le résumé de nos observations à ce sujet, observations qui ont été faites en même temps par M. Foville, par M. Pinel Grandchamp et d'autres encore.

Nous avons recueilli, avec le soin le plus scrupuleux, tous les renseignements qu'il est possible d'obtenir des parents et de la famille dans cinquante cas de cancer. Or, sur ces cinquante cas, il n'y en eut que deux dans lesquels on put non pas constater avec certitude, mais présumer d'une façon assez probable l'influence héréditaire.

Pour la cachexie, nous sommes arrivés à ce résultat, parfaitement certain qu'elle n'est pas le moins du monde en rapport avec l'étendue des désordres. Dans bien des cas, par exemple, où le col et une grande partie du corps de l'utérus étaient détruits, où le vagin était perforé, etc., la cachexie faisait défaut.

Chez d'autres malades, au contraire, où un simple petit ulcère constituait toute l'affection locale, on voyait survenir une cachexie rapide qui emportait les malades.

Je me borne à ces renseignements sommaires qui sont le résultat de recherches fort longues et fort consciencieuses.

On a attribué le cancer à une altération primitive du système nerveux : je ne veux pas chercher à combattre par des arguments cette manière de voir; je dirai seulement que, dans ce même nombre de cinquante sur lequel ont porté nos recherches, le tempérament lymphatique a été noté dans les deux tiers des cas, le tempérament sanguin et le tempérament bilieux (suivant la manière d'apprécier de ce temps-là) dans une proportion assez limitée, et enfin, le tempérament nerveux comme une assez rare exception. Cela ne veut pas dire, d'une manière absolue, que le tempérament nerveux mette à l'abri du cancer au lieu de le favoriser. J'en voulais seulement conclure, d'une part, que les faits observés par moi ne sont pas favorables à l'hypothèse des relations du système nerveux avec le développement du cancer; et, d'une autre part, que les différents tempéraments ne semblent apporter aucune prédisposition particulière à l'apparition de cette maladie.

La parole est à M. Gaultier de Claubry pour un Rapport officiel.

M. Chassaignac présente une pièce d'anatomie pathologique.

La séance est levée à 4 heures, l'Académie devant se constituer en comité secret.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Séance solennelle de l'Académie de médecine.* — Cette séance aura lieu le 12 courant. M. Fr. Dubois prononcera les éloges de Désormeaux, de Capuron, de Deneux et de Baudelocque.

— Par arrêté en date du 25 novembre 1854, sont nommés professeurs honoraires à l'École préparatoire médicale de Bordeaux :

M. Brulatour, ancien professeur de médecine opératoire ;

M. Cornilh, ancien professeur d'histoire naturelle et matière médicale.

— On nous informe que la Société impériale de Marseille, dans sa séance du 28 novembre, a décerné le prix du concours sur l'*accouchement prématuré artificiel*, à M. le docteur Silbert, d'Aix. Une médaille a été accordée à un jeune et distingué confrère de Paris, M. Leménant des Chenais.

— M. le docteur Triquet commencera son Cours sur les maladies de l'oreille et les opérations qui leur conviennent, le lundi 11 décembre 1854, à 6 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Les Leçons cliniques auront lieu les mardi, jeudi et samedi, à 11 heures, impasse Larrey, n° 4.

Erratum. — Une transposition de mots a donné un sens inintelligible à une phrase du dernier *premier-Paris*. 1re page, 2e colonne, les mots : *comme est celui de M. Laugier* doivent se trouver après ceux-ci : *pour les esprits les plus enclins à la prudence.*

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 144. 2e Année. Mardi 5 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Note sur la meilleure courbure à donner aux sondes pour le cathétérisme évacuatif,

Par le Dr J.-A. Gély, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.*

Depuis l'époque, d'ailleurs très-ancienne, où l'incurvation de l'urètre, à son passage sous le pubis, a été connue, on a toujours cherché à donner à la sonde une courbure aussi rapprochée que possible de celle du canal. Les anciens se servaient de sondes courbes connues par la description de Celse, et dont le modèle a été retrouvé dans les ruines de Pompéia. J.-Louis Petit rappelle avec raison la nécessité de cette concordance de forme entre la sonde et le canal. Enfin, de nos jours, on a défini la sonde « un tube ouvert à ses deux extrémités, un peu plus long et un peu moins large que l'urètre, et dont la forme doit s'adapter à celle du canal. »

Le principe a donc été généralement reconnu; mais cet accord a cessé, lorsqu'il a fallu préciser les conditions nécessaires pour une bonne application. On peut même dire que, sous ce rapport, les praticiens sont tombés dans une véritable anarchie qui ne pouvait trouver son explication que dans l'absence de notions précises sur la forme de la courbure urétrale. On voit, en effet, la sonde des anciens, dont la courbure est prolongée et peu profonde, remplacée, au XVIe siècle, par une courbure tout opposée et semblable à celle qui est généralement usitée aujourd'hui. Puis, au moment où les chirurgiens se servent pour la première fois d'un conducteur cannelé, pour l'incision de l'urètre et du périné dans la taille sous-pubienne, la sonde évacuatrice revêt, on ne sait pourquoi, la forme de ce cathéter, comme si les indications étaient semblables dans les deux cas. A cette forme reconnue désavantageuse, on substitua, à la fin du XVIIIe siècle, une courbure bien différente et qui rappelle complétement celle des anciens, laquelle est remplacée à son tour, au bout de peu de temps, par la forme actuelle que nous avons déjà signalée chez les chirurgiens du temps d'A. Paré.

Telle est la physionomie générale de l'art; mais, en descendant dans la pratique particulière des chirurgiens, il est bien facile de s'apercevoir que la multiplicité des formes équivaut à un oubli complet de la loi, qui voulait une concordance aussi exacte que possible entre la forme de l'urètre et celle de la sonde. La construction de cet instrument n'ayant été fixée par aucune règle, se trouvait ainsi livrée au caprice des praticiens et à l'arbitraire des fabricants.

C'est à cet état de choses que S. Cooper faisait allusion, lorsqu'il écrivait dans le *Dictionnaire de chirurgie pratique :* « Comme le trajet du canal de l'urètre, chez l'homme, est régulier, les différences que les chirurgiens adoptent dans la courbure du cathéter ne peuvent être fondées sur aucune bonne raison anatomique, et elle devrait, en général, du moins pour les sujets de même âge et de même taille, ne pas varier. » Ces observations étaient parfaitement fondées; mais l'entraînement était si général que personne ne s'en préoccupa. Bien plus, on essaya de démontrer en France que l'urètre était droit, afin de légitimer, aux yeux des praticiens, l'introduction d'instruments rectilignes destinés à saisir et à briser la pierre; et peu s'en fallut que la courbure de l'urètre ne fût alors reléguée au rang des chimères.

MM. Velpeau, Blandin, Cruveilhier et Malgaigne rétablirent bientôt la vérité en démontrant, par des recherches attentives, la position approximative des diverses parties de l'urètre qui contournent le pubis; mais, d'une part, ces appréciations, offrant entre elles de notables différences, ne se présentaient point avec ce caractère de précision qui commande une confiance entière; et de l'autre, il était de plus en plus démontré par la pratique que, quelle que fût sa courbure, l'urètre *pouvait* être parcouru, lorsqu'il était sain, avec des instruments de toutes les formes, ce canal se montrant alors sur la sonde avec tant de facilité qu'il n'y avait nul besoin de l'astreindre, pour celle-ci, à une forme exclusive.

Telles sont en effet, aujourd'hui, les bases de la pratique de tous les chirurgiens français. Nous empruntons, à l'appui de cette assertion, les deux citations suivantes à des hommes dont la compétence ne saurait être contestée : « Les grands chirurgiens, dit M. Leroy (d'Étiolles) (*Urologie*, p. 280), affectent en général d'attacher peu d'importance à la courbure des sondes : la même leur sert indifféremment pour vider et pour explorer la vessie; sous leurs mains, les difficultés disparaissent, et l'instrument doit obéir. » Comme pour légitimer cette accusation, M. Malgaigne, résumant d'ailleurs les opinions et la pratique des chirurgiens modernes, s'exprime ainsi, dans son *Manuel de médecine opératoire :* « Je ne décrirai point les sondes en elles-mêmes, ni leur degré de courbure, ce qui importe assez peu pour un canal composé tout entier de parties molles. »

Sans doute ces opinions ne sont pas également acceptées par tous les praticiens, mais elles les dominent à leur insu et les ont conduits à ne relever que d'eux-mêmes sur ce point de pratique chirurgicale.

En présence de cette disposition des esprits, il y a presque de la témérité à présenter de nouveau les observations formulées par S. Cooper, et à préconiser une nouvelle sonde comme spécialement modelée sur la courbure sous-pubienne du canal, et,

par conséquent, comme l'instrument le plus favorable au cathétérisme évacuatif.

Les recherches anatomiques, les considérations pathologiques qui peuvent être présentées en faveur du nouvel instrument ne sauraient trouver place ici. Nous les développerons dans un travail de longue haleine dont un spécimen a déjà été soumis au jugement de la Société de chirurgie. Pour le moment, il nous suffira, en présentant cette sonde à l'examen des praticiens, de leur dire qu'elle n'est pas le résultat de conceptions scientifiques, mais qu'elle a, au contraire, pour origine, l'étude attentive d'une heureuse expérimentation clinique. Il nous suffira enfin de les prier de faire à son égard quelques épreuves comparatives, dont nous attendrons le résultat avec la plus entière confiance.

Nous nous bornerons à formuler quelques propositions relatives aux rapports qui existent entre la forme de cette sonde et celle de l'urètre, au mécanisme de son introduction et aux résultats obtenus.

I. La courbure de l'urètre n'a pas été appréciée d'une manière exacte. Elle est plus longue et plus profonde qu'on ne le croit généralement.

II. Blandin seul, parmi les anatomistes modernes, a donné de la courbure de l'urètre une notion très-rapprochée, en disant : « L'ensemble de la portion périnéale de l'urètre décrit ainsi une courbe ineffaçable à concavité supérieure qui appartiendrait à une circonférence de 5 pouces. »

III. Pour nous, comme pour Blandin, la courbure urétrale commence, en avant, au niveau du ligament suspenseur, et finit, en arrière, au col vésical. Elle se rapporte assez exactement à une portion de cercle.

IV. On peut préciser mieux qu'il ne l'a fait la disposition de cet arc, en disant qu'il présente un peu moins du tiers d'un cercle qui varierait, dans son diamètre, entre 10 et 13 centimètres, suivant le degré de développement des organes génito-urinaires.

V. En acceptant cette donnée, en tenant compte de l'excédant de longueur que doit présenter la courbure de la sonde, pour que son bec pénètre dans la vessie, on est conduit à admettre qu'une sonde dont la courbure présentera le tiers d'un cercle de 12 centimètres de diamètre, comme celle dont nous donnons ici la figure (1), offrira la forme moyenne la plus favorable pour le cathétérisme évacuatif. C'est, en effet, ce que l'expérience clinique nous a démontré.

VI. Pour les petits canaux, il nous a semblé que le diamètre du cercle ne devait pas changer, mais que la longueur de l'arc devait diminuer d'environ un dixième. Pour les grands canaux, l'arc doit conserver sa longueur (un tiers), mais le diamètre du cercle doit être porté à 13 centimètres, pour donner plus d'ampleur à la courbure.

VII. L'introduction de l'instrument se fait avec une très-grande facilité, mais par un mécanisme différent de celui que nécessite la sonde ordinaire. Comme celle-ci, il pénètre d'autant mieux que son calibre est relativement plus considérable.

(1) *Explication de la figure.*

A, A, A, cercle dont le diamètre B,C égale $0^{m},12$ centim.

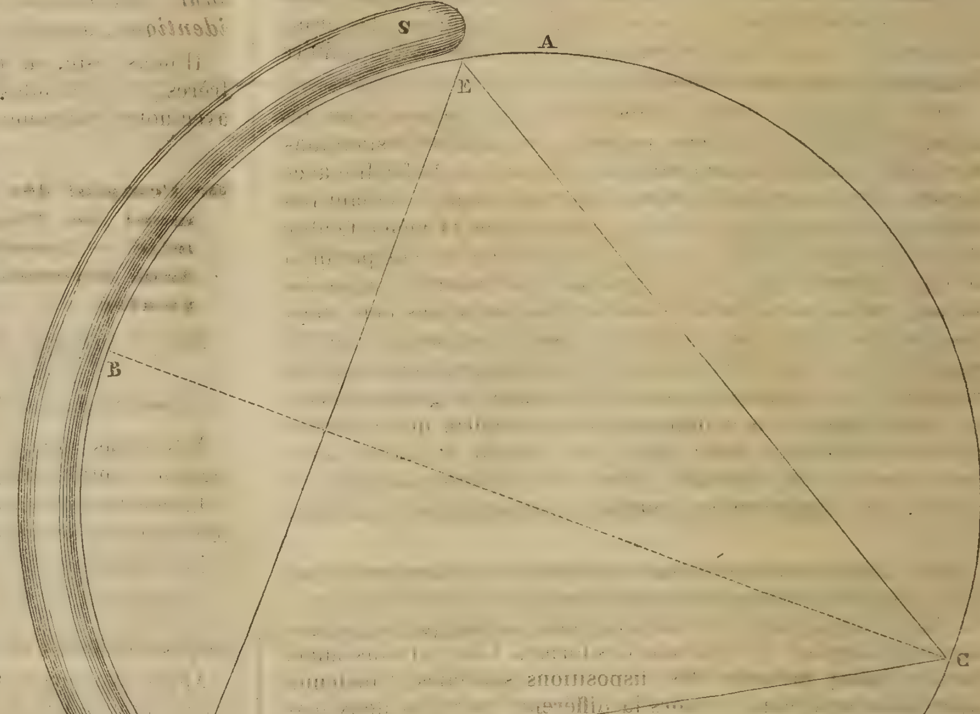
C, D, E, triangle équilatéral inscrit partageant le cercle en trois parties égales.

S, S, S, S, sonde dont la courbure représente exactement un tiers du cercle A, A, A.

P, P, ligne droite parallèle au côté E,C du triangle inscrit et que doit suivre la partie droite de la sonde.

VIII. Il n'est pas nécessaire de lui donner, dans le premier temps du cathétérisme, la position habituelle sur le ventre, position à laquelle la grande courbure apporte un certain obstacle chez les sujets dont le ventre est très-développé. Nous couchons la verge dans l'aine, et nous introduisons alors l'instrument de côté, jusqu'à la partie la plus profonde de l'urètre, au voisinage du rectum. Alors la sonde est facilement ramenée dans le plan vertical.

IX. Arrivé à l'extrémité de la portion spongieuse, le bec de l'instrument rencontre la dépression bulbeuse de l'urètre et,



au-dessus, la bride qui la sépare de l'orifice de la portion membraneuse. Cet obstacle est facilement franchi à l'aide d'un léger tiraillement de la verge, qui soulève la paroi inférieure de l'urètre, et porte le bec de la sonde en haut, vers l'orifice urétral. Le moindre mouvement d'abaissement de la sonde suffit pour obtenir le même résultat.

X. Ce premier obstacle au passage de toutes les sondes étant franchi, il suffit de pousser doucement l'algalie vers la vessie par un mouvement circulaire. Dans beaucoup de circonstances, elle y pénètre d'elle-même et par son propre poids, tant il y a de concordance entre sa forme et celle de l'urètre. Ce sont deux arcs de même courbure courant l'une sur l'autre.

XI. Le mouvement circulaire, qui doit, d'ailleurs, être imprimé avec une extrême légèreté, peut être comparé à celui

que l'on communique à la lame d'un sabre courbe, pour l'introduire dans son fourreau. Il est donc très-différent du mouvement d'abaissement nécessaire dans le dernier temps du cathétérisme ordinaire. Il arrive même que l'usage de la sonde nouvelle présente, au premier abord, quelque difficulté aux praticiens qui par habitude veulent toujours exécuter le mouvement d'abaissement au même degré. Sans doute, il entre encore pour quelque chose dans le mécanisme de l'introduction de la nouvelle sonde, mais pour une si petite part que la meilleure condition pour réussir d'emblée avec le nouvel instrument, c'est de ne s'être jamais servi de l'ancien. Les malades eux-mêmes, chez lesquels le mouvement d'abaissement est toujours entravé, lorsqu'ils se sondent debout, par le défaut de longueur des bras, réussissent, en général, mieux que tout autre, à l'introduire du premier coup avec facilité.

XII. Les sondes d'étain, dites de Mayor, qui sont dans les mains de tous les praticiens, peuvent être utilisées instantanément pour essayer notre courbure, par suite de la facilité avec laquelle elles se prêtent à toute inflexion; mais il ne faut pas oublier qu'elles perdent la forme donnée avec la même facilité et que, par suite, il faut souvent constater, en les comparant à la figure géométrique, si sa disposition fondamentale n'a pas été altérée. On ne saurait croire combien des variations peu étendues, et que, dans l'état actuel des esprits, on serait tenté de regarder comme tout à fait insignifiantes, changent cependant les résultats. On peut aussi se servir de bougies de gomme élastique, mais dans ce cas il importe que le mandrin qui a reçu la courbure voulue soit assez gros pour remplir le calibre de la sonde. Dans le cas contraire, celle-ci ne présente pas assez de solidité pour conserver sa courbure pendant qu'elle parcourt l'urètre.

XIII. L'expérience sur le cadavre démontre promptement que cette courbure s'adapte mieux que toute autre à celle de l'urètre. Elle se meut dans le canal avec une facilité qui fait nécessairement supposer la similitude des formes. Chez certains sujets dont le canal présente des dispositions spéciales, l'ancienne sonde passe très-bien, et alors la différence entre les deux instruments est peu sensible; mais quand on répète l'expérience sur un plus grand nombre, le doute n'est plus possible.

XIV. L'expérience clinique fournit les mêmes résultats. Chez l'homme adulte, et lorsque les organes génito-urinaires sont sains, la différence entre les deux instruments est toujours manifeste. Le praticien qui conduit la sonde sent parfaitement qu'elle glisse entre les parois du canal sans arrêt et sans frottements, ce qui n'arrive plus avec la sonde ordinaire.

XV. Cette supériorité de la nouvelle courbure ne se révèle jamais avec plus d'évidence que dans les cas où l'inflammation a envahi le canal et ses annexes. Dans toutes ces conditions, le canal, plus sensible et moins redressable, ne subit qu'avec peine la sonde ordinaire, dont la forme diffère trop de la sienne; il se laisse, au contraire, facilement parcourir par le nouvel instrument. Quand on a répété plusieurs fois cette épreuve, il est impossible de ne pas reconnaître qu'un glissement si facile ne peut s'expliquer que par la plus exacte concordance des courbures.

XVI. C'est spécialement chez les vieillards que cette grande courbure donne les meilleurs résultats. Non que leur canal, comme on l'a dit à tort, ait pris graduellement une forme spéciale, mais parce que, dans un âge avancé, il y a presque toujours un état d'engorgement et de roideur dans les parties profondes de l'urètre, qui ne leur permet que difficilement de se mouler sur une courbure qui leur est étrangère. Notre expérience nous permet d'affirmer que, dans le plus grand nombre des cas où la sonde ordinaire passe mal, ou même ne passe pas, la nôtre passera facilement. Les faits cliniques qui ont servi de base à notre conviction sur ce point sont déjà assez nombreux et assez tranchés pour nous permettre de la transformer en loi.

XVII. Les malades qui étaient forcés, pour uriner, de recourir toujours à la sonde, et qui étaient habitués à l'ancienne courbure, ont regardé l'usage de celle-ci comme un bienfait. Ils établissent entre les deux instruments une immense différence, et aucun d'eux, après s'être servi du nouveau, ne voudrait y renoncer.

XVIII. Bien que nous nous soyons interdit, dans cette courte exposition, tous les développements pathologiques que comporte un pareil sujet, il est une observation que nous voulons soumettre aux praticiens, parce qu'elle se rapporte à un fait clinique qu'il leur sera facile de vérifier: *Lorsqu'une sonde ou une bougie, convenablement flexible dans toute sa longueur, est demeurée dans l'urètre pendant un temps suffisant, elle revient avec une forme très-rapprochée, sinon identique, avec la courbure de notre nouvelle sonde.*

Il nous reste, en terminant, à adresser une prière à nos confrères, c'est de nous faire connaître le résultat de leurs essais avec notre instrument.

De l'emploi des sétons multiples dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique accidentelle. — Guérison. — De l'emploi de ce moyen dans diverses affections médicales et chirurgicales,

Par le Dr Demeaux, *de Puy-Lévêque* (Lot), *ex-aide d'anatomie de la Faculté, ex-interne des hôpitaux de Paris.*

(Communiqué à l'Académie de médecine par M. le professeur Velpeau.)

Les sétons, dont je propose l'emploi sont appliqués, avec une aiguille à suture ordinaire un peu large.

La mèche se compose d'un ruban de trois à quatre fils, comme celui dont on se sert pour la ligature d'une grosse artère.

Le trajet peut être de 1 à 3 centimètres.

L'application n'exige que quelques secondes, surtout si on a la précaution de préparer à l'avance autant d'aiguilles qu'on se propose de passer de sétons.

Après avoir passé le ruban de fil sous la peau, on en réunit les deux bouts par un nœud solide, formant ainsi un anneau de 4 à 5 centimètres de diamètre seulement.

Le pansement consiste à déplacer le fil, comme pour le séton ordinaire; avec les soins de propreté convenables, le même ruban peut durer de un à deux mois.

On le renouvelle de la même manière que la mèche d'un grand séton.

Ce genre de séton offre le grand avantage de pouvoir être appliqué presque dans toutes les parties du corps.

Son application ne fait pas éprouver une vive douleur, et généralement elle n'inspire pas au malade une grande frayeur.

J'ai employé deux fois ce moyen dans une maladie qu'on regarde généralement comme incurable: *l'hydrocéphalie chronique accidentelle,* chez l'enfant, et j'ai obtenu des résultats très-satisfaisants, J'avais cru, *à priori,* que cette médication, par sa simplicité et son efficacité incontestables, pourrait rendre de grands services à la thérapeutique. Encouragé par un premier succès, j'ai cherché à en multiplier les applications, et je l'ai employée successivement dans des tumeurs blanches du genou, du coude; contre des épanchements dans les cavités séreuses ou synoviales, etc.; et, dans tous les cas, je n'ai eu qu'à me féliciter d'en avoir fait usage.

Je ne veux pas attendre d'avoir recueilli un grand nombre de faits. Je me hâte, au contraire, de publier ceux que je possède déjà, bien convaincu que si le moyen que je propose est bon et utile, il sera fécondé et propagé par les soins des hommes qui sont placés dans des conditions plus favorables que moi.

Dans la communication que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui, je ne rapporterai que d'une manière succincte et résumée les quelques faits qui en font l'objet. Ultérieurement, je publierai ces observations avec tous les détails nécessaires pour en garantir l'authenticité et leur donner la valeur scientifique qu'elles méritent.

1er *Fait. — Hydrocéphalie chronique accidentelle chez un enfant de 28 mois. — Traitement par les sétons multiples dans le cuir chevelu. — Application successive de 18 sétons. — Guérison.* — Au mois de mai 1850, on apporta, à ma consultation, un enfant de 28 mois, atteint d'hydrocéphalie chronique (c'était un garçon). Jusqu'à l'âge de 9 mois, cet enfant ne présenta aucun symptôme fâcheux ; à cette époque, il fut pris de *diarrhée*, de *vomissements*, de *mouvements convulsifs*, qu'on attribua à la dentition. A dater de ce moment, l'enfant dépérit de jour en jour ; il fut sevré à l'âge de 15 mois, et alors, seulement, on s'aperçut que la tête avait acquis un volume considérable, tandis que le reste du corps était comme atrophié. La maladie progressa lentement, mais d'une manière continue, jusqu'à l'époque où le jeune malade fut apporté chez moi.

Je constatai une hydrocéphalie caractérisée par le volume anormal et disproportionné de la tête, par la distension des sutures et des fontanelles. L'enfant paraissait comprendre, mais il ne parlait pas ; les membres inférieurs et supérieurs étaient amaigris et sans force ; le ventre n'était pas très-volumineux ; l'appétit était assez bon ; les digestions s'opéraient bien, mais les évacuations étaient irrégulières : il y avait alternativement diarrhée ou constipation.

Je ne chercherai pas à discuter ici quelle était la cause de l'épanchement cérébral : cette question sera traitée dans une autre circonstance.

En présence d'une maladie réputée incurable, presque toujours mortelle, je n'hésitai pas à tenter une médication nouvelle, d'ailleurs inoffensive si elle était inefficace. Je proposai d'appliquer immédiatement quatre petits sétons dans l'épaisseur du cuir chevelu. Ma proposition fut acceptée et mise à exécution séance tenante. L'enfant supporta ces petites opérations presque sans se plaindre.

Le 24 juillet, l'enfant fut rapporté chez moi. Les sétons avaient été entretenus avec le plus grand soin : un seul avait été supprimé ; trois suppuraient encore. Je constatai une amélioration sensible ; l'enfant semblait avoir déjà pris de la force. J'appliquai cinq nouveaux sétons.

Le 8 septembre, l'enfant me fut présenté de nouveau. Cette fois, je constatai une amélioration notable : j'appliquai encore cinq autres sétons. Le 15 mars 1851, j'en appliquai encore quatre. La suppuration a été entretenue, m'a-t-on dit, pendant près d'un an ; les sétons ont été supprimés un à un, comme je l'avais prescrit. J'ai revu cet enfant il y a quelques mois (il a aujourd'hui 7 ans environ) : le volume de la tête a considérablement diminué ; l'intelligence est assez développée. Le jeune malade parle, crie, court et s'agite comme les enfants de son âge, en un mot, je le considère comme entièrement guéri.

2e *Fait. — Hydrocéphalie chronique accidentelle chez un enfant de vingt mois. — Application successive de quatorze sétons. — Guérison.* — Au mois d'avril 1853, on porta chez moi un enfant (garçon) de vingt mois, chez lequel je constatai un commencement d'*hydrocéphalie* caractérisée par le volume de la tête et la distension des fontanelles. D'après le récit qui me fut fait par les parents, l'origine de la maladie remontait au commencement de novembre 1852. A cette époque, l'enfant, qui déjà marchait seul, perdit ses forces, éprouva des vomissements, quelques convulsions, et enfin ce ne fut que vers le mois de février qu'on s'aperçut que la tête avait pris du volume, tandis que le reste du corps avait notablement diminué. Je proposai l'application de quelques sétons dans le cuir chevelu, et, ce même jour, j'en appliquai six. Dans les premiers jours de juin, j'en appliquai quatre. Au mois de septembre, je constatai, dans l'état du malade, une amélioration très-notable ; j'en appliquai encore quatre. Aujourd'hui, cet enfant est dans un état de santé qui ne laisse presque rien à désirer ; trois sétons sont encore en suppuration.

Je n'ai pas la prétention de traiter avec succès toutes les variétés d'hydrocéphalies ; je sais qu'il en est qui, par leur nature, sont incurables ; néanmoins, quelle que soit la gravité de cette maladie, il n'est pas moins du devoir du médecin d'en rechercher la guérison par tous les moyens possibles.

Emploi des sétons multiples dans diverses maladies médicales et chirurgicales.

1° *Pleurésie chronique avec épanchement. — Application de dix sétons sur la paroi thoracique. — Guérison rapide.* — Un homme de 32 ans, atteint d'un épanchement pleurétique du côté droit, qui avait résisté à l'emploi successif des sangsues, des vésicatoires, etc., se présenta chez mois au mois de février 1854. Il venait demander mon avis sur l'opportunité d'un séton qui lui avait été prescrit par son médecin ordinaire ; il me délara d'avance qu'il éprouvait, pour ce moyen, une grande répugnance ; je constatai, à mon tour, l'utilité d'un exutoire, et j'exploitai, au profit de mon remède, la frayeur du malade ; je lui proposai donc de substituer *à un grand séton, qui le ferait beaucoup souffrir, plusieurs petits sétons qui ne devaient occasionner presque aucune douleur.* Ma proposition fut acceptée, et immédiatement j'appliquai dix sétons que je disséminai sur toute la surface qui correspondait à l'épanchement ; le malade me déclara qu'il n'avait pas éprouvé une vive douleur. Au bout de trois semaines, la guérison fut à peu près complète ; néanmoins je donnai le conseil de ne supprimer que graduellement les sétons, en procédant de haut en bas.

2° Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'employer, trois fois encore, cette médication dans des cas analogues ; j'ai appliqué de six à dix sétons : les résultats ont été toujours des plus favorables.

3° *Tumeur blanche du genou. — Application de 8 sétons autour de l'articulation. — Guérison.* — Un jeune homme de 23 ans rentra de Bordeaux au mois de mars 1854 : M. le docteur Chaumet lui avait conseillé *deux moxas* dans la partie *sus-rotulienne* de l'articulation. Il se présenta chez moi pour que je lui en fisse l'application. Je lui proposai de substituer à ce moyen plusieurs petits sétons : ma proposition fut acceptée. J'en appliquai huit en deux fois, à deux époques différentes ; encore aujourd'hui, quelques-uns de ces sétons sont en suppuration, mais le malade est dans un état très-satisfaisant. Je dois ajouter, toutefois, qu'un traitement interne a été mis en usage en même temps.

4° Dans le mois d'août 1854, j'ai aussi appliqué ce moyen autour de l'articulation du coude; je ne puis encore prévoir le résultat définitif ; mais jusqu'à ce moment, cette médication paraît avoir agi d'une manière très-favorable.

5° J'ai fait encore l'application de huit sétons sur l'épaule d'un homme, qui, à la suite d'une luxation *scapulo-humérale*, bien réduite pourtant, avait conservé pendant plusieurs mois du gonflement, de la roideur, et une très-vive douleur au moindre mouvement. Après quelques semaines de ce traitement, l'articulation a recouvré ses fonctions presque normales.

6° Vers cette même époque, j'appliquai aussi quatre sétons au-dessus de la rotule du côté gauche, chez un homme de 36 ans, atteint d'une *hydartrose* qui avait résisté à l'application de plusieurs vésicatoires, et à l'emploi de pommades résolutives. En quelques semaines, l'articulation était revenue à son état normal.

D'après les observations que j'ai déjà recueillies, quoique peu nombreuses encore, je suis autorisé à penser que les sétons multiples peuvent être appliqués avec avantage, non-seulement contre l'hydrocéphalie chronique, mais aussi dans un grand nombre d'autres maladies qu'on traite aujourd'hui par des moyens plus violents et moins efficaces.

CLINIQUE CIVILE.

De quelques faits de pratique chirurgicale.

1re *Observation. — Luxation spontanée.* — Le 6 août 1828, en soutenant ma thèse à la Faculté de médecine pour recevoir le titre de docteur, je soulevai cette proposition : « Rien de plus fréquent que de rencontrer des fœtus présentant des altérations pathologiques dans les eaux de l'amnios ; ne conçoit-on pas des maladies en rapport avec le milieu dans lequel vit le fœtus? »

Il y a quinze jours, madame L. F., de Nogent-sur-Seine, près Vincennes, me présenta un enfant de 3 mois, portant tous les signes d'une luxation spontanée du fémur : allongement du membre droit, fluctuation manifeste autour de l'articulation, tumeur occupant la région trochantérienne droite. La mère déclare qu'il est venu ainsi au monde. L'enfant est bien portant; il est allaité par sa mère. Le 1er de ce mois, je fis une ponction exploratrice : il sortit à peu près un verre de pus d'une teinte rougeâtre avec de petits corps crayeux.

J'injectai dans la poche qui entourait le grand trochanter, par la canule du trois-quarts, le mélange iodé que l'on emploie ordinairement pour la guérison des hydrocèles : deux tiers d'eau sur un tiers de teinture d'iode ; le liquide injecté fut retiré après un séjour de deux minutes. Depuis, j'ai revu le petit malade quinze jours après l'opération : il est actuellement parfaitement guéri et de la luxation et de l'abcès qu'il portait en naissant. On doit reporter cette affection à une période d'invasion datant de la vie intra-utérine.

2e *Observation. — Kyste crayeux du sternum.* — Madame ...., âgée de 28 ans, demeurant boulevard des Filles-du-Calvaire, n° 4, portait, depuis son extrême jeunesse, une tumeur à la partie supérieure du sternum,

entre les attaches des deux muscles sterno-mastoïdiens, du volume du poing, volume qui n'avait pas toujours été aussi considérable. La malade se présente à ma consultation, le 18 juin de cette année : la tumeur était fluctuante, sans changement de couleur à la peau ; la malade éprouvait depuis quelques mois un peu de gêne dans la respiration. Ne pouvant déterminer la nature de la tumeur, je fis une ponction exploratrice ; mais rien ne sortit par la canule du trois-quarts. Je fis alors une incision sur la ligne médiane et deux petites incisions perpendiculaires à la première, n'intéressant que la peau, et je rencontrai les parois assez résistantes d'un kyste. Celui-ci fut disséqué avec soin, puis incisé : il en sortit alors une matière blanchâtre ressemblant à de la craie délayée, enveloppant des sortes de noyaux de la grosseur d'un gros haricot blanc. Je vidai entièrement la tumeur, et après en avoir bien lavé l'intérieur, j'essayai de disséquer la paroi postérieure qui résista aux tractions assez douces, mais continues, que j'exerçai sur elle. Comme le kyste passait derrière le sternum, je renonçai à l'enlever en entier ; je coupai avec des ciseaux ses parois disséquées jusqu'au niveau des attaches musculaires, et je remplis la plaie avec de la charpie. Je craignais, en voulant passer derrière la région sternale, de diviser quelques vaisseaux importants. — Trois jours après, la charpie fut enlevée ; ce qui restait des parois du kyste fut lavé avec la solution iodée ; la suppuration se développa, et un mois après une bonne cicatrice était formée. Depuis cette époque, la malade est venue me voir tous les huit jours, et sa guérison est complète.

Les noyaux contenus dans cette tumeur, et qui semblaient formés d'une substance crayeuse, furent déposés dans l'eau qui en fut colorée en blanc. Le soir de l'opération, nous avons examiné chacun de ces noyaux, et nous avons pu constater qu'ils étaient formés par de longs poils ayant chacun à peu près 6 centimètres de longueur ; quelques-uns avaient une longueur un peu plus grande.

Alors que le phinère florissait, et que notre illustre maître, Blainville, professait ses savantes doctrines, nous aurions expliqué l'existence de ces poils par une réunion de follicules rentrés dans une poche accidentelle où ils auraient été renfermés et où ils se seraient développés ; les parois du kyste présentaient d'ailleurs de petites anfractuosités ressemblant aux bulles ordinaires des poils. Ces poils auraient tenu à l'individu pendant un certain temps, puis s'en seraient séparés, et c'est à partir de ce moment où les poils seraient devenus caduques, ne tenant plus à la paroi du kyste, que la tumeur aurait occasionné des douleurs, et que les phénomènes de la fluctuation se seraient manifestés. Tout porte à croire que cette tumeur s'est développée pendant le développement de l'individu, durant la vie intra-utérine.

3e *Observation. — Tumeur osseuse du bras.* —. Madame H..., me présenta, il y a un mois, un enfant de treize ans, d'une constitution assez robuste, portant, à la partie moyenne du bras, une tumeur volumineuse. La circonférence du bras gauche était de 41 centimètres, et ce volume allait en diminuant vers l'extrémité supérieure et inférieure de l'humérus. La longueur de la tumeur était de 10 centimètres. Cette tumeur était dure et entièrement formée par du tissu osseux. Le bras présentait çà et là des parties tuméfiées ; à sa face interne se trouvait un petit pertuis qui avait donné issue à du pus, et par lequel j'introduisis un stylet. Il me fut facile alors d'apprécier deux couches de lames fort dures, à une certaine distance l'une de l'autre ; c'était évidemment pour moi un nouvel os qui enveloppait un os nécrosé ; l'ancien os n'était pas encore mobile.

La mère de l'enfant me demanda mon avis : fallait-il laisser faire l'amputation du bras dans l'article, comme on le conseillait, ou fallait-il attendre ? Je lui répondis qu'elle ne devait soumettre son fils à aucune opération pour le moment, et je la priai de revenir me voir dans trois mois. Je n'ordonnai d'autre traitement que des cataplasmes émollients sur la partie malade.

Trois mois après, le jeune malade revint, portant à la partie supérieure du bras une ulcération profonde et assez large, par laquelle s'écoulait une sanie ichoreuse et fétide. En introduisant le doigt au fond de cet ulcère, j'entrai dans une cavité, et je pus sentir le corps de l'humérus mobile et invaginé dans un nouvel os.

Saisissant l'os ancien avec un davier, le bras étant bien maintenu, je fis un effort pour engager l'os ancien dans l'ouverture que la nature avait pratiquée dans l'os nouveau. Je pus alors retirer immédiatement un séquestre qui était formé par la partie supérieure du corps de l'humérus, au-dessous du col chirurgical, d'une longueur de 9 centimètres. Mais l'effort et l'ébranlement occasionnèrent la fracture de l'os nouveau à sa partie moyenne. J'appliquai immédiatement l'appareil ordinaire des fractures du bras, et la consolidation fut rapidement obtenue. Au bout de trente jours, le nouvel humérus était solide, et le malade, sans avoir un bras très-fort, a conservé un membre qui lui rendra d'excellents services.

Cette observation prouve qu'il ne faut pas se presser pour donner son diagnostic, quand il s'agit d'une amputation, et que l'on est ordinairement beaucoup trop timide pour enlever un os nécrosé. La nature a des ressources que l'on ne peut guère prévoir dans les maladies des os qui ne dépendent pas d'une affection tuberculeuse.

Outre la facilité et la rapidité de la consolidation de la fracture de l'os nouveau, nous devons faire remarquer qu'il n'est resté ici aucune trace du cal. A. Thierry.

Nouveau genre de luxations (luxations par allongement des os), lettre à M. le professeur Malgaigne,

Par le Dr J. Parise, *professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine de Lille, ancien interne des hôpitaux civils de Paris,* etc.

(Suite et fin. Voir le n° 144.)

3e *Observation. — Nécrose du tibia gauche, allongement de cet os ; luxation en bas de la tête du péroné ; allongement réel de tout le membre inférieur du même côté, dû a l'allongement du tibia et au redressement du col du fémur.* — Charles Duflot, âgé de 21 ans, enfant de l'Hôpital-Général de Lille, mais élevé au village de Templemar, jusqu'à l'âge de 13 ans et demi, chez un cultivateur, entra à la Clinique chirurgicale de l'École de Lille (hôpital Saint-Sauveur), le 25 mai 1853, pour y être traité d'une nécrose du tibia gauche.

Duflot est bien constitué, un peu amaigri ; taille au-dessus de la moyenne ; cheveux roux ; tempérament lymphatique ; dents en bon état ; point de glandes au cou. Il est intelligent, et il répond nettement aux questions qui lui sont adressées. Toutes les fonctions se font bien. Cependant, bien qu'il prétende qu'il n'a jamais eu ni rhumes ni maux de gorge, qu'il ne tousse pas et n'a jamais craché, on trouve au sommet du poumon droit, en arrière, une résonnance très-forte de la voix et de la toux, avec bruit expiratoire prolongé. Il n'est pas douteux qu'il n'y ait là une petite caverne.

Jusqu'à l'âge de 13 ans sa santé a été bonne, et jamais, à l'entendre, il n'a offert de symptômes pouvant faire présumer une disposition scrofuleuse. Mais, à cette époque, c'est-à-dire à l'âge de 13 ans, ayant fait un effort pour sauter sur un sac de farine, il ressentit aussitôt une douleur vive dans le genou gauche ; il ne tomba pas ; il n'y eut pas de choc contre cette partie, et il continua à marcher. Cependant les jours suivants, le genou se gonfla, devint douloureux et rendit la marche impossible. Il garda le lit pendant quatre mois, faisant pour tout traitement des applications émollientes sur la partie malade.

Au bout de ces quatre mois, voyant son genou rester dans le même état, il quitta Templemar et rentra à l'Hôpital-Général, où le même traitement fut continué. Plusieurs mois, plus d'un an, se passèrent ainsi. Cependant, les accidents diminuèrent peu à peu ; la jambe, fortement fléchie sur la cuisse, put être ramenée dans l'extension ; il put marcher avec un bâton, puis seul. Aujourd'hui, et depuis plusieurs années, il marche bien, et l'on ne trouve rien d'anormal dans l'articulation du genou.

Quelques mois après sa rentrée à l'Hôpital-Général, alors que le genou gauche était encore gonflé et la jambe fléchie sur la cuisse, il vit se former à la partie supérieure de la face interne du tibia du même côté, à trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure de cet os, un abcès qui s'ouvrit de lui-même. Cet abcès resta fistuleux pendant plusieurs années. On en voit encore la cicatrice qui adhère à l'os.

Quelques mois après l'ouverture de cet abcès, le gonflement, qui n'occupait d'abord que la partie supérieure de la jambe, gagna sa partie moyenne, puis sa partie inférieure. Plusieurs abcès se formèrent successivement et s'ouvrirent à la face antérieure et externe de la jambe, dans la moitié supérieure de cette région. Il n'a jamais vu de portion d'os sortir par les orifices de ces abcès devenus fistuleux.

Malgré ces abcès, il marchait assez bien, puisqu'il put apprendre l'état de tourneur en bois, état qu'il a exercé pendant cinq ans, et qui l'a fait vivre depuis que, sorti de l'Hôpital-Général, il a été livré à ses propres ressources.

Actuellement, la jambe gauche offre trois fistules sur sa face antérieure, et une plus en dehors ; toutes conduisent sur un séquestre volumineux, mobile, presque entièrement invaginé, mais facile à enlever par une opération très-simple.

Cette opération fut retardée par une fièvre typhoïde de médiocre gravité qui s'empara de notre malade trois jours après son entrée. Lorsqu'il fut convalescent, je réunis les fistules, je fis sauter les ponts osseux qui les séparaient, et, saisissant le séquestre avec des pinces, je l'amenai en entier. On put voir alors dans le tibia une excavation capable de loger deux doigts dans toute leur longueur, excavation tapissée par une membrane épaisse, molle, très-vasculaire.

La cicatrisation marcha rapidement ; les bords de la gouttière se réunirent

promptement dans presque toute leur étendue, si ce n'est à la partie inférieure que je maintins ouverte par l'introduction de mèches de plus en plus petites. En même temps, un bourgeonnement rapide combla le fond de cette vaste excavation. En cinq semaines la cicatrisation était complète.

Le séquestre est formé par une portion du tibia longue de 11 centimètres, large de 24 millimètres, comprenant l'angle antérieur avec les faces interne et externe de cet os. Ce séquestre représente presque toute la circonférence du tibia, moins une partie de la face postérieure et de l'angle interne. Il s'étend jusqu'au canal médullaire, aux dépens duquel il est taillé en biseau et d'une manière fort irrégulière. Les faces interne et externe du séquestre sont lisses dans une partie seulement de leur étendue, rugueuses et creusées de petites excavations dans le reste. La cavité du séquestre était remplie, et sa surface externe couverte d'une sorte d'enduit crémeux, ayant l'apparence du pus concret.

Luxation en bas de la tête du péroné. — Voici ce qu'un examen attentif et maintes fois répété en présence des élèves m'a permis de constater.

Le membre inférieur gauche est évidemment plus long que le droit. Tous deux étendus et rapprochés, le malade couché horizontalement, le talon droit vient se placer sous la malléole interne gauche; il y a près de 5 centimètres d'allongement à la vue.

Dans la station debout, le malade se tient sur le membre sain, le pied gauche porté un peu en avant et en dehors, le genou légèrement fléchi. La hanche gauche est fortement remontée; le grand trochanter paraît saillant et un peu plus éloigné de la crète iliaque. La colonne vertébrale, inclinée sur le côté gauche, forme une grande courbure dont la concavité regarde de ce côté.

La tête du péroné est beaucoup moins apparente à la vue et moins facile à sentir du côté malade que du côté sain; elle paraît aussi plus enfoncée sous le tibia, plus éloignée de la ligne articulaire fémoro-tibiale et un peu rejetée en arrière.

Le péroné est un peu déjeté en dehors vers sa partie inférieure, et sa malléole paraît être un peu remontée, c'est-à-dire descendre moins comparativement que la malléole tibiale. Cette apparence peut tenir, ou bien à ce qu'en effet la malléole externe n'a pas conservé ses rapports ordinaires avec l'extrémité inférieure du tibia, dont le corps aurait subi une élongation disproportionnée, ou bien à ce que le tibia, allongé et courbé vers le péroné, ne présente plus à la poulie de l'astragale une surface horizontale, sa malléole descendant plus à cause de cette incurvation.

La mensuration, faite aussi exactement que possible, nous donne des signes positifs.

Longueur du péroné, mesurée d'un point saillant de sa tête au sommet de sa malléole :

Côté gauche	358 millimètres.
Côté droit	356 —

Différence peu appréciable, mais étant cependant à l'avantage du côté malade, ce qui est contraire à mes prévisions.

Longueur du tibia, mesurée de l'interligne articulaire au sommet de la malléole interne :

Côté gauche	405 millimètres.
Côté droit	375 —
Différence	3 centimètres.

Cette différence, qui est considérable, tient en partie à ce que le ruban métrique a dû suivre la convexité que présente le tibia sur son côté antéro-interne.

Intervalle qui sépare la tête du péroné de la tubérosité externe du fémur :

Côté gauche	7 centimètres.
Côté droit	6 —
Différence	1 centimètre, indiquant

la mesure de l'abaissement de la tête du péroné.

Tous ces chiffres concordants montrent évidemment que la tête du péroné, n'ayant pas suivi le mouvement ascensionnel du tibia, a changé de rapports avec cet os, et qu'elle s'est luxée au-dessous de la surface articulaire qui lui est destinée sur le tibia.

Mesurant ensuite les membres inférieurs dans toute leur longueur, le malade étant couché sur le dos et l'axe du bassin déterminé au moyen du petit appareil que j'ai décrit dans mon *Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (*Archives gén. de méd.*, 1843, 4e série, t. II), j'ai trouvé :

De l'épine iliaque antéro-postérieure à la malléole externe :

Côté gauche	802 millimètres.
Côté droit	851 —
Différence	41 millimètres, augmen-

tant encore de près de 1 centimètre quand on mesurait de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne.

Longueur des fémurs, prise dans la pointe du grand trochanter au bord externe de la trochlée fémorale facile à sentir, lorsque la jambe est dans la flexion : des deux côtés, 44 centimètres.

Ne trouvant pas dans l'allongement du tibia l'explication suffisante de l'allongement total du membre, j'étais assez embarrassé pour me rendre compte de cette différence, et j'étais tenté de l'attribuer à quelque lésion ancienne de l'articulation de la hanche. J'eus plus tard la possibilité d'éclaircir mes doutes.

En effet, quelques mois après sa sortie de mon service, les tubercules que l'auscultation m'avait fait reconnaître au sommet du poumon prirent un développement rapide, et bientôt Duflot vint mourir dans un service de médecine du même hôpital, où je pus en faire l'autopsie.

Autopsie. — Avant de procéder à la dissection, les diverses mensurations rapportées plus haut sont répétées : elles donnent très-sensiblement les mêmes chiffres, qu'il serait inutile de reproduire. Ceux qui suivent sont pris après dissection.

Luxation. — La tête du péroné est descendue de 1 bon centimètre au moins au-dessous du point qu'elle occupe normalement, ainsi que l'établissent les chiffres suivants :

Du sommet de la tête du péroné au plan de la surface articulaire fémoro-tibiale :

Côté gauche	16 millimètres.
Côté droit	6 —

La tête du péroné, enfoncée sous le tibia, est beaucoup moins saillante sur le plan externe de la jambe que du côté droit. Les ligaments de l'articulation péronéo-tibiale supérieure existent comme au côté sain; mais ils sont plus longs et plus obliques vers le péroné; ils permettent une mobilité d'avant en arrière plus grande. La surface articulaire du péroné est plus petite; son cartilage est dépoli; elle touche au tibia par son côté interne, mais bien au-dessous de la surface articulaire qui lui était destinée.

La surface articulaire tibiale n'a plus aucun contact avec le péroné; elle est plus déformée et plus dépolie que celle du péroné. La cavité de l'articulation est remplie de pelotons adipeux. Une surface lisse, mais non pourvue de cartilage et située au-dessous de la facette primitive, répond au péroné.

Cet os est un peu courbé en dehors; sa malléole, déjetée dans le même sens, descend aussi bas que celle du côté opposé. Du reste, le péroné gauche est un peu plus long que le droit, ce qu'indiquaient déjà les mesures prises pendant la vie :

Péroné gauche	372 millimètres.
Péroné droit	368 —
Différence	4 millimètres, chiffre un

peu plus élevé que celui obtenu pendant la vie, mais qui s'explique par la difficulté que les parties molles apportent à la mensuration.

Le tibia gauche, beaucoup plus volumineux que celui du côté sain dans ses trois quarts supérieurs, est incurvé en arrière et en dehors d'une manière prononcée, mais beaucoup moins que la convexité de sa face interne le ferait croire. Sa face interne présente plusieurs ouvertures irrégulières conduisant dans la cavité occupée par le séquestre. Cette cavité est déjà presque entièrement comblée par un tissu osseux à larges mailles; le reste est rempli par un tissu cellulo-séreux, car c'est de la sérosité qu'il contient dans ses mailles. Le tout est fermé par le périoste confondu avec la cicatrice.

Le tibia, mesuré de sa tubérosité interne à la malléole interne, a :

Du côté gauche	402 millimètres.
Du côté droit	371 —
Différence	3 centimètres.

Mais si l'on mesure de la tubérosité externe au bord externe de la surface astragalienne, on trouve :

Côté gauche	370 millimètres.
Côté droit	355 —
Différence	15 —

Ainsi, selon que l'on compare les deux tibias par leur côté interne ou par leur côté externe, on trouve entre eux une différence qui est de 3 centimètres dans le premier cas, et de 1 centimètre 1/2 seulement dans le second. Cette différence entre les résultats s'explique par la courbure de l'os malade sur son côté postéro-externe, courbure en vertu de laquelle les plans passant par les surfaces articulaires supérieure et inférieure du tibia, lesquelles sont parallèles sur l'os normal, s'inclinent fortement l'un vers l'autre du côté externe sur l'os malade.

En somme, le tibia gauche, de quelque côté qu'on le mesure, après comme avant la macération, est plus long que celui du côté sain, de près de 2 centimètres en moyenne; et le péroné gauche, mesuré de ses points extrêmes, l'emporte de 4 millimètres.

L'articulation du genou, actuellement saine, offre les traces d'altéra-

tions anciennes que je ne fais que mentionner, me réservant de les exposer complétement dans un travail que je prépare sur le *mode de guérison des tumeurs blanches*.

L'articulation coxo-fémorale gauche est saine. Mais les fémurs n'ont pas la même longueur; le gauche a 2 centimètres de plus que le droit. Cette différence tient presque entièrement au redressement du col du fémur; car, si l'on mesure à partir du grand trochanter, on ne trouve que 2 à 3 millimètres en faveur du fémur gauche. Il faut remarquer encore que si l'on place les deux fémurs par leurs extrémités inférieures sur un même plan, ils n'offrent pas la même obliquité, le gauche s'inclinant beaucoup plus en dehors.

Cette dernière observation, à la fois clinique et anatomique, ne laisse rien à désirer quant au mécanisme de la luxation. C'est bien le travail de régénération de la portion osseuse nécrosée qui a provoqué l'allongement considérable reconnu pendant la vie et constaté par l'examen direct après la mort. C'est bien par le fait de ce développement morbide que le péroné distancé, si j'ose ainsi dire, par cet allongement disproporté, est resté en arrière, et a abandonné ses rapports articulaires.

La courbure du tibia, laquelle a amené celle beaucoup moins prononcée du péroné, a eu pour résultat l'inclinaison de l'articulation tibio-tarsienne. Cette inclinaison m'avait fait penser que la malléole externe suivant un mouvement analogue à celui de l'extrémité supérieure, mais en sens inverse, était remontée. La dissection nous a montré qu'il n'y avait là qu'une apparence tenant à l'inclinaison indiquée.

Du reste, la solidité beaucoup plus grande de l'articulation péronéo-tibiale inférieure explique suffisamment comment, dans le cas d'élongation du tibia, la luxation se fait toujours à l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Une remarque curieuse, c'est que le péroné luxé, non-seulement n'est pas plus court que son correspondant du côté sain, mais l'emporte sur lui de 4 millimètres, différence peu considérable, mais réelle et déjà notée pendant la vie. Comment expliquer ce fait? J'admettrais volontiers que cet allongement minime serait le résultat d'une sorte de traction continue exercée en sens inverse sur chaque extrémité de l'os, au moyen de ses ligaments. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse un peu trop mécanique, nous voici loin de la formule hippocratique signalée plus haut et en vertu de laquelle j'admettais, *à priori*, l'atrophie en longueur du péroné, comme étant le plus voisin de l'os malade. Mais ce n'est pas la formule qui est en défaut, c'est l'extension que je voulais lui donner. Hippocrate n'avait en vue que les affections *articulaires* et particulièrement la coxalgie, et jusqu'à ce jour j'ai vérifié l'exactitude de son observation. Or, il s'agit ici de la nécrose du corps des os. Faudrait-il donc admettre une influence différente, sinon inverse, entre ces deux maladies? C'est là un point de vue nouveau qui me paraît digne d'être signalé.

Je ferai remarquer encore, dans cette observation, l'allongement du fémur dépendant du redressement de son col, allongement dont la cause était difficile à reconnaître pendant la vie, et dont la mensuration m'avait conduit à placer la cause dans quelque lésion ancienne de l'articulation coxo-fémorale. Quel rapport y a-t-il entre cette déviation du col fémoral et la nécrose du tibia?

Les trois observations que je viens de rapporter sont parfaitement concordantes; elles se complètent et se fortifient réciproquement. La première est tout anatomique, la seconde toute clinique, et la troisième présente ce double caractère. Je pourrais y joindre deux autres faits dans lesquels j'ai pu suivre, pour ainsi dire, l'évolution de la luxation, laquelle n'est pas encore complète. Il s'agit d'une petite fille et d'un jeune garçon atteints de nécrose du tibia datant de quatorze et dix-huit mois, et chez lesquels j'ai pu déjà reconnaître les principaux traits de la luxation du péroné en voie de se produire. Mais ces observations ne me paraissent pas aussi concluantes, et d'ailleurs n'ajouteraient rien à celles qui précèdent.

II. AUTRES LUXATIONS PAR ALLONGEMENT DES OS.

Tout ce que je viens de dire des luxations par allongement des os ne se rapporte qu'à la luxation en bas de la tête du péroné. C'est la seule que j'aie observée. N'ayant pas rencontré encore les luxations de même genre que l'analogie anatomique conduit à admettre pour d'autres os, je ne veux pas suppléer à l'absence des faits par l'induction, à mon avis, la plus légitime; je sais trop bien, mon très-cher maître, ce que deviennent sous le feu de votre critique ces créations chirurgicales dont l'imagination fait tous les frais. Mais vous me pardonnerez de poser quelques questions auxquelles les faits ne tarderont pas à répondre.

A. Si le *péroné,* au lieu du tibia, devenait le siége de l'allongement hypertrophique, qu'en résulterait-il? Une luxation en sens inverse de celle décrite, c'est-à-dire *en haut* de la tête de cet os, laquelle, glissant sur le plan incliné de la facette articulaire du tibia, se porterait *en haut et en dehors,* viendrait faire saillie au niveau de l'interligne articulaire fémoro-tibial, etc.

De même, qu'arriverait-il dans le cas où l'allongement hypertrophique affecterait un des os l'avant-bras?

B. Allongement du cubitus. — Son extrémité inférieure projetée en bas, tiraillant les ligaments qui l'unissent au radius, repousserait en dehors le carpe et la main, comme on le voit dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius mal consolidées, et constituerait une luxation de la tête du cubitus *en bas* du radius.

Peut-être même cette traction continue, exercée sur l'extrémité carpienne du radius, serait-elle capable de faire sortir la tête de cet os de l'anneau fibreux qui l'embrasse et de la luxer *en bas* sur le cubitus, en même temps qu'un écartement plus ou moins considérable se produirait entre la cupule du radius et le condyle de l'humérus.

C. Allongement du radius. — Son extrémité supérieure s'arc-boutant sur l'humérus, son extrémité carpienne entraînant avec elle le carpe qu'elle supporte descendrait au-dessous du cubitus, et l'on verrait se produire une luxation *en haut* de la tête de ce dernier os.

L'histoire générale de la luxation par allongement des os peut être résumée en quelques propositions.

Cette luxation est de l'ordre des luxations symptomatiques; mais elle diffère essentiellement des luxations dites *spontanées,* en ce que l'articulation qui en est le siége ne présente aucune lésion morbide antérieure au déplacement et autre que le déplacement lui-même; tandis que la luxation spontanée n'est que la conséquence des altérations morbides survenues dans la jointure luxée. Elle doit donc en être distinguée, et prendre rang à côté d'elle, mais à part.

Elle ne peut avoir lieu qu'entre deux os articulés entre eux par leurs deux extrémités. Elle a pour cause l'allongement morbide de l'un de ces os. Rien ne prouve que le raccourcissement atrophique puisse la produire seul, ou seulement y contribuer, en combinant son action avec l'allongement de l'os conjoint.

Sa marche est éminemment lente et *graduelle*. Cette qualification donnée aux luxations spontanées par M. le professeur Nélaton lui convient mieux encore qu'à ces dernières.

Elle peut être complète; mais elle a nécessairement passé par tous les degrés de la luxation incomplète, et elle peut s'arrêter à l'un de ces degrés.

Ses symptômes varient selon l'articulation affectée et l'os déplacé. Ils sont faciles à comprendre, mais généralement plus difficiles à constater. Son diagnostic repose sur les changements anatomiques survenus dans la jointure, et surtout sur des mensurations exactes et comparatives des os que l'on suppose allongés ou déplacés.

Ces luxations, bien que peu graves en elles-mêmes, méritent d'être connues des chirurgiens, ne fût-ce que pour éliminer cette cause d'erreur dans certains cas de diagnostic difficile.

(*Revue médico-chir.*)

THÉRAPEUTIQUE.

De l'alimentation dans les fièvres graves,

Par M. Trousseau.

Nous trouvons dans la *France médicale* un article sur la clinique de M. le professeur Trousseau, qui nous paraît mériter toute attention de la part des praticiens. Seulement nous ferons remarquer que les principales idées qu'il renferme remontent à M. Bretonneau, que M. Trousseau se plaît d'ailleurs à reconnaître pour son maître, et le mot même d'*autophagie* a été créé par M. Bretonneau.

Quiconque suit au lit des malades M. le professeur Trousseau, s'aperçoit que ce médecin ne craint nullement d'alimenter les individus qui sont affectés de fièvres graves. Ainsi, après le premier septénaire, l'eau de gruau devient la boisson habituelle de ces malades ; et dès le huitième ou neuvième jour, on joint à cette boisson alimentaire du bouillon, des panades et autres potages légers. Un régime analogue est prescrit dans les fièvres éruptives ; tandis qu'au contraire, s'il s'agit d'un état fébrile produit par une phlegmasie locale nettement dessinée, la diète est jugée avantageuse pendant toute la durée de l'orgasme. Cette période passée, on commence l'alimentation qu'on augmente graduellement, mais qui doit être dosée de telle manière que le malade, après avoir mangé, éprouve encore la sensation de la faim. Le régime subit ainsi des modifications très-distinctes, suivant qu'il s'agit de pyrexies exanthémateuses ou d'inflammations avec réaction fébrile.

Pour expliquer sa conduite dans le premier cas, M. Trousseau s'est autorisé d'expériences intéressantes et de faits curieux. On interprète faussement, dit-il, les phénomènes que produit la diète absolue. Tout animal privé d'aliments devient *autophage* et se nourrit de sa propre substance, ainsi que l'a prouvé M. Bernard de Villefranche. Ce physiologiste a pris des lapins, qui, quoique rongeurs, mangent au besoin de la viande. Il les a nourris d'abord avec des végétaux verts, et il a vu que leur sang et leurs urines acquéraient promptement des propriétés alcalines. Il les a fait passer ensuite au régime animal; aussitôt le sang a perdu la soude qu'il contenait et les urines sont devenues acides. Ce premier résultat constaté, les mêmes animaux ont été replacés par le régime herbacé dans les conditions premières, puis assujettis immédiatement à une diète rigoureuse. Alors on s'est assuré que les urines et le sang reprenaient les propriétés que leur avait données l'usage de la viande; l'animal s'était nourri de sa chair; il y avait eu, comme nous le disions plus haut, véritable *autophagie*. Mais si le sang, ainsi revivifié, offre pendant quelque temps un certain degré de plasticité et de richesse qu'il n'avait pas auparavant, cet état ne saurait être durable, et, la diète étant prolongée, ce liquide subit des altérations semblables à celles qu'on y remarque dans les fièvres graves. C'est ce qui résulte clairement des faits observés par M. Guislain chez des aliénés qui, dans une pensée de suicide, refusaient toute espèce de nourriture ; ces individus, comme les naufragés de la *Méduse* et de l'*Alceste*, passaient par tous les degrés des fièvres ataxiques et adynamiques.

Voilà pourquoi M. Trousseau n'est pas partisan de la diète excessive dans les pyrexies, où les sucs de l'économie sont déjà modifiés d'une manière fâcheuse. Il insiste en particulier sur la nécessité d'une alimentation modérée et donnée de bonne heure dans la dothinentérie. A cet égard, dit-il, on ne doit pas s'en rapporter aux sensations des malades. Il arrive souvent qu'ils ne sentent pas plus le besoin de la réfection que l'escarre qu'ils portent au sacrum ; il faut donc sentir pour eux et leur faire prendre les aliments comme on leur fait prendre les médicaments. Le régulateur de l'alimentation, en pareil cas, c'est son effet physiologique ; mais encore ne faut-il pas s'en laisser imposer par les premiers phénomènes auxquels elle donne lieu. L'habitude de l'abstinence ôte à l'estomac la faculté de digérer. Certains malades vous disent qu'ils ne peuvent pas manger et même qu'ils souffrent en mangeant; cette circonstance n'est pas une contre-indication à l'alimentation, et, si l'on continue, on voit qu'au bout de quelques jours, tel individu qui ne pouvait supporter 2 grammes d'aliments finit par en tolérer 1 kilogramme. Il convient aussi de se mettre en garde contre l'interprétation erronée du petit mouvement fébrile qui résulte de la stimulation produite par le chyle, chez l'individu qu'on alimente pour la première fois après une longue maladie. Ce n'est encore là qu'une excitation passagère, qui disparaît aussitôt que les organes commencent à reprendre leurs habitudes fonctionnelles. Enfin, M. Trousseau désire qu'on ne confonde pas les symptômes de l'inanition avec ceux de l'irritation. Trop souvent on attribue à celle-ci ce qui n'est que le fait de celle-là. Alimentez le malade, et vous ne tardez pas à voir les douleurs d'estomac céder, la langue perdre sa rougeur, l'haleine son acidité, le pouls sa fréquence. Les forces se relèvent, et, grâce à l'influence salutaire d'un régime réparateur, le sommeil, jusque-là troublé et interrompu, retrouve son calme et sa régularité. (*Revue méd.-chir. de Paris.*)

Du délire alcoolique qui survient quelquefois dans la fièvre typhoïde,

Par M. Beau.

Nous rapprochons à dessein de l'article qu'on vient de lire la communication faite, par M. Beau, à la *Société médicale des Hôpitaux*. Si l'absence d'aliments donne lieu parfois chez les malades à une apparence d'irritation et de fièvre, l'absence des alcooliques, chez les sujets qui en avaient l'habitude, peut conduire à des résultats analogues ; et une erreur dans l'appréciation des causes deviendrait funeste aux malades, comme on va en juger :

« On sait que le délire constitue quelquefois une prédominance de symptômes qui a fait donner à la fièvre typhoïde le nom de fièvre typhoïde ataxique. Je me suis demandé si ce délire ne pouvait pas être rapproché, dans quelques cas, du délire de la pneumonie, qui est souvent le résultat d'une intoxication alcoolique. Les faits suivants permettent de le supposer.

« En 1852, un jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, et auquel je donnais des soins, était atteint d'une fièvre typhoïde avec délire excessif. Ce délire, si violent au début de l'affection (la maladie ne datait guère que de huit jours), me fit penser que peut-être nous avions affaire au délire des ivrognes. Le malade mourut, et on apprit de sa mère qu'il avait une véritable passion pour les boissons alcooliques.

« L'an passé, un cas semblable se présenta à moi. Un malade entra dans mon service avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, qui fut qualifiée immédiatement de fièvre ataxique. Je pensai de suite à une complication alcoolique ; et, effectivement, j'appris que le malade avait l'habitude de boire. Je prescrivis de l'opium et de la limonade vineuse. Au bout de deux jours le délire cessa, et nous n'eûmes plus affaire qu'à une fièvre continue légère qui guérit parfaitement.

« L'année dernière encore, j'eus à soigner un garçon de 23 à 24 ans, atteint de fièvre typhoïde, avec ce singulier phénomène que, tous les jours, il était pris de délire. Le malade m'ayant avoué qu'il était très-amateur des alcooliques, je le traitai en conséquence, et le délire cessa.

« A peu près à la même époque, je fus mandé par M. le docteur Coffin auprès d'un charbonnier qui n'avait pas un délire complet, mais qui, au milieu des symptômes de la fièvre typhoïde, présentait, d'une manière intermittente, une prédominance cérébrale toute particulière, consistant dans la fixité du regard, la mutité, etc. Sa femme me dit que l'état de charbonnier comportait l'habitude du vin, dans le but de se garantir de l'effet nuisible des molécules de charbon, et que son mari était loin de déroger à l'usage reçu. Je lui administrai de l'opium, du vin, et la guérison eut lieu.

« Enfin, pendant que je faisais, comme agrégé, le service de clinique à l'hôpital de la Charité, j'eus à traiter un malade atteint de fièvre typhoïde, avec délire et hoquet. Cet homme avait eu de violents chagrins domestiques, et il noyait, disait-il, son chagrin dans le vin. Ici, encore, l'opium et le vin firent promptement justice de la complication alcoolique.

« Conclura-t-on de ce que je viens de dire, que tous les délires de la fièvre typhoïde sont dus à des intoxications alcooliques? Non, sans doute. Comment donc distinguer ce délire de celui qui résulte d'une lésion cérébrale? Cela est difficile. Néanmoins, la forme du délire, l'époque à laquelle il apparaît, pourront aider à ce diagnostic. Le délire alcoolique est en général furieux, tandis que celui de la fièvre typhoïde simple est plus calme, et consiste dans une sorte de subdelirium, de marmottement, etc. Le délire alcoolique survient de bonne heure ; l'autre se montre à une époque plus avancée de la maladie. »

M. Requin, à l'occasion de cette communication, a fait remarquer que le traitement employé a été le même que celui que, depuis longtemps, avait conseillé M. Chomel dans un cas de pneumonie devenu célèbre ; et lui-même a eu également l'occasion de le mettre en usage avec succès chez un malade atteint de la même maladie.

La privation du café peut aussi engendrer des accidents ; M. Requin, qui en a l'habitude, ne peut s'en passer sans souffrir de la tête. Ce sont là des faits qui ne doivent pas être négligés. (*Idem.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 145. 2e année. Jeudi 7 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Recherches et observations sur les maladies chroniques,

Par M. L. Fleury, *agrégé de la Faculté.*

Le jour où je pris la résolution d'étudier la médication hydrothérapique, je ne me dissimulai point l'étendue et les difficultés de l'entreprise que j'allais tenter.

Réhabiliter un traitement discrédité dès et par son origine, repoussé par la science, conspué par les Académies (1), ridiculisé par ses exagérations et ses excentricités ; lutter contre des préjugés, des défiances, des malveillances, des intérêts froissés, des susceptibilités éveillées, des vanités blessées ; arracher l'eau froide aux mains de l'empirisme, de l'ignorance, de l'industrialisme, du charlatanisme ; soumettre un modificateur puissant, mais complexe, variable, dangereux à manier, pouvant produire les effets les plus opposés et les plus inattendus, à une expérimentation longue, difficile et souvent pénible, à une appréciation sévère et judicieuse ; soulever et élucider les questions les plus graves et les moins avancées de la physiologie, de la pathogénie et de la thérapeutique ; dégager l'hydrothérapie de toutes les doctrines hypothétiques et surannées, de toutes les interprétations absurbes dont l'avaient entourée Priessnitz et ses adeptes ; déterminer le véritable mode d'action de cette médication puissante, tout cela n'était qu'une partie de la tâche que j'allais m'imposer !

Je ne reculai point, et m'engageai résolûment sur ce terrain hérissé de tant d'obstacles. Une collaboration de dix années au *Compendium de médecine* m'avait donné l'habitude et le courage des longs travaux scientifiques.

Sept années de recherches, d'observations, d'expériences me furent nécessaires pour embrasser et pour coordonner toutes les questions que soulève l'hydrothérapie ; pour édifier un travail d'ensemble, pour créer une *méthode* solidement établie sur une base scientifique inébranlable, et suffisamment étudiée dans ses détails, ses procédés opératoires, ses applications.

(1) *Voyez* le Rapport adopté par l'Académie royale de médecine, à l'occasion d'un Mémoire présenté par MM. Engel et Wertheim (*Bulletin de l'Académie*, t. v, p. 496).

Le *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, publié en 1852, eut pour objet d'établir :

1° Que les effets exercés sur l'organisme par les divers modificateurs hydrothérapiques, expérimentés soit isolément, soit diversement combinés entre eux, sont parfaitement physiologiques et en rapport avec les données les mieux démontrées de la science ;

2° Que les hydropathes empiriques sont dans une erreur profonde, et commettent une faute grave, en attribuant tous les bons effets de la médication à une *action dépurative*, et que leurs obscures doctrines humorales ne reposent que sur des faits mal observés et plus mal interprétés ;

3° Qu'il faut, en général, s'abstenir de provoquer et même éviter avec soin les *accidents* divers considérés invariablement par les hydropathes comme des *crises*, destinées à expulser de l'organisme les *matières peccantes, morbifiques*, etc. ;

4° Que les *applications extérieures d'eau froide* représentent le principal et le plus puissant agent de la médication hydrothérapique ;

5° Que ces applications, variables à l'infini dans leurs formes, doivent être incessamment modifiées suivant les indications, au lieu d'être ramenées à une formule systématique et immuable, mais qu'en définitive elles ne peuvent, néanmoins, exercer sur l'organisme que l'une ou l'autre des actions suivantes : *a*, action réfrigérante, hyposthénisante, sédative, antiphlogistique ; *b*, action excitante ; *c*, action perturbatrice ;

6° Que dans tous les cas ces applications agissent directement et immédiatement sur les systèmes nerveux et circulatoire ; mais que, par l'intermédiaire de ceux-ci elles modifient, de diverses manières, toutes les grandes fonctions de l'économie : la calorification, la nutrition, l'absorption, les sécrétions, etc ;

7° Que, par leur action excitante, ces applications fournissent à la thérapeutique l'agent le plus énergique, le plus efficace des médications *tonique, reconstitutive, révulsive* et *résolutive*.

Le monde médical a fait à mon livre un accueil dont je suis profondément touché ; le *Traité d'hydrothérapie* a été traduit en plusieurs langues, et m'a valu les plus honorables et les plus précieux témoignages d'estime et de sympathie. Que mes maîtres et mes confrères me permettent de leur adresser, ici, l'expression publique de ma reconnaissance (1).

Cet accueil, ce succès, m'imposaient des devoirs que je n'ai

(1) Mes remerciements s'adressent particulièrement à MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Cruveilhier, Denonvilliers, Dubois, Gerdy, Jobert, Malgaigne, Moreau, Nélaton, Piorry et Rostan ; à mes collègues et amis, MM. Aran, Becquerel, Cazeaux, Chassaignac, Depaul, Guéneau de Mussy, Larrey, Marchal de Calvi, Tardieu, Emery, Raige-Delorme, Michon, Pidoux, Longet, Darralde, Arnal, Debout, de Castelnau, Froment, Marchessaux (du Havre), Chapel (de Saint-Malo), Dechambre, Boudin, Parchappe, Sée, Valleix, Jules Guérin, Lepère, Vernois ; enfin, à MM. les docteurs Flaubert, Pylore et Grout, de Rouen ; Debrou et Bonino, d'Orléans ; Pouget, de Bordeaux ; Quesnel, de Brest ; Pouchacourt, de Lyon ; Ichon, de Libourne ; Gelée, de Nantes ; Deulafoy et

point méconnus : depuis la publication de mon livre, j'ai soumis à un nouvel examen, à une appréciation plus sévère encore, les principes que j'avais cru pouvoir formuler, et j'ai la satisfaction de déclarer, aujourd'hui, que l'expérience et l'observation n'ont fait que confirmer de point en point mes premiers résultats (1).

L'hydrothérapie *scientifique, rationnalisée,* est définitivement constituée ; elle occupera désormais, parmi les médications diverses dont dispose la thérapeutique, une place importante dans laquelle le temps ne pourra que la consolider, et dont, j'ai acquis le droit de le dire, elle m'est redevable.

Mais en édifiant expérimentalement et dogmatiquement l'hydrothérapie, envisagée comme médication dans ses effets physiologiques et dans ses procédés opératoires, je n'ai accompli que la première moitié de ma tâche ; il s'agit maintenant de déterminer sa valeur curative et d'aborder la *clinique.* Déjà, dans mon *Traité d'hydrothérapie,* je me suis occupé, à ce point de vue, de la chlorose et de l'anémie; des congestions sanguines chroniques de l'utérus, du foie et de la rate ; de la fièvre intermittente, des névralgies, du rhumatisme musculaire, etc ; mais là je n'ai dû le faire qu'accessoirement et pour confirmer, par des faits probants, l'exactitude de mes assertions ; ici, la pathologie et la clinique doivent, au contraire, occuper le premier rang et devenir l'objet d'une étude complète et méthodique.

Pour accomplir ce travail, j'utiliserai, à mesure qu'ils se présenteront à mon observation, les faits que me fournit journellement l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, en les classant par ordre de systèmes, d'appareils ou de régions.

Cette première partie est consacrée aux *affections chroniques du tube digestif et du foie ;* le temps complétera l'œuvre et me permettra de parcourir successivement, dans cette revue clinique, toutes les parties d'un domaine encore peu exploré : celui des *maladies chroniques;* et à ce propos qu'il nous soit permis d'entrer dans quelques considérations générales, que nous livrons avec confiance à l'appréciation de tous les hommes éclairés et sincères.

L'étude, l'enseignement et la pratique de la médecine ont pris, depuis un grand nombre d'années déjà, une direction qui nous paraît avoir de graves inconvénients.

Maîtres et élèves se sont persuadé et ont proclamé, à l'envi, que la science tout entière se trouve dans les HÔPITAUX, et qu'elle ne se trouve que là.

Conformément à cette doctrine, les élèves ont jugé parfaitement inutile et surabondante la lecture des ouvrages classiques ; ils ont déserté, sans le plus léger scrupule, les cours dogmatiques de la Faculté, et ils croient fermement remplir tous leurs devoirs et travailler aussi efficacement que possible à leur instruction, en suivant tous les matins, pendant une heure, une *clinique* ou une *visite d'hôpital* plus ou moins bien faite.

Or, si l'on recherche quels sont les éléments d'instruction médicale que renferment les *hôpitaux,* on trouve que les MALADIES AIGUES y sont parfaitement représentées : la pneumonie, la pleurésie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la méningite, les fièvres éruptives, s'y montrent en grand nombre et sous toutes leurs formes ; mais, si après avoir constaté ce fait, l'on dirige son investigation vers les MALADIES CHRONIQUES, les choses revêtent un tout autre aspect. Alors, on ne rencontre plus que quelques malades, pièces vivantes d'anatomie pathologique, parvenus *au dernier terme* de la phthisie pulmonaire, du cancer de l'estomac, de la maladie de Bright, de la glucosurie, d'une maladie du cœur, ou quelques *cas rares,* destinés à faire les frais d'une autopsie intéressante, et à fournir une belle pièce à la Société anatomique ou au Musée Dupuytren.

Deux causes principales interviennent pour qu'il en soit ainsi :

1° En général, l'homme du peuple n'entre à l'hôpital que lorsque ses forces, trahissant son courage et son énergie, lui rendent le travail impossible et le séjour au lit obligatoire ; il en sort aussitôt qu'un soulagement momentané lui permet de gagner sa vie ;

2° Tout médecin d'hôpital veut avoir un *service actif,* un *roulement considérable,* et, pour arriver à ce résultat, il n'admet que des malades atteints d'affections aiguës et renvoie, aussitôt qu'il peut le faire sans compromettre l'existence du sujet, tous ceux qui portent des maladies chroniques.

Il est facile d'entrevoir les conséquences d'un pareil état de choses, si l'on veut bien se rappeler que, dans la *pratique civile,* les maladies chroniques sont la règle et les maladies aiguës l'exception.

Le jeune praticien qui débute dans la carrière se trouve tout à coup mis aux prises avec une foule d'indispositions, de maladies qu'il n'a jamais observées dans les hôpitaux, dont il ignore complétement les causes, les caractères, la marche, le traitement ; il s'étonne de rencontrer une aussi grande quantité d'*états morbides* dont il ne soupçonnait même pas l'existence, qui ne répondent à aucune des dénominations connues de lui ; il se trouble, il hésite, lui qui pour son coup d'essai avait rêvé un coup de maître, et il s'écrie : « Pourquoi le sort jaloux ne me place-t-il pas en présence d'une de ces bonnes pneumonies, de ces belles fièvres typhoïdes que je dois si bien savoir guérir ! ! » Mais la pneumonie et la fièvre typhoïde, semblables à un mirage trompeur, fuient sans cesse devant ses vœux et son espérance ; la fatalité ne lui accorde pas même le moindre petit rhumatisme articulaire aigu, et alors le jeune disciple d'Hippocrate se demande, avec découragement, à quoi lui serviront ses visites à l'hôpital, ses études cliniques, et les belles leçons de ses maîtres !

Cependant, le jour du triomphe s'est levé ! Notre praticien tient enfin cette pneumonie tant et depuis si longtemps désirée ! La voilà ; elle ne saurait plus lui échapper ! — Avec le solennel aplomb d'un homme sûr de lui-même, il annonce aux parents du malade l'existence d'une *fluxion de poitrine ;* — et ceux-ci se hâtent d'envoyer quérir un *prince de la science,* pour confier à ses soins habiles et expérimentés le traitement d'une maladie si grave ! !

Le néophyte boit avec résignation la coupe d'amertume, courbe la tête, et se résigne à recommencer son éducation médicale à l'aide d'un *manuel de pathologie* et d'un *formulaire !*

Mais le manuel, au point de vue où nous sommes placés, n'en apprend guère plus que la clinique de l'hôpital, et la maladie résiste à toutes les recettes du formulaire. Le prince de la science reparaît alors encore une fois, au moins à titre de consultant, et le jeune praticien se trouve souvent compromis et parfois évincé.

Le malade, cependant, ne gagne pas toujours au change. — Dès qu'il ne s'agit point d'une affection grave, mettant la vie en péril imminent, la plupart des princes de la science se renferment, le plus souvent, dans une majestueuse expectation. Contre les mille maladies chroniques, contre les mille indispositions sans cesse renaissantes qui constituent, en réalité, la pathologie et la pratique médicale des classes aisées de la société, ils sont impuissants ou inactifs. A des malheureux dont l'existence est empoisonnée par la souffrance, mais qui n'ont pas de *fièvre,* qui marchent, mangent et dorment *plus ou moins,* on se contente de conseiller le repos, la distraction, la patience, une saison dans les Pyrénées ou sur les bords du Rhin, les bains de mer!

Est-ce habitude fâcheuse, incurie coupable ou insuffisance réelle de la thérapeutique ?

Quoi qu'il en soit, les malades finissent par confondre dans un même anathème et la médecine et ses représentants officiels, grands ou petits, ignorés ou illustres, et après avoir essayé encore de l'homœopathie ou de l'électrisation, ils se livrent corps et âme, et sans retour, à la médecine clandestine et aux charlatans.

Or, il faut bien le reconnaître, quelque pénible et humiliant

---

Estevenet, de Toulouse; Guérineau, de Poitiers; Courty, de Montpellier; Landouzy, professeur à Reims; Gumprecht, de Hambourg; Scharlau, de Stettin; Deumen, professeur à la Faculté de Madrid; Borelli et Brandeis, de Turin; Vlastoz, de Bucharest; Martin, de Montevideo.

(1) Voy. *Recherches expérimentales sur la sudation.* Paris, 1854. — *De l'hydrothérapie appliquée au traitement de la fièvre intermittente.* Paris, 1854.

que soit cet aveu : parfois, en maniant avec hardiessse et persévérance certains agents médicamenteux, en élevant les doses à des proportions inusitées parmi nous, en activant considérablement les fonctions de sécrétion, en ne craignant pas de soumettre l'économie à une perturbation énergique, les charlatans obtiennent des succès remarquables sur des sujets que, pendant bien des années, les médecins avaient eu le tort de considérer comme *n'étant pas assez malades* pour être traités sérieusement, ou sur lesquels ils avaient épuisé leurs arcanes sans pouvoir obtenir la guérison.

Nous croyons avoir tracé un tableau dont tout lecteur impartial reconnaîtra l'exactitude ; on admettra, dès lors, qu'il est urgent de modifier un pareil état de choses.

A cet effet, il faut que la *pratique civile* intervienne enfin dans l'instruction des élèves plus activement qu'elle ne l'a fait jusqu'à présent, malgré les louables efforts de quelques recueils périodiques et du *Moniteur des Hôpitaux* en particulier ; il faut qu'elle prenne sa place à côté de la *pratique nosocomiale* ; il faut que le jeune docteur connaisse, en entrant dans la carrière, la pathologie qui va se présenter à lui et lui rendre l'exercice de son art si difficile ; il faut qu'il sache qu'il existe d'autres maladies que la fièvre typhoïde et la pneumonie ; il faut qu'il soit édifié touchant un grand nombre de médications que la *pratique nosocomiale* ne lui a jamais permis d'étudier, et sur la valeur desquelles il va néanmoins être journellement consulté.

Le travail que nous publions a été conçu dans la pensée que nous venons d'exprimer. Nous espérons qu'il ne trahira point complétement nos intentions, et qu'il rendra quelques services aux élèves et aux jeunes docteurs. Peut-être les praticiens émérites, voire même les princes de la science, y trouveront-ils quelques renseignements utiles.

La remarquable efficacité de l'hydrothérapie contre un grand nombre de maladies chroniques est mise en lumière, dans ce compte rendu clinique, de façon à défier l'incrédulité des hommes impartiaux et les dénégations de quelques détracteurs intéressés ou aveugles, auxquels, d'ailleurs, nous ne faisons plus l'honneur de nous adresser ; mais nous prévenons encore une fois les médecins *de bonne foi* et consciencieux que cette précieuse médication ne peut être véritablement utile aux malades qu'autant qu'elle est méthodiquement et médicalement appliquée.

Dire, comme le font certains praticiens *haut placés*, que l'hydrothérapie, « *c'est toujours la même chose ;* » vouloir, dans un but mercantile, et pour se ménager des visites fréquentes et largement rétribuées, traiter les malades à domicile, ou les confier à des mains subalternes et inexpérimentées dans quelque établissement non approprié, c'est mal comprendre et servir ses intérêts, sa réputation de médecin et sa renommée d'honnête homme.

Quelques-unes des observations insérées dans ce travail prouveront surabondamment la justesse de ces assertions.

(La suite à un prochain numéro.)

Des tumeurs fibro-plastiques,

Par M. le Dr Paul Broca, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.*

(Premier article.)

§ 1. Classification des tumeurs réputées cancéreuses.

Puisque maintenant le microscope n'est plus en cause, puisque tout le monde accepte l'exactitude et l'utilité des renseignements qu'il fournit, puisqu'enfin on ne discute plus que sur l'interprétation clinique des phénomènes constatés à l'aide de ce précieux instrument, le moment est venu d'abandonner la polémique et d'exposer d'une manière didactique l'histoire des tumeurs pseudo-cancéreuses que l'École moderne a retirées de la classe des cancers.

Nous nous proposons d'étudier d'abord les tumeurs fibro-plastiques dont il a été si souvent question dans la discussion de l'Académie, et auxquelles nous-même nous avons fait plusieurs fois allusion dans nos précédents articles ; mais nous commencerons par indiquer rapidement les principales distinctions que le microscope a établies entre les diverses tumeurs qu'on a si longtemps confondues sous le nom de cancer.

Il est bien difficile de dire exactement ce qui rentrait ou ce qui ne rentrait pas dans la classe des tumeurs que les auteurs classiques appelaient tumeurs cancéreuses, ou squirrheuses, ou carcinomateuses, ou sarcomateuses, ou fongueuses, ou dégénérées, ou malignes, etc.... Ces tumeurs, dont la structure variait plus encore que les noms, au grand désespoir des anatomo-pathologistes, et dont les symptômes variaient plus encore que la structure, au grand désespoir des cliniciens, formaient un groupe disparate où des tumeurs dures se confondaient avec des tumeurs molles et presque diffluentes, des tumeurs demi-transparentes avec des tumeurs opaques, des tumeurs noires comme l'encre avec des tumeurs blanches comme le lait, — groupe dont les caractères confus permettaient aux optimistes de dire qu'ils guérissaient sans retour la plupart des cancers, tandis que les pessimistes attribuaient à la même maladie une léthalité constante et inévitable.

Lorsque le XIXe siècle, siècle de la science positive, se trouva en présence de cet échafaudage antique ; lorsque les Abernethy, les Scarpa, les Astley Cooper, les Laënnec, les Bayle, pour ne parler que de ceux qui sont morts, voulurent y regarder de plus près, et rapprocher les symptômes constatés pendant la vie des lésions trouvées sur le cadavre, une grande perplexité s'empara de l'esprit de tous les observateurs.

D'une part, les anatomo-pathologistes ne comprenaient pas qu'une maladie unique pût s'accompagner, dans les divers cas, de lésions aussi étrangement dissemblables. C'était à douter de l'anatomie pathologique tout entière !

D'autre part, les nosologistes se demandaient comment une maladie pouvait être assez capricieuse dans sa marche pour se prêter aux appréciations diamétralement opposées des divers cliniciens, les uns soutenant qu'ils la guérissaient presque à coup sûr par l'instrument tranchant, les autres affirmant au contraire que l'opération était le prélude d'une récidive constante. — C'était à douter de l'observation clinique et des lois mêmes de la pathologie !

Tel était l'état de la science, lorsque Müller, suivi de toute l'École allemande, eut l'idée d'examiner les tumeurs au moyen du microscope. C'était vers 1839, époque où la théorie cellulaire brillait de son plus pur éclat. Toutes les tumeurs réputées cancéreuses, si différentes par leur couleur, leur consistance et leur vascularité, furent bientôt étudiées, et on eut la satisfaction de trouver qu'elles renfermaient les unes et les autres une innombrable quantité de cellules microscopiques. On ne s'inquiéta guère de savoir si ces cellules étaient bien les mêmes partout. Les différences qui existaient entre elles, sous le rapport de leur forme et de leur volume, étaient beaucoup moins prononcées que celles qu'on constatait à l'œil nu entre le squirrhe et l'encéphaloïde, entre le colloïde et la mélanose. — On avait donc lieu d'être satisfait. — *La cellule pathologique* parut être ce trait-d'union si longtemps entrepris entre les types si dissemblables du cancer. Ce que la chimie n'avait pu faire, ce que le scalpel avait vainement entrepris, le microscope, du premier coup, l'avait réalisé. — C'était un beau résultat, et les anatomo-pathologistes triomphaient.

Mais il n'en était pas de même des cliniciens. Que leur importait qu'on eût démontré l'unité anatomique des tumeurs cancéreuses, si ces tumeurs, malgré l'identité prétendue de leur structure, devaient continuer à présenter dans leur marche et dans leurs symptômes des caractères si différents ? Par exemple, ne savait-on pas qu'il y avait dans la glande mammaire des tumeurs absolument *bénignes*, et d'autres tumeurs d'une *malignité* désespérante ? Ne savait-on pas que les *noli me tangere* du visage étaient infiniment plus *bénins* que les autres tumeurs réputées cancéreuses ? Et si le microscope trouvait partout des cellules, qu'en pourrait-on conclure, sinon que l'anatomie pathologique était en contradiction avec l'observation clinique ?

Cette contradiction existait réellement. Là où il y avait unité

pour les micrographes, il y avait dissemblance pour les cliniciens. Il en résultait une confusion comparable à celle qui existait dans la science avant les travaux de Laënnec, et on continuait à confondre sous le nom de cancer plusieurs affections très-différentes les unes des autres.

Cette confusion ne pouvait durer longtemps. Elle devait disparaître le jour où l'histologie pathologique et la clinique cesseraient de constituer deux études isolées; le jour où les micrographes se donneraient la peine d'observer les malades, et où les cliniciens se donneraient la peine de se servir du microscope, — le jour, en un mot, où on ferait pour la microscopie pathologique ce que les Morgagni, les Laënnec et les Abernethy avaient fait pour l'anatomie pathologique du scalpel.

Ce fut M. Lebert qui ouvrit cette voie nouvelle, où le suivirent bientôt ceux qui composent aujourd'hui la jeune École de Paris. L'entreprise était difficile; elle demandait de la persévérance et même du courage. Il était probable, en effet, que la clinique et la microscopie, ces deux études jusqu'alors indépendantes, ne pourraient se mettre en contact sans se modifier réciproquement. Ceux qui s'efforçaient de les rapprocher s'exposaient par conséquent à de nombreuses récriminations. Ils devaient s'attendre à être considérés par les micrographes comme des cliniciens incompétents en microscopie, — par les cliniciens comme des micrographes incompétents en matière de clinique, — et comme des novateurs imprudents par les gens qui ne sont ni cliniciens, ni micrographes. Il en a été ainsi; il n'en pouvait être autrement, en vertu d'une certaine loi de résistance sur laquelle nous avons déjà eu l'occasion d'appeler l'attention du lecteur.

Le but de ce travail étant entièrement didactique, nous n'insisterons pas davantage sur les causes de la petite révolution qui s'est accomplie depuis une dizaine d'années. Nous nous bornerons à décrire aujourd'hui les éléments microscopiques qui caractérisent les diverses espèces de tumeurs réputées cancéreuses; et, pour rendre notre description plus claire, nous y joindrons des figures sur lesquelles ces différents éléments seront représentés.

(*La suite au prochain numéro.*)

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins et en général par les appareils redresseurs ou contenteurs (1).

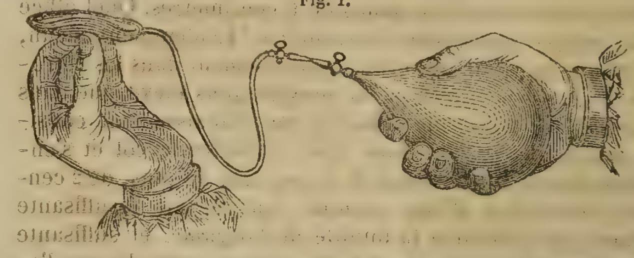
Résumé critique de la dernière discussion académique sur ce sujet.

(*Suite. Voir les nos 118 et 126.*)

En imaginant tous les instruments dont nous venons de présenter la figure et la description, les auteurs, ainsi qu'on a pu le voir, ont eu pour but principal de redresser l'utérus dévié et pour but accessoire de le soutenir. Dans quelles limites sont-ils parvenus à leurs fins, c'est ce que nous examinerons dans un instant.

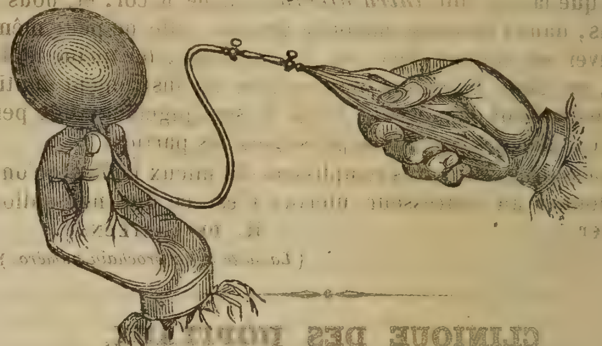
Disons auparavant quelques mots, non pas des anciens pessaires qui étaient aussi destinés au même but et que tous les praticiens connaissent trop bien pour qu'il soit utile d'en mentionner les diverses formes, mais d'un pessaire qui, au moment où nous sommes, n'est guère plus nouveau que celui de Simpson, mais dont un grand nombre de praticiens ignorent encore le maniement et dont quelques-uns ne connaissent même pas l'existence. Tous les médecins au courant de la science savent que nous voulons parler ici du pessaire imaginé par notre distingué et très-habile confrère, M. Gariel, et qui se compose de deux poches (*fig.* 1) en caoutchouc vulcanisé, dont l'une, vaginale, qui est le pessaire proprement dit, s'introduit dans le vagin, ainsi que le représente la figure 1, c'est-à-dire sous un volume tellement petit que l'introduction est exempte de toute douleur, et dont l'autre

Fig. 1.



remplie d'air (dite pelote ou poche-insufflateur), s'abouche avec la première à l'aide d'un robinet, et sert à l'insuffler, ainsi que le représente la figure 2 (1).

Fig. 2.



Cette forme sphérique (quoique, d'après les indications de chaque praticien, M. Gariel puisse donner toutes les formes désirables à ses pessaires), cette forme sphérique laisse déjà voir que l'auteur ne s'est pas proposé le même but principal que la plupart des autres inventeurs ou praticiens. Nous verrons un peu plus tard combien il a eu raison probablement parce qu'il n'a pas entièrement oublié ses principes de physique. Mais revenons maintenant au redressement de l'utérus.

Les principes de physique, nous avons eu bien souvent l'occasion de le faire observer, notamment dans le cours de la discussion sur les déviations utérines, les principes de physique sont, de tous les principes, ceux que les médecins s'empressent d'oublier le plus promptement, mais il est difficile de comprendre qu'on ait pu les oublier au point de proposer, pour redresser l'utérus, les pessaires intra-utérins, du moins tels que ceux que nous pouvons voir chez nos fabricants. M. P. Dubois a dit, dans la discussion, que le pessaire de Simpson était le seul qui fût rationnel, et qui pût réellement redresser la matrice, M. P. Dubois a confondu l'idée avec l'application. Il est certain que l'idée de planter une tige dans l'axe de l'utérus et de maintenir ensuite cette tige fixe, pour fixer l'organe dans une position déterminée, est une idée rationnelle; mais l'application de cette idée ne sera rationnelle qu'à la condition que cette tige sera assez longue pour que, dans toutes les positions du corps, elle traverse toujours la matrice. Or, il suffit de jeter un coup d'œil sur tous les pessaires intra-utérins pour voir qu'aucun d'eux ne remplit cette condition. Dans les plus longs, la tige intra-utérine ou tige embrochante n'a pas plus de 5 centimètres, M. Depaul a même dit que certaines n'en avaient pas plus de trois; admettons même qu'elles en eussent six: à quoi cela avancerait-il? On n'a pas oublié sans doute que cette tige ascendante part de la vulve et *du niveau du périnée* (sur lequel repose la tige horizontale) pour se rendre dans l'utérus. Or, tous les praticiens savent que de la vulve au col de l'utérus

---

(1) L'espoir qu'on nous avait donné que nous recevrions d'un jour à l'autre un article développé de M. le professeur Simpson nous a fait tarder jusqu'à présent la continuation de notre *Résumé de la discussion académique*; mais, voulant que tout le Résumé se trouve, ainsi que la discussion, que nous avons donnée complète, dans notre second volume, nous n'avons pu tarder davantage notre appréciation, nous réservant d'ailleurs de revenir sur la question quand M. Simpson aura publié son travail.

(1) Nous avons dit que ce pessaire, malgré les publications de M. Gariel (*Note sur les pessaires*, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, prix : 1 fr.), était encore peu connu; nous avons été informé récemment, en effet, qu'un honorable praticien, qui se plaignait de la mauvaise forme des nouveaux pessaires, avait introduit dans le vagin la pelote-insufflateur, au lieu du véritable pessaire!!!

la distance habituelle est celle d'un doigt indicateur de taille moyenne, et que souvent on est obligé de presser assez fortement sur le périnée pour atteindre le col. Or, le doigt d'un adulte a rarement moins de 7 centimètres, et nous ne pensons pas qu'il en existe un seul de moins de 6 centimètres. Quel office peut donc remplir un pessaire intra-utérin? Évidemment aucun, dans la grande majorité des cas, et spécialement dans les rétroversions où le col de l'utérus est souvent plus élevé que dans l'état normal. Ce n'est que dans les cas d'abaissement considérable que la tige intra-utérine peut atteindre le col et s'enfoncer dans la cavité de celui-ci de 1, ou, tout au plus, de 2 centimètres, c'est-à-dire d'une quantité tout à fait insuffisante pour donner de la fixité à la totalité de l'organe, et suffisante seulement pour l'irriter plus ou moins. Aussi, nous devons l'avouer, nous ne croyons pas que l'application du pessaire intra-utérin puisse avoir de grands inconvénients dans les cas de *déviations,* car, pour que ces inconvénients existent, il faut, au moins, que la tige dite *intra-utérine* touche le col, et, nous le répétons, dans l'immense majorité des cas, elle ne peut même se trouver en contact avec lui. Le pessaire, tel qu'on le fabrique, est donc beaucoup plus encore un instrument inutile qu'un instrument dangereux. Voilà le seul jugement que permette l'examen des conditions physiques des parties.

Les pessaires ordinaires remplissent-ils mieux l'office qu'on a voulu donner au redresseur utérin? C'est ce que nous allons examiner.

H. DE CASTELNAU.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr P. GUERSANT.

De l'emploi des aiguilles-cautères dans les tumeurs érectiles. — Modification apportée à ces aiguilles.

Les praticiens savent que M. Guersant a appliqué avec succès au traitement des tumeurs érectiles l'excellente méthode de la cautérisation à l'aide d'aiguilles-cautères d'une forme semblable à celle que représente la figure ci-dessous. Ces aiguilles, déjà employées dans d'autres cas, n'ont, malgré leurs grands avantages, cependant pas encore passé dans la pratique générale ; cela nous semble tenir à ce que la pointe métallique située au-dessus de la boule se détériore très-facilement, à cause de l'exiguïté de son volume, par une température portée au rouge-blanc, et qu'après un petit nombre de cautérisations, elle se trouve hors de service. Pour remédier en partie à cet inconvénient, M. Guersant avait dû faire composer la pointe en platine ; mais ce perfectionnement avait l'inconvénient d'augmenter très-notablement le prix du petit instrument.



Un perfectionnement beaucoup plus simple, nullement dispendieux, et que M. Guersant s'est, d'ailleurs, empressé d'adopter, est celui que vient de réaliser M. Mathieu.

Il consiste, ainsi que l'indique la figure ci-jointe, à perforer l'instrument depuis le manche jusqu'à la boule supérieure, à la manière d'un mandrin, et à former l'aiguille-cautère d'un fil de fer, A A, qui remplit le mandrin, et dont l'extrémité supérieure est effilée en pointe. De cette façon, à mesure que la pointe s'use par l'effet du feu, on n'a qu'à desserrer un peu la vis de pression B, à pousser le fil de fer de bas en haut, et à serrer la vis. Le fil de fer peut ainsi remplacer la pointe usée jusqu'à ce que l'extrémité inférieure A soit arrivée au niveau de la vis B.

Mais cette mobilité de la pointe cautérisante a un autre avantage qui ne laisse pas que d'avoir sa petite importance ; c'est qu'il permet de donner à cette pointe la longueur que l'on veut, ce qui dispense d'avoir deux ou trois instruments pour les tumeurs de divers volumes.

Enfin, un dernier avantage qui appartient à la modification imaginée par M. Mathieu, c'est que, lorsque le fil de fer est usé, chaque praticien peut facilement trouver à sa portée de quoi le remplacer, et de quoi tenir toujours ainsi son instrument en état de service.

On pouvait craindre que la pointe ne faisant plus corps avec la boule qui lui transmet son calorique, cette transmission se fît moins facilement, et que l'aiguille ne se refroidît immédiatement après avoir pénétré dans les tissus; mais l'expérience a dissipé cette crainte, et M. Guersant, qui a déjà fait usage de la nouvelle aiguille, n'a pas vu qu'elle conservât, ou plutôt qu'elle reçût moins bien que l'ancienne, le calorique qui lui est transmis par la boule métallique située au-dessous d'elle. Il vulgarise la méthode de la cautérisation dans les tumeurs érectiles ; méthode incomparablement supérieure à toutes les autres, et par son innocuité constante, et par la beauté de ses résultats, et qui peut, d'ailleurs, être appliquée avec avantage dans bien d'autres affections que les tumeurs érectiles, dans les fractures non consolidées, les tumeurs du rectum, etc.

CLINIQUE CIVILE.

De la curabilité des déplacements de l'utérus,

Par M. GARIEL, *D. M. P.*

(Suite. Voir les nos 118 et 123.)

L'observation suivante, et celle qui termine le dernier article (abaissement compliqué d'antéflexion de l'utérus), prouvent que les inflexions de cet organe ne sont pas toujours la cause des souffrances qu'on leur attribue : elles démontrent jusqu'à l'évidence que, lorsque les malades atteintes d'antéflexion ou de rétroflexion éprouvent des accidents, c'est à un état pathologique concomitant qu'il faut rapporter ces souffrances.

5e *Observation. — Abaissement compliqué de rétroflexion de l'utérus. — Guérison.* — Madame Coulon, âgée de 41 ans, demeurant rue Bichat, no 12, est confiée à mes soins le 24 septembre 1852.

Renseignements sur l'état antérieur. — Cinq accouchements. Il y a un an, à la suite de la dernière couche, qui a été très-laborieuse, cette malade a dû quitter son état de blanchisseuse, qui l'obligeait de garder toute la journée la position verticale, à cause de douleurs intolérables dans les régions lombaire et hypogastrique, dont le retentissement se faisait sentir jusqu'au niveau de l'épigastre. Depuis six mois, douleur aiguë, fixe, siégeant à l'entrée de la vulve, accompagnée par moments d'élancements si violents, que la malade ne peut les rapporter qu'à l'existence d'une plaie intérieure; impossibilité de garder la même place, même assise; rapports sexuels impossibles. — Dix sangsues sur le point douloureux (en juillet 1852); soulagement pendant deux jours; un vésicatoire volant amène une légère amélioration qui disparaît bientôt.

24 *septembre* 1852. — 1er *examen.* — Les symptômes éprouvés par la malade subsistent dans toute leur intensité : la constipation est habituelle, la leucorrhée abondante.

Le toucher, pratiqué dans la position verticale (seule position dans laquelle on puisse se rendre un compte exact de la direction de l'utérus), fait reconnaître que l'utérus, volumineux, est rétrofléchi; il est légèrement abaissé. — Application d'une pelote-pessaire no 4.

Le 25, le soulagement a été instantané; la malade est rentrée chez elle à pied, sans éprouver la moindre souffrance; elle a pu travailler toute la journée et faire son ménage; mais a senti immédiatement se reproduire les accidents dès qu'elle eut retiré sa pelote, ce qu'elle n'eût dû faire qu'au moment de se mettre au lit, selon ma recommandation formelle. Par le fait de la position horizontale, les douleurs ont disparu, ce qui n'avait pas encore eu lieu jusqu'ici; le plus léger changement de position dans le lit était douloureux. — La malade n'a pas remis sa pelote ce matin; elle a souffert. — Je réapplique l'appareil.

Le 26, les douleurs ont disparu aussitôt que la pelote-pessaire a été réappliquée, et ne se sont pas reproduites pendant la longue course qu'a dû faire la malade pour regagner son domicile.

3 *octobre.* L'application de la pelote-pessaire a été faite avec soin et régularité, et le bien-être subsiste intégralement.

Je perds de vue la malade jusqu'au 29 août 1854, époque à laquelle, en compulsant mes Notes, je retrouve son nom et son adresse, ainsi que les quelques lignes que je viens de retracer.

29 *août* 1854. La malade m'apprend qu'elle a porté son appareil avec régularité pendant les mois d'octobre et de novembre 1852 (soixante-six jours); que, depuis cette époque, elle a éloigné de plus en plus les applications de sa pelote-pessaire, et qu'enfin, depuis un an, n'éprouvant aucune douleur, elle en a cessé complètement l'usage. Ses règles viennent tous les mois; le sommeil est bon, l'appétit régulier, la constipation nulle, les rapports sexuels non douloureux. La rétroflexion *subsiste.*

Dans le courant de ce travail, j'ai cherché à établir que chez les malades atteintes d'antéversion ou de rétroversion de l'utérus, la guérison pouvait être obtenue au moyen de la pelote sphérique en caoutchouc vulcanisé, aussi bien que chez les ma-

lades atteintes d'abaissement ou de prolapsus; j'ai tâché de faire comprendre qu'un sphéroïde introduit dans la cavité vaginale étant incapable d'opérer le redressement de l'utérus s'il fallait chercher une autre cause qui expliquât les succès qui font rarement défaut dans ces circonstances : cette cause est le mouvement ascensionnel qui replace l'organe à sa hauteur normale.

Cette manière d'envisager l'action des pessaires, dans les cas d'antéversion et de rétroversion, a éprouvé le sort de toutes les idées nouvelles : lorsque je l'ai fait connaître, elle n'a trouvé que des incrédules, et il m'a fallu trois ans d'expérimentations publiques pour lui faire prendre rang dans la science, tant était profondément enracinée l'idée de la nécessité du redressement de l'utérus.

Quelques chirurgiens expliquent autrement que moi l'action curative de la pelote-pessaire sphérique dans les cas d'inversion de l'utérus : pour eux, le succès dépend de l'immobilisation de l'organe. Je ne puis adopter cette manière de voir; car si les accidents symptomatiques d'une inversion de l'utérus cessaient par le fait même de l'immobilisation, les malades n'éprouveraient aucune douleur pendant la station, ce qui est contraire à l'observation : chez le plus grand nombre des malades atteintes d'un déplacement utérin, les douleurs sont beaucoup plus insupportables pendant la station que pendant la marche. Je ne crains pas d'invoquer ici le témoignage des médecins dont l'attention a été dirigée sur ce point.

Maintenant, pour obtenir des résultats semblables à ceux que je viens de présenter, suffit-il d'appliquer une pelote-pessaire sans règle et sans méthode? Non, sans doute. Quoique, dans un grand nombre de cas, l'appareil soit appliqué facilement de prime abord, il est des malades qui paraissent réfractaires à son application, et chez lesquelles on n'obtient un succès qu'en tenant compte de circonstances sur lesquelles je n'ai pas eu l'occasion d'insister jusqu'ici : je veux parler du volume de la pelote-pessaire et de la résistance de ses parois.

Le volume doit être proportionné à la dilatibilité normale ou acquise des parois vaginales. Appliquer une pelote-pessaire volumineuse (n° 4, 5 ou 6) chez une malade dont les parois vaginales ne sont pas susceptibles de prendre un grand développement, c'est s'exposer à provoquer des douleurs intolérables. D'un autre côté, par l'application d'une pelote-pessaire de petit volume (n° 1, 2 ou 3) dans les circonstances opposées, ou l'on ne soulève pas du tout l'utérus, et alors les douleurs subsistent dans toute leur violence; ou l'on n'opère qu'un soulèvement incomplet, et alors les douleurs ne sont que légèrement modifiées. Il y a peu de jours, j'ai observé un cas remarquable de ce genre :

Une dame de province, affectée d'un abaissement de l'utérus, consulta, il y a un an, un des médecins les plus distingués de Paris, qui lui conseilla, avec une bienveillance que je me plais à reconnaître, une pelote-pessaire en caoutchouc vulcanisé. Depuis cette époque, la malade a porté régulièrement son appareil, sans soulagement appréciable. Lorsque j'ai été appelé à constater l'état de cette dame, j'ai reconnu que sa pelote était d'un volume tout à fait insuffisant : l'application d'une pelote d'un numéro supérieur produisit immédiatement un soulagement que la malade n'avait pas encore éprouvé.

Ainsi, je le répète, la première condition du succès, c'est l'appréciation du volume de la pelote-pessaire.

La détermination du degré de résistance que doivent offrir les parois de la pelote-pessaire n'a pas une importance moins grande.

Si l'on applique, chez une malade dont l'anneau vulvaire est très-dilaté, une pelote-pessaire dont les parois, très-minces, offrent peu de résistance, l'appareil est le plus souvent insuffisant, même lorsqu'il a un volume considérable; il perd, en s'allongeant, sa forme de sphéroïde, et glisse au travers de l'anneau vulvaire. D'un autre côté, l'application d'une pelote à parois épaisses et résistantes (même lorsqu'elle a un petit volume) peut déterminer un surcroît de douleurs chez certaines malades dont la sensibilité est excessive; il est surtout un état névralgique particulier de la membrane muqueuse vaginale, qui s'exaspère par l'application d'une pelote-pessaire à parois épaisses, et qui subit une heureuse modification lorsqu'on fait choix d'une pelote à parois très-fines.

Je ne me range pas à l'avis de ceux qui professent qu'il faut ajourner l'application de la pelote-pessaire tant que cet état névralgique subsiste, soit seul, soit lié à un état inflammatoire. Ces états pathologiques sont le plus souvent symptomatiques de la lésion utérine, et il suffit, en général, de soulever l'utérus pour les faire disparaître.

La sensibilité du col utérin au point de contact du doigt pendant l'opération du toucher, n'est pas non plus une contre-indication à l'emploi de la pelote-pessaire. Avec quelque délicatesse que l'on procède, l'extrémité du doigt, en raison de son peu d'élasticité, produit souvent de vives douleurs, alors qu'une pelote-pessaire en caoutchouc vulcanisé, coussin moelleux et élastique, détermine un soulagement instantané.

Il me reste à faire connaître les précautions que j'indique aux malades pour faciliter autant que possible l'introduction et le retrait de la pelote-pessaire.

Pour introduire la pelote-pessaire, on la roule sur elle-même; ainsi roulée, son diamètre n'excède jamais 2 centimètres; on la trempe dans une décoction mucilagineuse ou simplement dans l'eau, et on la présente à l'anneau vulvaire, qu'elle traverse toujours sans donner lieu à la plus légère douleur. Avant de pratiquer l'insufflation de la pelote-pessaire, il faut avoir soin de s'assurer qu'elle a complétement dépassé les parties externes de la génération; sans cette précaution indispensable, on s'exposerait à provoquer les douleurs inséparables de la dilatation de l'anneau vulvaire (1).

L'application de la pelote-pessaire doit être faite chaque matin au moment du lever, dans le lit préférablement; en effet, dans la position horizontale, l'introduction se fait plus facilement : d'ailleurs la malade, en évitant toutes les occasions de déterminer le déplacement, même momentané de l'utérus, augmente dans une proportion considérable ses chances de guérison complète.

La pelote-pessaire doit être gardée toute la journée, tout le temps, en un mot, que la malade garde la position verticale.

Le retrait du pessaire à réservoir d'air est aussi facile à obtenir que son introduction; il suffit de donner issue à l'air contenu dans la pelote, que quelques légères tractions amènent en dehors. Ce retrait doit avoir lieu tous les soirs, au moment où la malade se met au lit.

Les conséquences favorables qui découlent de l'application du pessaire à réservoir d'air sont faciles à prévoir.

La pelote-pessaire, enlevée chaque soir et lavée à grande eau, ne peut déterminer aucune inflammation dans les organes avec lesquels elle se trouve en contact, comme cela arrivait nécessairement avec les pessaires qu'on laissait à demeure plusieurs jours, plusieurs mois, et même plusieurs années, et qui ne tardaient pas à se couvrir d'un muco-pus d'une fétidité repoussante.

Aucun corps étranger ne se trouvant interposé, pendant que la malade fait ses injections, entre le col utérin et les liquides injectés, l'ablution est parfaite, le séjour des mucosités vaginales impossible.

Enfin, le col de l'utérus restant douze heures sur vingt-quatre éloigné de tout contact, cette circonstance prévient le développement de la fluxion sanguine, que pourrait déterminer le contact incessant du corps le plus doux.

Dans un prochain article, je chercherai à déterminer par quel mécanisme peut s'opérer la guérison radicale des accidents produits par les déplacements de l'utérus.

(La fin à un prochain numéro.)

---

(1) Pour amples détails, consulter la *Note sur les pessaires à réservoir d'air en caoutchouc vulcanisé.* — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.* Prix franc de port par la poste : 1 fr.

Emploi de l'huile de proto-iodure de fer dans un cas de diabète compliqué d'anémie profonde et d'une éruption furonculeuse opiniâtre,

Par M. le Dr E. DUCHESNE, *membre du Conseil de salubrité.*

L'huile de proto-iodure de fer préparée par M. Gille, et qui a été à l'Académie de médecine l'objet d'un rapport si favorable de la part de MM. Grisolle, Guibourt et Caventou, n'a guère été employée jusqu'à présent que dans les cas de diathèse tuberculeuse et scrofuleuse; M. Putégnat (de Lunéville) l'a mise en usage avec succès chez quelques malades atteints de syphilis constitutionnelle, et chez quelques autres affectés de gastralgies. Ce sont là, si nous ne nous trompons, les seules applications qui aient été faites du nouveau produit, du moins celles qui aient été l'objet d'une publication. Voici une application que j'ai faite en vue de combattre simplement l'anémie complicative et qui a produit sur un diabète et surtout sur une affection furonculeuse qui le compliquait, des effets dignes d'être signalés aux praticiens :

M. A...., propriétaire du département de Seine-et-Oise, âgé de 54 ans, fut pris, dans le courant de l'année 1850, des accidents les plus graves du diabète. M. A...., doué d'une forte corpulence, d'une excellente constitution, maigrissait à vue d'œil; la soif était inextinguible; la quantité d'urine sucrée, rendue journellement, était considérable. Un traitement approprié fut mis en usage, et peu à peu les accidents cessèrent; mais l'embonpoint ne revenait toujours pas; la peau, ordinairement colorée, restait blanche; les urines, essayées par les réactifs, donnaient encore parfois des traces de sucre. Telle était la position de notre malade lorsque, l'année suivante, il survint sans cause connue, au poignet droit, un anthrax bénin qui occasionna une nouvelle série d'accidents, surtout une gêne excessive et une faiblesse extrême dans l'usage de la main droite. Cet anthrax disparut; mais, malgré l'emploi des purgatifs, des amers joints aux excitants aromatiques, nous n'avions pu réussir à empêcher l'apparition successive et continue de furoncles sur toutes les parties du corps.

M. A.... vint passer à Paris l'hiver de 1852 à 1853; il s'établit dans une maison de santé; mais il n'obtint aucun changement dans son état.

Convaincu alors qu'il devait y avoir une relation intime entre le diabète et cette éruption furonculaire; persuadé que cette dernière maladie n'était aussi tenace que parce que M. A.... avait été profondément débilité par l'émission considérable d'urines sucrées, nous eûmes l'idée de lui conseiller l'usage de l'huile de proto-iodure de fer, préparée par M. Gille.

M. A.... commença l'emploi de ce médicament vers le mois d'octobre 1853, à la dose d'une cuillerée le matin et d'une le soir, contenant 5 centigrammes de sel ferreux.

Quinze jours à peine s'étaient écoulés, qu'il ne survenait plus de furoncles et que les anciens se desséchaient rapidement.

Sous l'influence de ce médicament, continué à la dose de 3 cuillerées par jour (15 centigr.) pendant tout l'hiver, nous vîmes revenir les forces, l'embonpoint primitif et la gaieté. *Les urines, essayées au réactif, ne donnèrent plus de traces de matière sucrée.*

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que M. A.... ayant voulu, vers le mois de janvier, suspendre l'emploi de l'huile de proto-iodure de fer, il vit apparaître quelques furoncles qui disparurent, comme les premiers, aussitôt que l'on reprit l'usage du médicament.

Depuis le mois d'avril 1854, nous avons fait cesser complétement l'usage de l'huile iodurée, et il n'est plus survenu d'accidents; M. A.... peut donc être considéré comme guéri, ou tout au moins comme dans une de ces rémissions complètes que produisent, dans la marche du diabète, les médications les plus rationnelles dues aux plus récents progrès de la science. Toutefois, M. A.... éprouve encore aujourd'hui 26 septembre, dans la main droite, une plus grande sensibilité au froid et un peu de gêne dans les mouvements des doigts.

Faut-il considérer cette éruption furonculeuse opiniâtre, pendant laquelle il s'est formé tant de petits points gangréneux, sous forme de barbillons, comme analogue, quant à la cause diathésique, à ces remarquables gangrènes signalées par notre habile confrère M. Marchal (de Calvi)? Nous n'oserions nous prononcer formellement à cet égard; mais nous serions du moins très-porté à nous prononcer pour l'affirmative, et nous nous croirions, dans tous les cas, suffisamment autorisé par l'analogie à employer, dans les cas de véritable gangrène, comme ceux observés par M. Marchal, à tenter l'emploi de l'huile d'iodure de fer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Décembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Électricité médicale.

1° M. le Ministre de l'agriculture et du commerce envoie, au nom de M. Breton, la Note suivante, ainsi que l'appareil dont elle renferme la description :

Bandes, plaques, ceintures, brassards, cuissarts, etc., à électricité permanente.

L'application de l'électricité thérapeutique se fait à l'aide de deux procédés très-différents : 1° par les mains du médecin, à l'aide d'appareils énergiques et qui n'agissent que temporairement, pendant une ou plusieurs minutes au plus; 2° par l'application, à la surface cutanée, d'appareils qui agissent peu énergiquement, presqu'insensiblement même, mais d'une manière permanente.

Les appareils destinés au premier mode d'application ont atteint un degré de perfection qui laisse aujourd'hui peu de chose à désirer, et celui que nous construisons, en particulier, permet de graduer à volonté, avec la plus grande facilité, l'énergie du courant électrique, et il rend surtout impossibles les dérangements de l'appareil, si embarrassants pour les praticiens qui ne sont pas restés familiers avec les connaissances physiques qu'exige la parfaite intelligence du mécanisme des courants et la construction des appareils galvaniques.

Mais il est bien loin d'en être de même des appareils destinés à l'application permanente de l'électricité. Ceux-ci, on peut le dire malgré les rapports favorables dont ils ont été l'objet, sont encore dans l'enfance, et le moindre de leurs inconvénients est de ne pas dégager le plus souvent de l'électricité. Cela est d'ailleurs bien facile à comprendre, puisque tous ces appareils ne pouvant agir qu'au contact d'un fluide acide, on est obligé, lorsqu'on les applique sur la peau, de compter sur la transpiration des malades pour les mettre en action : c'est assez dire qu'ils restent presque constamment inactifs. Il est d'ailleurs facile de s'en assurer en les mettant en contact avec un galvanomètre.



L'appareil que j'ai l'honneur de mettre aujourd'hui sous les yeux de l'Académie est à l'abri des inconvénients qu'on a reprochés avec raison à ceux qui l'ont précédé. L'électricité, pour s'y dégager, n'a besoin d'aucun adjuvant extérieur. Non-seulement l'électricité se développe dans l'appareil, sans aucun secours extérieur, mais encore, au lieu d'un courant, comme dans les appareils déjà connus, il s'en forme ici cinq, qui, tous, peuvent être démontrés par le contact du galvanomètre. La figure suivante donnera une idée de l'appareil nouveau qui est représenté dépouillé de l'enveloppe en soie, en laine, etc., qui le recouvre, et qui le rend d'une application si commode :

Il est essentiellement formé de deux semelles en zinc ZZ, appliquées sur une double et plus grande semelle en cuivre, laquelle est isolée de ce dernier par un mastic toujours humide; cette semelle en cuivre est indiquée par la ligne qui circonscrit les deux premières; enfin, de cinq plaques, en forme de larges boutons PP, NNN. La ligne ondulée qui part de la semelle inférieure (zinc) pour aller se rendre au bouton métallique P inférieur, représente un fil métallique qui va constituer ce bouton en pôle positif; de même, la ligne ondulée ou fil métallique qui part supérieurement de la double semelle (cuivre), va constituer le bouton N

supérieur en pôle négatif; de plus, un troisième fil, qui part de la semelle supérieure (zinc) pour aller se rendre au bouton P supérieur, forme sur ce bouton un second pôle positif. Ces contacts une fois établis, les courants s'établissent également, ainsi que l'indiquent les lignes courbes ponctuées, non-seulement entre les trois boutons en contact direct avec les fils, mais encore avec deux boutons métalliques intermédiaires qui forment deux nouveaux pôles négatifs (NN moyens), parce qu'ils sont fixés sur le cuivre. De cet ensemble de pôles, il résulte cinq courants, représentés par les cinq lignes ponctuées, dont la direction est indiquée par les petites flèches, et tous très-faciles à démontrer par le galvanomètre.

Les boutons métalliques qui représentent les pôles étant toujours à découvert dans l'appareil, sont mis en contact avec la peau par la seule application de la bande ou de la ceinture, et tous les courants traversent la partie du corps circonscrit par les cinq boutons ou pôles.

L'efficacité, aujourd'hui incontestable, de l'électricité appliquée à diverses maladies et surtout à celles du système nerveux, ne pouvait laisser de doute sur l'utilité du nouvel appareil; mais ce qui était facile à prévoir *à priori* est aujourd'hui démontré par des faits. Nous espérons que les médecins qui les ont observés les feront prochainement connaître à leurs confrères. Quant à nous, nous avons dû nous borner à porter à la connaissance de l'Académie ce qui nous concerne directement.

2° Le même Ministre adresse l'échantillon d'un liniment *lactofuge*.

3° Rapport de M. le docteur Giraud, de Draguignan, sur l'épidémie cholérique.

4° Rapports de M. le docteur Boursier, de Senlis, sur des épidémies de choléra et de dyssenterie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Doin, médecin à Bruyères-le-Chatel, adresse un Mémoire étendu sur des *prolégomènes physiologiques,* sur le traitement du choléra et sur l'usage médicamenteux du phosphore depuis 1782 jusqu'à nos jours.

Croup.

M. le docteur Marchant, de Charenton, adresse une Note sur le diagnostic différentiel du croup et du pseudo-croup.

Appareil pour les blessés.

M. Martin adresse une Note sur un nouvel appareil destiné au transport des blessés.

Vaccin.

M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise, adresse une Note tendant à démontrer que la dégénérescence du vaccin est une supposition gratuite.

Vaccine.

M. Hoursolle, de Bayonne, adresse un état des vaccinations qu'il a pratiquées dans sa localité.

Atractylis gummifera

M. Commaille adresse une Note supplémentaire à son Mémoire sur les propriétés toxiques de cette plante.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Charlatanisme et ignorance.* — Après avoir reproduit une partie de la chronique que nous avons publiée sous la rubrique : *Tolérances et prodiges,* le *Journal des connaissances médicales pratiques* ajoute ce qui suit, par l'organe de son rédacteur en chef, M. Caffe :

« Je puis ajouter quelque chose de plus fabuleux, c'est l'annonce d'un journal prétendu médical dont la rédaction de tous les articles portent les noms d'hommes qui sont morts depuis longtemps! Ils échappent ainsi à toute réclamation directe. Si les médecins prenaient la peine de lire et remplissaient leur devoir en se tenant au courant de la science et de son personnel, de pareilles mystifications ne seraient pas possibles, et ils resteraient dès lors convaincus que la spéculation introduite dans les publications scientifiques devient souvent un indigne industrialisme. »

M. Caffe fait depuis longtemps et avec une persévérance bien plus grande que la nôtre, partant bien plus louable, une guerre énergique non pas seulement au charlatanisme, mais encore à ce qui en favorise le plus le succès, à l'ignorance profonde dans laquelle croupissent certains médecins. Pour ne citer ici qu'un exemple à l'appui des judicieuses remarques de M. Caffe, nous rappellerons qu'il y a huit à dix mois, un médecin (non pas s'il vous plaît de Carpentras ni de Quimper-Corentin, mais bien des environs de Paris, et qui n'est pas sans quelques prétentions au titre d'auteur), ayant à traiter un cas obscur, nous demanda, après nous avoir entretenu pendant quelque temps de son malade, s'il ne ferait pas bien d'appeler en consultation M. Guersant. — Hélas! lui répondis-je, il y a longtemps que M. Guersant repose dans le sein du Seigneur. — Ah! c'est bien fâcheux; je me rappelle l'avoir vu deux ou trois fois; il avait l'air d'un bien brave homme. Qui pourrais-je donc appeler? N'y a-t-il pas encore, à l'hôpital des Enfants, un M. Baudelocque dont on dit grand bien? — Il y fut, en effet; mais M. Baudelocque est allé rejoindre son collègue. — Eh bien! reprit mon érudit interlocuteur, j'appellerai M. Marjolin; il se connaît un peu à tout. — Votre phrase serait assez vraie si, au lieu d'être au présent, elle était au prétérit très-passé; mais, depuis longues années, Marjolin ne se connaît plus à rien. Ah çà, lui dis-je, changeant le sujet de la conversation, vous connaissez probablement la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme? — Oh! certainement; il en a plusieurs fois été question dans l'*Estafette.* — Ainsi, c'est dans l'*Estafette* que vous poursuivez le cours de vos études médicales? — Grâce à Dieu, je n'ai plus d'études à faire; il y a longtemps que mes examens sont passés. — C'est juste; je vois que vous êtes de la secte de.... je ne sais quel grand philosophe :

> Qui croit que tout finit.... où finit l'examen.

Si vous ne la savez déjà, je vous engage à apprendre une petite chansonnette, qui peut servir de pendant à cet aphorisme philosophique, que Levassor nous chantait à peu près en ces termes, et qui pourra peut-être faire la joie de vos loisirs :

> Vive't la joie et les pommes de terre,
> Vive't le plaisir, le bon temps, la gaîté;
> Grâce à Dieu, je n'ai plus rien à faire;
> J'en ai fini avec monsieur l'curé :
> Plus de lectures,
> Plus d'écritures,
> Plus d'additions,
> Plus de soustractions,
> Au diable toutes les leçons!
> Et lon lan la..........

Ne pensez-vous pas que si tous les médecins s'appliquaient à apprendre toutes les chansonnettes de ce genre pour s'en servir à l'occasion, le Corps médical de France serait un fort joyeux Corps?.... Et sans attendre la réponse, je mis mon fusil sur l'épaule et continuai mon infructueux voyage à la recherche d'un perdreau, car j'étais dans un de mes rares jours où la critique n'est pas un devoir.

Combien, mon cher Caffe, le Corps médical compte-t-il de membres avec lesquels on pourrait avoir pareille conversation, non-seulement dans les provinces les plus reculées de la France, mais encore au plein centre de Paris, où tout récemment j'en ai trouvé un qui exerce depuis plus de trente ans, qui ne sait pas encore que *diète* ne s'écrit pas *diette,* et que dans *hernie* l'*h* se prononce comme dans *haricots!* Vous gémirez pendant longtemps, nous gémirons et bien d'autres encore, avant d'avoir extirpé cette race qui aurait pu être fort honorable en vendant du sucre et de la cannelle, et qui a préféré venir se déshonorer en usurpant une place infime dans un Corps scientifique, et en se montrant inférieure, en ignorance sinon en moralité, aux charlatans qui ne l'exploitent pas moins que le reste du public.

Pour en revenir à l'un des points de départ des remarques qui précèdent, nous sommes heureux de reproduire ici les explications que M. le professeur Rostan a bien voulu nous donner sur l'abus qui a été fait de son nom. « Lorsque le journal la *Santé universelle* fut créé, nous a dit l'honorable professeur, je donnai, sur une lettre de M. Récamier, en qui j'avais toute confiance, l'autorisation de mettre ce journal sous mon patronage; mais quand je vis quel était le journal, je retirai mon autorisation. Je n'ai jamais été informé de ce qui a été fait depuis par le fondateur de ce journal. »

C'est bien là ce que nous n'avions pas hésité à affirmer, et nous sommes certain que M. Nélaton est exactement dans le cas de M. Rostan.

— Dans la séance d'hier, M. le président de l'Académie a annoncé la mort de M. Bailly, correspondant de l'Académie à Bains (Vosges).

BIBLIOGRAPHIE.

Gazette médicale de Lisbonne, paraissant les 1[er] et 16 de chaque mois, en 2 feuilles in-4°. — On s'abonne, en s'adressant *franco,* à l'administrateur, à l'École médico-chirurgicale de Lisbonne; et à Paris, au docteur Garnier, rue du Rocher, 13.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis Favrot. — Ouvrage orné de très-belles planches. — *Deuxième livraison,* comprenant les maladies cancéreuses et pseudo-cancéreuses du sein. — Prix des deux livraisons : 5 fr.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 146. 2e année. Samedi 9 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Des tumeurs fibro-plastiques,

Par M. le Dr PAUL BROCA, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.*

(Deuxième article.)

(Suite. Voir le n° 145.)

§ 1. Classification des tumeurs réputées cancéreuses (*suite*).

L'étude comparée des tumeurs et des malades a permis d'établir quatre groupes parmi les tumeurs qu'on a trop longtemps confondues sous le nom général et élastique de cancer. Ce sont :

1° Les *hypertrophies glandulaires partielles* ou *adénoïdes,* dans lesquelles le microscope ne montre que les éléments, inégalement hypertrophiés, qui rentrent normalement dans la structure des glandes ;

2° Les *tumeurs fibro-plastiques* ou *fibroïdes*, constituées par des éléments analogues à certains éléments normaux qu'on désigne sous le nom d'éléments fibro-plastiques ;

3° Les *tumeurs épithéliales cancroïdes*, constituées par des éléments analogues à ceux qui forment l'épithélium des membranes tégumentaires normales ;

4° Enfin, les *tumeurs cancéreuses* proprement dites, constituées par des éléments qui n'ont point d'analogues dans l'économie, et qui méritent par conséquent le nom d'*éléments cancéreux*.

1° *Hypertrophies glandulaires partielles* ou *adénoïdes.* — Toutes les glandes peuvent s'hypertrophier ; toutes renferment, à l'état normal, une partie fondamentale dont la forme et la connexion peuvent beaucoup varier, mais dont la nature est toujours la même : c'est la *cavité glandulaire.* Cette cavité, dans laquelle est contenu le produit de la sécrétion, est limitée par une membrane à contours arrondis, dont la surface interne est tapissée d'une couche d'éléments épithéliaux. Dans les *glandes closes*, les cavités glandulaires sont fermées de toutes parts ; c'est ce qui a lieu, par exemple, dans la thyroïde, dans les capsules surrénales, le thymus, etc. — Dans les autres glandes, les cavités glandulaires communiquent plus ou moins directement avec les conduits excréteurs.

La structure des tumeurs hypertrophiques des glandes varie, par conséquent, avec la structure normale de l'organe hypertrophié. — Nous ne saurions avoir ici la prétention de faire connaître toutes les hypertrophies glandulaires. Nous aurons surtout en vue l'hypertrophie des glandes *en grappes*, ou *acineuses*, telles, par exemple, que la mamelle et la parotide.

Indépendamment des vaisseaux et des nerfs qu'elles renferment, ces glandes se composent de deux parties : 1° les *cavités glandulaires*, qui se présentent ici sous la forme de petites ampoules situées à l'extrémité des conduits excréteurs. La membrane qui les tapisse se continue insensiblement avec la muqueuse des conduits excréteurs. En d'autres termes, ces conduits aboutissent à de petites dilatations, où ils se terminent en culs-de-sac : de là le nom de *culs-de-sac glandulaires*, qui a été donné aux cavités glandulaires dans les glandes qui nous occupent. La membrane de ces culs-de-sac est tapissée d'une couche d'épithélium *nucléaire*, c'est-à-dire constituée exclusivement par des *noyaux* d'épithélium. Ces noyaux possèdent chacun un nucléole, mais il n'existe autour d'eux aucune membrane enveloppante, comme cela a lieu dans les épithéliums composés de cellules (*voy. fig.* 1).

2° Le *stroma cellulo-fibreux*, qui constitue pour ainsi dire le squelette de l'organe. C'est une substance plus ou moins résistante, composée de fibres de tissu cellulaire à divers degrés de condensation, entourant de toutes parts les culs-de-sac glandulaires, les supportant et les reliant entre eux.

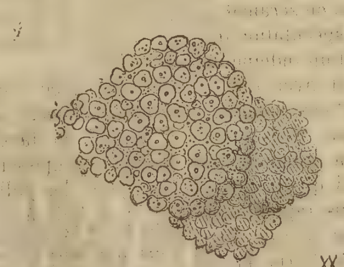
Ces deux éléments se retrouvent dans toutes les hypertrophies glandulaires.

Dans les *hypertrophies générales,* ils se développent simultanément et uniformément en conservant les mêmes proportions relatives qu'à l'état physiologique. La glande alors présente à peu près le même aspect qu'une glande normale ; personne n'a confondu cette lésion avec celles du cancer.

Dans les *hypertrophies partielles,* au contraire, les deux éléments fondamentaux de la glande se développent inégalement. Tantôt l'hypertrophie porte principalement sur le tissu cellulo-fibreux ; la tumeur est dure, elle crie sous le scalpel, on l'a confondue avec le squirrhe. Tantôt l'hypertrophie porte principalement sur les culs-de-sac glandulaires ; la tumeur est molle, facile à déchirer, à écraser sous la simple pression des doigts. On l'a confondue avec l'encéphaloïde.

Ces deux formes de l'hypertrophie partielle des glandes sont caractérisées, sous le microscope, par la présence de culs-de-sac glandulaires tout à fait semblables aux culs-de-sac normaux. Dans la première forme il y a beaucoup de tissu cellulo-fibreux ; et les culs-de-sac ne sont pas plus développés qu'à l'état physiologique. Dans la seconde forme, il y a très-peu de tissu cellulo-fibreux ; les culs-de-sac sont au contraire très-volumineux : voilà toute la différence. Mais, dans l'un et dans l'autre cas, on trouve, dans toute l'étendue de la tumeur, les culs-de-sac caractéristiques,

Fig. 1.



Culs-de-sac glandulaires.

(Grossissement 270 diamètre, objectif n° 5, oculaire n° 1 du microscope de Nachet.)

reconnaissables à leur forme arrondie et à la disposition régulière des éléments de l'épithélium.

Le plus souvent, cet épithélium est purement *nucléaire*, comme cela a lieu à l'état normal et comme on le voit sur la figure 1. Mais il n'est pas rare, surtout dans la seconde forme de l'hypertrophie, de voir les noyaux d'épithélium s'entourer d'une membrane de cellule. En d'autres termes, l'épithélium passe de l'état nucléaire à l'état cellulaire; on aperçoit alors, dans le champ du microscope, un certain nombre de *cellules à noyaux*, et c'est ce qui a conduit quelques observateurs inattentifs à confondre ces éléments microscopiques avec ceux du cancer. Mais cette confusion n'est pas possible pour quiconque étudie la *disposition* de ces cellules épithéliales, et leur juxtaposition régulière dans la cavité des culs-de-sac glandulaires.

2° *Tumeurs fibro-plastiques* ou *fibroïdes*. — Elles sont constituées par des éléments analogues à ceux qui existent dans le tissu cellulaire en voie de formation. Ces éléments peuvent présenter toutes les transitions, depuis l'état globulaire jusqu'à l'état fibrillaire, ainsi qu'on le voit sur la figure 2.

Fig. 2.



Explication de la figure 2.

a. Noyaux fibro-plastiques.
b. Cellules fibro-plastiques.
c. Corps fusiformes fibro-plastiques.
d. Fibres fibro-plastiques à divers degrés de leur évolution.
e. Fibres fibro-plastiques disposées en tissu fibroïde.

Eléments fibro-plastiques.
(Grossissement 460 diamètre, obj. 7, ocul. 1, micr. Nachet.)

Les *noyaux libres fibro-plastiques* (*a*) sont de petits corps quelquefois ronds, le plus souvent ovalaires, présentant à leur centre un nucléole punctiforme extrêmement petit.

Les *cellules fibro-plastiques* (*b*) se composent d'un noyau semblable aux noyaux libres, et d'une membrane extérieure disposée autour du noyau. Ces cellules sont étroites et longues; elles se terminent en pointe à leurs deux extrémités.

Les *corps fusiformes fibro-plastiques* (*c*) présentent, ainsi que leur nom l'indique, la forme de fuseaux; plus étroits que les cellules, ils sont en même temps plus allongés qu'elles. Ils établissent la transition entre les noyaux et cellules d'une part, et les fibres fibro-plastiques d'autre part.

Les *fibres fibro-plastiques* sont plus longues et plus étroites encore. On trouvera représentées, sous la lettre *d*, les formes transitoires qui établissent la filiation entre les corps fusiformes et les fibres fibro-plastiques.

Enfin ces fibres, lorsqu'elles sont entièrement développées, se juxtaposent parallèlement à leur longueur, et donnent naissance à un *tissu fibroïde* (*e*) qui, plus tard, peut finir par se transformer en tissu fibreux véritable.

Tels sont les éléments fibro-plastiques. Il y a un grand nombre de tumeurs où on trouve simultanément toutes les formes précédentes; ces tumeurs présentent une consistance moyenne. Mais il arrive souvent que l'une ou l'autre de ces formes prédomine. Tantôt la tumeur est presque exclusivement composée de noyaux et de cellules fibro-plastiques; alors elle est molle, et on la confond volontiers avec le cancer encéphaloïde. — Tantôt, au contraire, les corps fusiformes et les fibres fibro-plastiques prédominent; la tumeur alors est beaucoup plus dure, et on peut être tenté de la confondre, soit avec un squirrhe, soit avec une tumeur simplement fibreuse.

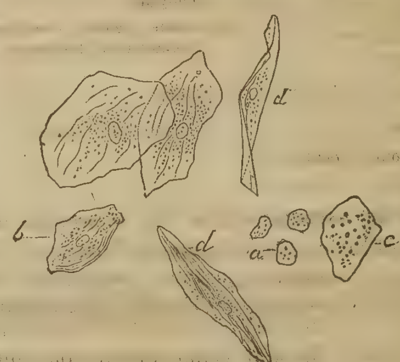
3° *Tumeurs épithéliales ou cancroïdes*. — Les éléments qui composent ces tumeurs sont analogues à ceux qui forment l'épithélium de la peau ou des muqueuses.

Abstraction faite de l'épithélium *nucléaire* des muqueuses glandulaires, tous les autres épithéliums sont constitués par des éléments *cellulaires*. Les cellules épithéliales se présentent sous trois formes : 1° à la peau et sur un grand nombre de muqueuses (bouche, pharynx, œsophage, gland, vagin, anus, etc.), les cellules sont aplaties sous forme de lamelles à contours anguleux; elles sont juxtaposées par leurs bords comme les pièces d'une mosaïque, et constituent par leur réunion l'*épithélium pavimenteux* ou *pavé épithélial*; 2° la deuxième forme de l'épithélium ou l'*épithélium à cylindres*, qu'on trouve, par exemple, sur la muqueuse de l'estomac et des intestins, est constituée par de petites cellules cylindriques juxtaposées parallèlement, et implantées perpendiculairement sur la surface de la muqueuse; 3° enfin l'*épithélium vibratile*, qui se rencontre principalement sur la muqueuse des voies aériennes n'est autre chose qu'un épithélium cylindrique, dont les cylindres sont terminés par de petits *cils vibratiles*.

Telles sont les trois formes de l'épithélium normal. L'épithélium pavimenteux, qui est de beaucoup le plus répandu dans l'économie, est aussi celui qui constitue la tissu de la plupart des tumeurs épithéliales.

On trouve donc, dans ces tumeurs, des lamelles aplaties, polygonales, irrégulières; ce sont des cellules épithéliales à leurs divers degrés de développement (*fig*. 3). Il y a toujours un certain

Fig. 3.



Explication de la figure 3.

a. Noyaux libres d'épithélium.
b, c. Petites cellules épithéliales. On aperçoit au-dessus de la cellule *b* deux larges cellules épithéliales superposées.
d, d. Cellules épithéliales vues de champ et irrégulièrement recoquillées.

Eléments d'une tumeur épithéliale.
(Grossissement 270 diamètre, obj. 5, ocul. 1, micr. Nachet.)

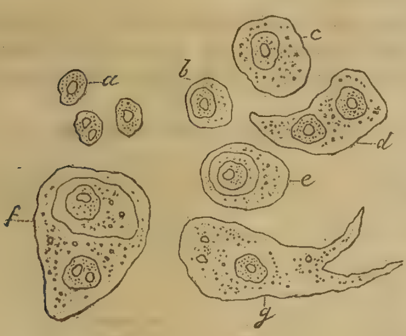
nombre de noyaux libres (*a*), petits, rarement réguliers; puis quelques cellules (*b*, *c*) assez petites, déjà irrégulières, mais moins plates et moins manifestement polygonales que les cellules plus avancées. Enfin la plupart des cellules sont de larges écailles extrêmement minces, offrant, en général, dans un point quelconque de leur étendue, une tache peu caractérisée et assez pâle, dernier vestige du noyau. Ce noyau manque du reste entièrement sur un grand nombre de cellules. La minceur extrême et la grande flexibilité de ces cellules donnent lieu à des aspects très-variables. Lorsque la cellule est vue de face, elle présente un contour très-net, irrégulièrement polygonal; il est très-fréquent de trouver, comme on le voit sur la figure, deux ou plusieurs cellules superposées, et alors on aperçoit très-nettement, par transparence, grâce à la minceur de la cellule superficielle, les contours anguleux de la cellule profonde. Ce phénomène appartient en propre aux cellules épithéliales; les autres cellules ont une épaisseur qui ne permet pas d'apercevoir les objets qu'elles recouvrent, à moins qu'on ne fasse varier le foyer en tournant la grande vis du microscope. Quelque exactement déployées que soient les lamelles épithéliales, il reste toujours à leur surface un certain nombre de plis, qui se manifestent sous forme de stries très-fines et très-irrégulières. Voilà ce qu'on aperçoit lorsque la cellule est vue de face. Mais un grand nombre de cellules se présentent sous des points de vue différents. Elles sont recoquillées, repliées sur elles-mêmes (*d, d*), et leur aspect alors est encore plus caractéristique que dans le cas précédent, aucun autre élément connu ne donnant lieu à une semblable configuration.

A côté des éléments que nous venons de décrire, on trouve dans un grand nombre de tumeurs épithéliales certains corps très-volumineux, arrondis, formés par la juxtaposition de plu-

sieurs lamelles épithéliales pelotonnées autour d'une sorte de noyau central. Ce sont les *globes épidermiques* ou *épithéliaux*. Nous ne les décrirons pas plus longuement ici, parce qu'ils ne font pas partie intégrante de toutes les tumeurs épithéliales. Mais nous ne pouvons nous dispenser de dire qu'ils constituent, lorsqu'ils existent, un caractère excessivement évident et absolument pathognomonique.

4° Les *tumeurs cancéreuses*, enfin, se composent d'éléments tout à fait différents de ceux qui précèdent. Ce sont toujours des noyaux et des cellules, mais ces éléments se distinguent nettement par leur forme, leurs dimensions et leur disposition, de ceux que nous venons de décrire.

Fig. 4.



Explication de la figure 4.

a. Noyaux libres de cancer.
b. Petite cellule cancéreuse.
c. Cellule plus grande.
d. Cellule à deux noyaux.
e. Cellule mère.
f. Cellule mère renfermant un noyau simple et une cellule à noyau.
g. Grande cellule cancéreuse irrégulière et bifurquée.

Eléments cancéreux.

(Grossissement 460 diamètre, obj. 7, ocul. 1, micr. Nachet.)

L'élément fondamental et caractéristique est le *noyau du cancer*. Le noyau est tantôt libre, et tantôt inclus dans une cellule. Les *noyaux libres* ne manquent jamais ; quelquefois ils existent seuls, et constituent le *cancer nucléaire*. Les noyaux libres (*a a*) sont, du reste, exactement semblables à ceux qui sont contenus dans les cellules. Ils sont remarquables par leur grand volume, leur uniformité et la largeur de leurs nucléoles. Il n'y a, en général, qu'un ou deux nucléoles dans chaque noyau; mais il peut y en avoir trois.

Les cellules contrastent, par leur diversité, avec l'uniformité des noyaux. Les unes sont petites (*b*) et assez régulières ; quelquefois elles conservent leur régularité en s'accroissant (*c*) ; mais quelquefois aussi (*d*, *g*) elles revêtent les formes les plus bizarres. La plupart des cellules ne renferment qu'un seul noyau ; mais il n'est pas rare de trouver deux ou plusieurs noyaux dans la même cellule (*d*). Enfin, on trouve assez fréquemment de grandes cellules qui renferment une ou plusieurs cellules à noyaux (*e*) et qui portent le nom de *cellules-mères*. Cette extrême variation que présentent les cellules cancéreuses a été considérée comme de nature à prouver que ces cellules n'ont rien de spécifique. Cela est parfaitement vrai. Le noyau seul est spécifique ; mais la variation capricieuse des cellules, loin de constituer un embarras pour le diagnostic, est au contraire un des meilleurs caractères des tumeurs cancéreuses. Aucune autre production accidentelle, en effet, ne se présente sous des formes aussi changeantes ; d'ailleurs, le noyau est toujours là pour établir l'identité de ces cellules si variables.

Indépendamment de ces éléments nucléo-cellulaires, les tumeurs cancéreuses renferment un certain nombre d'éléments accessoires auxquels elles doivent la diversité de leur aspect et de leur consistance. Le plus important de ces éléments accessoires est le tissu fibreux. S'il y en a beaucoup, la tumeur est dure et prend le nom de squirrhe ; s'il y en a très-peu, la tumeur est molle et prend le nom d'encéphaloïde, etc.

Tels sont les éléments anatomiques qui constituent les diverses tumeurs réputées cancéreuses. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui les représentent, pour perdre à jamais l'envie de les confondre les unes avec les autres. Aux différences de forme que nous venons de décrire viennent s'en joindre d'autres, très-importantes aussi, tirées des dimensions relatives de ces éléments dissemblables. On remarquera, par exemple, que les figures 2 et 4 représentant le tissu fibro-plastique et le cancer sont dessinées sous le même grossissement, et que cependant les noyaux et cellules fibro-plastiques paraissent beaucoup plus petits que les noyaux et cellules de cancer. Quant à la fig. 3, dont les cellules paraissent à peu près de la même largeur que celles de la fig. 4, on n'oubliera pas qu'elle a été dessinée sous un grossissement beaucoup moindre (comme 270 : 460, c'est-à-dire à peu près comme 3 : 5).

Ainsi, l'examen microscopique révèle, dans nos quatre groupes de tumeurs soi-disant cancéreuses, des différences considérables qui portent à la fois sur la nature, sur la forme, sur la disposition et sur les dimensions de leurs éléments. Cela seul pourrait suffire pour légitimer la distinction de ces diverses espèces de tumeurs. Nous proposant d'étudier seulement la classe des tumeurs fibro-plastiques ou fibroïdes, nous n'en dirons pas davantage sur les trois autres classes ; nous ajouterons pourtant que des différences de structure, souvent grossières et toujours appréciables à l'œil nu, coïncident avec les différences histologiques, et que ces diverses tumeurs, ainsi divisées, par l'anatomie pathologique, en quatre catégories, se distinguent, en outre, les unes des autres, par un grand nombre de caractères tirés de leur marche et de leurs symptômes.

Cela posé, nous allons nous occuper spécialement des tumeurs fibro-plastiques. (*La suite à un prochain numéro.*)

Erratum du précédent article. — Page 1155, colonne 2, ligne 18 en remontant, au lieu de : *longtemps entrepris*, lisez : *longtemps cherché*.

Faculté de médecine. — M. Malgaigne.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 120, 127 *et* 129.)

VINGT-TROISIÈME LEÇON.

Messieurs, nous avons traité de l'étranglement aigu, violent, que j'appelle *étranglement vrai*, s'opérant sans inflammation préalable. Les symptômes en sont généralement plus violents que ceux de l'engouement herniaire : ce sont des vomissements de matières fécaloïdes, quelquefois de matières fécales. La terminaison de l'étranglement vrai abandonné à lui-même est, disent la plupart des auteurs, la gangrène, qui, au dire de Boyer, est la cause constante de la mort dans la hernie étranglée. Pour ma part, je n'ai jamais vu, je le répète, la gangrène dans un étranglement. Je suis remonté devant vous à l'origine de cette doctrine, et vous avez vu combien il faut faire peu de fond sur les autopsies des siècles derniers. Vous avez vu que Méry raconte que la rougeur de l'intestin est un signe de gangrène ! vous avez vu que d'autres chirurgiens disent que l'intestin était gangrené en haut et en bas ! J.-L. Petit disait que la gangrène avait gagné tout le ventre, sans toutefois arriver à son dernier degré, et que le malade guérit. Mais ces auteurs, je vous l'ai déjà dit, ne parlent pas le même langage que nous : la gangrène, qui exprime aujourd'hui la mortification complète d'un tissu, signifiait à cette époque l'inflammation plus ou moins avancée de ce tissu. Enfin, en 1758, nous avons vu l'Académie de chirurgie donner la plume à Louis pour rédiger toutes les discussions sur les hernies. Vous avez vu ce Mémoire, regardé par les contemporains comme le *nec plus ultrà* de la science sur ce point, que Sabatier considère comme la source de l'art ; vous avez vu enfin que l'Académie royale de chirurgie ne savait pas ce que c'est que la vraie gangrène ; comment le rédacteur de ce Mémoire ne craignait pas d'ajouter foi aux paroles de ses correspondants, ainsi qu'au souvenir des choses qu'il avait observées à 14 ans. En dernier lieu, vous avez vu que ce Mémoire renferme des faits tellement absurdes qu'il est impos-

sible de les expliquer, à moins de dire que ceux qui les ont avancés ne savaient rien.

La terminaison de l'étranglement est donc la gangrène. Cette doctrine régit encore une grande partie de ce que l'on vous enseigne aujourd'hui dans vos livres.

Pourtant, un véritable progrès est à signaler déjà : c'est que, dans un grand nombre de cas, il n'y a qu'une fissure à l'intestin. Cette fissure était due, disait-on, à la gangrène. D'après Louis, cette fissure venait de ce qu'une seule portion de l'intestin est pincée dans l'étranglement. Je vous ai déjà dit ce qu'il en est : le fait est vrai, mais l'explication est fausse.

De 1758 à la fin du siècle, on n'a rien ajouté de nouveau à ces doctrines. Boyer est venu après Sabatier ; il a accepté la doctrine telle qu'elle lui était transmise. Dupuytren a fait annoter sous ses yeux la médecine opératoire de Sabatier ; il y a laissé la doctrine de Louis telle qu'elle ; il n'y a absolument rien changé.

Dans sa première édition, Scarpa adopte et développe les mêmes idées ; mais, en 1819, il revient sur ce qu'il a dit : la gangrène n'est plus la terminaison constante de l'étranglement, elle en est le terme principal, mais quelquefois c'est l'ulcération. Est-ce la première fois que le mot d'*ulcération* paraît dans l'histoire de l'étranglement, ou bien Scarpa l'a-t-il pris d'un devancier ? C'est ce que je n'oserais trop affirmer, malgré les nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet. Quoi qu'il en soit, depuis lors, on parle de l'ulcération de l'intestin dans la hernie étranglée, mais seulement comme d'un fait exceptionnel. La gangrène de l'intestin doit disparaître, excepté quand c'est le chirurgien qui la produit lui-même. La dernière limite de l'étranglement pur, c'est l'ulcération.

Comment se fait cette ulcération ? Scarpa dit qu'elle se fait soit par l'intérieur soit par l'extérieur, probablement en vue de quelque théorie ; mais il ne dit pas où il a pris cela, et peut-être a-t-il été trompé par la comparaison de ce qui se passe dans l'étranglement herniaire avec les phénomènes que l'on observe dans les étranglements externes, comme dans l'étranglement de la verge par un anneau métallique, où la verge commence par s'ulcérer avant de se couper.

Malgré cela, la gangrène reste encore définitivement sur le premier plan.

Qu'est-ce que la gangrène de l'intestin ? C'est la mortification de l'intestin suivant le sens que l'on attache aujourd'hui au mot gangrène. Toutes les fois qu'une partie est encore vivante, on ne peut donc pas dire qu'elle est gangrenée : la gangrène peut être prochaine, mais elle n'existe pas encore. Quand l'intestin est encore sensible, même s'il est rouge, il n'y a pas de gangrène ; quand il est noir, brillant et dur, il n'y a pas encore pour cela gangrène, car on a vu des exemples que des hernies renfermant de ces intestins noirs ont parfaitement guéri. Ce que l'on peut dire de plus sur la gangrène de l'intestin se réduit à ceci, et notez bien que je ne prétends pas que la doctrine soit très-avancée sur ce point, c'est lorsque l'intestin présentera une tache, une place où il aura perdu son poli, où il aura pris une teinte grisâtre, cendrée, plutôt que noire, c'est là plutôt qu'il y a gangrène.

Je ne connais pas un seul cas où l'on ait observé la gangrène de toute une anse intestinale ; je ne puis donc vous donner les signes que de la gangrène locale. Quand l'intestin a une teinte cendrée, et qu'il s'affaisse comme du papier mâché, il y a gangrène ; quand il a perdu son poli, il faut voir si cela ne tient pas à un dépôt de fausses membranes à sa surface, ou à la rupture de quelques adhérences. On a vu des portions d'intestin, noires, dures, ayant perdu leur poli ; elles n'étaient pas pour cela gangrénées, et les malades ont très-bien guéri : mais je ne prétends pas dire qu'il ne puisse pas y avoir de gangrène sans que ces signes que je vous ai donnés n'existent.

Quels sont les signes extérieurs de cette gangrène intestinale ? Comme ils sont décrits dans les livres, c'est le plus affreux roman qui soit au monde ! Comment peut-on rapporter à la gangrène tous les phénomènes de la mort par la hernie étranglée, quand précisément il n'y a pas de gangrène ?

Les vomissements, qui avaient continué avec violence, cessent tout à coup, le malade ne souffre plus, le ventre s'affaisse, les hoquets remplacent les vomissements, les traits se retirent, les membres sont froids : le malade déclare qu'il est mieux, les assistants le trouvent aussi, et voilà que le malade fait un petit mouvement et il est mort. Voilà, messieurs, la description classique. Or, je n'ai jamais rien vu de semblable ; je ne dis pas qu'un fait ou deux n'aient pas pu donner prétexte à cette description, mais je déclare que, comme description générale des symptômes de la mort par hernie étranglée gangrénée, cela est complétement faux.

Il y a d'autres terminaisons de la hernie étranglée : un vieillard, dans mon service à Bicêtre, était mort subitement en faisant un mouvement pour ramasser quelque chose ; il avait une hernie étranglée marronée, dont le collet du sac était tellement rétréci que, le sac étant ouvert, je ne pus faire rentrer la hernie, et que, même le ventre étant ouvert, je ne pus encore pas la réduire ; il fallut diviser le collet du sac. L'anse intestinale était très-rouge, il n'y avait pas d'ulcération, pas de gangrène, pas de grande péritonite.

Je fus un jour appelé par Aug. Bérard pour voir l'autopsie d'une femme qui avait une hernie étranglée depuis quelques jours, et qui était morte sans que l'on pût réduire l'intestin : en ouvrant le sac, on put faire rentrer la hernie ; l'intestin était rouge, mais il n'était pas coupé, il n'y avait pas d'inflammation du péritoine. A quoi donc attribuer la mort dans ces deux cas ?

La hernie étranglée suscite dans l'économie une telle déperdition de forces, qu'il y a des sujets qui ne peuvent pas résister à ces accidents ; ainsi, il y a des individus qui meurent six à huit heures après l'étranglement ; Larrey raconte que deux grenadiers sont morts en deux heures par suite d'étranglement ; Pott dit qu'on peut mourir en huit heures ; d'autres disent en vingt-quatre heures ; j'en ai vu mourir en quarante heures, en deux, trois et quatre jours.

L'intestin, dans l'étranglement, est gonflé comme il arrive d'un doigt que l'on serre avec un lien, mais ce n'est pas là la cause de la mort ; cette véritable cause, c'est l'épuisement, qui peut tuer l'individu en vingt-quatre heures, comme la mort peut se faire attendre quinze jours. Ainsi, j'ai vu des sujets qui étaient trop mal pour être opérés, j'attendais un peu et je pratiquais l'opération : les accidents cessaient momentanément, mais les malades s'éteignaient absolument comme une lampe qui n'a plus d'huile, c'est-à-dire lentement et sans secousse.

Il y a une autre terminaison de l'étranglement sur laquelle j'ai appelé l'attention des médecins ; voyez comme l'observation assidue démontre la fausseté de ces vieilles doctrines cartésiennes ! *Non omnia mihi ;* certes, je ne prétends pas avoir tout découvert, il y a encore à faire beaucoup plus que je n'ai fait. Voici ce que j'ai décrit sous le nom de *choléra herniaire :* au bout d'un certain temps après le début de l'étranglement, les malades qui souffraient si cruellement de ces nausées et de ces efforts de vomissement, continuent à vomir, mais sans le moindre effort ; ils sont là comme un enfant qui a trop pris de lait ; ils font un petit mouvement, et de suite ils vomissent. A force de vomir, tout d'un coup les traits s'enfoncent, les mains deviennent bleues, le pouls disparaît, la peau devient froide et gluante ; c'est un choléra, cela, messieurs, non pas le véritable choléra, puisqu'il n'y a pas de selles, mais il semble qu'à force d'avoir fourni des aliments à cette supersécrétion, le sang se soit altéré, et, en effet, chez les sujets que j'ai vus présentant ces phénomènes, le sang était pris en gelée de groseille. J'ai vu des malades qui, lorsqu'on a pu enrayer ces accidents, ont parfaitement guéri et se sont parfaitement rétablis.

Le malade meurt à la suite d'ulcération de l'intestin, ce que l'on prend pour de la gangrène, c'est le cas le plus fréquent : dans le phimosis, le gland est serré par le prépuce trop étroit, il se gonfle ; au bout de quelques jours le gland est entamé, est-ce là de la gangrène ? En aucune façon. Quand on serre très-fort une artère, la gangrène survient-elle dans ce vaisseau ? Non, du tout, il y a ulcération. Mais, dit-on, il y a perte de

substance, donc il y a gangrène ; c'est une mauvaise raison, et, en effet, dans l'ulcération n'y a-t-il pas perte de substance? Dans le phimosis, si étroit qu'il soit, le gland ne se gangrène jamais, à moins qu'une main savante ne vienne l'écraser pour réduire le prépuce ; voilà comment l'étranglement agit sur le gland.

A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 5 Décembre.

Huile de foie de morue gélatinisée.

M. Cordier, pharmacien à Paris, adresse une Note sur un nouveau procédé pour rendre solide l'huile de foie de morue et en faciliter l'administration.

Désormais, dit l'auteur, le malade qui éprouvera pour ce médicament une répugnance invincible, pourra, sans le moindre dégoût, à l'aide d'un peu d'eau sucrée ou d'un morceau de pain azyme, le prendre sous forme d'une gelée presque appétissante à l'œil.

Dans cette préparation, l'huile brune de foie de morue, celle justement préférée et recommandée par les médecins, n'a subi aucune altération ; elle conserve tous ses caractères, sa couleur, sa saveur et son odeur caractéristique ; mais la facilité avec laquelle la déglutition s'en opère ne laisse pas au palais le temps d'éprouver cette impression pénible qui se traduit toujours par des contractions de l'estomac, et quelquefois par des vomissements.

L'état de division parfaite des molécules de l'huile lui permet, en arrivant dans l'estomac, de s'émulsionner avec le suc gastrique, et a pour effet de faciliter son absorption ; de sorte qu'à doses égales, le médecin devra obtenir un effet plus complet, puisqu'aucune partie du médicament n'aura échappé à l'assimilation.

Ce procédé nous paraît bien supérieur à tout ce qui a été proposé jusqu'à présent, et devra rendre des services surtout dans les cas où la répugnance du malade était un obstacle à l'administration de l'huile liquide.

Trocart à poinçon mobile.

M. Mathieu présente une modification qu'il a faite aux trocarts en général. Comme on peut le voir, le manche est muni d'une vis de pression B qui maintient l'une des extrémités du poinçon dans le trou C pratiqué sur son axe. Cette même vis sert également à empêcher le recul, lorsque l'on fait la ponction ; pour cela, on la fait pénétrer par un mouvement de rotation dans une encoche pratiquée sur l'un des côtés de la pelle ou gouttière de la canule du trocart. Lorsque la tige est placée dans la canule, le bout A du poinçon, qui est l'extrémité opposée à la pointe, est arrondi de manière à servir d'embout à la canule et permet ainsi au praticien de pouvoir manœuvrer dans une partie délicate sans danger de la blesser avec le bord tranchant de la canule.

Il est bon d'ajouter aussi que cette modification permet de conserver intacte la pointe qui se place dans le manche ; l'embout mousse qui la remplace ne peut blesser le chirurgien ; il rend inutiles les capuchons qui étaient toujours susceptibles de se perdre et même l'étui ; malgré ces avantages, cette modification ne rend pas cet instrument plus dispendieux.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

M. Bouillaud. — Il y a si longtemps que je n'ai pris une part active aux discussions de l'Académie, qu'en montant aujourd'hui à cette tribune, je ne sais pas trop si je ne suis pas le jouet d'un rêve. Ce qui me prouve cependant que je ne rêve pas, c'est que la discussion à laquelle je viens prendre part est une des plus brillantes qui aient été soulevées dans cette enceinte et une des plus mémorables auxquelles nous ayons jamais assisté.

Vous vous rappelez peut-être qu'avant d'arriver à ce point éminent d'intérêt et d'éclat où elle brille à présent, cette discussion s'est ouverte d'une manière assez simple ; vous vous rappelez les hésitations de ceux de nos collègues qui y sont entrés les premiers. Ainsi M. Robert, obligé de parler dès le début, crut devoir restreindre son discours à la seule question de la curabilité du cancer, ne sachant pas, comme il le disait très-spirituellemeut, sur quel point M. Velpeau se proposait d'opérer son débarquement. M. Velpeau ne put le lui dire ; c'est qu'en effet il ne le savait pas lui-même. Il ne savait trop s'il devait entamer la question du cancer tout entière ou se restreindre à quelques points seulement. Depuis lors, la discussion a pris un aspect très-animé, et au lieu de se concentrer sur quelques points limités, elle s'est étendue à peu près à tous les points de l'histoire de la maladie cancéreuse, elle a embrassé le sujet dans toute sa généralité, et l'on peut dire qu'après quelques escarmouches timides et isolées, le feu a fini par s'allumer sur toute la ligne. Il ne s'agit plus seulement aujourd'hui de la cellule cancéreuse et des services qu'elle a pu rendre dans le diagnostic, il ne s'agit plus même de la question de la curabilité du cancer, il s'agit de la philosophie médicale elle-même qui constitue le code fondamental de nos doctrines scientifiques.

La philosophie médicale a été mise en cause devant l'Académie à propos de la fameuse loi de Bichat qui peut être citée avec raison comme le point de départ des doctrines de l'École anatomique moderne, et, sous prétexte de combattre M. Robert qui l'a rappelée dans son discours, et M. Velpeau qui l'a défendue ensuite, on a attaqué l'École anatomique toute entière.

Mais c'est parce que je crois cette École à l'épreuve de toute attaque, c'est parce que j'ai l'intime conviction qu'elle est destinée à survivre à tous les revirements d'opinions, c'est parce que je la crois capable de résister à tous les assauts que je m'en suis constitué de tout temps le défenseur. C'est, dans mon opinion, une École qui ne pourra jamais être vaincue, parce qu'elle porte en elle des éléments de certitude et de précision qu'aucune autre École n'a jamais su donner à nos connaissances médicales.

Mais je n'ai pas pris la parole uniquement pour venir ici soutenir une thèse sur la philosophie de la médecine, j'ai le dessein de m'occuper aussi du microscope au point de vue des lumières qu'il a fournies et des services qu'il a rendus dans la question encore obscure du diagnostic des tumeurs cancéreuses. Je parlerai donc du cancer au double point de vue de son diagnostic et de sa curabilité, me réservant toutefois d'expliquer ce qu'il me semble qu'on aurait toujours dû entendre pour ce mot de diagnostic des tumeurs et du cancer. Enfin, je désire présenter à l'Académie une proposition que je crois éminemment utile à une issue sérieusement décisive de la discussion qui s'agite en ce moment.

Puisque je viens parler du microscope et de la micrographie, je suis obligé de présenter tout d'abord mes preuves et d'établir si j'ai la moindre petite compétence dans cette matière. Je dirai d'abord que si je ne suis pas micrographe, je n'en suis pas moins, et depuis longtemps, un ami très-déclaré du microscope. Je puis bien prouver que je ne suis pas, pour le microscope, un ami du lendemain, mais bien un ami de la veille ; car voici ce que j'écrivais en 1836, il y a de cela, par conséquent, près de vingt ans. (Ici l'auteur cite plusieurs passages de ses écrits tendant à établir que, parmi nos moyens d'exploration, il faut faire le plus grand cas d'un instrument qui, en grossissant les objets, nous permet de les mieux apercevoir et partant de les mieux connaître.)

Je disais alors que le point de départ le plus précis de nos connaissances médicales, ce sont les données de l'anatomie pathologique, et au premier rang des instruments propres à l'examen des pièces anatomiques, je plaçais le microscope, je faisais l'éloge de M. Raspail qui, en se livrant alors plus spécialement à ces recherches microscopiques, nous avait singulièrement facilité l'usage du microscope, et je citais M. Donné, que j'ai eu l'honneur d'avoir pour chef de clinique, et qui, sous mes yeux, se livrait à des recherches de divers genres sur la composition du sang et sur les altérations des liquides.

Depuis ce temps-là, j'ai toujours été à même de prendre part à tous les travaux qui ont été faits dans cette voie, puisque j'ai encore eu successivement pour chefs de clinique M. Gubler et M. Racle, qui tous deux s'occupaient très-activement d'études micrographiques, et cela avec tout le talent qui les distingue. Et tout récemment encore, j'ai assisté aux recherches d'un micrographe aussi compétent que possible, de M. Broca, qui, en dehors de cette enceinte, prend une part si importante à la discussion de l'Académie.

A la même époque, c'est-à-dire en 1836, voici ce que j'écrivais encore précisément sur le cancer, et cette page, en vérité, semble écrite d'hier. (L'orateur lit encore un passage dans lequel, après avoir signalé les progrès déjà faits dans la connaissance des tumeurs cancéreuses ou réputées telles, il émettait l'espoir que, dans un avenir prochain, leur examen microscopique et chimique y ferait reconnaître des éléments précis et permettrait de distinguer des espèces différentes confondues à tort sous une seule dénomination.)

J'en ai fini avec ces citations à l'aide desquelles je voulais établir que j'ai toujours envisagé le microscope comme un très-utile instrument d'investigation, et que, pour le cancer en particulier, j'ai toujours compté sur lui pour nous mettre en possession d'un élément capable de nous le faire connaître d'une façon certaine.

J'arrive maintenant à cette loi de Bichat qui a été citée par M. Robert, et je déclare tout de suite que je m'associe pleinement à cet honorable collègue pour la défense de cette loi fondamentale de notre École moderne. Le principe émis par Bichat, vous le savez, messieurs, consiste à dire qu'il y a un rapport tel entre les lésions matérielles de nos organes et les phénomènes auxquels ces altérations donnent lieu, que les unes étant connues, on peut prévoir et annoncer les autres. Or, ce principe a été combattu par l'un des orateurs les plus brillants que nous rencontrons

toujours au premier rang dans nos tournois académiques, par notre savant collègue M. Malgaigne.

M. Malgaigne n'a pas craint d'attaquer très-franchement cette loi, de la déclarer fausse, contraire à l'observation des faits, créée dans les amphithéâtres, et entachée de nullité quand on veut l'appliquer aux faits que nous fournit journellement la pratique médicale.

Je commencerai par répondre à M. Malgaigne que cette accusation, portée contre le principe émis par Bichat, d'être une loi d'amphithéâtre, ne saurait être acceptée, puisque, s'appliquant à un double ordre de faits dont les uns en effet sont constatés à l'amphithéâtre, mais dont les autres se passent dans les hôpitaux et au lit des malades, on ne peut être admis à dire que c'est là une loi inventée à l'amphithéâtre et applicable seulement au cadavre. Sans doute, il a bien fallu à Bichat l'étude anatomique de l'amphithéâtre pour la détermination des lésions; mais il lui fallait aussi, et il a eu soin d'y joindre l'étude des phénomènes morbides observés dans les hôpitaux, pour établir les rapports que les phénomènes vitaux présentent avec les lésions cadavériques.

Après cette première réponse à la sortie un peu trop violente, selon moi, de notre éloquent et savant collègue contre la loi de Bichat, je dois à mon tour émettre toute mon opinion sur cette fameuse loi; et, pour commencer, je ne puis mieux faire que de répéter les sages paroles de M. Velpeau, qui est venu vous dire : Je me suis toujours servi de cette loi; elle a été le point de départ de mes études anatomiques et physiologiques, mais elle ne résout pas tous les problèmes de la pathologie. Bien souvent la lésion ne correspond pas aux symptômes, et il est telles maladies dans lesquelles toute altération matérielle des organes, si elle existe, a constamment échappé à toutes sortes d'examens. Je suis parfaitement de l'avis de M. Velpeau : le principe anatomo-pathologique de Bichat est une des plus précieuses, pour ne pas dire la plus précieuse conquête de la science moderne : c'est sur lui qu'est fondé tout l'édifice de notre enseignement et de notre école; mais il est bien loin d'être absolu et applicable dans tous les cas. Il suffisait grandement pour fonder une doctrine, et assurer l'immortalité de son auteur; mais il faut aussi faire la part de la rapidité avec laquelle Bichat jetait ces vives et profondes idées qui germaient chaque jour, pour ainsi dire, dans ce génie si jeune encore. Quand on songe à l'âge si peu avancé où est mort cet homme extraordinaire et à l'étendue de ses travaux, on ne peut s'étonner de l'imperfection de l'héritage qu'il nous a légué : on ne peut s'étonner surtout de voir surgir des exceptions aux lois si hardies qu'il jetait à l'encontre des mille erreurs dont il trouvait à chaque pas son chemin embarrassé. Mais de ce que ces grandes propositions ne répondent pas à l'universalité des faits, faut-il donc les répudier comme des erreurs et méconnaître les services qu'elles nous ont rendus? Non, messieurs, faisons seulement nos réserves : reconnaissons qu'il est des maladies dont l'élément matériel s'est toujours dérobé à toutes nos investigations, à tous nos instruments d'observation, à nos recherches physiques, chimiques ou microscopiques : reconnaissons, par exemple, que certaines maladies, causées par des virus dont la nature nous échappe, agissent sur les phénomènes de la vie, sans imprimer à la substance de nos organes des modifications qui soient appréciables pour nous, et nous serons dans le vrai; j'ajoute même que nous serons complétement alors de l'avis de Bichat lui-même; car, messieurs, Bichat, en établissant cette loi qu'on a voulu combattre, n'entendait, en aucune façon, poser un principe absolu, universel; il faisait lui-même ses restrictions, et il reconnaissait, comme nous, que certaines maladies, les maladies virulentes, en particulier, échappent pleinement à cette généralisation, qui, pour s'accorder avec la pluralité des faits, ne répond cependant pas à leur universalité.

Ce qu'il y a de vrai et d'incontestable dans la loi de Bichat, c'est qu'elle est en parfait accord avec ce que nous observons journellement dans ce que j'appellerai les maladies courantes et vulgaires, lesquelles font, en définitive, l'objet presque exclusif de nos observations et de notre pratique. Je dis qu'elle est vraie dans tous ces cas, messieurs; je dis que tous les jours les phénomènes observés sur un malade nous révèlent l'état de ses organes; je dis que les lésions anatomiques nous font connaître les désordres fonctionnels auxquels elles ont donné lieu; et je ne sais pas, en vérité, qui est-ce qui voudrait le contester; car, si cela n'était pas, il n'y aurait plus d'enseignement possible, nous n'aurions plus qu'à fermer les écoles; car enfin supposez, pour un instant, que cette base manque à nos doctrines, que deviendra dès lors notre diagnostic? Et, sans diagnostic, quel traitement indiquerons-nous?

Ainsi, il est parfaitement incontestable qu'entre les lésions matérielles de nos organes et les phénomènes physiologiques auxquels elles donnent lieu, il existe une relation fixe et appréciable pour les observateurs; cela, du moins, je le répète, est la loi dans les maladies vulgaires et courantes, sinon dans certaines maladies spéciales, dont les lois ont, jusqu'à présent, échappé à toutes nos recherches. Ce rapport si précieux, signalé par Bichat, existe bien réellement, et il constitue la base même de notre diagnostic, et partant de tout notre enseignement et de toute notre pratique médicale. C'est parce que je suis entièrement convaincu de cette vérité que je défends ce principe de notre immortel Bichat; et qu'on ne dise pas que je veux le défendre quand même, et en vertu d'un système préconçu. Non, messieurs, je le défends, parce que je le crois notre meilleur jalon au milieu des investigations souvent si ténébreuses qui font l'objet de nos études médicales, je le défends parce que c'est le point de repère le plus sûr que nous ayons; mais je le défends avec les restrictions que j'ai formulées tout à l'heure, je le défends avec les restrictions de Bichat lui-même, et en tenant compte de la rapidité et de l'entraînement qui ont présidé à son émission.

Voilà pour le diagnostic qu'on a appelé, à tort ou à raison, diagnostic anatomique. Voyons maintenant ce qu'on doit penser du diagnostic dont la base est l'examen des phénomènes vitaux et physiologiques. C'est à ce propos qu'on a accusé l'École de Paris d'être essentiellement antiphysiologiste, de dédaigner les phénomènes vitaux au profit des états anatomiques, et de tomber dans ce vice de l'exclusion que nos devanciers et nos maîtres ont su si sagement éviter. Dans ces derniers jours encore, cette accusation a été renouvelée par l'auteur d'une série d'articles très-remarquables; mais je pense que cette accusation ne porte que sur un fantôme.

La microscopie, dit-on, n'est que la fille très-légitime de l'anatomie qui l'a engendrée. Le père, à présent, voudrait bien renier son enfant, car c'est un enfant terrible. C'est un enfant terrible, en effet, car, poussant jusqu'aux dernières limites les conséquences de l'enseignement qu'il a reçu, il ne reconnaît plus rien au-dessus des révélations fournies par l'étude anatomique; et, pour lui, toute la connaissance des maladies repose dans l'étude du cadavre.

Mais, messieurs, la pensée n'est jamais venue à personne de constituer une doctrine avec ces exagérations insensées, et j'espère que vous me ferez l'honneur de croire que je ne viens pas ici défendre une pareille aberration; je le répète, ces accusations tombent dans le vide : elles ne frappent qu'un vain fantôme, qu'une chimère qui n'a jamais existé. Jamais aucune École n'a songé à s'élever sur une base aussi impossible; jamais personne n'a dit que les lésions anatomiques donnent la clef de tous les problèmes de la pathologie; jamais aucun illuminé n'a poussé la folie jusqu'à prétendre que nos recherches doivent se borner au cadavre, et qu'au delà du cadavre il ne reste rien à explorer. Une semblable doctrine médicale, messieurs, serait un corps sans tête, un véritable anencéphale; et je répète que jamais elle n'est venue ni n'a pu venir à l'esprit de personne.

Heureusement, messieurs, j'ose le dire, cette École n'a jamais existé. Et pour ce qui est de notre École de Paris, voyons rapidement ce qu'ont été ses maîtres les plus illustres pour juger de ce qu'elle a toujours été elle-même, et jugeons de la fille par ses ancêtres, par ses ascendants véritables.

Le véritable fondateur de cette École, messieurs, n'est autre que Morgagni lui-même. Cette École anatomique ou organicienne, comme on l'a appelée dans ces derniers temps, ne reconnaît pas d'autre origine que l'immortel ouvrage : *De sedibus et causis morborum*. Eh bien! je vous le demande, est-ce qu'il était anatomiste pur cet illustre créateur de l'anatomie pathologique, contemporain et admirateur de Haller, physiologiste lui-même avant tout, et sans cesse préoccupé, sur toutes choses, des phénomènes vitaux qui correspondaient aux lésions que son scalpel lui indiquait? Il faut n'avoir lu aucune de ses admirables préfaces pour concevoir une aussi fausse idée de la manière dont il appréciait lui-même une science dont il jetait les premiers et impérissables fondements.

Mais il était dans la destinée de l'anatomie pathologique comme de toutes les choses nouvelles de trouver des détracteurs et des ennemis dès sa naissance. Morgagni appelle ses ennemis de petits savants; cependant il daigne leur répondre, et je n'ai pas besoin de dire qu'il le fait d'une manière victorieuse. Mais c'est surtout dans ces réponses aux petits savants de son temps que se révèle sa pensée tout entière sur la valeur qu'il accorde aux phénomènes de la vie dans l'étude des maladies.

Le plus illustre continuateur de l'œuvre de Morgagni, au siècle dernier, est certainement le grand Haller. Les travaux anatomiques de Haller ont encore lieu de nous étonner aujourd'hui; mais, je vous le demande, quand même ce grand physiologiste ne nous eût pas légué ses admirables recherches sur la science de la vie, n'aurions-nous pas eu une assez belle idée de sa manière d'envisager à la fois l'anatomie et la physiologie, quand nous l'entendons définir la physiologie : *anatome animata?* Peut-on refuser à celui-ci d'avoir accordé aux phénomènes de la vie une assez large part dans l'étude des sciences médicales? L'anatomie ne s'occupe que d'une matière inerte. Cette matière reçoit ses propriétés spéciales du souffle vital qui la met en jeu : d'où l'impérieuse nécessité de ne jamais séparer l'une de l'autre l'étude de l'organe et celle de ses fonctions vitales. Cette corrélation est si intime, elle unit si étroitement ensemble les deux éléments qui constituent notre science, qu'un physiologiste qui tenterait de sonder les secrets de la vie (c'est Haller lui-même qui fait cette compa-

raison), ressemblerait à un mathématicien qui, se voyant en face d'une machine en action, s'ingérerait de vouloir donner une explication des mouvements et du jeu si complexe de cette machine sans en connaître les pièces et les rouages.

Vous voyez donc bien, messieurs, qu'en remontant à l'origine de l'École anatomo-pathologique, on retrouve, dans ses premiers chefs, une pleine conviction de la connexion étroite qui relie ensemble les états anatomiques des organes et les phénomènes fonctionnels qui en résultent.

Arrivons maintenant à l'École de Paris. J'ai déjà dit qu'elle n'est pas différente de celle qu'a fondée Morgagni. Les noms des grands maîtres dont les doctrines constituent comme le code de cette École, qui est la nôtre, sont tous écrits sur les murs mêmes de cette enceinte. Il me suffirait de citer quelques lignes des ouvrages de chacun d'eux, pour faire voir s'ils ont jamais songé à séparer les phénomènes vitaux et dynamiques des maladies d'avec les lésions anatomiques dont leur scalpel leur révélait l'existence.

Le premier qui se présente, à la fin de l'autre siècle et au commencement de celui-ci, est Corvisart, Corvisart le traducteur d'Avenbrugger et l'auteur du *Traité des maladies organiques du cœur*. L'importance accordée par lui à l'*inventum novum* ne suffirait-elle pas déjà à elle toute seule pour démontrer jusqu'à quel point le créateur de cette classe si éminemment anatomique des maladies organiques appréciait les données fournies aux médecins par les phénomènes de la vie Mais? qu'on lise les précieux commentaires qu'il a ajoutés au livre d'Avenbrugger, qu'on lise surtout l'admirable discours préliminaire qui précède le *Traité des maladies du cœur* et l'on se convaincra que, tout en constatant l'état matériel et anatomique des organes, c'est avant tout à la physiologie qu'il demande l'interprétation de tous les phénomènes vitaux corrélatifs à cet état, et que c'est toujours aux manifestations vitales des organes, soit sains, soit altérés, qu'il accorde la prééminence dans l'étude des maladies. N'est-ce pas Corvisart, par exemple, qui a écrit ces lignes : « Le médecin qui n'unirait pas la physiologie à l'anatomie ne serait jamais qu'un prosecteur plus ou moins habile, sans précision dans le diagnostic, sans sûreté dans le traitement? » N'est-ce pas encore ce même Corvisart qui, après avoir créé cette famille toute nouvelle des maladies organiques, bien loin de se complaire dans un examen exclusif de ces mêmes organes, recommande avec instances d'user, dans l'étude des malades, de toutes les ressources que nous pouvons posséder, parce qu'il n'est pas un seul de nos organes qui n'ait été cru malade, alors qu'il était sain, et pas un seul dont les altérations n'aient été méconnues, alors qu'elles existaient cependant?

Vous voyez donc, messieurs, que nos maîtres de Paris ne sont pas restés en arrière des fondateurs de la doctrine anatomique dans leur appréciation des faits physiologiques appliqués aux études pathologiques.

Parlerai-je du grand Pinel, dont les premières études avaient été faites à Montpellier, la terre classique du vitalisme, et qui avait eu Barthez pour premier maître? Lui-même, en rappelant les souvenirs de sa jeunesse, nous dit qu'ayant étudié à Montpellier, il voulait venir achever à Paris son éducation médicale, et perfectionner dans les amphithéâtres les notions toutes vitalistes qu'il tenait de son maître Barthez. Puis il nous révèle que, lorsqu'il commença ce grand œuvre de la coordination des maladies, jamais il ne voulut achever une étude sans être allé la compléter sur le cadavre à l'amphithéâtre.

Pinel, mais c'est, pour ainsi parler, le premier localisateur de ce siècle. N'est-ce pas lui, en effet, qui a le premier essayé de localiser les fièvres, considérées avant lui comme essentielles, c'est-à-dire sans aucune relation avec tel ou tel de nos organes? N'est-ce pas lui encore qui a tenté le premier la localisation des cachexies, qui a entrepris l'anatomie pathologique des humeurs, et qui, profitant des importantes recherches faites tout récemment sur l'anatomie et la physiologie du système lymphatique, les faisait servir à la localisation de ces mêmes cachexies? N'était-il donc pas localisateur, celui qui créa la fièvre angio-ténique? N'était-il pas localisateur, celui qui créa la fièvre méningo-gastrique et la fièvre adéno-méningée?

Sans doute, il est bien remarquable qu'après ces efforts de localisation ce même auteur de la *Nosographie philosophique* n'ait plus voulu voir qu'une fièvre essentille dans cette nouvelle espèce de fièvre que MM. Serres et Petit venaient de faire connaître sous le nom de fièvre entéro-mésentérique. Sans doute, il est digne de remarque qu'un esprit aussi élevé, après d'aussi admirables travaux, soit venu détruire d'un seul coup tout l'édifice qu'il avait lui-même si péniblement construit, et renverser de sa main tout l'œuvre de la localisation des fièvres, alors précisément qu'il s'en présentait une dont la lésion anatomique et le siége commençaient à se dévoiler à l'observation.

On aurait donc bien tort de considérer Pinel exclusivement comme nosologiste : il est avant tout anatomo-pathologiste : il place au premier rang la lésion matérielle des organes, et il rend hommage à l'œuvre impérissable de Morgagni, dont les recherches sont à ses yeux le plus solide fondement de toute doctrine médicale.

Je dois dire cependant que le véritable représentant de l'École organique moderne, au commencement de ce siècle, c'est Bichat. Qu'on le considère au point de vue de l'anatomie, de la physiologie ou de la philosophie médicale, Bichat reste toujours l'esprit créateur qui invente, ordonne et féconde. C'est lui qui, non-seulement a créé et introduit l'anatomie pathologique parmi nous, mais qui a parfaitement entrevu et prédit le brillant avenir qui lui était réservé, et qui aujourd'hui même, messieurs, se réalise journellement de plus en plus sous nos yeux. C'est Bichat qui, gémissant de voir la médecine repoussée du rang des sciences exactes, revendique pour elle ce privilége, et annonce que, dans un avenir prochain, lorsqu'on aura ouvert et étudié les cadavres, elle pourra s'élever au rang de ces connaissances aussi précises qui donnent aux autres sciences leur solidité et leur éclat. Cette prédiction s'est pleinement réalisée : formés à l'École de ce grand maître, nous avons interrogé les cadavres, nous avons étudié les altérations des organes dans les maladies, et ce point de départ, fixe et inattaquable, nous a servi à l'édification d'une science qui n'a rien à envier aux autres sciences. Nous avons interrogé le cadavre, et presque toutes les maladies sont venues se ranger dans des cadres naturels, d'où il est impossible de les faire sortir. Nous avons interrogé le cadavre, et les fièvres elles-mêmes sont devenues pour nous le champ le plus fertile de l'anatomie pathologique.

Deux hommes bien éminents se sont encore illustrés parmi nous, à l'aurore de notre École de Paris : ce sont Laënnec et Broussais. L'un et l'autre, il est vrai, ont eu à combattre certaines exagérations des anatomistes de leur temps. Mais peut-on dire que Laënnec n'était pas anatomiste, lui qui ne cesse de rendre hommage aux utiles découvertes faites sur le cadavre, qui les augmente lui-même de travaux à jamais mémorables et qui compare les médecins ignorants en anatomie pathologique à ces batteleurs qui combattent les yeux fermés! De pareils médecins, dit-il, portent leurs coups dans les ténèbres, bien plus exposés certainement à frapper le malade que la maladie. Après avoir rappelé les sympathies de Laënnec pour cet ordre nouveau de recherches qui constituaient l'anatomie pathologique, il serait oiseux de chercher à démontrer qu'il était aussi vitaliste; de sorte que c'est surtout pour l'illustre inventeur de l'auscultation qu'il m'est permis de dire qu'il n'a jamais séparé l'étude du cadavre de celle du malade, pas plus que nous n'avons la prétention de le faire nous-mêmes.

Et Broussais? On ne parle plus guère aujourd'hui de Broussais, et pourtant c'est là un grand nom qui mérite avant tout d'être rapproché de celui de Bichat. Broussais succède de la manière la plus directe à Bichat dans l'ordre des idées : on trouve, dans ses écrits, des pages qui tout entières semblent copiées, pour ainsi dire, de l'auteur de l'*anatomie générale*. Il le combat sur plusieurs points sans doute; mais il continue, que dis-je? il exagère son œuvre sans s'en douter.

Qui pourrait-on considérer à plus juste titre que Broussais comme le localisateur par excellence? C'est lui qui a bien décidément localisé les fièvres, à tel point que, depuis lui, la théorie des fièvres essentielles n'a pas pu se relever sur ses antiques bases. Je n'ai pas besoin de dire cependant qu'il n'était pas anatomiste pur : ses luttes avec les anatomistes suppléent et au delà à tout ce que je pourrais dire. D'où venaient donc ces luttes avec les anatomistes de son temps, contre lesquels il usa à la vérité d'armes bien acérées, mais contre lesquels toutefois il faut bien reconnaître que jamais il ne dépassa les bornes de la justice? C'est que ses ennemis n'étaient pas assez physiologistes, c'est qu'il voulait retenir leurs pas sur le terrain glissant où il les voyait placés, et prévenir les exagérations auxquelles il les voyait enclins.

Je n'ai nullement la prétention de soutenir ici la nosologie de Broussais, cette discussion, d'ailleurs, n'aurait rien à faire avec notre sujet. Il me suffisait seulement d'établir, et je crois que cela est assez évident, qu'au point de vue philosophique, ce chef de l'École dite physiologique était à la fois anatomiste et vitaliste.

Après avoir passé en revue ces grands noms qui font la gloire de l'École de Paris, je n'ai pas besoin de rappeler maintenant plusieurs autres illustrations, telles que Bayle, Richerand, Dupuytren et tant d'autres dont les doctrines n'ont été à vrai dire que le reflet de celles des grands maîtres sur lesquels je viens d'arrêter un instant votre attention. En un mot, messieurs, quel est celui des grands maîtres qui, dans notre École, n'a pas été à la fois anatomiste et physiologiste?

Je devrais arriver maintenant aux vivants, et si nos usages académiques ne m'interdisaient de pénétrer dans ce champ illustré par plus d'un nom justement célèbre, si je ne craignais d'ailleurs de blesser la modestie de collègues éminents dont la plupart siégent à présent même dans cette enceinte, il me serait facile, en rappelant leurs travaux, de montrer que tous se sont ralliés aux sages principes de nos prédécesseurs et ont réuni leurs efforts pour faire triompher cette étroite union de l'anatomie et de la physiologie, qui est le point de départ et le fondement de nos doctrines médicales. J'espère cependant que l'Académie me permettra une seule exception à la règle qui maintient les vivants en dehors du champ de nos appréciations, et qu'elle m'accordera pour un instant d'enfreindre cette règle en faveur de l'homme qu'elle a si justement porté au fauteuil de la

présidence. Et, sans rappeler les innombrables titres qu'il s'est acquis au sein de l'École organicienne, je lui demanderai si jamais il a enseigné quelque part que le cadavre est le dernier mot de la médecine, si jamais il lui est venu à l'esprit que l'anatomie donnait pleine et entière satisfaction à tous les problèmes si variés, si obscurs de la pathologie?

Non, messieurs, cette École organicienne pure, c'est un fantôme qui n'a jamais existé, et que je poursuis sans jamais pouvoir le saisir. Cette École anatomique impossible, à laquelle on a fait allusion, n'existe pas. Il n'y a jamais eu, et à Paris moins que partout ailleurs, un enseignement qui méritât le nom d'École anatomique. Si vous voulez un mot qui nous serve de signe de ralliement, disons que notre École est une École organico-vitaliste, et le nom sera dès lors en parfaite harmonie avec la chose. On saura dès lors que cette doctrine repose à la fois sur les résultats anatomiques de l'inspection des cadavres, et sur l'étude physiologique des phénomènes vitaux propres aux organes malades.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur le rôle qu'a joué cette École dans l'évolution progressive des sciences médicales depuis un demi-siècle, nous sommes frappés tout d'abord des immenses choses qui ont été son œuvre, et nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que ce court espace de temps a plus apporté de lumières et de découvertes utiles dans le vaste champ de la médecine que les longs siècles écoulés auparavant.

Pas un organe n'a échappé à son analyse; pas un solide, pas un liquide ne s'est soustrait à ses recherches. Toujours les symptômes des maladies ont été rapportés à une lésion siégeant dans l'organisme, et, partant de là, elle a pu, négligeant ces fictions pures des groupes morbides établis en dehors des organes malades, localiser au contraire les maladies, en rapportant les phénomènes vitaux observés aux lésions connues des organes; elle a fait, en un mot, de l'anatomie pathologique vivante, c'est-à-dire que, constamment, elle a réuni dans une commune observation la lésion cadavérique et le phénomène vital correspondant. Mais, dans ce travail de localisation, on ne pourrait non plus lui reprocher d'avoir marqué, d'une façon vulgaire, des relations nécessaires entre tel phénomène observé dans tel organe et telle lésion de ce même organe; elle a localisé d'une manière générale, et groupé d'une façon éminemment philosophique, les maladies analogues, au point de vue de leur siége ou de leur nature; elle a localisé les affections générales elles-mêmes, et elle a su rapporter à des lésions parfaitement déterminées jusqu'aux fièvres et aux cachexies.

Sans doute elle n'a pas toujours pu saisir et démontrer d'une manière ostensible les altérations qui président à certaines affections, et notamment à celles que nous appelons virulentes; mais elle est parvenue à analyser la cause même de ces maladies, ou le virus qui les produit, sinon dans sa nature intime, du moins dans ses effets et dans les résultats de son action dans telles ou telles circonstances où on le place. Elle a pu, par exemple, prendre le virus de la variole, et, le faisant agir sur l'organisme sain, déterminer l'action spéciale qu'il a sur la peau, en le comparant à l'action analogue, mais cependant bien différente, de telle ou telle pommade irritante, celle d'Autenrieth ou une autre.

Mais, messieurs, tout en nous félicitant d'avoir pris la nature sur le fait dans le mécanisme de la plupart des maladies, nous ne nions pas qu'il en est un certain nombre dont le propre est de parcourir toutes leurs phases, et même de déterminer la mort, sans jamais avoir donné lieu à aucune altération qu'il soit possible de saisir, ni au moyen du scalpel, ni au moyen du microscope, ni au moyen d'aucun autre instrument d'investigation. Nous nions si peu ces affections de nature inconnue que nous en faisons une classe à part, et que nous réservons tout un cadre de notre tableau nosologique pour toutes ces maladies sans lésions, ou, du moins, sans lésions jusqu'à présent connues. Et voici précisément en quoi a consisté l'œuvre de l'École de Paris: elle a nettement séparé les maladies que jusqu'à nouvel ordre on est obligé de considérer comme purement dynamiques de cette autre classe bien autrement nombreuse et variée de maladies journalières et communes qui se caractérisent par des lésions parfaitement appréciables. Et qu'on ne dise pas que c'est là un mince service rendu par cette École, car, avant de recourir, comme elle l'a fait, à l'observation des états anatomiques, toutes les maladies, avec ou sans lésions, étaient confondues: et vous savez assez quelle est l'influence, sur le traitement des maladies, de la confusion du diagnostic.

Qu'est-ce, en effet, que le diagnostic tel que nous l'entendons maintenant? Le diagnostic consiste à reconnaître, à l'aide de tous les moyens qui sont à notre disposition, et à l'aide de tous les signes, tant matériels que dynamiques, dont notre organisme est le siége, quel est celui de nos organes qui est en souffrance et de quelle manière il souffre. Un organe peut, en effet, être lésé dans sa constitution matérielle, de même qu'il peut ne subir de lésion que dans l'exercice purement dynamique de ses fonctions; nous avons, pour constater ces troubles d'ordres différents, des moyens physiques, chimiques, mécaniques, physiologiques, etc.: eh bien, le diagnostic est précisément la mise en jeu de tous ces instruments dans le but d'arriver à la détermination de cette lésion, soit physique, soit vitale d'un organe, d'une tumeur, ou de l'organisme tout entier.

On a beaucoup parlé de diagnostic anatomique; mais, à proprement parler, il n'y a pas de diagnostic anatomique. Tout bon diagnostic doit toujours consister dans la détermination de la maladie, non-seulement quant à son siége, mais aussi quant à sa nature, autant, du moins, que cela nous est permis dans l'état d'imperfection de nos connaissances touchant la nature des maladies. *(La suite au prochain numéro.)*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Prix de la Société de médecine de Bordeaux.* — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr., sur la question suivante:

« *Établir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.* »

La Société décerne à l'auteur, M. le docteur A. Imbert Gourbeyre, médecin à Clermont-Ferrand, une médaille de la valeur de 200 fr. et le titre de membre correspondant.

La Société croit devoir rappeler la question qu'elle a mise au concours pour l'année 1855:

« *Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière.* »

Elle propose, pour sujet d'un prix de 300 fr., qu'elle décernera en 1856, la question suivante:

« *Déterminer, par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites* chirurgicales. »

— Nous avions annoncé comme prochaines de nombreuses modifications dans l'affectation des bâtiments de l'hôpital des Cliniques, la démolition de l'Hôtel-Dieu et sa reconstruction à gauche de Notre-Dame. Mais la meilleure volonté doit céder devant les obstacles matériels; et les immenses travaux exécutés dans Paris, depuis deux ans, ont mis le trésor de la Ville en telle situation qu'elle a dû renvoyer à une époque indéterminée la réalisation du beau projet auquel S. M. l'Empereur avait bien voulu donner son assentiment. L'Hôtel-Dieu restera donc encore longtemps sur ses anciennes fondations.

— M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de l'Empereur, est nommé commandeur de la Légion d'honneur.

— MM. Guérin, chirurgien de 2e classe de l'*Eurydice*, et La Garde, chirurgien de 2e classe de l'*Obligado*, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. Dussault, chirurgien auxiliaire de 3e classe, vient d'être nommé chirurgien entretenu de 3e classe, exceptionnellement, en récompense de sa belle conduite au siége de Sébastopol.

— On lit dans le *Moniteur* du 6 décembre:

Le docteur Jules Cloquet, inspiré par un généreux et patriotique sentiment, a proposé à l'Empereur sa maison de campagne, située sur les bords de la mer, à la porte de Toulon, pour y recevoir des soldats et marins blessés de notre armée d'Orient.

Sa Majesté a écrit au docteur Cloquet qu'elle acceptait volontiers son offre, et l'a félicité de la noble et utile destination donnée ainsi à une maison de plaisance.

— Quarante-six dames anglaises, se rendant en Orient pour y donner leurs soins aux malades et aux blessés, sont attendues à Marseille le 5 de ce mois. Elles doivent s'embarquer sur le paquebot qui partira le 6. Elles sont sous la direction de miss Stanley, fille du dernier évêque protestant de Norwich, et accompagnées par le docteur Mackensie et l'honorable Joscelyne Percy, fils du lord Beverley, membre du Parlement, qui s'est toujours dévoué, avec une grande sollicitude pour les malheureux, dans les hôpitaux de Londres. *(Sémaphore de Marseille.)*

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851), par M. le docteur Gariel, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix: 1 fr. — Au bureau du journal.

Études cliniques sur la paraplégie indépendante de la myélite, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par M. le docteur Abeille, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 147. 2e année. Mardi 12 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 11 *Décembre* 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

Discussion du cancer.

40e SÉANCE (1).

L'Académie a enfin entendu un membre de la section de pathologie médicale, et elle a eu lieu de s'en féliciter. L'honorable M. Bouillaud a occupé pendant une heure et demie, devant un auditoire attentif et charmé, cette tribune où on ne l'avait pas vu depuis si longtemps. L'éminent orateur, retiré sous sa tente depuis plusieurs années, gardait une neutralité silencieuse et assistait impassiblement aux luttes académiques. La discussion du cancer l'a enfin arraché à ce philosophique repos, et nous ne voudrions pas d'autre preuve de l'importance tout exceptionnelle de ce débat mémorable.

A vrai dire pourtant, ce n'est ni le cancer, ni le microscope, ni la cellule unitaire, qu'il faut remercier d'avoir provoqué le discours de M. Bouillaud ; ce ne sont là que des causes prédisposantes : la cause efficiente a été l'attaque véhémente dirigée par M. Malgaigne contre la loi dite de Bichat et par conséquent contre l'École organicienne dont M. Bouillaud est l'un des principaux représentants.

Il était logique, il était inévitable que la discussion s'engageât dans cette nouvelle phase et s'élevât ainsi jusque sur les hauteurs de la philosophie médicale. C'est par là qu'on a fini; c'est par là qu'on aurait dû commencer.

En effet, le microscope a pu compléter nos connaissances et changer nos opinions sur plusieurs questions qui dépendent de l'anatomie pathologique, mais cette science ainsi modifiée n'en reste pas moins la même qu'auparavant et dans sa nature propre et dans ses rapports avec les autres branches des études médicales.

L'anatomie pathologique, régénérée par le microscope, est devenue le point de départ d'une nouvelle classification des tumeurs. Ceux qui refusent opiniâtrément d'admettre cette classification n'avaient que trois partis à prendre :

Décliner la compétence du microscope ;
Décliner la compétence des micrographes ;
Décliner la compétence de l'anatomie pathologique.

(1) Ayant tenu à reproduire textuellement et complétement l'important discours de M. Bouillaud, nous avons voulu attendre, pour publier l'article de M. Broca, que le lecteur eût pris connaissance de la totalité de ce discours.
(*N. du R.*)

Ces trois procédés ont été successivement mis en usage. Il a été une époque, et elle n'est pas bien loin de nous, où on répétait complaisamment que le microscope était un instrument infidèle et trompeur, et montrait à ses adeptes tout ce que cherchait leur imagination. Nous avons même été obligé, en 1849, de consacrer une partie de notre Thèse inaugurale à la réfutation de cet enfantillage. Aujourd'hui, chacun avoue que les rayons lumineux, en passant d'un milieu moins dense dans un milieu plus dense, se rapprochent de la normale. L'infaillibilité du microscope est donc acceptée par tout le monde, excepté par un ingénieux feuilletonniste plus spirituel que philosophe, plus artiste que médecin, et plus littérateur que savant, puisqu'il écrit nucléole au féminin comme roséole, alvéole, malléole et les dix-neuf vingtièmes au moins des autres substantifs en *ole.* C'est ce qu'on appelle perdre avec beau jeu.

Cette première corde étant usée, on a eu recours à la seconde. Le microscope, a-t-on dit, ne trompe pas, mais les micrographes se trompent, ce qui revient absolument au même. Les Allemands voient autrement que les Français, les vétérinaires autrement que les médecins. Les uns rassemblent, les autres séparent ; l'École de M. Lebert fait des catégories ; celle de M. Delafond cherche la cellule philosophale. La micrographie est dans un chaos, et les micrographes ne sont pas compétents pour classer les tumeurs.

Ce raisonnement spécieux, présenté avec tant de talent par nos adversaires, n'a point paru valable à M. Malgaigne. Les micrographes, avait dit M. Velpeau, ont trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui n'étaient pas des cancers.— Sur quoi vous basez-vous, a répondu M. Malgaigne, pour dire que ces tumeurs n'étaient pas des cancers? Est-ce parce qu'elles n'ont pas récidivé? Mais voyez la contradiction : c'est vous, précisément, qui prétendez que l'opération guérit sans retour un grand nombre de cancers. Il vous est donc impossible de démontrer que ces tumeurs à cellules n'étaient pas cancéreuses. — Les micrographes, avait dit encore M. Velpeau, n'ont pas trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui étaient pourtant des cancers. — Et sur quoi vous basez-vous, a répondu M. Malgaigne, pour dire que ces tumeurs étaient des cancers? Est-ce parce qu'elles ont récidivé? Mais il y a une multitude de productions accidentelles qui peuvent récidiver aussi. — Donc tous vos arguments, tirés de l'observation clinique se détruisent d'eux-mêmes. Ce que les micrographes voient, ils le voient bien ; les différences qu'ils constatent existent réellement; non-seulement ils sont très-compétents pour classer les tumeurs, mais encore eux seuls sont capables d'éclairer le coin obscur de l'anatomie pathologique, et *toute observation dans laquelle le contrôle du microscope n'a pas été invoqué est une observation arriérée et de nulle valeur pour la science* (*sic*) !

Les choses en étant là, et M. Malgaigne acceptant d'une part l'excellence du microscope, d'autre part l'exactitude des observations des micrographes, on s'attendait peut être à voir cet

éminent orateur se déclarer ouvertement en faveur des doctrines modernes. Point du tout! M. Malgaigne avait prouvé simplement qu'on ne pouvait pas faire d'anatomie pathologique sans microscope. Les deux premiers procédés d'argumentation contre la doctrine moderne étaient donc de nulle valeur à ses yeux ; mais le troisième restait en réserve. M. Malgaigne fut donc conduit à se demander si l'anatomie pathologique, quelle qu'elle fût, régénérée ou non par le microscope, était autorisée à classer les maladies. Et cette fois, il répondit : non!

C'est là, en effet, on peut le dire, le véritable nœud de la question. Tout autre discussion serait désormais illusoire. On est organicien ou on ne l'est pas. Si oui, on est obligé de s'incliner devant l'anatomie pathologique ; si non, qu'on le dise et qu'on nie hardiment, comme l'a fait M. Malgaigne, l'exactitude de la loi dite de Bichat, c'est-à-dire les relations constantes qui existent entre les lésions et les symptômes, dans les maladies qui ont à la fois des lésions connues et des symptômes appréciables : il n'y a pas de milieu entre ces deux alternatives.

Quant à ceux qui veulent être organiciens jusqu'au microscope *exclusivement*, et qui nous reprochent d'avoir suivi jusqu'au bout une voie qu'ils nous ont ouverte de leurs propres mains, — qui nous disent que nous sommes une Jeune École et qui ne voient pas que nous sommes simplement les continuateurs logiques de leur propre École, — qui nous ont donné le jour et qui ne veulent pas que nous portions leur nom, — nous attendons avec impatience le moment où ils monteront de nouveau à la tribune, et où ils seront obligés de prendre une situation dans la discussion générale que le discours de M. Bouillaud a rendue inévitable. — On leur a dit que nous étions leurs enfants terribles ; terribles, en effet, puisque nous les avons mis dans la nécessité de sacrifier toute leur doctrine de tumeurs, ou de déserter le drapeau de l'anatomie pathologique, à l'ombre duquel ils ont combattu toute leur vie, et sous lequel ils nous ont eux-mêmes appelés ! Ils sont comme les officiers d'un vaisseau battu par la tempête ; et c'est à eux de voir maintenant s'ils laisseront sombrer leur navire, ou s'ils le sauveront en jetant quelques marchandises à la mer.

La première partie, et aussi la partie la plus importante du discours de M. Bouillaud, a eu pour but de repousser les attaques qui ont été dirigées, dans l'Académie et dans la presse, contre la loi dite de Bichat, c'est-à-dire contre l'École organicienne tout entière. Cette loi de Bichat se réduit à ceci : Il y a un tel rapport entre les lésions et les symptômes, qu'il est possible, dans le plus grand nombre des cas, de diagnostiquer les lésions sur le vivant en étudiant les symptômes, et de reconnaître la maladie sur le cadavre en étudiant les lésions. Si ce ne sont pas là les propres paroles de Bichat, c'était du moins sa pensée. D'ailleurs, il importe peu que Bichat se soit exprimé ainsi ou autrement : les hommes ne sont rien, les idées sont tout ; or, c'est bien là l'idée qui sert de base à l'École organicienne, ainsi que M. Bouillaud n'a pas eu de peine à l'établir.

M. Bouillaud ne pouvait avoir la prétention, dans un simple discours académique, d'établir un parallèle entre l'organicisme et le dynamisme. Il faudrait plusieurs volumes pour apprécier la valeur de ces deux grandes doctrines qui ont tour à tour dicté leurs lois à la médecine. M. Bouillaud a dû se contenter de repousser une attaque qui n'est point neuve, et qui a été reproduite plus d'une fois dans ces derniers temps. On a accusé l'École organicienne de ne connaître que le cadavre, et de ne pas s'inquiéter des phénomènes de la vie. Il est aisé d'avoir raison lorsqu'on prête à ses adversaires des opinions qu'ils ne professent pas. M. Bouillaud a aisément démontré que cette École exclusivement anatomique n'avait jamais existé ; que c'était un vain fantôme sorti de l'imagination des Don Quichotte du dynamisme. Les Morgagni, les Pinel, les Bichat, les Corvisart, les Laënnec, les Broussais, ont été à la fois anatomistes et physiologistes. Ils ont toujours fait marcher de front l'étude des malades et celle du cadavre, celle des symptômes et celle des lésions. Aucun d'eux, aucun de leurs successeurs n'a fait de l'anatomie pathologique l'alpha et l'oméga de la nosographie. Ils ont trouvé seulement que cette science était la partie la plus positive des connaissances médicales, et ils l'ont interrogée la première avant d'établir leurs classifications. Telle a toujours été la doctrine organicienne, — quiconque lui prête d'autres principes combat contre des moulins à vent.

Que diraient les dynamistes, si on les accusait d'ignorer l'anatomie pathologique ? N'auraient-ils pas le droit de se plaindre de cette assertion presque injurieuse ? Eh bien ! de même ils devraient renoncer à ce reproche, qu'ils adressent chaque jour aux organiciens : Vous ne connaissez que le cadavre ; vous ne tenez pas compte de la vie ; vous êtes anatomistes, mais vous n'êtes pas cliniciens ! Si on n'épargne pas cette accusation à ceux de nos maîtres qui sont les chefs actuels de l'École organicienne, il n'y a point lieu de s'étonner qu'on nous la prodigue à nous, qui, en définitive, ne sommes que leurs élèves et les continuateurs de leur œuvre. Que de fois ne nous a-t-on pas dit : Vous connaissez les tumeurs, mais vous ne songez pas aux malades ; vous êtes des micrographes, mais vous n'êtes pas cliniciens ! Cliniciens ! nous le sommes trop pour le repos de la doctrine classique. Si nous nous étions contentés de faire nos observations dans nos laboratoires, on nous aurait reçus partout à bras ouverts, on aurait accepté nos travaux comme on a accepté sans contestation les résultats de l'histologie normale, parce qu'en agissant ainsi nous n'aurions pu porter atteinte à aucune croyance. Mais nous avons voulu faire autrement. Le microscope n'a été pour nous qu'un moyen d'étude de plus, et ne nous a jamais fait négliger les autres. En observant les malades, nous avons trouvé que des différences cliniques correspondaient aux différences histologiques. Nous en avons conclu qu'il était nécessaire de modifier les classifications reçues. *Indè iræ.*

Après avoir repoussé, avec tout le talent qu'on lui connaît, les accusations toutes gratuites qu'on a dirigées contre l'École organicienne, M. Bouillaud s'est souvenu que le cancer avait été le point de départ de cette discussion générale, et n'a pas voulu descendre de la tribune sans passer du grave au doux, du plaisant au sévère, et sans dire aussi son mot sur le microscope et sur les cellules. — Cette seconde partie de son discours a été aussi remarquable que la première, mais dans un tout autre genre. Si nous ne l'eussions pas entendu de nos propres oreilles, nous nous demanderions si deux choses aussi dissemblables émanent bien du même orateur. Autant M. Bouillaud avait été profond, précis et grave dans sa première argumentation, autant il a été spirituel, aimable et joyeux dans la seconde. Il a trouvé une foule de mots piquants et de fines saillies qu'il a réparties avec une équitable impartialité sur les micrographes et sur les macrographes. C'est lui qui a appelé M. Velpeau le *grand cellulicide,* et qui a donné à la cellule idéale de M. Delafond le nom de *cellule philosophale.* C'était un feu roulant de bons mots et de citations heureuses. Nous n'avons pas été plus épargnés que nos adversaires, et on nous permettra sans doute de repousser quelques-uns des traits qui ont été dirigés sur nous.

Après avoir entendu le second discours de M. Velpeau, M. Bouillaud croyait que les micrographes étaient demeurés sur le carreau, et qu'il leur resterait à peine assez de forces pour chanter le *De profundis.* Au lieu de cela, quelle a été sa surprise d'entendre retentir le lendemain un *Te Deum* microscopique ! Ce n'est point notre faute s'il y avait, dans le discours de M. Velpeau du pour et du contre, comme dans la fameuse *Épître à Uranie,* qui compromit si longtemps le repos de Voltaire. M. Velpeau avait reproduit, il est vrai, sa terrible argumentation cellulicide, mais il y avait ajouté des correctifs qui en modifiaient tout à fait le sens. « Le microscope, avait-il « dit, a rendu jusqu'ici de grands services à l'étude des tu- « meurs, et il en rendra encore. » Comment n'aurions-nous pas été satisfait de cet aveu, nous qui avions pris la plume uniquement parce qu'on niait l'utilité du microscope ? Et comment croire que M. Velpeau, à qui le microscope a fait connaître la nature glandulaire des tumeurs adénoïdes, voulût dire, au contraire, par ces paroles : « Le microscope n'a rendu aucun ser- « vice, et il n'en rendra jamais ? » — Autre chose : M. Velpeau

s'était efforcé de prouver que la cellule cancéreuse n'a aucun caractère spécifique, mais il avait ajouté, d'après le résultat de ses propres observations : « J'accepte les faits nouveaux que le « microscope a mis en lumière, faits dont je ne conteste que « l'interprétation ; je ne nie point, entre autres, qu'une diffé- « rence *notable, facile à saisir,* existe entre la cellule dite « cancéreuse et la cellule des autres espèces de tumeurs, etc. » Est-ce là le langage d'un cellulicide? — M. Velpeau avait dit encore : Les tumeurs épithéliales ont les mêmes symptômes que les tumeurs cancéreuses. Mais il avait écrit, en même temps, qu'il les diagnostiquait toujours *à coup sûr :* « Tous les « cancroïdes que j'ai rencontrés ont été soumis à l'examen du « microscope, et, je ne crains pas de l'affirmer, jamais les mi- « crographes ne m'ont vu prendre une tumeur de ce genre pour « une autre, au lit des malades. » M. Velpeau avait dit enfin : Les cancroïdes sont aussi graves que les cancers ; mais il avait ajouté : « Les cancroïdes de la peau du visage sont infini- « ment plus bénins que les autres cancers. » — Si ce sont là des correctifs insignifiants, de pures formes oratoires, nous avons eu tort de chanter le *Te Deum ;* mais le moyen de supposer qu'un homme aussi sérieux que M. Velpeau eût prononcé légèrement ces paroles, dans un débat solennel, lorsque tous les jeunes gens attendaient sa décision pour savoir s'ils devaient rejeter ou reprendre leur microscope ?

M. Bouillaud conseille aux micrographes de commencer par se mettre d'accord entre eux avant de troubler le repos des académies. M. Bouillaud oublie que ce ne sont pas les micrographes qui ont provoqué la discussion. Ils l'ont acceptée lorsque M. Velpeau l'a rendue inévitable, mais ils ne l'ont pas cherchée et ils ont peut-être fait preuve en cela de quelque modération. Mais jusqu'à quand M. Bouillaud demande-t-il que les micrographes restent sous leur tente? Jusqu'à ce qu'ils soient tous d'accord entre eux? On attendrait indéfiniment cet impossible résultat. Le microscope est un instrument très-puissant, mais il n'a pas la prétention de faire des miracles. — Mettre tous les hommes d'accord! Il faudrait pour cela renoncer à la science « comme « estant science, de sa nature, generatrice d'altercation et divi- « sion..... Iamais deux hommes ne iugerent pareillement de « mesme chose : et est impossible de veoir deux opinions sem- « blables exactement, non-seulement en divers hommes, mais en « mesme homme à diverses heures (1). » Eh quoi ! il y a des gens qui trouvent des contradictions jusque dans l'Évangile, et nous pourrions espérer, nous, fragiles micrographes, de ne jamais nous contredire? — Loin de se mettre d'accord, ajoute M. Bouillaud, les micrographes se déchirent entre eux et donnent le spectacle des discordes les plus amères : *Tantœ ne animis.....* Lors même qu'il en serait ainsi, les micrographes ne feraient que suivre l'exemple que les macrographes leur donnent depuis l'origine des temps historiques. Mais rien n'est plus inexact que cette accusation. Si les cliniciens micrographes qui forment la Jeune Ecole de Paris sont en discussion avec les micrographes purs de l'Ecole Allemande, ce n'est pas sur la micrographie qu'ils discutent, c'est sur la pathologie ou même sur la philosophie. Les uns et les autres voient les mêmes objets, les décrivent et les dessinent de la même manière. Seulement les uns disent *cancer épithélial,* et les autres *cancroïde épithélial.* Ils sont d'accord sur la nature épithéliale de la tumeur; mais les uns, pratiquant le culte des faits, se contentent de constater celui-là, tandis que les autres, cherchant, comme le dit M. Jules Guérin, la *racine de ce facteur*, aboutissent à une théorie unitaire qui leur fait ranger dans la même catégorie toutes les productions accidentelles d'origine cellulaire. Quant aux micrographes de l'Ecole de Paris, ils sont loin de s'entendre sur tous les détails de leurs doctrines, mais nous sommes heureux et fier de constater qu'ils vivent tous, sans aucune exception, dans l'intimité la plus étroite, et qu'on chercherait vainement, dans la république des lettres et dans celle des sciences, un autre exemple d'une pareille union et d'une pareille fraternité. Jamais, par conséquent, le *tantœ ne animis* ne fut moins applicable que dans le cas actuel.

(1) Montaigne, livre III, ch. 13, *de l'Experience.*

Nous prendrons la liberté de répondre à une dernière réflexion que M. Bouillaud a su revêtir d'une forme très-piquante. Toute l'École de Bichat considérait le tissu cellulaire comme composé d'un grand nombre de cavités aréolaires, communiquant toutes les unes avec les autres, et ces cavités, qu'on démontrait par l'insufflation, avaient reçu le nom de cellules ; de là était venu le mot : *tissu cellulaire.* Cependant un grand nombre d'expériences, dont la plus simple consiste à examiner ce tissu à l'état de congélation, ont démontré aujourd'hui que les cavités du tissu cellulaire sont purement artificielles ; qu'elles se forment au hasard, lorsqu'un dépôt, ou un épanchement, ou une violence quelconque, vient à écarter les fibrilles mollement juxtaposées qui composent ce tissu. — En un mot, il n'y a pas de cellules dans ce qu'on continue à nommer si mal à propos tissu cellulaire. Or, le microscope ayant trouvé des cellules dans une foule d'autres tissus, et ayant démontré que toutes les parties du corps passaient par l'état cellulaire pendant leurs périodes embryonales, M. Bouillaud, paraphrasant une expression de Bossuet, s'est écrié : « Tout est cellule, maintenant, dans l'organisme, excepté le tissu cellulaire lui-même ! » Il y a ici une petite confusion : il n'y a aucune parité entre les immenses cavités artificielles du tissu cellulaire et les cellules microscopiques que les verres grossissants nous ont révélées. Les premières n'ont aucune forme fixe, et leur volume varie beaucoup plus encore ; mais on peut bien leur accorder au moins 2 millimètres de diamètre. Or, si on les compare aux cellules microscopiques, qui ont, par exemple, 2 centièmes de millimètre, on arrive à cette conclusion que la moindre soi-disant cellule de tissu cellulaire pourrait loger *un millier* de cellules à noyaux. C'est là toute la ressemblance qui existe entre les cellules des anciens et celles des modernes. Ceux qui ont décrit les cellules factices du tissu cellulaire, qui ont donné le nom de cellules à ces excavations gigantesques, et qui ont fait de ce tissu prétendu cellulaire la base de la plupart des organes, ne se doutaient guère qu'il y avait dans l'organisme de véritables cellules un millier de fois plus petites que les leurs. — De telle sorte que nous pouvons paraphraser M. Bouillaud comme M. Bouillaud a paraphrasé Bossuet, et dire de nos prédécesseurs, comme des prêtres égyptiens : Tout était cellule pour eux dans l'organisme, excepté la cellule elle-même !

PAUL BROCA.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 120, 127, 129 *et* 146.)

SUITE DE LA VINGT-TROISIÈME LEÇON.

Quand on serre fortement une artère, même sur le cadavre, il y a une section : on serre la ligature, puis on l'ôte; il y a section de la tunique interne, et la tunique externe reste. Si vous serrez de même l'intestin avec un fil, la même chose se produira, la muqueuse et la musculeuse sont coupées, il n'y a que la fibreuse sous-péritonéale qui résiste.

Or, voici l'intestin qui entre dans un petit trou : on peut très-bien comparer cela à ce qui se passe pour le gland dans le phimosis ; si le gland se laisse couper à l'extérieur, c'est que son tissu interne est plus résistant que ses parties extérieures ; dans l'intestin, la muqueuse et la musculeuse sont plus facilement coupées par le fil que la fibreuse, elles le sont aussi par la pression. Il y a donc ulcération, mais non pas à l'extérieur : cela est-il impossible? Je ne le sais pas, je ne parle que de la science arrivée où elle en est aujourd'hui ; or il n'y a pas de fait d'ulcération du péritoine, quoi qu'en ait dit Scarpa. Ayant toujours trouvé les faits comme je vous le dis, c'est-à-dire l'ulcération de la face interne de l'intestin et jamais celle du péritoine, je dis

simplement ce que j'ai vu. Mais, quand la section des membranes internes s'est opérée, le péritoine peut bien être dépoli : est-ce de l'ulcération? Non, râclez le péritoine; vous verrez que ce sont de fausses membranes qui le couvraient. Mais, à la longue, le péritoine aussi finit par s'ulcérer; ce travail se fait de dedans en dehors, commençant par la muqueuse, puis envahissant la musculeuse et enfin le péritoine.

Il y a donc ulcération à l'endroit où l'on serre. L'ulcération porte-t-elle sur la totalité de l'intestin? Ceci est important. Quand l'intestin sort par un petit orifice, quelquefois il y a d'abord ulcération, section de l'intestin, et l'on ne s'en aperçoit pas; c'est que, autour de l'anse intestinale, il y a adhérence avec le sac : tout est coupé, mais, en même temps, tout est contenu. Il faut alors que le chirurgien se garde bien de rentrer cette hernie dans le ventre, car, pour y arriver, il lui faudra rompre ces adhérences, et il déterminera un épanchement de matières fécales dans le péritoine, et, par suite, la gangrène. Lorsqu'une très-petite anse intestinale seulement est comprise dans la hernie, il peut y avoir des adhérences; mais, si le chirurgien les déchire et fait rentrer cette hernie dans le ventre, les accidents ne seront pas formidables; il n'y a peut-être qu'une fissure de 3, 4 ou 5 millimètres, et alors il y a beaucoup de chances pour qu'il ne se fasse pas par là un épanchement de matières fécales dans le péritoine; si, au contraire, c'est une portion considérable d'intestin qui fait hernie, si elle est restée longtemps, l'intestin peut être ouvert dans une grande étendue; et alors, si le chirurgien vient maladroitement rejeter dans le ventre cette anse intestinale béante, il se fera inévitablement un épanchement de matières fécales dans le péritoine qui se gangrènera.

C'est au bout supérieur que se passent les plus grands phénomènes inflammatoires, et pourquoi? Je vais vous le dire comme je l'ai appris, mais je ne dis pas que cette explication soit la bonne : le bout supérieur se remplit de matières qui sont vomies, il contient des matières fécales, il est animé de mouvements antipéristaltiques qui amènent les vomissements; rien de semblable n'arrive ordinairement pour le bout inférieur. Il n'est pas vrai que le bout supérieur s'enflamme, parce que les matières fécales s'y accumulent et y séjournent. Talma est mort d'un rétrécissement du rectum qui ne permettait pas aux matières fécales de passer; il n'a pas présenté du tout les phénomènes de l'étranglement. Mais c'est bien différent, dit-on, dans l'étranglement aigu, on trouve des accidents que l'on ne trouve pas dans l'autre cas : ce n'est pas une raison.

Nous avons provoqué sur des chiens l'arrêt des matières fécales en liant l'intestin avec un fil; Travers avait déjà fait cette expérience; M. Amussat et moi l'avons répétée : c'est bien, il me semble, l'étranglement aigu; or, nous n'avons rien vu de semblable à ce que l'on a dit; pourquoi? Je ne saurais trop le dire.

C'est au bout supérieur que siége le plus souvent cette petite fissure que l'on trouve aussi, du reste, quelquefois au bout inférieur. Comme presque toujours on la trouve bornée au bout supérieur, c'est pour cela sans doute que Louis et ses collègues avaient vu là un pincement de l'intestin. Les bonnes gens! ils s'étaient figuré que cette portion seule de l'intestin était pincée; mais du tout, il n'en est rien, cela se rencontre aussi dans les hernies assez volumineuses qui s'étranglent.

Ces idées se sont perpétuées jusqu'à nos jours; mais ce n'est pas du premier coup, vous devez bien le penser, que je suis arrivé à la doctrine que je vous expose aujourd'hui; j'ai cru à tout cela, moi aussi, mais petit à petit je me suis révolté. Dupuytren, vers la fin de sa vie, racontait qu'il y avait de ces petites fissures qui tenaient à un pincement de l'intestin, et par où s'écoulaient les matières fécales. « J'en ai vu plus de cent, » disait-il; c'est beaucoup. Il ne faut pas s'en occuper, cela guérit tout seul. Quand il n'y a qu'une petite fissure occupant seulement un tiers de la circonférence de l'intestin, elle guérira toujours sans qu'on y fasse rien.

La fissure occupant environ un tiers de la circonférence de l'intestin, voilà le 1er degré.

2e *degré* : la fissure gagne aussi le bout inférieur. Mais il peut arriver que l'intestin, au bout supérieur, est coupé dans la moitié et même dans presque toute sa circonférence; le bout inférieur est même quelquefois aussi entamé; voilà ce que l'on appelle l'anus contre nature, voilà ce que l'on a pris, dans l'immense majorité des cas, pour une perte de substance de toute une anse intestinale, et cela devait bien être dit ainsi, car les chirurgiens voyaient deux bouts d'intestin séparés l'un de l'autre dans la plus grande partie de leur circonférence, et revenus à côté l'un de l'autre par un point très-limité; mais avant d'affirmer une chose, il faudrait pouvoir donner des exemples : on les accuse sur le vivant, mais on n'en parle pas à l'autopsie. Et les planches de Scarpa, que disent-elles? Le contraire de ce que dit Scarpa lui-même. On sent bien l'éperon, dit Dupuytren, mais supposez que l'intestin ne soit coupé que dans les trois-quarts, je suppose l'anse intestinale coupée au bout supérieur, ce qui est le plus fréquent; elle n'est pas pour cela entièrement séparée du reste de l'intestin; il n'y a donc pas, à plus forte raison, de perte de substance de tout un pli de l'intestin, on trouve toujours un espace qui sépare les deux bouts de l'intestin et les rattache l'un à l'autre; c'est la portion de tissu fibreux qui n'a pas été coupé, c'est l'éperon imaginaire, éperon qui joue dans l'anus contre nature un rôle bien moins grand qu'on ne l'avait dit. Je crois qu'il est possible que l'intestin soit gangrené dans toute sa circonférence, qu'une anse intestinale tout entière soit gangrenée, les deux bouts de l'intestin sont alors accolés, et l'on a un éperon : cela peut avoir été observé, et, s'il y en a des observations, il faut voir si elles prouvent beaucoup, car autre chose est de dire : J'ai vu, j'ai constaté, j'ai mesuré, et autre chose de dire simplement : Telle chose existait. A.-P. Doumic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — M. Giraldès.

Quelques mots sur les abcès du sein.

Située avec son enveloppe capsulaire au milieu de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée de la région pectorale, la mamelle se trouve là comme suspendue et maintenue en place par une lame fibreuse qui empêche sa base de descendre en dépit de toute augmentation de volume, et qui, pour cela même, a reçu le nom de *ligament suspenseur de la mamelle*. Un point capital dans l'histoire de ce ligament suspenseur, c'est que, pour le constituer, le fascia superficialis, arrivé au niveau de la région mammaire, se divise en deux lamelles, dont l'une semble se fixer sur le bord de la capsule glandulaire, tandis que l'autre passe par derrière elle en formant une espèce de grande loge que nous appellerons *loge sous-mammaire* ou *rétro-mammaire*. Cet espace se trouve naturellement rempli par du tissu cellulaire lamelleux et par un réseau lymphatique très-serré, bien développé, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants. A l'état pathologique, cette loge retient dans son contour les liquides purulents ou autres qui tendraient à fuser en différentes directions par derrière la mamelle; à mesure qu'ils s'y accumulent, elle se dilate, et la glande se trouve d'autant repoussée tout entière en avant, ce qui constitue même un signe précieux pour le diagnostic.

Si maintenant nous examinons la face antérieure de la mamelle toujours revêtue de sa capsule, nous verrons que celle-ci, bien loin d'offrir à l'extérieur une surface uniformément lisse et plane, se trouve entrecoupée de distance en distance par des espèces d'éperons fibreux dont les pointes s'attachent au derme en laissant dans leurs intervalles des cavités peu importantes peut-être au point de vue anatomique et physiologique, mais qui le sont beaucoup, au contraire, au point de vue chirurgical. Ces cavités pourraient être appelées les *cavités graisseuses* de la glande; en effet, elles sont remplies d'une graisse fine contenue dans un tissu cellulaire lamelleux où se distribuent des capillaires artériels et veineux et quelques troncs lymphatiques. Mais voici surtout le point intéressant de la disposition de ces

cavités graisseuses. Elles sont de plusieurs ordres. Les unes forment une simple loge terminée plus ou moins vite en cul-de-sac et qui d'ordinaire ne communique point avec les loges voisines. D'autres, au contraire, ont un trajet plus long, plus ou moins sinueux, et qui quelquefois même aboutit de l'autre côté de la glande; les loges qui traversent ainsi la mamelle de part en part, sont quelquefois dilatées en leur milieu et communiquent souvent avec une loge voisine.

Avec ces données anatomiques, rien n'est plus facile à comprendre que le mécanisme de la formation des abcès de la glande mammaire; ajoutons que la connaissance de ces dispositions n'est pas moins utile au point de vue thérapeutique.

Bien entendu, nous laissons de côté les simples abcès de la couche graisseuse sous-cutanée. Supposé donc d'abord que l'inflammation se soit établie dans les *loges en cœcum*, le pus se fera jour vers la partie antérieure pour y former une ou plusieurs tumeurs circonscrites par les brides fibreuses qui réunissent la glande à la peau. Mais notons bien que ces loges étant d'ordinaire sans communication entre elles, en général aussi chaque abcès restera séparé jusqu'au bout, chacun d'eux s'ouvrira isolément, et l'ouverture naturelle ou artificelle d'une loge enflammée et suppurée ne permettra le plus souvent pas l'écoulement du pus contenu dans une loge voisine. De là ce précepte qui doit désormais servir de règle aux chirurgiens : Les abcès de la glande mammaire ont besoin d'être ouverts chacun à part et par une simple ponction; quant aux grandes incisions que d'autres ont pu croire nécessaires, il faut les éviter ici par la raison que ces incisions, pouvant porter sur des points de la glande qui ne répondraient pas au foyer, seraient pour le moins inutiles.

Au lieu de loges en cœcum, l'inflammation envahit-elle les *cavités anfractueuses qui traversent toute l'épaisseur de la mamelle,* alors le pus, non content de se faire jour en avant et aussi dans les interstices voisins, passe encore quelquefois derrière la glande et s'épanche entre elle et le fascia superficialis dans la loge sous-mammaire dont nous parlions plus haut. Les abcès qui siégent en ce point ont reçu de quelques auteurs le nom d'*abcès sous-mammaires* ou *profonds;* suivant M. Giraldès, jamais ils ne s'y développeraient primitivement, mais toujours ils seraient consécutifs à une inflammation des loges graisseuses. Quoi qu'il en soit, à mesure que du pus s'accumule dans la loge sous-mammaire, ce liquide, comme nous l'avons déjà dit, la dilate et repousse la glande tout entière en avant. En même temps, il communique avec les loges anfractueuses par des pertuis étroits placés très-défavorablement pour permettre l'écoulement du liquide; alors on observe des abcès considérables communiquant à l'extérieur par des trajets qui aboutissent à un point plus élevé que celui qui correspond à la cavité dans laquelle le pus est contenu; on comprend ainsi la formation de ces *abcès en forme de bouton de chemise,* comme M. Velpeau les a appelés dans un langage non moins juste que pittoresque. Dès l'époque de son petit *Traité des maladies du sein,* M. Velpeau a parfaitement reconnu et décrit les abcès en question, seulement il n'avait pas cherché à en donner la raison anatomique. Maintenant, pourquoi ces abcès sont-ils généralement réputés si difficiles à guérir? C'est ce que nous explique le mécanisme même de leur formation. En effet, ayant un abcès quelquefois énorme et disposé pour ainsi dire en partie double, une de ces parties siégeant en arrière de la glande, l'autre en avant et unie à la première par un espace plus ou moins rétréci, si la nature ou le chirurgien se contentent d'une ouverture à la partie antérieure, le pus n'en continuera pas moins à s'accumuler dans la poche postérieure qui est non-seulement la plus volumineuse, mais aussi la plus basse. L'abcès ne sera alors vidé que par intervalle, et, disons-le, *par le mécanisme des fontaines intermittentes;* de sorte que, même en s'aidant des injections irritantes et de la compression, on n'arrive point en général à des résultats bien merveilleux, et l'on ne fait guère le plus souvent que retarder la nécessité de larges contre-ouvertures. Toutes les fois donc qu'on a affaire à un abcès de ce genre, il convient de l'ouvrir de bonne heure et très-largement à la circonférence de la glande, afin de mieux permettre l'écoulement du liquide; une telle ouverture évitera presque toujours le besoin d'en faire d'autres, et la guérison se fera rapidement sans avoir été entravée, comme dans le cas contraire, par la formation de ces clapiers qui dissèquent la mamelle presque en totalité. Mais quelquefois il se passe un temps plus ou moins long avant que l'abcès glandulaire arrive jusqu'à la loge sous mammaire; alors force sera bien au chirurgien de se contenter d'ouvertures faites à la partie antérieure des cavités graisseuses; mais tant s'en faut que l'abcès soit toujours arrêté par là dans sa marche; plus d'une fois au contraire, soyons-en bien prévenus, cela ne dispensera pas cependant d'en venir plus tard à une large incision faite à la base de la mamelle dans le lieu déclive.

Et quand les opérations convenables ont été faites, il ne faut pas croire, comme cela arrive trop souvent, que tout est fini. Il est un élément dont, sans contredit, on a fait trop bon marché dans les maladies chirurgicales, nous voulons parler de l'état général des sujets. Cet état général, il importe bien pourtant d'en tenir compte, car plus d'une fois même on l'a vu dominer complétement l'affection locale, plus d'une fois celle-ci lui a dû tout ou la plus grande partie de sa gravité. Pour nous en tenir aux abcès du sein, supposé par exemple qu'on ait affaire à une femme d'un tempérament lymphatique, ou affaiblie par une couche laborieuse, etc., le meilleur moyen de tarir vite la suppuration, le meilleur moyen d'éviter les accidents si terribles d'infection purulente, etc., c'est, en même temps qu'un traitement local bien entendu, une médication corroborante qui s'adresse à la constitution tout entière et travaille à la relever le plus promptement possible. Aristide Gleize.

THÉRAPEUTIQUE.

Photophobie. — Emploi de la teinture d'iode.

M. Van Holsbeck, interne de M. le docteur Uytterhoeven, à l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles, proclame, dans le *Journ. de méd. de chir. et de pharm.*, la teinture d'iode comme le moyen le plus sûr et le plus prompt pour guérir la photophobie, cette affection quelquefois si tenace. Il assure un succès complet à ceux qui voudront en faire l'essai; il s'exprime ainsi :

C'est surtout dans le traitement de la photophobie qui accompagne presque constamment l'ophthalmie scrofuleuse et la conjonctivite granuleuse chronique que nous avons eu l'occasion de nous servir de la teinture d'iode. Cependant nous pouvons assurer qu'elle n'est pas moins efficace contre la photophobie que font naître les autres affections des tissus de l'œil.

Voici comment nous procédons : avec un pinceau à miniature, imprégné de teinture d'iode, nous peinturons les régions orbiculaires et sourcillières des yeux atteints de photophobie. Cette opération est pratiquée une ou deux fois dans le courant de la journée, selon l'intensité et l'ancienneté du symptôme.

Une seule peinture suffit ordinairement pour enlever la photophobie en vingt-quatre heures. Nous avons vu un grand nombre de cas de photophobie accompagnant des ophthalmies invétérées, et qui avaient résisté et s'étaient montrés réfractaires à toute espèce de moyens, céder comme par enchantement à une ou deux applications de teinture d'iode.

Les effets de la teinture d'iode sont immédiats; quelques heures après son application, la douleur diminue, les contractions spasmodiques des paupières perdent de leur violence, les larmes coulent en moins grande quantité, et quelque temps après, le malade peut ouvrir les yeux à la lumière et se soumettre à l'exploration du médecin.

Quel est donc l'agent antiphotobique dont l'efficacité soit aussi prompte? Nous ne cherchons pas à expliquer comment agit la teinture d'iode dans le traitement de la photophobie, nous ne voulons que constater son utilité réelle, basée sur des faits journaliers observés dans le service ophthalmologique de M. le docteur Uytterhoeven. Nous engageons donc fortement nos confrères à en faire l'essai, et nous leur promettons que, comme nous, ils en retireront les plus grands avantages. (*Scalpel.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 5 Décembre.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC ET LA CURABILITÉ DU CANCER.

Suite et fin du Discours de M. Bouillaud.

Je sais bien que presque toujours la nature intime des maladies nous échappe, et que la raison première de leur apparition se dérobera toujours à nos recherches ; mais cette connaissance qu'il faut désespérer d'acquérir n'importe pas au diagnostic. Il nous suffit de distinguer, entre les maladies d'un même organe, celles qui sont d'espèce différente, et cette distinction suffit à la pratique. Il suffit, par exemple, de savoir que l'emphysème n'est pas de la pneumonie, que la pleurésie n'est pas le tubercule, pour que les données de notre diagnostic sur la distinction de ces différentes espèces de lésions d'un même organe guident utilement notre conduite dans l'intérêt des malades. Et cela nous suffit également pour établir entre ces lésions diverses des familles et des genres nosologiques dont la coordination constitue notre science pathologique. Or, c'est à cette distinction utile que conduit d'une manière certaine ce qu'on a appelé le diagnostic anatomique. Ainsi, je pose mon oreille sur la région précordiale d'un malade, et je perçois un bruit inaccoutumé : je suppose que ce bruit soit un bruit de frottement : l'examen anatomique de cas semblables m'a appris que ce frottement se passe entre des fausses membranes développées dans la cavité du péricarde. Ce seul signe me suffit donc pour annoncer, d'une façon aussi certaine que si je les voyais, qu'il existe des fausses membranes dans le péricarde : voilà le diagnostic anatomique. Mais vais-je en rester là ? Pas le moins du monde. La physiologie pathologique m'a appris que ces fausses membranes sont un produit d'inflammation ; je conclus donc immédiatement que j'ai affaire à une péricardite, et ce n'est qu'alors que mon diagnostic est complet. Vous voyez donc bien que le diagnostic anatomique rend des services par sa précision, mais qu'il n'est véritablement complet que lorsque j'y joins le diagnostic que vous me permettrez d'appeler physiologique. En d'autres termes, notre diagnostic n'est pas un diagnostic anatomique, comme on le dit, mais bien un diagnostic anatomico-vitaliste, ainsi que j'ai déjà eu l'honneur de le dire.

Ceci nous conduit au cœur même de la question du diagnostic dans les affections cancéreuses, et à l'appréciation de la valeur de la cellule dans la distinction de ces maladies.

Ici, j'ai à me trouver en contact avec quelques-uns de mes confrères dont je ne partagerai peut-être pas toujours les opinions, bien que nous soyons en parfait accord sur les points essentiels, et que la plupart aient émis à cette tribune des opinions qui sont aussi les miennes, à quelques nuances près.

Nous trouvons d'abord en présence, à propos du diagnostic, trois hommes éminents que nous honorons tous, et pour le talent desquels je professe en particulier la plus sincère estime.

M. Robert est le premier qui ait bien nettement établi son siége au milieu de ce débat, et le seul qui ne l'ait encore changé en rien. Voilà ce que dit M. Robert : Jusqu'ici, toutes les méthodes ont échoué, quand il s'est agi de distinguer le cancer des autres lésions qui lui ressemblent. Nous avons eu recours au microscope, et maintenant nous sommes en mesure de définir le cancer par un caractère qui lui appartient exclusivement et qui en même temps ne lui manque jamais. Voilà qui est clair, et j'avais raison de dire que M. Robert s'est fait un siége bien net et bien décidé dans la question.

Est venu ensuite M. Malgaigne, qui, à part son dissentiment sur la loi de Bichat, mise en avant par M. Robert, est allé plus loin encore dans la voie où s'était engagé ce dernier, puisqu'il a été jusqu'à dire que, sans le microscope et la cellule, il n'y a pas possibilité de faire un diagnostic scientifique. Vous avouerez avec moi, messieurs, qu'il n'y a pas moyen d'être plus microscopiste, — passez-moi cette expression, — que l'a été en cette occasion notre savant confrère, M. Malgaigne. Il est vrai qu'à côté de cette déclaration hardie, il a voulu établir une distinction que, pour mon compte, je trouve assez malheureuse, entre le diagnostic scientifique et le diagnostic pratique. Comme on le lui a dit assez, hors de cette enceinte, il n'y a pas de diagnostic qui ne soit le point de départ d'une saine pratique. Je sais bien ce qu'il a voulu dire ; je sais bien qu'il a entendu parler d'un diagnostic impropre à guider la conduite du chirurgien dans tel ou tel cas donné ; mais je maintiens que c'est là une distinction malheureuse, car s'il est vrai que le microscope définit nettement le cancer, il arrivera bien certainement que la pratique en tirera son profit tôt ou tard.

Cela me rappelle ce qui se disait encore au début de ma carrière médicale. J'ai fait mes premières armes sous le père Boyer, comme nous nous plaisions à l'appeler alors, et je me souviens que le cancer était rangé par lui au nombre des maladies qui sont dues à un virus. J'avoue que jamais je n'ai partagé cette manière de voir ; mais voyez un peu le chemin que nous avons fait depuis un demi-siècle !

Je reviens donc au diagnostic pratique de M. Malgaigne ; et, à cet égard, M. Velpeau a été complétement de son avis. Ce grand praticien dit même que, dans la plupart des cas, l'examen clinique suffit à un diagnostic parfaitement sûr. Dans tous les cas, dit-il, on peut toujours se passer du microscope, puisque, dans les cas même où il vient à lever les incertitudes, ce n'est qu'alors qu'il n'est plus temps, et que le malade est mort ou opéré.

J'avoue que, pour mon compte, je suis très-disposé à me ranger du côté du microscope. Je puis dire que je suis microphile depuis bien longtemps, et je crois que je le serai toujours. Malgré tout ce que je sais de l'habileté et de la justesse de vues de mon savant collègue, je ne puis me décider à me ranger de son avis. Le microscope, d'ailleurs, a déjà rendu trop et de trop signalés services pour que nous ne l'adoptions pas d'une façon générale.

Voyons donc quels sont les services que le microscope a rendus jusqu'à présent dans le diagnostic du cancer. La réponse est négative pour ceux qui veulent qu'il n'y ait d'éléments de diagnostic que sur le vivant ; car, évidemment, bien qu'à la rigueur cela ne soit peut-être pas absolument impossible, on ne peut pas en général s'éclairer, au moyen du microscope, sur la nature d'une tumeur qui n'est pas encore enlevée ; mais il est complétement faux que le diagnostic ne tire ses éléments que de l'examen de l'homme vivant, et je l'ai assez démontré, je crois, tout à l'heure. Je sais bien qu'il serait infiniment préférable de trouver, comme pour d'autres affections, tout ce qu'il faut sur le malade vivant pour déterminer la nature de sa maladie. Je sais bien que les recherches cliniques sont de la première utilité dans cette détermination. J'ajouterai même, ce qui n'a pas été reconnu suffisamment, que le microscope lui-même n'eût jamais trouvé la cellule cancéreuse si, au préalable, il n'eût été averti par les cliniciens de la rechercher dans telles et telles tumeurs rendues suspectes par leur physionomie spéciale sur le vivant. Cependant, messieurs, si la cellule existe aussi invariablement que le disent les micrographes ; s'il est certain qu'elle est spécifique, en un mot, il est impossible de méconnaître qu'elle est d'un prix immense dans le diagnostic des maladies cancéreuses ; et, pour moi, je n'hésite pas à la considérer comme tout aussi précieuse que la fausse-membrane dans le croup.

Mais cette cellule est-elle aussi réelle qu'on l'a dit ? Peut-elle être donnée comme pathognomonique du cancer ? C'est ici que se présentent ses plus redoutables adversaires ; c'est ici principalement que se dresse l'imposante autorité de M. Velpeau, et qu'en présence de ce terrible champion je me trouve obligé de suspendre mon jugement.

Dans un discours foudroyant, et que je puis bien caractériser de cellulicide, M. Velpeau a battu en brèche d'une façon si triomphale, et démoli d'une façon si absolue tout le magnifique édifice élevé par les micrographes, que je ne conçois pas en vérité comment, lorsque ce terrible orateur est descendu de la tribune, un long cri de désespoir n'a pas retenti dans leur camp. Moi-même, en relisant ce discours accablant, j'avoue que j'ai été pris de découragement, et quand j'ai essayé d'en extraire quelques notes, j'ai vu que je serais obligé de le copier tout entier, tant il est substantiel et formidable jusque dans ses plus petits détails. Je dois cependant essayer d'en donner une courte analyse.

Voici un premier argument de M. Velpeau : Vous voulez diagnostiquer le cancer avec votre cellule, mais cette cellule spécifique n'existe pas ; et la preuve, c'est qu'en Allemagne et en Angleterre, où les micrographes ne font pourtant pas défaut, on ne l'a pas encore trouvée. Plaisante vérité, en effet, dirai-je comme Pascal : Vérité en deçà du Rhin, erreur au delà. Puis, revenant à la science, aux micrographes de Paris même, il les met en contradiction les uns avec les autres, faisant dire blanc à celui-ci et noir à celui-là. Et remarquez bien qu'il ne choisit pas pour cela les premiers venus : il ne s'en prend qu'aux plus habiles, qu'à ceux qui ont reçu des plus grands maîtres des certificats d'aptitude et de capacité.

Il n'y a pas moyen pour la cellule de se sauver des mains de cet impitoyable athlète : non-seulement, nous dit-il, elle manque dans des tumeurs qui sont de véritables cancers par leur marche et par leurs résultats, mais encore elle s'égare et se fourvoie, l'imprévoyante, jusqu'au sein des tumeurs les plus bénignes et qui n'ont rien au monde à faire avec le cancer. Il ne fait pas même grâce à la pauvre cellule vétérinaire, à celle qui nous avait été offerte par M. Leblanc : elle tombe, en passant, sous ses coups, comme la première.

Il est vrai qu'au moment où a parlé M. Velpeau, nous n'avions pas encore entendu le discours de M. Delafond, discours remarquable à plus d'un titre et qui fait le plus grand honneur au savant professeur d'Alfort ; mais il n'eût assurément pas manqué d'en faire une tout aussi éclatante justice, car, pour nous qui avons entendu longuement M. Delafond parler de sa cellule, nous la trouvons quelque peu changeante, malgré sa prétendue unité, et volontiers nous l'appellerions la cellule protéique. Chez les animaux donc, aussi bien que chez l'homme, partout la cellule com-

met les mêmes infidélités : nulle part, elle ne mérite la moindre créance.

Ce n'est pas tout : M. Velpeau s'empare des faits de ses adversaires eux-mêmes pour s'en faire des armes contre cettte malheureuse cellule ; il prend M. Robert et M. Larrey, et, retournant contre eux-mêmes les observations qu'ils ont apportées, il démontre que la distinction des tissus fibro-plastique, épithélial et cancéreux, n'existe ni anatomiquement ni cliniquement. En effet, leur dit-il, je n'admets d'abord pas de différence entre les éléments des uns et des autres, et puis, d'ailleurs, les résultats ne sont-ils pas identiquement les mêmes, de votre propre aveu et de par le fait de vos propres observations ? Voilà qui est écrasant, assurément, et je ne vois pas qu'on y ait encore rien répondu.

A quoi donc, après cela, messieurs, ont abouti les travaux des micrographes? A rien du tout, évidemment. Je le répète : après un assaut aussi foudroyant, après une aussi écrasante philippique, il me paraissait que les micrographes n'avaient plus autre chose à faire qu'à chanter douloureusement la prière des agonisants. Pas du tout, c'est un *Te Deum* universel qui a retenti le lendemain de cette scène mémorable à laquelle vous avez tous assisté. La cellule a vaincu, s'est-on écrié ; là voilà qui triomphe sur toute la ligne. J'avoue que je suis bien surpris, et vous l'avez tous été avec moi, de ce champ de victoire : et je reconnais qu'il ne faut pas moins qu'un microscope à la dernière puissance pour faire apercevoir, dans un pareil discours, un éloge de la micrographie, et, dans M. Velpeau, un amateur du microscope. D'où vient cela? C'est parce que M. Velpeau n'est pas seulement un habile chirurgien ; il brille encore par les qualités qui distinguent le véritable orateur. Il se garde bien de jeter l'anathème sur les micrographes et encore moins sur le microscope. Sa dialectique est accablante, son discours tout entier est la ruine du microscope, mais arrive ensuite la péroraison avec ses correctifs et ses adoucissements. Ce ne sont plus que des choses fort agréables, très-flatteuses même pour ses adversaires. En médecin très-expert il sait dissimuler l'amertume du remède en adoucissant les bords de la coupe trompeuse qui le contient.

Voilà pour M. Velpeau : vient ensuite M. Delafond. M. Delafond nous a fait, en deux séances, une fort belle leçon de micrographie, et je me hâte de l'en remercier bien sincèrement. Son discours me plaisait beaucoup ; je l'écoutais avec un vrai bonheur, parce qu'il s'avançait dans une voie où je m'étais moi-même engagé autrefois : il tendait surtout à cette localisation du cancer sur laquelle j'ai longtemps compté moi-même. Malheureusement les recherches faites dans ce sens n'ont pas encore abouti, et j'ai eu la douleur de voir que ce discours laissait encore une fois la question au point où je l'avais laissée moi-même.

Si de cette enceinte nous nous transportons parmi les micrographes dont les tentes sont dressées au dehors, nous sommes encore une fois saisis de la même surprise que tout à l'heure. Le discours de M. Velpeau avait été applaudi par des chants de triomphe ; celui de M. Delafond est combattu à outrance. Quelques-uns ont battu des mains à la vérité, mais le plus grand nombre s'est écrié : Voilà le plus grand coup qui ait encore été porté à la micrographie. Je sais bien que, pour mon compte, je ne serais peut-être pas très-éloigné de me ranger de l'avis de ces derniers ; car cette cellule protéique de M. Delafond, qu'on a voulu appeler du nom de philosophique, je la crois bien plus digne du nom de cellule philosophale.

Ainsi donc, en résumant encore le discours de M. Delafond, discours qui aurait dû, suivant toute vraisemblance, aboutir en faveur du microscope, nous n'y trouvons, à vrai dire, que des éléments propres à le combattre. Voilà tout ce que j'avais à dire de cette bataille microscopique : j'arrive maintenant aux conclusions.

A supposer qu'une cellule caractéristique existe véritablement, quelle est son importance dans le diagnostic des tumeurs? Si l'on a recours au microscope sur le cadavre, ou bien, ce qui revient au même, si l'on a recours au microscope sur une tumeur enlevée, et c'est toujours dans l'une ou l'autre de ces deux conditions qu'on se trouve placé, on n'a jamais qu'un diagnostic cadavérique : et remarquez bien que ce n'est pas moi qui dis cela, messieurs, mais que ce sont les propres expressions de Bichat. Mais j'ajoute que ce cadavre est une chose extrêmement précieuse, et que, dans tous les cas, son examen sera toujours, pour vous, d'une immense importance, si vous pouvez établir que votre cellule n'existe que dans le cancer, et qu'en outre elle n'y fait jamais défaut.

Je ne saurais donc trop engager MM. les micrographes à se discipliner entre eux, car tout royaume divisé contre lui-même périra, dit l'Écriture. Malheureusement je n'entrevois, jusqu'à présent, que de funestes dissentiments parmi eux. Pourquoi donc cette éternelle discorde? Pourquoi tant de fiel ? Pourrait-on donc leur appliquer l'imprécation adressée aux divinités païennes : *Tantæ ne animis......!* Il est temps, ce me semble, d'en arriver à un examen sérieux, à un accord que rien ensuite ne pourra plus ébranler; et je ne doute pas que la question étudiée dans cet esprit ne couronne bientôt leurs efforts unis d'un brillant et légitime succès.

Oui, maintenant je me déclare franchement le défenseur du microscope : jamais il ne s'est trompé, et il ne trompera jamais personne : jamais l'erreur ne sera son fait : si quelqu'un se trompe, ce seront les micrographes. Le microscope, en effet, n'est qu'un instrument passif ; il n'aperçoit pas, il ne juge pas : c'est l'œil qui aperçoit, c'est l'esprit qui juge. Non, il n'y a pas un microscope d'Alfort et un de Paris, un microscope d'Allemagne et un de France : partout l'instrument est le même ; il ne s'agit plus que de rectifier le jugement de ceux qui l'appliquent.

Et, messieurs, il ne faudrait pas s'imaginer que c'est là une chose facile que la microscopie. S'il ne s'agissait que de se procurer un microscope pour avoir un bon jugement, qui de nous n'en ferait pas immédiatement l'emplette? Bientôt les fabricants ne suffiraient plus aux demandes. C'est qu'il y a une chose bien plus précieuse que cela, c'est que le microscope n'est rien sans l'intelligence qui s'en sert.

J'ai trouvé bien des fois l'occasion, comme je l'ai dit, de prendre part à des recherches microscopiques, et tout récemment encore, j'ai eu un examen à faire avec M. Broca. Eh bien ! toujours je me suis persuadé que les objets placés dans le champ du microscope sont aperçus de la même manière par tout le monde. Tous ceux qui s'approchent de l'oculaire voient, décrivent et dessinent de la même manière ce qui est placé sous l'instrument, d'où viennent donc les dissentiments et les erreurs? La chose est facile à expliquer : cela tient à ce que des choses différentes sont placées au champ du microscope. Il n'est donc pas étonnant, d'après cela, que plusieurs micrographes, ayant à se prononcer sur les caractères de tel ou tel tissu, aient été en désaccord : tous ont pu dire ce qu'ils ont vu ; mais tous n'avaient pas regardé les mêmes objets, et n'ont pas pu, par conséquent, apercevoir la même chose.

Quoi qu'il en soit de l'usage du microscope appliqué au diagnostic des tumeurs, je ne puis cependant pas ne pas être de l'avis de M. Velpeau sur le compte de celles que leurs caractères cliniques suffisent à distinguer. Évidemment, si des tumeurs sont capables de dénoter leur nature par leurs seuls symptômes cliniques, je ne vois pas dans quel but le microscope interviendrait ici, puisque la chose est évidente en son absence ; et j'ajoute que c'est justement dans les cas de cette nature que les micrographes doivent s'essayer eux-mêmes, puisque d'avance ils savent à quel résultat doit les conduire leur examen.

J'arrive enfin à la question de curabilité des maladies cancéreuses, et je commence avant tout par rendre grâces à M. Velpeau et à M. Amussat d'être venus proclamer à cette tribune la doctrine consolante de la curabilité. Je me sens heureux, pour mon propre compte, de leur déclaration, j'en suis heureux au nom de la science ; mais, messieurs, je les en remercie bien plus encore au nom de tant de malheureuses victimes du cancer aux souffrances desquelles nous assistons tous les jours ; je les en remercie au nom de l'humanité tout entière ; je les remercie bien sincèrement de n'avoir pas inscrit, en tête de leur thérapeutique, cette désolante et fatale inscription de l'incurabilité : cette sinistre inscription que Dante avait gravée sur les portes de l'enfer : Laissez toute espérance, vous qui entrez ici. Enfin, je remercie en particulier M. Velpeau, parce que ce ne sont pas de simples assertions qu'il est venu émettre ici, mais que son opinion était fondée sur une imposante statistique.

Je sais bien que tout assemblage de chiffres doit être suspecté, car ce n'est pas le nombre des faits qui prouve, mais leur valeur. *Non numerandæ solum, sed perpendendæ sunt observationes.* Sans doute il reste toujours quelque reproche à faire aux meilleures statistiques; mais enfin, notamment dans un sujet comme celui-ci, elles demeurent encore l'élément le plus propre à amener la conviction.

Permettez-moi, messieurs, une réflexion qui m'est suggérée par la manière dont cette question de la curabilité a été débattue devant vous. Il me semble qu'on n'a pas assez différencié les maladies une fois produites d'avec les diathèses dont elles ne sont que la manifestation. Si l'on me disait qu'on n'a jamais guéri la diathèse cancéreuse, je dirais aussitôt que je suis pleinement de cet avis ; car j'avoue que je suis de ceux qui croient que rien n'est plus réfractaire à nos moyens médicaux qu'une diathèse, et je suis même porté à croire que jamais on n'en a guéri aucune. J'ai coutume de faire à ce sujet une allusion qui peut n'avoir pas toute la justesse désirable, mais qui cependant est assez propre à traduire ma pensée. J'ai bien des fois répété que celui qui est condamné d'une façon innée et originelle à telle ou telle maladie, qui porte en un mot avec lui telle ou telle diathèse ressemble à un pécheur endurci qui ne demande pas mieux que d'éviter le péché ; mais quand arrive la moindre tentation, aussitôt le voilà qui succombe de nouveau. Depuis la simple engelure jusqu'à la tuberculisation et au cancer, depuis la goutte jusqu'à la folie, toutes ces maladies qui traduisent à des époques variables une prédisposition diathésique permanente retombent sur les malheureux qu'elles ont une fois frappés absolument comme le péché sur le pécheur dont je parlais tout à l'heure. Mais de ce que nous ne pouvons pas guérir une diathèse, s'en suit-il que nous ne pouvons pas guérir la maladie qui en est l'effet? Je dis qu'on peut très-bien accepter que tel ou tel cancer a été véritablement gueri, alors même que nous reconnaissons notre impuissance contre la diathèse cancéreuse : je dis que dès lors on ne peut se refuser à croire à la guérison du cancer

dans certains cas, et pour mon compte, j'en ai vu plusieurs, à la condition qu'on n'ait pas la prétention d'avoir guéri la diathèse avec la maladie. On arrive de cette manière à rendre un compte bien plus satisfaisant des faits incontestables de guérison persistaient encore au bout de dix, quinze, vingt années. A ceux, en effet, qui viennent vous dire qu'une guérison de vingt ans n'est pas une guérison, parce que si la vie se prolonge davantage la maladie pourra bien tôt ou tard faire son apparition, n'êtes-vous pas en droit de demander : Mais qu'appelez-vous donc guérison? Il y a une foule de malades qui ont déjà éprouvé deux, trois, quatre accès de la même maladie, irez-vous leur dire, sous prétexte qu'un autre accès pourra bien revenir encore, qu'ils ne sont pas guéris? Non : la prédisposition n'est pas la maladie, et voilà tout. On hérite d'une disposition, d'une diathèse qui se perpétue jusqu'à la mort; mais les maladies qui surviennent en vertu de cette disposition peuvent très-bien être guéries, et c'est là, je crois, ce qui arrive en particulier pour le cancer. Si l'on ne pouvait pas dire qu'un individu à qui on a enlevé une tumeur il y a trente ou quarante ans sans qu'elle se soit reproduite, soit actuellement guéri, il n'y a pas de raison pour qu'on ne finisse par dire qu'il faudrait aux malades une existence comme celle de Mathusalem pour prouver qu'ils sont bien guéris, et que ceux enfin qui meurent sans récidive se représenteront avec leur maladie à la résurrection.

Je termine ici cette discussion, et j'arrive à la conclusion de ce discours et la proposition que j'ai le désir de soumettre à l'avis de l'Académie dans le but d'amener ces débats à une solution avantageuse.

Je reconnais que le microscope appliqué à l'étude des maladies cancéreuses a rendu d'importants services. Le résultat de son intervention ne fût-il que la classification introduite par lui des tumeurs réputées cancéreuses ou épithéliales, fibro-plastiques et cancéreuses proprement dites, qu'on ne pourrait s'empêcher de reconnaître l'importance de ce premier pas fait dans une voie toute nouvelle. Toutefois, mon admiration pour ce progrès que nous devons au microscope ne va pas jusqu'à applaudir sans réserve à cette classification nouvelle : et d'abord, ne fût-ce qu'au point de vue de la nomenclature, je me permettrai de faire observer à MM. les micrographes qu'une pareille classification, à part tout ce qu'elle a de bon au fond, manque au moins de logique dans son énoncé. Vous étudiez les tissus, vous leur donnez des noms en rapport avec les texture, rien de mieux : je comprends à merveille votre tissu épithélial et votre tissu fibro-plastique ; mais qu'est-ce que c'est que le tissu cancéreux à côté du tissu épithélial? Si vous nous donnez une classification histologique, nous ne pouvons qu'y applaudir ; mais, au moins, que ce même élément histologique la domine d'un bout à l'autre.

A part donc cette simple observation, je reconnais que la distinction des diverses sortes de tissus dans la classification des tumeurs est un progrès véritable.

En second lieu, je voudrais qu'on n'accusât jamais le microscope des erreurs commises dans les recherches micrographiques ; et toutes les fois que nous trouvons deux micrographes en désaccord dans les résultats de l'examen d'une même tumeur, au lieu d'accuser leur instrument, disons simplement, ou bien qu'ils n'étaient pas suffisamment versés dans cette étude, ou bien qu'ils ont examiné des portions différentes d'une même tumeur. Pour moi, je suis persuadé qu'une même tumeur peut offrir toutes sortes de choses aux différents points où on l'examine, je ne doute pas qu'on ne puisse trouver en même temps et à côté les unes des autres les cellules fibro-plastiques, les cellules épithéliales, les cellules cancéreuses et plusieurs autres encore ; car enfin tout est cellule dans notre organisme. Il est vrai que quand je dis que tout est cellule dans nos organes, je fais une erreur rectifiée par le microscope lui-même, puisque le tissu cellulaire, par exemple, n'en contient pas; et il arrive là ce qui, d'après Bonnet, était arrivé pour la divinité : tout était Dieu en Égypte, excepté Dieu lui-même. Aujourd'hui, tout est cellule, excepté le tissu cellulaire lui-même.

Mais, quoi qu'il en soit, il y a bien assez de cellules dans nos tissus sans celles du tissu cellulaire, et j'ai bien raison de dire que les contradictions des micrographes sont ordinairement bien excusables et surtout bien aisées à expliquer.

J'arrive enfin à ma proposition, et je commence par dire que cette proposition ne manquerait pas d'être acceptée par la Compagnie, si elle avait l'honneur d'être appuyée par le puissant suffrage de mon honorable collègue M. Velpeau. M. Velpeau n'est n'est pas, en effet, seulement un orateur habile, c'est encore un magicien distingué qui vivifie d'une façon merveilleuse tout ce qu'il touche de sa baguette enchantée. Quelle meilleure preuve puis-je vous donner de cette puissance magique et merveilleuse que l'exaltation triomphale qu'il a su exciter dans les rangs de ses ennemis, alors qu'il les terrassait et qu'il les battait à outrance? Je dis donc que je veux soumettre à l'Académie une proposition que je demande, en particulier, à M. Velpeau, de prendre en considération, en vue d'un éclaircissement réel de la question, et en vue surtout d'une solution précise de la discussion qui depuis longtemps déjà s'agite avec tant d'intérêt et d'éclat devant l'Académie.

Nous nous trouvons actuellement dans l'impossibilité absolue de nous prononcer sur le compte de l'existence ou de la non-existence de la cellule en tant que caractère spécifique et pathognomonique du cancer. Je sais bien que, pour certaines personnes, le doute n'est pas une chose insupportable, et que, comme le dit Montaigne, c'est un doux oreiller où quelques-uns aiment à reposer leur tête. Cependant, à mon avis, il y a un oreiller plus doux encore que celui du doute, c'est celui de la certitude ; et, quant à moi, je déclare qu'en toutes choses c'est celui-ci que je préfère.

Si donc une commission était nommée au sein de l'Académie pour examiner en commun, soit même en compagnie des micrographes, certaines tumeurs qu'on prendrait soin de bien choisir et de bien définir à l'avance, j'ai l'intime conviction qu'au lieu de l'oreiller du doute nous ne tarderions pas à avoir celui de la certitude pour y reposer notre tête.

Je souhaite donc que M. Velpeau veuille bien se joindre à moi pour demander la formation de ce te commission.

M. le président. — Je puis annoncer à M. Bouillaud que sa proposition a été devancée par la commission des prix, et que la question qu'il soulève vient d'être mise au concours.

La séance est levée à 5 heures. — L'Académie se constitue en comité secret.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Concours pour l'externat des hôpitaux.* — Ont été nommés aujourd'hui externes des hôpitaux de Paris :

MM. Jaccoud; Cavasse; Ball; Labbé; Tillot; Heurteaux; Simon (Jule); Leven; Roques; Brogniard; Gleize; Pierreson; Lelièvre; Saint-Germain (Émile); Charnal; Long; Dubrizay; Blavette; Coulon; Rouet; Esnault; Truelle; Dezanneaux; Thibault; Arnoult; Simon (Edmond); Jozansi; Danjon; Gaume; Samalens; D'Heilly; Sergent; Londe; Baudot (Émile); Gourriet; Fournier.

MM. Viot-Grandmarais; Deslandes; Viala; Saint-Germain (Louis); Guillemin; Cheneaux; Menjaud; Chamerot; Casson, Dubouch; Laborde; Guyomar; Vigouroux; Leclère; Chauvel; Duboué; Lanier; Lancereaux; Mignot; Delestre; Béquard; Schulze; Fabre; Mauvezin; Couillaud; Blot; Marchand (Nestor); Dupont; Bricheteau-Gravelonne; Homo; Marchand (Benoît); Contesse; Kineweell; Goeau-Brissonnière; Boudet (Pierre); Vallon; Clement; Commenge; Cazade; Leroy.

MM. Pouquet; Prunière; Sardac; Argué; Coffec; Desmichels; Fleuret; Leblanc; Regnier; Phormion; Apostolidès; Meugy; Sandras; Deschamps (Timoléon); Segalas; Buzenet; Ancelet; Mabillat; Deschamps (François); Belhomme; Bruder; Cabard; Rey; Coquard; Baillé; Bonnet; Colombel; Baranger; Leudet; Bonnassies; Aubé; Bonhomme; Drouet; Duplantier; Montaigut; Létourneau; Fauvel; Vincent; Donnadieu; Baudoin.

MM. Guyot (Ernest); Lejuge; Mallet; Delaire; Mène; Soulier; Walmé; Hongre; Le Souef; Prevost; Auzoux; Langlois; Legrand (Jean-Albert); Baudin; Bonnabaud; Bourdin; Boutry; Duhamel; Dujardin-Baumès; Majesté; Lechevalier; Lardeur; Tirman; Gauthier (Lucien); Agard; Pellieux; Fenard; Franquebalme; Ferrier; Armengaud; Dawane; Semerie; Guibet; Gauthiez (Joseph); Ligneau; Menuet; David d'Angers; Blanchard; Basset; Vernet.

MM. Peyrusson; Ouvry; Destouches; Naudeau; Radou; Batigne; Gaultier de la Boullaye; Cros; Faguet; Duprilot; Ragon; Thion; Bonneton; Barizain-Monroze; Boulland; Collas de Courval; Plicot; Richoux; Gauthier (Étienne); Bernard; Cazaubon; Layraud; Rivière; Munida.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 148. 2e année. Jeudi 14 Décembre 1854.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 13 Décembre 1854.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

(**Éloges de Desormeaux, de Capuron, de Deneux et de Baudelocque.**)

Constatons d'abord quelques faits accessoires :

1° Le très-honorable trésorier a modifié cette année ses broderies suivant l'ordonnance : son collet et ses parements ont montré cette année l'association réglementaire de l'or et de la soie ;

2° Le zèle des auditeurs académiques paraissait un peu refroidi ; les banquettes étaient peu garnies, et l'on remarquait en particulier l'absence des deux principaux officiers de l'Université, MM. Bérard et P. Dubois, et aussi celle de M. Moreau, quoiqu'il dût être fortement question d'accouchements dans cette séance ;

3° En revanche, les auditeurs bénévoles ont fait preuve d'un grand empressement, et le groupe féminin notamment a plutôt grossi que diminué depuis l'année dernière, ce qui est bien plus que suffisant, aux yeux de l'aimable secrétaire perpétuel, pour compenser l'absence de quelques collègues, sans doute trop affairés.

Cela posé, venons au principal.

On connaît la brève, saccadée et piquante éloquence de M. Gibert. Il n'a eu garde de manquer cette année à ses spirituels antécédents. Tout en parlant rapports officiels, il a trouvé çà et là le moyen de faire de la science pratique et de lancer des épigrammes. Nous aurions bien quelques remarques à faire sur la première et sur les secondes, mais le temps et l'espace nous manqueraient, et nous préférons attendre une autre occasion. Nous dirons toutefois que, quelque partisan que nous soyons de la critique, nous ne l'admettons que là où la défense est permise ; or, les légers coups de plume que M. Gibert a lancés à M. Danyau et au microscope devant nécessairement rester sans réponse dans une séance solennelle, nous aurions désiré que le spirituel secrétaire réservât ses traits pour une séance de discussion. A cela près, nous avons trouvé dans le discours de M. Gibert les qualités que nous avons souvent louées dans lui : verve, discrétion, netteté, originalité et indépendance.

— Que tous les académiciens soient voués inévitablement à l'immortalité, il ne se trouvera, certes, personne d'assez sot pour le mettre en doute. Mais que le bagage qui sert de passe-port aux honorables immortels soit toujours confortablement fourni et exempt de contrebande, voilà ce qu'osent contester d'aucuns que nous n'hésiterions pas à qualifier de mauvaises langues, si, parmi eux, nous ne craignions de rencontrer M. Dubois. Pourquoi M. Dubois? direz-vous. Pourquoi M. Dubois ? ai-je dit aussi ; et voici ce qu'on m'a répondu : Une fournée, un *arlequin* de quatre éloges ne prouve-t-il pas que l'un des héros n'aurait pu faire à lui seul les frais d'une oraison funèbre? — Cette interprétation avait bien quelque chose de spécieux ; cependant, elle ne m'a pas absolument convaincu ; je la donne pour ce qu'elle vaut, me réservant d'y substituer la mienne qui se concilie davantage avec mon respect pour les morts illustres, et que voici :

M. Fréd. Dubois est avant tout un secrétaire perpétuel artiste, et ce n'est pas un médiocre éloge à faire de lui. A ce titre, il sait ou mieux il sent que la monotonie est ce qui doit le plus soigneusement être écarté des œuvres d'art, et il a pensé que l'éloge d'un personnage unique, prononcé chaque année, rendrait les séances annuelles monotones ; il a voulu tenter une voie nouvelle ; car M. Dubois, contrairement aux allusions récentes de son très-digne émule, prétend faire dans ses éloges des œuvres très-sérieuses, très-sérieuses surtout au point de vue de l'art, car d'après un progrès que nous aimons à constater, M. Fréd. Dubois s'occupe de moins en moins de science dans ses discours, pour se livrer plus exclusivement à ses inspirations littéraires et particulièrement à ses tendances de narrateur. La nouvelle tentative de l'éloquent secrétaire est donc une idée, et les idées ne sont pas assez communes, pour que nous ne commencions pas par lui tenir compte de la sienne.

L'idée est-elle bonne? L'exécution en a-t-elle été heureuse ?

Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative à la première question, surtout si nous nous plaçons au point de vue de M. Dubois, qui, nous le répétons, est celui de l'art. Sous le rapport scientifique, il y aurait peu d'intérêt à mettre en regard les doctrines, les découvertes et le caractère scientifique de deux ou plusieurs savants ; ce qui

importe, c'est de savoir quelles sont ces doctrines, ces découvertes, et si elles sont bonnes ou mauvaises, réelles ou imaginaires ; sous le rapport de l'art, au contraire, ces oppositions peuvent offrir des tableaux animés et conduire à ces parallèles éloquents qui ont tant de charmes chez nos grands écrivains.

Quant à la seconde question, il faut, pour la résoudre, ne pas perdre de vue que M. Dubois a voulu, ainsi qu'il l'a dit avec beaucoup de modestie, mais néanmoins avec vérité, rédiger de *simples notices*, et non point écrire des oraisons funèbres, c'est-à-dire, pour parler un langage conforme aux aspirations de M. Dubois, peindre de petits tableaux de genre et non de vastes toiles d'histoire. Or, la simplicité, la grâce, et néanmoins la vivacité du coloris, la finesse, la malice même sont les qualités essentielles du peintre de genre. Ces qualités n'ont point fait défaut au savant secrétaire, et dans ses piquantes allusions, les Académies elles-mêmes n'ont pas toujours été ménagées, car l'orateur a fait observer que, s'il n'y avait plus, en 1795, *ni Facultés ni Académies*, il y avait toujours des hôpitaux et des *grands maîtres*. Cette épigramme n'est pas la seule qui ait assaisonné les narrations de M. Dubois. Il a parlé de l'*anneau* de certains professeurs, comme M. Bérard avait autrefois parlé de leur robe « *dont ils font une enseigne* « *destinée à attirer les offrandes des chalands;* » il a parlé des traités *ex professo, dits complets* des jeunes accoucheurs, sans que nous ayons pu toutefois bien saisir si cette allusion était une épigramme plutôt dirigée contre les jeunes accoucheurs qui font des traités que contre les vieux qui n'en font pas. M. Dubois a même paru donner une légère nuance épigrammatique, par la manière dont il les a prononcées, aux belles lignes par lesquelles il a résumé le testament de Capuron, et en comparant ses paroles à celles qu'il prononça dans d'autres circonstances, on était tenté de s'écrier avec le plus grand des philosophes :

« Olivier Cromwell fut regardé avec admiration par les puritains et les indépendants d'Angleterre ; il est encore leur héros. Mais Richard Cromwell, son fils, est mon homme. »

On pourrait relever, dans le discours de M. Dubois, quelques incorrections échappées sans doute à la rapidité de la rédaction ; mais, somme toute, nous croyons que tout le monde jugera comme nous qu'il a rempli avec succès le cadre qu'il s'était tracé. H. DE CASTELNAU.

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 120, 127, 129, 146 *et* 147.)

SUITE DE LA VINGT-TROISIÈME LEÇON.

Mais la gangrène peut-elle s'emparer d'une anse intestinale? Quand il y a une section de ce genre, bien qu'il y ait des adhérences de l'anse intestinale avec le sac, des deux bouts de l'intestin avec le péritoine, il peut bien se faire qu'il n'y ait pas d'épanchement. D'abord, les chirurgiens rompent quelquefois eux-mêmes ces adhérences en voulant réduire la hernie ; d'un autre côté, ces adhérences se rompent aussi quelquefois par les efforts de vomissement, et alors, deux modes de terminaison peuvent se rencontrer, l'ulcération peut mener à la gangrène c'est une vraie gangrène qui s'est emparée des téguments : ainsi j'ai vu des individus qui avaient la partie supérieure de la cuisse gangrenée par une hernie crurale : à la chute de l'escarre, on voyait sortir par là les matières fécales.

Il y a donc deux manières ; la rupture des adhérences se fait en dedans : si les matières fécales tombent dans le péritoine, il y a mort certaine ; mais s'il y a seulement une petite fissure, les matières fécales tombent dans le sac, l'anse intestinale est enflammée, elle est en contact avec des matières fécales, elle se gangrène, le sac en contact avec les matières fécales se gangrène aussi, et il ne peut pas en arriver autrement. Mettez des matières fécales dans le tissu cellulaire, dans la tunique vaginale, il y aura gangrène. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'une petite portion de l'intestin tombe en gangrène.

Voilà donc une troisième forme de terminaison : c'est l'ulcération, qui se décompose en épanchement à l'intérieur, péritonite et mort, et épanchement à l'extérieur, avec gangrène et mort. Enfin, il y a des cas de gangrène interne, mais excessivement rares ; quand vous en verrez, ne manquez pas d'en prendre l'observation, mais bien détaillée et d'une manière bien rigoureuse.

Dans tous ces cas, comment meurent les malades? Il y a autant d'espèces d'agonies pour les hernies étranglées qu'il y en a pour toutes les maladies aiguës. J'ai vu des individus qui avaient travaillé tout une journée avec une hernie étranglée ; il y en a d'autres qui sont comme foudroyés : le plus souvent ils meurent en s'épuisant lentement ; en un mot, il y a autant de formes de mort qu'il y a de genres différents d'étranglements ; quant aux hoquets, il y a très-peu de valeur à ce signe.

Voilà bien des choses diverses. Mais pouvons-nous donner une explication satisfaisante de tout ce que nous voyons? Il y a des sujets qui résistent à tout ; il y en a d'autres qui meurent d'un coup d'épingle. Savez-vous pourquoi cette différence si grande entre deux individus en apparence tout à fait semblables? Mais non, vous n'en savez rien, si ce n'est que tel individu offre une résistance beaucoup plus grande que l'autre.

Pour ce qui est des vomissements, voici ce que j'ai remarqué : les hernies crurales sont plus perfides que les hernies inguinales. Dans la hernie crurale marronée, par exemple, il y a un petit vomissement, le malade s'endort ; puis vient un autre vomissement après lequel le malade se rendort tranquillement ; tout d'un coup, sans que l'on sache pourquoi, les accidents se montrent avec la plus grande violence, et, en peu de temps, le malade est emporté.

Dans la hernie inguinale, les vomissements se continuent presque sans interruption jusqu'à ce que le malade soit épuisé. A part ce qui a trait à l'individualité, n'y a-t-il pas là quelque chose qui mérite toute votre attention?

J'ai recherché, chez tous les individus que j'ai ouverts, quel était le point où siégeait l'étranglement. Les sujets qui ont la hernie dans le voisinage de l'estomac sont-ils plus sujets aux vomissements? Dans la série, je n'ai rien trouvé qui pût être noté comme bien positif.

Je me suis alors retourné d'un autre côté. Mais si l'étranglement a son siége près de l'estomac ou près du cœcum, et qu'il y ait une fistule stercorale ou un anus contre nature, est-ce que l'on n'a pas intérêt à savoir si ces accidents arrivent plus ou moins loin de l'estomac?

Mais, ce qui est le plus important, et que j'ai très-longtemps négligé comme tout le monde (je n'y songeais pas ; il est si facile et si doux de « *s'en aller comme font les grues,* » comme dit Guy de Chauliac), je crois que ce qui exerce une influence capitale sur l'étranglement, c'est la striction elle-même. Quand on veut lier un polype de l'utérus ou quoi que ce soit, nous savons très-bien la différence qu'il y a entre une striction très-forte, qui éteint de suite la vie, et cela presque sans accidents, tandis que si le pédicule est trop gros pour que la ligature y éteigne promptement la vie, il survient des accidents souvent terribles.

On est arrivé jusqu'ici sans s'occuper de ce point : l'intestin qui traverse un trou du fascia cribriformis ou un petit trou du ligament de Gimbernat ou de son voisinage est plus serré que la plus grande partie des intestins qui passent par un collet

herniaire si serrés qu'ils y soient. J'ai peu d'observations, il est vrai, mais voici quelques faits rares qui nous serviront de point de départ : je vous ai parlé d'une femme à l'autopsie de laquelle j'assistai avec Aug. Bérard. Cette femme était morte onze jours après l'étranglement; il y avait section des tuniques de l'intestin, mais pas du péritoine ; le collet du sac avait 0m,011 de diamètre, et l'anse intestinale, entourée avec un bout de cordon sans la comprimer, avait 0m,014 de diamètre; il n'y avait donc qu'une ligne et demie de moins pour le collet, et cela avait suffi pour tuer la femme, et cela sans qu'il y eût ulcération du péritoine.

Chez le vieillard qui mourut dans mon service à Bicêtre, le collet avait 0m,016 de diamètre, la tumeur en avait 0m,030 ; je n'ai pas mesuré le diamètre de l'anse intestinale herniée.

J'ai disséqué, avec M. Despretz, une hernie crurale sur une femme qui était morte, dans le service de M. Michon, sans vouloir se laisser opérer. M. Jamain, alors interne, fit sur le cadavre l'opération de la hernie étranglée, réduisit l'anse intestinale, et nous eûmes le reste. L'anse intestinale avait 0m,009 de diamètre, et 0m,027 de circonférence.

Dans la plupart des hernies crurales, il y a un étranglement très-étroit; il y a une ulcération rapide des tuniques; les accidents paraissent moins menaçants que dans les autres hernies, mais ils sont beaucoup plus perfides. A 0m,011, il y a mort le onzième jour; à Bicêtre, 0m,016, les accidents sont beaucoup plus graves, mort en quarante-huit heures.

N'êtes-vous pas, comme moi, frappés de ce parallèle d'une striction étroite qui tue en quarante-huit heures avec des accidents peu graves, et de cette autre striction très-lâche qui permet les vomissements et qui tue avec un appareil effrayant de symptômes? Je ne prétends pas dire que cela soit une loi, mais c'est un commencement de doctrine.

Dans les hernies crurales, peu de symptômes, l'intestin est coupé et la mort arrive promptement.

Dans les hernies inguinales, la vie est prolongée, il y a peu de section, et les symptômes sont effrayants.

Voilà, quant à moi, l'impression qui me reste de mes autopsies et de mes opérations. A.-P. Doumic.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

Effets remarquables des frictions de belladone autour de l'orbite dans le delirium tremens.

Bien que l'expérience consacre de plus en plus l'utilité de l'opium à haute dose comme moyen de traitement du delirium tremens, personne ne peut dire que l'on ne trouvera pas un traitement plus sûr et plus efficace; un certain nombre de cas résistant à l'emploi de ce moyen et se terminant même par la mort. C'est ce qui nous engage à parler d'une tentative thérapeutique faite par un médecin anglais, M. Grieve, et qui témoigne au moins d'un esprit d'observation très-fin et très-ingénieux. Tout le monde sait, en effet, que dans le delirium tremens l'agitation excessive des malades est due à des visions créées par leur imagination malade : ce sont des animaux de toute espèce, des lézards, des millepieds et autres apparitions entomologiques qui fourmillent autour du malade et qui le font se livrer à des efforts inouïs pour échapper à leur contact. Or, on sait que dans la période confirmée ou seconde période du delirium tremens, la pupille est toujours plus ou moins contractée. M. Grieve se pose la question de savoir si, en produisant la dilatation de la pupille, on ne parviendrait pas à influencer le sens de la vue troublé, de manière à chasser ou au moins à modifier les accidents, et par conséquent à tranquilliser les malades.

Une occasion se présenta bientôt de vérifier la justesse de cette prévision. Le 25 mars dernier, M. Grieve fut appelé auprès d'un homme de 49 ans, d'une robuste constitution, qui s'était adonné depuis quelques années à l'intempérance. Après s'être enivré régulièrement pendant trois semaines, il avait perdu le sommeil depuis plusieurs nuits, et il en était à sa quatrième attaque de delirium tremens. Le malade était en proie à une excitation nerveuse considérable et sous le coup d'hallucinations optiques de toute espèce; pouls au delà de 120 pulsations par minute, mou et compressible; transpiration froide et visqueuse; contraction considérable des pupilles. Immédiatement des frictions furent faites sur les paupières avec un peu d'extrait de belladone, et aussitôt que l'effet physiologique du médicament se manifesta par la dilatation des pupilles, les hallucinations de la vue perdirent de plus en plus de leur caractère, les tremblements et l'excitation nerveuse commencèrent à se calmer, et il ne tarda pas à devenir relativement calme et tranquille. Bientôt après, le malade s'endormit profondément, et lorsque je le revis quelques heures après, dit M. Grieve, j'appris qu'il avait dormi deux heures; les pupilles étaient encore fortement dilatées, le pouls au-dessous de 100, plus ferme, plus plein et meilleur; sous tous les rapports, son état physique et moral s'était beaucoup amélioré, et lorsque je lui parlai de ses hallucinations, il me répondit que c'étaient des billevésées et qu'il ne voyait plus rien de pareil.

Mais ne pourrait-on pas se demander si, comme le pense M. Grieve, c'est bien à la dilatation de la pupille qu'il faut rapporter l'honneur de la modification rapide et heureuse survenue dans l'état du malade, et si ce ne serait pas, au contraire, à l'influence de la belladone sur les centres nerveux que serait due cette amélioration si remarquable? Toujours est-il qu'il y a là matière à d'intéressantes recherches.

(Montly journal et Bullet. gén. de thérap.)

Névralgies. — Traitement par la compression des artères.

Un individu âgé de 48 ans, d'un tempérament nerveux, éprouva, dans la convalescence d'une maladie grave, le retour d'une névralgie du nerf orbito-frontal, à laquelle il était sujet depuis longtemps. Elle résista cette fois à l'emploi des moyens ordinaires. Après sept jours de vives douleurs, M. Allier en vint à la compression de la carotide correspondante, remise depuis quelque temps en honneur. La compression fut exercée presque toute une matinée et interrompue durant cinq à six minutes, de quart d'heure en quart d'heure. Elle détermina d'abord une espèce de somnolence avec engourdissement, puis enfin la cessation des douleurs. Mais aussitôt des éclairs d'élancements éclatèrent avec violence sur la région dorsale de la verge. Ces douleurs, profondément énervantes, s'étendaient du pubis au gland, et ne suivaient point la crête iliaque et le cordon des vaisseaux spermatiques. La compression de l'aorte abdominale fut mise en usage presque sans interruption, pendant trois quarts d'heure. La douleur s'éteignit graduellement et ne se reproduisit nulle part. — Ce fait est intéressant à un double point de vue : d'abord, comme exemple rare de névralgie du rameau supérieur du nerf honteux, survenue subitement et comme par une sorte de répercussion de la névralgie sus-orbitaire, et, en second lieu, comme démonstration rendue évidente par une sorte de contre-épreuve de l'efficacité de la compression des artères pour faire cesser les douleurs névralgiques.

(Gaz. méd. et Ann. méd. de la Flandre occid.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 12 Décembre 1854.

Présidence de M. Rostan.

La séance est ouverte à 3 heures.

M. Gibert, secrétaire annuel, lit le Rapport général sur les prix de 1854. Il passe successivement en revue les documents fournis par le Concours, et s'occupe d'abord du prix de l'Académie qui avait pour sujet l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue.

De nos jours, l'huile de foie de morue, qui, il y a une trentaine d'années à peine, n'était guère connue que des médecins allemands et hollandais, a acquis une telle popularité parmi nous que, dans nos hôpitaux comme dans la ville, les praticiens s'accordent à la prescrire dans presque toutes les maladies chroniques qui tendent à produire un état cachectique.

M. Gibert en fait usage lui-même avec succès depuis plus de dix ans, tant en ville que dans ses salles de l'hôpital Saint-Louis, non-seulement à l'intérieur, mais encore comme topique dans beaucoup de maladies strumeuses et dartreuses. Contre ces dernières, il l'a souvent associée avantageusement à l'huile de cade. Le premier même, en 1844, il a présenté à l'Académie un exemple de guérison de *lupus* grave par l'administration de cette huile *à doses modérées*.

M. Gibert, en effet, regarde comme peu rationnelles les doses exagérées de 200 et même 500 grammes recommandées par d'autres observateurs. De nombreux et intéressants travaux ont été adressés à l'Académie sur ce sujet véritablement à l'ordre du jour.

Administrée à l'homme sain et à des doses modérées, l'huile de foie de

morue ne détermine point de trouble notable des fonctions, si l'on excepte les légers accidents, malaise, nausées, provoqués par la répugnance que la saveur de cette huile inspire à quelques personnes.

Chez l'homme malade et cachectique, l'effet le plus général est le rétablissement de la nutrition altérée. Des expériences sur les animaux et sur l'homme ont prouvé qu'un des premiers effets de l'huile de foie de morue était de restituer au sang ses facultés réparatrices, en augmentant le nombre de ses globules. L'observation clinique apprend que sous son influence les sujets délicats et amaigris reprennent de la force et de l'embonpoint. Quant à l'action *spécifique* attribuée au médicament contre certaines maladies et notamment contre les *scrofules*, il paraît démontré que l'influence bienfaisante de l'huile de foie de morue sur les lésions locales d'origine strumeuse est moins une action neutralisante ou spécifique directe, qu'une action dynamique générale qui s'exerce par l'entremise des organes de la nutrition sur l'économie entière, d'abord, et consécutivement sur les lésions locales engendrées et entretenues par l'état scrofuleux. N'est-ce pas ainsi, d'ailleurs, que la nature elle-même, sous l'influence du travail de la puberté, par exemple, et des bonnes conditions hygiéniques, guérit assez souvent la scrofule sans l'intervention d'aucun médicament?

Quant aux succédanés récemment proposés par divers pharmaciens, partant de cette idée fausse que l'iode ou le phosphore étaient les principes véritablement actifs de l'huile de foie de morue, on peut les considérer comme des remèdes dont le médecin trouvera l'emploi dans certains cas, mais non pas comme des médicaments destinés à remplacer l'huile de foie de morue.

Sans doute d'autres huiles animales peuvent être utilisées dans les cas où l'on a conseillé l'huile de foie de morue, mais celle-ci est généralement regardée comme beaucoup plus efficace.

A part les huiles dépurées artificiellement que l'on a cherché à introduire dans le commerce, et qui sont presque entièrement privées des principes résinoïdes et biliaires provenant du foie des poissons, toutes les variétés de l'huile de foie de morue peuvent être employées avec succès, bien qu'il y ait des cas où l'huile brune, plus âcre et plus stimulante, doive être préférée à l'huile jaune ou blonde, plus facile à administrer, et réciproquement. Dans nos hôpitaux, c'est surtout l'huile brune qui est mise à la disposition des médecins.

Nous ne saurions admettre, avec l'auteur du Mémoire couronné que nous avons placé en première ligne, que l'adultération de l'huile de foie de morue par le mélange avec l'huile de baleine qui se rencontre dans le commerce soit sans grand inconvénient; c'est une véritable sophistication qui contribue à rendre le remède plus repoussant.

En classant les maladies suivant le degré de leur curabilité par l'huile de foie de morue, on peut les ranger dans l'ordre suivant: rachitisme, scrofules des tissus osseux et fibreux, carreau, tumeurs et ulcérations scrofuleuses, affections rhumatismales chroniques, éruptions scrofuleuses chroniques, ophthalmies chroniques, dartreuses et strumeuses, maladies chroniques des organes de la respiration, névroses chroniques, cachexies diverses.

M. Gibert fait remarquer, à propos de certains cas de guérison qui coïncident chez les jeunes sujets avec le développement de la puberté, et chez les sujets plus avancés en âge avec l'emploi bien combiné de toutes les ressources de l'hygiène, qu'il faut prendre garde d'attribuer au remède des effets qui sont dus aux conditions que nous venons d'indiquer. Ces conditions favorables suffisent, en effet, dans plus d'un cas et sans l'intervention d'aucun médicament, pour amener des guérisons inespérées. On voit aussi l'*hydrothérapie* obtenir des succès analogues.

— A l'occasion du prix Capuron, dont le sujet était l'albuminurie puerpérale et ses rapports avec l'éclampsie, M. Gibert fait une petite excursion dans le champ du microscope, dont, selon lui, plus d'un observateur s'exagère aujourd'hui la puissance. « Efforçons-nous, a-t-il dit, de restreindre dans les limites du diagnostic matériel ce complément utile de l'investigation anatomique, et n'ayons pas la pensée de le faire juge des questions de nature intime. Ce n'est pas d'aujourd'hui (a-t-il ajouté) qu'on élève la prétention de découvrir la vérité dans *les atômes*... Mais nous devons craindre, en nous livrant à de semblables illusions, d'encourir l'application du mot appliqué avec quelque justice par un écrivain moderne à certaines prétentions micrographiques : *Nugœ difficiles!* »

Cette petite excursion a été une critique du Rapport spécial de M. Danyau sur le prix Capuron, Rapport dans lequel le savant accoucheur avait accordé une grande valeur au microscope dans l'étude de l'albuminurie puerpérale.

— Le sujet du prix Lefebvre est invariablement la mélancolie. Des distinctions nouvelles sont venues apporter plus de précision dans l'application un peu banale de cette dénomination à divers troubles de l'intelligence ayant pour caractère commun la tristesse.

M. Gibert fait remarquer qu'à la rigueur on pourrait retrouver ce caractère dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Qu'on visite, en effet, les établissements d'aliénés : tous les malades se plaignent, tous désirent sortir de leur position actuelle. A part les exceptions que présentent les sujets atteints des prodrômes de la paralysie générale et quelques-uns de ceux qui sont en proie à l'excitation maniaque, tous offrent le spectacle douloureux de la tristesse, de la crainte, de l'affaissement ou de la fureur. Il y a néanmoins une lésion de l'intelligence qui a pour caractère constant et prédominant la tristesse et la tendance à la stupeur, et cette lésion, distinguée aujourd'hui de la monomanie et de l'hypochondrie, avec lesquelles on l'a longtemps confondue, est ce qu'on doit entendre par mélancolie.

Outre les prix et récompenses nombreuses mentionnés dans le programme de l'Académie, M. Gibert a saisi l'occasion de mentionner l'heureuse influence des encouragements donnés aux utiles travaux des médecins des épidémies. A ce propos, il a rappelé les faits recueillis par divers observateurs, qui sont venus donner un démenti formel à l'hypothèse bizarre éclose dans le cerveau de quelques statisticiens modernes, qui n'ont pas craint de rattacher à la pratique de la vaccine la mortalité causée par la fièvre typhoïde, regardée par certains médecins comme une sorte de variole interne.

Hélas! a dit en terminant M. Gibert, c'est la triste condition de la raison humaine! La liberté lui a été laissée de pousser l'usage jusqu'à l'abus! Aussi le prince des orateurs romains, qui était en même temps le raisonneur le plus sage et le plus judicieux de son époque (deux conditions qui ne se trouvent pas réunies dans le même personnage aussi souvent qu'on pourrait le désirer), a-t-il pu dire avec justice qu'il n'y avait rien de si absurde qui n'ait été dit par quelque philosophe : « *Nihil tàm absurdum quod non dictum sit ab aliquo philosopho.* (Cicéron). »

Après cette lecture, M. le président proclame les noms des lauréats dans l'ordre suivant :

Prix de 1854 (1).

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie accorde le prix à M. le docteur Taufflieb (Édouard), médecin à Barr (Bas-Rhin), auteur du Mémoire n° 2.

Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur Georges Muller, médecin à Mulhouse (Haut-Rhin), auteur du Mémoire n° 7.

Et une seconde mention honorable à M. le docteur Fr. Dubois, médecin à Tournay (Belgique), auteur du Mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie décerne un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Hutin (Félix), médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, auteur du Mémoire n° 1.

Et un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Rouis (Jean-Louis), médecin major au 71e régiment de ligne, auteur du Mémoire n° 3.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux — L'Académie avait proposé la question suivante : Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix était de 1,500 fr.

Un seul Mémoire est parvenu à l'Académie; il n'a été jugé digne d'aucune récompense.

L'Académie a décidé que la question ne serait pas remise au concours.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question proposée était : De la mélancolie.

Ce prix était de la valeur de 3,000 fr.

L'Académie partage, par parties égales, cette somme de 3,000 fr. à titre de récompenses, entre : M. Harreaux (Charles-Victor), de Grouville, auteur du Mémoire n° 2; M. Michea (Claude-François), auteur du Mémoire n° 5; M. Schnepf, médecin interne à Sainte-Barbe, auteur du Mémoire n° 6; M. Poterin du Motel, auteur du Mémoire n° 7.

(1) Par suite du décret du 14 mars 1852, qui convertit la rente 5 pour cent en 4 et demi, la rente annuelle du prix Portal, Civrieux, Itard et d'Argenteuil, a subi la diminution suivante à dater du 22 septembre 1852 :

La rente annuelle des prix :

Portal, qui était de		600 fr.,	est réduite à	540 fr.
Civrieux,	—	1,000	—	900
Itard,	—	1,000	—	900
d'Argenteuil,	—	1,373	—	1,235

La rente du prix Lefèvre est à 4 pour cent. La rente du prix Capuron est à 3 pour cent.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie partage ce prix entre M. le docteur Bach, docteur en médecine à Strasbourg, auteur du Mémoire n° 1, et M. le docteur Imbert-Goubeyre, professeur-suppléant à l'École de Clermont-Ferrand, auteur du Mémoire n° 3.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur H. Blot, auteur du Mémoire n° 4.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, dont le concours est resté ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, devait être décerné à celui qui aurait professé ou publié le meilleur Cours d'hygiène populaire, divisé en 25 leçons.

Ce prix était de la valeur de 3,000 fr.

Dix-huit Mémoires, tant manuscrits qu'imprimés, ont été envoyés à l'Académie, qui a arrêté :

1° Qu'un premier prix de 2,000 fr. sera accordé à M. le docteur Tessereau, médecin à Paris, auteur du Mémoire n° 13.

Et qu'un second prix de 1,000 fr. sera accordé à M. le docteur Lachaise, auteur du Mémoire n° 10.

2° Que des mentions honorables seront accordées à MM. Duclos et Bouteillier, auteurs du Mémoire n° 4; à M. Ébrard, auteur du Mémoire n° 17; à M. Descieux, auteur du Mémoire n° 9; à M. Bourdet, auteur du Mémoire n° 1, et à M. Reinvilliers, auteur du Mémoire n° 16.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1852) :

1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. Benoît, officier de santé à Grenoble, pour le grand nombre de ses vaccinations;

M. Vizerie, docteur en médecine, à Bergerac, recommandé d'une manière toute particulière par M. le préfet de la Dordogne, témoin de son zèle soutenu à répandre la vaccine ;

M. Laboulbène, interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour ses recherches sur la vaccine en général, et en particulier pour son mémoire sur les analogies des fièvres éruptives à leur début;

2° Quatre médailles d'or à :

M. Boutet, secrétaire de l'Association médico-chirurgicale de Chartres, pour avoir provoqué les recherches qui ont fait trouver du cow-pox;

M. Merland, secrétaire du Comité de vaccine de Napoléon-Vendée, pour l'intérêt de ses rapports sur l'état de la vaccine dans le département, et les soins qu'il met à les rédiger;

M. Lalagarde, docteur-médecin à Albi (Tarn), pour son mémoire sur la vaccine, et l'instrument qu'il a imaginé pour faciliter l'ascension du vaccin dans les tubes capillaires;

M. Thouvenin, docteur-médecin à Lille (Nord), secrétaire du Comité de vaccine, pour ses propres travaux sur la vaccine, et pour l'impulsion qu'il a su communiquer aux médecins en correspondance avec le Comité;

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, d'accorder des médailles à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle propose (pour le service de 1853) d'accorder :

1° Des médailles d'argent à :

M. Penant, de Vervins (Aisne), pour son Rapport sur une épidémie d'angine couenneuse;

M. Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure), pour ses Rapports sur deux épidémies de variole;

M. Pagès, d'Alais (Gard), pour son Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde;

M. de Schacken, de Château-Salins (Meurthe), pour ses Rapports sur deux épidémies de fièvre typhoïde;

M. Jacquez, de Lure (Haute-Saône), pour son Rapport sur une épidémie de variole.

2° Des médailles de bronze à :

M. Piffard, de Brignoles (Var), épidémie de fièvre typhoïde;

M. Guillot, de Villefranche (Rhône), épidémie de variole;

M. Heulard d'Arcy, de Clamecy (Nièvre), épidémie de fièvre typhoïde;

M. Lespiau, aide-major au 57e régiment de ligne, épidémie d'angine couenneuse à Avignon;

M. Viard, de Semur (Côte-d'Or), épidémie de fièvre typhoïde.

Le Rapport sur le service des *Eaux minérales* étant ajourné, il n'y a pas lieu à décerner des médailles cette année.

Prix proposés pour 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports sur le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question relative à l'art des accouchements. — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 fr.

Prix proposés pour 1856.

Prix de l'Académie. — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la saignée dans la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires,

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

Prix proposés pour 1857.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1855 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

Eloges de MM. Desormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque.

M. Fr. Dubois prononce le discours suivant :

Messieurs,

Il y a bientôt dix ans que, prenant pour la première fois la parole devant vous, et faisant allusion aux brillants éloges de mon prédécesseur, je disais que si l'Académie avait des applaudissements pour cette parole éloquente quand elle venait lui retracer les succès et les triomphes des grandes réputations médicales, elle n'en accueillerait pas avec moins de bienveillance et de faveur une

voix plus humble qui viendrait lui rappeler quelques-unes de ces existences simples, modestes et utiles, qui, pour s'être écoulées un peu plus dans l'ombre, n'en méritent pas moins ses regrets, ses sympathies et ses hommages.

Telle est encore aujourd'hui, messieurs, ma persuasion; aujourd'hui que tant de vides se sont ouverts parmi nous, que tant d'hommes distingués ont disparu de cette enceinte; voyez ce lugubre cortége qui commence à Corvisart et qui ne s'arrêtera pas à M. Duval, quels flots pressés, quelle foule de savants, de laborieux praticiens dont il serait à jamais regrettable de taire les vertus, les talents et les nombreux services!

Mais si je ne puis, dans mes discours, élever à chacun d'eux de plus dignes monuments, je veux du moins en choisir quelques-uns, les réunir comme ils l'étaient jadis dans nos sections et esquisser pieusement leurs traits dans de simples et courtes notices.

Ainsi, cette fois, messieurs, je vais mettre sous vos yeux quatre praticiens qui se sont fait connaître à des titres différents, bien que sortis de la même École, formés sous les mêmes maîtres et voués tous les quatre à l'art secourable des accouchements.

Sur le premier plan, vous verrez un savant modeste et consciencieux, qui sut se concilier l'estime et l'attachement de ses confrères autant par l'aménité de son caractère que par la fermeté de ses principes, le studieux, le sage, le placide Desormeaux, l'un des types les plus purs de la probité médicale, qui cachait sous une froide enveloppe le cœur le plus chaud et le plus aimant; enlevé à la science par une mort aussi soudaine qu'imprévue, mais dont les écrits seront toujours consultés avec fruit.

Vous y remarquerez ensuite le classique, j'allais dire le scolastique Capuron, qui laissait tellement ignorer ses bienfaits, que sa mort seule a pu nous les révéler; Capuron qui vécut toujours sur les bancs de l'École, au milieu des élèves et comme un élève; debout comme un vieux chêne au milieu de ces jeunes générations; suivant comme aux jours de sa jeunesse tous les exercices de nos écoles; simple, frugal, vivant de peu, *vêtu au mois de juin comme au mois de janvier*, et menant encore, à plus de quatre-vingts ans, la vie d'un aspirant à l'internat. Tel était Capuron, se privant de toutes les aises de la vie, qu'on savait riche, qu'on croyait, comme tant d'autres vieillards, occupé à thésauriser pour quelques collatéraux et qui ne thésaurisait que pour les pauvres.

Vous y verrez, en troisième lieu, un des plus rares exemples de dévouement, de constance et de fidélité au malheur; le bon, l'honnête, le désintéressé M. Deneux; né dans les rangs les plus obscurs de la société, longtemps simple praticien dans une ville de province, M. Deneux devient l'objet des plus hautes faveurs; il est honoré de la confiance de grands personnages, comblé de distinctions, mais il n'en reste pas moins plein d'indépendance et de loyauté, et conserve, jusque dans le palais des rois, la rude franchise de ses compatriotes.

Enfin, et sur un dernier plan, vous trouverez un homme jeune encore, livré à une vaste pratique, après avoir fait ses preuves dans de brillants concours, praticien éclairé, sage et circonspect, joignant à ses fonctions d'accoucheur celle de médecin des enfants; auteur d'ouvrages estimés, qui jamais ne fit étalage de sa parenté avec le plus savant et le plus habile accoucheur des temps modernes, mais qui par ses talents, sa probité et ses lumières, s'est montré digne de porter le grand nom de Baudelocque.

Le premier que je viens de nommer, Marie-Alexandre Desormeaux, naquit à Paris le 5 mai 1778. Son père, son aïeul et son bisaïeul avaient exercé la médecine avec distinction. De remarquables succès obtenus dans l'art des accouchements avaient même ouvert à son père les portes de cette célèbre Académie royale de chirurgie, qui nous a laissé de si grands et de si durables souvenirs.

Le jeune Desormeaux était un charmant enfant, d'une timidité excessive. Placé au collége d'Harcourt, on le voyait, dans les heures de récréation, fuir les jeux bruyants et tumultueux de ses camarades, et ne chercher d'autres plaisirs que ceux que pouvait lui donner la variété de ses études.

La douceur de son caractère, la candeur de sa physionomie et l'instabilité apparente de ses goûts, l'avaient fait surnommer l'*Enfant;* mais cet enfant, qu'on croyait aussi frivole qu'indolent, finissait par remporter presque tous les prix à la fin de l'année. Si l'on veut me permettre cette comparaison, je dirai que, tout en paraissant s'arrêter çà et là et s'écarter follement de la route, comme le lièvre insouciant du fabuliste, il s'avançait, en réalité, avec une sage et prudente lenteur. Tel a été, du reste, le trait distinctif de son caractère, et nous le verrons tout à l'heure, dans des luttes plus sérieuses, engager d'abord le combat avec défiance, hésitation et timidité, puis s'attaquer à des athlètes éprouvés, les fatiguer par la constance de ses efforts et remporter enfin une palme méritée.

La suppression de l'Université, en 1792, avait arrêté brusquement ses études heureusement très-avancées; mais comme rien ne peut supprimer dans le monde les maladies, ni éteindre le désir d'y remédier, s'il n'y avait plus de Facultés, ni d'Académies de médecine, il y avait toujours des hôpitaux et de grands maîtres qui enseignaient au lit des malades la pratique de la médecine.

Ce fut sous Desault, Manoury, Giraud et Boyer que Desormeaux fit ses premières études en anatomie et en chirurgie; sa direction était prise: c'était l'art chirurgical qu'il voulait cultiver de préférence. Mais le 4 mai 1798, la veille du vingtième anniversaire de sa naissance, il eut la douleur de perdre subitement le meilleur des pères; de sorte que le voilà tout à coup chef d'une famille à peu près sans fortune, et qui désormais ne pouvait compter que sur lui. Malgré son extrême jeunesse, il va suffire à tout; la mort avait surpris son père au milieu d'un cours d'accouchements qu'il faisait aux élèves; le fils annonce que ce cours ne sera pas interrompu; il a, dit-il, les cahiers de son père, le même enseignement sera continué, et de fait cet enseignement se poursuit avec le plus grand succès, car il avait mieux que les cahiers de son père, il avait une instruction solide, un sens naturellement droit et une excellente méthode.

Mais à peine a-t-il ainsi rétabli ses affaires, qu'une autre calamité vint fondre sur lui; la conscription, qui n'épargnait personne, l'enlève à sa famille, et il est incorporé dans un régiment de l'armée du Rhin.

Arrivé à Strasbourg, il trouva, heureusement pour lui, quelques-uns de ses anciens maîtres, Lombard, Lacournère, Percy, chirurgiens en chef, qui reconnurent notre jeune professeur d'accouchement sous l'habit de simple soldat, et qui se hâtèrent d'obtenir pour lui un congé. Desormeaux en profita pour revenir à Paris, où il se fit nommer chirurgien de 3e classe. Heureux d'avoir quitté le mousquet, il fit la campagne d'Italie comme chirurgien militaire, et c'est en cette qualité qu'il assista à la bataille de Marengo.

La paix de Lunéville lui permit de quitter enfin définitivement le service militaire et de s'établir pour toujours à Paris.

Il rentrait donc dans sa famille; mais il était loin d'y trouver cette aisance si désirable pour le perfectionnement des études; c'était de son propre travail qu'il devait tout attendre. Nommé aide d'anatomie par la voie du concours et déjà réputé fort habile, il n'en fut pas moins obligé, pour suffire à ses besoins, de donner des leçons de langues anciennes et de mathématiques.

On sait que Cabanis avait fondé un prix qui conférait gratuitement le titre de docteur aux lauréats; grâce à cette généreuse institution, M. Desormeaux put obtenir sans frais le grade de docteur en médecine, et il soutint à cette occasion une dissertation très-remarquable sur la doctrine de l'*accouchement par les pieds*.

C'est quelque chose sans doute pour un jeune homme que d'être pourvu d'un diplôme en beau parchemin; mais si ce diplôme donne le droit de traiter des malades, il ne donne pas de malades. Ajoutez que tel qui a excellé dans ses études, qui a mérité les applaudissements de ses maîtres, ne se sent nullement propre à trouver des clients, et M. Desormeaux était précisément de ce nombre. Aussi en attendant des temps meilleurs, il s'estima heureux d'entrer dans une famille, au fond de la Bretagne, pour y faire une éducation particulière, puis un peu plus tard dans les environs de Paris, où il vécut encore dans une profonde retraite, tout entier à ses études classiques, épris surtout de la langue grecque, et s'occupant, pour ne pas quitter tout à fait la médecine, de traduire en français les aphorismes d'Hippocrate.

Loin de regretter plus tard d'avoir eu à passer par ce temps d'épreuves, M. Desormeaux se plaisait à y reporter ses souvenirs; il aimait à se rappeler ces belles années de sa jeunesse, cette paix profonde, ce calme, ce silence au sein duquel il avait recommencé toutes ses études. Jours heureux! doctes loisirs si bien en harmonie avec son caractère un peu rêveur et mélancolique, mais qui devaient bientôt faire place à une vie plus active!

Quelque honorable, en effet, et quelque douce que pouvait être pour ce studieux jeune homme une position semblable, elle n'était que provisoire. M. Desormeaux sentait lui-même qu'il devait se proposer un autre avenir, mais peut-être n'aurait-il rien fait pour le préparer si une amitié délicate ne l'avait fait pour lui et à son insu. Ce fut une grande surprise et une grande joie pour M. Desormeaux lorsque son ami, le docteur Horeau, vint lui annoncer que, grâce au bon vouloir de Corvisart, premier médecin de l'empereur, il allait se démettre de ses fonctions de chirurgien de *madame-mère*, et que c'était lui, Desormeaux, qui devait être nommé à cette place.

Je le répète, ce fut un vrai bonheur pour M. Desormeaux, qui rentrait ainsi dans l'exercice de sa profession, sans avoir à craindre les ennuis, les soucis et tous les dégoûts qu'il faut surmonter pour se former une clientèle.

M. Desormeaux était dans cette situation assez prospère, lorsqu'en 1810, la mort de Baudelocque laissa vacante à la Faculté de médecine de Paris la chaire d'accouchements.

M. Desormeaux avait commencé quelques démarches. Dès qu'il sut que l'Université allait mettre cette place au concours, il les discontinua et se fit inscrire au nombre des concurrents.

Cette lutte a laissé de grands souvenirs dans l'École de Paris; la veille des épreuves, M. Desormeaux, se défiant comme toujours de ses propres forces, voulait se retirer du concours. Ses parents, ses amis, et surtout le bon Lacournère, dont il avait épousé la fille, firent si bien qu'ils l'empêchèrent de se désister. Jeune et modeste, timide et réservé, il allait avoir à se mesurer avec des hommes éprouvés par de longs travaux, et habitués aux luttes de la parole; mais s'il n'avait rien de ce qui peut impressionner les masses, il avait ce qui peut entraîner les esprits sensés et sérieux, une instruction profonde et variée, un jugement droit et exquis, un esprit juste et distingué. Aussi une fois entré dans la lice, on le vit peu à peu grandir dans l'opinion, se concilier la faveur publique et conquérir enfin une supériorité décidée. Sans sortir de son calme habituel, et sans se départir des formes les plus polies, il sut plus d'une fois déconcerter ses adver-

saires par la justesse et l'à-propos de ses citations, par la netteté et la vigueur de sa logique.

Percy avait été chargé de rendre compte des épreuves; interprète éloquent de ses collègues, il montra dans un tableau animé et fidèle avec quelle modestie, et en même temps avec quel talent M. Desormeaux avait fini par l'emporter sur tous ses compétiteurs; il ne faisait, du reste, que rendre l'impression générale, lorsqu'empruntant à la littérature de l'époque ses couleurs les plus vives et les plus pittoresques, il disait :

« Tel on voyait jadis, dans de nobles tournois, un poursuivant d'armes jeune « et inconnu se faire modestement ouvrir la barrière, essayer avec prudence sa « valeur et arracher ensuite la victoire aux anciens chevaliers qui avaient semblé « dédaigner sa jeunesse et son inexpérience, tel nous avons vu un concurrent, le « moins âgé de tous et jusque-là le plus négligé par la renommée, se mêler, timide « et circonspect, parmi ses adversaires aguerris par l'usage et par les années; « n'être d'abord à leurs yeux qu'un athlète novice cherchant à s'exercer, puis « gagner chaque jour sur eux du terrain et finir par leur enlever la palme et les « suffrages. C'est ainsi que M. Desormeaux a succédé au plus savant et au plus « habile homme qu'ait jamais obtenu l'art obstétrique. »

Ce triomphe cependant si longtemps disputé et si loyalement obtenu ne mit pas M. Desormeaux à l'abri des attaques les plus odieuses. On osa insinuer que s'il avait été préféré à ses compétiteurs, c'était grâce à l'intervention toute-puissante de *madame-mère*, calomnie insigne et qui était d'ailleurs démentie par les faits. La mère de l'empereur était restée tellement étrangère à la nomination de M. Desormeaux que ce fut seulement à son retour du château de Pont qu'elle en eut connaissance, et elle manifesta quelque mécontentement de ce que son jeune chirurgien était entré dans ce concours sans lui demander son agrément.

Quoi qu'il en soit, M. Desormeaux, une fois nommé professeur, pouvait se livrer entièrement à ses goûts studieux. Il était de ces hommes qui, placés entre les exigences d'une clientèle lucrative et les devoirs du professorat, ne s'attachent qu'à ceux-ci au détriment des autres : leurs propres intérêts en souffrent, mais l'enseignement y gagne et la science aussi. Loin donc de faire comme tant d'autres, de regarder sa place de professeur comme un brillant anneau qu'un hasard de concours lui aurait placé au doigt, et qui, fixant les yeux du monde, n'en aurait donné que plus d'essor à sa clientèle, M. Desormeaux se voua exclusivement aux intérêts du Corps qui venait de se l'agréger, et ce dévouement fut si bien apprécié qu'à la mort du professeur Sue, ses collègues s'empressèrent de lui donner une nouvelle marque d'estime et de confiance en le nommant à une place qui était alors assez importante, celle de trésorier de la Faculté; peu de temps après, il fut désigné pour faire partie du Jury chargé de l'examen des officiers de santé et des sages-femmes.

Dans cette haute et belle position, M. Desormeaux devait regarder son sort et celui de sa famille comme définitivement assuré; mais qui peut se dire à l'abri de tout événement? La Faculté n'était pas un Corps politique; ses professeurs étaient réputés inamovibles, mais elle avait des tendances libérales que le parti réactionnaire cherchait à dénaturer; aussi, à l'occasion de quelques désordres intérieurs qu'on aurait pu facilement réprimer, on se hâta de sévir, non contre les élèves qui s'étaient mutinés, mais contre les professeurs les plus illustres, et M. Desormeaux faillit être compris parmi ceux qui furent éliminés : l'homme le plus modéré, le plus pacifique qui fut au monde, était dénoncé comme un homme dangereux pour l'État et comme ennemi du gouvernement. On recula néanmoins devant l'odieux d'une destitution, et M. Desormeaux fut conservé.

Mais cet événement lui inspira de sérieuses réflexions : il comprit que sa place de professeur ne pouvait lui assurer, à lui et à sa famille, une pleine et entière sécurité; que, dès lors, il devait faire quelque violence à ses goûts et agrandir le cercle de sa clientèle.

Professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, successeur de Chaussier comme médecin en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine et auteur d'écrits estimés sur l'obstétrique, il était suffisamment désigné à la confiance publique, et parfaitement en mesure de la justifier par une expérience consommée et un talent de premier ordre, il n'eut donc qu'à sortir un peu de son indolence pour devenir un des praticiens les plus occupés de Paris.

Mais il semble qu'une divinité jalouse et malfaisante attend, pour frapper quelques hommes d'élite, le moment où, entrés dans la plénitude de leur talent, il ne leur reste plus qu'à en recueillir les fruits. Un long et brillant avenir semblait réservé à M. Desormeaux; sa santé, bien qu'un peu délicate, n'était rien moins qu'altérée : c'est à peine s'il avait parlé d'une douleur qu'il ressentait depuis quelques jours dans le côté gauche de la poitrine, lorsque, le 29 avril 1830, vers neuf heures du matin, à peine monté en cabriolet, et à quelques pas de chez lui, son domestique l'entendit s'écrier : « Ah! mon Dieu! je me trouve mal...., je ne sais ce que j'ai...., » et il n'était plus. L'instantanéité des accidents portait à croire qu'il venait de succomber à une rupture du cœur.

M. Desormeaux a laissé un beau nom dans la science des accouchements. Il était aimé et chéri de tous ceux qui l'approchaient, et il le méritait par la sûreté de ses affections, l'inaltérable égalité de son humeur et les grâces de son esprit; il ne méritait pas moins d'être estimé par la noblesse de ses sentiments, la délicatesse de sa conscience et l'inflexible droiture de son caractère.

M. Desormeaux a peu écrit; c'était surtout un homme de pensée; il n'a publié aucun de ces grands ouvrages *ex professo* dits complets, par lesquels débutent aujourd'hui tant de jeunes accoucheurs. Vieilli dans la pratique de son art, mûri par l'expérience, M. Desormeaux s'est borné à publier quelques articles, mais exquis et irréprochables; ce sont ceux qu'il fit insérer dans le *Dictionnaire de médecine*, et qui tous sont relatifs à l'art des accouchements. Ils portent la marque de son excellent esprit; écrits avec une rare correction, sans trop de détails ni de ces citations qu'il est si facile d'accumuler dans des travaux faits en collaboration et destinés à remplir des colonnes; rien d'important n'y est omis; ce sont autant de monographies qui inculquent aux élèves les vrais principes de l'art, et que plus tard le praticien peut consulter avec fruit lorsque, se trouvant en face de quelque grande difficulté, il veut savoir la conduite à tenir. Mais il m'aurait suffi, messieurs, pour faire un éloge complet de chacun de ces articles, de vous rappeler que notre collègue, M. P. Dubois, après les avoir tous revus et complétés pour une seconde édition du *Dictionnaire*, s'est empressé d'associer son nom à celui de M. Desormeaux.

Quant aux leçons orales de M. Desormeaux, elles étaient pleines, nourries et sensées, mais son débit était lent, froid et monotone. Dans nos discussions académiques, M. Desormeaux était un peu plus animé, et parfois il mêlait à de fines remarques une ironie toute socratique qui concordait avec sa physionomie calme et spirituelle.

Le nom de M. Desormeaux, devenu une gloire séculaire dans nos écoles continuera, nous l'espérons, grâce à son fils, d'être un des ornements de la chirurgie française; c'est une succession courageusement acceptée qui ne dépérira pas.

Maintenant, messieurs, j'ai à vous parler d'un praticien né longtemps avant M. Desormeaux, mais qui, lui ayant survécu pendant de longues années, ne devait venir qu'après lui sous ma plume.

C'est en 1767, le 10 mai, que naquit Joseph Capuron, dans la petite ville de Laroque-Saint-Sernin, département du Gers. Un vicaire du voisinage avait commencé son éducation et l'avait mis en état d'aller à Auch, faire d'excellentes humanités. Celles-ci terminées, le jeune Capuron hésitait entre la carrière de l'enseignement et l'état ecclésiastique; le monde n'avait aucun attrait pour lui; le suprême bonheur de ce pieux jeune homme eût été de s'ensevelir dans une abbaye de Bénédictins, située non loin de la ville d'Auch. En attendant que l'âge le lui permît, il alla à Toulouse se livrer à de nouvelles études sous la direction des Oratoriens, et bientôt il fut admis en qualité de professeur dans le collége de cette ville. Il y enseignait la philosophie et les mathématiques, lorsque la Révolution, en supprimant cette institution, le força de se réfugier dans le département des Landes, où il se chargea d'une éducation particulière.

Quelques années après, vers 1796, il alla à Bordeaux, et pour occuper ses loisirs, il se mit à suivre les cours de l'École d'instruction médicale. Le matin, il fréquentait les hôpitaux, dans la journée, il assistait à quelques conférences tenues par les professeurs, et, dans l'intervalle, il donnait des leçons de mathématiques. Ces leçons n'étaient pas richement rétribuées; mais comme il avait peu de besoins, elles lui assuraient largement des moyens d'existence; aussi, confiant dans cette ressource, il disait qu'avec ses mathématiques il aurait pu, comme un compagnon, faire son tour de France. Il se contenta de venir directement à Paris en 1797. Il y vécut d'abord comme il avait fait à Bordeaux, au moyen de ses leçons de mathématiques, puis il fut admis comme professeur à l'Institution nationale des Colonies.

Les ordres religieux n'ayant pas été rétablis, M. Capuron se mit à étudier la médecine plus sérieusement qu'il ne l'avait fait jusque-là; il consacra cinq années à cette étude, suivant avec assiduité tous les cours de l'École de Santé, et cela sans négliger ses devoirs de professeur à l'Institution des Colonies.

Pendant toute sa vie, M. Capuron a été un homme d'école; apprendre pour enseigner, tel a été toujours son but. Aussi, à peine s'était-il fait recevoir docteur en 1802, qu'il songea à faire pour la médecine ce qu'il avait fait pour les mathématiques, c'est-à-dire à instituer des cours. Il racontait lui-même que dans les premiers temps il avait fait marcher de front ces deux genres d'enseignement, ne voulant renoncer à ses leçons de mathématiques que quand il pourrait pleinement les remplacer par des leçons d'anatomie. L'École de Paris, avec son enseignement officiel et son enseignement libre, a été pour M. Capuron comme un vaste collége dans lequel d'élève il est devenu sous-maître, puis maître, et maître distingué, sans se placer tout à fait au premier rang. On peut même dire que c'est ce désir de savoir uniquement pour enseigner qui a porté M. Capuron à prendre définitivement l'art des accouchements pour en faire ce qu'on appellerait aujourd'hui *sa spécialité*.

Cet art, en effet, envisagé, non pas au point de vue de la physiologie générale, mais au point de vue de l'enseignement élémentaire, devait tout à fait rentrer dans les idées de M. Capuron; les autres branches de la médecine pouvaient lui paraître entourées d'obscurités, mais la science des accouchements, que les travaux de Levret et de Smellie avaient portée à un si haut degré de certitude, pouvait être considérée par lui comme une science toute faite, et dès lors elle était de nature à satisfaire un esprit qui n'aimait, en toute espèce d'études, que ce qui est positif, arrêté, admis comme incontestable. Il fallait, en effet, à M. Capuron, des règles, des principes fixes, auxquels il pût se rattacher; or, une science qui, grâce à Baudelocque, avait pu être formulée en une sorte de catéchisme par demandes et par réponses lui allait à merveille; c'était comme une continuation de ses mathématiques élémentaires; il y trouvait des calculs à établir, des poids à déter-

miner, des mesurer à prendre et des mouvements à suivre ; c'était là des notions qui séduisaient M. Capuron et sur lesquels il aimait à s'arrêter, aussi était-ce avec une sorte de prédilection qu'il revenait sans cesse sur l'art de reconnaître les dimensions du bassin, sur les rapports des diamètres de cette cavité avec ceux de la tête du fœtus, et sur toute cette mécanique vivante de la parturition.

On conçoit que M. Capuron devait tenir fortement aux opinions qu'il avait une fois adoptées, et que les arguments ne lui manquaient pas pour les défendre ; ses idées étaient trop fixes, trop arrêtées, et sur tous les points, pour qu'il pût consentir à faire la moindre concession. Ainsi, dans deux grandes discussions académiques, on le vit maintenir jusqu'au bout, et sans que rien pût le faire dévier, les idées qu'il avait d'abord émises : dans la première, il s'agissait de l'accouchement avec issue du bras, il maintint avec force les bons principes, s'élevant avec raison contre une pratique barbare qu'on devait s'étonner de voir reproduite de nos jours ; dans la seconde, comme il s'agissait d'une innovation dans la pratique des accouchements, de l'emploi du seigle ergoté, il céda peut-être trop facilement à une prévention irréfléchie contre toute espèce de nouveauté.

M. Capuron a composé un assez grand nombre d'ouvrages ; mais il semble que ses livres, de même que sa parole, étaient tellement destinés aux écoles, qu'ils ne devaient pas en franchir les murs. Faits pour les élèves, ses écrits ne pouvaient pas avoir d'autre destination ; c'étaient comme des livres de collége, dont l'usage cesse en passant d'une classe dans une autre. Son *Cours théorique et pratique des accouchements* n'était d'ailleurs qu'une reproduction de ses leçons ; son *Traité des maladies des femmes*, et son *Traité des maladies des enfants* en étaient comme des appendices obligés ; mais un livre classique par excellence a été son *Lexique*, ou *Nouveau Dictionnaire des termes de médecine, de chirurgie et des sciences accessoires ;* deux traités, écrits en latin, étaient en outre sortis de sa plume, non pas à la manière de Sydenham, de Franck et de Baglivi, pour parler à l'Europe savante, mais pour un besoin particulier de l'École de Paris.

On sait que lors du rétablissement des Facultés en France, on avait cherché, autant que le permettait l'état de la société, à revenir aux règlements et statuts de l'ancienne Université ; mais vu ce qu'on appelait le malheur du temps, on avait dû se borner à n'exiger l'emploi du latin que pour la dernière épreuve, et encore avait-on concédé qu'à des questions faites en latin les récipiendaires pouvaient répondre en français ; trois ou quatre érudits seulement, Hallé, Lallemant, Desormeaux et Desgenettes se plaisaient à émerveiller l'auditoire par l'abondance et la facilité avec laquelle ils s'exprimaient dans la langue des Romains. Plus récemment enfin, et comme dernier vestige des épreuves de l'ancienne Faculté, on n'avait plus demandé aux élèves qu'une simple composition en langue latine. Or, M. Capuron, qui comprenait son époque, savait parfaitement que la plupart des élèves seraient bien aises d'arriver avec leur thème tout fait, et c'est pour eux qu'il avait publié ses *Nova medicinæ elementa*, ou *Methodica chirurgiæ institutia*.

M. Capuron avait paru avec distinction dans quelques concours, et notamment dans celui de 1811, où fut disputée la chaire de Baudelocque ; n'ayant pas été nommé, il resta pendant de longues années encore professeur particulier d'accouchement, et son zèle, loin de se ralentir, semblait augmenter à mesure qu'il vieillissait.

Lorsque la Faculté, réorganisée sur un nouveau plan, en 1823, crut devoir s'entourer d'un Corps d'agrégés, véritable pépinière de professeurs, elle comprit, dans une nomination première, quelques praticiens émérites au nombre desquels se trouvait M. Capuron. Ce fut une grande satisfaction pour lui d'endosser au moins la modeste robe d'agrégé, et comme il ne sortait pas de l'École, c'était chose curieuse de le voir tantôt interroger les élèves comme un de leurs maîtres, et tantôt aller s'asseoir sur les mêmes bancs comme un de leurs égaux.

Il passa ainsi sa vie tout entière dans le pays latin, n'ayant d'autre horizon que les bâtiments de l'École et les deux grands hôpitaux du quartier, l'Hôtel-Dieu et la Charité ; pendant de longues années, on l'avait vu suivre très-exactement les visites de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu ; puis celles de M. Bouillaud à la Charité. Il dominait de son front chenu toutes ces jeunes têtes au lit des malades, leur disputant la meilleure place comme l'aurait fait un élève désireux de s'instruire. Un peu auparavant, on l'avait vu, sectateur obstiné des doctrines de Broussais, s'asseoir au premier rang de ses auditeurs, ravi de pouvoir se rattacher à ce qu'il appelait une médecine *exacte*. Que de générations, messieurs, ont passé dans nos amphithéâtres, qui se sont ainsi coudoyées avec ce zélé vieillard ; jamais élève n'a vécu plus durement que lui : son intérieur était aussi sévère, aussi pauvre que la cellule d'un moine ; une poussière épaisse couvrait ses quelques livres et tout son mobilier ; un vieux bureau couvert de manuscrits, quelques chaises de paille, et quelques tablettes de sapin, c'était à peu près tout l'ameublement de son cabinet ; je ne sais si jamais un peu de feu a égayé ce sombre réduit. L'usage des voitures lui était complétement étranger ; on le voyait dès le matin, en plein hiver, courir aux cliniques, le visage rougi par le froid, et vêtu d'une simple redingote que personne ne se souvenait d'avoir vue neuve.

Tels ont été, messieurs, les seuls plaisirs de M. Capuron ; quant aux rares honneurs qu'il obtint, ils étaient venus en quelque sorte le chercher : nommé, en 1823, membre de cette Académie, ce n'est qu'en 1832, à l'âge de 65 ans, qu'il fut décoré du ruban de la Légion d'honneur.

Doué d'une santé vigoureuse, exempt de toute espèce d'infirmité, M. Capuron avait atteint sa 83e année, lorsque le 2 avril 1850, un mardi, en séance de l'Académie, nous le vîmes tout à coup pâlir et fléchir la tête ; il avait presque entièrement perdu connaissance ; ses voisins s'empressèrent de le soutenir et de le transporter dans une pièce attenant à celle des séances. Comme on ne l'avait jamais vu malade et que lui-même avait été peu ému de cet accident, on ne pouvait croire à quelque chose de sérieux ; mais, la nuit suivante, il se plaignit d'une vive douleur au pied gauche : c'était une gangrène sénile qui se déclarait, maladie au-dessus des ressources de l'art, et à laquelle il succomba, après vingt jours de souffrances, le 23 avril 1850.

J'ai dit, messieurs, qu'ayant toujours vécu dans le célibat et loin du monde, n'ayant aucune relation connue, ne recevant personne, M. Capuron passait pour avoir acquis une grande fortune ; mais tout se réduisait à de simples conjectures. Quel était le chiffre de cette fortune ? En quoi pouvait-elle consister ? Quelles seraient, à cet égard, ses dispositions ? C'était là ce qu'on ignorait complétement : on savait seulement qu'il se refusait tout à lui-même, et on en concluait qu'il devait tout refuser aux autres. Étrange erreur ! qui prenait sa source dans sa profonde modestie et dans une charité au-dessus de tout éloge ; son âme, à la fois compatissante et stoïque, mettait autant de soins à cacher ses bienfaits que d'autres en mettent à les publier. C'était pour cela qu'il avait muré sa vie. Que lui importait cette vaine gloire de passer aux yeux des gens du monde pour un généreux bienfaiteur ! ce qu'il recherchait, ce qui lui suffisait, c'était l'intime satisfaction d'avoir soulagé des infortunes ; c'était là le seul contentement auquel il aspirait, et tout cela se passait entre Dieu et sa conscience. L'ouverture de son testament vint tout révéler.

Disons d'abord que, tout en se montrant l'ami des pauvres, il était resté bon parent. Depuis de longues années, il avait fait donation à sa famille de la maison paternelle, se réservant seulement un lit et une petite chambre pour l'abriter quand il irait dans le pays.

Quant à ses dernières dispositions, en voici le sommaire :

— A sa famille, 148,000 francs.

— Aux hospices de la Charité de Paris, d'Auch et de Condom, 12,000 fr., à partager par tiers entre ces établissements.

— Aux missions étrangères de France, pour la propagation de la foi, 40,000 fr.

— A la Société de Saint-Vincent de Paul, pour les familles indigentes, 20,000 fr.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sernin, lieu de sa naissance, 1,200 fr. de rente.

— Aux pauvres de Castera-Verduzan, dont il avait inspecté les eaux, 600 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse d'Aiguetcinte, près de Condom, 400 fr. de rente.

— Aux pauvres de la paroisse de Saint-Sulpice, à Paris, 1,200 fr.

— Au séminaire d'Auch, 1,000 fr. de rente, pour entretenir à Paris un jeune prêtre du diocèse auquel ce secours serait nécessaire pour suivre les hautes études ecclésiastiques pendant trois ans, à l'expiration desquels ce jeune prêtre serait remplacé par un autre jouissant des mêmes avantages, et ainsi pour d'autres, de trois ans en trois ans, à perpétuité.

— A la commune de Saint-Puy, 2,000 fr. de rente, dont 1,000 fr. pour la fondation d'un prix de vertu à décerner, chaque année, au jeune homme ou à la jeune fille qui se seront distingués par leur bonne conduite jusqu'à l'âge de vingt et un ans ; et 1,000 fr. pour la fondation d'un prix d'agriculture à décerner, chaque année, aux deux cultivateurs, propriétaires ou bordiers qui auront le mieux travaillé leur terre.

— A l'Académie de médecine, 1,000 fr. de rente, pour la fondation perpétuelle d'un prix dont elle déterminera elle-même le programme et les conditions.

— Et enfin, 2,000 fr. de rente, à la bonne gouvernante qui avait entouré de soins sa vieillesse.

Voilà, messieurs, quel était le mot de cette énigme inexplicable de la vie de M. Capuron : c'était pour arriver à ces munificences qu'il s'était imposé de perpétuelles privations !

Quelle sagesse ! quel bon sens a présidé à toutes ces dispositions ! Rien n'a été oublié, tout a été prévu par cet homme de bien. Si un peu d'orgueil nous était permis en parlant d'un collègue si modeste, si profondément et si sagement religieux, nous dirions que nous nous sentons fiers et glorieux d'avoir compté dans nos rangs un homme qui sut être tout à la fois le Montyon du pauvre citadin et du pauvre villageois ; le Montyon du courageux missionnaire qui va prêcher la foi sur des plages lointaines ; du jeune prêtre qui vient demander à la science d'éclairer sa raison et d'orner son esprit ; du cultivateur intelligent qui, par ses rudes travaux, double la richesse du pays ; et enfin, du médecin studieux dont les savantes recherches reculent les bornes d'un art conservateur ! !

(*La suite au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Des Hernies crurales, par le docteur A. Deville, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 149. 2e année. Samedi 16 Décembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 15 Décembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 27 Novembre.

Théorie de la locomotion du cœur.

Nous disions récemment, à propos d'un autre ordre de faits, que les médecins ne se hâtent d'oublier rien tant que leurs principes de physique. Le travail lu par M. Hiffelsheim, dans la séance du 27 novembre, nous en apporte une nouvelle preuve.

Toutes les fois qu'une force presse sur tous les points d'une cavité close, comme le fait par exemple le gaz qui se dilate dans une arme à feu, qu'un point de la cavité vienne à céder, la force ne s'épuisera pas tout entière en s'échappant par l'issue qui lui est offerte, elle réagira aussi sur le point opposé à cette issue, et elle déterminera sur ce point (relativement aux autres) une augmentation de pression qui tend à entraîner de son côté la masse de la cavité contenante, et qui produit dans les armes à feu le phénomène du *recul*. Que la force soit due à la compression d'un gaz, qui se dilate comme dans un canon, ou d'un liquide qui comprime, comme dans le cœur, le résultat sera inévitablement le même ; il ne pourra varier que dans ses degrés, puisqu'il est dû à un principe invariable de mécanique.

Le cœur remplit évidemment les conditions nécessaires pour que le phénomène du recul s'y accomplisse : 1° pression, pendant la systole des ventricules, des parois ventriculaires sur le sang, et réciproquement ; 2° issue du liquide comprimé par un des points de la cavité ventriculaire. Le recul doit donc avoir lieu inévitablement, et le cœur *tout entier* doit être repoussé dans un sens opposé à l'axe du plan des orifices par lesquels s'échappe le sang, sauf la modification résultant de la courbure de l'aorte et de l'artère pulmonaire, et de quelques autres conditions sur lesquelles il serait inutile d'insister maintenant.

Cependant, cette cause inévitable de locomotion du cœur était passée à peu près inaperçue, comme le prouve le passage suivant de M. le professeur Bouillaud, qu'il faut toujours citer quand il s'agit de la physiologie comme de la pathologie du cœur :

« L'explication du phénomène du choc du cœur contre la poitrine a longtemps embarrassé les physiologistes. On admet assez généralement aujourd'hui, avec Sénac, que ce phénomène dépend de trois causes : 1° la dilatation des oreillettes, qui se fait pendant la contraction des ventricules ; 2° la dilatation de l'aorte et de l'artère pulmonaire, par suite de l'introduction du sang que les ventricules y ont poussé ; 3° le redressement de la crosse de l'aorte par l'effet de la contraction du ventricule gauche. J'avoue que cette explication ne m'a jamais paru bien propre à satisfaire complétement un esprit un peu difficile et sévère. La cause principale du phénomène que nous étudions existe très-certainement dans la contraction même du ventricule, et cette cause ne fait nullement partie de celles indiquées par Sénac. »

On voit qu'avec sa sagacité habituelle, l'habile professeur avait parfaitement reconnu l'insuffisance des explications admises ; mais il s'arrêta là, et en ajoutant aux raisons invoquées par Sénac la contraction même des fibres des ventricules, il parvint bien à expliquer, mieux qu'on ne l'avait fait, les mouvements *partiels* du cœur, mais non le mouvement de *totalité*, qui est le principal.

Gutbrod, en Allemagne, eut l'idée, suivant Skoda (1), de rapporter ce mouvement au phénomène du recul. Mais on peut dire que cette idée était inconnue parmi nous et, dans tous les cas, dépourvue de toute démonstration, quand M. Hiffelsheim imagina les ingénieuses expériences dont il a présenté l'exposé à l'Académie. Ces expériences, il faut le dire, étaient à peine utiles pour établir un fait dont les principes de physique démontraient la nécessité ; mais par la façon ingénieuse dont M. Hiffelsheim les a conçues et exécutées, elles ont non-seulement acquis par elles-mêmes un vif intérêt, mais elles auront l'avantage de rendre la démonstration du phénomène du recul évidente pour les esprits les moins familiarisés avec les connaissances physiques. En outre, ces expériences ont déjà conduit l'auteur, elles le conduiront surtout à étudier toutes les particularités, toutes les modifications du phénomène du recul dans les circonstances particulières où le cœur se trouve placé, car on imagine bien que, si le phénomène est inévitable, il est modifiable comme tous les phénomènes mécaniques de l'économie, lesquels se passent dans des appareils dont la forme n'offre jamais une régularité géométrique, et qui, pour cette raison, ne permettent jamais

(1) Traduction de M. Aran, 1 vol. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

une appréciation mathématiquement rigoureuse des forces qui s'y trouvent mises en jeu.

Nous ne suivrons pas M. Hiffelsheim dans toutes les particularités où il a déjà porté l'étude du phénomène dont il a donné la démonstration ; nous nous contenterons de dire que, dans les développements de sa démonstration primitive, il a procédé avec une grande sagacité d'expérimentation, et sous la conduite d'une instruction physique dont nous regretterons une fois encore l'absence chez un grand nombre de nos physiologistes. Nos lecteurs trouveront d'ailleurs, à notre Compte rendu, les expériences de M. Hiffelsheim, exposées avec tous les détails que nous avons l'habitude de donner aux faits nouveaux et intéressants, et d'après l'indication et la figure que nous donnons de son appareil, chacun sans l'aide, mais surtout avec l'aide de notre très-ingénieux confrère M. Gariel, pourra répéter sans difficulté toutes ces expériences.

Un seul mot, en terminant, sur la conclusion de M. Hiffelsheim : *le cœur bat parce qu'il recule.* Que le cœur batte parce qu'il recule, c'est ce qu'on ne saurait contester, sans nier que l'eau coule vers les parties les plus déclives.

Mais le cœur ne bat-il que parce qu'il recule? C'est là une question que M. Hiffelsheim n'a pas traitée, probablement parce que ses expériences ne lui permettaient pas de la résoudre, et qu'il n'a voulu procéder que par voie de démonstration positive. Quoi qu'il en soit, elle nous paraît encore de nature à être réservée, et, comme il est bien certain, d'après de nombreuses expériences, que la pointe du cœur se relève brusquement pendant la contraction des ventricules, il ne nous paraît nullement impossible que ce mouvement puisse contribuer à produire le choc du cœur contre la paroi thoracique, et que l'explication de M. le professeur Bouillaud restât en partie vraie.

Il ne nous paraît pas non plus parfaitement certain que l'explication très-ingénieuse de M. Gendrin (*Leç. sur les mal. du cœur,* t. I, p. 40) ne contribue à produire le choc du cœur, quoiqu'il nous semble difficile de le prouver expérimentalement.

Nous ne pouvons non plus clore ces courtes remarques sans faire une observation en faveur de la sagacité de Sénac.

On n'a pas oublié que ce célèbre observateur avait placé parmi les causes du choc ou battement du cœur le redressement de l'aorte ; or, s'il s'est trompé dans l'explication, il ne s'est du moins pas trompé dans le rapport qui lie les deux phénomènes ; il est évident, en effet, que toute force ou toute résultante de plusieurs forces qui agissent simultanément ne pouvant déterminer qu'un mouvement rectiligne, l'impulsion du sang dans l'aorte courbe doit tendre à la redresser, de même qu'à redresser aussi le cœur, ou, pour mieux dire, à placer son axe et celui de l'aorte sur une même ligne droite. Nous savons que ce fait a été contesté par Carson et par une autorité bien autrement imposante, M. Gendrin ; mais, grâce aux innombrables applications du caoutchouc vulcanisé, rien n'est plus facile aujourd'hui que de démontrer l'exactitude du principe dont nous venons de parler. Ainsi donc, il faut rendre à Sénac cette justice qu'il a parfaitement saisi la solidarité du redressement de l'aorte et du battement du cœur ; avec un peu plus de physique, probablement aurait-il songé au recul.

Quoi qu'il en soit de ces considérations que nous avons peut-être trop étendues, quoiqu'il fût facile de les étendre davantage, il restera du travail de M. Hiffelsheim, dans le présent, une démonstration neuve et positive d'une idée presque neuve elle-même, et, dans l'avenir, une voie ingénieuse d'expérimentations qui pourra conduire aux résultats les plus intéressants. H. DE CASTELNAU.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôpital des Incurables (hommes). — M. HILLAIRET.

Luxation de l'extrémité externe de la clavicule.— Luxation du pouce en arrière. — Double pneumonie traumatique.

L'intérêt médical et chirurgical de l'observation qui va suivre ressort assez de lui-même pour qu'il soit inutile d'y insister longuement. Nous nous contenterons donc de soumettre le fait à l'appréciation éclairée des lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux ;* nous nous contenterons d'énumérer, en terminant, les points qui nous paraissent les plus dignes de leur attention :

Observation. — Hippolyte, âgé de 28 ans, infirmier.

Homme de taille moyenne, vigoureux, n'ayant jamais eu aucune maladie ; ancien soldat. — Il était monté sur une échelle pour nettoyer les carreaux d'un premier étage très-élevé ; l'échelle glissa, et l'homme fut jeté sur les pavés. Il ne s'est nullement rendu compte de la manière dont il est tombé ; seulement, une heure environ après la chute, on le trouve, le 4 novembre 1854, dans l'état suivant :

Agitation excessive ; le malade ne peut pas rester en place ; tourne la tête à droite et à gauche à chaque instant ; cris continuels. Il accuse une vive douleur dans toute la région lombaire, sans pouvoir mieux préciser. A chaque mouvement qui lui est imprimé, les cris redoublent ; la douleur paraît très-vivement s'exagérer à la pression. Les mouvements respiratoires sont très-fréquents ; l'inspiration peu profonde et presque impossible à cause de la douleur. Le malade étouffe et s'en plaint vivement ; pas de perte de connaissance ; pas de délire.

Le pouls est très-petit et très-fréquent ; le ventre très-dur et douloureux à la pression.

A la partie supérieure droite de la tête existe une plaie transversale de 4 centimètres environ d'étendue ; les lambeaux sont séparés et déchirés assez irrégulièrement ; au fond de la plaie on voit la surface du pariétal gauche. Cet os ne présente, du reste, ni fêlure ni fracture.

A la partie postérieure et supérieure de l'épaule gauche existe une tumeur peu volumineuse, mobile et se continuant avec la clavicule. Ce n'est autre chose effectivement que l'extrémité externe de la clavicule qui est luxée en haut et en arrière. L'épaule de ce côté est déformée, aplatie, plus rapprochée du plan médian que celle du côté opposé ; le bras gauche, immobile, est pendant le long du corps.

La paume de la main droite est luxée en arrière, luxation facile à constater par les signes suivants :

L'articulation métacarpo-phalangienne est le siége d'une notable déformation ; en arrière se trouve une tumeur due à la tête de la 1re phalange qui a chevauché d'un demi-centimètre environ, et forme un angle obtus avec le 1er métacarpien ; au-dessous de cette tumeur un renfoncement transversal très-considérable. En avant, il y a une petite plaie oblique en bas et en dehors à la hauteur de l'articulation du pouce ; au niveau de cette plaie il y a une petite tumeur, et en en écartant les lèvres, on voit que cette tumeur est due à la tête du 1er métacarpien, qui vient faire saillie au dehors. Au-dessus de cette tumeur, un pli transversal assez profond ; le pouce est beaucoup plus court que celui du côté opposé. La seconde phalange est fortement fléchie sur la première, on ne peut en produire l'extension, même avec des efforts assez considérables. Pas de gonflement, pas de douleur.

Traitement : limonade tartrique ; potion gommeuse avec sirop diacode, 30 grammes ; 60 sangsues au siége, cataplasme sur le ventre.

Quelques tentatives de réduction sont inutilement faites sur le pouce ; on n'insiste pas à cause de la douleur.

A sept heures du soir, l'oppression augmente, bien que le malade ait vomi les aliments qu'il avait pris deux heures avant sa chute ; la suffocation paraît imminente ; les mouvements inspiratoires sont peu profonds et précipités ; la face extrêmement pâle, anxieuse. L'agitation a peu diminué.

120 pulsations ; pouls petit et dépressible ; le malade se plaint plus vivement que jamais de la douleur de rein ; il y a un peu d'emphysème à l'épaule gauche.

Saignée de 4 palettes ; nouvelle tentative de réduction du pouce inutile.

Le 5, l'emphysème du côté gauche a notablement augmenté ; il s'étend au bras et jusqu'à moitié environ de la cage thoracique. A l'apparition de

cet emphysème, on recherche avec le plus grand soin la fracture des côtes qui devait exister ; mais les contractions musculaires énergiques du malade ont constamment empêché de constater le moindre signe physique de fracture. Les douleurs accusées par le malade sont toujours aussi vives ; le moindre mouvement lui fait pousser des cris aigus. La pression sur le ventre est aussi douloureuse que la veille.

La respiration, un peu moins gênée, est cependant encore très-pénible ; les mouvements inspiratoires sont toujours peu profonds et saccadés.

Le pouls à 120 pulsations, petit et dépressible comme la veille. Le malade n'a pas été à la selle et n'a pas uriné depuis la veille à midi. Le cathétérisme de la vessie, peu douloureux, laisse sortir une petite quantité de sang noir liquide, sans le moindre mélange d'urine.

M. Demarquay, appelé pour diriger le traitement chirurgical, procède à la réduction de la luxation du pouce ; il la réduit avec la plus grande facilité par son procédé, triple combinaison d'extension, torsion et flexion (1), et maintient la réduction à l'aide d'une attelle de carton externe et une bande en 8 de chiffre. La plaie du pouce et la plaie de la tête sont simplement pansées avec du cérat.

Traitement : limonade tartrique ; potion gommeuse ; sirop diacode, 30 grammes ; lavement huileux ; cataplasme sur le ventre ; saignée de 2 palettes et demie.

Le 6, l'emphysème a fait de notables progrès ; il a envahi toute la moitié gauche du tronc et la cuisse gauche.

L'agitation est beaucoup moins grande que la veille ; la figure est plus calme ; la douleur de reins, moins vive, devient cependant excessive au moindre mouvement.

Le lavement a été bien rendu avec des matières solides bien liées. Le malade a uriné une fois en petite quantité ; les urines sont fortement teintes en rouge par le sang.

L'oppression est toujours très-forte, moins cependant que la veille ; le pouls a 120 pulsations, est plus plein et plus résistant ; il y a eu du délire toute la nuit ; insomnie continuelle.

Le pouce s'est bien maintenu réduit ; la plaie se couvre de bourgeons charnus.

Traitement : limonade tartrique ; cataplasme sur le ventre.

Le 7, l'emphysème a notablement diminué depuis la veille, mais est encore très-considérable ; il y a eu encore délire et insomnie toute la nuit. Il y a eu plusieurs émissions d'urine très-copieuses, et qui ne sont plus du tout colorées par le sang. La douleur des reins est moins vive ; le malade a toussé et expectoré un peu ; les crachats sont rouillés, adhérents au verre et en petite quantité.

A l'auscultation, souffle à la base du poumon gauche et en arrière seulement ; quelques bulles de râle crépitant à la partie postérieure du poumon droit.

La percussion est très-douloureuse ; matité très-prononcée à la base et à la partie postérieure du poumon gauche. Le pouls a 120 pulsations.

Prescription : mauve ; sirop de gomme ; potion gommeuse avec sirop de diacode, 30 grammes ; deux saignées de trois palettes ; cataplasme sinapisé aux jambes ; cataplasme sur le ventre ; lavement.

Le 8, l'emphysème a notablement diminué et n'est plus guère qu'à la partie gauche et supérieure du thorax et à l'épaule gauche. La douleur de reins a également diminué ; les urines, copieuses, sont rouges, mais transparentes.

Il y a eu encore délire et insomnie. Pendant la nuit, le malade est très-agité. Le sang des deux saignées offre un caillot très-rétracté ; ce caillot est couvert d'une couenne jaune verdâtre, fort épaisse et assez résistante pour permettre de tenir le caillot suspendu entre deux doigts. — 120 pulsations.

Percussion. — Matité à gauche et en bas, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, et à droite dans un espace un peu moins étendu.

Auscultation. — Souffle à gauche, à l'angle inférieur de l'omoplate ; absence complète de bruit respiratoire au-dessous de ce point ; à droite, souffle dans tout l'espace qui correspond à la matité.

Traitement : deux saignées de 3 palettes chacune ; mauve, sirop de gomme, potion gommée avec sirop diacode (30 gr.) ; cataplasmes sinapisés aux cuisses, cataplasme sur le ventre ; lavement.

Le 9, même état. Saignée couenneuse ; saignée de 3 palettes. — Même prescription.

Le 10, la saignée n'est plus couenneuse ; le caillot n'est nullement rétracté : on n'attire que difficilement la quantité de sang désignée.

L'emphysème a complétement disparu. Le malade, extrêmement faible, a eu plusieurs syncopes dans la journée ; il a trouvé pendant la nuit quelques moments de sommeil ; du reste, même état.

Même prescription, moins la saignée.

A dater de ce jour, la pleuro-pneumonie va en diminuant d'intensité : le délire a cessé complétement ; les douleurs ne se font plus sentir que dans les mouvements ; seulement, le malade est très-inquiet au sujet de son épaule, il revient à chaque instant sur ce sujet.

Le 12, M. Demarquay fait exécuter quelques mouvements à l'extrémité externe de la clavicule, afin de l'empêcher de contracter des adhérents.

Traitement : établissement d'un vésicatoire derrière le dos ; limonade vineuse, mauve, sirop de gomme (2 pots), potion gommeuse, sirop de diacode (30 gr.) ; 2 bouillons de poulet.

Le 15, M. Demarquay procède à la réduction de la luxation : il l'opère facilement en combinant le mouvement d'élévation du bras avec l'abaissement de la clavicule ; puis, il maintient la réduction et immobilise le bras avec le bandage de Desault.

A dater de ce jour, l'amélioration va en augmentant.

Le 19, M. Demarquay remplace le bandage simple par un appareil dextriné, en ayant toutefois soin de maintenir l'écartement de l'épaule à l'aide d'un petit coussin en balle d'avoine. La plaie du pouce est presque entièrement cicatrisée ; la plaie à la tête l'est complétement.

Les douleurs de reins ont complétement disparu ; le cours des urines et des matières fécales parfaitement rétabli ; plus de toux, plus d'expectoration ; le malade est à une portion et boit 130 grammes de vin de Bagnols.

A dater de ce jour, l'amélioration ne s'est pas un moment démentie ; le malade a commencé à se lever, à s'asseoir dans un fauteuil, puis, peu à peu, s'est habitué à rester levé toute la journée.

8 *décembre.* On lève l'appareil dextriné ; la guérison du malade est complète.

La déformation de l'épaule gauche a complétement disparu, l'extrémité externe de la clavicule forme une petite saillie ; elle est parfaitement consolidée.

La plaie de tête est parfaitement guérie ; le pouce, complétement en place, a repris ses mouvements. Seulement on entend, en faisant exécuter des mouvements à l'articulation précédemment luxée, une crépitation due au frottement des deux surfaces osseuses. Ce bruit est dû effectivement au frottement des deux têtes osseuses, qui ne sont plus lubréfiées par la synovie.

Il ne reste plus, de lésions si multiples, qu'un peu d'engourdissement au bras gauche, engourdissement dû au long séjour du membre dans l'appareil dextriné.

Ainsi, dans cette observation, nous voyons un homme qui guérit dans un mois de lésions si graves et si multipliées ; aussi, peut-on y trouver des enseignements utiles.

Boyer (il est vrai qu'il ne connaissait pas les appareils inamovibles) regardait comme impossible la guérison, sans difformité, de la luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Ce fait, qui n'est pas unique dans la pratique de M. Demarquay, milite victorieusement contre l'idée de Boyer.

La facilité avec laquelle a été réduite en dernier lieu la luxation du pouce, réduction que l'on avait en vain tentée à deux reprises différentes, montre l'excellence de la méthode employée.

Nous voyons encore avec quel avantage on peut insister sur les saignées copieuses, répétées coup sur coup et poussées presque jusqu'à la syncope, dans les cas des pneumonies traumatiques qui menacent en peu de jours l'existence du malade.

Quant à la fracture des côtes, elle n'a pu être constatée à aucun moment par les signes physiques, bien que cet emphysème si considérable, et la double pneumonie, ne laissent aucun doute sur son existence. Cette impuissance tient-elle aux contractions musculaires énergiques que faisait le malade sous l'influence de la douleur ? tient-elle à l'immobilisation des fragments qui n'auraient pas subi de déplacement ? C'est ce que nous ne pouvons décider.

Un signe qui avait donné les plus graves inquiétudes, c'est la présence de sang liquide de la vessie et l'absence de sécrétions urinaires pendant vingt-quatre heures. Il y avait là une contusion des reins ; peut-être déchirure de la vessie. Il y avait tout lieu de craindre une néphrite des plus intenses. Cependant, ce pronostic si grave ne s'est pas réalisé, et ces accidents, qui étaient peut-être les plus inquiétants, ont été les premiers à se dissiper.

CHAIRON.

(1) *Voir* les *Memoires de la Société de chirurgie.*

THÉRAPEUTIQUE.

Sur la galvano-poncture dans le traitement des varices et des anévrismes,

Par le Dr Werner Steinlein, de Saint-Gall.

Les résultats favorables que l'on a obtenus par l'emploi de la galvano-poncture doivent engager les chirurgiens à rechercher quels sont les procédés les plus sûrs, et surtout ceux qui exposent le moins à l'inflammation et à la suppuration.

Baumgarten et Würtenberg, d'après le fait annoncé par Schuh que la coagulation se produit plus promptement au pôle positif qu'au pôle négatif, ont entrepris des expériences sur l'action des pôles pris séparément. Ils ont obtenu les résultats suivants :

1° Si l'on introduit le pôle négatif seul dans un vaisseau, le positif étant appliqué contre les parties voisines, il n'y a pas de coagulation ;

2° Les deux pôles introduits dans le vaisseau produisent une coagulation lente, faible, rarement complète ;

3° Le pôle positif, introduit seul, détermine une coagulation rapide et complète.

Pour se rendre compte de ces résultats, il est nécessaire de rechercher quelle peut être l'action des pôles sur l'albumine, la fibrine, etc.; c'est ce qu'a entrepris M. Steinlein, en employant une batterie de Grove, à pôles de platine et de zinc, le premier positif, le second négatif.

Les expériences sur l'albumine ont donné les résultats suivants :

1° Si l'on plonge dans l'albumine deux conducteurs en platine, il ne se produit pas de coagulation, et le papier de tournesol ne montre aucune réaction ;

2° Si l'on remplace l'aiguille en platine du pôle positif par une aiguille en fer, il se dégage au pôle négatif de petites bulles, qui ne tardent pas à former une mousse épaisse ; le papier rouge de tournesol, mis sous l'aiguille de platine, devient bleu ; l'aiguille en fer du pôle positif se charge lentement d'albumine coagulée, sans dégagement de bulles. Cette aiguille devient brunâtre ;

3° Si l'on remplace la pointe en fer par une aiguille en zinc, celle-ci détermine une coagulation bien plus rapide de l'albumine.

Il résulte donc de ces expériences que la coagulation de l'albumine ne se produit qu'au pôle positif, et que la force coagulatrice varie suivant la nature du métal employé. L'auteur s'occupe ensuite d'expliquer ces résultats d'après les lois de la physique et de la chimie, et conseille, pour l'acupuncture, de remplacer les aiguilles d'acier par des aiguilles de zinc, ou plutôt par des aiguilles recouvertes d'une couche de ce métal. La galvano-puncture devrait dès lors se pratiquer de la manière suivante : on enfoncerait dans le sac anévrismal ou dans les vaisseaux variqueux un certain nombre d'aiguilles qu'on mettrait en contact avec le pôle positif d'une batterie galvanique. Le pôle négatif serait muni d'une plaque de platine qu'on disposerait sur la peau dans le voisinage de l'anévrisme, après avoir augmenté la conductibilité de l'épiderme en l'humectant d'une solution salée ou acidulée. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Teinture de chanvre indien contre les affections rhumatismales.

Le docteur Hœr a traité avec succès, par ce moyen, des malades dont les douleurs étaient devenues atroces et avaient résisté à divers moyens. Il s'agit, dans ses observations, de rhumatismes à peu près apyrétiques, mais avec persistance opiniâtre des gonflements articulaires et des douleurs. La teinture de *cannabis indica*, administrée à la dose de huit gouttes, répétée trois fois par jour, enlevait les douleurs en très-peu de temps, après avoir produit une diurèse abondante. Nous voyons, dans une de ses observations, que le traitement fut continué pendant quatorze jours ; mais dès le premier la teinture avait ramené le calme et le sommeil.

(*Geneeskundige courant* et *Journal de méd.* de Bruxelles.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Novembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Locomotion du cœur. — NOUVELLE THÉORIE.

M. Hiffelsheim lit la note suivante :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie la première partie des recherches que j'ai entreprises sur les mouvements du cœur, dans le but de résoudre les nombreux problèmes que cette question soulève en physiologie normale et pathologique. Je me bornerai ici à lui exposer les faits relatifs à la CAUSE IMMÉDIATE DE LA LOCOMOTION OU DU BATTEMENT DU CŒUR.

Une simple induction reposant sur une comparaison avec des objets inanimés m'avait conduit à attribuer cet acte vivant au phénomène physique du recul. Des recherches bibliographiques toutes récentes m'ont appris qu'une semblable idée avait déjà été émise par le docteur Gutbrod (V. Skoda). J'apporte aujourd'hui, *pour la première fois*, une *démonstration théorique et expérimentale* à l'appui de cette doctrine, qui se résume ainsi : *Le cœur bat parce qu'il recule.*

Je distingue les mouvements du cœur en deux genres : le mouvement absolu et les mouvements relatifs.

Le *mouvement absolu* est le mouvement de translation, de totalité que subit la masse du cœur qui vient frapper la paroi thoracique, phénomène connu sous le nom de *battement, choc, l'ictus* des anciens.

Sous le nom de *mouvements relatifs*, je comprends les phénomènes de systole et de diastole, c'est-à-dire ceux de raccourcissement, d'allongement, de torsion spiroïde.

Ces deux genres de mouvement s'exercent en même temps. Ainsi, tandis que le cœur tout entier se déplace, il subit, en même temps, des variations de forme et de volume, se raccourcit, s'allonge et se tord sur lui-même. Malgré les nombreuses recherches auxquelles la physiologie du cœur a déjà donné lieu, on est loin d'être fixé sur les relations de succession ou de coïncidence : 1° des divers mouvements relatifs *entre eux ;* 2° du mouvement absolu et des mouvements relatifs. Mais si les physiologistes ne sont point d'accord sur les rapports de coïncidence et de succession, ils sont assez unanimes pour subordonner le mouvement absolu immédiatement aux mouvements relatifs. En d'autres termes, ils attribuent à l'effet direct, soit de la systole, soit de la diastole, soit du mouvement spiroïde, la locomotion du cœur.

Les recherches théoriques et expérimentales auxquelles je me suis livré tendent à démontrer que le mouvement relatif de la systole détermine le mouvement absolu et le précède par conséquent (MM. Bouillaud, Magendie, Bérard les font coïncider), tandis que l'expulsion du liquide est la cause immédiate de ce mouvement absolu.

Voici la démonstration de cette proposition :

Le cœur, abstraction faite des oreillettes, est un vase formé de deux compartiments distincts, parallèles au grand axe. Le liquide qu'il renferme ne s'échappe point au dehors par l'effet de la pesanteur, mais par la contraction simultanée de toutes les fibres qui constituent les parois de ce vase. A tous égards le cœur double agit (sauf des avantages étrangers à la question) comme si deux cœurs simples étaient placés sur deux points du cercle circulatoire. On peut donc faire tous les raisonnements fondamentaux comme sur un cœur simple. Ceci étant posé, il y a à établir un premier principe fondamental de physique, à savoir qu'un vase à parois mobiles (par contractilité ou par élasticité) est dans le mêmes conditions qu'un vase à parois fixes.

THÉORÈME. Une enveloppe contractile, chassant un liquide de son intérieur, par une ou plusieurs ouvertures placées dans sa paroi, éprouve, *avant toutes choses*, une réaction rectiligne dirigée en sens inverse de la résultante des forces qui représenteraient l'intensité des jets.

En effet, il suffit, pour rendre cette proposition évidente, de s'appuyer sur deux principes fondamentaux d'hydraulique et de mécanique.

1° Le premier établit que toutes les fois qu'une paroi fixe fermée est pressée de toutes parts par un liquide, et lui donne issue par un quelconque de ses points (qu'il y ait entrée ou non par tout autre point), la pression du liquide sur ce point étant supprimée, le vase subit des réactions différentes de celles qu'il subissait lorsque l'écoulement n'avait pas lieu ; il y a tendance au mouvement, en vertu du changement d'intensité et de position de la résultante finale, qui ne peut plus être égale à zéro, si elle l'était primitivement.

2° Le second principe établit que, dans les phénomènes des chocs des corps, les forces qui naissent sont identiques, quel que soit le corps choquant, à celles qui auraient lieu si l'un des corps étant en repos, l'autre était animé subitement de la vitesse *relative* qu'il possède par rapport au second dans leur commun mouvement.

Or, dans le cas présent, nous avons une enveloppe contractile ou élastique expulsant un fluide fixe par sa compression.

Le phénomène se passera exactement, quant aux réactions produites, comme si nous avions une enveloppe fixe contenant un fluide élastique dont le volume augmenterait.

Dans ce second cas, qui est celui des fusées d'artifice, du recul des armes à feu, il y a tendance au déplacement de l'enveloppe, en sens inverse du jet fluide. Donc, notre proposition ramenée à une proposition évidente est démontrée. Cette déduction nous fournit un corollaire général. Toutes les fois qu'une cavité close à parois mobiles expulse un liquide par un orifice, cette cavité aura une tendance au recul.

Appliquant ce principe à l'économie vivante, nous devons admettre que la vessie, par exemple, et d'autres organes creux peuvent se trouver, au moins dans des circonstances données, dans le cas du cœur.

La nature de la paroi ne saurait exercer une influence directe dans cette question; sa mobilité sans doute a pour condition certaine composition; mais c'est la propriété d'être mobile qui constitue la condition physique immédiate dont nous avons à nous occuper.

Il n'est pas besoin aujourd'hui de prouver que le cœur arraché qui se contracte, se dilate et subit alors un changement de volume et un déplacement de son centre de gravité, n'éprouve nullement le déplacement de totalité, que le liquide expulsé peut seul à notre avis déterminer. C'est un fait d'observation que chacun peut vérifier comme nous l'avons fait maintes fois; de plus, des observateurs très-éminents, tels que M. Claude Bernard, puis M. Beau, etc., sont de cet avis.

Ainsi ce fait-là ne peut pas nous être opposé, puisqu'il n'est pas question de savoir si le cœur peut se contracter dans l'air et *sur de l'air*. Du reste, si l'on observait un jour une espèce de mouvement dans cette circonstance, c'est à cette derniere condition qu'il faudrait l'attribuer, condition générale énoncée dans notre théorème.

Que le cœur soit assez libre pour subir une locomotion, cela n'est pas douteux. Il ne s'agit pas d'une translation analogue à celui d'un battant de cloche, dirions-nous avec M. Bérard; le mouvement est peu étendu; mais ceci est accessoire. Il est considérable dans une poitrine, au moment où on l'ouvre. Or, du moment où il existe, il faut l'étudier tel qu'il est, sans s'égarer dans de stériles discussions.

Le cœur étant adhérent par sa base, mais non pas fixe (ce qui ne changerait rien), étant de plus disposé de telle façon qu'il repose en partie sur le ventricule gauche, dirigé obliquement, la pointe en avant, etc. : la direction du mouvement de recul ne peut être, ne doit être donnée rigoureusement; il en est ainsi de tous les phénomènes vivants. Le *mode* de déplacement est subordonné aux obstacles, comme le *déplacement en lui-même* est subordonné aux différentes conditions mathématiques énoncées dans notre théorème. Que l'on ne nous objecte donc pas ces dispositions anatomiques de *rapport*, de *liens*, etc.

A présent, que l'on veuille bien remarquer avec nous que l'intensité d'une force (choc-recul) peut être représentée de deux manières bien distinctes. Dans un corps de petite masse, l'intensité d'un mouvement communiqué se traduira, par exemple, par l'étendue du trajet qu'il aura parcouru. Dans un corps de masse plus grande, le mouvement communiqué se traduira par un trajet plus petit, la masse absorbant une partie. Un physicien dirait simplement : Les *quantités de mouvement* sont égales dans les deux cas : $M.v = mV$.

Les moyens d'union du cœur, en mettant cet organe en continuité avec le corps, quoique incomplétement, lâchement, ont pour effet une communication de mouvement plus grande que si le cœur était presque libre à sa base. Il en est de même lorsqu'un grand hydro-péricarde vient à entraver presque complétement ses évolutions, et au point de rendre le battement presque imperceptible.

Après avoir ramené en principe le cas de *mobilité* au cas de *fixité*, je vais démontrer que *des poches qui représentent le cœur simple, distendues à volonté par de l'eau soumise à de fortes pressions, produisent, en se rétractant, l'effet d'une contraction*. Le caoutchouc vulcanisé se prête admirablement à ces expériences. J'ai fait construire à cet effet, par M. le docteur Gariel, des poches représentant un cœur simple (1), qui, distendues par 40 à 100 grammes d'eau, répondaient à l'effort supposé du cœur humain. Je dis effort supposé, car la pression du sang *dans le ventricule contracté* n'est pas directement connue.

Ces poches devaient être chargées de liquide; ce liquide devait être expulsé instantanément, et sortir par un orifice qui s'ouvrît au moment de l'expulsion.

Pour atteindre ce dernier but, il fallait nécessairement recourir à un ressort qui, lâché, donnerait la liberté à l'orifice. Un deuxième orifice devint indispensable, le premier étant fermé à l'avance par le ressort. C'est par ce second orifice que nous chargeons la poche, à l'aide d'une pompe à robinet inférieur, telle que les pompes à injections; à la faveur d'une pièce intermédiaire, nous établissons et nous supprimons la communication à volonté.

Mais comme nous tenons à apprécier nos expériences numériquement, nous mesurons, à l'aide d'un manomètre mis en communication avec la poche, la pression intérieure du liquide; puis, à l'aide d'une forte pince, on ferme la poche inférieurement.

Pour faire partir instantanément le ressort, et sans y toucher, nous l'avons fixé avec une ficelle, disposée de telle sorte qu'elle pût être brûlée aisément à distance. La poche est disposée sur un dynamomètre consistant en une lame d'acier trempée, et le recul est vertical de haut en bas. Un petit pinceau, horizontalement adapté à la lame, exécute des excursions sur une plaque noircie et représente l'amplitude d'une oscillation.

C'est à l'aide de ces différentes pièces disposées en appareil, et que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, que j'ai obtenu des résultats numériques, comme je l'avais prévu, qui démontrent que l'étendue du recul est en raison composée de la quantité du liquide, de l'épaisseur des parois de la poche et du diamètre de l'orifice par lequel s'échappe le liquide.

Pour déduire des lois de ces expériences, il eût peut-être fallu les multiplier encore. Mais ceci nous aurait entraîné dans une direction un peu trop physique, et nous eût condamné à renoncer à des expériences plus biologiques.

Evidemment, pour répondre à chacune de ces questions, nous avons dû isoler les éléments, de façon à avoir des données constantes et à ne varier qu'une circonstance qui dès lors pouvait être comparée dans les différentes expériences. Nous avons commencé par une *pression constante*. En prenant une pression de 190 millim. et en *variant* les quantités d'eau, voici le tableau que nous avons pu former :

Pression.	Poids de l'eau.	Recul en poids.
1 — 199^{mm}.	127 grammes.	273 grammes.
2 — 190	97 —	173 —
3 — »	50 —	120 —
4 — »	45 —	35 —
5 — »	35 —	30 —

Par ces expériences, il est établi, à n'en pouvoir douter, que le recul a une relation directe avec la quantité de liquide expulsé. La pression devant rester la même, et la quantité de liquide diminuant à chaque expérience, il fallut nécessairement augmenter la puissance de la poche. Nous avons fait faire, à cet effet, des poches très-fortes; de plus, des poches très-minces qui pussent être superposées aux autres, et qui en augmenteraient la puissance dans des proportions assez faibles. Les irrégularités dans les chiffres s'expliquent en partie par ce fait que l'on faisait varier nécessairement l'orifice. (*La fin au prochain numéro.*)

(1) La figure qui représente l'appareil de M. Hiffelsheim nous ayant été remise trop tard, nous sommes obligé de la renvoyer au prochain numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 12 Décembre.

Eloges de MM. Desormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque.

Mais dans le cours de cette même année 1767, qui avait vu naître M. Capuron au pied des Pyrénées, à l'autre extrémité de la France, dans un village de Picardie, déjà illustré par la naissance de Baudelocque, à Heilly, naissait un autre enfant qui devait aussi être un de nos collègues, et qui, le 25 août, recevait les noms de Louis-Charles Deneux.

La mère de cet enfant était cousine germaine du célèbre accoucheur. Son père exerçait dans le village la profession peu lucrative de tailleur. Aussi le jeune Deneux ne put recevoir chez ses parents qu'une éducation très-incomplète, et encore grâce à l'amitié d'un oncle maternel, Jean-Baptiste Baudelocque.

C'est sans autre préparation qu'il fut envoyé à Paris, et, reçu dans la maison de son illustre parent, il y suivit des cours de chirurgie et d'accouchement de 1782 à 1789. Il ne paraît pas que Baudelocque ait distingué son jeune cousin dans la foule des élèves qui suivaient ses cours, ni qu'il ait rien fait pour le retenir à Paris; car celui-ci finit par retourner dans sa province, où il se fit recevoir maître en chirurgie.

Soit timidité, soit conscience de sa faiblesse, M. Deneux alla s'établir dans un village de Picardie nommé Vignacourt; mais il y trouva un concurrent redoutable dans la personne d'un chirurgien qui ne savait pas même signer son nom, ce qui ne l'empêchait pas d'être appelé de toutes parts, de sorte que, de son propre aveu, M. Deneux, en une année, ne vit pas quatre malades. La place n'était pas tenable; aussi, dès le commencement des guerres de la Révolution, il abandonna cette ingrate position pour entrer en qualité de chirurgien aide-major dans le 3e bataillon des volontaires de la Somme; puis, en 1794, il passa comme chirurgien-major dans la 24e demi-brigade d'infanterie.

Ce n'était point là encore cependant sa vocation; car dès 1795 il quitta le service et alla s'établir non plus dans le village de Vignacourt, où il aurait peut-être retrouvé la concurrence de l'ignorant frater, mais dans une petite ville du voisinage nommée Albert. Il n'y réussit pas encore merveilleusement, mais il y fit un mariage qui, tout humble qu'il était, lui préparait un avenir auquel n'aurait osé aspirer le plus ambitieux médecin de campagne.

La jeune personne qu'il épousa était fille d'une dame de confiance attachée à la maison du duc de Choiseul-Gouffier, ancien ambassadeur à Constantinople, célèbre dans les lettres par son voyage en Grèce. A partir de ce moment, le patronage de cette noble famille fut acquis à M. Deneux. Il vint s'établir dans l'ancienne capitale de la Picardie, et il arriva rapidement à toutes les places dont on peut disposer dans une ville de province. Il fut successivement, de 1798 à 1810, chirur-

gien en chef adjoint du dépôt de mendicité, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Charles, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École d'instruction médicale, et enfin chirurgien en chef de la maison de justice. Il faut dire que, dans ces dernières fonctions, il marqua son passage par un acte de philanthropie fort louable, en obtenant que dans la maison d'arrêt les prévenus fussent séparés du condamné.

Le titre de docteur étant destiné à remplacer celui de maître en chirurgie, et conférant à ceux qui en étaient pourvus le droit d'exercer la médecine dans toute l'étendue du territoire français, M. Deneux était venu à Paris, en 1804, remplir les formalités nécessaires pour l'obtention de ce grade, et, à cette occasion, il avait soutenu une thèse : *Sur les ruptures de la matrice.*

Tout devait faire croire que M. Deneux se trouvait enfin satisfait de la position d'ailleurs fort honorable qu'il s'était fait à Amiens ; il n'en fut rien cependant. A peu de temps de là, en 1810, à l'âge de 43 ans, il ne craignit pas de quitter cette bonne ville de province, où il exerçait de si nombreux emplois, pour venir fixer sa résidence à Paris ; c'était beaucoup hasarder ; on va voir qu'il n'eut point à s'en repentir.

Une fois sur ce grand théâtre, M. Deneux se livra exclusivement et avec de remarquables succès à la pratique des accouchements. Baudelocque venait de mourir ; il laissait une grande succession, que des hommes éminents durent se partager. Nous avons vu que sa chaire d'accouchement à la Faculté ayant été mise au concours, ce fut M. Desormeaux qui l'obtint après de longues et difficiles épreuves, et qui devint ainsi son successeur dans l'enseignement. Baudelocque était en outre chirurgien en chef accoucheur à la Maternité ; son successeur dans cette maison fut Antoine Dubois. On sait enfin que ce fut encore Dubois qui succéda à Baudelocque dans la confiance de l'Empereur, et qui fut nommé accoucheur de l'impératrice Marie-Louise.

Quant à la clientèle de l'illustre professeur, M. Deneux put en recueillir d'importants débris ; mais tout en obtenant la considération et l'estime dues à un bon et excellent praticien, notre collègue ne pouvait avoir la prétention de placer son nom à côté de celui de Baudelocque.

Ce n'est d'ailleurs qu'à une époque assez avancée dans sa carrière, que M. Deneux livra à la publicité les résultats de ses observations ; ses premières publications ne remontent pas au delà de 1813 ; c'est dans le cours de cette année qu'il fit paraître ses recherches sur la *Hernie de l'ovaire,* maladie souvent méconnue, et sur laquelle on ne possédait que peu d'observations. M. Deneux, en les réunissant et en leur en adjoignant d'autres qui lui étaient propres, composa un excellent Mémoire.

Cinq ans après, en 1818, M. Deneux publia ses *Considérations sur les propriétés de l'utérus,* travail peu remarqué, mais qui renfermait des remarques très-judicieuses.

L'année suivante, M. Deneux fit insérer, dans le *Journal général de médecine,* des *Observations sur les hémorrhagies utérines et sur la terminaison des grossesses intra-utérines.* L'histoire des hémorrhagies occultes de l'utérus était restée enveloppée de beaucoup d'obscurité, M. Deneux sut indiquer avec une rare sagacité, et beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, le siége et la nature des épanchements qui se font dans l'épaisseur, ou mieux dans l'intervalle des membranes de l'œuf.

En 1820, il fit paraître dans le même journal quelques remarques sur la *Sortie du cordon ombilical pendant l'enfantement,* et, en 1823, des *Recherches très-curieuses sur les causes de l'accouchement spontané après la mort ;* mais le meilleur travail sorti de sa plume est incontestablement celui dans lequel il a fait une histoire tout à fait neuve de certains *trombus* ou *tumeurs sanguines* mentionnés par Levret, et depuis négligés par presque tous les auteurs.

Ces diverses publications présentaient certainement un haut degré d'intérêt et d'utilité ; elles décelaient dans M. Deneux un bon esprit d'observation et un sens tout à fait pratique, elles auraient suffi pour maintenir son nom en un rang honorable dans la légion d'ailleurs si estimable et si utile des bons praticiens de Paris, et peut-être se serait-il trouvé satisfait de voir vieillir son ambition dans ces paisibles honneurs, si des circonstances, un peu moins liées à la science, n'étaient venues contribuer pour une si large part à une bien autre élévation.

La Restauration avait succédé à l'Empire ; beaucoup de grandes familles étaient rentrées en France. On sait comment la réputation d'un accoucheur peut tout à coup se propager et grandir dans le monde ; rien n'égale la reconnaissance et le dévouement des femmes pour le praticien exercé et prudent qui, dans ces longues heures d'anxiétés et de souffrances, est venu leur prodiguer les secours de son art, le bonheur d'être mères redouble leur sollicitude et leur bienveillance naturelle. M. Deneux, essentiellement bon et serviable, avait ainsi trouvé de chaleureuses et puissantes recommandations, et sa position allait s'élever bien au delà sans doute de ses propres espérances.

Jusque-là, en effet, dans les familles souveraines, lorsqu'il s'était agi de faire choix d'un accoucheur, on avait naturellement jeté les yeux sur des hommes que désignait une grande célébrité. Sous la Restauration, les choses ne se passèrent point tout à fait de cette manière ; la famille royale préféra pour la duchesse de Berry le praticien d'ailleurs prudent et habile que recommandait le noble faubourg, et M. Deneux fut nommé.

Le début de M. Deneux, dans ses hautes et délicates fonctions, ne fut pas heureux, le premier enfant de la duchesse de Berry ne vint au monde qu'après un travail de vingt-quatre heures, et il avait cessé de vivre. On ne pouvait en imputer la faute à M. Deneux, sa conduite avait été sage et prudente ; la confiance du duc de Berry en fut néanmoins un moment ébranlée ; on agita la question d'établir un conseil médical qui, au besoin, viendrait en aide à l'accoucheur. M. Deneux protesta, avec une noble fermeté, contre un pareil outrage ; il déclara que ce serait le mettre en tutelle, et finit par dire que si cette insulte lui était faite il se retirerait. On n'insista pas davantage ; un second accouchement, heureux de tout point, vint d'ailleurs rassurer les esprits ; c'était une fille qui fut plus tard désignée sous le nom de *Mademoiselle.*

Mais, en 1820, le duc de Berry ayant succombé sous le fer d'un assassin, la naissance d'un troisième enfant, qui cette fois fut un fils, vint mettre le comble à la fortune de M. Deneux ; il fut accablé d'honneurs, de distinctions et de places. Nommé coup sur coup chevalier de l'Ordre royal de Saint-Michel, médecin en chef adjoint de la Maison d'accouchement, chevalier de la Légion d'honneur et de Constantin des Deux-Siciles, il fut compris dans les premières nominations des membres titulaires de l'Académie de médecine, et, un peu plus tard, il fut promu au professorat dans la Faculté de médecine de Paris.

Bien que nommé professeur, grâce à l'ordonnance de 1823, M. Deneux n'avait pris la place de personne à la Faculté, on avait créé pour lui une chaire de clinique d'accouchement, mais je suis obligé de dire que, pendant les huit années de son professorat, aucun service ne fut organisé, et qu'il ne fit acte de professeur qu'en assistant aux examens.

Jusqu'ici, messieurs, vous l'avez peut-être remarqué, c'est à peine si cette notice, consacrée à M. Deneux, a pris les formes d'un éloge académique : c'est qu'il est des hommes qui ne peuvent être complétement appréciés et jugés que quand sont venus les jours d'épreuves ; tout en comblant M. Deneux de ses faveurs, tout en le soutenant en quelque sorte par la main, la fortune semblait avoir oublié de lui donner ces qualités heureuses et brillantes qui mettent de niveau avec toute espèce de bonheur ; mais maintenant que je vais le suivre dans les rudes sentiers de l'adversité, ce sera pour moi une vraie satisfaction d'avoir à montrer en lui une belle âme et un noble cœur, d'avoir à dire quelles furent l'étendue et la constance de son dévouement pour ceux à qui il devait tout.

A peu de temps de là, ses protecteurs étaient tombés, le vent des révolutions les avait de nouveau rejetés sur la terre d'exil ; la duchesse de Berry, arrêtée en Vendée, avait été conduite dans la citadelle de Blaye. M. Deneux en eut à peine connaissance, qu'il demanda au gouvernement la faveur d'aller s'enfermer avec elle dans sa prison. C'était lui, disait-il, qui, en d'autres temps et dans le palais des rois, lui avait donné ses soins, c'était donc à lui de lui prêter les secours de son ministère dans ces jours d'abandon, de malheur et de trahison. La demande de M. Deneux ayant été accueillie, il lui fut permis d'aller partager la captivité de la princesse.

Sa première entrevue avec la prisonnière eut quelque chose de touchant : la duchesse de Berry était couchée, pâle, amaigrie par de longs jours de solitude, d'ennui et de souffrances. M. Deneux, introduit près d'elle, ne put trouver une parole, il se jeta au pied du lit, et couvrit de larmes la main de la princesse, puis, et pendant toute la durée de son emprisonnement, il lui prodigua des soins de chaque jour et avec la plus vive sollicitude.

Quand la princesse fut rétablie de toutes ses souffrances et mise en liberté, M. Deneux ne crut pas sa mission terminée ; il accompagna Marie-Caroline jusqu'à Palerme d'abord, puis jusqu'à Naples. Ce voyage, déjà très-onéreux et très-pénible pour Deneux, faillit se terminer pour lui d'une manière funeste ; dans les environs de Rome, il fut horriblement maltraité et complétement dévalisé par une troupe de bandits, et ce fâcheux événement ne devait pas être le dernier.

A peu de temps de là, en effet, et au milieu d'un hiver rigoureux, M. Deneux fut mandé au fond de l'Allemagne pour donner de nouveau ses soins à la princesse ; malgré son grand âge et l'affaiblissement de sa santé, il n'hésita pas un seul moment : Je suis un vieux serviteur de la famille, disait-il, je veux remplir mon devoir. Il se mit donc en route malgré la rigueur de la saison ; à son retour, et avant d'avoir atteint la France, sa voiture versa dans un ravin escarpé et profond ; il en sortit couvert de contusions et avec deux côtes fracturées ! Enfin, tout entier encore à cette touchante religion des souvenirs, il voulait, à l'âge de 80 ans, aller une troisième fois en Allemagne, auprès de sa noble cliente ; c'est à grand'peine s'il céda aux supplications de madame Deneux et de ses amis.

Tant de dévouement, tant d'abnégation ne l'avaient pas enrichi ; une modeste pension de 1,200 fr., voilà tout ce que lui avaient valu ses longs services ; aussi, quand l'âge ne lui permit plus d'exercer sa profession, il fut obligé de vendre une partie de sa bibliothèque et d'aller vivre au fond d'une province dans le voisinage de quelques vieux amis. Un de nos collègues, son parent et son ami le plus dévoué, allait souvent le visiter ; ce fut lui qui lui ferma les yeux, dans la petite ville de Nogent-le-Rotrou, le 28 décembre 1846 ; ce parent, cet ami qui avait trouvé au commencement de sa carrière un asile dans la maison de M. Deneux, c'est celui dont il me reste à parler : *M. Baudelocque,* ancien médecin de l'hospice des Enfants.

C'est encore en Picardie, dans un petit village des environs d'Amiens, nommé Haille, que naquit César-Auguste Baudelocque, le 9 décembre 1795.

Son père était cousin germain du grand accoucheur ; c'était un notaire de campagne, d'une forte et impétueuse nature, plus occupé de ses plaisirs que de l'avenir

de ses enfants; sa mère, Marie-Louise Denisart, était proche parente du jurisconsulte Denisart, connu par d'estimables travaux.

Le jeune Auguste Baudelocque, bien que d'un caractère vif et emporté, montra, dès ses premières années, un goût très-prononcé pour l'étude; son père lui-même en fut frappé, et pensa qu'on pouvait en faire un savant; on commença par le confier au curé du village qui lui apprit un peu de latin, puis on le fit entrer dans une bonne institution où il fit d'excellentes études, et, en 1810, on l'envoya à Amiens, à l'école dite d'Instruction médicale.

Le nom que portait M. Baudelocque n'a pas été étranger au choix de sa carrière, mais, pour rallumer cette gloire de famille, il ne fallait rien moins qu'un héritier plein de zèle et d'ardeur, comme l'était ce jeune homme. Auguste Baudelocque sentait en lui ces nobles désirs. L'École de médecine d'Amiens l'avait tout au plus initié au grand art qu'il voulait cultiver; c'était à Paris seulement qu'il pouvait faire des études sérieuses. Il savait qu'un de ses parents y exerçait l'art des accouchements, que ce parent avait été accueilli dans sa jeunesse par le premier des Baudelocque. Sans en savoir davantage, il se mit en route, bien convaincu que ce parent s'empresserait de payer, à présentation d'un autre Baudelocque, cette vieille dette de reconnaissance. Les faits prouvèrent qu'il ne s'était point trompé. Ce parent, je viens de le dire, était M. Deneux. Il reçut le jeune Baudelocque à bras ouverts, le fit demeurer chez lui, et pourvut à tous ses besoins.

C'était vers la fin de l'Empire, la guerre n'était plus pour nous qu'une suite de désastres; heureux ceux qui, ayant fait quelques études médicales, pouvaient prévenir la conscription et entrer dans les armées en qualité de chirurgiens militaires! C'est ce que fit M. Baudelocque; il entra comme sous-aide dans un bataillon d'artillerie, et fut dirigé sur Dresde. Mais ce bataillon ayant été coupé du reste de l'armée et fait prisonnier, M. Baudelocque fut emmené jusqu'au fond de la Hongrie, et c'est de là qu'il dut revenir en 1814, quand la paix fut rétablie. Doué d'une forte constitution, et désireux de revoir son pays natal, il fit cette longue route à pied, le sac sur le dos. Il racontait que le dernier jour, ayant encore vingt lieues à faire, il les fit tout d'une traite; et ce fut les yeux pleins de larmes qu'il aperçut enfin le clocher de son village et le toit de la maison paternelle.

Après quelques jours passés dans sa famille, M. Baudelocque dut revenir à Paris. M. Deneux, toujours disposé à lui être utile, lui avait de nouveau ouvert sa maison; mais M. Baudelocque sut bientôt se suffire à lui-même. En 1818, il concourut pour l'internat: nommé l'un des premiers, il se trouva attaché aux hôpitaux jusqu'à sa réception au doctorat, c'est-à-dire jusqu'en 1822.

Si, à cette époque, M. Baudelocque n'avait suivi que ses goûts, il n'aurait pas quitté Cullerier l'ancien, qui avait pour lui la plus vive amitié, et peut-être se serait-il consacré aux études que comporte l'hôpital du Midi; mais, je l'ai déjà dit, M. Baudelocque portait un beau nom, il avait dans sa famille une noblesse qui l'obligeait, ce fut vers l'hôpital de la Maternité qu'il dut se diriger de préférence.

Le savant Chaussier avait cessé de remplir les fonctions de médecin en chef de cet établissement; M. Deneux en était le médecin adjoint. M. Baudelocque, admis comme interne dans cette maison, put y acquérir des connaissances essentiellement pratiques dans cette science des accouchements qui désormais allait remplir presque toute sa vie. Cependant, comme tout s'enchaîne et tout se lie dans la nature, nous allons voir que cette étude de l'art obstétrical devait conduire M. Baudelocque à d'autres études non moins pleines d'intérêt et fécondes aussi en résultats pratiques.

La vie des femmes, a dit le plus ancien et le plus vénéré des médecins, n'est trop souvent qu'une longue maladie. Par cela, en effet, que la femme porte dans son sein, et pendant de longs mois, le produit de la conception, des changements profonds se sont accomplis en elle, et, dès lors, elle est exposée à toutes sortes de dangers; puis, quand sont venues ces heures si désirées, et en même temps si redoutées, d'une prochaine délivrance, que de hasards, que de périls n'a-t-elle pas à courir au milieu de toutes ses angoisses et de toutes ses souffrances! Sans doute, il est d'ineffables compensations dans ces cruels moments; tout est oublié dès que la mère entend le premier cri du nouveau-né; mais de combien de maux n'est-elle pas encore menacée après l'enfantement, et quand tout semble enfin lui promettre une entière sécurité? Le médecin dont nous nous occupons a su exposer avec un vrai talent toutes les parties de ce sombre tableau, et montrer au prix de quelles souffrances la femme doit trop souvent acheter le bonheur d'être mère.

M. Baudelocque n'était encore qu'interne dans les hôpitaux lorsqu'un programme de prix appela son attention sur un premier ordre des graves accidents qui peuvent se déclarer soit pendant le cours de la grossesse, soit pendant le travail de l'enfantement, soit après les couches; je veux parler de ces attaques instantanées et effrayantes qui sont quelquefois annoncées par un cri perçant et douloureux, et qu'on appelle *convulsions*.

Quelle peut être la cause de ces scènes émouvantes? d'où vient qu'un être si faible, si délicat, peut suffire à d'aussi formidables efforts? C'est là ce qu'on ne saurait pénétrer; mais M. Baudelocque a parfaitement établi que si la prédisposition à ces attaques se trouve dans la grossesse elle-même, il faut en attribuer la cause occasionnelle au trop-plein des vaisseaux sanguins ou à un état de pléthore, et de là des indications faciles à remplir.

Mais si les convulsions constituent un ordre d'accidents des plus redoutables, il en est un autre moins effrayant en apparence, mais plus grave en réalité, et dont M. Baudelocque s'est également occupé.

Le sang, en effet, source de toute vie, peut s'échapper du sein de la mère à flots intarissables, ou bien il peut s'amasser en elle et former de mortels épanchements, constituant ainsi ce qu'on nomme des *hémorrhagies*, qui tantôt sont *internes* et tantôt sont *externes*.

M. Baudelocque ne s'est occupé que des premières, et c'est avec une admirable sagacité qu'il en a déterminé la nature, indiqué les causes et assigné le traitement. C'était le second ouvrage sorti de sa plume; mais il ne devait pas s'en tenir là.

Après avoir échappé aux *convulsions* et aux *hémorrhagies* au sortir du travail le plus facile et le plus heureux, la femme peut être prise tout à coup d'une fièvre qu'on a nommée *puerpérale*.

Cette fièvre avait été mal étudiée.

L'École de Bichat, de Pinel, et même de Broussais, tout en nous faisant mieux connaître qu'on ne l'avait fait jusque-là les inflammations des membranes séreuses, nous avait entraînés dans un solidisme trop exclusif, et c'est surtout l'histoire de la péritonite puerpérale qui devait en fournir les preuves.

M. Baudelocque, une fois entré dans la maison d'accouchement, et témoin d'une épidémie meurtrière, fut frappé d'étonnement quand il vit les salles se remplir tout à coup de femmes moribondes, lui qui croyait que la péritonite chez les femmes en couches ne devait pas présenter plus de dangers que les autres phlegmasies des membranes séreuses; il voyait les nouvelles accouchées périr en quelques heures! C'est alors qu'il commença à comprendre qu'il devait y avoir autre chose qu'une simple inflammation abdominale, et que ces morts foudroyantes devaient être rapportées à une altération essentielle et profonde des *humeurs*. Une étude plus approfondie le confirma dans cette opinion, et c'est en vue de ces principes qu'il composa son excellent *Traité de la péritonite puerpérale*.

M. Baudelocque venait ainsi de mettre la dernière main à ses travaux sur les maladies que les femmes peuvent éprouver avant, pendant et après l'accouchement; on peut dire qu'il avait fait l'histoire pathologique tout entière de la femme. Qu'y a-t-il, en effet, de sérieux, de grave, de véritablement important à connaître en dehors de ces trois ordres de maladies: les convulsions, les hémorrhagies et les inflammations ainsi comprises! Mais les belles recherches de M. Baudelocque ne devaient point encore s'arrêter là. De 1818 à 1830, sa vie tout entière avait été consacrée à l'étude des maladies des femmes. A partir de ce moment, un nouveau champ de recherches va lui être ouvert. Nommé médecin de l'Hôpital des enfants, il va aborder des études non moins importantes et pleines d'intérêt encore, celles qui sont relatives aux maladies des enfants.

Parmi ces maladies, il en est une qu'Alibert appelait une infirmité aussi honteuse que dégoûtante, qui rend l'homme un objet de rebut pour ses semblables, qui lui fait redouter l'union conjugale, qui se transmet à ses descendants, qui frappe l'enfant dans le sein de sa mère, et transforme les plus belles années de sa vie en une longue série de peines et de douleurs.

C'est la maladie *scrofuleuse*, fléau des populations, plaie hideuse du genre humain, qui semblait en d'autres temps ne pouvoir être conjurée que par l'intervention divine, et que les rois de France, au moment de leur sacre, croyaient avoir le don de guérir par l'attouchement ou l'imposition des mains; tradition antique et longtemps vénérée, qui passait d'âge en âge, et à laquelle le roi Charles X crut devoir lui-même se conformer, moins sans doute dans l'espoir de guérir ces malheureux que pour alléger leur infortune par d'abondantes libéralités.

Quand M. Baudelocque entreprit de s'occuper de la maladie scrofuleuse, il ne trouva qu'incertitude et confusion dans les auteurs. Son histoire était un véritable chaos. C'était en vain que l'Académie royale de chirurgie avait appelé en 1750 l'attention des praticiens sur ce sujet, qu'elle avait couronné les Mémoires de Bordeu et de Faure, et qu'elle les avait fait insérer dans le Recueil de ses prix; la même incertitude continuait de régner sur les causes, la nature et le traitement de cette maladie.

Et cependant, toutes les nations s'en étaient préoccupées. En Allemagne, Hufeland; en Angleterre, Gibbs, de Quincy, de Morlay, en avaient fait l'objet d'études spéciales; en France, Royer, Delpech, Alibert, n'avaient eu garde de l'omettre. Cette affection n'en était pas moins restée, comme au temps de Celse, une de ces maladies qui portent la lassitude et le découragement dans l'âme des médecins:

Quæ vel præcipuè medicos fatigare solent.

A M. Baudelocque était réservé le mérite de porter en quelque sorte la lumière au milieu de ces ténèbres.

Chaque École, chaque médecin avait sa théorie sur les causes de la maladie scrofuleuse: celui-ci prétendait qu'elle était dans les familles un funeste héritage transmis de génération en génération; cet autre n'y voyait qu'une exagération du tempérament lymphatique; celui-là n'invoquait que la contagion; cet autre s'en prenait aux aliments ou aux boissons; tel autre, enfin, aux influences atmosphériques. M. Baudelocque, après avoir mûrement examiné toutes les opinions de ses devanciers, et après en avoir reconnu le peu de fondement, crut devoir revenir aux faits.

Ses recherches furent longues, pénibles, minutieuses; d'abord vagues et incertaines, puis de plus en plus directes et positives; enfin il arriva à constater, et d'une manière irréfragable, que les conditions indispensables à la production des affections scrofuleuses consistent essentiellement et uniquement dans la respi-

ration d'un air altéré et vicié par le défaut de renouvellement. C'était une vue lumineuse dont les conséquences sur la thérapeutique étaient immenses.

En dévoilant ainsi les véritables causes de la maladie scrofuleuse et en prouvant que ces causes peuvent être écartées, M. Baudelocque avait rendu un véritable service à la société. C'est, du reste, une justice que lui ont rendue les étrangers eux-mêmes. Lorsque le parlement anglais crut devoir nommer une commission à l'effet de s'enquérir des causes qui entretiennent tant de maladies dans les grandes villes, un des médecins les plus distingués de Londres, le docteur Toynbée, interrogé par elle sur les maladies les plus fréquentes et sur leurs causes, répondit que c'étaient les maladies scrofuleuses, et que leurs causes avaient été parfaitement indiquées par un médecin français, M. le docteur Baudelocque. M. Toynbée ne s'en tint pas à cette déclaration ; il crut devoir féliciter directement et publiquement Baudelocque de sa découverte, et il lui adressa les paroles suivantes : « Permettez-« moi, monsieur, de vous dire qu'en publiant votre ouvrage sur la maladie scro-« fuleuse, vous avez rendu un service infini à l'espèce humaine, et que ce sera « toujours avec bonheur que je vous citerai comme un de ses bienfaiteurs. »

Tout ce que je viens de dire, messieurs, me dispense d'insister pour prouver que M. Baudelocque était un praticien sagace et judicieux ; c'était aussi un expérimentateur humain et prudent, et un thérapeutiste habile. Sa grande maxime était que, dans les maladies des enfants, il faut savoir attendre et gagner du temps. Sa pratique à l'hôpital était remarquablement heureuse ; c'était dans son service que se trouvait toujours la plus faible mortalité.

M. Baudelocque s'était essayé dans l'enseignement ; nommé agrégé par la voie du concours, il devait naturellement aspirer à une chaire de professeur ; mais avec un excellent fonds et de grandes connaissances, il eut peu de succès dans l'enseignement privé ; il ne savait ni se contenir ni se modérer ; et de même à l'Académie de médecine, où il avait été nommé, dès 1823, il ne prenait que rarement la parole et toujours avec une véhémence qui l'empêchait d'aller au delà de quelques phrases. Cette nature un peu colérique coïncidait chez lui avec une constitution où prédominait surtout le système sanguin ; constitution évidemment apoplectique, qu'il tenait de son père, mort hémiplégique dans un âge peu avancé. M. Baudelocque en convenait lui-même, mais il ne prenait aucune mesure pour en prévenir les suites; il écoutait volontiers les représentations de ses amis, il en sentait toute la force; mais, soit insouciance, soit conviction que tout serait inutile, il ne voulut rien changer à ses habitudes.

Les faits malheureusement ne tardèrent pas à justifier ces appréhensions ; à peine âgé de 48 ans, en novembre 1843, il éprouva une première attaque d'apoplexie au milieu d'une consultation médicale et au moment où, une objection peu obligeante lui ayant été faite, il se préparait à répondre avec sa vivacité ordinaire. Il se sentit tout à coup arrêté par un excessif embarras de la parole, et, en même temps, il y eut hémiplégie faciale, avec faiblesse dans le bras et dans la jambe gauches. Quelques émissions sanguines et un régime sévère l'avaient ramené à un état satisfaisant ; mais ayant repris ses anciennes habitudes, il éprouva bientôt une seconde attaque, et cette fois avec cécité presque complète. Après quelques mois il y eut amélioration marquée ; mais, sur ces entrefaites, notre malheureux confrère en vint à se persuader des choses qui l'amenèrent à l'état le plus triste qui se puisse imaginer.

A tort ou à raison, il avait l'intime et déplorable conviction que s'il laissait arriver dans ses yeux le moindre rayon de lumière, il perdrait immédiatement connaissance ; et que, s'il se plaçait dans une position horizontale, il serait pris d'une suffocation mortelle. Dès lors il se condamna à vivre dans une pièce dont les volets exactement fermés interceptaient toute lumière ; et à demeurer perpétuellement assis sur un fauteuil, les bras constamment élevés et soutenus par une espèce de balustrade.

Quand j'allais visiter notre infortuné collègue, c'était sa voix qui me guidait au milieu de ces ténèbres ; il restait ainsi habillé nuit et jour, ne voulant pas même que, dans cette profonde obscurité, on le débarrassât des lunettes qu'une excessive myopie l'avait toujours obligé de porter.

Ce long supplice me rappelait involontairement ces paroles du poëte :

Sedet æternumque sedebit!

Et comme avec sa forte volonté il était d'une constitution athlétique, ce fut pendant de longs mois qu'il résista à cet étrange genre de vie.

Ses parents, dans l'espoir d'alléger ses souffrances, l'avaient ramené aux lieux où s'était écoulée son enfance, dans le village de Boves, près d'Amiens. C'est là, au sommet d'une montagne, près des ruines d'un vieux château et à deux pas du cimetière, que s'est douloureusement achevée cette triste existence, le 20 mai 1851.

Ici pourrait se terminer, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur chacun de ces estimables collègues, mais peut-être ne sera-t-il pas sans intérêt de les placer une dernière fois en regard les uns des autres, de voir quelles analogies et quels contrastes offraient leurs caractères, en quoi ils pouvaient se rapprocher et en quoi ils différaient.

MM. Desormeaux et Baudelocque, enlevés tous les deux à la science par une mort prématurée, s'étaient également fait remarquer par une saine érudition et une sage pratique. Préparés tous les deux par une bonne éducation, fortifiés par de longues études, on les avait vu briller dans de mémorables concours et plus tard contribuer, par leurs recherches et par leurs écrits, à l'avancement de la science. Mais l'un était aussi calme, aussi froid que l'autre était bouillant et passionné ; il suffisait de les voir pour comprendre à quel point ils différaient :

M. Desormeaux, avec sa physionomie douce et reposée, son front pâle et pensif, son œil bleu, limpide, toujours serein ; ses mouvements compassés et gracieux, se plaisait à étendre en longues et savantes périodes tous les sujets qu'il avait à traiter, sans que rien pût l'émouvoir ou le distraire.

M. Baudelocque, avec son œil de feu, son épaisse et noire chevelure, son visage coloré, son cou bref, sa parole vive et précipitée, jetait avec une sorte de fougue ses brusques allocutions ; de sorte que l'un avait en excès de ce qui manquait à l'autre, et qu'ils auraient pu se compléter mutuellement. Si, en effet, M. Baudelocque avait pu emprunter à M. Desormeaux un peu de sa modération et de sa froideur, il aurait su fournir un long et fructueux enseignement ; et de même pour M. Desormeaux, si M. Baudelocque avait pu lui communiquer un peu de son ardeur et de sa vivacité, sans cesser d'être sage et méthodique, il aurait pu réveiller et soutenir l'attention de son auditoire de la Faculté.

Quant à ces deux grands vieillards que nous avons vus si longtemps parmi nous, MM. Capuron et Deneux, ce n'est guère que pour signaler entre eux des dissemblances que nous pourrons les rapprocher ; tous les deux étaient pleins de franchise, de loyauté et d'honneur; mais autant l'un aimait à cacher sa vie, à se tenir éloigné du monde et de ses pompes, autant l'autre aimait à se montrer et à rechercher la société des grands; nous avons vu le premier dans un modeste logement, au milieu de quelques vieux livres qu'il feuilletait continuellement; nous aurions pu contempler le second dans de somptueux appartements, au milieu d'une riche bibliothèque qu'il consultait fort peu.

Après quelques essais peu remarqués d'enseignement particulier, M. Deneux arrive au professorat et ne professe plus; M. Capuron, après de longues années d'enseignement particulier, recommence une vie d'études, de labeur et de privations; le premier, après la chute de ses protecteurs, se retire, et comme un vieux royaliste, il se condamne à un repos qui n'était pas sans dignité; puis, il meurt dans un état de pénurie qui atteste son désintéressement ; le second, toujours debout, toujours au travail, ennemi jusqu'à son dernier moment de la vie commode, meurt après une longue carrière, et laisse une fortune qui, par son emploi, fera bénir son nom.

On croirait, en vérité! que l'un n'avait demandé à la fortune que les apparences de la gloire et de la richesse, tandis que l'autre, foulant aux pieds ce vain luxe et cette gloire fragile, n'a cherché son bonheur que dans l'intimité de sa conscience et dans l'accomplissement de ses devoirs !

Étranges contrastes! que tous les deux semblent avoir voulu continuer jusque dans les souvenirs qu'ils nous ont laissés.

L'image de l'un figure dans cette salle, il est encore revêtu de la toge professorale, et couvert de décorations, comme pour maintenir sa place parmi les grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie.

Une simple lithographie, voilà tout ce qui nous resterait du second, si son nom, gravé sur une table de marbre, n'était là pour nous rappeler que, par son legs, il a pris place au nombre des bienfaiteurs de l'Académie.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES

— Les *Annales de clinique de Montpellier* nous informent que la diminution des élèves en médecine n'a pas suivi à Montpellier la même progression qu'à Paris.

« Le nombre des élèves inscrits dans notre Faculté, dit ce journal, est presque le même que celui de l'an dernier. Alors il fut pris 200 inscriptions pour le premier trimestre et 39 inscriptions nouvelles. Cette année scolaire vient de donner d'abord 175 inscriptions et 39 nouvelles.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des hydropisies et des kystes, ouvrage couronné par l'Institut et spécialement destiné aux médecins praticiens, par le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851), par M. le docteur GARIEL, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut. — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie, par le docteur L. FLEURY, médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, auteur du *Compendium de médecine*. — Paris. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr.

Sous presse. — **Recherches statistiques sur les causes de la cécité**, par le docteur G. DUMONT, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts. — A Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, et chez les principaux libraires du quartier de l'Ecole de médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 150. 

2e Année. Mardi 19 Décembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

SOMMAIRE. — **PARIS** : Séance de l'Académie des sciences du 4 décembre. — Du mécanisme de la luxation de champ de la rotule, produite par la contraction musculaire, par M. J. Servier. — **ACADÉMIE DES SCIENCES.** — **THERAPEUTIQUE** : Effets physiologiques de l'atropine, par M. Grandi. — Suppression des lochies. Convulsions tétaniques. Frictions opiacées et camphrées. Guérison, par M. le Dr Provençal. — **VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.** — **BIBLIOGRAPHIE.**

Paris, le 18 Décembre 1854.

Séance de l'Académie des sciences du 4 Décembre.

M. Chatin a cru que malgré la confirmation, par plusieurs savants et par une commission de l'Académie, de ses recherches sur la présence de l'iode dans l'air, ce fait n'était néanmoins pas encore tellement établi dans la science, qu'il n'eût besoin de recevoir de temps en temps l'appui de quelque nouvelle communication. Nous croyons que les craintes de notre ami sont exagérées : il nous paraît impossible de révoquer en doute aujourd'hui le fait qu'il a mis en lumière, et nous ne craignons pas d'ajouter qu'il est définitivement accepté par tous les esprits impartiaux.

Au point où les persévérantes recherches de M. Chatin ont porté la question, celle-ci nous paraît se présenter sous un point de vue bien plus important et surtout extrêmement délicat.

Les observations de l'habile investigateur ont aujourd'hui, sinon complétement démontré, du moins rendu extrêmement probable l'influence antigoîtreuse de l'iode de l'air, des eaux et des plantes alimentaires. Or, ce qui frapperait surtout dans cette influence, ce qui a frappé en même temps que repoussé un grand nombre de médecins, c'est la quantité extrêmement faible de métalloïde qui peut pénétrer dans l'économie par les trois voies que nous venons d'énumérer, quantité qui, d'après des calculs que nous n'avons pas faits encore, mais que nous nous proposons de présenter prochainement à nos lecteurs, ne nous paraît pas devoir s'élever à un centigramme par jour, peut-être beaucoup moins. Si donc des recherches ultérieures viennent à confirmer l'opinion de M. Chatin, et cela nous paraît fort probable (1), il y aurait évidemment, dans le fait qu'elles établiraient, quelque chose de très-peu compatible avec les idées que nous nous faisons, que je me fais surtout pour mon propre compte, sur la manière d'agir des agents thérapeutiques et prophylactiques, quelque chose de très-digne de la plus sérieuse attention des médecins. Ce qui est urgent aujourd'hui, c'est donc de constater si, oui ou non définitivement, l'iode de l'air, des eaux et des plantes alimentaires, en quelque petite quantité qu'il s'y trouve, préserve du goître ; à plus tard les conséquences physiologiques et thérapeutiques qui découleront de ce grand fait.

— Nous n'avons qu'à constater le fait organo-chimique communiqué par M. Longet; quand il en aura tiré les déductions physiologiques qu'il annonce dans sa Note, nous verrons de quel profit il peut être pour la science.

— Nous aurions beaucoup plus à dire sur la communication étendue du célèbre physiologiste, M. Marshall-Hall, dans laquelle sont exposés, sous des dénominations nouvelles, un grand nombre de faits qui ont cours, en France du moins, dans la science, et un certain nombre d'autres faits plus nouveaux ou moins connus, que le célèbre savant énonce, mais sans dire, sans décrire surtout par quelle série d'expériences et d'observations il est parvenu à en établir la réalité. Mais une telle discussion nous entraînerait dans des développements qui exigeraient plusieurs articles; et la communication de M. Marshall-Hall n'étant qu'une sorte d'introduction à celles dont il se propose de la faire suivre, nous croyons plus sage d'attendre la publication de tout son travail pour essayer d'en faire l'application.

— Disons un mot, en terminant, d'une lettre de M. le docteur Rochard, qui intéressera sans doute un certain nombre de médecins. L'honorable et distingué praticien avait cru utile de demander, et il l'avait fait d'une façon fort convenable, comme nos lecteurs peuvent en juger en lisant notre Compte rendu, quelques explications sur ce que la Commission du prix Bréant avait entendu par le mot *dartres*. A quoi le bureau a répondu :

> L'Académie juge qu'elle a exposé avec LA clarté suffisante les conditions imposées aux concurrents ; en conséquence, elle considérera comme *non avenue* toute demande de développements ultérieurs.

L'Académie, ou plutôt le bureau de l'Académie a sans doute pensé, en cette circonstance, que tout ce qui est court est bon : il a fait une réponse courte et fière; mais pour peu qu'il y réfléchisse, il se convaincra sans peine que, si sa réponse avait été moins fière et plus longue, elle n'en aurait probablement valu que mieux, même au point de vue de la syntaxe, attendu que *clarté suffisante* ne saurait

(1) Nous sera-t-il permis, à cette occasion, de regretter qu'une question aussi importante que celle du goitre et du crétinisme, une des rares questions qu'on a la quasi-certitude de résoudre à l'aide de recherches suivies, n'ait pas encore, malgré la généreuse initiative de M. Ferrus, provoqué, de part ou d'autre, la nomination d'une commission sérieuse, chargée d'en rassembler tous les éléments, de les étudier, et de nous dire, de nous démontrer enfin les mesures à prendre pour débarrasser l'humanité d'une des plus tristes plaies qui l'affligent ?

être LA *clarté*, mais seulement une espèce particulière de clarté, qui est l'espèce *suffisante*.

Le bureau n'ignore certainement pas que le mot *dartre* est une dénomination vague, aujourd'hui justement rayée de la science, et qui comprend des affections cutanées aussi nombreuses que diverses et mal définies. Quel sens les candidats au prix Bréant devront-ils y attacher? Désignera-t-il depuis l'érythème jusqu'à la lèpre tuberculeuse? ou seulement les affections vésiculeuses, pustuleuses, squammeuses; ou l'une de ces catégories; ou une ou plusieurs espèces d'une seule catégorie? Le programme de l'Académie est loin d'avoir UNE *clarté suffisante* sur toutes ces questions; on peut même dire qu'il est à cet égard parfaitement obscur.

Or, cette obscurité n'est pas sans de graves inconvénients.

Il est triste sans doute de l'avouer, mais il n'est que trop présumable que les conditions imposées par le testateur en ce qui concerne le choléra, ne seront pas de sitôt remplies, et nous avons lieu de croire que l'Académie elle-même n'a pas semé de grandes espérances sur le champ du choléra. Les beaux progrès qu'ont faits depuis quelques années la pathologie et la thérapeutique cutanées autorisent au contraire à penser que ces progrès ne s'arrêteront pas là et que des encouragements académiques pourraient en faciliter et en hâter l'extension. On voit combien il est important que les travailleurs sachent dans quel sens ils doivent diriger leurs recherches pour qu'ils puissent espérer de les voir couronner par l'Académie, et, nous le répétons, le programme de la Commission ne saurait les éclairer suffisamment à cet égard.

Tous ceux qui s'occupent du perfectionnement de la dermatologie doivent donc s'associer à la démarche parfaitement raisonnable de M. Rochard, et on la comprend surtout d'autant mieux de la part de cet habile praticien, que les succès thérapeutiques qu'il a obtenus dans le traitement d'affections cutanées, jusqu'à lui peu ou point curables, doivent avoir fait naître dans son esprit des espérances qu'on ne peut s'empêcher de considérer comme justifiées tout au moins. H. DE CASTELNAU.

Du mécanisme de la luxation de champ de la rotule, produite par la contraction musculaire.

Une variété fort intéressante des luxations de la rotule est la luxation *de champ* ou *verticale* de cet os. Pourtant elle a passé fort inaperçue dans l'histoire de la chirurgie. Un chirurgien italien envoie des observations sur ce sujet à l'Académie de chirurgie, celle-ci refuse d'y ajouter foi; Boyer ne s'en occupe que pour mettre en doute son existence; A. Cooper en parle à peine; Delpech pas du tout; Moscati est le premier qui l'ait signalée. C'était même, il y a peu de temps encore, une affection pour ainsi dire ignorée et dont personne ne s'occupait, lorsqu'un chirurgien, à qui la science est déjà redevable de tant de travaux, M. Malgaigne, a fait son histoire, comprise comme élément partiel, dans un *Traité complet des luxations de la rotule*, publié dans la *Gazette médicale* (an. 1836, n°s 28, 30, 36, 43).

Mais encore faut-il reconnaître un sous-ordre dans la variété dont nous nous occupons : c'est la luxation de champ de la rotule, *produite par la contraction musculaire*. Cette affection offre un grand intérêt, peut-être par sa rareté, c'est au moins un intérêt de curiosité, mais surtout au point de vue de son mécanisme et de son traitement.

M. Malgaigne a recueilli onze observations de luxation de champ de la rotule; mais sur ce nombre, deux seulement appartiennent au sous-ordre que nous venons de signaler. Depuis, quatre nouvelles observations ont été consignées dans les journaux de médecine. L'une, due à M. Watson (*Gaz. méd.*, an. 1840, n° 9), une autre à M. Guzzam (*Gaz. méd.*, an. 1844, n° 18), une autre à M. Payen (*Gaz. méd.*, 1847, n° 49), et enfin une quatrième envoyée par M. Delson au même journal (*Gaz. méd.*, an. 1848, n° 44). J'ai pu en observer une moi-même, c'est dans la clientèle de M. Gensoul (*Recueil des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris*, an. 1851).

Sur ces cinq luxations, trois ont été produites par la contraction musculaire; ce sont celles observées par MM. Payen, Guzzam et Gensoul. Avec les deux de M. Malgaigne, nous avons un total de cinq observations de *luxations verticales* ou *de champ de la rotule, produites par la contraction musculaire.*

S'il n'était inutile, sinon prétentieux, d'établir des divisions dans un travail aussi court, je scinderais celui-ci en trois parties. La première serait l'exposition du sujet, les observations, etc.; la seconde, la relation des expériences cadavériques et leur résultat; la troisième, les rapports à établir entre les expériences et les observations.

Quoi qu'il en soit, une observation écourtée perdant toujours de sa valeur, qu'il me soit permis de transcrire entièrement celles de MM. Payen, Guzzam et Gensoul.

Observation d'une luxation de la rotule sur son axe, Par le Dr GUZZAM.

James, âgé de 21 ans, étant occupé à lutter, le 10 septembre 1842, à sept heures du soir, fut renversé et devint immédiatement incapable de se relever.

En le voyant, une heure après l'accident, je trouvai la rotule droite luxée vers son axe, c'est-à-dire présentant sa face postérieure en dehors, l'antérieure en dedans, le bord interne reposant dans le sillon inter-condylien du fémur.

Je m'efforçai de replacer l'os en pressant sur ses bords en sens inverse, la cuisse était pliée sur le bassin et la jambe dans l'extension; mais je ne pus réussir, malgré des essais réitérés.

Vers minuit, des tentatives de réduction ayant été de nouveau faites inutilement, le docteur Addisson et moi nous jugeâmes qu'il y aurait avantage à couper le ligament rotulien, pour diminuer la tension de la jointure. Un bistouri à lame étroite, introduit sous la peau, le divisa près de son insertion au tibia. La réduction, tentée derechef après cette opération, ne put encore être obtenue. La rotule se laissait mouvoir sur ses bords plus facilement qu'auparavant; mais elle demeurait fixée dans sa position vicieuse.

D'après l'avis du docteur Spees, appelé en consultation, le patient fut saigné étant debout, jusqu'à imminence de syncope. On renouvela alors les efforts; mais, quoique mobile sur ses bords, l'os ne put être délogé du creux où il reposait. On accorda au malade quelques heures de relâche.

Le 11, à huit heures du matin, il fut résolu, en consultation, d'appliquer, avec quelques modifications, le plan de traitement de M. Watson. Ceci fut exécuté de la manière suivante : la cuisse fut fortement fléchie sur le bassin et le talon maintenu élevé; alors on plia résolûment et avec force la jambe sur la cuisse, puis tout à coup on la reporta dans l'extension.

Pendant ce dernier mouvement, je pressais très-fortement de dehors en dedans contre la partie inférieure de la rotule avec la tête d'une clef bien matelassée, tandis que M. Addisson, avec ses deux pouces, cherchait à refouler la partie supérieure de l'os vers le condyle externe. A la quatrième reprise, cette manœuvre réussit; l'os fut chassé dans sa place avec un bruit. Une attelle rembourrée fut mise derrière le genou et assujettie par un bandage. On tint le blessé en repos, et on appliqua sur le genou une lotion évaporante. La cure ne fut traversée par aucun accident, et ce jeune homme a maintenant l'exercice parfait de son membre.

Observation d'une luxation verticale ou de champ de la rotule, Par M. PAYEN.

M. D...., fortement musclé, âgé de 50 ans, marchait sur la neige; son pied droit glissa en arrière, en imprimant au corps

un rapide mouvement de rotation en ce sens. Sur le point de tomber, il saisit une balustrade, ce qui arrêta tout à coup, pour les parties supérieures, l'impulsion qui continua pour les membres inférieurs. Dans cette torsion violente, il ressentit une vive douleur dans le genou droit. On constata, par l'absence de trace, soit sur le sol, soit sur les vêtements du blessé, qu'il n'avait pas fait de chute. Il put faire quelques pas pour rentrer chez lui.

M. Payen l'examina de suite; il trouva la jambe légèrement fléchie sur la cuisse, le genou très-douloureux. La rotule était placée de champ au-devant des condyles du fémur, de telle sorte que son bord externe, devenu antérieur, soulevait la peau. La face cutanée de l'os était interne et un peu postérieure; la face articulaire était externe et un peu antérieure; le bord interne appuyait fortement sur le fémur, un peu en dehors de la ligne médiane. Les muscles de la cuisse étaient dans une contraction excessive, le moindre mouvement impossible, et toute tentative pour en produire très-douloureuse.

M. Payen essaya de basculer la rotule en pressant ses deux bords en sens inverse. Ceci ayant échoué, il fit fléchir la cuisse sur le bassin, la jambe étant étendue, et il renouvela ses tentatives, mais sans plus de succès. Il voulut alors recourir à la flexion forcée; mais les premières tentatives déterminèrent de si violentes douleurs, et la contraction des muscles de la cuisse était tellement énergique, qu'il regarda cette manœuvre comme impraticable.

Ne pouvant parvenir à faire cesser par la flexion l'enclavement de l'angle de la rotule dans le creux des condyles du fémur, l'auteur imagina d'arriver au même but par une voie inverse, c'est-à-dire en faisant remonter la rotule. Pour cela, le membre étant étendu sur le lit, il recommanda énergiquement au blessé de soulever sa jambe, ses doigts étant placés, dans ce temps, de manière à faire basculer la rotule. Le malade obéit, il fit un effort brusque et violent; la rotule céda et s'éleva légèrement, et tout aussitôt les efforts combinés des doigts, disposés à cet effet, la réduisirent dans sa position naturelle.

Le genou reprit immédiatement sa forme, il était à peine douloureux; le septième jour, il avait son volume normal. Un bandage dextriné, appliqué à cette époque, permit au malade de se promener dès le lendemain avec des béquilles. Le vingt-sixième jour, il fut remplacé par une gouttière lacée. Six semaines après l'accident, la marche était possible à l'aide d'une canne. La guérison est aujourd'hui complète.

Observation d'une luxation de champ de la rotule,

Par le Dr Gensoul.

Le jeune Louis V...., âgé de 13 ans, d'une constitution forte, bien développé et bien musclé, élève dans un pensionnat fort célèbre à Lyon, se luxa la rotule gauche, en lançant une boule de neige, vers la fin du mois de décembre 1849. Voici ce qu'il nous a raconté lui-même : se tenant debout, les deux jambes écartées, il a fait un mouvement pour lancer une boule de neige avec le bras droit; il prétend n'avoir tourné que le corps sans remuer, sans tourner les jambes, et que c'est ce mouvement du bras droit, avec le corps seul, sur des jambes immobiles, qui a été cause de l'accident. Il n'a pas glissé, il n'est pas tombé en lançant la boule de neige; mais, l'accident arrivé, il n'a pu se tenir debout et s'est laissé aller à terre *tout d'une pièce*. Nous devons ajouter que le genou droit était malade d'une légère écorchure. Il fut transporté à l'infirmerie et l'on fit appeler en même temps le médecin ordinaire de la maison, et M. Gensoul, oncle du jeune Louis. M. Gensoul arriva environ deux heures après l'accident; voici ce qu'il constata : le membre gauche était dans l'extension, le genou déformé et douloureux; la rotule, tournée sur son axe, était placée de champ entre les condyles du fémur et un peu au dessus. Son bord externe, devenu antérieur, était saillant sous la peau, la face sous-cutanée regardait en dedans et la face postérieure était tournée en dehors. C'était une *luxation externe*. Pour opérer la réduction, M. Gensoul saisit le talon de la main gauche et fléchit fortement la cuisse sur le bassin; en même temps, la main droite pressait directement, de dedans en dehors, sur le bord antérieur de l'os. Cette manœuvre eut un résultat complet et immédiat.

Un bandage roulé, médiocrement serré, fut appliqué jusqu'au milieu de la cuisse à peu près. Aucune complication ne vint entraver la guérison de Louis V...., et pourtant il ne lui fut permis de se lever qu'au bout de trente ou trente-cinq jours. On lui fit porter assez longtemps un appareil en peau rembourrée, remontant depuis la cheville jusque vers la cuisse. Alors il avait repris ses habitudes de collége, suivant les promenades, etc.

Cette luxation a été uniquement produite par la contraction musculaire; mais de quelle manière? Probablement une douleur subite dans le genou droit, légèrement écorché, aura fait rejeter le poids du corps sur la jambe gauche, et l'effort nécessaire pour éviter une chute aura nécessité la contraction musculaire, et, par suite, déterminé la luxation.

On comprend aisément qu'un pareil fait devait exciter la curiosité. Comment se produit un tel déplacement? Quelles sont les conditions nécessaires pour que la luxation s'opère? Et puis, pourquoi l'os est-il dans une direction plutôt que dans telle autre? Pourquoi la luxation est-elle *externe* ou *interne?*

A ce propos, donnons de suite la classification adoptée par M. Malgaigne, pour les luxations de champ de la rotule :

1° *Luxation verticale interne*. La face postérieure de la rotule regarde en dedans, et sa face sous-cutanée en dehors;

2° *Luxation verticale externe*. La face postérieure de la rotule regarde en dehors, et sa face sous-cutanée en dedans.

J'eus recours aux expériences cadavériques. Et d'abord il me fut démontré que la rotule est assujettie à sa place par des ligaments très-puissants peu ou pas extensibles, et ne permettant que des mouvements très-bornés. Le ligament tibio-rotulien, celui formé par le muscle triceps, ne s'opposent que faiblement à des déplacements latéraux, mais la capsule fibreuse épaisse, solide, résistante, est un obstacle insurmontable à ces mêmes déplacements.

Ainsi, quels qu'aient été les efforts exercés, il me fut toujours impossible de changer la position de la rotule, de la luxer, tant que la capsule fibreuse restait intacte. Impulsion directe, lente et graduée, chocs violents et multipliés, tout était sans résultat. La capsule une fois incisée, le déplacement devenait très-facile, au contraire.

Ces expériences furent répétées sur plusieurs sujets et dans diverses conditions; sur des articulations mises à nu, et dont les ligaments seuls avaient été conservés, sur des articulations recouvertes de toutes les parties molles, la capsule fibreuse étant incisée par la méthode sous-cutanée.

Je tirai donc la conclusion probable d'avance, et déjà connue du reste, que cette luxation ne peut se produire sans un relâchement naturel ou acquis de la capsule fibreuse, ou sans la déchirure de cette même capsule, et, de plus, qu'il faut une grande force, une violente secousse pour amener ce résultat.

Alors je disséquai avec soin les muscles de la cuisse; la peau, les aponévroses, les tissus cellulaires et graisseux furent enlevés. Un premier fait se présenta; c'est la direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors du ligament tibio-rotulien. Ce ligament ne suit pas la direction de la rotule, mais forme avec cet os un angle très-obtus ouvert en dehors.

La capsule fibreuse de la rotule étant incisée, il devint facile de produire la luxation en agissant directement sur l'os. La jambe maintenue dans une direction perpendiculaire suivant l'axe du corps, la rotule *placée de champ*, on remarquait les résultats suivants: les fibres du droit antérieur sont contournées vers leur axe suivant le sens de la luxation, celles des muscles vastes internes et externes sont également tiraillées suivant le même sens; et si, replaçant la rotule dans sa position normale, on agit sur ces muscles en les tirant dans le sens de leur contraction naturelle, on fait remonter la rotule, mais sans que ce mouvement la jette d'un côté ou de l'autre. Donc, rien encore de concluant.

Les choses changent, au contraire, si la cuisse est placée

dans l'abduction ou l'adduction, surtout en exagérant ces mouvements. Supposons-la dans l'abduction, la rotule en place ; on ne remarque aucun changement dans les muscles vastes internes et externes, mais les fibres du droit antérieur ne sont pas également tendues dans toute la masse de ces muscles ; ainsi les fibres externes sont plus tiraillées que les fibres internes. Mais ce qui m'a paru le plus saillant, c'est la direction du ligament tibio-rotulien et du muscle droit antérieur ; cette direction est telle que la rotule représente le sommet d'un angle obtus, ouvert en dehors, dont le ligament et le muscle forment les côtés ; si bien que, pour les mettre tous deux sur une même ligne droite, il faudrait chasser la rotule en dehors, sur le condyle externe du fémur. Or, le muscle droit antérieur, en se contractant, produit exactement cet effet ; il tend à redresser la ligne brisée, formée par lui-même et le ligament tibio-rotulien, et, par conséquent, à pousser la rotule en dehors. On obtient facilement ce résultat sur le cadavre, en tirant sur le muscle droit antérieur, après avoir incisé la capsule fibreuse rotulienne.

Ce fait jetait quelque lumière sur le point en question, mais encore n'expliquait-il que la luxation externe de la rotule, et non sa position verticale.

Mais en persistant à tirer sur le muscle droit antérieur, la jambe étant toujours dans l'abduction, je m'aperçus que cette traction répondait principalement au côté interne de la rotule, que ce côté était soulevé et tendait à s'éloigner du fémur, puis l'action continuant, le bord externe de la rotule passant sur le condyle externe du fémur, était soulevé davantage et imprimait alors un changement de direction de bas en haut à l'os tout entier. Les forces, agissant alors, suivent cette nouvelle direction, le bord externe de la rotule remonte de plus en plus, et l'os prend une position verticale, position telle que sa face sous-cutanée regarde en dedans, et sa face articulaire en dehors.

C'est donc ce changement de direction de la rotule, au moment de l'action des forces brusques et puissantes, qui explique, je crois, le mécanisme des luxations verticales de cet os.

C'est, du reste, l'effet d'une loi physique ; un corps mû par une grande force, un projectile, rencontrant un obstacle, change de direction, et continue sa marche en suivant la nouvelle voie que l'obstacle lui a fait perdre.

Naturellement, je répétai plusieurs fois ces expériences ; toujours j'obtins le même résultat, la cuisse étant dans l'abduction. Dans la position inverse, dans l'adduction, les effets étaient opposés ; ce n'était plus le bord externe, mais le bord interne de la rotule qui était soulevé, la face sous-cutanée regardait en dehors et la face articulaire en dedans. C'était le même mécanisme, mais dans l'adduction ces différents résultats sont beaucoup moins sensibles, ce qui tient sans doute à la direction du ligament tibio-rotulien.

Voici en quelques mots le résumé de ces recherches. Quelles sont les conditions nécessaires à la production de la luxation verticale de la rotule ? Une force puissante, capable de déchirer la capsule rotulienne, une direction verticale imprimée à cette force.

La *force*, c'est le muscle triceps, surtout les muscles vastes internes et externes. La *direction*, c'est d'abord le redressement de la ligne brisée, formée par le droit antérieur et le ligament tibio-rotulien ; puis, le soulèvement du bord externe de la rotule, par l'action des fibres externes du muscle droit antérieur, et surtout par la position que ce bord vient occuper sur le condyle externe du fémur. La rotule, chassée par une force brusque et puissante, et rencontrant un obstacle, suit la nouvelle direction que cet obstacle lui imprime.

Ces expériences cadavériques amenaient aussi cette conclusion : lorsque la cuisse est dans l'*abduction*, c'est la *luxation verticale externe* qui doit se produire ; au contraire, quand elle est dans l'*adduction*, c'est la *luxation verticale interne*, et celle-ci doit être beaucoup plus rare que la précédente.

Je ne connaissais alors d'autre observation que celle de M. Gensoul. Naturellement envieux de confronter l'expérience avec le fait, je cherchai dans les collections de journaux, et j'y trouvai celles que j'ai transcrites. Elles me semblèrent parfaitement conformes à la nature des expériences, c'est-à-dire que, dans les cas rapportés par MM. Guzzam et Payen, on ne peut nier que la jambe ne fût dans l'abduction : c'est la position qu'on prend d'instinct pour exercer un effort quelconque, tels que ceux de la lutte, comme dans le cas du jeune *James ;* c'était la position du sujet de M. Payen, puisqu'il est dit : « Son pied droit glissa en arrière, en imprimant au corps un rapide mouvement de rotation en ce sens. » Dans la 1re observation, celle de M. Martin (de Lyon), qu'on retrouve dans le Mémoire de M. Malgaigne, il y a fort peu de détails, mais on lit cette phrase concluante : « Tout le membre était porté dans le sens de l'abduction. »

Je passe sous silence la 5e observation, publiée dans le Mémoire de M. Malgaigne, et portant ce titre : « *Luxation verticale interne par l'action musculaire ; emploi de l'élévatoire ; guérison,* par M. Cuynat. » Quelle est la cause de cette luxation ? Est-elle réellement due à l'action musculaire ? Il n'y a pas d'autres détails que ceux-ci : « La nommée Saulnier, fermière à Aulnois, âgée de 28 ans, d'une constitution physique athlétique, se luxa la rotule gauche en franchissant un fossé, le 4 mai 1833. »

D'après ce court résumé des observations, on voit que les faits sont d'accord avec les expériences. Celles-ci, en effet, avaient indiqué que, suivant la position du membre inférieur, la luxation doit être *externe* ou *interne : externe*, lorsque le membre est dans l'abduction au moment de l'accident ; *interne*, au contraire, quand il est dans l'adduction. N'est-il pas démontré que, dans les cas précédents, la cuisse était dans le sens de l'abduction quand la luxation s'est produite ? Or, chaque fois on a reconnu une *luxation verticale externe de la rotule*.

Il resterait peut-être à nous occuper du traitement de cette luxation, des difficultés que présente habituellement la réduction ; mais ce serait dépasser les limites de cette Note ; et les réflexions de M. Malgaigne, sur ce sujet, sont si complètes, que je n'aurais d'autre ressource que de les copier.

J. Servier, *aide-major au 12e de dragons.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 27 Novembre.

Locomotion du cœur. — NOUVELLE THÉORIE (*suite*).

Dans les expériences suivantes, nous avons pris *un poids d'eau* de 75 grammes pour *constante* et la pression pour *variable :*

Poids de l'eau.	Pression.	Recul.
1 — 75 grammes.	80mm.	86 grammes.
2 — 75	220	145 —
3 — 75	230	175 —
4 — 75	360	210 —
5 — 80	390	220 —

Il est non moins évident qu'il y a un rapport entre la pression et l'étendue du recul. Comme pour la quantité d'eau, la théorie faisait prévoir ces résultats. Ces effets se combinent et alors le recul est en raison composée des différents éléments. Mais nous avons encore d'autres éléments à analyser avant de conclure.

Comme dans les précédentes expériences, il fallut des poches différentes et multiples pour que 75 grammes ne produisent pas toujours la même pression.

Voici maintenant des expériences complétant quelques-unes des précédentes. La pression était constante. Pour la première fois, nous avons tenu compte du diamètre de l'orifice que nous avons pris constant aussi. Le poids de l'eau a seul varié :

Diam. de l'orifice.	Pression.	Poids de l'eau.	Recul en poids.	Recul en mill.
19mm 1/2......	230mm	66 gr.	104 gr.	33,5mm.
	—	58	89	28
	—	47	67	21,5
	228	47	65	21
13.........	230	47	45	13,5
22,5.......	226	50	62	20

Ces dernières expériences ne présentent pas, à notre grand regret, assez

de termes de comparaison. Elles remontent à une époque où nous ne pouvions plus guère nous en occuper. Nous les donnons pour ce qu'elles valent. On voit à présent qu'avec une même pression, un même orifice, des quantités différentes de liquide produisent des reculs assez proportionnels à ces différences. On voit par les dernières expériences du premier groupe, et celles du second groupe, qu'en diminuant le diamètre de l'orifice, on a un décroissement très-notable dans le recul.

Lorsque l'on se sert de l'orifice, tel qu'il existe sur la poche élastique, on prévoit ce qui doit arriver : suivant la quantité de liquide et sa pression, il fera un effort variable pour s'échapper au dehors. Cet effort tend à ouvrir l'orifice, dans une étendue proportionnelle à son intensité. Pour pouvoir apprécier l'influence du diamètre de l'orifice, avec des variations dans la pression ou dans la quantité de liquide, nous avons introduit et fixé une petite virole en laiton dans l'ouverture, et de telle sorte que rien ne pût changer.

Dans le dernier tableau, on voit figurer une colonne de mesures millimétriques du recul. A cet effet, on mesurait la corde de l'arc décrit pendant l'oscillation du dynamomètre.

Ces expériences ont été répétées devant un grand nombre de personnes, parmi lesquelles des professeurs de la Faculté de médecine, des membres de l'Institut, et tous les jours, en les répétant, j'entrevois la possibilité de nombreux perfectionnements dans mon appareil.

Imiter l'œuvre de la nature, et mesurer ainsi la justesse de chaque interprétation par une expérience qui en soit la *réalisation*, tel est notre guide pratique.

Pour imiter l'œuvre de la nature, nous fûmes logiquement conduit à commencer par des appareils simples, rudimentaires, et à les compliquer successivement par l'addition de parties nouvelles. Alors les expériences deviennent chacune un vrai dédoublement des phénomènes vivants. Chaque effet particulier se rattache immédiatement à la cause qui le produit. L'ensemble des effets, au lieu de nous apparaître comme un réseau inextricable de difficultés, n'a plus que le caractère d'une synthèse bien assise sur une analyse préalable.

Le liquide, en sortant du cœur, ne s'échappe point à l'air libre, mais bien dans un vaisseau plein et soumis à une certaine pression. Puisqu'il en est ainsi, j'ai dû naturellement adapter à la poche une aorte en caoutchouc, fixée sur la virole de l'orifice, qu'elle pince en se resserrant.

On expérimente alors sur la poche comme si elle était seule. Nous avons cherché à savoir quelle influence l'aorte vide pouvait exercer sur le recul de la poche qu'elle surmonte, et il semblerait qu'elle le diminue ; mais cette expérience ne nous paraît pas complète. Au contraire, nos résultats furent très-nets quand il s'est agi de savoir l'influence de l'aorte pleine. A cet effet, on pince la poche et on engage l'extrémité de l'aorte, avec celle-ci, dans le ressort. On charge la poche, on prend sa pression ; on charge l'aorte par l'un des tubes vasculaires, après avoir fermé les autres, destinés à d'autres expériences ; on prend la pression, que l'on rend toujours moindre dans l'aorte, puis on fait partir le ressort. Nous avons dû expérimenter la même poche avec la même pression, et sensiblement le même poids d'eau.

Or, voici ce qui arrive : le recul est plus fort dans cette circonstance que lorsqu'on se sert de la poche libre. Nous en avons inféré que cela devait être attribué à l'aorte faisant fonction de seconde poche. Pour le prouver, nous avons expérimenté l'aorte seule, surmontant la poche vide. En prenant toutes les circonstances identiques, nous avons trouvé que le recul de la poche et de l'aorte représentait très-exactement la somme des reculs de chacun d'eux. Dans chacune des expériences faites avec l'aorte libre, nous avons vu un *redressement* très-notable de la *courbure de l'aorte* : ce fait litigieux est désormais démontré. Mais le fait qui montre que la somme des reculs s'ajoute très-nettement dans l'expérience précitée, donne une signification précise et négative à l'influence sur la locomotion du cœur, que de tout temps on était porté à attribuer à un redressement supposé de la courbure de l'aorte.

D'ailleurs, l'expérience suivante détruit en partie ce redressement, en nous ramenant aux conditions réelles de l'organisme.

Le liquide sortait librement de l'aorte dans les expériences précédentes. Dans la nature, il marche dans un cercle clos ; dans les vaisseaux où on l'a suivi, il paraît être soumis à une pression constante avec oscillation cystolique. C'est une condition que nous avons réalisée, en grande partie du moins, dans l'appareil complet.

A l'aorte, nous avons substitué un tube en caoutchouc, également soutenu et fixé très-fortement sur le pivot, qui y remplit le rôle de la colonne vertébrale. Le tube tout entier est rempli d'eau, faisant équilibre à une colonne de mercure de 110 millim. La colonne d'eau est de 400 millim. ; la colonne de mercure qui y répond, de 30 millim. environ : il y a donc 80 millim. de pression.

Les deux pièces de l'appareil étant chargées séparément, on fait partir la poche ; tout aussitôt nous avons un recul. Lorsque la poche expulse le liquide, à mesure que celui pénètre dans le canal, son poids s'ajoute à celui de la colonne, et comme il n'y a pas d'issue, la quantité de liquide expulsée s'en trouve très-limitée. Pour parer très-légèrement à cet inconvénient, nous avons raccourci sur un manomètre la branche libre ; quand nous chargeons l'aorte, nous faisons affleurer le mercure au bord libre de cette branche. La moindre impulsion fait déverser le mercure, dont la quantité représente alors celle du liquide expulsé dans l'aorte, ou mieux MV. Par là du moins l'expulsion est un peu plus complète.

Le premier procédé nous permettait d'apprécier la quantité de liquide expulsée (ou la *quantité de mouvement* communiquée, pour être plus précis) par une oscillation de la colonne. Ici MV est représenté par le poids du mercure expulsé, sous la double influence du cœur et du tube aortique, par réaction.

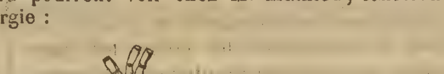
Des expériences nombreuses nous portent à croire que le recul est sensiblement le même que dans une poche libre ; mais le manque de mouvement de la colonne cause une assez forte perte de force. On peut considérer la colonne permanente comme une soupape qui tend à boucher l'orifice de sortie, ce qui, en gênant l'expulsion, doit diminuer le recul.

On peut admettre, sans erreur sensible pour la question qui nous occupe, que les réactions mécaniques partielles subies par différentes parties du cœur et transmises constamment à la masse entière du viscère qu'elles tendent à mettre en mouvement chacune suivant sa direction, on peut admettre, disons-nous, que ces réactions partielles s'appliquent chacune de son côté au centre de gravité du cœur complet.

La présence des conditions du recul ne pouvant plus être mise en doute pour le cœur, d'après ce court exposé, les causes du mouvement absolu admises jusqu'ici ne répondant nullement aux objections si nombreuses, aux divergences si considérables des physiologistes, je propose de concilier toutes les opinions sur le terrain de la démonstration et de l'expérience, en formulant ma doctrine dans ces mots : le cœur bat parce qu'il recule.

Dans un prochain travail, je compléterai cette première partie par l'exposé de mes expériences de vivisections, et j'aborderai la question des mouvements relatifs, si importante dans la physiologie normale et pathologique du cœur, et je présenterai à l'Académie l'appareil complexe avec lequel j'aurai expérimenté.

Voici maintenant la représentation de l'appareil complet avec lequel j'expérimente aujourd'hui et que les personnes que mon travail intéressera pourront voir chez M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie :



GD, *lame dynamométrique*.

TS, *pivot* en bois qui la surmonte, et porte le *ressort* LI fixé parallèlement à la lame.

La *poche* C est placée verticalement, de façon à ce que son *orifice principal* soit pris par ses lèvres entre les branches du ressort. Inférieurement est l'*orifice de chargement*, dont GS la *pince de fermeture*.

PG, *petit pinceau* horizontal qui exécute des excursions sur une *plaque noircie* VX.

AG représente l'amplitude d'une *oscillation*.

O, *aorte*.

Q, *pivot* faisant fonction de colonne vertébrale.

MN, *manomètre*.

JK, *support* du dynamomètre.

AB, *support* en bois de l'appareil.

Séance du 4 Décembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Iode de l'air.

M. Chatin adresse une Note sur les recherches de l'iode de l'air par la rosée :

Quelques chimistes ont tenté, en ces derniers temps, de reconnaître la présence de l'iode dans l'atmosphère, soit par l'analyse des eaux pluviales, soit en faisant passer un grand volume d'air dans une petite quan-

tité d'eau destinée à le dépouiller de ce principe, et de leurs résultats négatifs ils ont cru pouvoir conclure à l'absence de l'iode.

Cependant la présence de l'iode dans l'air n'est pas seulement un fait établi par mes observations directes, vérifiées par une Commisssion de l'Académie des sciences dans un travail long et minutieux, c'est encore un fait qui, avant d'être directement établi, se présentait comme une déduction tellement légitime des faits antérieurement observés, qu'à moins de mettre en doute la raison, il pouvait être permis de l'affirmer, même dans le cas où sa vérification directe n'eût conduit qu'à des résultats négatifs, et l'on sait que ce n'eût pas été alors le seul exemple de faits certains, quoique non susceptibles de démonstration expérimentale.

Voici succinctement les faits qui conduisent, en dehors même de la vérification expérimentale, à faire admettre l'existence de l'iode dans l'air :

1° L'iode est assez abondant chez les plantes des eaux douces pour être aisément reconnu, même dans la lessive brute de leurs cendres.

2° L'iode ne pouvant être produit par les plantes qui le puisent nécessairement dans les eaux, il est clair qu'il doit y être contenu et qu'on eût été en droit d'affirmer le fait, même si, ce qui était possible, les moyens analytiques n'eussent pas permis de l'y retrouver. Mais la démonstration a été directement faite, non-seulement par nous-même, mais par M. Marchand, par M. le professeur Filhol, de Toulouse, dans ses belles et exactes recherches sur les eaux des Pyrénées; par M. le professeur Poggiale dans son très-important travail sur les eaux des casernes et des forts des environs de Paris, etc.

3° Lorsqu'une eau commune est évaporée après addition préalable de potasse (privée d'iode), on trouve son iode dans le résidu fixe; quand la même eau est évaporée sans potasse, il n'y a plus d'iode dans le résidu fixe; mais si l'on condense l'eau vaporisée, on trouve dans celle-ci tout l'iode qui existait dans l'eau avant sa distillation. Si la vapeur d'eau n'était pas recueillie, elle irait évidemment dans l'atmosphère et son iode avec elle. Or se passe-t-il autre chose à la surface de la terre dans le grand phénomène de la formation des vapeurs qui sans cesse s'élèvent dans l'air?

L'iode existe donc au même titre dans l'atmosphère de la terre et dans le dôme d'une cornue où de l'eau est réduite en vapeur; il tombe de la première avec la pluie, il descend du second avec l'eau condensée. De telle sorte que si nous ne trouvions pas l'iode dans l'air ou dans les eaux qui y sont condensées, nous aurions, non à nier sa présence, mais à accuser d'imperfection nos moyens actuels d'investigation. Heureusement, il n'en est rien. J'ai constaté la présence de l'iode en lavant de 4,000 à 8,000 litres d'air (les poussières étant interceptées); je l'ai trouvé dans l'eau de pluie, je l'ai trouvé surtout abondant dans le givre. C'est même ce dernier fait qui m'a paru devoir être repris pour mettre aux mains de tous les chimistes une substance fournie par l'atmosphère et contenant assez d'iode pour que sa présence pût y être facilement constatée; seulement, au lieu de givre, qui ne se forme que rarement, j'ai opéré sur la rosée, produit aussi de la condensation des vapeurs les plus basses de l'air, et qu'il est facile de recueillir par le moyen qu'a employé M. Boussingault dans ses belles recherches sur l'ammoniaque de l'atmosphère, savoir, en étendant une pièce de batiste sur un châssis exposé à l'irradiation nocturne.

Voici comment on opéra pour découvrir l'iode dans la rosée, qui en contient au moins six fois plus qu'un poids semblable d'eau de pluie :

A 1 litre ou même à $0^{lit},5$ de rosée on ajoute à peu près 1 gramme de carbonate de potasse bien privée d'iode (il faut employer d'autant plus de carbonate alcalin que la rosée est salie par plus de matières organiques, l'excès de celles-ci causant une grande perte d'iode au moment de la calcination), on évapore, on calcine avec modération, on reprend par l'alcool à 94 degrés, on évapore de nouveau, on calcine à la lampe jusqu'à ce que le résidu, qui d'abord noircit, soit devenu incolore : de l'iodure de potassium (mêlé d'une faible quantité d'autres sels) reste au fond de la capsule où, après refroidissement et solution dans 1 décigramme d'eau, on le reconnaîtra (dans la capsule même autant que possible) par toutes ses réactions. En opérant sur une suffisante quantité de rosée, on pourra obtenir un précipité pondérable d'iodure de palladium qui, décomposé dans un tube, donnera des vapeurs d'iode.

Je ferai la remarque, en terminant, que, comme on pouvait le prévoir en se reportant à leurs sources, il y a un certain parallélisme entre l'iode et l'ammoniaque quant aux proportions générales de ces corps dans la pluie, et la rosée.

Choléra.

M. Ancelon, en s'appuyant d'une part sur un certain nombre d'observations particulières qui lui sont propres, et de l'autre sur quelques faits généraux admis par tous les praticiens qui ont eu occasion d'étudier la marche et les symptômes de la maladie, arrive à cette double conclusion : 1° que le choléra n'est pas ordinairement contagieux pendant la vie des cholériques; 2° que la contagion n'est redoutable que près des cadavres des cholériques dont la présence, sur un point donné, constitue un foyer épidémique.

— Dans une précédente Note, M. Billiard avait assigné au choléra-morbus, comme cause première, la diminution de l'ozone dans l'atmosphère; sa nouvelle Note a pour objet d'établir que cette modification dans l'air en amène une autre dans l'organisation animale, modification en vertu de laquelle les liquides contenus dans certains vaisseaux et les substances contenues dans le tube digestif sont soustraits à l'action de la vie et restent uniquement soumis à l'action des forces qui régissent la matière inerte : de là, production d'une fermentation putride, dégagements de gaz et autres phénomènes physiques au moyen desquels on peut, suivant l'auteur, se rendre compte des phénomènes morbides observés dans une attaque de choléra, depuis sa période d'incubation jusqu'à sa terminaison funeste ou favorable.

Candidatures.

M. Chatin prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nomqre des candidats pour la place vacante dans la section de botanique, par suite du décès de *M. Gaudichaud.*

— M. J. Cloquet prie également l'Académie de le vouloir bien compter parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de *M. Roux.*

— M. J. Guérin adresse une semblable demande.

Action du fluide séminal sur les corps gras neutres.

M. Longet communique la Note suivante :

Je me propose d'adresser prochainement à l'Académie un travail dans lequel sont consignés les résultats de mes recherches concernant l'action de divers liquides de l'économie animale sur les matières grasses. Ici, je me bornerai à donner un extrait sommaire de la partie de ce travail qui se rapporte au *fluide séminal* étudié sous ce point de vue.

1° Si l'on mélange avec le fluide séminal une matière grasse neutre (de l'huile d'olives par exemple), et si on les agite ensemble, le mélange se transforme aussitôt en un liquide semblable à du lait; il se fait une émulsion. Celle-ci est tellement parfaite, que, jusqu'au moment même de la putréfaction (avec une température de $+15°$ $+20°$), le liquide blanc et crémeux ne change pas du tout d'apparence, et qu'il n'y a par le repos aucune séparation entre la matière grasse et le fluide séminal.

2° Lorsqu'un pareil mélange a été maintenu au bain-marie entre $+35°$ à $+40°$, pendant quatorze à seize heures, on constate que, sous l'influence du liquide séminal, la graisse n'est pas seulement divisée et émulsionnée, mais qu'elle est, en outre, modifiée chimiquement; car la matière grasse neutre et le fluide séminal alcalin forment, au moment de leur mélange, un liquide blanc laiteux à réaction alcaline, tandis qu'après le laps de temps indiqué, le même liquide présente une réaction sensiblement acide.

Si, parmi les fluides animaux, le fluide séminal n'est pas le seul à produire la saponification des graisses, c'est-à-dire leur décomposition en glycérine et en acide gras, je n'hésite pas à affirmer que du moins il est celui qui possède ce pouvoir au plus haut degré. Je ne sache pas que cette propriété intéressante, que je rattache à certaines conditions de l'acte générateur, ait été signalée, jusqu'à présent, par d'autres observateurs.

Sur la physiologie des paralysies.

M. Marshall-Hall communique la Note suivante :

La physiologie des paralysies est encore à faire. Puisqu'il y a deux principaux centres nerveux, le cerveau et la moelle épinière, il doit y avoir deux ordres spéciaux de paralysies : le premier, où l'influence du cerveau ; le second, où l'influence de la moelle épinière est anéantie ou interceptée.

J'appelle *paralysie cérébrale* la paralysie dans laquelle l'influence du cerveau est interceptée, et *paralysie spinale* la paralysie dans laquelle l'influence de la moelle épinière est interceptée. Cela ne veut pas dire qu'il y a maladie du cerveau ou de la moelle épinière dans ces cas respectivement, mais bien que l'influence de ces organes est, par quelque cause ou maladie que ce soit, annulée par rapport aux muscles des membres paralysés. L'hémiplégie produit ordinairement une paralysie cérébrale, mais aussi, dans les cas très-forts, une paralysie spinale : tandis qu'une maladie limitée à un petit espace de la moelle épinière dorsale produit une paralysie cérébrale des membres inférieurs, l'influence de la partie de la moelle située en dessous du point malade continuant à s'exercer. De même une destruction d'une longueur considérable de la moelle épinière, ou anéantissement des fonctions de nerfs spinaux, produit une paralysie spinale.

Une paralysie cérébrale est donc une paralysie où les muscles sont privés de l'influence du cerveau; une paralysie spinale, une paralysie où les muscles sont privés de l'influence de la moelle épinière.

L'hémiplégie de la face est une paralysie cérébrale; la paralysie du nerf

facial est une paralysie spinale. Or, voici les caractères de ces deux espèces de paralysies :

Dans la paralysie cérébrale, l'influence de la volonté est seule interrompue. Il n'y a plus, dans ces paralysies, lorsqu'elles sont complètes, de mouvements volontaires : il reste toutes les fonctions de la moelle allongée ou de la moelle épinière. De sorte qu'il y a, dans ces différents cas :

1° Mouvements par émotion ;
2° Mouvements liés au bâillement, à la toux, etc.;
3° Mouvements diastoliques ;
4° Contractions toniques symétriques de la main ;
5° Augmentation comparative de l'irritabilité hallérienne ;
6° Augmentation comparative de l'action de la strychnine.

Dans les paralysies spinales, il n'y a rien de tout cela, et l'irritabilité hallérienne est comparativement moindre.

Je reviens sur le cas de l'hémiplégie. Ordinairement il y a, quelque temps après l'attaque, un certain degré d'amélioration, il y a un peu de retour de la puissance volontaire. Il y a aussi existence des phénomènes que j'ai mentionnés ; mais, dans des cas plus rares, il n'y a pas d'amélioration ; ces phénomènes ne se montrent point, ou ils sont moins apparents. Alors la main et le bras ne sont pas affectés de contraction tonique, et l'irritabilité hallérienne n'est pas comparativement augmentée. On dirait que c'est une exception à la règle que je viens de poser. Il me paraît, au contraire, que le choc de l'accès a été assez fort pour détruire, pour ainsi dire, les puissances nerveuses du système spinal. Ainsi, lorsqu'on divise les centres nerveux entre le cerveau et la moelle allongée dans la grenouille, on suspend la puissance nerveuse, de manière à anéantir les mouvements diastoliques. Un choc plus fort les anéantirait complétement, comme le fait un coup de foudre. L'attaque d'hémiplégie produit le même effet absolument ; et dans le cas où il y a amélioration, c'est un exemple de paralysie cérébrale avec phénomènes spinaux ; mais dans le cas où cette amélioration ne se montre pas, il n'y a pas de ces phénomènes, et tout en étant une maladie du cerveau, c'est bien, par l'intermédiaire du choc, une paralysie spinale : l'irritabilité en reste épuisée ; les mains restent flasques et immobiles.

Tous ces phénomènes, à une exception près, sont des objets de pure observation, à l'exception de l'irritabilité. Pour mettre à l'épreuve cette fonction de la fibre musculaire, j'ai fait et j'ai répété avec les plus grandes précautions, à des intervalles variés, des expériences avec l'influence galvanique.

Je me suis servi, dans ces épreuves, d'un courant purement galvanique, des plus légers et des plus simples, provenant de la machine de Smikshank ; j'ai mis les mains paralysées et non paralysées, par exemple, dans le même bassin d'eau pure, et les pieds dans un autre, et j'ai bien observé lesquels étaient affectés par le moindre degré du galvanisme. Or, dans les membres affectés de paralysie cérébrale, c'est toujours le membre paralytique qui est le plus contractile par le galvanisme ; et dans les cas de paralysie spinale, ce sont toujours les membres non paralytiques qui en sont les plus susceptibles.

J'ai tiré de ces expériences plusieurs conclusions qui me paraissent du plus haut intérêt pour le physiologiste et pour le médecin.

1° Il paraît que le cerveau, par ses actes de volition, tend à épuiser l'irritabilité des muscles ;

2° Que la moelle épinière, au contraire, est la source de cette même irritabilité ;

3° Que le courant galvanique peut servir de *diagnostic* entre les cas de paralysies cérébrales et ceux de paralysies spinales.

A l'appui de ces conclusions viennent les phénomènes que j'ai déjà énumérés, c'est-à-dire les effets de l'émotion, des bâillements ; les mouvements diastoliques ; les contractions toniques symétriques ; l'effet de la strychnine, lorsque ce médicament est administré, etc.

Outre les paralysies cérébrales et spinales, il y a des affections nerveuses qui se lient avec la *moelle allongée* et les *nerfs pneumogastriques*, que je me propose de traiter à une autre occasion. Il restera encore à étudier les maladies du système ganglionnaire.

Restent enfin des paralysies bien obscures : les paralysies *cum agitatione ; cum spasmo ;* les paralysies *e plumbo ; e rheumatismo ; ex hysteria ; e dentitione*, etc. Il faut bien du travail pour se faire des idées bien nettes et bien exactes de toutes ces maladies : les émotions, l'irritation de la moelle épinière ; l'action du poison, l'inflence de la douleur, la soustraction de la volonté, l'effet du choc, tout y est à étudier.

Huile de foie de morue.

M. Mialhe envoie, au nom de M. Peter Moller, pharmacien à Christiania, un flacon d'huile de foie de morue, préparée dans les pêcheries de Nordland avec les foies des poissons frais et par une méthode qui est dégagée de toute opération chimique.

MM. Dumas et Balard sont invités à examiner ce produit, et à faire savoir à l'Académie s'il offre, comme médicament, une supériorité marquée sur ceux que fournissent aujourd'hui les bonnes officines.

Rétrécissements.

M. le docteur Guillon adresse la lettre suivante :

J'ai présenté pour le Concours Montyon de cette année, mes procédés et mes travaux qui ont pour but de faire rejeter de la pratique chirurgicale cette grave et douloureuse opération de la boutonnière, qu'on désigne maintenant sous le nom d'urétrotomie périnéale. On y a recours beaucoup trop légérement pour ces rétrécissements de l'urètre, que certains chirurgiens considèrent comme *infranchissables* et comme *non dilatables*, parce qu'ils ne peuvent les franchir et les dilater avec les instruments généralement employés dans ces sortes de cas. En outre, l'occasion m'ayant été offerte de démontrer, sur un malade *affecté de rétrécissements non dilatables*, placé dans le service de l'un de nos chirurgiens militaires les plus distingués, M. Lustreman, professeur à l'École d'application du Val-de-Grâce, et de prouver, l'instrument à la main, qu'on peut très-facilement, ainsi qu'il le désirait, éviter cette opération : d'abord en franchissant et en dilatant les coarctations urétrales avec des bougies en baleine ; puis en attaquant ces strictures par ma méthode de stricturotomie intra-urétrale aujourd'hui acquise à la science, j'ai eu l'honneur de vous prier de provoquer la désignation de commissaires ayant mission d'assister à mes opérations pour en constater les effets, et vous avez bien voulu obtempérer à ma demande.

(L'auteur annonce ici que M. Velpeau s'étant opposé à la constatation qu'il sollicitait, il a été obligé de pratiquer son opération préalable, celle de la dilatation des rétrécissements caractérisés *non dilatables*, en l'absence de la commission désignée, et il l'a exécutuée au Val-de-Grâce très-promptement, très-facilement, en présence de M. Lustreman et de cinq chirurgiens de cet établissement : MM. les docteurs Billot, Collignon, Guéraud, Hayer et Paulet. Maintenant quand l'occasion s'en présentera, ces praticiens pourront employer ce procédé avec la même facilité. Pendant les huit mois que le malade avait passés à l'hôpital, ses rétrécissements n'avaient pu être franchis avec des bougies ayant plus de 3 millimètres de diamètre, et la seconde introduction provoquait presque toujours un écoulement urétral abondant accompagné de dysurie et de fièvre se prolongeant pendant plusieurs jours. Souvent il fallait recourir à une très-petite sonde pour faire uriner le malade.)

J'ai agi de la manière suivante : les strictures ont été tout d'abord traversées avec une bougie en baleine ayant quatre renflements de 4 millimètre 1/3 à 5 millimètres, et quelques minutes après j'ai pu introduire une sonde-bougie à renflements de 3 à 6 millimètres de diamètre (ce dernier corps dilatant était tellement serré dans les coarctations qu'il fallut employer une certaine force pour le retirer de l'urètre). Comme ce degré d'élargissement suffit pour qu'on puisse pratiquer avec succès l'opération de la stricturotomie intra-urétrale, j'y procédai bientôt pour débarrasser le malade de ses rétrécissements qui n'ont été que dilatés, et sont au nombre de trois ; le plus résistant a 4 centimètres de longueur.

Si ce fait était connu des chirurgiens qui pratiquent l'urétrotomie périnéale dans des cas semblables ou analogues, il suffirait, je crois, pour les déterminer, à imiter la conduite que j'ai tenue dans cette circonstance, et ils n'auraient recours à cette opération que lorsqu'elle est réellement indispensable.

La méthode de stricturotomie que je dois employer est celle que j'ai eu l'honneur de soumettre, avec les instruments qu'elle nécessite, à l'examen de l'Académie des sciences en 1838. Elle consiste à diviser, par des incisions multiples, les tissus indurés qui constituent les rétrécissements fibreux ; puis, à l'aide de corps dilatants, à écarter les lèvres des petites plaies et à comprimer excentriquement les parties divisées, de manière à faire disparaître complétement les coarctations. Mes bougies élastiques, dont l'extrémité conique se termine par un renflement olivaire, décrites dans le *Compte rendu de la Société de médecine pratique* (années 1831 et 1832), aujourd'hui généralement adoptées, sont toujours celles que je préfère dans ces cas.

Le refus de M. Velpeau m'oblige à vous prier, monsieur le secrétaire perpétuel, de faire renvoyer au Concours Montyon de l'année prochaine les travaux que j'ai eu l'honneur de vous adresser en mars dernier pour le Concours Montyon de cette année.

Cet ajournement me permettra de réunir et de publier un assez bon nombre de faits qui prouveront péremptoirement : 1° qu'au moyen de bougies en baleines à renflements successifs et à extrémité filiforme, on franchit et on dilate toujours très-rapidement les rétrécissements considérés comme non dilatables, surtout lorsqu'une bougie, quelque minime qu'elle soit, les a déjà traversés ; 2° qu'à l'aide de ces mêmes bougies on franchit ordinairement avec facilité les rétrécissements restés infranchissables, avec les autres bougies généralement employées dans ces états pathologiques de l'urètre ; 3° qu'au moyen de bougies en baleine convenablement confectionnées et de ma méthode de stricturotomie intra-urétrale, aujour-

d'hui adoptées dans la pratique chirurgicale, on évitera toujours, ou presque toujours, cette grave et douloureuse opération de la boutonnière, opération que les Desault, les Chopart, les Royer, les Dubois, les Dupuytren, avaient proscrite de notre chirurgie française ; 4e enfin, que cette urétrotomie périnéale doit être abandonnée de nouveau.

Je prouverai également d'une manière irréfragable : 1° qu'on a attribué par erreur, en 1852, à M. Reybard (de Lyon), ma méthode des incisions intra-urétrales d'arrière en avant et de dedans en dehors; 2° qu'on lui a attribué aussi erronément l'urétrotome que j'ai inventé en 1827 pour faire ces incisions, instrument qu'on trouve décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 mai 1831, et représenté dans l'ouvrage de Tanchou, publié en 1835, et qui est encore décrit dans la *Revue médicale* (février 1839, p. 316); et 3° que M. Reybard s'est approprié, en 1853, mon sarcotome, avec lequel j'excise depuis plus de vingt ans les obstacles valvulaires et certains états pathologiques du col de la vessie.

Vaccine.

M. Bayard adresse une Note sur une question dont il a déjà fait l'objet de diverses communications : l'influence que peut avoir la vaccine sur le développement ultérieur de certaines maladies chez les individus vaccinés. La nouvelle Note a pour titre : *Du choléra et de la suette d'après les auteurs du* XVIIIe *siècle.*

Dartres.

M. le docteur Rochard adresse la lettre suivante :

« Dans la séance académique du 20 novembre dernier, M. Claude Bernard, en rendant compte du *legs Bréant*, signale, entre autres conditions, celle-ci : « que le prix annuel de 5,000 francs pourra être donné à la per-« sonne qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les *dartres*, ou « qui aura éclairé leur étiologie. »

« Mais d'abord que faut-il entendre par une médication qui guérit radicalement les dartres? N'est-ce pas celle qui réussit dans la majorité des cas? Et ensuite que faut-il entendre par le mot *dartre?* Comprend-il l'ensemble des maladies de la peau, ou une catégorie seulement de ces maladies? Et quelle catégorie?

Voilà les questions sur lesquelles les futurs concurrents ont besoin d'être éclairés pour travailler au progrès de la *dermatologie*, conformément aux conditions du rapport.

« En prenant la liberté de demander une définition plus précise de ces conditions, je crois, monsieur le président, n'être que l'interprète d'un grand nombre de médecins occupés d'observations et d'expériences sur les maladies de la peau, qui désireraient diriger leurs travaux dans le sens indiqué par le généreux testateur, et qui seraient heureux d'en soumettre les résultats au jugement éclairé de l'Académie des sciences. »

Les *Comptes rendus* font suivre cette lettre de la déclaration suivante :

« L'Académie, qui a donné son approbation à ce Rapport, juge que la Commission a exposé avec la clarté suffisante les conditions imposées aux concurrents ; en conséquence, elle considérera comme non avenue toute demande de développements ultérieurs. »

THÉRAPEUTIQUE.

Effets physiologiques de l'atropine,

Par M. Grandi.

C'est à des épileptiques que M. Grandi a administré l'atropine, et il en a obtenu des succès. La dose a été graduellement portée, chez une femme atteinte de cette maladie, depuis 1/16 de grain jusqu'à 1 grain et 2/3 (3 milligr. à 10 centigr.) ; puis elle a été ramenée, par une progression décroissante, à 1/8 de grain (6 milligr.).

Voici les phénomènes dans leur ordre de fréquence et d'apparition, tels que M. Grandi les a notés :

1° *Sécheresse de la bouche et du gosier.* — D'abord le phénomène semble purement nerveux ; mais ensuite ces parties deviennent sèches, et il y a diminution de la sécrétion salivaire.

2° *Dysphagie.* — La difficulté de la déglutition suit de près la sécheresse de la bouche. Ce n'est qu'après de longs efforts des muscles du cou et du pharynx que le malade peut avaler quelque chose.

3° *Paroles embarrassées et quasi-paralysie de la langue.* — Après plusieurs jours d'action de l'atropine, il se manifeste une lenteur, un embarras dans l'articulation des mots, que MM. Bouchardat et Stuart ont notés parmi les principaux effets de cette solanée.

4° *Mydriase ou dilatation et immobilité subséquente de la pupille.* — Un des premiers et constants phénomènes de l'atropine est la dilatation énorme des pupilles. Elle est aussi le dernier et le plus lent à disparaître, car on la rencontre encore généralement huit jours et plus après la suspension du remède.

5° *Obscurcissement de la vue.* — Les objets semblent d'abord s'envelopper d'une vapeur blanche, les contours ne sont plus distincts, ni les personnes reconnaissables. Impossible de lire, de coudre, etc. Suivant la dose, cet état peut aller jusqu'à la cécité presque complète.

6° *Torpeur et tremblements paralytiques.* — A mesure que les doses de l'atropine augmentent, les membres, et spécialement les inférieurs, bien que dirigés par l'empire de la volonté, s'engourdissent. Si la dose est trop forte, la conscience se perd et les mouvements des muscles deviennent automatiques et convulsifs.

7° *Confusion intellectuelle.* — D'abord, c'est une langueur et une lenteur de l'intelligence, les idées et les réponses sont tardives, peu justes, indifférentes. Ensuite, il y a vertige et confusion, comme dans l'ivresse.

8° *Hallucinations de l'ouïe et de la vue.* — Ce sont des perceptions de bruit, de tintement, de souffle ; des visions de personnes connues, mais d'un aspect étrange et défiguré; des fantômes extraordinaires et gigantesques; des bourdonnements de nombreux insectes noirs, etc.

9° *Délire ou stupeur.* — Toutes les fois qu'on prend une dose d'atropine plus grande que celle à laquelle on vient d'être accoutumé, le délire ne manque presque jamais, et il y succède de l'assoupissement. Le délire peut être gai, étrange, ridicule ; il peut être loquace, avec oubli et insouciance de tout ce qui entoure le malade, avec transport de l'imagination vers des objets éloignés ou imaginaires, et avec des actions, des mouvements et des discours incohérents.

(*Bullet. delle scienze med. di Bologna* et *Gaz. méd. de Paris.*)

Suppression des lochies. — Convulsions tétaniques. Frictions opiacées et camphrées. — Guérison,

Par M. le Dr Provençal.

Une jeune femme fort impressionnable, du village de Lagaude, accouche heureusement d'un enfant, fruit d'un mariage auquel les parents n'ont point consenti. Son père lui reproche sa conduite à l'occasion de cet accouchement. Il y a suppression brusque de lochies, apparition de convulsions générales, perte de connaissance, état tétanique de la mâchoire, déchirure de la langue, hémorrhagie de cet organe, et impossibilité de faire prendre des remèdes à l'intérieur...

C'est dans cet état que les parents me consultèrent, après que la malade eut été abandonnée par un confrère.

Ayant eu occasion d'être témoin, à Montpellier, des excellents effets des frictions camphrées et opiacées, employées selon la formule du docteur Chrestien, je profitai de cette indication si urgente pour les employer dans les proportions suivantes :

Pr. Eau-de-vie...........	120	grammes ;
Opium................	25	centigrammes ;
Camphre.............	4	grammes.

Je passai la nuit à surveiller l'effet des frictions faites à la partie interne et supérieure des cuisses avec un morceau de drap imbibé de ce remède. La malade reprit connaissance, put ouvrir la bouche, et montrer sa langue déchirée par les dents et toute sanglante ; un dernier accès eut lieu, et la malade guérit en quarante-huit heures, rien que par l'emploi de ces frictions, que l'on fit aussi sur les mamelles pour favoriser la fluxion laiteuse. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— L'Académie des sciences a nommé aujourd'hui un membre dans la section de botanique. Au premier tour de scrutin, M. Payer a obtenu 44 suffrages; M. Duchartre, 6 ; M. Trécul, 2 ; il y a un billet blanc. M. Payer est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation de l'Empereur.

— M. Cl. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son Cours au Collége de France le samedi 23 décembre, à midi, et le continuera tous les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques de lésions osseuses, par le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 75 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re SÉRIE. Tome 2. — N° 151. 2e ANNÉE. Jeudi 21 Décembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr. ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Paris, le 20 Décembre 1854.

Séance de l'Académie de médecine.

A l'exception du peu de temps pris par M. Cloquet pour une communication relative à un nouvel instrument à ligature, et par une présentation de M. Maisonneuve qui a une fois encore enlevé la moitié d'un maxillaire inférieur, toute la séance a été absorbée par les élections du nouveau bureau.

Les usages académiques ayant établi, sauf de très-rares exceptions, que le vice-président succède au président, M. Jobert a été élu à l'unanimité moins deux billets blancs et deux ou trois académiciens qui se sont livrés à des votes de fantaisie.

La section de pharmacie, qui depuis plusieurs années n'avait pas été représentée à la présidence, a réclamé cette année, et elle a jeté les yeux sur M. Bussy. On comprend sans peine que ce choix a été agréé par l'Académie : M. Bussy est un esprit net et positif qui, pourvu qu'il s'arme d'un peu de résolution, aura tout ce qu'il faut pour bien présider des débats académiques. Il n'a eu que de loin cette année, pour concurrent, M. Renault, en qui l'Académie trouvera évidemment dans deux ans un président accompli.

La nomination la plus inattendue a été certainement celle de M. Depaul aux fonctions de secrétaire annuel. Depuis sept ans que M. Gibert siégeait à la gauche du président, on s'était presque accoutumé à le considérer comme un second secrétaire perpétuel. Mais l'Académie n'a pas voulu qu'on oubliât qu'elle était une république, et le zèle scrupuleux de M. Gibert n'a pu trouver grâce devant ce besoin qu'elle a senti d'en donner la démonstration. Au reste, sept élections successives peuvent parfaitement consoler M. Gibert de rentrer parmi les simples immortels, d'autant plus que les agréments des fonctions de secrétaire sont loin de compenser ce qu'elles ont de pénible et d'assujettissant.

Si M. Gibert, comme nous n'en doutons pas, se console, nous nous consolerons d'autant mieux, pour notre part, qu'il aura un successeur dont le zèle ne le cédera en rien à celui qu'il a déployé, et que l'Académie, en donnant une marque signalée de sa confiance à M. Depaul, l'a récompensé de la courageuse conscience et du remarquable talent qu'il a montrés dans l'avant-dernière grande discussion qui s'est agitée à l'Académie.

Quelques personnes qui ont pris part à cette discussion avaient pu penser ou cherché à faire penser que l'attitude que M. Depaul y avait prise l'avait mal posé dans l'esprit de ses collègues. Le vote d'hier dissipera toute équivoque à ce sujet, et ce vote sera un encouragement pour tous les rapporteurs qui voudront marcher dans la voie si heureusement suivie par M. Depaul. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences du 11 Décembre.

Si nous disions qu'une idée n'est rien en fait de science, nous irions certes beaucoup au delà de notre pensée ; car une idée n'eût-elle d'autre résultat que de donner à quelqu'un l'envie d'en constater l'exactitude, que ce serait déjà beaucoup. Mais ce serait, suivant nous, tomber dans une bien plus grande illusion que de se croire des droits à la priorité d'une découverte, sous prétexte qu'on en a eu l'idée, et même qu'on aurait fait part de cette idée au public. A ce compte, il n'y aurait plus de découvertes à faire, car, on l'a dit depuis longtemps, il n'y a guère d'idées nouvelles sous le soleil : et cependant, Dieu sait quel vaste champ est encore ouvert aux investigations des esprits assez sagaces pour interroger habilement la nature et lui arracher ses secrets ! Ces principes, qui sont d'ailleurs ceux qu'avec raison l'Académie a depuis longtemps adoptés, ne nous permettent pas d'admettre le droit de priorité que M. Fatou a cru devoir invoquer touchant le recul du cœur, sous prétexte qu'il avait déjà exposé une théorie semblable à celle de M. Hiffelsheim, dans les termes suivants :

> L'impulsion précordiale de la pointe du cœur est due en grande partie à la *poussée* qui s'exerce sur la paroi opposée aux orifices d'écoulement, au moment de la contraction des ventricules.

Les termes qu'a employés M. Fatou pour exprimer son idée, prouvent sans doute qu'il avait entrevu la vérité ; mais ils prouvent en même temps qu'il n'avait pas considéré la *poussée* comme la conséquence inévitable d'une loi physique, considération qui seule aurait pu le justifier de n'avoir pas donné la démonstration du fait, si quelque chose peut en dispenser.

— Les *Comptes rendus* annoncent que M. Natanson a décrit *un bruit musculaire* qui se produirait *dans certaines circonstances particulières ;* nos lecteurs jugeront peut-être que les *Comptes rendus* n'auraient pas mal fait de dire en quelques mots quel est ce bruit et quelles sont ces circonstances.

— Les *Comptes rendus*, en compensation du laconisme dont ils ont usé envers M. Natanson, se sont en revanche étendus sur l'absorption de l'azote par les plantes, à propos d'une communication de M. Roy; mais, si M. Roy a été fidèlement reproduit, il n'a eu qu'un tort, celui de croire qu'il suffisait d'annoncer des faits très-intéressants, pour que le monde savant dût les accepter comme démontrés.

H. DE CASTELNAU.

Note sur la préparation et l'emploi d'un diachylum à base de zinc,

Pendant mon séjour au milieu des établissements hydrothermaux des Pyrénées, j'ai été frappé des inconvénients qu'offrait l'usage du diachylum ordinaire chez les malades qui font usage de ces bains. Toutes les parties de la peau qui ont été pendant quelques instants en contact avec cette préparation, se couvrent d'une couche épaisse de sulfure plombique dont des lavages répétés ne parviennent que difficilement à la débarrasser. Les doigts qui ont manié l'emplâtre en retiennent une couche, imperceptible à la vue, qui résiste cependant aux lotions ordinaires, et dont le réactif sulfureux vient immédiatement révéler la présence. Témoin de ces faits et voyant la quantité considérable de composé plombique qui restait adhérent à la peau, je me suis demandé jusqu'à quel point il était prudent de maintenir ces composés saturnins en contact quelquefois très-prolongé avec de larges surfaces ulcérées ouvertes à l'absorption. Peut-être objectera-t-on à ce scrupule que l'expérience n'a fait connaître jusqu'ici qu'un très-petit nombre d'accidents résultant de cette pratique; néanmoins, il y en a des exemples; M. Taufflieb, de Barr, cité par M. Tanquerel, rapporte une observation de coliques saturnines produites à deux reprises différentes par l'application de bandelettes de diachylum sur un vaste ulcère ; ainsi, des faits incontestables établissent la possibilité de cet accident, et, d'une autre part, on sait combien facilement les affections saturnines peuvent être méconnues, si elles prennent naissance en dehors des conditions qui les déterminent ordinairement, et si elles ne se présentent pas avec leurs symptômes les plus habituels. J'ai, pour ma part, rencontré plusieurs fois des maladies produites par l'intoxication saturnine et dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée. J'irai plus loin que M. Tanquerel, qui, en admettant la possibilité de l'empoisonnement à la suite d'applications faites sur la peau, y met comme condition la destruction préalable de la couche épidermique. Je ne crois pas cette circonstance indispensable ; j'ai recueilli, à l'appui de l'opinion que je soutiens ici, une observation qui me paraît digne d'intérêt :

Observation. — Une femme entre dans mon service, en proie à des accidents saturnins, offrant le liséré caractéristique. Un interrogatoire scrupuleux ne m'avait pas fait connaître la voie par laquelle le poison avait pénétré, quand, en la pressant de questions, j'appris que, laveuse de vaisselle dans une gargote des barrières, elle passait toute sa journée à *récurer* des vases étamés.

Je soupçonnai qu'il fallait chercher dans cette circonstance l'origine de cette maladie, et, pour éclairer ce doute, je prescrivis un bain sulfureux, et je trouvai le lendemain les mains et les avant-bras couverts d'une couche épaisse de sulfure de plomb.

Quelque minime que puisse paraître cette chance de danger, la prudence conseille de chercher à la prévenir, et, dans le cas où l'emplâtre adhésif doit être appliqué pendant longtemps sur une très-large surface, surtout si cette surface est ulcérée, je pense qu'il serait avantageux de pouvoir substituer au diachylum un sparadrap qui, possédant les mêmes propriétés, ne renfermerait pas de sel plombique.

En outre, chez les personnes qui font usage des eaux sulfureuses, quoique les inconvénients que j'ai signalés ne soient pas bien graves, ils sont assez désagréables pour qu'on doive chercher à les prévenir.

La substitution si heureusement accomplie, depuis quelques années, de l'oxyde de zinc à l'oxyde de plomb dans la préparation des couleurs, me suggéra l'idée d'un diachylum à base de zinc. Je priai M. Boileau, pharmacien à Luchon, savant aussi distingué que modeste, de vouloir bien en préparer d'après cette donnée. M. Boileau fils, chimiste habile, se chargea de cette opération. Il chercha d'abord à combiner directement l'oxyde de zinc avec les acides gras ; mais n'ayant obtenu aucun résultat satisfaisant par ce moyen, il procéda par voie de double décomposition : une solution de savon blanc fut mise en contact avec une solution de sulfate de zinc, on obtint immédiatement un précipité abondant d'oléo-margarate de zinc qui, lavé et séché, fut combiné avec les gommes résines et les autres substances qui entrent dans la composition du diachylum. Seulement, connaissant les propriétés très-siccatives des sels de zinc, M. Boileau fils augmenta la proportion de l'huile et de la cire, pour conserver à l'emplâtre une consistance convenable.

Ce diachylum a été d'un excellent usage et s'est très-bien conservé ; et outre l'utilité toute locale qu'il offre dans les établissements d'eaux sulfureuses, j'ai cru lui reconnaître des propriétés qui me paraissent devoir en généraliser l'emploi. Des plaies ont été pansées comparativement avec ce diachylum et le diachylum ordinaire ; dans les premières, la suppuration a été moins abondante, et la cicatrisation s'est accomplie plus rapidement ; mes observations sont encore trop peu nombreuses sur ce point pour que je donne ce résultat comme définitivement acquis à la science ; il appelle la sanction de faits plus nombreux et de nouvelles expériences ; je sais combien de causes d'erreur peuvent fausser les conclusions que l'on déduit d'une expérience trop restreinte, cependant, je ferai remarquer que ces résultats sont d'accord avec les inductions qu'on aurait pu tirer des propriétés très-siccatives des sels de zinc et de leur puissance astringente, et que souvent même, à ce titre, on les préfère aux sels de plomb quand il s'agit de modifier énergiquement la circulation dans des tissus enflammés.

H. GUÉNEAU DE MUSSY, *médecin de la Pitié.*

Faculté de médecine. — M. MALGAIGNE.

Leçons sur les hernies, recueillies par la sténographie.

(*Suite. Voir les nos* 15, 18, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 35, 40, 49, 54, 55, 60, 61, 63, 64, 85, 94, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 120, 127, 129, 146, 147 *et* 148.)

VINGT-QUATRIÈME LEÇON.

Messieurs, dans la dernière séance, nous avons continué l'étude de l'étranglement vrai ; nous avons recherché de quelle manière il se termine quand on l'abandonne à lui-même. Le plus souvent, c'est par la mort, mais pas d'une façon aussi simple que le disent les auteurs : elle peut arriver par péritonite, par choléra herniaire, par un simple épuisement; le plus souvent par l'ulcération, rupture de l'intestin, épanchement des matières fécales dans le péritoine et les parties voisines, et enfin la gangrène et la mort. Quant à la gangrène, je ne la regarde pas comme une terminaison naturelle : il faut, pour qu'elle se produise, que le chirurgien y mette la main ou qu'il y ait rupture de l'intestin, et, finalement, épanchement des matières fécales.

J'ai recherché pourquoi il y avait tant de différence dans la marche rapide ou lente de la mort ; j'ai dit qu'il y a des étranglements plus ou moins serrés, qu'il est généralement plus serré dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales, et que quand la hernie est plus serrée, les accidents sont moindres en apparence et le péril beaucoup plus grand.

Vous avez vu, par quelques chiffres, quelles étaient dans ces cas les dimensions, d'une part du collet, et de l'autre de l'anse intestinale. Pour les dimensions du collet, par exemple, de 9 à 16, il y a de la différence, n'est-ce pas? Mais quelles dimensions doit donc avoir une anse intestinale pour passer par cet orifice et s'y étrangler plus tard? Il n'y a pas de règles pour cela : le collet peut être assez large et être cependant encore trop étroit par rapport à l'anse intestinale; de même que l'anse d'intestin peut être très-petite, et pourtant être encore étranglée par un collet trop étroit pour elle.

J'ai fait nombre d'autopsies : dans un cas, le collet présentait 0m,011 de diamètre, et l'anse intestinale en avait 0m,014 ; ce n'était donc que 0m,003 en plus ; or, il avait suffi dans ce cas d'une striction *d'un quart* pour déterminer l'étranglement.

Voici une petite anse d'intestin que je lie d'une manière par trop serrée. Je la serre maintenant très-fort : cette dernière striction suffirait certainement pour amener l'étranglement; le diamètre n'étant que le tiers de la circonférence, il faut une très-grande striction pour qu'il y ait étranglement. Quand il y a une grande anse intestinale, l'orifice doit être un peu plus considérable, relativement à cette même portion d'intestin, que quand il s'agit seulement d'une hernie petite, car, dans le premier cas, il y a du mésentère : le mésentère joue un certain rôle dans l'étranglement; nous y reviendrons dans un moment. Quel est le mécanisme de l'étranglement? Pourquoi, puisqu'une petite ouverture peut livrer passage à une anse d'intestin d'un demi-pied, tout aussi bien qu'à une anse de 2 ou 3 pouces, pourquoi l'intestin ne s'y précipite-t-il pas? C'est que l'intestin ne peut passer qu'autant qu'il y a de la place dans le sac : si donc le sac est petit, il sortira peu d'intestin.

A égalité d'ouverture, dans les hernies vaginales, il sort une plus grande quantité d'intestin que quand il y a déjà une hernie. A égalité d'orifice, la striction peut donc être plus ou moins forte suivant la capacité du sac; mais, toutes choses égales d'ailleurs, quel est le mécanisme de l'étranglement? La hernie passe à travers un trou ; elle ne peut pas s'étrangler dans l'instant. Ce que l'on appelle étranglement primitif est donc en quelque sorte encore un abus de langage ; l'intestin passe à travers un trou : ce trou n'est donc pas trop étroit. Mais, lorsque le trou n'est pas trop étroit pour que l'intestin soit libre et que la circulation puisse s'y faire commodément, c'est alors qu'il y a étranglement. Quand les enfants passent un anneau dans leur verge, l'anneau n'est pas disproportionné pour la verge ; mais la verge s'érige : alors l'anneau devient trop étroit. Eh bien! il y a quelque chose de semblable pour l'intestin. L'intestin passe par un trou; il n'y est pas serré, mais la circulation y est embarrassée; il se gonfle, alors l'inflammation arrive à la surface interne et à la surface externe : à la surface externe, c'est de la lymphe; à la surface interne, ce sont surtout des gaz. Or, vous savez comme l'irritation intestinale développe rapidement des gaz dans les intestins; c'est principalement ce développement de gaz qui distend l'intestin : celui-ci réagit sur l'anneau, devenu alors trop étroit, qui étrangle l'intestin et finit par le couper.

Ce mécanisme n'a pas été suffisamment étudié, on n'a pas touché à ce point comme à tant d'autres, et cela est difficile, parce que les faits que l'on observe sont rares, et l'on ne peut pas toujours en faire l'autopsie, ce moyen puissant d'instruction ; mais l'expérimentation sur les animaux vivants pouvait se faire : c'est ce que j'ai fait, mais cela est encore difficile. En apparence, il est très-simple d'ouvrir le ventre d'un chien, d'en extraire une anse d'intestin et d'y faire passer un fil; mais, quand on a fait cela, les deux bouts de l'intestin viennent en contact; mais, comme il n'y a pas tout de suite d'étranglement gangréneux, les deux bouts de l'intestin reprennent, le fil tombe dans la cavité intestinale, et alors il y a réunion complète de l'intestin par des adhérences : il faudrait donc tâcher de retenir l'anse intestinale à l'extérieur, afin qu'elle ne puisse pas se réunir à celle qui est en dedans.

Chez l'homme, l'anse intestinale peut bien contracter des adhérences avec le sac, mais pas avec le bout supérieur. Quand donc la hernie est serrée par les anneaux constricteurs, les deux portions de l'intestin ne se rejoignent pas, ce qui, au contraire, arrive chez le chien après trois ou quatre jours.

Pour bien juger de cela, il faut se mettre en sentinelle auprès du chien, car sans cela on ne connaîtra pas les symptômes auxquels cela donne lieu, on ne saura pas les rapports qui existent entre les symptômes et l'étranglement, et puis, quand les chiens ont une plaie, si leur langue y sent un corps étranger, ils la déchirent, attirent l'intestin à l'extérieur et mangent le corps étranger. Cependant, malgré ces difficultés, j'ai tenté des expériences de cette nature, et je recommande ces essais à des hommes plus intrépides que moi : les chiens crient beaucoup, ils vomissent, ils souffrent, et comme ils n'ont pas de philosophie, ils ne savent pas se taire. J'étais à Bicêtre, au milieu des champs, pas de voisins pour crier contre moi à cause de mes chiens; ce fut donc tout au fond de la maison de Bicêtre, dans un endroit bien isolé, que je fis mes expériences; j'y mis six chiens, j'avais nombre d'externes et d'internes que j'avais associés à mon entreprise, ils se relayaient donc jour et nuit, de deux heures en deux heures; malgré cela, je n'eus pas grand résultat, car les chiens ne se comportent pas comme l'homme, ce ne sont pas des vomissements comme chez l'homme, et puis la hernie ne se trouve pas dans les mêmes circonstances.

Mais ce n'est pas la striction la plus violente qui cause les plus grands accidents : je vous ai parlé tout à l'heure de la ligature d'une anse intestinale que l'on coupe, et les chiens guérissent en quatre ou six jours; on fait une perforation intestinale, elle guérit très-promptement; les étranglements factices très-serrés guérissent donc le plus vite.

Je serrai fortement une anse intestinale et je la renvoyai dans le ventre, j'eus une péritonite épouvantable, et je pus observer alors la différence des vomissements convulsifs avec les vomissements par sorte de régurgitation que produit une paralysie de l'intestin.

Mais, ce qui se rattachait le plus à l'histoire de l'étranglement chez l'homme, c'était ce fait : sur un chien, je pris une anse intestinale, je la liai sans trop serrer; c'était bien une ouverture étroite, mais qui pouvait encore laisser passer l'anse d'intestin : déjà, en faisant ainsi passer l'anse intestinale par cette ligature, il arrive un point où l'anse est gonflée, même sur le cadavre, et on ne peut plus la réduire; c'est là une difficulté du taxis, même quand il n'y a pas d'inflammation, parce que les gaz reculent dans cette portion de l'intestin, s'y accumulent et empêchent l'intestin de rentrer : je laissai donc la ligature assez distante de cette partie de l'anse pour que celle-ci ne se gonflât pas, je ne la fis pas rentrer dans le ventre, je la logeai sous les muscles de l'abdomen, et je recousis la plaie extérieure. Les accidents de l'étranglement se montrèrent bientôt, le chien vomit; vers trois ou quatre heures dans la journée, il jeta un petit cri, il se fit un petit crépitus dans la plaie; le chien parut stupéfait, il regarda sa plaie et y porta la langue; il s'établit là un anus contre nature qui contracta des adhérences; de sorte qu'au bout de trois ou quatre jours, le chien, toujours très-propre et balayant toujours la plaie avec sa langue, ne trouva plus à lécher que des matières fécales : bientôt il maigrit, devint étique et succomba. Qu'était devenu le fil? On pouvait le prévoir, quand on sait que c'est l'ulcération qui suit la striction : l'anse intestinale de mon chien était donc dans les chairs, adhérente partout en cet endroit; il y avait un trou qui donnait passage aux matières fécales, c'était là l'anus contre nature : le fil pendait au dehors, mais où était l'autre bout? Il embrassait le mésentère de l'autre côté; il avait coupé les deux côtés de l'intestin, mais il ne serrait plus, l'intestin y était encore, mais sans étranglement.

Voilà une image assez grossière de ce qui se passe, l'intestin se précipite par une ouverture; on peut encore le faire passer par là au bout d'un certain temps; mais, quand les gaz sont développés, si l'étranglement est serré, l'intestin se coupe; très-souvent alors il n'y a plus de pincement, plus d'étranglement; de même que, quand on trouve l'intestin ainsi ulcéré dans une opération, la hernie ne pouvait pas rentrer, elle était pincée par

l'anneau; dans quelques cas, on ne débridait pas l'anneau, il suffisait que la striction fût beaucoup diminuée, il n'y avait plus alors d'étranglement, et l'intestin étant ouvert, les matières fécalns s'écoulaient au dehors : on peut ainsi sauver quelques malades, mais ils conservent un anus contre nature.

Il y a plus, des chirurgiens ont eu le courage de proposer d'ouvrir simplement des hernies étranglées : cela simplifierait beaucoup l'opération, il est vrai, mais on l'a fait sans le vouloir, ou bien quand on a trouvé l'intestin sphacélé; mais agir ainsi de propos délibéré, ce serait gravement exposer les malades.

Mais lorsque l'ulcération s'est emparée de l'intestin, et surtout quand il y a une perforation, l'inflammation gagne quelquefois l'anneau constricteur, que ce soit un anneau fibreux, comme dans la hernie crurale, ou quasi cartilagineux, comme est le collet dans la hernie inguinale, l'anneau enflammé se relâche alors et il ne serre plus autant l'intestin.

Quels sont ces anneaux constricteurs? Grande question à laquelle on ne songeait guère, et dont, par conséquent, on ne s'était pas occupé, question que mes faits propres n'auraient pas suffi à évoquer contre tous les autres chirurgiens; j'aurais été écrasé : il fallait donc simplement apprendre aux chirurgiens à reconnaître les hernies, car il y a nombre de chirurgiens qui ne le savent pas, qui ne s'en doutent même pas. Comment donc ai-je pu faire? Je ne rencontrais pas dans mes faits ce que disaient les auteurs; ce n'est pas la première fois que cela m'arrivait. D'où donc venait cette dissension, de ma faute ou des faits? Je voulus savoir quels étaient les fondements de la doctrine que l'on m'opposait et qui avait régné jusque-là : pour cela, je recherchai l'origine de cette doctrine.

Le mot d'*étranglement*, vous le savez, ne remonte qu'au XVIe siècle, à ces opérateurs, à ces inciseurs, qui ne savaient pas un mot d'anatomie, à Franco, qui n'en savait guère. Franco, qui est le premier chirurgien à qui on puisse s'adresser au sujet de l'étranglement, Franco donc pense que l'étranglement vient de ce que *le pertuis du péritoine est trop étroit;* ce pertuis, pour lui, c'est une rupture du péritoine, car, au XVIe siècle, on croyait que la hernie était une rupture du péritoine; le vulgaire avait cette croyance, et il l'a, du reste, encore aujourd'hui; et, comme on appelait le péritoine *la toilette,* il pensait donc que la hernie était une *rupture de la toilette.* Je dis donc : « Franco, mon ami, vous êtes un ignorant, et je vous laisse de « côté. » Et pourtant c'était un grand chirurgien. Voici ce qu'il faisait : il pratiquait le taxis à travers les téguments; s'il ne pouvait réduire la hernie ou *la rupture,* il incisait la peau et le tissu cellulaire qu'il appelait *le didyme,* et il essayait de nouveau le taxis sur le sac mis à nu. Ne vous semble-t-il pas que cela doit être plus facile? Oui, certainement, et c'est un précepte que l'on a malheureusement beaucoup trop oublié : quand il ne pouvait pas réduire de cette façon, il mettait l'intestin lui-même à nu, et avant d'*élargir la rupture,* comme il disait, il cherchait encore à faire rentrer la hernie.

Tout cela est parfaitement rationnel, messieurs, et j'espère que vous voudrez bien avoir en bon souvenir la manière de faire de Franco.

La *rupture du péritoine* resta en vogue jusque vers la fin du XVIIe siècle. A cette époque, on ouvrit quelques cadavres et l'on vit qu'il n'y avait pas de rupture; c'était un grand progrès. Il fallait pourtant expliquer l'étranglement. Dionis, le premier, l'explique par l'anneau. Saviart, son contemporain, croyait aussi que c'était par l'anneau que se fait l'étranglement de la hernie : il raconte qu'il réussit à réduire la hernie en masse (c'est la première fois que l'on fait la réduction en masse). Saviart ouvrit le sujet, et l'on trouva, dit-il, l'intestin étranglé par l'anneau; mais cet anneau appartient aux muscles, on trouve l'intestin étranglé, Saviart dit, sans regarder : « C'est l'anneau. » Ce n'est pas ainsi qu'il faut agir.

Mais arrivèrent bientôt des savants qui faisaient de temps à autre une autopsie, et qui, cultivant fort mal l'anatomie, firent observer fort judicieusement qu'il y avait *trois muscles* en ce point, et, par conséquent, *trois anneaux :* alors la chirurgie obéissante quitta la théorie de l'étranglement par un seul anneau, et l'on dit qu'il y avait *trois étranglements* par *trois anneaux.*

Winslow, qui faisait de l'anatomie autrement que ces gens-là, dit qu'il n'y a qu'un seul anneau, l'anneau de l'oblique externe, l'anneau inguinal externe, et qu'il n'y en a ni pour le transverse ni pour l'oblique interne.

Garengeot fit une très-belle théorie sur l'étranglement par l'anneau interne et par l'anneau externe, mais, quand il arrive à la pratique, il avoue qu'il n'y a qu'un seul canal.

Georges Arnaut, qui se vantait que, sur dix hernies étranglées qui se présentaient à Paris, il en opérait sept (il y avait de bonnes raisons pour cela), Arnaut disait : Il y a un trou, c'est l'anneau, et derrière, c'est le péritoine, tendu comme une pellicule d'œuf, défendant l'homme contre la hernie. Fort heureusement, nous sommes mieux défendus que cela contre les hernies. Arnaut vivait au commencement du XVIIIe siècle.

Voilà où on en était, quand, en 1725, un chirurgien de Versailles, Ricot, ouvrant une hernie, trouve qu'elle est étranglée, non pas par l'anneau, mais par le collet du sac.

Legras, la même année, trouve un rétrécissement du péritoine. Enfin, trois ans après, Arnaut réduit une hernie en masse : on fait l'autopsie et on trouve là un rétrécissement du sac. Arnaut admettait trois sortes d'étranglements : 1° par le collet; 2° par l'anneau, et 3° par l'anneau et le collet tout à la fois. Vous trouverez cela dans un petit ouvrage qui parut sans nom d'auteur en 1749. C'est vers cette époque qu'Arnaut avait été chargé par l'Académie de chirurgie de lui faire un rapport sur les faits nombreux de hernies étranglées que lui envoyaient de tous côtés ses membres correspondants. Arnaut s'était enfui à Londres : on a découvert, il y a cinq ou six ans, le motif de ce voyage à Londres. Arnaut avait été condamné, en 1744, aux galères à perpétuité; on commua sa peine en une détention perpétuelle à Bicêtre, où il pourrait soigner les hernieux. Il paraît qu'il put se soustraire à cette clientèle et qu'il partit à Londres, et c'est là, probablement, qu'il fit paraître son rapport sur l'étranglement.

J.-L. Petit (malheureusement ce grand chirurgien n'a pu jeter ses idées sur le papier), J.-L. Petit disait : « Puisque c'est l'anneau qui étrangle la hernie, pourquoi ouvrir le sac? Quand vous ne pouvez pas réduire une hernie étranglée, débridez en dehors, et vous réduirez l'intestin; » procédé que l'on m'oppose à moi, aujourd'hui, contre la doctrine que je vous exposerai.

Voilà le premier fait qui semble prouver que l'étranglement ne se fait pas à l'anneau. Il y a quelques années, M. Bonnet, de Lyon, et d'autres chirurgiens ont dit qu'en débridant l'anneau ils faisaient rentrer des hernies sans toucher au collet : mais s'ils avaient su reconnaître un étranglement vraiment irréductible, ils n'auraient pas si bien réussi, cela est certain.

1° Il ne m'est pas démontré que ces messieurs aient eu affaire à de vrais étranglements; quand ils auront bien voulu apprendre à distinguer l'étranglement vrai du faux, ils pourront alors parler.

2° Avant d'arriver à l'opération, vous faites le taxis plus ou moins longtemps : quand donc vous n'avez pu réduire la hernie par le taxis à distance, c'est-à-dire par-dessus les téguments, incisez la peau et le tissu cellulaire, et essayez de pratiquer le taxis à travers le sac; ce que vous ne pouviez obtenir auparavant à travers l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire, vous pourrez le faire quelquefois en agissant sur le sac mis à découvert. Voilà pourquoi je vous ai parlé de la pratique de Franco. Ici, il n'y a pas besoin de débrider ni anneau ni collet, ce qui n'empêchera pas qu'il n'y ait eu étranglement.

Quand vous avez essayé de réduire la hernie à travers l'épaisseur du sac seul, et que vous n'avez pas réussi, ouvrez le sac et tentez de nouveau le taxis; nombre de fois vous pourrez alors réduire la hernie sans rien débrider. En effet, s'il y a du liquide dans le sac, c'est ce liquide, et non pas l'intestin, qui reçoit l'impulsion du doigt dans le taxis; mais, quand le liquide est évacué, on n'a plus qu'une hernie qui ne remplit le sac qu'à moitié, la

main agit alors directement sur l'intestin, et la réduction est souvent possible.

Mais il y a plus : dans mes expériences sur les chiens, pour simuler un sac autour de l'intestin, j'avais fait un sac de l'épiploon, et, l'anse d'intestin étant dedans, j'avais serré le fil, l'intestin se remplit aussitôt de gaz; cela faisait une boule dure, assez tendue; j'essayai de la faire rentrer dans le ventre, je ne pus y réussir; mais, dans les efforts du taxis, le sac vint à se rompre, de suite l'anse intestinale, qui avant était globuleuse, s'allongea, et sans débrider, je pus la réduire. Donc, quand on ne peut réduire une hernie par-dessus les téguments, on pourra quelquefois la réduire à travers l'épaisseur seule du sac; si l'on ne peut la faire rentrer à l'aide du taxis pratiqué directement sur le sac, ouvrez-le et vous réussirez quelquefois en pressant sur l'intestin mis à nu.

Il n'est donc pas toujours nécessaire de débrider le collet ni le sac pour faire rentrer une hernie étranglée. Nous reviendrons sur ce sujet.

Nous arrivons maintenant à un second Mémoire de Louis, en 1768 : Louis admet alors que le collet est fréquent, et l'on ne peut nier que ce rétrécissement ne soit une cause d'étranglement. Il avait renoncé, à l'opération de J.-L. Petit (et il avait eu tort en cela), le débridement sans ouvrir le sac, « à cause, disait-il, de la nécessité d'ouvrir à la fois le sac et l'anneau. »

A propos de ce Mémoire, qui vaut mieux que l'autre dont je vous ai déjà parlé, Louis avait des ennemis; tout ce qu'ils avaient vu était donc mal vu ; je vous ai parlé des cas de hernies rentrées en masse, faits connus et reconnus, les faits de Legras et autres : Louis était mal avec eux, aussi dit-il, en parlant de la réduction des hernies en masse, « qu'il ne comprend pas ces chirurgiens. » Il blâme donc hautement les principes d'Arnaut; mais ces principes sont des faits, et si cela vous gêne, peu importe, les faits s'imposent, il n'y a rien de brutal comme un fait, à cette condition qu'il aura été bien observé : c'est précisément ce que Louis ne faisait pas, lui qui opposait sa piètre expérience aux faits et aux travaux d'Arnaut.

Voilà comment Louis jugeait les cas de rentrée des hernies en masse.

Mais l'étranglement par le collet était plus fréquent qu'on ne le croyait : mais vous connaissez la manière d'agir de cette École du XVIIe siècle.

Percival Pott, lui aussi, niait ces faits, parce que, disait-il, il ne les connaissait pas.

A l'entrée de ce siècle, nous trouvons Scarpa indiquant le rétrécissement du collet comme une des causes les plus fréquentes de l'étranglement.

Dupuytren dit que sur neuf cas d'étranglement, il y en a bien six qui dépendent du rétrécissement du collet. Certes, il serait bien difficile de trouver un chirurgien qui ait plus d'expérience que Dupuytren, et peut-être n'y en a-t-il pas un qui en ait opéré plus que lui. Il a donc ouvert un nombre considérable de hernies, et qu'a-t-il trouvé? Toujours le rétrécissement du collet : mais alors, il se trouvait en face de la théorie qui lui disait : « C'est l'anneau qui étrangle le plus souvent; » et alors Dupuytren disait : « L'étranglement se fait le plus souvent, presque toujours, par le collet du sac, mais quelquefois aussi par l'anneau. » Mais Dupuytren ne connaissait pas les deux anneaux, il n'admettait que l'anneau inguinal externe; vers la fin de sa carrière, il lui arriva bien quelques échos de la découverte qu'avait faite A. Cooper des deux anneaux inguinaux, mais Dupuytren était vieux, il ne se souciait pas beaucoup de travailler, il prêchait donc sa doctrine comme avant.

A. Cooper était d'un avis opposé à Dupuytren et à Scarpa pour l'anneau. Il dit : « Dans les hernies inguinales volumineuses, c'est toujours l'anneau inguinal externe qui étrangle; » moi je dis : « Il n'y en a pas. » Pour les petites hernies, c'est l'anneau interne; moi je dis : « Ce n'est pas l'anneau, c'est le collet. » Cherchez dans Dupuytren les signes de l'étranglement par l'anneau inguinal. « La hernie se prolonge comme un boudin, » dit-il; mais il ne connaissait pas le canal inguinal.

Quant à A. Cooper, son objection tombe toute seule, il n'a jamais montré les vrais signes de l'étranglement par l'anneau abdominal.

Mais vous savez combien il y avait antagonisme entre l'École anglaise et l'École française d'où jaillit la lumière.

Enfin, Aug. Bérard, qui n'avait que très-peu de faits, lança, sans y attacher grande importance et comme au hasard, cette phrase : il dit que sur neuf cas d'étranglement, il n'y en avait qu'un seul dû à l'anneau. Mais ce cas d'étranglement par l'anneau, il faut encore l'attribuer à l'influence que les doctrines anciennes avaient sur le chirurgien.

Enfin, je suis venu, messieurs, et j'ai vu que, jusqu'au XIXe siècle, il n'y avait que des doctrines sans fondement : Scarpa n'avait pas vérifié par l'autopsie les choses qu'il avançait, il y a donc peu de fonds à faire sur ses paroles. Dupuytren, lui aussi, ne mérite pas de faire autorité pour ce qui est de l'étranglement, car il ignorait l'existence du canal inguinal et de l'anneau interne. A. Cooper ne donne pas non plus les preuves de ce qu'il avance.

Trouvant donc qu'il n'y avait dans tout cela que des assertions et non des preuves; trouvant que, dans tous les cas de hernies inguinales, la cause de l'étranglement était non pas dans l'anneau, mais dans le collet, j'entrai alors dans des considérations tout à fait différentes de ce que l'on avait enseigné jusque-là ; je disais : Quoi ! vous prétendez que vos hernies inguinales s'étranglent par l'anneau ! et cet anneau serre si violemment l'intestin hernié qu'il le fait tomber en gangrène ! Mais, s'il vous plaît, c'est en ce même endroit que passe le cordon des vaisseaux spermatiques, et qu'est-ce qui protége donc ces vaisseaux contre la gangrène ou la section dans les hernies inguinales? La veine spermatique est-elle jamais comprimée, avez-vous jamais entendu parler de gonflement du testicule dans les hernies étranglées? On n'y avait même pas songé; il n'y a rien de semblable, autant que je l'ai pu observer du moins, et je ne connais pas un seul fait où une hernie inguinale s'étant étranglée, on ait vu le moindre gonflement du testicule ou tout autre signe de compression des vaisseaux spermatiques.

Eh bien donc, les vaisseaux spermatiques sont intacts, et malgré cela, l'intestin serait si violemment serré qu'il pourrait s'ulcérer! Pour l'anneau crural, il en est de même : qui a jamais ouï parler d'un arrêt de circulation du sang dans les membres inférieurs, dans une hernie étranglée? Mais l'effort de compression de l'anneau aurait d'abord porté sur la veine et celle-ci protégerait au moins un peu l'intestin : or, jamais on n'a vu dans les hernies crurales étranglées ni gonflement du pied, ni douleurs dans le membre, ni gangrène de la jambe ou du pied, ce qui aurait parfaitement lieu s'il y avait une striction aussi forte de l'anneau sur les vaisseaux et nerf cruraux.

Vous ne pouvez donc pas croire sérieusement que l'étranglement soit produit par ces anneaux.

Mais ne peut-il pas arriver des faits de ce genre? Voici treize ans que cette doctrine a été exposée, il n'y a pas peut-être de doctrine qui ait soulevé autant de contestations, parce que tous les chirurgiens ont voulu apporter chacun sa pierre pour lapider le paradoxe, mais aucun n'a apporté un fait véritable et bien examiné. Je n'en serai pas plus fier pour cela, et je n'irai pas plus loin. Ne se pourrait-il donc pas faire que quelque anneau crural, plus serré que les autres, parvînt à amener un étranglement herniaire? Quand on m'en montrera un, j'y croirai, mais jusque-là permettez-moi de ne pas y croire, et de dire aujourd'hui : « Il n'y a jamais eu d'étranglement réel produit par les anneaux; voilà ce que je sais aujourd'hui; mais si demain on m'en montrait un, je dirais : C'est la science de demain, je ne puis donc le savoir aujourd'hui. »

Pendant le cours de la discussion, il nous arriva de Strasbourg une bien jolie observation : c'était une anse intestinale qui avait été étranglée par un anneau qui l'aurait contenue deux fois! Le fait est tombé de lui seul.

Mais était-ce par le collet qu'arrivait l'étranglement crural?

A. Cooper croyait le collet plus fréquent dans la hernie cru-

rale que dans l'inguinale. Dupuytren croyait que l'anneau étranglait plus souvent l'intestin que le collet. Je le dis pour le passé, le présent et l'avenir : jamais l'intestin ne s'étranglera dans l'anneau crural, il est trop large.

A la Société de chirurgie, un de mes collègues, un de mes bons amis, arriva un jour avec une pièce anatomique qu'il n'avait pas voulu disséquer ; il avait fait son Mémoire sans examiner la pièce, tant il était persuadé que la hernie était étranglée par l'anneau ! M. Broca fit l'ouverture de la hernie, et le premier coup de bistouri montra que l'anneau crural n'était pour rien dans cet étranglement.

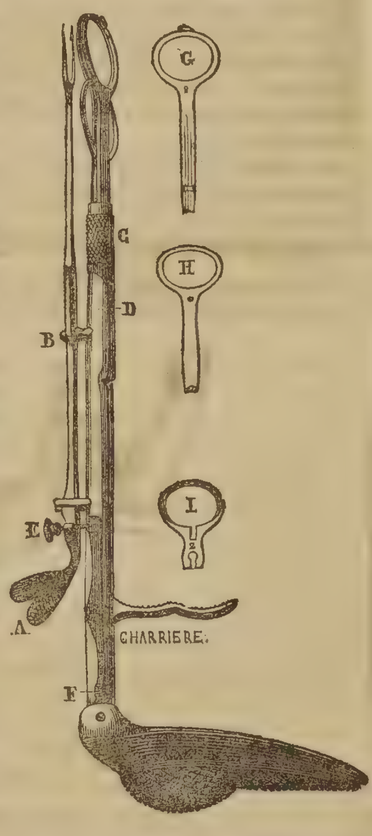
L'étranglement par le collet du sac est très-rare dans la hernie crurale, il se fait le plus souvent parmi des trous du fascia cribriforme, et ces anneaux étant très-coupants, l'étranglement a une marche plus rapide et en même temps plus perfide que dans la hernie inguinale.

Donc, dans la hernie inguinale, toujours étranglement par le collet, jamais par l'anneau ; dans la hernie crurale, jamais étranglement par l'anneau, qui est beaucoup trop large, quelquefois par le collet du sac, mais le plus souvent par un des trous du fascia cribriforme. A.-P. DOUMIC.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Nouveau modèle d'amygdalotome.

Dans la séance du 6 décembre, M. Verneuil a communiqué, au nom de M. Maisonneuve absent, un amygdalotome fabriqué par M. Charrière fils, qui, sans donner plus de travail que les modèles primitifs, aurait l'avantage de pouvoir spontanément et à volonté substituer une grande lunette contre une petite, et de varier indéfiniment les grandeurs et les formes de ces dernières sur le même instrument ; cette substitution se fait à l'aide d'un simple coulant muni d'un point d'arrêt qui l'empêche de se déranger involontairement. Toutes les pièces sont assemblées sur un tube à fortes parois, ouvert dans toute sa longueur, ce qui rend le nettoyage très-facile.



Ce nouveau système peut aussi bien s'appliquer à l'instrument de M. le professeur Velpeau qu'à celui de M. le docteur Maisonneuve, avec lequel on opère d'une seule main. La figure ci-jointe donnera une idée de cet instrument.

CORRESPONDANCE.

Luxations de champ de la rotule.

Paris, 20 décembre 1854.

Très-honoré confrère,

Je viens de lire avec intérêt l'article de M. Servier sur les luxations de champ de la rotule, mais il me suggère quelques observations que je vous soumets. D'abord notre confrère annonce qu'il transcrit *entièrement* les observations de MM. Payen, Guzzam (lisez Gazsan) et Gensoul. Cela n'est pas complétement exact, car s'il en donne intégralement les premiers alinéas, il analyse les autres, et dans cette partie il dit que j'ai renoncé à la flexion du genou parce qu'elle était trop douloureuse. Mais j'ajoutais : « *Je crus devoir la réserver,* » ce qui est supprimé. C'est qu'en effet je serais revenu à cette manœuvre si le procédé auquel j'ai eu l'idée de recourir m'avait manqué, et que je la crois la meilleure, la plus efficace dans la généralité des cas, ce qui est important à proclamer, parce qu'il faut une certaine résolution pour l'employer. Mon observation a d'abord été publiée dans le journal de M. Malgaigne, mai 1847.

Dans les corollaires dont je l'avais fait suivre, j'avais déjà indiqué comme cause de la plus grande fréquence des luxations externes, ce fait que le triceps, dans une position moyenne du membre, tend à porter la rotule de ce côté ; et j'ajoutais que les luxations dites spontanées se produisent constamment de ce côté-là.

Enfin le docteur Servier, en relatant les observations de luxations de champ publiées depuis le Mémoire de M. Malgaigne, n'en compte que 5 : celles de M. Gazsan, de M. Wasson, la mienne, celle de M. Delson (1), et celles qu'il a observées dans la clientèle de M. Gensoul.

L'observation de M. Debrou, d'Orléans, a paru d'abord dans les *Archives gén. de méd.*, avril 1848 ; elle a été reproduite par l'*Union médicale* du 11 mai 1848, et elle a donné lieu à la publication d'un article de M. Richelot, sous ce titre : *Du meilleur mode de réduction des luxations verticales de la rotule*, publié d'abord dans l'*Union* et tiré à part (broch. in-8° de 38 pages).

M. Servier a omis une sixième observation qu'on trouve dans *el Telegrafo medico*, dans laquelle M. Mendoza a réduit une luxation externe par la flexion de la jambe ; mais, par une étrange inadvertance, ce chirurgien ne fait pas connaître la cause du déplacement. (Observation reproduite dans le journal de M. Malgaigne, 1849, t. 5, p. 46.)

Si vous croyez, monsieur le rédacteur, que ces remarques offrent quelque intérêt à vos lecteurs, j'espère que vous leur accorderez l'hospitalité dans un de vos prochains numéros. Dr J.-F. PAYEN.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Décembre 1854. — Présidence de M. ROSTAN.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Nous donnerons la Correspondance officielle dans notre prochain Compte rendu.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Serre-fine.

M. Apostolidès communique un nouveau modèle de serre-fine, applicable à l'opération du bec-de-lièvre.

Porte-éponge.

Le même médecin communique un modèle de porte-éponge destiné aux opérations qui se pratiquent sur les voies aériennes.

Anus artificiel.

M. Burgraeve, de Gand, adresse un Mémoire sur l'anus artificiel, avec une pièce d'anatomie pathologique à l'appui.

Choléra.

M. Agar-de-Bus adresse une Note sur la prophylaxie du choléra, fondée sur les expériences de M. Doyère.

— M. Nalant adresse une Note sur les avantages des fumigations d'acide nitrique fumant dans les appartements, comme préservatif du choléra.

— M. Coillot, de Besançon, adresse une Note sur la prophylaxie du choléra.

— M. Delfrayssé adresse des observations sur l'épidémie.

— M. Dumas, de Villegailhem, adresse un Mémoire sur le choléra.

Huile de foie de morue.

M. Peter Moller, de Christiania, envoie un échantillon d'huile de foie de morue.

Quinquina.

M. Chapuis adresse, en son nom et au nom de M. Amic, médecin de la marine, un échantillon d'un nouveau succédané du quinquina, avec une Note à l'appui.

Syphilis.

M. Baizeau, médecin militaire, adresse un Mémoire sur l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis.

Diphtérite.

M. Wanner adresse une Note sur plusieurs cas de diphtérite qu'il a eu à traiter.

(1) Lisez Debrou, une erreur typographique ayant altéré ce nom.

Incident.

A l'occasion du procès-verbal, M. Londe demande la parole pour se plaindre que M. le secrétaire annuel ait omis de proclamer, dans son Rapport général, les noms de 6 des lauréats que l'Académie a couronnés cette année.

M. le président et M. le secrétaire annuel donnent quelques explications fort naturelles, et cet incident n'a pas d'autre suite.

— M. Ferrus demande ensuite la parole pour expliquer la dissidence qui existe, à propos de l'hérédité du cancer, entre M. Amussat et lui, et il pense que cette dissidence n'est que dans les apparences, et qu'elle disparaîtrait s'il faisait avec M. Amussat une visite à la Salpêtrière.

COMMUNICATIONS.

Nouvelle méthode de suture.

La parole est à M. J. Cloquet, pour présenter à l'Académie une nouvelle forme d'aiguilles à suture.

La réunion des parties molles divisées, dit-il, au moyen de points de suture, généralement adoptée par les anciens, était généralement tombée en désuétude depuis l'époque où Pibrac, dans son Mémoire inséré parmi ceux de l'Académie royale de chirurgie, avait signalé les inconvénients et s'était élevé contre les abus de la suture. Depuis le commencement de ce siècle, cette opération a repris faveur, et, aujourd'hui, on en fait un sage emploi en l'appliquant aux cas qui la réclament, sans négliger cependant les avantages qu'offrent et la position des parties et les agglutinatifs, tels que le diachylum gommé et le collodium.

Quoique d'une simplicité extrême, la suture n'est cependant pas toujours très-facile à pratiquer avec les aiguilles dont on se sert généralement. Celles-ci ont plusieurs inconvénients qui s'opposent à ce que la suture soit toujours appliquée avec toute la perfection désirable :

1° L'aiguille glisse et tourne facilement entre les doigts;

2° Faute de trouver à l'opposé de sa pointe un point d'appui résistant, elle pénètre difficilement dans certains tissus qui fuient devant elle;

3° Souvent elle se dévie en traversant les tissus de la direction qu'on lui avait imprimée d'abord ; elle pénètre trop profondément ou pas assez; elle sort brusquement et pique les doigts du chirurgien ;

4° Enfin, l'aiguille peut se rompre au sein des tissus ; j'en possède trois observations, et cet accident m'est arrivé à moi-même une fois, à la suite d'une ablation de cancer.

La principale cause de tous ces inconvénients est évidemment le défaut de point d'appui, de résistance des parties qui doivent être traversées par l'aiguille ; pour y obvier, j'ai donc cherché ce point d'appui, et je crois l'avoir trouvé dans une modification de ma pince tenaculum, qui n'est elle-même qu'une application du compas d'épaisseur. Cette modification consiste à rendre mousse l'extrémité de l'une des branches, pour la faire servir de point d'appui, et d'affiler en pointe l'autre extrémité pour lui permettre de traverser les parties molles.



Avec cet instrument, on placera non-seulement les sutures avec une sûreté mathématique, mais on prendra rigoureusement la quantité de tissus qu'on voudra : on fera sortir l'aiguille sur le point précis que le chirurgien aura marqué. — L'opération, en outre, sera rendue beaucoup plus prompte, et conséquemment moins douloureuse.

Dans les ambulances militaires, où l'on a souvent un grand nombre de sutures à faire en peu de temps, l'instrument que je viens de décrire me paraît devoir rendre de grands services, et, dans la chirurgie civile, il dispensera des porte-aiguilles pour l'opération de la staphyloraphie et de la fistule vésico et recto-vaginale.

Enfin, avec de légères modifications qu'il est facile de prévoir, l'instrument servira pour la suture entortillée et pour celle du bec-de-lièvre.

Election du bureau.

L'Académie procède à l'élection du bureau pour l'année 1855. Sont élus :

Président : M. Jobert (de Lamballe).

Vice-président : M. Bussy.

Secrétaire annuel : M. Depaul (qui a réuni 41 suffrages contre 17 donnés à M. Gibert).

Membres annuels du Conseil d'administration : MM. Rostan, Bussy et Robert.

PRÉSENTATION.

Ablation de la moitié droite du maxillaire inférieur.

M. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur, affecté de nécrose, en conservant les dents correspondantes.

Ce malade, dit-il, est un homme âgé de 35 ans, mécanicien, qui était affecté d'une nécrose de toute la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur. La joue de ce côté présentait une tuméfaction énorme ; à sa surface s'ouvraient quatre trajets fistuleux par lesquels le stylet pénétrait jusqu'au séquestre. Deux de ces trajets existaient près de la symphyse du menton ; un troisième, à l'angle de l'os ; le quatrième, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Le pus qui s'écoulait de ces fistules était d'une fétidité extrême. C'est dans ces conditions que le malade vint à l'hôpital de la Pitié.

Après avoir constaté la nature et l'étendue de la lésion, je n'hésitai point à proposer au malade l'extirpation de l'os maxillaire nécrosé, et je procédai à l'opération le 18 novembre 1854.

Le malade étant soumis au chloroforme, je fis sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton une incision verticale ; de l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde que je prolongeai, parallèlement au bord inférieur de la mâchoire, jusqu'au-dessous du muscle masséter. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste ossifié qui couvrait la face externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. Je procédai ensuite à l'isolement du séquestre, en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel que je pus extraire la totalité de l'os malade, c'est-à-dire le corps de la mâchoire, la branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives. C'était une chose curieuse à voir que cette rangée d'ostéides attachées seulement à la membrane gingivivale, et dont toutes les racines isolées flottaient libres comme les grains d'un chapelet ou d'un collier d'ivoire. Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin, au moyen de nombreux points de suture entortillée.

La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême ; les dents restées appendues aux gencives se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. La réunion de la lèvre sur la ligne médiane s'est faite si exactement qu'il ne reste aucune trace de l'opération.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie la pièce pathologique qui me paraît offrir un grand intérêt : la nécrose qu'on y observe



est constituée pas la moitié latérale droite tout entière du maxillaire inférieur, avec son condyle et son apophyse coronoïde. Le corps de l'os porte plusieurs alvéoles, dont une entière.

La séance est levé à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 Décembre 1854. — Présidence de M. Combes.

Recul du cœur.

M. L.-A. Fatou adresse une réclamation dont les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

Dans la séance du 12 août 1850, j'ai remis à l'Académie des sciences un Mémoire manuscrit intitulé : *Etudes sur quelques points de la physiologie du cœur*. Dans ce Mémoire, qui a été soumis à l'examen d'une Commission composée de MM. Andral, Regnault et Rayer, j'ai établi que l'impulsion précordiale de la pointe du cœur était due au mouvement de recul que subissent les ventricules lorsqu'en se contractant ils chassent le sang qu'ils contiennent. Les conclusions de mon Mémoire ont été publiées dans les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences à l'époque ci-dessus indiquée, et voici textuellement la cinquième conclusion qui est celle relative à la force de recul des ventricules : « 5° L'impulsion précordiale de la « pointe du cœur est due en grande partie à la *poussée* qui s'exerce sur

« la paroi opposée aux orifices d'écoulement au moment de la contraction « des ventricules. »

Je me crois donc fondé à réclamer la priorité de l'explication théorique de l'impulsion précordiale des ventricules du cœur, priorité que s'est attribuée M. Hiffelsheim dans une communication faite à l'Académie le 27 novembre dernier. Quant à ce qui est de la vérification expérimentale de cette impulsion, bien que je l'aie faite devant quelques personnes, en 1850, au moyen d'un appareil fort simple, je ne l'ai pas consignée dans mon Mémoire, considérant comme inutile la description de cette expérience après sa démonstration théorique. Je n'ai pas cherché à mesurer la force de recul des ventricules. Je n'ai pas avancé non plus, ce que dit le docteur Hiffelsheim dans sa Note, que le cœur subit un mouvement de translation, ou de totalité de sa masse qui vient frapper la paroi thoracique ; car je ne crois pas à ce mouvement.

Bruit musculaire.

M. L. Natanson soumet au jugement de l'Académie une Note sur le *bruit musculaire*. L'auteur désigne sous ce nom un bruit qui se produit par le fait de la contraction des muscles de la vie animale, et qui peut être perçu par l'auscultation dans certaines circonstances que la Note fait connaître. Les *Comptes rendus* n'en disent pas plus long.

Physiologie et pathologie botaniques.

M. Roy communique une Note sur l'assimilation de l'azote par les plantes agricoles; sur l'action du plâtre; sur la maladie des pommes de terre.

1° De tous les sels ammoniacaux, le carbonate d'ammoniaque est le seul qui fournisse en grand de l'azote assimilable.

Les légumineuses des prairies artificielles, plantes dites améliorantes, jouissent de la faculté remarquable d'absorber le carbonate d'ammoniaque gazeux par les feuilles : c'est à cette propriété qu'est due la valeur agricole de ces plantes.

Les graminées en général, celles des prairies naturelles et les céréales, n'absorbent pas le carbonate d'ammoniaque par les feuilles, elles ne l'absorbent qu'à l'état de dissolution par les spongioles.

2° L'azote de l'air n'est pas absorbé par les organes aériens des plantes, mais l'azote dissous dans l'eau, qui pénètre dans les plantes par les racines, est assimilé. C'est ce que démontrent les expériences contradictoires de MM. Boussingault et Ville sur l'assimilation de l'azote.

Une plante placée dans une atmosphère limitée, qui accomplit dans cette condition toutes les phases de son développement, ne transpire pas d'eau par les feuilles. Il s'ensuit qu'elle n'absorbe par les racines qu'une quantité d'eau restreinte, et par suite une quantité d'azote inappréciable. C'est le cas de l'expérience de M. Boussingault.

Une plante douée d'une grande puissance de transpiration, telle que le blé, placée dans l'appareil de M. Ville, absorbe d'autant plus d'eau que la transpiration est plus activée par le renouvellement de l'air. La quantité d'azote entraînée par l'eau dans l'intérieur de la plante et assimilée devient sensible à l'analyse. Mais la quantité de matière azotée due à l'absorption radiculaire de l'air, qui ne dépend que de la température aérienne, qu'aucun engrais ne peut augmenter, peut-elle être le but de l'industrie agricole?

3° Le plâtre ne produit d'action directe et marquée que sur les plantes qui absorbent le carbonate d'ammoniaque à l'état gazeux, c'est-à-dire par les feuilles : telles sont les légumineuses des prairies artificielles, les luzernes, trèfles, sainfoins, etc.

Le plâtre a pour effet de faire absorber par les feuilles le carbonate d'ammoniaque que la rosée et la pluie ramènent à la surface du sol et des plantes.

Dans la dernière période de la décomposition de la combustion des engrais, l'azote se dégage du sol à l'état de carbonate d'ammoniaque. La rosée ramène celui-ci sur les plantes, mais en mouillant leur surface et obstruant leurs organes respiratoires. Dans ces conditions, le carbonate d'ammoniaque ne peut être absorbé : il se dégage dans les premiers produits de la vaporisation de la rosée, avant que les stomates soient mises à sec.

La présence du plâtre sur le sol et sur la plante a pour effet : 1° de fixer l'ammoniaque de la rosée à l'état de sulfate, en donnant du carbonate de chaux ; 2° sous l'influence d'une vaporisation continue, lorsque les organes des plantes ne sont plus mouillés, le sulfate d'ammoniaque, non volatil, en présence du carbonate de chaux, donne lieu à un dégagement lent de carbonate d'ammoniaque à l'orifice des organes d'absorption et à la reformation du sulfate de chaux. Ce dernier agit ainsi indéfiniment.

Je ne donne ici que l'action dominante du plâtre ; je suis en mesure de rendre compte de tous les phénomènes particuliers qui se rattachent à son emploi.

4° Les effets merveilleux produits par les prairies artificielles ne pouvaient être dus qu'à l'introduction dans l'industrie agricole de nouveaux appareils fonctionnant différemment de ceux jusqu'alors employés. La différence consiste dans cette faculté d'absorber le carbonate d'ammoniaque gazeux, qui devenait une dépendance de l'atmosphère : cette faculté a été en outre puissamment secondée par l'action du plâtre.

Le plâtre et les légumineuses sur lesquelles il agit concourent donc depuis leur intervention à enrichir le sol d'engrais azotés : c'est à cet enrichissement que je rattache, d'une manière générale, la maladie des pommes de terre.

L'étude précise des phénomènes que présentent les divers assolements m'a démontré que l'affection qui frappe les pommes de terre est due à l'absorption, par les racines de la plante, du carbonate d'ammoniaque. Il y a élaboration de matière azotée, de ferment dans les organes aériens, accumulation de cette matière dans le tubercule : de là tous les symptômes et manifestations de la maladie. Je me bornerai à dire ici que j'ai pu vérifier toutes les considérations qui m'ont conduit à cette conclusion, en faisant absorber du carbonate d'ammoniaque à quelques pieds, auxquels j'ai inoculé, pour ainsi dire, la maladie, avec des caractères de diverses intensités.

J'en suis à rechercher maintenant, connaissant parfaitement la cause du mal, les moyens pratiques d'en atténuer les ravages.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Concours pour le prix des internes des hôpitaux de Paris.* — Ce concours vient d'être clos et a donné les résultats suivants :

Internes de la 1re division (3e et 4e année d'internat) :

Médaille d'or : M. Gallard.
Médaille d'argent : M. Blin.
1re mention : M. Lorrain.
2e mention : M. Desnos.

Internes de la 2e division (1re et 2e année d'internat) :

Médaille d'argent : M. Baillon.
Accessit : M. Guyon.
1re mention : M. de Faville.
2e mention : M. Luys.

BIBLIOGRAPHIE.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 152. 2e Année. Samedi 23 Décembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue de l'Ancienne-Comédie, 12.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS : 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les 8 jours, et analysé, s'il y a lieu, dans les 3 mois.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Du traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins et en général par les appareils redresseurs ou contenteurs.

Résumé critique de la dernière discussion académique sur ce sujet.

(*Suite. Voir les nos 118, 126 et 145.*)

Qu'un pessaire ordinaire, à surface convexe de toutes parts, puisse redresser un utérus dévié, personne assurément ne sera tenté de le penser. On pourrait tout au plus attribuer cette action aux pessaires à godet ou en forme de coin (comme ceux de M. Hervez de Chégoin), munis ou non d'une tige inférieure qui permet de les maintenir à une hauteur déterminée; mais, dans ce cas encore, on se ferait, si on le pensait, une illusion dont on se serait facilement garanti en réfléchissant aux premiers éléments de physique.

Parlons d'abord des pessaires sans tige. Ces pessaires, s'ils ne sont pas convexes dans tous les points de leur surface, ont néanmoins ceci de commun avec les pessaires ordinaires (et il n'en peut être autrement) que les deux extrémités de leur plus grand diamètre sont terminées par, ou plutôt aboutissent à des surfaces convexes. Or, en plaçant un corps, même à surfaces planes, à plus forte raison à surfaces convexes, dans une cavité dont les parois, polies et lubréfiées comme celles du vagin, pressent sur lui de toutes parts, il est impossible que le grand diamètre de ce corps ne se place pas dans le sens de la moindre pression des parois comprimantes. Il n'y a pas à ce principe d'exception possible; pour savoir dans quel sens un pessaire se trouvera placé dans le vagin, il suffit donc de savoir dans quel sens il est le plus comprimé, et pour être édifié à cet égard, il suffit d'avoir fait une fois dans sa vie une application du spéculum, laquelle montre que c'est la paroi antérieure qui est appliquée contre la paroi postérieure du vagin. C'est donc d'arrière en avant que s'exercera la plus grande pression sur un pessaire; la pression sera moindre d'un côté à l'autre, et enfin moindre encore dans le sens de la direction du vagin. Un pessaire, de quelque façon qu'on le place d'abord, se dérangera donc très-promptement et s'arrêtera dans une situation telle que son grand axe corresponde à la direction du vagin, son axe moyen, ou diamètre transversal de ce conduit, et son petit axe dans le sens antéro-postérieur.

Les directions que nous indiquons ici ne seront certes pas mathématiquement rigoureuses : le volume de l'utérus, son degré de déviation, l'accumulation de liquide dans la vessie, ou de fèces dans le rectum, l'attitude du corps, etc., les modifieront plus ou moins; mais toutes ces causes agiront constamment en dehors de la volonté du chirurgien, dont ils contrarieront au moins aussi souvent le but qu'ils le favoriseront; en sorte que la portée du principe de physique que nous venons de poser n'en est en aucune façon diminuée. En résumé, il résulte de ce principe qu'un pessaire sans tige, quelle qu'en soit la forme, n'a que deux actions possibles : soulever l'utérus, et le rendre moins mobile en distendant les parois vaginales (1), refoulant les organes environnants et rendant ainsi relativement plus petite la cavité dans laquelle ces organes peuvent se mouvoir. De ces deux actions, quelle est la plus utile? C'est ce que nous examinerons dans un instant. Pour le moment, il convient de faire remarquer que le fait que nous venons d'établir physiquement suffit pour expliquer la grande supériorité des pessaires élastiques à air, pessaires qui possèdent évidemment les mêmes propriétés que les autres, et qui ont de plus l'avantage de céder sous les augmentations de pression accidentelles produites par les mouvements du corps, sans glisser sur les parois du vagin, par conséquent sans les irriter. Faisons observer en même temps que de toutes les formes données à ces pessaires, la forme sphéroïdale est la plus convenable, parce que c'est celle dans laquelle tous les diamètres passent à peu près par le centre de l'appareil, ce qui lui permet de rester à peu près immobile dans les changements de pression dont nous venons de parler. C'est donc bien à tort que beaucoup de médecins s'ingèrent à imaginer des formes plus ou moins contournées pour les donner aux pessaires dont il s'agit. La forme qui convient le mieux *à tous les cas,* et nous sommes, sous ce rapport, entièrement de l'avis de M. Gariel, est évidemment la forme sphérique; et nous espérons que les explications dans lesquelles nous sommes entré ne laisseront plus de doute à cet égard.

M. Gariel a-t-il rencontré aussi juste en attribuant à l'élévation de l'utérus exclusivement tous les avantages, soit de son pessaire, soit des pessaires divers employés avant son ingénieuse découverte? En très-grande partie, oui; d'une manière absolue, non.

Si des *deux seules actions possibles* l'immobilisation de l'u-

(1) La distension du fond-de-sac vaginal a cependant pour résultat de ramener un peu le col vers sa situation normale, ainsi que l'a parfaitement exposé M. Gilbert d'Hercourt dans une brochure où il nous semble avoir exagéré cette action, mais dans laquelle on trouvera néanmoins des recherches cadavériques intéressantes et des vues remarquablement ingénieuses sur le mode d'action des pessaires (in-8°, *Lyon*, 1854).

térus était celle qui soulage les malades, il est évident qu'elles ne devraient pas souffrir quand elles se tiennent debout immobiles et sans pessaire; or, elles souffrent dans cette position. Cet argument est fondé pour la grande majorité des cas; mais il ne l'est pas pour tous. Il n'est pas exact d'abord de dire que toutes les femmes qui souffrent en marchant continuent à souffrir quand elles se tiennent simplement debout; en outre, parmi celles qui continuent à souffrir, il y en a qui souffrent moins quand elles sont debout immobiles que lorsqu'elles marchent, ce qui prouve bien que les secousses imprimées par la marche aux organes abdominaux et à la matrice, par conséquent, contribuent du moins notablement à produire les douleurs, si elles n'en sont pas la cause unique.

Un autre considération prouve, d'ailleurs, que les pessaires ne doivent pas toujours agir en soulevant l'utérus; elle est tirée de l'action des ceintures hypogastriques. Il est incontestable que ces ceintures soulagent quelquefois les malades atteintes de déviations; tous les praticiens sont d'accord à ce sujet, même ceux qui considèrent les déplacements comme presque toujours inoffensifs. Or, les ceintures ne peuvent point agir en soulevant l'utérus, comme l'avaient pensé, faute de réflexion suffisante, MM. P. Dubois et Velpeau; mais nous avons suffisamment montré (*Monit. des Hôp.*, 13 juin 1854, p. 554) que la physique ne permettait pas d'admettre ce mode d'action, et que le seul effet possible des ceintures était de diminuer la cavité abdominale, et rendre ainsi moins mobiles les organes qui s'y trouvent contenus. La ceinture porte ici à un degré thérapeutique, si l'on peut ainsi dire, l'action physiologique que recherchent les coureurs et les *écarteurs* qui se livrent à la course aux taureaux dans le midi de la France; ils s'entourent l'abdomen d'une ceinture assez serrée, afin que les secousses des viscères abdominaux ne gênent point les mouvements imprimés par les contractions musculaires des membres, et que la rapidité de leur course n'en soit point diminuée. Les danseurs de nos grands théâtres obtiennent le même résultat à l'aide de vêtements très-justes, qui ne leur servent que pour leurs évolutions chorégraphiques.

De tout ce qui précède, il nous paraît résulter clairement que M. Gariel a eu tort de nier l'efficacité de l'immobilisation dans certains cas d'affections utérines. On irait toutefois bien au delà de notre pensée si l'on supposait que l'immobilisation joue le principal rôle dans l'action bienfaisante; nous croyons au contraire que ce rôle est secondaire, tandis que celui admis exclusivement par M. Gariel est le principal. Au reste, cela importe peu à la pratique, car, comme on ne peut pas produire l'élévation sans déterminer en même temps l'immobilisation (ou plutôt la diminution de mobilité), il est assez insignifiant de déterminer rigoureusement quelle est la part qui revient à chaque mode d'action.

D'après ces modes d'action des pessaires ordinaires et en caoutchouc, il est facile de prévoir que ceux des pessaires à tige ne peuvent être que les mêmes. Ces pessaires auront seulement de plus que les autres les inconvénients suivants: 1° si la tige est courte ou n'est pas fixée sur un bandage périnéal, elle ne fera que favoriser par son poids la chute du pessaire; 2° si elle est assez longue pour presser le col, et fixée sur un bandage, de façon à faire corps avec lui, comme la tige du pessaire intra-utérin, alors elle aura le double inconvénient d'irriter cet organe, en pressant sur lui, et, par cette pression même, d'augmenter le degré de la déviation quand celle-ci existera. Les pessaires à tige inférieure solide doivent donc être rejetés d'une manière absolue.

H. DE CASTELNAU.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Cours de physiologie générale de la Faculté des sciences.

(Suite. Voir les nos 52, 57, 60, 64, 72, 76, 79, 137 et 139.)

Leçon du 31 mai 1854.

PROPRIÉTÉS DES MEMBRANES ENDOSMOSO.

Certaines propriétés des tissus vivants sont purement physiques, d'autres sont vitales. L'endosmose, phénomène purement physique, s'accomplit dans l'économie; de quelle façon? C'est ce que nous allons examiner. Si l'on prend un endosmomètre garni d'une membrane muqueuse et contenant 1 gramme de sulfate de soude, et qu'on le plonge dans un vase contenant de l'eau, on voit bientôt l'eau passer dans l'endosmomètre et atteindre le poids de 10 grammes ajoutés à 1 gramme de sulfate de soude; donc 10 est l'équivalent endosmotique du sulfate de soude par rapport à l'eau. On a mesuré le pouvoir endosmotique pour plusieurs substances existant dans l'économie. Si l'on prend un gramme de chlorure de sodium, on voit qu'il attire 5 grammes d'eau. Ces phénomènes-là sont très-intéressants à constater, parce qu'ils prouvent qu'il s'opère à travers les membranes une action telle que les liquides sont déplacés. Ce phénomène de l'endosmose est purement physique et tout à fait indépendant du système nerveux. Il existe une substance qui a la propriété d'empêcher ce phénomène: c'est l'hydrogène sulfuré. Si l'on trempe une membrane (le péricarde de bœuf, par exemple) dans ce liquide, cette membrane ne peut plus servir au phénomène en question.

Il faut observer deux choses dans l'endosmose:

1° L'équivalent endosmotique de la quantité d'eau qu'absorbe le corps avant que l'équilibre s'établisse entre le liquide du dehors et celui du dedans;

2° Le temps qu'il faut pour que ce phénomène s'accomplisse.

Le sulfate de soude : chlorure de sodium :: 10 : 5. Quant à la vitesse, le chlorure de sodium : sulfate de soude :: 2 : 5. Donc les déplacements des liquides sont plus ou moins rapides suivant la nature des liquides; il faut dire aussi que la rapidité de ce déplacement varie suivant les membranes.

On sait par les expériences de M. Dutrochet avec quelle force s'opère quelquefois l'ascension des liquides.

Ainsi, lorsque deux liquides sont séparés seulement par une membrane, ils passent d'un côté à l'autre et se mélangent (souvent d'une façon inégale). On dit qu'il y a endosmose du côté où le liquide passe en plus grande quantité. Ces phénomènes ont été observés par les physiciens qui, exagérant les résultats de leurs expériences, ont cru que les choses se passaient dans l'organisme vivant de la même façon que dans le laboratoire. De là sont venues certaines théories qui ont cours encore aujourd'hui sur l'absorption de quelques médicaments. Par exemple, le sulfate de soude, qui jouit d'un pouvoir endosmotique très-grand, est, comme on le sait, un purgatif fréquemment employé; or, que se passe-t-il quand on introduit dans l'intestin du sulfate de soude? Cette substance est séparée du sang par la membrane muqueuse intestinale. Voici l'explication qu'on a donnée de l'action du médicament: le sulfate de soude pénètre, a-t-on dit, dans les vaisseaux, et attire, en même temps, à lui une grande quantité des parties liquides du sang, il y a là endosmose! La purgation ne serait que cela! Eh bien! il n'y a rien à dire quant au phénomène physique en lui-même; il y a, en effet, toujours un double courant quand deux liquides sont séparés par une membrane; mais pourtant je dis qu'entendue ainsi, la théorie n'est nullement applicable aux phénomènes qui se produisent dans les êtres vivants. En effet, il résulterait de cette théorie que l'absorption ne serait jamais complète. Il faut, en pareil cas, recourir à l'expérimentation, non pas telle que la pratiquent les physiciens; mais telle que doivent la pratiquer les physiologistes. Or, voici ce que l'on voit: si l'on introduit, sous la peau d'un animal vivant, du sulfate de soude, il doit (suivant la théorie) en partie passer dans le sang

à travers les parois des vaisseaux, et ce qui disparaît de sulfate de soude doit être remplacé par du sérum sorti des vaisseaux ; eh bien ! rien de semblable n'a lieu. Si l'on prend un lapin, et qu'on lui introduise du prussiate de potasse sous la peau, on voit l'absorption se produire, on retrouve le prussiate de potasse dans les urines, et rien, dans la plaie faite à la peau, n'est venu remplacer la substance qui y avait été introduite ; il n'y a pas eu échange entre le corps étranger et les liquides de l'économie. (Le professeur fait l'expérience qui réussit parfaitement.)

Ainsi, messieurs, les phénomènes d'endosmose ne se font pas chez les animaux vivants de la même façon que dans le laboratoire. Toutes les fois qu'on veut appliquer la physique ou la chimie aux choses de la vie, il ne faut pas dire *à priori* que tel résultat se produira, il faut expérimenter et décrire ce que l'on a vu ; autrement, on s'expose à donner des explications qui semblent très-naturelles, telles que celles de l'action du sulfate de soude sur l'intestin, mais qui manquent de vérité. Il faut donc n'accepter qu'à correction les phénomènes physiques appliqués aux animaux ; en effet, les conditions ne sont pas les mêmes : dans l'endosmomètre, les liquides sont en repos ; dans la vie, ils sont en mouvement. Si l'on tue l'animal, le mouvement cesse et les phénomènes s'y produisent alors de la même manière que dans l'endosmomètre.

Tous les éléments du corps ont une grande affinité pour l'eau ; le sang en absorbe une grande quantité. Les tissus, en général, retiennent une certaine quantité d'eau qui fait partie de leur constitution ; le sang prend cette eau et ce qui y est dissous, et emporte sans rien rendre : il y a ici endosmose et non exosmose, et l'on peut montrer que le mouvement du sang est la raison qui s'oppose à ce que l'exosmose ait lieu. Si l'on introduit certaine substance sous la peau d'un membre d'un animal vivant chez lequel la circulation n'éprouve aucun obstacle, cette substance ne tardera pas à disparaître ; mais si on lie les veines à la partie supérieure du membre, alors l'endosmose et l'exosmose auront lieu, c'est-à-dire qu'il y aura échange de deux liquides, et l'on verra se produire un épanchement de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané : cela tient à ce que les liquides animaux ont cessé pendant quelque temps d'être en mouvement.

Dans la vie, le phénomène d'endosmose est décomposé ; les deux mouvements sont séparés : celui d'entrée a nom absortion, celui de sortie excrétion ; tandis qu'ils ont lieu en même temps à travers une membrane, dans l'endosmomètre, parce que les liquides y sont en repos.

Dans les phénomènes dont nous parlons, ce ne sont pas les membranes, à proprement parler, qui jouent le rôle principal. Les membranes sont composées de tissu cellulaire et d'épithélium ; or, c'est l'épithélium qui donne aux membranes leur spécialité. Ainsi, que l'on prenne la peau d'une anguille ou d'une grenouille, et qu'on la place entre deux liquides, on voit que l'endosmose se fait toujours de la partie interne à la partie externe de la membrane ; si on enlève l'épiderme, les phénomènes changent, et les liquides seuls décident de l'énergie de l'endosmose et de la direction du courant.

Les membranes ont des propriétés endosmotiques différentes, suivant la variété de leur épithélium ; qu'on enlève cet épithélium, et la propriété spéciale de la membrane n'existe plus.

Une seule membrane semble faire exception à cette règle dans l'économie, c'est la muqueuse pulmonaire ; ici il ne s'agit plus de substances liquides absorbées, mais de gaz. La membrane muqueuse du poumon semble donc ne jouer aucun rôle dans l'absorption de l'oxygène ; ce phénomène est effectué seulement par l'affinité du sang pour tel ou tel gaz. En effet, l'oxygénation naturelle du sang, dans les êtres vivants, ne diffère pour ainsi dire pas de l'oxygénation artificielle du sang dans le laboratoire. On a vu qu'il y avait équilibre exact entre la quantité de l'oxygène introduit et celle de ce même gaz rejeté dans l'acide carbonique. On sait aujourd'hui que cet équilibre n'est pas constant, et qu'il est des circonstances où il y a plus d'oxygène absorbé qu'il n'y en a de rejeté, d'autres où le contraire a lieu ; la condition dans laquelle un animal absorbe le plus d'oxygène, c'est lorsqu'il est à jeun. Si l'on observe l'animal lorsqu'il est en pleine digestion, surtout s'il se nourrit de féculents, on voit qu'il rend plus d'oxygène qu'il n'en prend. Ces phénomènes ne tiennent en aucune façon à la nature de la membrane, car la membrane ne change pas : ce qui change, c'est l'état du sang. L'expérience est facile à faire. Si l'on prend le sang d'un animal à jeun et celui d'un animal qui digère, et qu'on agite ce sang dans l'oxygène, on voit que le sang de l'animal à jeun absorbe 20/100 d'oxygène tandis que le sang de l'animal qui digère n'en absorbe que 12 ou 15/100 (cette expérience est faite d'habitude sur un chien). Ainsi l'état de jeûne ou de digestion entraîne, chez le même animal, une différence dans la quantité d'oxygène qu'absorbe son poumon.

Le sang de toutes les parties du corps n'absorbe pas avec la même énergie ; le sang artériel absorbe moins d'oxygène que le sang veineux, et c'est le sang de la veine porte qui a le plus d'affinité pour l'oxygène. Ainsi le sang a des propriétés physiques qui lui donnent une affinité variable pour l'oxygène ; c'est à la composition du sang qu'est due cette différence. Il y a dans le sang un corps qui apparaît ou disparaît : c'est le sucre. Le foie fonctionne d'autant plus qu'il reçoit plus de sang ; or c'est pendant la digestion que les fonctions du foie sont les plus actives ; à ce moment, la quantité de sucre produit par le foie est beaucoup plus considérable que dans toute autre circonstance, il en résulte que le sang qui va alors au poumon est très-sucré ; dans l'état d'abstinence, au contraire, le sang ne contient que peu de sucre. Le sang extrait d'une veine par l'opération de la saignée contient parfois du sucre, d'autres fois il n'en contient pas. Le sang qui n'est pas sucré absorbe plus d'oxygène. Enfin il y a d'autres substances, telles que le chlorure de sodium, qui se trouvent en plus ou moins grande quantité dans le sang, suivant les circonstances.

P. Lorain.

(La suite à un prochain numéro.)

Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum,

Par le Dr L. Gosselin, *chirurgien de l'hôpital Cochin.*

M. Gosselin vient de publier, dans les *Archives de médecine* (n° de décembre 1854), un travail dans lequel il consigne les résultats de douze observations qu'il a eu l'occasion de recueillir, à l'hôpital de Lourcine, sur une maladie peu commune et dont l'histoire présentait une certaine obscurité, savoir : les rétrécissements et les inflammations du rectum dans le cours des affections syphilitiques.

L'auteur s'occupe d'abord de l'anatomie pathologique, et fait voir que, dans les cas de rétrécissements, le rectum présente des lésions complètes qui remontent jusqu'à 10, à 15 centimètres de l'anus, et occupent les unes l'anus, les autres la portion sphinctérienne du rectum, les autres les portions ampullaire et sus-ampullaire. Le rétrécissement se trouve habituellement dans la partie la plus élevée de la portion sphinctérienne, à sa jonction avec l'ampoule rectale, c'est-à-dire qu'il est à peu de distance de l'anus et peut se sentir facilement avec le doigt. Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort, l'auteur a trouvé le rétrécissement fermé par une induration fibreuse de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent, qui formait pendant la vie l'anneau inextensible constaté à l'aide du toucher. Au-dessus de l'obstacle, dans la partie ampullaire, il y a un épaississement dû à l'hypertrophie des fibres musculaires circulaires, et quelquefois en même temps un certain degré de resserrement, mais moins considérable que celui qui résulte de la transformation fibreuse. Quand cette dernière disposition existe, le rétrécissement se compose en réalité de deux portions : l'une inférieure fibreuse, qui est plus serrée et moins extensible ; l'autre supérieure hypertrophique, qui est moins serrée et plus extensible. Sur cette même portion ampullaire, M. Gosselin a trouvé dans ses trois autopsies et dans une quatrième récemment faite à l'hôpital Cochin, une exulcération fort étendue de la muqueuse, consistant en une destruction de l'épithélium et des couches superficielles du derme. Cette exulcération est, selon l'auteur, la lésion

la plus importante, et celle dont on s'est le moins occupé jusqu'à ce jour. C'est elle qui entretient la suppuration interminable dont se plaignent les malades, suppuration qui les épuise, les conduit à l'anémie et à la phthisie; c'est elle qui explique l'incurabilité trop fréquente de l'affection; car on peut rendre au rectum rétréci, sinon son calibre naturel, au moins un calibre assez grand pour faire cesser l'obstacle au passage des matières fécales, mais on ne parvient pas à faire disparaître l'exulcération qui, occupant tout le contour de l'intestin et remontant à plusieurs centimètres, est trop étendue et trop continuellement en contact avec des matières irritantes pour se cicatriser. La description de cette lésion est un point tout nouveau dans le travail de M. Gosselin.

Arrivant à l'étiologie, l'auteur examine successivement si les rétrécissements qu'il a observés pouvaient être attribués à la blennorrhagie rectale, ou devaient être rangés parmi les accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis, et il arrive à cette conclusion : qu'aucune de ces opinions ne doit être admise, et que surtout on a tort de regarder la maladie dont il s'agit comme une des expressions de la diathèse syphilitique.— Pour M. Gosselin, et c'est un autre point tout à fait neuf dans son travail, il s'agit là de lésions toutes spéciales qui se développent au niveau et au-dessus des chancres de l'anus, et qui appartiennent à une catégorie de maladies syphilitiques jusqu'ici incomplétement établie par les syphiliographes, celle des lésions de voisinage développées autour des chancres. Le point de départ est un chancre de l'anus. L'inflammation qui apparaît autour de lui monte dans l'intérieur du rectum, y devient ulcérative et amène en quelques points la transformation fibreuse, tout comme l'inflammation blennorrhagique de l'urètre amène dans un certain point du canal un résultat analogue. L'auteur a pu suivre, dans deux cas, ce mode de formation, qu'il a admis dans les autres par analogie. Il ne doute pas que la présence de chancres profonds dans le rectum, comme ceux qui peuvent être communiqués par un coït contre nature, ne serve également, dans certains cas, de point de départ à l'affection, et c'est ainsi qu'il expliquerait le développement des mêmes lésions chez l'homme. Mais il insiste sur cette pensée que les chancres de l'anus suffisent, et, comme chez la femme, ceux-ci sont fréquemment consécutifs à l'inoculation du pus chancreux de la vulve; il s'ensuit que le coït *à posteriori* n'est pas, comme l'ont cru souvent les praticiens, la condition *sine quâ non* du développement de ces maladies du rectum.

Les autres inflammations de cet organe, celles qui accompagnent la dysenterie, les hémorroïdes, les fissures, les fistules, peuvent-elles donner naissance à des rétrécissements fibreux aussi voisins de l'anus, et à des exulcérations aussi étendues de la muqueuse? M. Gosselin n'a pas de faits pour résoudre cette question qu'il pose seulement et signale à l'attention des observateurs. Jusqu'ici, il est disposé à croire que les lésions multiples qu'il décrit sont spéciales à l'inflammation développée au niveau des chancres et propagée au loin dans le rectum.

La symptomatologie, le pronostic et le traitement découlent des notions qui précèdent. Les symptômes sont de deux ordres : les uns dépendent de la gêne mécanique apportée par l'obstacle au passage des matières fécales; les autres, fonctionnels, dépendent de la suppuration fournie par la portion ampullaire du rectum et de la diarrhée concomitante. A ce propos, l'auteur rapporte deux observations dans lesquelles une phthisie aiguë a déterminé la mort, et une autre dans laquelle une méningite mortelle est intervenue.

Pour le traitement, il y a deux indications à remplir : dilater le rétrécissement, combattre l'inflammation suppurative. On satisfait à la première au moyen des mèches et autres instruments dilatants; quand le rétrécissement est étroit, M. Gosselin donne la préférence aux incisions multiples de la partie fibreuse. On satisfait à la seconde au moyen des toniques généraux et des lavements astringents. Le traitement mercuriel est inutile et peut même devenir dangereux. Pour ces rétrécissements comme pour ceux de l'urètre, les récidives ont lieu facilement; de plus, il est très-difficile, sinon impossible, de faire cesser l'exulcération et la suppuration. C'est pourquoi le traitement doit être considéré comme palliatif plutôt que comme curatif dans la plupart des cas. Il est néanmoins d'une grande utilité, et quand les malades se font soigner avec persévérance, la vie se prolonge sans trop de douleurs, tandis que si l'on abandonne la maladie indéfiniment à elle-même, elle peut amener la mort par épuisement et après de longues souffrances.

De la localisation des gargarismes par le bolet.

Chaque jour, le bolet tend à prendre une place plus importante parmi les substances utiles à la chirurgie; les pessaires Pouillien, des appareils nombreux et variés, des pansements ingénieux dont notre honorable confrère Léveillé a déjà entretenu la Société de médecine, ont été faits avec ce précieux champignon; tour à tour la finesse et la souplesse de son tissu, sa légèreté, sa cohésion, la propriété qu'il possède à un si haut degré d'absorber les liquides ou de les conserver, l'a désigné pour remplir d'importantes indications.

L'emploi que j'en ai fait pour fixer les gargarismes sur les gencives, si souvent endommagées par les inventions de la prothèse dentaire ou la malpropreté des dents, m'a donné de très-bons résultats.

Voici comment je m'en sers :

Je découpe un morceau de bolet de telle ou telle forme, suivant que je veux agir sur la face externe ou interne des gencives, et, après l'avoir plongé dans un gargarisme variable suivant l'indication, je le mets en place. Le liquide médicamenteux se trouve alors en contact direct avec les parties malades, qui y sont comme plongées à l'abri de la salive. L'action prolongée de ces bains de gencives est fort efficace, surtout quand les gengivites se compliquent de fluxions ou de paralictites.

Par ce moyen, on évite les cellutoires énergiques dont il est impossible de restreindre l'action aux gencives et dont quelques-uns ont la plus fâcheuse influence sur les dents aussitôt qu'ils les touchent.

Ce mode d'application est facile, exact, et bien moins fatigant pour les malades que le flot de liquide dont je ne me sers que pour agir en même temps sur toute la muqueuse bucco-pharyngienne, en nettoyer la surface, ou porter des substances médicamenteuses sur des parties qu'il serait peu commode ou douloureux d'atteindre autrement.

Dr ANSELMIER.

Luxation du pouce, nouveau procédé de réduction,

Par le Dr MAZIER, *médecin de l'hospice de l'Aigle* (France).

Le 7 janvier 1850, le nommé Boucher, dit *Vieux-Gas,* ouvrier terrassier, âgé de 50 ans environ, d'une intelligence très-bornée, et passablement sourd (circonstance que j'ignorais), vint me trouver : il me dit que le lundi précédent, 1er janvier, ayant un peu bu, il s'était risqué à sortir dans la rue malgré le verglas qui, ce jour-là, était très-fort; les deux pieds lui ayant manqué, il était tombé sur le côté droit, et s'était blessé le pouce de la main droite, de manière à ce que toute la semaine il avait beaucoup souffert en travaillant.

J'examinai ce doigt : il était plus court que l'autre, et avait un plus gros volume vers l'articulation de ses deux phalanges. La première phalange (métacarpienne) faisait saillie en avant par son extrémité inférieure; la dernière (onguéale), faisait saillie en arrière par son extrémité supérieure : il y avait donc une luxation de la dernière phalange en arrière.

Cette luxation, déjà ancienne de sept jours, était d'autant plus difficile à réduire, que l'extrémité inférieure des deux pouces avait chez cet homme moins de longueur qu'elle n'en a habituellement chez tout autre; mais aussi cet homme, peu sensible, permettait, sans trop se plaindre, toutes les tentatives possibles. Je pus donc, pendant près d'une demi-heure, essayer toutes les combinaisons de mouvements et tous les efforts possibles sans

rien obtenir. Je considérai cette luxation comme irréductible et congédiai ce malheureux sans pouvoir le soulager.

Une idée m'étant survenue après son départ, je le fis rappeler pour tenter un moyen nouveau. Je lui donnai à cet effet une note pour aller chez un pharmacien chercher du collodion, en lui recommandant de revenir de suite. Cet homme, sourd ainsi que je l'ai dit, entendit mal cette dernière observation ; il prit ma note et s'en alla.

J'ignorais ce qu'était devenu Boucher quand le pharmacien vint me réclamer son flacon de collodion : il me dit que, pressé au moment où cet ouvrier lui aurait présenté ma note, il lui avait remis le flacon entier, pour aller au plus prompt, et qu'il le croyait chez moi. Je ne pus découvrir le domicile de Boucher que le samedi suivant, et j'appris par une de ses voisines qui le soignait, que depuis huit jours, ce pauvre garçon se *graissait* le pouce malade avec une *graisse* qui sentait fort, mais qu'il ne s'en trouvait pas mieux, ce qui ne m'étonna pas du tout. Je repris le flacon et recommandai à la voisine de m'envoyer Boucher le lendemain.

C'est donc le dimanche, quatorzième jour de sa chute, que je pus essayer de réduire la luxation de son pouce par un procédé nouveau.

Je pris un morceau de toile solide, sans être trop grosse, assez large pour faire trois fois le tour du pouce, et assez long pour être solidement tenu dans la main. J'imbibai l'extrémité de ce linge avec du collodion, et je l'appliquai autour de l'extrémité inférieure du pouce blessé, dont cette toile faisait trois fois le tour. Pour ajouter encore à la solidité de mon appareil, j'ajoutai deux tours d'un petit ruban également imbibé de collodion. J'attendis plus de vingt minutes la solidité de mon appareil, je le fis même présenter devant le feu pour être plus certain qu'il était sec et solide. Voulant m'en assurer, j'essayai, par un effort modéré, à tirer sur cette allonge, et mon désappointement fut assez grand quand je la vis céder à si peu d'efforts.

J'examinai l'appareil, et voici ce que cet examen m'apprit :

Quand plusieurs couches de linge imbibées de collodion sont superposées les unes aux autres, la dernière sèche et se solidifie très-vite ; mais la croûte imperméable qu'elle forme devient un obstacle à l'évaporation de l'éther des couches plus profondes, et à la solidité de la plus importante, de celle qui touche la peau ; si, en outre, il y a eu du collodion appliqué sur cette partie, le temps qu'il y a passé lui a toujours fait perdre de son adhérence ; le nouveau, en le ramollissant, lui en fait perdre encore ; il n'est plus alors susceptible de supporter un effort assez grand pour remplir le but proposé. Boucher, en enduisant son pouce matin et soir, pendant huit jours, avec du collodion, en avait accumulé une couche assez épaisse que je n'avais pu détacher, mais que mon appareil avait entraînée en cédant. J'étais donc débarrassé de ce côté, et instruit par l'expérience de l'autre, loin de me décourager par cette première et infructueuse tentative, je profitai de la leçon qu'elle m'avait donnée.

Je commençai donc par bien nettoyer l'extrémité du pouce avec de l'éther, puis ensuite je ne mis qu'un seul tour de toile autour du pouce ; je fis seulement croiser les deux bords de cette toile l'un par-dessus l'autre, et passant vite plusieurs tours de fil à coudre autour de cet appareil, je le fis appliquer bien régulièrement sur l'extrémité de ce doigt : cinq minutes suffirent pour en assurer la solidité ; au bout de dix il était parfaitement sec et résistait à tous les efforts possibles ; il aurait même, je le pense, plus facilement déchiré la peau qu'il ne l'aurait abandonnée. Le collodion perd facilement et promptement la faculté de coller ; il faut être prompt, quand on l'emploie, à le faire bien appliquer, si l'on veut qu'il soit soluble. La transpiration, comme toute espèce d'humidité, l'empêche de bien coller ; il est donc essentiel de bien faire sécher la partie sur laquelle on veut l'appliquer. J'avais pris toutes ces précautions et j'étais, pour cette seconde tentative, certain de ne point manquer par défaut de prévoyance de ce côté.

J'avais donc une allonge commode pour faire l'extension, saisir l'extrémité inférieure du doigt luxé, et lui imprimer la direction nécessaire. Mais aussi, j'avais à réduire une luxation vieille de quatorze jours, et réputée par tous les auteurs irréductible après huit jours.

Je saisis l'extrémité supérieure du doigt luxé avec deux doigts de ma main gauche, en appliquant mon pouce sur la face dorsale de celui du blessé ; prenant ensuite de la droite l'extrémité inférieure de son pouce, armée de son allonge, je fis un mouvement d'extension pendant lequel j'appuyais fortement l'extrémité de mon pouce gauche sur l'extrémité supérieure et postérieure de la phalange luxée faisant en même temps subir à cette phalange un mouvement en arrière, avec ma main droite ; je sentis la phalange luxée disparaître devant mon pouce gauche et rentrer à sa place sans aucune difficulté.

Mon pouce gauche en appuyant sur l'extrémité supérieure de la phalange luxée, a permis de lui faire subir le mouvement de bascule qui en a dégagé le bord antérieur et supérieur ; cette manœuvre, très-simple, a rendu la réduction facile et peu douloureuse. Je ne balance pas à dire qu'à dater de ce moment, les luxations du pouce ont cessé de présenter des difficultés dans leur réduction. Tous les moyens de préhension connus, en déterminant une douleur assez vive, excitent les contractions musculaires, et par conséquent la résistance ; tandis que l'allonge, que le collodion permet de fixer solidement, ne détermine aucune pression douloureuse et rend tous les efforts et les mouvements à imprimer très-faciles.

J'ai peut-être un peu trop multiplié les détails dans cette observation ; je l'ai fait avec intention. J'ai remarqué moi-même, en lisant les observations sur les procédés nouveaux, combien ces détails minutieux me rendaient ces procédés faciles. Le moyen, en effet, d'éviter bien des causes d'insuccès dans l'application des méthodes et procédés nouveaux, c'est de faire en quelque sorte assister le lecteur à l'opération, en le rendant témoin des petites et nombreuses difficultés que l'expérience sème sur les pas des innovateurs et qu'il est facile de faire éviter à ceux qui les suivent et veulent user des nouveaux procédés, quand ils croient y reconnaître un sérieux avantage.

(*Ann. med. de la Flandre occid.*)

Examen chimique des déjections de la diarrhée,

Par M. Henri Braconnot.

Le résultat du travail chimique qui s'opère dans le tube gastro-intestinal, lorsque les fonctions de celui-ci sont dérangées et que la nutrition se fait mal, ne paraît pas encore avoir été étudié par les chimistes, sans doute à cause de la répugnance inséparable de pareilles recherches. J'ai essayé de la surmonter, dans l'espérance qu'il pourrait peut-être en résulter quelques faits utiles.

Un homme d'un âge avancé, d'une forte constitution, après avoir éprouvé une constipation assez opiniâtre, eut un dévoiement, accompagné de flatuosités, avec borborygmes, qui dura environ deux mois, presque sans coliques. J'ignore si ce léger dérangement des fonctions digestives a eu pour cause la constitution de l'année, une influence cholérique, ou s'il a été plutôt le résultat d'un effort critique et salutaire, ce qui me paraît plus vraisemblable. Quoi qu'il en soit, d'après mes conseils, un régime bien entendu a tenu lieu de tout remède, car, il faut bien le reconnaître, la puissance médicatrice de la nature suit des lois particulières dans ses évacuations, choisit des temps marqués pour agir ; en un mot, peut beaucoup sans le secours de l'art, mais sans laquelle l'art ne peut rien, quoi qu'en puissent dire ceux qui sont en possession du droit de tout risquer.

La nourriture de l'individu dont je viens de parler était très-simple ; elle consistait en pain, viande et légumes ; sa boisson était de l'eau, quelquefois mélangée d'un peu de vin, ses déjections, séreuses, coulantes, semblaient contenir peu de matières insolubles dans l'eau ; elles n'avaient point, d'ailleurs, ce caractère glaireux ou mousseux dû à une sécrétion trop abondante de mucus intestinal. Jetée sur un filtre, il s'en est écoulé un

liquide transparent, jaunâtre, lequel a pris une couleur rougeâtre par le contact de l'air.

Ce liquide rappelle au bleu le papier rougi par le tournesol; ce qu'on ne peut attribuer à la présence de l'ammoniaque; car le même papier réactif rougi ne change pas sensiblement de couleur, lorsqu'on l'expose, dans un tube fermé, au-dessus du même liquide mélangé avec de la chaux ou de la potasse. D'ailleurs, si l'on réduit le liquide excrémentitiel filtré, en consistance sirupeuse par l'évaporation, non-seulement il présente une réaction alcaline, mais il fait effervescence avec les acides; ce qui ne peut être dû qu'à la présence d'un carbonate d'alcali fixe.

Le liquide excrémentitiel nouvellement filtré, abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures, a laissé déposer un sédiment presque inappréciable; lequel, vu au microscope, présente des aiguilles ou des prismes tétraèdres aplatis, obliquement tronqués et d'une grande netteté. Ces cristaux, peu solubles dans l'eau, se sont dissous dans un peu d'acide azotique très-faible. C'était, à ce qu'il m'a paru, du phosphate ammoniaco-magnésien, qui paraît avoir pris naissance par la production spontanée d'un peu d'ammoniaque.

Le même liquide intestinal produit: avec l'infusion de noix de galle, un précipité rouge sombre, qui devient d'un vert sale par le contact de l'air; — avec l'acétate de plomb, un précipité rouge de litharge; — avec le sublimé corrosif, un précipité rose; — avec l'eau de chaux, un léger précipité rougeâtre de carbonate de chaux et de magnésie; — avec l'azotate d'argent, un précipité rose qui ne tarde pas à brunir; — avec le chlorure barytique, rien d'apparent au moment du mélange; quelque temps après, léger sédiment rouge, qui disparaît presque entièrement dans l'acide azotique; — avec l'oxalate d'ammoniaque, aucun changement apparent; — avec les acides sulfurique, chlorhydrique et azotique affaibli, rien au moment du mélange, si ce n'est une odeur d'excrément très-prononcée et une coloration brunâtre de la liqueur; quelque temps après, très-léger sédiment rougeâtre, très-divisé, soluble dans les alcalis, d'où il peut être précipité par les acides (résine biliaire altérée?)

100 parties du liquide excrémentitiel filtré n'ont fourni, après l'évaporation, que 2 et demi de résidu desséché. Ce résidu attire l'humidité de l'air. Repris par l'eau, il s'en sépare un léger sédiment biliaire, brunâtre, semblable à celui dont je viens de parler. La liqueur étant séparée de ce sédiment, puis évaporée de nouveau en consistance sirupeuse, a fourni des cristaux reconnaissables pour du carbonate de soude.

Action du feu sur le résidu de l'évaporation du liquide excrémentitiel filtré. — Ce résidu fournit à la distillation un produit ammoniacal. Il reste un charbon contenant beaucoup de matières salines, se liquéfiant à la chaleur rouge. Isolé de celles-ci par le lavage, ce charbon a fourni par l'incinération une cendre blanche, laquelle a été dissoute avec effervescence dans l'acide chlorhydrique affaibli. Un léger excès d'ammoniaque, versé dans la dissolution acide, en a d'abord précipité une très-petite quantité de phosphate de chaux. L'oxalate d'ammoniaque n'a produit ensuite que des traces d'oxalate de chaux; mais après avoir ajouté à la liqueur filtrée du phosphate de soude, avec excès de base, il s'est aussitôt manifesté un précipité abondant de phosphate ammoniaco-magnésien; d'où il résulte que la cendre blanche dont il s'agit était presque entièrement formée de carbonate de magnésie et de quelques indices de phosphate et de carbonate de chaux.

La lessive alcaline provenant du lavage du charbon, évaporée convenablement et abandonnée à elle-même, a fourni une assez grande quantité de cristaux très-nettement prononcés; lesquels étant isolés du liquide incristallisable, et mis en contact avec de l'acide sulfurique affaibli, ont fait une vive effervescence en produisant du sulfate de soude. C'était donc du carbonate de soude.

Quant au liquide incristallisable, il était formé, en grande partie, de carbonate de potasse, de chlorure de potassium et de sodium; mais sans indice bien apparent de sulfate ni de phosphate alcalins.

Application de l'alcool à l'extrait provenant de l'évaporation du liquide excrémentitiel filtré. — Cet extrait, délayé dans l'alcool, s'y est dissous en partie, à l'exception d'un résidu brun, divisé, qui a été séparé par le filtre et de la dissolution alcoolique. Celle-ci sera examinée dans un instant. Le résidu, insoluble dans l'alcool, repris par l'eau, s'y est dissous, à l'exception d'un petit sédiment brun, qui n'a pas paru de nature biliaire. Les alcalis ont peu d'action sur lui, ainsi que l'acide chlorhydrique; mais il disparaît par l'acide azotique, surtout à l'aide de la chaleur. J'ignore l'origine de cette substance, qui, d'ailleurs, était en bien petite quantité; je suppose qu'elle peut provenir d'une altération du mucus intestinal. Quant à la portion de l'extrait soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, elle était formée d'une matière animale, retenant des carbonates alcalins.

Elle était, d'ailleurs, précipitée par le tannin.

Examen de la portion soluble dans l'alcool de l'extrait excrémentitiel. — Je reviens à la portion de l'extrait dissous dans l'alcool. Par l'évaporation de ce dernier, on obtient un résidu d'un rouge orangé, qui attire puissamment l'humidité de l'air, et laisse, après sa combustion, un charbon très-alcalin. Si l'on dissout dans un peu d'eau une portion du résidu d'un rouge orange, et qu'on y ajoute un peu d'acide sulfurique affaibli, il se développe une odeur très-prononcée d'acide acétique, et il se précipite du sulfate de potasse mélangé de quelques traces de matière brune biliaire. Si, au lieu d'acide sulfurique, on emploie l'acide tartrique, il se produit aussi, sur-le-champ, un dégagement d'acide acétique, et il se forme en même temps un précipité assez abondant de bitartrate de potasse. La liqueur superstagnante, séparée de ce dépôt, évaporée, afin d'en chasser l'acide acétique, puis étendue d'un peu d'eau, a été mise en ébullition avec de l'oxyde de zinc; celui-ci a décoloré en grande partie la liqueur, en s'unissant à une matière d'un rouge sombre, qui a été séparée de cet oxyde par l'acide sulfurique affaibli. Cette matière, d'ailleurs en très-petite quantité, est soluble dans la potasse, d'où les acides peuvent la précipiter dans son premier état; elle paraît due à de la résine biliaire altérée. Quant au liquide en grande partie décoloré par l'oxyde de zinc, après avoir été filtré et évaporé, il n'a donné aucun indice de cristaux d'acétate de zinc. Il contenait une matière animale soluble dans l'alcool et dans l'eau, qui était précipitée en flocons blancs par l'acide tannique. Enfin, si dans l'extrait excrémentitiel soluble dans l'alcool, on verse de la potasse, il se forme un précipité auquel j'ai reconnu tous les caractères de la magnésie. D'où il suit que cet extrait alcoolique contenait une quantité très-remarquable d'acétate de potasse, un peu d'acétate de soude et de magnésie, des traces de résine biliaire altérée, et une matière azotée soluble dans l'alcool et dans l'eau.

Action de l'alcool sur le résidu insoluble des aliments. — Ce résidu, séparé, comme nous l'avons dit, par le filtre du liquide excrémentitiel, après avoir été lavé et desséché, a été mis en ébullition avec de l'alcool. La liqueur filtrée était presque incolore et ne paraissait pas contenir de bile: évaporée spontanément, elle a fourni un résidu blanc, opaque, qui ressemblait à un mucilage. Il était neutre au papier réactif, se laissait très-facilement délayer avec de l'eau, en sorte qu'il semblait en résulter une dissolution. Elle était précipitée par les acides. Le même résidu, repris par un peu d'alcool froid, s'y est dissous avec facilité, sauf un très-léger sédiment qui a été négligé. La dissolution alcoolique, évaporée spontanément, a fourni des cristaux incolores, lesquels, étant exposés à la chaleur avec de l'eau et un peu d'acide chlorhydrique, ont produit un acide gras, qui m'a paru être de l'acide stéarique. La liqueur, séparée de ce dernier, a été évaporée. Le léger résidu qui en est résulté, étant chauffé au rouge, a donné quelques indices de la présence d'un chlorure alcalin, dans lequel le chlorure platinique n'a produit aucun changement. D'où il paraît que le résidu blanc opaque, obtenu par l'alcool, était du stéarate neutre de soude, lequel re-

tenait un peu d'acide oléique. En appliquant l'éther au résidu excrémentitiel insoluble dans l'alcool, on pouvait prévoir jusqu'à un certain point qu'on n'obtiendrait pas de corps gras neutres, tels qu'ils ont servi à l'alimentation, puisque ceux-ci étaient en présence du liquide intestinal, qui est alcalin. C'est en effet ce qui est arrivé; la dissolution éthérée n'a laissé, après son évaporation, qu'un peu d'acide gras incolore, lequel, délayé avec de l'eau alcalisée par la soude ou par l'ammoniaque, s'y dissout promptement pour former du savon. Il s'est dissous aussi avec facilité dans l'alcool : cette dissolution rougissait le papier bleu de tournesol.

En résumé, le liquide excrémentitiel filtré, provenant de la diarrhée, était formé de :

Eau.	97,5
Résidu soluble dans l'eau. . . .	2,5

Ce résidu était composé ainsi qu'il suit :

1° Matière azotée soluble dans l'alcool et dans l'eau ;
2° Matière azotée soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool ;
3° Carbonate de soude et de potasse, quantité remarquable ;
4° Acétate de potasse, quantité remarquable ;
5° Acétate de soude et de magnésie ;
6° Chlorure de potassium et de sodium ;
7° Matière biliaire altérée, petite quantité ;
8° Mucus altéré, très-petite quantité ;
9° Phosphate de chaux, trace ;
10° Phosphate ammoniaco-magnésien, trace.

La partie des excréments insoluble dans l'eau a fourni, à l'alcool, du stéarate neutre de soude, retenant de l'acide oléique, et, à l'éther, un peu d'acide gras.

Le résidu des aliments épuisé a été négligé.

Je n'ai point indiqué les quantités relatives des substances qui entrent dans la composition du résidu provenant de l'évaporation du liquide intestinal filtré, parce qu'il m'a semblé que ces quantités pouvaient varier, suivant plusieurs circonstances ; il me suffira d'avoir fait observer que les déjections produites par la diarrhée renferment plusieurs substances qui n'existent pas dans les excréments humains, à l'état normal, telles que des quantités remarquables d'acétate de potasse et de carbonate de soude. J'ai eu occasion de remarquer que ce dernier disparaît sensiblement, lorsque les fonctions du tube digestif commencent à se rétablir et que la diarrhée est en voie de guérison ; alors le liquide intestinal, d'alcalin qu'il était, devient neutre, ou même quelquefois légèrement acide au papier réactif.

J'ignore si ces substances alcalines ont été produites par la viande qui a servi à l'alimentation. Il me semble plus probable qu'elles ont été sécrétées pendant cet état catarrhal des surfaces muqueuses gastro-intestinales qui a produit la diarrhée.

Un fait digne de remarque, dans l'affection dont il s'agit, c'est l'absence presque complète de la bile, que l'on retrouve en quantité notable en traitant par l'alcool les excréments à l'état normal ; j'ai, il est vrai, indiqué dans ce travail un principe biliaire altéré ; mais il était en si petite quantité qu'à peine j'ai pu l'examiner.

Il se produit assez souvent, dans la diarrhée, un dégagement considérable de gaz ; lorsqu'il a lieu par la bouche, ce gaz ne peut être méconnu pour de l'acide carbonique, par l'impression qu'il fait sur l'organe du goût. Ce dégagement, qui distend l'estomac et les intestins, me paraît dû en partie à l'abus que l'on fait assez souvent des matières sucrées, lesquelles sont disposées à fermenter et à s'aigrir, lorsque les fonctions digestives sont dérangées.

Nancy, le 9 octobre 1854.

CLINIQUE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

Hématémèse remplaçant les règles. — Teinture d'iode à l'intérieur. — Flux hémorroïdal continu arrêté par les lavements au sulfate de cuivre.

L'hématémèse est souvent l'expression d'une maladie organique de l'estomac, mais elle peut être aussi le produit d'une simple exhalation, comme l'épistaxis, comme les règles. Chez les jeunes femmes surtout, l'hématémèse remplace quelquefois l'écoulement menstruel. C'est ainsi qu'au n° 32 de la salle Saint-Bernard on voit une malade qui, après un retard, a été prise d'hémorrhagie gastrique supplémentaire avec molimen et mouvement fébrile. Elle n'avait rien du côté de l'estomac, point de désordres dans les fonctions de ce viscère. Une époque a manqué, l'hémorrhagie s'est faite par cette voie. On a prescrit alors la potion suivante :

Pr. Infusion de sommités d'absinthe. . .	100	grammes.
Sirop d'armoise composé.	40	—
Teinture d'iode.	30	gouttes.

A prendre en quatre fois. La teinture d'iode est le meilleur des emménagogues ; les règles ont reparu et tout est rentré dans l'ordre.

M. Trousseau a beaucoup insisté sur ce fait, parce que, suivant lui, on croit trop facilement à des maladies organiques. On ne doit pas ignorer qu'il y a des hématémèses, des hématuries et même des hémoptysies sans lésion organique appréciable. Il y a vingt ans, M. Duméril eut un crachement de sang épouvantable, et chacun sait que ce doyen des professeurs est encore aujourd'hui le mieux portant de la Faculté.

— Et puisque nous sommes sur ce point, nous parlerons ici d'une autre malade qui, il y a six semaines, entra à l'Hôtel-Dieu, rendant par l'anus du sang et des glaires, et offrant à l'extérieur tous les caractères de la diathèse cancéreuse. Cet écoulement durait depuis quatre mois, et tout d'abord M. Trousseau le rattacha à l'existence d'un cancer du rectum. Cependant le doigt introduit dans cet intestin à une hauteur de cinq pouces n'y trouva pas de tumeur; la muqueuse y était seulement rugueuse comme celle du vagin dans les leucorrhées abondantes, garnie de cryptes saillantes, chagrinée; le tissu cellulaire sous-muqueux était aussi légèrement induré dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Qu'était-ce que ce flux? Un flux hémorrhoïdal, flux qui ne requiert pas le moins du monde, suivant M. Trousseau, la présence d'hémorrhoïdes; car les tumeurs de ce nom, dit-il, ne peuvent pas plus saigner que les *nœvi materni*. Le tissu qui les constitue est du tissu érectile, comme celui de la rate et du gland; il se congestionne, mais ne saigne pas. Seulement, comme le flux vient souvent en même temps que la fluxion des hémorrhoïdes, nous sommes disposé à croire qu'il vient de celles-ci, tandis qu'il est fourni directement par les vaisseaux hémorrhoïdaux. Ce qui se passe en pareil cas dans le rectum est exactement semblable à ce qu'on observe vers les parties génitales externes au moment où une femme va avoir ses règles. Le col de l'utérus, la muqueuse du vagin, les grandes et petites lèvres, acquièrent une varicosité anormale qui se révèle par la turgescence et la couleur violacée de ces parties. Il se joint à cela un sentiment particulier de fluxion, de chaleur et d'irritation, allant quelquefois jusqu'à la nymphomanie; puis dans les quarante-huit heures qui suivent, survient l'écoulement menstruel. Des phénomènes analogues s'observent à l'approche du flux hémorrhoïdal.

L'hémorrhoïde réduite à l'état de marisque se congestionne et devient douloureuse, mais, à moins d'être déchirée accidentellement, elle ne saigne pas. Ce qui saigne, c'est la membrane muqueuse du rectum et pas autre chose; pour M. Trousseau, il n'y a pas d'hémorrhoïdes internes; ce que l'on prend pour tel n'est que l'état variqueux de cette membrane muqueuse.

Le flux hémorrhoïdal est une fonction chez certains individus, comme la menstruation, et il a même avec celle-ci cette singulière ressemblance qu'il ne dure pas toute la vie. Il cesse d'ordinaire entre cinquante et soixante ans. Tant qu'il est modéré, on le respecte, et faire autrement serait absurde; mais, de même que l'écoulement des règles, en devenant ménorrhagie, réclame les secours de l'art, de même

le flux hémorrhoïdal physiologique peut se transformer en état morbide, et alors il faut le traiter. C'est ainsi que, dans le cas particulier qui nous occupe, M. Trousseau a été conduit à opposer des moyens actifs à une hémorrhagie dont l'abondance et la continuité tendaient à compromettre la vie.

Ce médecin a commencé par des lavements avec 15, 20, 30 et 40 centigrammes de nitrate d'argent. Il les avait employés précédemment avec avantage chez une femme atteinte de la même affection; mais ici ils ont échoué complétement. Il en a été de même des lavements avec l'extrait de ratanhia. Cependant M. Trousseau ne s'est pas tenu pour battu; sachant que les médicaments d'une même classe ne réussissent pas tous à égal degré et qu'il faut parfois essayer successivement tous les agents de cette classe avant d'atteindre le but désiré, il s'est adressé au sulfate de cuivre, qui n'a pas trompé son espoir. La malade a pris le premier jour un lavement ainsi composé :

Pr. Sulfate de cuivre. . . . . 60 centigrammes.
Eau distillée. . . . . . . 250 grammes.

Les jours suivants, la dose du sel a été portée à 65, 70 et 75 centigrammes. Or, le huitième jour, le flux hémorrhoïdal, qui avait diminué progressivement, s'est arrêté tout à fait. Du fer a été administé à cette femme, et tout annonce qu'elle sera guérie dans un mois. Mais ce flux durant depuis six mois, la malade serait certainement exposée à une récidive si l'on s'en tenait à ce premier résultat. Elle devra donc insister sur l'usage du sulfate de cuivre, et pour cela elle prendra un lavement avec 75 centigrammes de ce sel tous les jours pendant quinze jours, puis tous les deux jours pendant le même espace de temps, puis tous les trois jours, etc., jusqu'à ce que la diathèse, sous la dépendance de laquelle était l'hémorrhagie du rectum, soit victorieusement combattue. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Prurit de la vulve. — Emploi du caladium seguinum.

Le prurit de la vulve tient ordinairement, comme l'on sait, à quelque éruption, herpétique ou autre; mais quelquefois aussi l'insignifiance de l'éruption ne rend pas un compte suffisant de la violence des démangeaisons, qui paraissent tenir plutôt à une hypéresthésie nerveuse. La démangeaison est alors portée au plus haut degré et elle s'accompagne d'une sensation voluptueuse qui atteint quelquefois les proportions d'un accès hystérique, et qui conduit presque infailliblement la malade à la pratique de la masturbation. Les grandes et les petites lèvres sont turgescentes, ardentes; la muqueuse est d'un rouge vif, et il y a bien quelquefois apparence d'éruption, mais ce sont les résultats du frottement par lequel les malades ont cherché à calmer la démangeaison.

Beaucoup de moyens ont été préconisés contre ce prurit, qui disparaît parfois en quelques semaines, mais qui résiste parfois aussi pendant plusieurs mois. En voici maintenant un nouveau donné comme beaucoup plus efficace que les autres par le docteur Scholtz, dans le *Zeitschrift für klinische Medizin:* c'est le caladium seguinum, de la famille des aroïdées, plante qui n'est pas sans rapports avec notre arum maculatum (gouet).

Le caladium seguinum croît dans l'Inde, où l'on attribue à son suc âcre et irritant la propriété de guérir la goutte et le rhumatisme, et, en outre, celle d'exercer sur les organes génitaux une action dépressive. Les nègres ont tant de confiance en cette dernière, qu'en voyage, ils se croient sûrs de la vertu de leurs femmes quand ils en ont enduit la ceinture de corail qu'elles portent comme ornement. L'auteur s'est livré, avec toute réserve, à des expériences qui lui ont démontré que le caladium est l'anaphrodisiaque de la femme, comme le lupulin est celui de l'homme.

M. Scholtz a obtenu les plus heureux résultats de l'emploi de la teinture alcoolique de caladium seguinum dans deux cas de prurit vulvaire qui avaient résisté à une foule d'autres moyens. Le premier est relatif à une petite fille de 4 ans, affectée depuis deux mois d'un prurit qui l'avait fait s'adonner à la masturbation, et sujette, en conséquence de cette habitude, à des troubles nerveux graves. On mit 6 gouttes de teinture de caladium dans 100 grammes d'eau, et on lui en donna une cuillerée à dessert toutes les trois heures. L'enfant fut soulagée dès la première dose, et il ne fallut renouveler que deux fois cette potion. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans dont le prurit paraissait occasionné par des vésicules herpétiques. Elle guérit presque aussi rapidement que la première.

(*Archives de médecine.*)

Lotions astringentes comme traitement abortif des panaris.

Peut-être les médecins n'ont-ils pas assez foi aux astringents, comme moyen abortif des inflammations phlegmoneuses; les traitements populaires, qui comptent certainement des succès, n'ont pas ordinairement d'autre but. Un médecin anglais, M. Brown, de Chatham, donne la formule, fort peu conforme aux lois de la chimie, comme il le dit lui-même, de lotions employées avec le plus grand succès par son père, comme moyen de faire avorter les panaris. En voici la composition :

Pr. Alun calciné. 0,15
Sulfate de zinc. 0,10
Acétate de plomb. 0,10

pour chaque 30 grammes d'eau ordinaire. Ces lotions sont faites tièdes, et un très-grand nombre de fois par les malades, qui entourent le doigt de linges, ou mieux de cataplasmes arrosés avec cette solution. Employées dès le début, ces lotions font fort souvent avorter l'inflammation, ou lorsque ce résultat n'est pas obtenu, la suppuration est bien moins étendue qu'elle ne l'eût été sous l'influence d'autres moyens. Enfin, les parties qui suppurent arrivent à guérison très-rapidement avec les lotions seules, les cataplasmes doivent être interrompus à cette époque. C'est là une pratique tellement simple, et qui a si peu d'inconvénients et de dangers, que nos confrères sauront bientôt à quoi s'en tenir touchant sa valeur.

(*The Lancet* et *Bull. gén. de thérap.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— *Nomination des internes pour* 1854. — Le concours pour l'internat a été clos hier, et les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre indiqué ci-dessous. On sait que, d'après le nouveau règlement, le prix des externes est acquis au premier interne nommé :

Internes titulaires, MM. Peter; Luton; Aviolat; Poisson; Fournier; Thouzelin; Boncourt; Marrey; Dubarry; Bercioux; Daners; Borde; Aubré; Genouville; Wieland; Tamarel de Mauriac; Nélaton; Charnal; Vibert; Guyot; Crequy; Topinard; Vigouroux; Duhomme; Second dit Féréol; Gibert; Rocques; Lala; Doyen; Pératé; Pana; Bernaudau; Bodereau; Pinaud; Cavasse; Lécorché; Devousges; Mahieux; Sénac; Molland.

Internes provisoires, MM. Martin; Schloss; Judée; Dutournier; Despaignot; Blondet; Silvestre; Mercier (Edmond); Mitivier; Témoin; Vanvers; Siredey; Mousteu; Dumont; Devers; Péan; Fayol Deslongrais; Dagot; Larquier; Fleuriot; Dieudonné; Mercier (Jules).

Erratum. — Une erreur typographique a transformé, dans notre dernier numéro, le nom de *M. de Foville* en celui de *M. de Faville.* Nous tenons d'autant plus à rectifier cette erreur que le jeune lauréat est l'héritier d'un nom aussi hautement que justement estimé dans la science. Peu de médecins contemporains laisseront dans l'histoire de l'art les traces d'un esprit aussi sagace et aussi élevé, d'un jugement aussi droit que notre excellent confrère M. Foville.

— Par arrêté en date du 20 décembre 1854, M. Herpin, professeur-adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur titulaire de la chaire qu'il occupe.

— Par le même arrêté, M. Thomas, professeur d'anatomie et physiologie à la même École, est nommé professeur de clinique externe en remplacement de M. Tonnelé dont la démission est acceptée.

M. Allain-Dupré, professeur-suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur-adjoint. Il est chargé, en cette qualité, de la chaire d'anatomie et physiologie vacante par la nomination de M. Thomas à la chaire de clinique externe.

M. Herpin, professeur de pathologie externe, est nommé directeur de ladite École.

— La Faculté, dans sa séance du jeudi 14 décembre, a nommé M. le docteur E. Beylard chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en remplacement de M. le docteur Lasègue, dont le temps expire au 31 décembre 1854.

— La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 18 décembre, à la nomination d'un secrétaire général, en remplacement de M. Dechambre, démissionnaire. M. Cerise a été élu.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

PARIS. — IMPRIMERIE DE W. REMQUET ET Cie, RUE GARANCIÈRE, 5.

1re Série. Tome 2. — N° 153. 2me ANNÉE. Mardi 26 Décembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris,* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Des affections chroniques du tube digestif et du foie,

Par M. L. FLEURY, *Agrégé de la Faculté.*

Tous les praticiens savent avec quelle fréquence se présentent les maladies chroniques du tube digestif; tous savent combien est considérable le nombre des sujets qui se plaignent d'éprouver, d'une manière plus ou moins continue, du malaise gastrique et intestinal, des irrégularités d'appétit, des digestions difficiles, pénibles, douloureuses, des flatuosités, de la tympanite gastro-intestinale après le repas, des vomissements, des douleurs plus ou moins vives, occupant tantôt un point de l'abdomen, tantôt un autre, et souvent produites par des gaz fétides ou dépourvus d'odeur; une constipation plus ou moins opiniâtre, alternant parfois avec la diarrhée. Les malades qui présentent cet ensemble de phénomènes morbides, perdent graduellement leur embonpoint et leurs forces; la peau devient sèche, écailleuse, d'un gris sale ou jaunâtre; la nutrition s'altère profondément, l'anémie survient, et les sujets finissent par tomber dans un état de faiblesse et de maigreur qui n'est point sans gravité.

Pendant le règne de la médecine, si improprement nommée *physiologique*, tous ces symptômes furent rattachés à la *gastro-entérite chronique*, et aujourd'hui même un grand nombre de praticiens qui, sans se l'avouer, subissent encore le joug du système de Broussais, continuent à leur opposer la diète, les émissions de sang locales, les vésicatoires et les cautères, au grand détriment des malades, qui, loin d'éprouver le moindre soulagement de ce traitement, voient leur état s'aggraver de plus en plus sous son influence.

En opposition avec les partisans, avoués ou honteux, de la gastro-entérite chronique se présentent ceux de la *gastro-entéralgie* et de la *dyspepsie nerveuse*, qui, à la diète et aux émissions de sang, substituent une alimentation abondante et substantielle, le fer, les toniques, les excitants.

Mais, si cette nouvelle systématisation obtient plus de succès que la précédente, elle n'en compte pas moins de nombreux revers, et il n'est que trop fréquent de rencontrer des malades qui, après avoir, pendant un nombre plus ou moins considérable d'années, passé alternativement des sangsues aux pilules ferrugineuses, et de l'abstinence aux côtelettes; après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique allopathique et homéopathique, finissent par se jeter, de guerre lasse, entre les bras des charlatans (voy. *Traité d'Hydrothérapie*, p. 327-339-474-482).

Or, ainsi que déjà nous l'avons dit, les charlatans guérissent parfois plus sûrement que le fer et les sangsues réunis! Et si l'on recherche quels sont les moyens à l'aide desquels ils acquièrent cette supériorité, on constate que, dans l'immense majorité des cas, les *purgatifs* et les *toniques* constituent exclusivement la médication mise en usage par eux! — Fait important, dont les médecins n'ont point tenu suffisamment compte, et sur lequel nous reviendrons plus loin.

Depuis 1846, un grand nombres de malades, offrant l'ensemble de symptômes que je viens d'indiquer, se sont présentés à Bellevue, dans l'espoir d'y trouver le terme de souffrances, dont l'origine remontait souvent à plusieurs années, et l'étude attentive des faits m'a conduit à diviser ces malades en quatre classes principales.

Chez les uns, les troubles fonctionnels de l'appareil digestif étaient manifestement liés à la *congestion chronique du foie*, sur laquelle, dans mon *Traité d'hydrothérapie*, j'ai appelé l'attention des praticiens, et que journellement encore on méconnaît dans la pratique. Dans les cas de ce genre, c'est en ramenant l'organe hépatique à son volume normal, c'est en exerçant une action régulatrice sur la circulation capillaire générale, que l'hydrothérapie a fait justice des accidents, rétabli la digestion, ramené les forces et l'embonpoint.

Chez les autres, les troubles de la digestion ont dû être rapportés à une véritable gastro-entéralgie, à une perversion des fonctions digestives idiopathique ou sympathique, accompagnée, le plus souvent, d'une anémie primitive ou consécutive, et alors les effets les plus remarquables ont été obtenus de l'action révulsive et reconstitutive exercée par l'eau froide.

D'autres fois les accidents étaient dus à des altérations de tissu, à des lésions organiques sur lesquelles l'hydrothérapie ne pouvait avoir aucune action directe, et cependant sous son influence l'état général s'est notablement amélioré, des symptômes accessoires fort graves ont disparu, l'existence est devenue beaucoup plus supportable et a été manifestement prolongée. Les faits de ce genre méritent toute l'attention des nosographes et des praticiens.

Dans d'autres cas, enfin, les choses se sont passées d'une façon spéciale, que je vais indiquer ici en quelques mots, me réservant d'y revenir longuement plus loin.

Les malades m'étaient adressés à titre de *névropathiques*, et

l'examen le plus attentif, le plus complet, ne me faisait découvrir aucune altération matérielle appréciable ; rien, et j'insiste sur cette circonstance, rien ne m'indiquait l'existence d'un *embarras gastrique*, d'un *état saburral des premières voies ;* parfois, il existait de l'anorexie, de la constipation ou de la *diarrhée*, mais la bouche n'était ni pâteuse ni mauvaise, la langue n'était recouverte d'aucun enduit, il n'y avait ni rapports nidoreux ou acides, ni envies de vomir ; *l'appétit était conservé et quelquefois même exagéré.*

Les malades étaient soumis à l'action des douches excitantes et révulsives, mais celles-ci, au lieu de produire l'effet habituel et attendu, exerçaient une action *perturbatrice* dont les effets se traduisaient, du huitième au quinzième jour, par les phénomènes suivants :

Les malades accusaient un malaise général inaccoutumé, de la courbature, de la céphalalgie, des frissons irréguliers ; la bouche devenait pâteuse et mauvaise, l'haleine fétide ; la langue se couvrait d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais ; l'appétit se perdait complètement, et souvent la vue seule des aliments, et principalement des viandes, inspirait un dégoût insurmontable ; il survenait des coliques, de la diarrhée, des nausées.

En un mot, on constatait, de la manière la plus caractéristique, tout l'ensemble de phénomènes considérés comme le signe de *l'embarras gastrique, de l'état saburral des premières voies.*

En présence d'une indication aussi précise je prescrivais un purgatif plus ou moins énergique selon les circonstances (*eau de Sedlitz, huile de croton ou de ricin, eau-de-vie allemande, etc.*), ou même un éméto-cathartique (*sulfate de soude, 30 gram., tartre stibié, 5 centigr.*). J'en renouvelais plusieurs fois l'administration, à des intervalles plus ou moins éloignés, et je ne tardais pas à obtenir une guérison complète ; la continuation du traitement hydrothérapique ramenait alors rapidement l'appétit, l'intégrité des fonctions digestives, l'embonpoint et les forces.

C'est conformément à la division qui vient d'être établie que je me propose de présenter le résumé clinique des principales observations de maladies chroniques du tube digestif et du foie, qui ont été recueillies à Bellevue.

De la gastrite chronique, de la gastralgie et de la dyspepsie.

La médecine, comme la politique, a ses époques de révolution et de réaction. La gastralgie est fille de la réaction anti-broussaisienne.

Après avoir aveuglément obéi à l'impulsion qui lui avait été imprimée par l'illustre et ardent réformateur, après avoir subi le joug de la gastrite chronique, de la diète et des sangsues, la génération médicale se prit un beau jour à douter ; bientôt après elle nia, et après avoir vu l'inflammation et l'irritation partout, elle finit par ne plus les apercevoir nulle part.

Le règne de la gastrite était fini, celui de la gastralgie commençait. Mais comme la plupart des pouvoirs nouveaux, celui-ci fut violent et dépassa le but.

Le public accueillit avec un égal enthousiasme les travaux de quelques observateurs sérieux, les élucubrations des plus obscurs réactionnaires, et les réclames des plus éhontés spéculateurs. Les médecins eux-mêmes ne surent point se défendre assez contre l'entraînement général. Toute souffrance gastrique fut rapportée à la gastralgie ; tout malade fut mis au régime du vin de Bordeaux, des cotelettes et du fer.

En résumé, un système fut substitué à un système, et la science n'y gagna rien. — Beaucoup de malades, à la vérité, y trouvèrent l'avantage de ne plus être exposés à mourir de faim, mais beaucoup d'autres éprouvèrent le désagrément de périr d'indigestion ou de gastro-entérite.

Le règne tyrannique de la gastralgie dure encore, et ce n'est point une nouvelle réaction que nous prétendons susciter ; mais le moment est venu de secouer le joug des exagérations systématiques, et de faire enfin prévaloir les enseignements de l'observation exacte et de la saine appréciation des faits.

Il n'entre pas dans mes intentions de discuter et d'établir ici la fréquence absolue ou relative de l'irritation gastrique et de la gastralgie. Le point de vue auquel je me place est celui-ci :

Dans l'état actuel des choses, il existe une tendance générale à rattacher toute souffrance gastrique, tout trouble de la digestion stomacale, à une lésion organique ou nerveuse *de l'estomac lui-même.* Les uns, croyant posséder les éléments d'un diagnostic positif et certain, prescrivent hardiment *a priori* la diète, les sangsues, les vésicatoires, les cautères, pour combattre l'élément phlegmasique, ou bien l'alimentation substantielle, les toniques, le fer, pour dominer l'élément nerveux ; les autres, moins confiants dans leurs lumières, se servent du traitement comme d'une pierre de touche pour établir un diagnostic *a posteriori*, et conseillent, d'abord, qui la médication antiphlogistique, qui la médication tonique, se réservant, en cas d'insuccès, de suivre la voie opposée. Mais tous dirigent exclusivement le traitement contre l'estomac lui-même, et aucun ne se demande s'il ne pourrait pas bien se faire que la souffrance gastrique ne fût que sympathique, et s'il ne conviendrait point d'en rechercher et d'en attaquer la cause ailleurs que dans le ventricule !

Et qu'on ne dise point que cette pratique n'appartient qu'à un certain nombre de médecins peu éclairés ; nous sommes en mesure de prouver qu'elle n'est rien moins qu'étrangère aux praticiens les plus hauts placés. — A la vérité certains princes de la science ne peuvent guère accorder que quelques secondes à l'examen de chacun des nombreux consultants qui encombrent leur cabinet, et c'est là une circonstance atténuante dont nous apprécions, comme il convient, toute la valeur.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs de l'explication, le fait est celui-ci : Depuis plusieurs années nous avons reçu, à Bellevue, un nombre *considérable* de malades dont les uns s'épuisaient par la diète et les sangsues alors que les accidents gastriques étaient le résultat d'une anémie et d'une affection de l'utérus ; dont les autres se gorgeaient de fer, de vin, de liqueurs spiritueuses alors que les accidents gastriques étaient produits par une congestion sanguine chronique du foie ; ceux-ci avalaient de l'opium, du bismuth, de la poudre de charbon lorsque les purgatifs pouvaient seuls les guérir ; ceux-là étaient livrés à l'inévitable belladone de M. X..., à la sempiternelle poudre d'yeux d'écrevisses ou à l'inexorable noix vomique de M. Z..., lorsque les troubles de la digestion avaient leur raison d'être dans une influence exercée sur le système nerveux par un phimosis congénital ou par l'hystérie !

Jeunes praticiens, sachez et retenez bien ceci : *Dans l'immense majorité des cas, ce n'est point dans l'estomac qu'il faut chercher la cause des troubles chroniques de la digestion stomacale.*

La gastralgie est bien rarement *idiopathique ;* presque toujours, au contraire, elle est *sympathique* et subordonnée, soit à une cause générale telle que la chlorose, l'anémie, la goutte, etc., soit à une cause locale plus ou moins éloignée, et spécialement à la congestion chronique du foie ou de la rate, à une affection de l'utérus (*déplacement, congestion chronique, ulcération*), à un rétrécissement de l'urètre, à un phimosis congénital, à la constipation, à la spermatorrhée, etc.

De quelle efficacité sont dans tous ces cas et le *bismuth*, et la *belladone*, et la *poudre d'yeux d'écrevisses*, et la *noix vomique*, je

n'ai pas besoin de vous le dire. Vous ne le savez que trop, — et vos malades aussi!

Ne vous en rapportez donc jamais aux renseignements qui vous sont fournis par le patient; interrogez et explorez vous-même attentivement, longuement, complétement; n'imitez point les grands praticiens qui prescrivent solennellement *un traitement anti-gastralgique* sans avoir pris le temps et la peine, ou sans avoir eu la pensée de palper l'abdomen, de percuter le foie et la rate, d'auscutter le cœur et les vaisseaux du cou, de pratiquer le toucher, d'examiner les organes génitaux.

Ce que nous venons de dire s'applique également à la *dyspepsie*, (plus ou moins flatulente), mot nouveau imaginé pour remplacer celui, déjà un peu bien usé, de gastralgie. Mais ici nous devons entrer dans quelques détails, et discuter les doctrines émises par notre honorable collègue M. Beau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Du chancroïde syphilitique

OU CHANCRE NON INFECTANT

Par M. le docteur Clerc, *ancien interne de l'Hopital du Midi* (vénériens).

Messieurs,

Dans la séance du 23 décembre 1853, j'ai eu l'honneur de vous faire part de quelques idées nouvelles sur la syphilis. Le travail que je vous présente aujourd'hui est le développement de cette première communication orale.

Les maladies contagieuses se transmettent d'un individu malade à un individu sain, par le transport de certains produits qui sont les véritables agents de la contagion.

Chaque maladie contagieuse a son agent de contagion, c'est-à-dire sa cause spéciale. Pour la gale, cet agent de transmission est un insecte. Pour la teigne, c'est un produit végétal. Pour d'autres maladies, l'agent de contagion est un liquide particulier, une sorte de produit de sécrétion morbide, inconnu dans sa composition, et que l'on désigne sous le nom générique de *virus*. Tel est l'agent de contagion du cowpox, de la vaccine, de la variole, de la morve, de la syphilis; maladies qui forment dans la classe des affections contagieuses, l'ordre des *maladies virulentes*.

Les différents modes de transmission des virus ne nous sont peut-être pas tous connus. Il en est un qui se présente fréquemment à notre observation et que nous pouvons facilement reproduire. Ce mode de contagion est celui qui a reçu le nom *d'inoculation*. Il consiste dans le dépôt ou l'insertion du liquide virus, sur un point de la peau ou des muqueuses dont l'épiderme a été incisé ou laceré. C'est, comme on le voit, une sorte de greffe pathologique, et le mot inoculation lui-même (*in oculus*), emprunté à l'horticulture exprime heureusement ce mode de propagation des virus[1].

L'inoculation d'un virus donne lieu, dans le point inoculé, à un travail morbide spécial, dont un des résultats les plus constants est la reproduction et la multiplication du virus inoculé.

Le virus syphilitique inoculé sur la peau ou les muqueuses produit dans le lieu d'insertion une pustule spéciale à laquelle succède rapidement une ulcération qui, pendant un certain temps de sa durée, fournit des quantités considérables de virus.

Cette ulcération à laquelle on a donné le nom de *chancre syphilitique primitif*, est comme l'organe de reproduction et de multiplication du virus syphilitique. Le chancre est donc l'analogue de la pustule vaccinale, de la pustule d'inoculation du virus varioleux, l'analogue surtout de ces ulcérations phagédéniques qui succèdent fréquemment à l'inoculation du cowpox à l'homme, ulcérations décrites par Jenner dans son immortel *Traité de la vaccine*.

1. Inoculatio significat in horticulturâ insitionis speciem, quando surculus, vel solum gemma alicujus arboris in aliam artificiose inseritur. (Castelli. *Lexicon.*)

Le but de ce travail est d'établir :

1° Qu'il existe deux variétés distinctes de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant; et l'autre le chancre non induré, non infectant ou chancre simple;

2° Que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique;

3° Que le chancre simple, ou non infectant, est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a, ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varialoïde et de la fausse vaccine, d'où la dénomination de *chancroïde* que nous proposons de lui appliquer.

Chacune de ces trois propositions demanderait un long mémoire pour être convenablement développée. Nous nous bornerons à un travail sommaire dont le but est surtout d'indiquer la direction de nos recherches, et d'appeler sur ces opinions l'attention des médecins qui s'occupent spécialement aussi de l'étude de la maladie syphilitique.

Le chancre syphilitique primitif est une des manifestations les plus fréquentes de la maladie vénérienne. Il a pour caractère fondamental d'être contagieux, c'est-à-dire de se transmettre d'un sujet à un autre, et cela par inoculation accidentelle ou artificielle. Il est le point de départ, l'antécédent le plus ordinaire de la syphilis constitutionnelle.

Il suffit d'avoir observé un certain nombre de malades atteints de chancres pour reconnaître que cette affection si spéciale dans sa cause et ses effets ultérieurs, se présente cependant sous des aspects très-divers de forme, d'étendue, de durée, et surtout pour savoir que les suites en sont très-différentes.

Chez quelques malades, le chancre suit une marche très-régulière; il fait peu de progrès en largeur et en profondeur sur les tissus qui en sont le siége. A mesure qu'il tend à la guérison, sa base s'épaissit et s'indure. On dirait qu'elle est le siége d'une sorte d'apoplexie plastique, d'où résulte parfois un soulèvement de l'ulcération qui l'a fait désigner par Carmichaël sous le nom d'*ulcus elevatum*. C'est le chancre dur ou calleux des anciens auteurs; c'est celui que l'on désigne plus généralement aujourd'hui sous le nom de chancre induré.

Le chancre induré est le plus souvent solitaire ou unique sur le même malade. Il a peu de tendance à se multiplier par inoculation des points voisins de celui où il siége.

Il est précédé dans son développement d'une période de temps variable, mais constante qui constitue sa période d'incubation.

Cette variété de l'ulcère syphilitique primitif est fréquemment accompagnée d'engorgements ganglionnaires, et il est d'observation que ces adénites ne tendent pas à suppurer : elles restent dures et indolentes.

Il est d'observation encore que les malades qui présentent ces chancres durs à leur base, donnant lieu à des engorgements ganglionnaires non suppurants, voient plus tard se manifester la syphilis constitutionnelle.

Chez d'autres malades le chancre syphilitique primitif présente moins de régularité dans sa marche et dans sa forme. Au début, c'est bien, comme dans la variété précédente, la même ulcération nettement circonscrite, à fond grisâtre, et comme pseudo-membraneux. Mais à mesure que l'ulcère guérit, sa base ne va pas s'épaississant et s'indurant, et, lorsqu'il est cicatrisé on ne trouve pas dans le point où il siégeait ce disque plastique si caractéristique de la variété précédente. C'est le chancre non induré ou chancre simple.

Le chancre simple s'inocule avec une grande facilité sur les points voisins de celui où il siége, aussi il est très-fréquent d'en observer plusieurs sur le même malade, soit d'emblée, soit consécutivement.

Les bubons qui accompagnent si souvent cette variété de l'ulcère primitif sont presque constamment phlegmoneux et suppurants, et, caractère plus important encore, les malades qui sont affectés de cette forme du chancre vénérien ne présentent pas ultérieurement les symptômes de l'infection constitutionnelle.

Le chancre simple n'infectant pas, c'est-à-dire ne produisant pas d'effets diathésiques n'incube pas[1].

Cette première filiation des symptômes, à savoir : dans une première catégorie de malades, chancre induré, bubons ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive. Dans une seconde catégorie de malades, chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure. Cet enchaînement des symptômes, disons-nous, est un fait clinique dont on peut presque tous les jours avoir la preuve en visitant quelques salles de vénériens. On en trouve la notion dans la plupart des auteurs postérieurs à Nicolas Massa (1532), qui ont écrit sur la syphilis, et cette distinction si importante des deux variétés du chancre primitif n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine.

Les faits cliniques établissent donc l'existence de deux variétés de l'accident primitif, c'est-à-dire du chancre. Il y a bien un chancre induré ou infectant, et un chancre non induré, non infectant. Ils établissent aussi que la fréquence de ces deux ulcères n'est pas la même. On observe beaucoup plus fréquemment, en effet, le chancre non infectant que le chancre induré.

Malgré les suites si différentes de l'une et de l'autre variété du chancre, l'identité du virus syphilitique dans le chancre induré et dans le chancre simple est un point de doctrine qui fait encore loi aujourd'hui, soutenu qu'il est par l'autorité de M. Ricord.

Pour M. Ricord, un chancre s'indure ou ne s'indure pas, c'est-à-dire est infectant ou ne l'est pas, suivant la prédisposition du malade pendant la durée du chancre. Si bien que sur un malade portant un chancre induré, par exemple, l'inoculation du pus de ce chancre, ou de tout autre, faite à ce malade donnerait lieu à un second chancre induré, puisque la prédisposition resterait la même. D'où il pourrait résulter encore, que plusieurs individus, tous indemnes d'accidents syphylitiques antérieurs, ayant des rapports sexuels, dans un même temps, avec une femme affectée d'un chancre d'une variété quelconque, et contractant tous des chancres, leur prédisposition n'étant pas la même, chez les uns les chancres s'indureraient et seraient suivis d'accidents constitutionnels, et chez les autres on pourrait n'observer que des chancres simples, non suivis de syphilis généralisée. En d'autres termes, le chancre est un à son début, c'est la prédisposition individuelle qui crée la variété.

L'observation des malades nous semble permettre une autre interprétation des faits.

Il n'est pas rare d'observer, dans les hôpitaux spéciaux surtout, des malades dont les premiers chancres sont des chancres simples non indurés que l'on guérit sans l'emploi d'aucune médication spécifique, et qui ne donnent pas lieu ultérieurement à la syphilis généralisée. Parmi ces malades quelques-uns s'exposant de nouveau à la contagion, contractent, quelquefois peu de temps après leur guérison, un chancre induré, bientôt suivi des accidents constitutionnels. Si la constitution du sujet infecté ou sa prédisposition étaient les causes déterminantes de ce double effet du virus syphilitique, à savoir : non infection dans un cas, infection constitutionnelle dans l'autre cas, observerait-on sur le même sujet, parfois à quelques semaines d'intervalle, des effets si divers du virus chancreux? Ainsi, en 1844, pendant notre internat dans le service de M. Ricord, un malade, après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital du Midi, nécessité par le traitement d'un chancre simple, sortait complètement guéri. Quelques semaines après il revenait à l'hôpital avec un chancre induré qui fut suivi d'accidents constitutionnels.

Ce fait, d'un malade présentant dans une période de temps fort courte les deux variétés de l'ulcère syphilitique primitif, la lecture de ceux rapportés par B. Bell, dans lesquels une même femme avait communiqué à plusieurs individus et dans le même temps des chancres de même forme (t. II, p. 410, Trad. de Bosquillon). Ces observations, disons-nous, nous avaient fait soupçonner, dès cette époque (1844), que le chancre pourrait bien se transmettre dans sa variété. L'examen des malades nous a, depuis lors, pleinement confirmé dans cette opinion et nous la soutenons depuis plus de trois ans dans nos cours publics sur la syphilis.

Pour nous, un malade a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause de telle ou telle prédisposition inconnue, mais simplement, parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Nous allons rapporter brièvement quelques faits à l'appui de cette opinion, en commençant par le chancre infectant.

1er *Fait.* — En 1846, un de nos amis, M. P..., nous consulta pour un chancre induré du prépuce récemment cicatrisé, et un exanthème papuleux syphilitique. Ne pouvant l'amener à partager notre opinion sur la nature vénérienne de sa maladie, nous lui disons qu'il est infiniment probable que la femme avec laquelle il avait des relations depuis plusieurs mois, portait actuellement une syphilide analogue à la sienne. Il nous conduisit auprès d'une jeune dame qui se refusa à un examen direct, mais consentit à nous montrer ses bras et sa poitrine couverts d'un exanthème semblable à celui de notre ami. L'un et l'autre avaient donc eu, dans le même temps, un chancre infectant.

2me *Fait.* — Dans le cours de cette même année 1846, nous avons soigné un ouvrier serrurier de Montmartre, affecté d'un chancre induré de l'angle péno-scrotal, suivi d'une syphilide papuleuse. Sa femme était, dans le même temps, affectée d'un chancre de l'une des grandes lèvres, qui fut suivi d'accidents constitutionnels.

Mais c'est surtout dans notre dispensaire ouvert gratuitement aux syphilitiques des deux sexes, depuis le 10 février 1851, que nous avons eu le plus d'occasions de constater cette transmission du chancre dans sa variété.[1] Après cinq ou six mois d'observation, nous avons été frappé de la fréquence des couples de malades, se présentant avec un chancre de même espèce. Aussi, dans notre cours du semestre d'été 1851, soutenions-nous déjà le fait de la transmission du chancre dans sa variété.

3me *Fait.* — Vers le mois de juillet 1851, faisant part de cette opinion à M. le professeur Bo, de Gênes, alors à Paris, en présence d'un jeune docteur italien qui se trouvait avec lui, celui-ci me cita, à l'appui de cette idée nouvelle, le fait suivant :

Peu de temps après la bataille de Novare, un officier sarde revint dans son village. Il était affecté d'un chancre qui fut suivi d'accidents constitutionnels. Pendant la durée de cette ulcération il eut des rapports sexuels avec plusieurs femmes auxquelles il communiqua des chancres qui donnèrent lieu chez toutes à des symptômes constitutionnels.

4me *Fait.* — En 1851 encore, au mois d'octobre, un de nos amis, M. le docteur C., auquel nous avions fait la même communication, désireux de s'éclairer sur ce point, s'inocula publiquement à l'hôpital du Midi le pus d'un chancre. Le résultat de cette inoculation fut négatif, et si nous citons ce fait, c'est surtout pour en indiquer la date.

5me *Fait.* — Au mois de février de l'année suivante (1852), un garçon d'équitation se présenta à notre dispensaire avec un chancre induré de la base du gland qui fut suivi d'une syphilis constitutionnelle. Il tenait ce chancre de la maîtresse de l'un de ses amis, affectée elle aussi d'une syphilis constitutionnelle récente. Quant à lui, il communiqua son ulcération à sa femme qui s'est présentée à notre dispensaire avec une syphilis récente. Pendant la durée de son traitement, cette femme accoucha d'un enfant qui succomba vers la fin de son second mois, couvert d'une syphilide papuleuse ulcérée dans beaucoup de points.

1. Nous nous proposons, dans un travail ultérieur de démontrer ce double effet du virus syphilitique, à savoir : l'incubation du virus chancreux lorsqu'il y a infection constitutionnelle, et sa non-incubation lorsque le chancre n'est pas infectant.

1. Pendant l'année 1852 le nombre des consultations données à ce dispensaire a été de 3190, ayant porté sur 912 malades nouveaux, hommes et femmes. En 1853, le nombre des consultations a été de 4332, et le nombre des malades nouveaux de 1270.

Nous saisissons avec plaisir l'occasion de remercier de son zèle et de son assiduité M. Blacheyre, élève en médecine, attaché à notre dispensaire depuis son ouverture.

6me *Fait.* — Deux frères, ouvriers ébénistes, vinrent vers cette même époque, au dispensaire, chacun avec un chancre induré récemment cicatrisé et une roséole syphilitique. Nous leur annonçons qu'ils ont eu probablement des rapports sexuels avec la même femme, ce qu'ils avouent, et que cette femme doit avoir comme eux une syphilis constitutionnelle récente.

Cette femme ayant été envoyée à Saint-Lazare, par la police, notre confrère et ami, M. le docteur Costilhes, eut l'obligeance de faire prendre des renseignements sur elle, qui confirmèrent pleinement ce que nous avions annoncé à nos élèves.

7me *Fait.* — Il y a deux ans, un juge d'instruction, M. G., nous mande dans son cabinet, et nous soumet quelques ordonnances de l'un des malades de notre dispensaire, inculpé de viol sur une jeune enfant, et nous demande quelle affection cet individu a pu communiquer.

Ce malade était atteint, au moment de son arrestation, d'un chancre non cicatrisé, et de plaques muqueuses du pourtour de l'anus, ce qui résultait pour nous des prescriptions inscrites sur les feuilles du dispensaire saisies à son domicile. Nous répondons à M. G. que le malade a du communiquer un chancre de même variété que celui qu'il portait, c'est-à-dire, un chancre induré infectant, fatalement suivi de quelques uns des symptômes de la syphilis généralisée. M. G. nous fait connaître alors le certificat d'un médecin qui avait soigné la jeune enfant d'une syphilis constitutionnelle récente.

8me *Fait.* Il y a trois mois, nous avons été consulté par un négociant qui portait sur le fourreau de la verge une ulcération de petite étendue, dure à sa base, presque constamment recouverte d'une croûte, accompagnée d'adénites multiples et indolentes des aines. Nous annonçâmes à ce malade que ce *bouton*, comme il l'appelait, était un chancre infectant qui serait suivi dans quelques semaines de manifestations à la peau, etc. Ce malade effrayé, nous apprit, qu'ignorant la nature de cette affection, il avait continué ses rapports avec sa femme, et qu'elle portait une ulcération lui paraissant avoir beaucoup d'analogie avec celle dont il était lui-même affecté. Soumise dès le lendemain à notre examen, nous reconnûmes sur cette malade un chancre induré, siégeant sur la face cutanée de la grande lèvre gauche et ayant déterminé une adénite non phlegmoneuse dans l'aine du même côté. Aujourd'hui ces deux malades sont en pleine syphilis constitutionnelle.

Ces faits, et plusieurs autres que nous avons observés, sans les noter, nous paraissent trop nombreux pour être de simples coïncidences. Ils nous ont semblé toujours si constants, si réguliers, qu'aujourd'hui, lorsqu'un malade se présente à notre examen avec un chancre induré, nous lui affirmons que son chancre tire son origine d'un chancre de même espèce, et aucun fait soumis à notre observation, depuis bientôt quatre ans que nos recherches sont dirigées sur ce point, n'est venu infirmer cette importante loi de la transmission du chancre dans sa variété.

Un de nos confrères, M. le docteur Bassereau, est arrivé de son côté à la même conclusion, relativement à la transmission du chancre induré ou infectant, et il a consigné le résultat de ses investigations à ce sujet dans son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, publié en juillet 1852. Mais, ne s'expliquant pas, et l'origine et les effets négatifs, quant à l'infection constitutionnelle du chancre non induré, non infectant, il en a conclu que le chancre simple était tout à fait étranger à la syphilis, et n'avait de commun avec le chancre vénérien infectant que sa propriété contagieuse. Et, comme pour mieux différencier ces deux ulcérations, il admet que le chancre simple est l'ulcère contagieux des organes génitaux, connu et décrit par les anciens auteurs, Celse, Galien, etc., tandis que le chancre induré ou infectant est d'origine moderne comme la syphilis elle-même.

Nous pensons, contrairement à cette opinion, et nous le disons ici par anticipation, que le chancre simple non infectant est bien un chancre syphylitique et qu'il est le résultat de l'inoculation du virus du chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire qu'il est l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine.

Nous avons fait pour le chancre simple non infectant, les mêmes recherches que pour le chancre induré. Lorsqu'un malade se présentait à notre observation avec des chancres non indurés, nous tâchions d'arriver à la confrontation de l'infecté et de l'infectant, et toutes les fois qu'il nous a été possible de faire ce double examen des malades, nous avons constaté la loi de transmission du chancre simple dans sa variété.

Voici quelques faits à l'appui de cette proposition.

9me *Fait.*—En 1845, un de nos amis, ancien interne des hôpitaux, assistant un jour à la visite de l'une des salles de la maison Saint-Lazare, crut reconnaître, dans une ulcération de l'aine ayant succédé à un bubon suppuré, des caractères qui ne sont pas ceux du chancre ganglionnaire, et, comme preuve de sa conviction, il s'inocula le pus de cette plaie. Il fit cette inoculation sur la main gauche, dans l'intervalle du premier et du deuxième métacarpien. Cette inoculation, dont le pus était ainsi pris sur un chancre simple type, donna lieu à un chancre simple chez notre hardi confrère.

10me *Fait.* — Dans le courant de l'année 1852, un élève en médecine vint nous consulter à notre dispensaire, pour un chancre du prépuce ne datant que de huit jours. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'autres affections syphilitiques. Il nous apprit que ce chancre lui avait été communiqué par une femme du quartier latin, atteinte l'année précédente d'une syphilis constitutionnelle, pour laquelle il lui avait donné quelques soins. Le chancre de cette femme, par des raisons que nous développerons plus loin, ne pouvait qu'être un chancre simple. Nous annonçâmes donc que le chancre de cet étudiant était et resterait un chancre simple non infectant, aussi lui conseillâmes-nous un traitement exclusivement local. Le chancre ne s'est pas induré, et il n'y a eu; depuis deux ans qui se sont écoulés, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

11me *Fait.* — Au mois de février de cette année, une jeune fille s'est présentée à notre clinique portant un chancre non induré de la fourchette, qui a donné lieu à une adénite phlegmoneuse. Cette ulcération avait été communiquée par un militaire affecté lui-même de plusieurs chancres non indurés.

12me *Fait.* — Dans les premiers jours du mois de juillet 1854, un jeune homme de vingt-trois ans, coiffeur, portait sur le gland et la muqueuse préputiale six chancres simples non indurés. Pendant le cours du traitement, exclusivement local, auquel était soumis ce malade, un bubon phlegmoneux se développa dans l'aine droite et suppura. Aucun symptôme d'infection constitutionnelle ne s'est manifesté chez ce malade. Ayant appris par lui-même que la femme avec laquelle il avait contracté ses chancres était à Lourcine, un élève externe de cet hôpital, qui suivait alors nos conférences cliniques, M. Vivien, s'enquit de l'état de santé de cette malade. Il trouva sur elle des chancres multiples non indurés, c'est-à-dire des chancres de la même variété que ceux de notre malade.

13me *Fait.* — Un ouvrier typographe, âgé de vingt et un ans, s'est présenté il y a quatre mois à notre dispensaire pour y être traité de chancres multiples non indurés du prépuce et du gland et de papules muqueuses de l'isthme du gosier et de l'anus, consécutives à un chancre unique et infectant, contracté six mois avant cette époque, et dont il portait la cicatrice.

Pendant la durée du traitement de ces chancres simples, ce malade eut des rapports sexuels avec une jeune fille, et lui communiqua les chancres. Celle-ci ayant ensuite cohabité avec un ami de notre malade, ce nouveau venu dans ses trop faciles faveurs a partagé le sort commun. Il nous a été amené atteint de sept chancres du prépuce et du gland, chancres non indurés, non infectants.

Ce malade, ouvrier typographe aussi, garçon intelligent et curieux, nous entendant parler, à propos de ses ulcérations, de cette migration du chancre d'un malade à un autre dans sa variété, nous avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports avec une jeune fille, et que le résultat de ce rapprochement avait nécessité l'entrée de sa victime à l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à nos élèves, que très-probablement, nous trouverions sur cette femme des chancres de même variété que ceux de notre malade.

M. Cullerier, dans le service duquel se trouvait cette jeune fille, avec une obligeance extrême, dont nous sommes heureux de le remercier publiquement, examina devant nous cette malade. Elle portait cinq chancres, disposés en croissant à l'entrée du vagin; chancres non indurés et déjà notés tels par M. Henry, interne du service.

Ainsi, le chancre simple se transmet dans sa variété. Il se propage d'un malade à un autre en conservant ses caractères symptomatiques et ses propriétés, dont la plus importante est celle de rester une affection locale, c'est-à-dire de ne pas donner lieu à l'infection constitutionnelle.

Il en est donc du chancre simple comme du chancre induré : un malade a un chancre simple non à cause de telle ou telle prédisposition, mais parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même forme.

Il n'entre pas dans le plan de notre travail de déduire les conséquences qui résultent, au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement du chancre, de l'existence de ces deux variétés de l'ulcère syphilitique primitif. Cependant, il nous est impossible de ne pas faire remarquer qu'il est d'une extrême importance de ne faire qu'avec réserve des inoculations du virus chancreux d'un malade à un autre. En effet, si un malade n'a qu'un chancre simple, non infectant, par exemple, en l'inoculant avec le pus du chancre d'un autre malade, on peut lui communiquer un chancre infectant, si ce malade porte un chancre de cette variété, et par suite lui donner la syphilis constitutionnelle qu'il n'aurait pas eue.

L'existence de deux variétés du chancre syphilitique étant reconnue, leur transmission comme espèce pathologique étant admise, il nous reste à établir que l'une de ces variétés, le chancre simple est le résultat d'une réinoculation du virus syphilitique aux sujets qui ont, ou qui ont eu, la syphilis constitutionnelle, comme la varioloïde, par exemple, est le produit d'une inoculation ou d'une infection itérative chez un sujet qui a déjà eu la variole.

Quelques considérations très-sommaires sur les maladies virulentes, sur la variole et la vaccine en particulier, sont nécessaires au développement de cette proposition.

Un fait considérable, et vraiment providentiel, car il appartient aux lois de conservation de l'espèce humaine, se produit dans la plupart des maladies contagieuses. Ce fait, c'est l'immunité contre une nouvelle infection dont jouissent les sujets qui en ont subi une première atteinte. Ce n'est que très-exceptionnellement, on le sait, que l'on observe deux fois la variole, la vaccine, la rougeole, la scarlatine, etc., sur le même individu.

La syphilis constitutionnelle ne fait pas exception à cette loi d'unicité d'infection des maladies contagieuses; elle ne se répète pas sur un même sujet qui a déjà eu quelques-uns des symptômes de cette diathèse, alors qu'il s'expose de nouveau à la contagion du virus syphilitique. Les effets possibles de nouvelles contaminations sont et restent des affections locales.

La démonstration de cette importante vérité appartient à M. Ricord. Elle nous semble définitivement acquise à la science, et nous n'avons, quant à nous, depuis déjà dix ans d'observation et de lecture, trouvé aucun fait de nature à lui porter la plus légère atteinte. On a prétendu, je le sais, qu'il existait quelques exceptions à cette loi d'unicité d'infection constitutionnelle, en ne remarquant pas assez, toutefois, que ces exceptions confirmaient la généralité du fait en question.

Les maladies virulentes ne se répètent donc pas sur le même sujet, dans l'immense majorité des cas au moins; mais, chose très-remarquable, et c'est sur ce point que nous appelons l'attention, les agents de contagion de ces mêmes maladies, c'est-à-dire leurs virus peuvent encore être inoculés aux sujets sur lesquels ils ont déjà produit leur effet constitutionnel. Ainsi le virus varioleux peut être inoculé à un sujet qui a eu la variole; le virus vaccin à un vacciné; le virus syphilitique à un sujet qui a eu la syphilis constitutionnelle. Mais, hâtons-nous de le dire, dans ces inoculations itératives, l'action du virus reste locale, ce qui est la conséquence de la loi d'unicité d'infection dont nous venons de parler.

L'immunité dont jouissent les malades qui ont subi une première atteinte de variole, de vaccine ou de syphilis constitutionnelle, n'est donc pas complète et absolue, puisque leur organisme se prête encore, dans ces inoculations ultérieures, à un certain travail pathologique local. Sur le variolé, le virus varioleux inoculé fait naître la varioloïde; sur le vacciné, la revaccination produit la fausse vaccine.

La varioloïde se manifeste non-seulement sur les sujets qui ont eu la variole ou la vaccine et qui subissent une seconde fois la contagion naturelle ou artificielle du virus varioleux, mais encore sur les individus réfractaires à la variole et à la vaccine qui se soumettent à l'inoculation du pus varioleux.

Il importe à notre sujet de faire remarquer que ces répétitions d'inoculations varioleuses aux variolés, aux vaccinés et aux réfractaires ne donnent pas toujours lieu au développement de la varioloïde. Très-souvent le résultat de ces inoculations itératives est négatif, c'est-à-dire qu'elles ne déterminent aucun travail pathologique dans le point inoculé.

La varioloïde constitue une véritable espèce pathologique. Elle a une marche, une durée et une terminaison qui lui sont propres. On peut la transmttere par inoculation à des sujets ayant ou n'ayant pas eu la variole, c'est-à-dire qu'elle est contagieuse. En 1831, le docteur Guillou, de Saint-Pol-de-Léon, publia un mémoire (*Transactions médicales*, etc. Cahiers de déc. 1830 et fév. 1831), dans lequel il établissait qu'il avait inoculé plus de six cents fois la varioloïde à des enfants ou à des adultes n'ayant jamais été ni vaccinés ni variolés, et qu'il avait toujours fait naître sur eux la varioloïde. Ces nombreuses inoculations établissent incontestablement que la varioloïde est contagieuse, et qu'elle se transmet dans son espèce. D'autres expérimentateurs, il est vrai (Lafont Gouzi, Trousseau, etc.), disent avoir reproduit la variole en inoculant la varioloïde à des sujets non vaccinés ou non variolés. Ces inoculations, faites dans les mêmes conditions que celles du docteur Guillou, tendraient à établir que la varioloïde, inoculée à un sujet vierge de variole et de vaccine, pourrait, dans quelques cas, reproduire la variole.

Les nombreuses revaccinations qui ont été pratiquées, dans ces dernières années surtout, ont démontré que, parmi les sujets soumis à cette répétition de l'inoculation vaccinale, il en est qui reproduisent la vaccine vraie comme s'ils étaient vaccinés pour la première fois ; sur d'autres, le virus vaccin reste sans action, et ne donne lieu à aucune lésion locale appréciable, ces inoculations sont négatives; sur d'autres sujets, enfin, on voit se développer, après l'inoculation itérative, une pustule spéciale, qui n'est pas la pustule vaccinale vraie, mais une sorte de produit hybride que l'on a désigné sous le nom de fausse vaccine, ou vaccinoïde.

« Produit dégénéré de la vraie, la fausse vaccine, dit M. Bousquet, n'a ni la même marche, ni la même forme, ni la même « durée..... Tandis que la bonne vaccine débute à peine à la fin « du troisième jour, la mauvaise, beaucoup plus précoce, se « montre dès le premier ou le deuxième jour de l'insertion. » (Bousquet, *Nouveau Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*, 1848, p. 180.)

L'absence de période d'incubation a été donnée aussi par M. Gaultier de Claubry comme un des caractères constants de la fausse vaccine. « Dans tous les cas de revaccination, sans exception, c'est dès le lendemain, quelquefois dès le soir même de « l'inoculation itérative que le travail se manifeste. » (Gaultier de

Claubry, *de l'Altération du virus vaccin et de l'opportunité des revaccinations*, 1838.)

Husson donnait encore, comme signe caractéristique de la fausse vaccine, l'absence d'induration de la base de la pustule. « On ne peut pas, » a-t-il écrit dans son remarquable article *Vaccine*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, « on ne peut pas donner à ce bouton (celui de la fausse vaccine) le nom de tumeur, « car il n'y a point cette induration circonscrite qui fait la base de « la tumeur de la vaccine. » (*Dict. des Sc. méd.*, t. LVI, p. 419.)

Faisons remarquer ici que l'absence de période d'incubation et l'absence d'induration de la base sont des caractères qui appartiennent au chancre simple, non infectant : le chancre infectant, au contraire, incube et s'indure comme la vaccine vraie.

Inoculée à un sujet non vacciné, la fausse vaccine semble se comporter comme le fait la varioloïde, c'est-à-dire, tantôt le transmettre comme espèce pathologique avec tous ses caractères, et tantôt reproduire la vaccine vraie. « Cependant ne croyez pas, « dit encore M. Bousquet, que la fausse vaccine reproduise né- « cessairement la vraie; tout dépend du degré. Quand la fausse pu- « stule ne dépasse pas l'état rudimentaire, elle ne contient pas l'om- « bre de virus. Il en est autrement dans les degrés supérieurs. « Alors elle reproduit aussi sûrement la bonne vaccine que le « vaccin le plus pur et le mieux choisi. » (Ouv. cité, p. 183.)

Il est donc bien établi que la variole et la vaccine modifient leur propre virus, et qu'il en résulte deux affections nouvelles, la varioloïde et la fausse vaccine.

Les nombreuses analogies qui existent entre les maladies d'un même ordre nosologique, d'un ordre aussi distinct surtout que celui des maladies contagieuses virulentes, auraient dû faire penser que pareil phénomène se produisait peut-être dans la maladie syphilitique, c'est-à-dire que les sujets qui ont subi une première atteinte de syphilis constitutionnelle, et qui s'exposent de nouveau à la contagion du virus chancreux, modifient ce même virus en créant un produit hybride analogue à la varioloïde et à la fausse vaccine.

Ce que l'induction permettait de supposer, nous semble un fait réel. Nous allons tâcher de démontrer que le chancre non infectant est précisément l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine, d'où la dénomination de *chancroïde* que nous proposons de lui appliquer.

Les individus qui ont eu la syphilis constitutionnelle peuvent encore contracter des chancres, et il n'est pas rare de voir des malades dans ce cas. Or, il est d'observation que, sur tous ces sujets, les chancres sont des chancres simples, non indurés, non infectants, puisqu'ils ne produisent pas sur ces malades une nouvelle syphilis constitutionnelle, ce qui est d'ailleurs la conséquence de la loi d'unicité d'infection des maladies virulentes dont nous avons parlé plus haut, et a justement fait dire à M. Ricord que l'on ne voyait pas deux fois un chancre induré sur le même individu [1].

Ainsi les sujets qui ont, ou qui ont eu la syphilis généralisée n'ont plus que des chancres simples non indurés, non infectants. Cependant, ils s'exposent à la contagion des deux variétés de l'ulcère syphilitique primitif. Il faut donc admettre, pour comprendre cette uniformité dans les chancres que contractent ces syphilitiques, ou que ces individus ont perdu toute aptitude à reprendre des chancres indurés, lorsqu'ils s'exposent à la contagion de cette variété, ou bien que leur constitution, modifiée par une syphilis constitutionnelle antérieure, transforme le chancre induré en chancre simple.

S'il en est ainsi, un malade atteint d'une syphilis constitutionnelle qui s'exposerait à la contagion d'un chancre infectant ou induré, devrait, si le résultat de cette contamination était positif, reproduire un chancre simple.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer un malade dans de pareilles conditions, c'est-à-dire, un malade atteint de diathèse syphilitique et ayant des rapports sexuels avec une femme affectée d'un chancre induré. Mais il n'est pas très-rare d'observer des malades qui, ayant un chancre infectant, s'inoculent accidentellement le pus de ce chancre. Ces malades sont évidemment alors dans les mêmes conditions que s'ils étaient inoculés ou contaminés avec le pus d'un chancre infectant appartenant à un autre malade. Eh bien, dans ces inoculations accidentelles du malade au malade, les chancres qui en résultent sont précisément des chancres non indurés. En voici deux exemples.

14me *Fait*. — Au mois de juin de cette année, un étudiant en médecine amena à notre dispensaire un malade qui portait sur la partie latérale droite du scrotum un chancre induré type, encore à la période d'état, et qui plus tard a été suivi d'une syphilide papuleuse des plus confluentes, pour laquelle ce malade est encore en traitement. Pendant la durée de ce chancre, toutes les précautions nécessaires pour isoler la surface malade des parties voisines n'ayant pas été prises, la peau du pénis, dans le point correspondant au chancre du scrotum, s'inocula accidentellement. Il en résulta une ulcération de l'étendue d'une pièce de vingt centimes dont la cicatrisation ne fut obtenue qu'après trois semaines de traitement. Mais, chose très-remarquable, à aucun moment de sa durée, ni après sa guérison, elle ne présenta cette induration pathognomonique du chancre infectant, induration si marquée sur le chancre du scrotum. Il est donc infiniment probable que l'organisme de ce malade modifié par ce chancre infectant du scrotum, a produit, dans cette inoculation accidentelle du pénis, un chancre simple, comme l'organisme des variolés et des vaccinés produit la varioloïde lorsqu'on le soumet à une inoculation itérative du virus varioleux.

15me *Fait*. — Dans le temps où ce fait se produisait, un autre malade de notre dispensaire portait depuis un mois un chancre induré du limbe du prépuce. La couleur grise de cette ulcération nous fit penser qu'elle serait encore inoculable. Nous pratiquâmes avec la lancette une inoculation sur le milieu de la face dorsale de la verge, en annonçant que nous assisterions probablement à la naissance et à l'évolution d'un chancre non induré. Le résultat de cette inoculation fut en quelque sorte immédiat. Faite le lundi, le malade se présentait le vendredi suivant avec une pustule à laquelle succéda une ulcération qui, plus tard, prit les dimensions d'une pièce de un franc, étendue qu'elle ne dépassa pas d'ailleurs. Ce chancre d'inoculation ne fut cicatrisé qu'après un mois et demi d'un traitement exclusivement local avec le vin au tannin. Ce malade, de même que le précédent, n'a pris aucune préparation mercurielle à l'intérieur pendant la durée de ses chancres, afin de ne pas compliquer l'expérimentation de l'emploi d'un médicament qui modifie rapidement, on le sait, les indurations chancreuses, et les prévient même, suivant quelques médecins. A aucun moment de sa durée, ni après sa cicatrisation, ce chancre d'inoculation ne présenta l'induration pathognomonique du chancre infectant, induration si manifeste sur le chancre préputial de ce même malade.

16me et 17me *Faits*. — Sur deux autres malades atteints de syphilis constitutionnelle arrivée à la période tertiaire (syphilide tuberculeuse et exostoses chez tous deux), nous avons inoculé du pus de chancre induré de deux malades différents. Dans ces deux expériences le résultat de l'inoculation a été négatif.

Est-il arrivé, dans ces deux cas, ce qui se passe dans les revaccinations qui souvent aussi ne reproduisent ni la vraie, ni la fausse vaccine et restent négatives : ou bien, les chancres indurés auxquels nous empruntions le pus, avaient-ils cessé d'être inoculables? c'est ce que nous ne saurions dire.

Il est encore une cause possible d'erreur qu'il nous semble important de signaler.

On sait qu'il est des individus réfractaires à la variole et à la vaccine. Les inoculations varioleuses et vaccinales faites sur ces sujets, ou sont négatives ou donnent lieu à la varioloïde et à la fausse vaccine.

1. Si les individus qui ont eu la syphilis généralisée ne reprennent plus de chancres indurés, ils ne peuvent plus en donner : ils sont donc impuissants à communiquer la vérole constitutionnelle, s'il est vrai que cette maladie ne se transmette que par le chancre infectant.

Les analogies qui existent entre les maladies contagieuses virulentes permettent de supposer qu'il en est ainsi de la syphilis constitutionnelle, et qu'il est peut-être des sujets qui ne sont pas aptes à la constater. Le fait de prostituées arrivant à un âge avancé sans avoir eu la syphilis généralisée, malgré de nombreuses affections syphilitiques locales tendrait à la faire croire.

S'il en est ainsi, il est très-probable que chez ces sujets réfractaires, les inoculations faites avec du pus de chancre induré, ou seraient négatives, ou produiraient des *chancroïdes*.

Il est d'une haute importance encore de rechercher si, dans quelques conditions exceptionnelles, le chancroïde, inoculé sur des constitutions vierges, reproduirait le chancre induré ou infectant, comme nous voyons parfois, et exceptionnellement aussi, la varioloïde et la vaccinoïde, inoculées dans ces mêmes conditions, reproduire la variole et la vaccine vraie.

Un dernier ordre de preuves peut être invoqué à l'appui de notre opinion sur l'origine du chancre simple. Nous voulons parler des preuves historiques. Nous ne ferons que les indiquer.

Si la syphilis est d'origine moderne en Europe, comme nous le pensons avec la majorité des syphiliographes, le *chancroïde* doit être postérieur aux premières manifestations du virus syphilitique : on n'a dû l'observer et le décrire que consécutivement au chancre induré, alors seulement qu'un certain nombre d'individus atteints de diathèse syphilitique ont pu s'exposer de nouveau à la contagion du chancre infectant. En un mot, il a fallu pour créer et multiplier le chancroïde des sujets à diathèse syphilitique, comme il faut des variolés et des vaccinés pour faire de la varioloïde et de la fausse vaccine. Or, la syphilis ayant eu à son début en Europe, un caractère d'extrême gravité, comme cela s'observe du reste pour toutes les maladies contagieuses qui frappent des populations exemptes jusque-là de ces maladies, il a dû de toute nécessité s'écouler une période de temps assez longue pendant laquelle le chancroïde n'avait pas ses conditions de formation et de multiplication.

Les premiers médecins qui ont observé la syphilis n'ont donc pas dû connaître le chancre simple et sa complication si fréquente, le bubon suppuré.

Il est facile de s'assurer par la lecture des *Traités de la maladie vénérienne*, publiés de 1495 à 1532, c'est-à-dire de Marcellus Cumanus à Nicolas Massa, que le chancre simple, non infectant, n'est pas mentionné dans cette période de temps, pas plus qu'il n'y est question du bubon phlegmoneux, dont le chancroïde est l'antécédent ou la cause ordinaire, ce qui a justement fait dire au savant Astruc, que tous les symptômes de la syphilis ne s'étaient pas manifestés à son début, et que le bubon, en particulier, était certainement postérieur à la syphilis constitutionnelle. « Peut-être m'accusera-t-on, dit Astruc, de grossir les objets « et de multiplier les périodes de la maladie en donnant pour « nouveaux quelques symptômes légers qui ont été omis par « ignorance ou par inattention. Je serais presque tenté d'en « convenir moi-même..... Mais il est impossible d'étendre ce « soupçon au bubon vénérien..... car si on l'eût observé avant « l'an 1533, il n'est pas croyable que les médecins qui ont écrit « sur la maladie avant cette année, eussent tous, sans exception, été assez négligents pour ne point parler du tout d'un « symptôme vérolique si considérable et dont tous les médecins postérieurs à cette année 1533, sans en excepter un seul, « traitent fort au long. » (Astruc, *Trad. de Louis*, t. I, p. 337, 4e édit.) On sait que les médecins de cette époque donnaient surtout le nom de bubon aux adénites phlegmoneuses de l'aine. Le bubon n'étant pas, en effet, mentionné dans la période de temps dont parle Astruc, et ces tumeurs étant aujourd'hui une des complications fréquentes du *chancroïde*, il est permis, de l'absence du bubon suppuré, de conclure à la non-existence du chancre simple à cette époque.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

—

M. le professeur Requin est atteint depuis quelques jours d'une fièvre typhoïde qui s'est accompagnée de phénomènes céphaliques graves. Tout permet cependant de présumer que cette maladie se terminera prochainement d'une manière favorable.

— Les viandes salées d'Amérique commencent à se débiter sur une assez grande échelle dans nos principaux ports. On sait qu'à Marseille la vente en a déjà pris une telle étendue qu'elle a fait baisser considérablement la viande fraîche. A Bordeaux, on vient d'organiser des ventes à la criée, à l'instar de celles de Paris ; les lots y sont mis à la portée de tous les ménages, depuis 1 jusqu'à 3 kilogr., et le prix maximum ne dépasse pas 45 c. le 1/2 kilogr., tandis qu'auparavant les les morceaux équivalents se vendaient 75 et 90 c.

Cette viande salée (viande de bœuf), est tirée des meilleures parties de l'animal, des cuisses, des filets et des entre-côtes ; elle est de bonne qualité et plaît à l'œil par sa délicatesse. Les consommateurs s'accordent à dire que c'est une assez bonne nourriture, et que, dépouillée de son sel, elle produit un excellent pot au feu. On la dessale en la suspendant dans un vase d'eau tiède, sans que l'extrémité inférieure touche le fond du vase ; la dessalaison s'opère ainsi en une heure et demie.

— On s'occupe au Muséum d'histoire naturelle de Paris des dispositions nécessaires pour préparer un logement à l'hippopotame femelle dont nous avons annoncé l'arrivée au Caire. Cet animal est originaire des rives du Nil blanc, et il a été capturé dans les mêmes parages que celui qu'on voit à Paris depuis le mois de mai 1853. Agé de quelques mois seulement, il n'est nourri qu'avec du lait de chèvre et de vache, et il en consomme une grande quantité. Il sera placé dans la Rotonde du Jardin des Plantes, à côté de l'hippopotame mâle, et un nouveau bassin va être creusé pour son usage. La présence à la ménagerie de deux individus d'une espèce encore si peu connue ne saurait manquer d'être, pour les zoologistes, l'objet d'études curieuses et d'observations importantes.

— Dans sa séance du 7 décembre, la Société médicale du 1er arrondissement a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1855. Ont été élus :

Président, M. Cerise ;
Vice-président, M. Despaulx-Ader ;
Secrétaire général, M. Mouzard ;
Secrétaire particulier, M. Mac-Carthy ;
Trésorier, M. Reis.

BIBLIOGRAPHIE.

—

Dictionnaire raisonné d'agriculture et d'économie du bétail, suivant les principes des sciences naturelles appliquées, par A. Richard (du Cantal), agriculteur, docteur en médecine, membre fondateur et vice-président de la société zoologique d'acclimatation, ancien directeur de l'école des Haras et professeur suppléant à l'institut agronomique de Grignon, ancien membre des assemblées constituante et législative. — Paris, chez Aug. Goin, éditeur, quai des Grands-Augustins, 41 ; 2 vol.-in 8, fig. intercall. dans le texte.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 2. — N° 154. 2me ANNÉE. Jeudi 28 Décembre 1854.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

Journal des Progrès

DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : à Paris dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a continué à se livrer aujourd'hui aux distractions du scrutin auxquelles ne manquent jamais de se mêler celles de la conversation ; c'est-à-dire qu'il aurait fallu une attention Archimédique et une finesse d'ouïe comme on n'en voit guère pour suivre la lecture des deux orateurs peu favorisés qui ont été appelés à la tribune.

Ces orateurs sont MM. Mandl et Duchaussoy.

Les grands et remarquables travaux du premier, les quelques intéressants opuscules du second nous obligent à croire de confiance que leurs nouveaux mémoires méritaient les honneurs d'une séance plus recueillie. Nos lecteurs en pourront d'ailleurs juger eux-mêmes; car nous publions aujourd'hui une analyse exacte de la lecture de M. Duchaussoy et nous nous proposons de publier un long extrait de celle de M. Mandl.

Les bancs étaient déserts quand M. Barth a présenté un des plus remarquables exemples d'hémorrhagie splénique qu'on puisse observer. Dans toute l'académie, il n'y a probablement pas six membres qui aient eu l'occasion d'en voir un semblable, ce qui n'a pas empêché les bancs de continuer à se dégarnir avec une rapidité merveilleuse quand M. Barth est monté à la tribune. Nous avons bien des fois demandé à M. le secrétaire perpétuel s'il n'y aurait pas moyen d'expédier dans une séance extraordinaire spéciale toutes ces petites affaires de ménage, afin de consacrer autant que possible les séances ordinaires à la science; nous persistons à croire que la voie que nous indiquons n'est pas impossible à suivre, et nous la signalons une fois de plus à M. Dubois, qui veut sincèrement et *activement* la gloire de l'Académie dont une bonne partie d'ailleurs rejaillira sur lui.

Pour revenir à M. Barth, et terminer avec lui, nous insisterons sur l'intérêt qu'offre sa communication. Ainsi, qu'il l'a indiqué, la lésion dont il a mis un si curieux exemple sous les yeux de l'académie, était, naguère encore, prise pour une dégénérescence ou plutôt pour une formation tuberculeuse. Sur la pièce qu'il a présentée, les épanchements de sang s'étaient produits à diverses époques et la transformation des divers foyers présentait une telle succession de degrés, qu'il n'était pas possible de méconnaître que le plus ancien, qui avait un aspect tuberculiforme, avait tout à fait la même origine que le plus récent, constitué par simple caillot. Au point de vue de l'anatomie pathologique, le fait de M. Barth ne laissait donc rien à désirer; il aurait suffi à lui seul pour établir une vérité que beaucoup de médecins ignorent encore.

Quant au point de vue étiologique, ce fait ne nous apprend malheureusement pas grand chose, si ce n'est cette circonstance négative que la malade n'aurait jamais eu de fièvre intermittente. Encore devons-nous dire que M. Barth n'a pas suffisamment insisté sur la confiance que méritaient les renseignements fournis par la malade pour que toute incertitude puisse être levée à cet égard. C'est donc à des faits nouveaux qu'il faudra demander des lumière sur l'étiologie, question presque toujours dominante en pathologie et en thérapeutique médicales.

H. DE CASTELNAU.

Maladies des Yeux,

Par M. TAVIGNOLD.

Examen des différentes méthodes d'exploration au point de vue du diagnostic.

Il y a deux méthodes d'exploration dans les maladies des yeux : 1° l'exploration physique ; 2° l'exploration physiologique.

Toutes deux doivent être utilisées à l'occasion, et leur concours, en quelque sorte simultané, devient souvent indispensable pour arriver à la connaissance exacte de telle ou telle affection des yeux.

ART. 1er. DE L'EXPLORATION PHYSIQUE.

L'exploration physique, doit être envisagée d'abord d'une manière générale, dans ses différentes méthodes, ensuite d'une manière particulière en s'adressant successivement à chacune des parties qui composent l'appareil de la vision.

§ 1. *Exploration physique en général.*

L'exploration physique, que l'on nomme encore ophthalmoscopie, *de* ὀφθαλμος *œil*, et σκοπεω *je regarde*, consiste dans l'inspection directe de l'œil et de ses annexes.

Cet examen peut être très-rapidement fait quand on a l'habitude des maladies des yeux et qu'il s'agit d'un cas ordinaire; il doit être plus minutieux et plus prolongé toutes les fois qu'il s'agit de s'instruire et qu'on a affaire à un fait rare ou à une lésion compliquée.

Différents moyens d'investigation peuvent être utilisés pour pratiquer l'exploration physique; de là, la division suivante que nous proposons :

A. Exploration forcée;
B. Exploration naturelle;
C. Exploration artificielle.

A. *Exploration forcée.*

On ne peut pas toujours explorer à volonté et librement l'appareil oculaire. La cause la plus ordinaire qui met obstacle à cette exploration est, sans contredit, la photophobie portée à un haut degré : l'occlusion palpébrale est alors comme convulsive au seul contact de la lumière, et l'œil fuit avec énergie pour s'abriter sous la voûte orbitaire; la volonté du malade reste insuffisante; et l'écartement des paupières, soit au moyen des doigts, soit à l'aide des instruments usités jusqu'à présent devient, le plus souvent, impossible à réaliser.



Fig. 1.

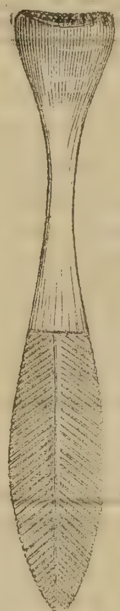


Fig. 2.

Pour réussir dans ces tentatives, il faut pratiquer ce que j'appelle l'exploration forcée, d'après les règles que je vais formuler et en se servant des instruments que j'ai imaginés à cet effet (1).

La tête du malade est fixée dans la position verticale, si c'est un adulte, ou tenue renversée s'il s'agit d'un enfant;

On applique l'élévateur sur la peau palpébrale et à peu de distance du bord libre du cartilage torse, et on relève la paupière supérieure que l'on gouverne désormais à volonté.

On engage le fixateur entre le globe de l'œil et la paupière inférieure jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébral.

Puis, en pressant de haut en bas, sur l'instrument, on tiraille nécessairement la conjonctive scléroticale, laquelle ramène dans le centre de l'orbite le globe de l'œil qui fuyait en haut; une portion de la convexité du fixateur étant rugueuse favorise encore cette manœuvre.

Telle que nous venons de la décrire, l'exploration forcée est des plus simples et des plus rapides à exécuter : les cris que poussent les enfants sont provoqués par la peur plutôt qu'arrachés par la douleur.

B. *Exploration naturelle.*

Le malade est placé dans un lieu suffisamment éclairé, soit par la lumière solaire, soit par la lumière artificielle, de manière à recevoir les rayons lumineux plutôt obliquement que de face.

La lumière solaire est toujours préférable à la lumière artificielle. Un jour très-vif n'est pas nécessaire, souvent même il est nuisible, car en portant à l'extrême sa contraction pupillaire, il nuit à l'examen des parties profondes de l'œil.

La position la plus habituelle est celle-ci : le patient s'assied en face d'une croisée et un peu de côté, le chirurgien se place devant lui, sur un siége plus élevé, le dos par conséquent tourné à la lumière; et il procède à l'exploration du globe de l'œil en écartant avec les deux premiers doigts de l'une et de l'autre main les paupières supérieures et les paupières inférieures.

Rien n'est plus aisé que l'examen de la face interne de la paupière inférieure, il suffit de presser légèrement, avec le pulpe de l'index, sur la base de cette paupière; on l'écarte du globe de l'œil d'une manière suffisante pour que la vue plonge jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébrale, dès que l'on invite le malade à regarder en haut.

L'exploration de la face interne de la paupière supérieure est moins facile, ce qui fait qu'elle est rarement aussi complète.

Lorsqu'on n'a besoin d'inspecter qu'une petite portion de la face interne du bord palpébral, on renverse légèrement en arrière la tête du malade, puis on saisit, avec le pouce et l'index, les quelques cils que l'on rencontre vers la partie moyenne du bord libre; en tirant sur ces cils, on éloigne la paupière du globe de l'œil, ce qui suffit souvent au chirurgien, qui regarde de bas en haut, pour apercevoir l'état de la muqueuse, et reconnaître par exemple l'existence de granulations ou la présence d'un corps étranger.

Quand on veut apprécier l'état des parties depuis le bord libre jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébral, il faut procéder autrement, afin de luxer le cartilage tarse.

Pour cela, on applique un stylet sur la base de la paupière; et pendant que, d'une main, on presse légèrement de haut en bas sur l'instrument, l'autre main saisit plusieurs cils vers la partie moyenne du bord libre, pour attirer la paupière de bas en haut.

A l'aide de ces deux forces, agissant en sens inverse, le cartilage torse est bientôt renversé; ce qui met à nu la face interne de la paupière supérieure.

Le sillon oculo-palpébral, qui est placé très-haut, comme l'on sait, n'apparaît pas encore; mais il suffit pour le découvrir d'inviter le malade à regarder brusquement en bas, pendant que l'on refoule soi-même, en haut et en avant, avec un crochet moufle, la muqueuse mise à découvert.

Cette inspection, au grand complet, de la face interne de la paupière supérieure n'est pas toujours nécessaire, tandis que dans certains cas elle est indispensable : elle m'a permis plusieurs fois dans la conjonctive avec sécrétion muqueuse, ophthalmie des auteurs, de constater l'existence d'une rangée de granulations cellulaires développées au fond du sillon oculo-palpébral, supérieur et occupant toute son étendue, de l'angle interne à l'angle externe.

L'exploration des globes oculaires doit être faite en regardant successivement de face et de côté, afin de ne pas s'en laisser imposer par les images fugitives que forme dans les milieux de l'œil la lumière réfléchie.

Toutes les fois que l'on arrive à l'inspection de l'iris pour apprécier son degré de contraction, il ne faut jamais oublier de maintenir fermé l'œil du côté opposé, afin de pouvoir juger de l'action directe de la pupille en se mettant à l'abri de son action indirecte qui lui viendrait par sympathie, de l'œil congénère.

Il faut savoir aussi que les différentes nuances de coloration de l'iris sont très-variables à l'état normal; que l'iris d'un côté n'est pas nécessairement de la meme couleur que celui du côté opposé; que le même iris est susceptible de présenter des teintes fort disparates dans telle ou telle partie de son étendue, et surtout que l'iris est souvent parsemé d'un plus ou moins grand nombre de taches noiratres, presque arrondies, et qui ne dépassent guère, généralement, les dimensions d'une tête d'épingle : ces taches, comme mélaniques, selon les circonstances et la position qu'elles occcupent, peuvent être prises, par un observateur inexpérimenté, pour une opacité de la circonférence de la cornée, une pupille artificielle, un corps étranger logé dans le tissu irien.

Or, elles ne paraissent être, en réalité, que le résultat d'une sorte d'exsudation congénitale de la matière pigmenteuse, qui

1. Fig. 1. — *Élevateur de la paupière supérieure. — Nouveau modèle propre à mieux assurer l'action de la main.*

Vu de côté pour indiquer sa courbure.

Fig. 2. — *Fixateur du globe de l'œil tel que je l'ai fait exécuter par M. Mathieu.*

Vu de face pour montrer le peu de largeur de son extrémité supérieure, et l'aspect de sa face convexe; sa courbure est celle de l'élévateur.

Ces deux instruments sont dessinés de grandeur naturelle.

tapisse la face postérieure de l'iris, à travers la trame organique de cette membrane.

Lorsque l'exploration doit être plus complète, et porter, soit sur l'iris seulement, soit surtout sur les parties plus profondément situées, il est utile de provoquer le développement d'une mydriase artificielle. La paralysie du muscle circulaire de l'iris, de l'action prédominante des fibres radiées, qui appartiennent, selon moi, au tissu jaune élastique, peut-être obtenue en 12, 15, ou 20 minutes, à l'aide d'une ou de plusieurs instillations dans chaque œil d'une solution de jusquiame, de belladone ou d'atropine.

En se dilatant, le bord pupillaire, quand il est libre d'adhérences, tend à se porter en arrière, d'où l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure.

Malgré la mydriase artificielle, le pupille, à l'état normal, conserve sa forme régulièrement arrondie; il résulte de là que la difformation de cette ouverture décèle, d'une manière des plus évidentes, soit une lésion de texture de l'iris, soit surtout l'existence d'adhérences anormales entre le bord libre de cette membrane et la capsule antérieure du cristallin.

La dilatation de la pupille agrandit le champ d'inspection des parties postérieures de l'œil et permet de les examiner dans une plus grande étendue : c'est ainsi que l'on peut mieux apprécier l'état de l'appareil cristallinien, celui du corps vitré, et, jusqu'à un certain point, l'état de la rétine et de la choroïde, lorsqu'il existe une tumeur fixe ou tremblottante, formée, soit par un encéphaloïde, soit par un épanchement sus ou sous-cutané.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier différentes particularités que l'on rencontre après la dilatation provoquée de la pupille.

De la grande quantité de rayons lumineux qui pénètrent ainsi jusqu'au fond de l'œil, et donne différentes directions, résulte une série d'images réfréchies dans tous les sens, lesquelles masquent évidemment la coloration normale des parties que l'on désire examiner.

Le fond de l'œil, pris en masse, présente alors un aspect grisâtre, d'un bleu sale, comme nébuleux, qu'il faut bien se garder de prendre pour un état pathologique.

En outre, chez les sujets qui ont dépassé l'âge de 45 ans, le cristalin, tout en étant à l'état normal, présente une légère teinte plus ou moins ambrée qui peut donner, au fond de l'œil, une coloration légèrement verdâtre ou safranée que l'on aurait grand tort de considérer comme caractéristique d'une cataracte commençante ou d'une affection glancomateuse.

L'exploration sera faite, d'abord, le globe de l'œil étant au repos et tenu immobile par la seule volonté du malade; puis, on fera diriger cet organe dans différents sens, et plus particulièrement de haut en bas et de bas en haut : de cette façon on peut découvrir .

La présence de cristaux cholesterine nageant dans l'humeur aqueuse, dont j'ai rapporté un exemple, et que le docteur Jacob avait fait connaître bien longtemps avant nous ;

L'existence d'un tremblement de l'iris si bien caractérisé par les oscillations dont cette membrane est le siége pendant les mouvements de l'œil ;

La présence d'un fragment de cristalin, logé, soit dans la chambre antérieure, soit dans la chambre postérieure; ou bien encore les caractères propres à la cataracte luxée et pérégrinante ou à la cataracte branlante des auteurs.

L'existence d'un épanchement sanguin nageant dans l'humeur vitrée, le cristalin et son enveloppe étant intacts, ainsi que je l'ai signalée sous le nom de synchysès hémorragique dans la *Gazette des hôpitaux*.

L'exploration naturelle ne serait pas complète avec le seul secours de la voix; le toucher peut lui venir tres-utilement en aide.

La palpation devra s'exercer avec le pulpe de l'index, ou de l'index et du médius réunis. Elle peut être pratiquée sur l'œil ou sur l'orbite.

La palpation oculaire a pour but de s'assurer du degré de consistance du globe de l'œil pour apprécier son degré de plénitude; et par là juger de l'état de ses humeurs.

Lorsque les deux yeux sont atteints de la même affection, soit l'amaurose organique, par exemple, — les résultats fournis par la palpation oculaire ne peuvent être utiles qu'autant qu'on a bien présenté à l'esprit l'impression que fournit un œil à l'état normal, ou bien encore quand on compare, séance tenante, ces deux impressions en palpant, tour à tour, les yeux d'une autre personne bien portante et ceux du malade.

Quand un seul œil, au contraire, est affecté, on a un point de comparaison tout trouvé dans l'œil du côté opposé : soit que l'on palpe les yeux, en employant simultanément les deux mains, soit, ce que nous préférons, que l'on confie à la même main le soin de toucher successivement et de comparer ensuite.

Il y a deux manière de s'assurer du degré de consistance des yeux; on peut, d'ailleurs, les utiliser tour à tour.

Le premier consiste à promener le pulpe de l'index sur la paupière supérieure, dans la plus grande étendue possible, afin de juger, à travers cette membrane, du degré de résistance qu'offrent l'un et l'autre globes oculaires.

Le second s'exécute de la manière suivante : avec l'extrémité digitale de l'index on abaisse légèrement la paupière inférieure, en refoulant son bord libre en bas; et, en même temps, pendant que le malade regarde en haut, on presse directement sur un point quelconque de la sélératique : le degré de dépression que l'on a obtenu, comparé à la force que l'on a employée, permet assez facilement de reconnaître l'état normal ou anormal du corps vitré.

La palpation orbitaire a pour but de rechercher les traces d'une tumeur développée dans la cavité de l'orbite et qui s'évanouit plus ou moins vers sa partie antérieure.

Dans cette exploration, l'index est dirigé entre l'œil et l'orbite, jusqu'à la profondeur d'un à deux centimètres, l'angle regardant l'œil et le palpe la cavité osseuse qui le protège.

Or, sauf la poulie de réflexion du muscle grand oblique, qui est toujours appréciable vers l'angle interne de l'œil, toute saillie, toute tumeur que le doigt peut rencontrer dans son parcours doit être considérée comme un produit pathologique, car il ne faut pas oublier que la glande lacrymale est logée dans une fossette spéciale de la voûte orbitaire et qu'elle n'offre, à l'état normale, aucune proéminence appréciable.

Sans doute, la palpation orbitaire, convenablement pratiquée, n'a pas seulement pour but de nous faire reconnaître l'existence d'une tumeur de l'orbite devenue accessible à l'exploration digitale, elle peut encore, dans quelques cas, nous éclairer sur les caractères probables de cette tumeur.

Mais ici, la circonspection est surtout de rigueur, car, outre que d'autres éléments doivent entrer en ligne de compte par le diagnostic, l'habitude des difficultés vaincues, l'expérience acquise par des erreurs antérieures, le tact individuel, sont autant de ressources que l'enseignement ne peut transmettre.

La palpation orbitaire peut s'exercer encore très-utilement à une certaine distance de l'œil et sur les parties plus ou moins dépendantes de cet organe. C'est ainsi que le toucher peut être très-utile pour apprécier les caractères d'une tumeur des paupières ou des sourcils, de même qu'il suffit parfois à faire reconnaître l'existence d'un état névralgique du nerf sus-orbitaire, par exemple, par la douleur que réveille le seul contact du doigt sur le trajet du nerf malade.

C. *Exploration artifioielle.*

On peut la pratiquer de plusieurs manières, et avec différents instruments, selon l'idée que l'on a en vue, elle ne doit, d'ailleurs, être considérée que comme un complément de l'exploration naturelle.

On peut la pratiquer de trois manières différentes : avec la loupe, avec le réfleteur, avec la bougie.

1° *Exploration avec la loupe.* — Une loupe d'un ver bien pur, de grandeur convenable et d'un foyer de 2 pouces et demi à 3 pouces peut faciliter beaucoup la perception de certaines lisions

des membranes de l'œil, telles que la cornée, l'iris, la capsule christaline, etc.

On peut se servir de la loupe de trois façons différentes : *pour grossir, éclairer ou réfléchir les objets.*

Lorsqu'on emploie la loupe au grossissement des parties que l'on veut explorer, on dispose le patient obliquement, par rapport à la lumière, et plaçant l'instrument en regard de son œil, on examine l'état des tissus sous-jacents.

Pour bien voir, il importe de regarder, successivement, de face et de côté, en plaçant ainsi la loupe dans ces différents sens.

La loupe, utilisée comme nous venons de l'indiquer, est surtout utile aux chirurgiens atteints de presbytée.

Lorsqu'on se sert de la loupe pour éclairer les objets, on fait asseoir le malade près d'une fenêtre, on place devant son œil la lentille en question, et se rangeant soi-même un peu de côté, on examine à l'œil nu les points éclairés par le foyer lumineux qui tombe sur les membranes de l'œil.

A l'aide de ce simple procédé que je préconise depuis longtemps, on obtient une belle lumière blanche dont on peut graduer l'intensité en éloignant ou en rapprochant la lentille, lumière que l'on promène à volonté sur tous les points de l'œil que l'on désire inspecter.

On peut ainsi toujours suppléer au jour qui peut être insuffisant, et éviter la réflexion souvent très-gênante des rayons lumineux qui frappent l'œil dans toutes les directions.

Lorsqu'on se sert de la loupe pour réfléchir les objets, voici comment il faut procéder sur soi-même, car c'est le malade qui doit être ici son propre explorateur.

1re *expérience.* — On se renferme dans une chambre obscure, et l'on place une bougie à 12 ou 15 pieds de soi, puis on place la loupe entre l'œil et la bougie à la distance de 2 pieds, par exemple; l'image de la bougie est alors perçue avec ses caractères ordinaires, mais elle est renversée.

2e *expérience.* — En rapprochant de plus en plus la loupe de l'œil, la flamme s'étale, s'arrondit, devient rougeâtre, et représente véritablement une petite lune, lorsqu'il n'y a plus que 4 à 5 pouces d'intervalle entre l'œil et la loupe.

En avant du globe lumineux on distingue, comme projetée sur la convexité de la loupe : 1° l'ouverture pupillaire, 2° les cils, 3° des globules, 4° une sorte de réseau perlé.

Cette image est évidemment renversée, car les cils que l'on aperçoit en bas sont ceux de la paupière supérieure.

3e *expérience.* — Si l'on rapproche ensuite la loupe de l'œil, presque jusqu'au contact de l'orbite, on constate que l'image est redressée, car les cils de la paupière supérieure ont repris leur position naturelle.

Les images perçues offrent les caractères suivants :

La première image, c'est-à-dire celle qui est la plus rapprochée de l'œil, figure un réseau à mailles plus ou moins espacées, lequel est formé par des lignes onduleuses, contournées en divers sens et présentant, de distance en distance, des espèces de points arrondis analogues à des perles.

Cette sorte de toile semi-transparente, a évidemment la même origine que celle perçue par les personnes atteintes de mouches volantes; ses caractères sont encore en tous semblables au réseau particulier que l'on constate devant l'œil qui regarde à travers un trou d'épingle percé dans une carte.

La seconde image, située derrière la précédente, est formée par des globules arrondis, en nombre variable, non transparents et colorés; de différentes façons, ils s'élèvent, pendant les mouvements des paupières, de la partie inférieure du champ visuel pour gagner sa partie centrale et même supérieure; on ne les voit pas retomber d'une manière manifeste; et les derniers qui apparaissent ne sont pas semblables aux premiers.

La troisième image, qui par sa position se trouve très-rapprochée de la seconde, est formée par les cils de la paupière supérieure, ainsi qu'il est facile de la constater en élevant et en abaissant cette paupière.

La quatrième image représente un disque noir qui circonscrit l'aire lumineuse formant l'espèce de pleine lune dont nous avons parlé. — En fermant et en ouvrant alternativement les paupières, il est facile de constater que ce disque noir n'est autre chose que l'ombre de l'iris, car on suit facilement les oscillations de la pupille dont la grandeur varie d'un instant à l'autre.

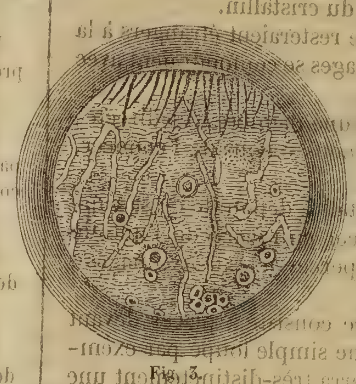


Fig. 3.

Enfin, la pleine lune que l'on aperçoit à une plus grande distance n'est jamais située en regard de la lumière de la bougie qui lui donne naissance, elle apparaît soit plus haut, soit plus sur le côté; elle est striée ou plus ou moins maculée selon que le verre de la loupe est plus ou moins pur (1).

Je viens de décrire le résultat d'une série d'expériences que j'ai répétées plusieurs fois depuis qu'elles ont été indiquées par W. Mackenzie et surtout par le docteur Appia.

Elle pourront servir comme point de départ d'un nouveau procédé d'exploration.

C'est ainsi que l'on pourra différencier les mouches volantes, globuleuses, antérieures des mouches volantes, serpentines, postérieures : les premières, subissant un renversement quand on éloigne la loupe de l'œil tandis que les dernières restent droites, ce qui indique assez, d'après W. Mackenzie, qu'elles n'ont pas le même siége.

C'est ainsi que l'on pourra reconnaître avec plus de facilité et de précision le prolapsus de l'iris, les hydatides de l'œil, les corps étrangers qui existent à la surface de la cornée ou dans son épaisseur, les opacités commençantes de l'appareil cristallineux, etc.

Mais nous ferons remarquer que, dans l'espèce, le praticien est à la merci du malade qui doit lui détailler le résultat des expériences. La première condition de succès, dans ces investigations est par conséquent d'avoir affaire à un sujet intelligent. — Quoi qu'il en soit, ces trois procédés d'exploration avec la loupe, peuvent, dans tous les cas, être employés, tour à tour, selon les circonstances.

Disons, enfin, que l'on peut encore, au lieu de la loupe, se servir du microscope à dissection d'Oberhausser, dont la monture a été légèrement modifiée par le docteur Stout pour cet usage particulier.

2° *Exploration avec la bougie.* Ce procédé dû à Purkinje et Sanson est fondé sur ce fait de physique tout à fait incontestable, c'est qu'en plaçant dans un lieu obscur et en regard d'un œil dont la pupille a été dilatée au préalable, une bougie allumée, sa lumière est triplement réfléchie.

Les trois images placées sur des plans différents n'ont ni le même éclat ni la même disposition : ce qui tient, d'après la doctrine que nous exposons, à la différence d'épaisseur et de configuration des membranes qui les produisent.

La première, la plus grande, *est droite*, elle est formée par la cornée sur laquelle elle dilate avec éclat ;

La deuxième, la plus petite, *est renversée*, elle est formée par la capsule postérieure du cristallin.

La troisième, la moyenne, *est droite*, elle est formée par la capsule antérieure du cristallin.

Il résulte de là que le rôle de la lentille serait nul comme agent de réflexion; ce qui n'est pas suffisamment établi.

Selon moi, voici quelle serait la véritable théorie physique des images de l'œil :

1. Fig. 3. — *Mouches volantes physiologiques que l'on aperçoit avec la loupe employée comme nous l'avons dit. Le grand cercle noir, qui sert de cadre au dessin, représente l'iris; les cils de la paupière supérieure apparaissent en haut; les corpuscules arrondis qui ont la cornée pour siége sont formés par le mucus mêlé aux larmes; les lignes onduleuses, serpentines et comme perlées constituent les véritables mouches volantes. Ces lignes ne se déplacent qu'avec le globe de l'œil, tandis que les globules reçoivent leur impulsion, de bas en haut, pendant le mouvement des paupières.*

L'image droite antérieure serait produite par la cornée ; ceci est hors de doute ;

L'image droite postérieure serait produite par la face antérieure du cristallin ;

L'image renversée, qui est intermédiaire aux deux précédentes, serait produite par la face postérieure du cristallin.

Ainsi, les deux feuillets de la capsule resteraient étrangers à la formation des images, ou bien leurs images se confondraient avec celles du cristallin.

Rien n'est plus facile de s'assurer, d'une manière très-directe, que le cristallin prend part, ainsi que nous venons de l'énoncer, à la production des images de l'œil.

Il suffit pour cela de choisir un cristallin dépouillé de sa capsule, et dans un lieu obscur, de placer en regard de l'une de ses faces la lumière d'une bougie ; on apercevra les deux images : l'une droite, l'autre renversée.

Une expérience plus vulgaire encore consiste à placer devant une lentille plus ou moins convexe, une simple loupe par exemple, la lumière d'une bougie : on verra très-distinctement une image droite formée par la face antérieure de la lentille et une image renversée produite par la face postérieure ; cette dernière placée sur un plan antérieur à la première.

Si la doctrine de Purkinje et Sanson est erronée, les déductions qu'on en a tirées au point de vue du diagnostic tombent d'elles-mêmes : ainsi, abstraction faite de l'image formée sur la cornée, et qui n'est pas en cause, l'absence de l'image moyenne ou renversée n'indiquerait pas l'opacité de la capsule postérieure du cristallin, mais bien l'opacité de la couche corticale postérieure de la lentille ; l'absence de l'image renversée et de l'image droite postérieure au lieu d'accuser l'opacité de la capsule antérieure signifierait seulement que la couche corticale antérieure du cristallin est opaque ; la capsule antérieure pouvait rester transparente.

Telle qu'elle avait été formulée, l'exploration de l'œil à l'aide des images ne pouvait qu'induire en erreur au point de vue du diagnostic.

Même rectifiée, d'après les données précédentes, son utilité pratique nous a toujours paru très-contestable dans le plus grand nombre des cas.

En effet, il ne faut pas seulement tenir compte de l'existence ou de l'absence des images ; il importe encore de noter les changements qui s'opèrent dans leur forme, leur étendue et leur éclat. Or, l'état des milieux qui reçoivent l'image n'est pas sans influence sur ces changements, ainsi que Staberod l'a fait remarquer, de même que l'état des surfaces qui les produisent : dès lors, la conclusion n'est pas facile à tirer sur le siége véritable de l'état morbide.

Et puis, disons-le de suite, que se propose-t-on en ayant recours à l'exploration avec les images ? De diagnostiquer une opacité, non pas commençante et limitée, d'un point de l'appareil cristallin, cela sera trop hasardée ; mais bien une opacité nettement prononcée et suffisamment étendue ; mais une pareille opacité, par sa forme, par sa position, par sa marche, sera toujours facilement appréciée dans son siége et dans sa nature, soit à l'œil nu, soit à la loupe, par tous les praticiens ayant quelque peu l'habitude des maladies des yeux.

(*La suite au prochain numéro.*)

Académie impériale de Médecine.

Séance du 26 septembre 1854.

Présidence de M. Rostan.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Remèdes secrets divers.

2° Décret approuvant l'insertion au *Bulletin* des formules proposées par M. Quevenne et adoptées par l'Académie pour la préparation du fer réduit par l'hydrogène et la digitaline.

3° Divers rapports sur l'épidémie cholérique dans divers départements, rédigés par divers médecins et élèves en médecine.

4° M. Girard, médecin à Eyguières (Bouches-du-Rhône), propose la teinture de musc contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Instrument pour le phimosis.

M. Borelli, de Turin, réclame la priorité à l'occasion de l'instrument présenté dans la séance du 24 octobre pour l'opération du phimosis.

CHOLÉRA.

M. Chauvierre, pharmacien, propose l'alun et la décoction de tête de pavot, concurremment avec les frictions d'alcool et d'ammoniaque contre le choléra.

Huile de foie de morue.

M. Deschamps, d'Avallon, adresse une note sur la préparation d'huile de foie de morue.

Topographie médicale.

M. Lecœur, médecin à Caen, adresse un rapport sur l'état sanitaire de la commune de Clinchamps-sur-Orne.

LECTURE.

Chûte du rectum.

M. Duchaussoy lit un mémoire à l'appui de celui qu'il a présenté à l'académie l'année dernière. Il rappelle que, dans ce travail, il avait cherché à établir que, chez les enfants, la chûte du rectum ne se produit qu'à la faveur de la diminution plus ou moins considérable de la contractilité du sphincter de l'anus ; que la guérison de la chûte du rectum ne s'effectue qu'à la condition du rétablissement de la contractilité des muscles chargés de fermer l'orifice anal, et, en conséquence, en s'adressant directement à ces muscles, on peut obtenir la guérison de la chûte du rectum par des méthodes de traitement plus simples et aussi efficaces que celles auxquelles on avait eu jusqu'alors recours. Il a proposé, dans ce but, la stychnine, l'électricité d'induction, et une modification du procédé de M. Guersent pour la cautérisation. Déjà il a fait connaître un cas de guérison par la stychnine.

Aujourd'hui il apporte des preuves de l'efficacité des deux autres modes de traitement, l'électricité et les cautères en aiguilles.

C'est d'abord l'histoire d'un malade observé dans le service de M. Roux, remplacé par M. Gosselin, et qui a été faradisé par une chûte du rectum ayant 40 années d'existence, et une paralysie incomplète de la vessie ; les deux affections ont guéri après onze séances ; six mois après, la guérison ne s'était pas démentie. Chez ce malade, M. Gosselin a constaté que la cessation de la chûte du rectum a coïncidé avec le rétablisssement de la contractilité du sphincter, qui admettait facilement trois doigts avant le traitement.

M. Duchaussoy fait observerver que ce cas est le même que celui dont parle M. Duchenne (de Boulogne) dans le livre qu'il vient de publier, et que les différences que présentent les deux observations tiennent à ce que M. Duchenne s'est laissé induire en erreur par des souvenirs vagues.

Puis vient une autre observation de guérison de paralysie du sphincter obtenue par M. Demarquay, dans un cas où l'excision d'un lambeau triangulaire n'avait pas agi sur le muscle ; en troisième lieu il est fait mention d'une guérison obtenue par M. Duchesne, à la suite de ce fait, l'auteur fait remarquer que M. Duchenne a cru, bien à tort, avoir des droits à la priorité de l'application de la faradisation au traitement des chûtes du rectum, car le mémoire de M. Duchaussoy avait été présenté au concours pour les prix de l'internat, plus d'un an avant que M. Duchenne ne fit sa première opération sur le sphincter de l'anus, pour un cas de chûte du rectum. M. Gosselin, dans son service de Lourcine, avait depuis longtemps appliqué l'acupuncture électrique du sphincter, au traitement de l'incontinence des matières fécales.

M. Guersent a essayé le cautère en aiguille, et des renseignements fournis par MM. Besniers et Warmont, ses internes, il résulte, que sur 18 cautérisations, il n'y a eu qu'une seule récidive ; encore dans ce cas, avait-on employé le cautère des dentistes, et non le cautère en aiguille. Cinq observations recueillies par MM. Besnier et Warmont, mettent en évidence l'action de cette légère cautérisation qui va réveiller le sphincter endormi.

M. Duchaussoy termine en disant, que s'il ne s'est pas trompé, il s'estimera très-heureux d'avoir contribué aux progrès de la thérapeutique des chûtes du rectum, en faisant voir que, dans un bon nombre de cas, on peut substituer à l'excision rayonnée ou triangulaire, aux larges cautérisations, et aux autres méthodes de traitement, la stychnine, la faradisation, ou quatre piqûres avec un cautère en aiguille.

Tubercules.

M. le docteur Mandl lit un travail sur l'anatomie pathologique du tubercule. Nous en publierons un extrait étendu.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux.

M. Robinet lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets et nouveaux.

PRÉSENTATIONS.

Hémorrhagie splénique.

M. Barth met sous les yeux de l'Académie une rate énorme ayant environ 4 à 5 décimètres de long, 2 de large et 1 et 1|2 d'épaisseur. Le sujet sur lequel on a pris ce viscère est celui d'une femme de 61 ans, concierge, n'ayant jamais eu de fièvre intermittente, et qui, il y a deux ans, sans cause connue, éprouva dans le côté gauche des douleurs obscures, lesquelles s'accompagnèrent au bout de quelques mois, d'une augmentation de volume de l'abdomen. La tuméfaction augmenta assez rapidement, et obligea la malade à entrer à l'hôpital; elle fut reçue dans le service de M. Barth le 15 novembre dernier. Un examen attentif permit de constater l'existence d'une ascite assez considérable et d'une énorme augmentation de volume de la rate. Quelquo temps après l'entrée de la malade, une diarrhée se manifesta, pendant laquelle l'ascite diminua notablement; mais à la suite d'une chute, une péritonite se déclara, qui se termina par la mort.

A l'autopsie on trouva une rate du volume indiqué ci-dessus, renfermant dans son intérieur des foyers apoplectiques du volume d'un œuf, et des plaques jaunâtres fibrineuses, dures, d'aspect tuberculiforme, qu'on prenait en effet autrefois pour du tubercule et qui ne sont que d'anciens foyers transformés en masses fibrineuses. La veine splénique est oblitérée.

Après cette communication, la séance est levée à 4 heures et demie.

Académie des Sciences.

Séance du 18 décembre.

Présidence de M. Courbes.

CATARACTE.

M. Malgaigne lit un mémoire qu'il résume ainsi :

« La cataracte est une affection des plus communes; et depuis deux mille ans qu'on théorise sur son siége et sur sa nature, il était permis peut-être de croire qu'on savait en quoi elle consistait. Nous le croyions du moins en 1840; nous en connaissions quatre variétés principales : la *cataracte lenticulaire*, débutant par le centre du cristallin; la *cataracte capsulaire*, affectant la capsule; la *capsulo-lenticulaire*, combinaison des deux premières; et enfin la *cataracte de l'humeur de Morgagni*. Ces quatre grandes variétés ne soulevaient pas l'ombre d'un doute; c'était une doctrine compacte, solide, et qui semblait assise sur des fondements indestructibles.

« Cependant, ayant eu l'occasion de faire à Bicêtre une série de dissections d'yeux cataractés, je fus fort surpris de ne rencontrer jamais ni l'opacité centrale du cristallin ni l'opacité de la capsule. Il me prit envie alors de rechercher l'origine de la doctrine en vogue, et de voir sur quels faits elle s'était appuyée. En étudiant jadis le caractère des grandes révolutions qui ont agité la chirurgie, j'avais fait voir comment, vers la fin du XVIIe siècle, sous l'impulsion de la philosophie cartésienne, la chirurgie s'était tout à coup dérobée au joug de l'autorité qui l'avait tenue asservie pendant tout le moyen âge et même encore sous la Renaissance; mais dans cette révolution capitale, faisant à peu près, comme a fait Descartes, table rase de ses traditions, elle n'avait pas moins bien imité son guide en procédant au renouvellement de ses doctrines avec l'évidence placée au-dessus de toute observation, et la raison prenant le pas sur l'expérience. Presque toute la chirurgie du XVIIIe siècle porte la marque de cette fâcheuse direction; c'est là, si j'ose ainsi parler, sa tache originelle. Les doctrines sur la cataracte, remontant au XVIIIe siècle, y avaient-elles échappé? La question fut bientôt vidée pour moi; et le 22 février 1841, dans une lettre à l'académie, j'annonçai que toutes ces doctrines avaient été adoptées sans preuves suffisantes. Depuis lors j'ai continué mes recherches; la majeure partie des doctrines admises il y a quatorze ans sont rentrées dans l'oubli d'où elles n'auraient pas dû sortir; mais, comme quelques rares et tristes débris en subsistent encore, il m'a paru nécessaire de compléter mon œuvre commencée, et dire enfin, touchant le siége et les principales variétés de la cataracte, ce qui est et ce qui n'est pas démontré.

« L'histoire de la cataracte peut se partager d'abord en deux grandes époques : l'époque ancienne, qui, de l'école d'Alexandrie jusqu'au commencement du XVIIIe siècle, avait placé la cataracte en avant du cristallin; l'époque moderne, qui, rétablissant en partie la vérité, l'a mélangée encore de nombreuses erreurs. Mais l'époque moderne se subdivise elle-même en quatre époques secondaires, qui se succèdent à peu près à la distance d'un demi-siècle.

« *Première époque*, 1705 à 1755. — C'est en 1705 que Brisseau lut à l'académie des Sciences un mémoire où il établissait que la cataracte siége dans le cristallin. Sans retracer toutes les luttes que cette idée eut à soutenir, il convient de rappeler deux choses : premièrement, que les partisans de la doctrine ancienne se fondaient surtout sur ce qu'ils apercevaient à travers la pupille; dans l'opération de l'abaissement, ils croyaient voir une membrane se plisser sous l'aiguille, et il fallut que plusieurs autopsies successives vinssent leur montrer qu'ils s'abusaient. Il fut reconnu alors que ces inspections dans l'œil vivant sont éminemment sujettes à l'illusion; grande leçon donnée aux occulistes, et dont ils n'ont pas suffisamment profité. En second lieu, la discussion s'étant prolongée encore, on vit arriver ce qui s'est vu souvent en chirurgie : des esprits qui répugnent, comme il disent, aux opinions extrêmes, et qui, pour porter un jugement équitable, donnent raison pour moitié à chaque adversaire, et se font une petite doctrine de juste milieu. Heister, après bien des luttes, finit par un compromis de ce genre; il admit tout à la fois des cataractes cristallines à la façon de Brisseau, des cataractes membraneuses à la manière des anciens, et il appela cela sa doctrine. Ce fut la première doctrine allemande.

« *Deuxième époque*, 1755 à 1790. — Cette solution déplut en France; Fontenelle, qui le croirait? fut le premier qui indiqua aux chirurgiens un autre compromis, en joignant à l'opacité du cristallin l'opacité de la capsule. Tenon, en 1755, avec une seule autopsie et six opérations, créa quatre variétés de cataractes capsulaires. En 1757, avec trois dissections nouvelles, il créa trois autres variétés, qui ne résultaient même pas de ses dissections; mais Tenon lui-même n'estimait ses dissections qu'en tant que conformes à la raison et à l'expérience. L'établissement des nouvelles variétés ayant donc été jugé raisonnable, elles furent admises sans difficulté.

« En 1763 la raison conduisit à une autre découverte : Hoin imagina la *cataracte du liquide de Morgagni*. Il ne publia pas un seul fait à l'appui de son invention; mais comme elle complétait agréablement le cadre anatomique des cataractes, personne n'y fit la moindre objection.

« *Troisième époque*, 1790 à 1841. — En 1790, la vogue était aux classifications en médecine : Richter classifia les cataractes, admit sans contrôle tout ce qu'on avait admis avant lui, et multiplia les variétés. Beer, que l'enthousiasme germanique appelle le fondateur de l'ophtalmologie moderne, et qui a gagné ce titre à bon marché, reprit la classification de Richter en y ajoutant, sans preuves, sans dissection, des variétés nouvelles; et c'est ainsi que les cataractes capsulaires et capsulo-lenticulaires ne comptèrent pas moins de quinze variétés. La doctrine allemande, introduite en France par MM. Stœber et Sichel, y eut d'abord un grand succès; les ophthalmologistes, oublieux de leur histoire, se contentaient de regarder dans l'œil vivant à travers la pupille, prenant leurs illusions pour des réalités. Dupuytren lui-même se laissa abuser par ce mode d'inspection; aussi vers 1841, M. Furnari, écho de l'école franco-germanique, n'hésitait pas à déclarer que la cataracte capsulo-lenticulaire était la plus fréquente de toutes.

« *Quatrième époque*, 1841. — On peut donc juger de l'émotion que jeta dans les esprits ma lettre à l'académie, annonçant que, sur vingt-cinq dissections d'yeux cataractés, je n'avais pas trouvé une seule fois la cataracte commençant par le centre du cristallin, pas une seule fois la capsule opaque. En Belgique et en Allemagne, mes conclusions furent taxées d'hérésie; les *Annales d'oculistique* mirent immédiatement au concours l'anatomie pathologique de la cataracte, avec injonction de s'attacher surtout a l'examen critique de l'opinion de M. Malgaigne. Le résultat de ce concours fut qu'on ne put montrer une seule autopsie de cataracte débutant par le centre du cristallin, et que les opacités de la capsule, dues pour la plupart à des épanchements inflammatoires n'appartenaient pas à la catégorie des cataractes simples, mais bien aux cataractes compliquées. Les doctrines allemandes reculaient sur tous les points; encore venais-je d'y faire une autre brèche. La ressemblance de mes cataractes lenticulaires avec ce qu'on décrivait sous le nom de *cataracte de l'humeur de Morgagni* m'avait inspiré des doutes; je recherchai avec soin cette humeur sur des yeux sains, et il me fut impossible de la trouver. L'école allemande avait accepté, proclamé, et soigneusement décrit une cataracte dans une humeur qui n'existe pas. La cataracte morganienne fut enterrée du coup.

« Aujourd'hui, treize ans après ma lettre à l'académie, on a donc rayé du cadre pathologique la cataracte de Morgagni; on reconnaît l'exce-

sive rareté des cataractes capsulaires; la plupart des variétés de l'école allemande sont rapportées aux cataractes lenticulaires; enfin, il est admis que la plupart de ces dernières commencent à la surface du cristallin. On peut juger par là de la révolution opérée.

« Mais la révolution n'est pas complète, et, comme au dernier siècle, des ophthalmologistes se complaisent encore dans une sorte de compromis, mêlant par moitié les erreurs anciennes et les vérités nouvelles. Pour eux, par exemple, certaines cataractes du cristallin, bien rares à la vérité, commencent encore par le centre; et ils admettent toujours des cataractes capsulaires sans opacité du cristallin. Après un examen approfondi de l'origine de toutes ces doctrines et des faits apportés en leur faveur, je crois avoir le droit d'établir les propositions suivantes :

« 1° Les cataractes débutant par le centre du cristallin sont encore à l'état d'hypothèse;

« 2° Il n'existe pas un seul exemple de cataracte capsulaire simple, sans opacité du cristallin;

« 3° Les cataractes capsulaires compliquées semblent échapper à cette loi; toutefois l'exception ne s'appuie jusqu'à présent que sur deux observations qui laissent à désirer.

« En résumé, jusqu'à présent, et toute réserve faite pour l'avenir, il n'y a que deux grandes variétés de cataractes simples, les *cataractes lenticulaires* et les *cataractes capsulo-lenticulaires*. L'altération du cristallin commence toujours par les couches voisines de la capsule, même quand celle-ci reste transparente; en sorte que la capsule paraît avoir une influence prépondérante sur les affections du cristallin. »

J'ai publié, en 1852, la description d'un nouvel appareil propre à produire des cautérisations par le feu dans certains cas où le cautère actuel ne pouvait pas être employé. M. le professeur Nelaton, qui m'a engagé à faire des tentatives dans cette direction, désira expérimenter suffisamment pour fixer son opinion sur la valeur de ce procédé, et pour poser les limites de son application à la thérapeutique chirurgicale. Ces essais m'ont obligé à attendre jusqu'à ce moment pour présenter à l'Académie l'exposé de mes résulats.

« Le cautère dont j'ai fait usage est un stylet de platine dont l'incandescence s'obtient en mettant à profit la forte élévation de température qui accompagne le passage d'un courant voltaique intense dans un fil métalliqu résistant. Voici la forme qui, dès l'origine, a été donnée à cet appareil : un manche en buis cylindrique, de 20 centimètres de longueur et de 15 millimètres de section, est creusé dans le sens de son axe de deux gouttières cylindriques séparées par un espace central plein, de 5 millimètres d'épaisseur. Dans ces deux gouttières, dont le diamètre est 5 millimètres, s'engagent à frottement deux tiges pleines de cuivre qui dépassent le manche de 3 centimètres à chacune de ses extrémités. D'un côté, ces tiges sont fendues et creusées d'un pas de vis sur lequel s'adapte un écrou mobile; de l'autre, elles sont aplaties et supportent chacune une vis de pression.

« Les dernières extrémités sont destinées à mettre le cautère en relation avec les deux rhéophores d'une pile; les premières à porter un fil de platine offrant la forme d'un stylet, et dont chacun des bouts s'engage dans les rainures des tiges de cuivre, et y est maintenu solidement par les écrous. Le diamètre, la longueur, la forme du stylet peuvent être modifiés suivant les besoins de l'opérateur. Celui-ci ne doit pas, toutefois, oublier que pour une pile dont l'intensité serait toujours la même, il doit faire varier dans un rapport inverse la longueur du fil et sa section; sans cela, il s'expose soit à la fondre soit à ne pas atteindre l'incandescence.

« On peut employer pour engendrer le courant une pile de Bunsen, comme je l'ai fait dans le principe, ou mieux une pile de Munck (50 couples), dont le maniement est très-commode et le montage très-rapide.

« Les avantages de cet appareil naissent, d'une part, de la très-haute température que peut atteindre le stylet; et, d'autre part, de sa masse peu considérable. Je résumerai, d'après les expériences de M. Nélaton, les indications de son emploi en chirurgie :

« 1° Cautérisation exercée sur un point très-limité à l'aide d'un instrument dont la température est très-élevée, cas dans lequel on veut obtenir une destruction complète dans un espace bien circonscrit;

« 2° Cautérisation au fond d'une cavité naturelle (pharynx, isthme du gosier, fosses nasales, conduit auditif externe, etc.);

» 3° Cautérisation étendue se faisant à travers un orifice étroit et permettant la conservation du tégument externe (destruction des tumeurs érectives sous-cutanées à travers une perforation très-étroite des téguments);

« 4° Excision périphérique tendant à produire sans hémorrhagie l'ablation de certaines tumeurs dans les régions ou l'écoulement sanguin pourrait rendre l'opération difficile ou dangereuse. »

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA VÉRATRINE.

« MM. Ernest Faivre et Camille Leblanc adressent un mémoire qu'ils résument ainsi :

« *Conclusions.* — D'après les expériences que nous venons de faire connaître, nous sommes conduits à admettre que la vératrine exerce trois actions distinctes sur l'organisme animal. Ces actions sont en rapport avec les doses plus ou moins élevées du médicament : la première action a lieu d'une manière bien marquée sur le tube digestif; la seconde, sur les organes de la circulation et de la respiration, et la troisième, sur le système nerveux et les muscles de la vie animale.

« *Première période.* — La vératrine porte d'abord son action sur le tube digestif, et détermine l'augmentation de la sensibilité, de la contractibilité et des sécrétions. L'exaltation de la sensibilité se traduit par les coliques, dont la violence paraît varier suivant les doses de vératrine employées. En proie aux douleurs que l'action du médicament leur fait éprouver, les chevaux frappent du pied le sol et s'agitent. Les chiens sont aussi en proie à une vive excitation. A la douleur, se joignent les phénomènes de contractilité musculaire; les intestins sont contractés, les mouvements péristaltiques notablement accélérés. M. Magendie a remarqué ces phénomènes chez le chien, nous les avons nous-mêmes plusieurs fois constatés chez les grenouilles.

« La sécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires est augmentée par l'action de la vératrine. Dans nos expériences sur les chevaux et les chiens, nous avons toujours été frappés de la rapidité avec laquelle la salive s'écoule après l'administration de la vératrine, et de la persistance de cet écoulement. Tantôt la salive est visqueuse et filante, le plus souvent elle forme une mousse et une écume blanchâtres, semblables à celles qui se montrent chez les animaux en proie à des phénomènes convulsifs.

« On pourrait supposer que la production de la salive est due à l'irritation que la vératrine exerce directement dans la cavité buccale sur les conduits excréteurs des glandes. Il serait aussi naturel de penser que l'effet purgatif est dû à une action toute locale sur l'intestin. L'expérience démontre qu'il en est autrement. En effet, soit qu'on injecte le médicament dans les veines, soit qu'on le dépose dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'excitation du tube digestif, l'hypersécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires est également marquée.

« Dans le cas de contact direct entre l'agent toxique et la muqueuse intestinale, des altérations appréciables se manifestent. On peut alors voir se dessiner sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle des plaques rouges de plusieurs centimètres de diamètre, nettement circonscrites et distinctes les unes des autres.

« *Deuxième période.* — L'abattement, la prostration des forces et le ralentissement de la circulation forment les caractères tranchés de la seconde période. Cet état, qui n'avait pas été signalé dans les premières expériences de M. Magendie, a presque uniquement occupé les praticiens actuels; plusieurs même n'ont attribué à la vératrine qu'un effet principal, celui de provoquer le ralentissement de la circulation. Toutes les fois qu'il nous a été possible de constater l'état de la circulation avant et après l'administration de la vératrine, nous avons, en effet, reconnu la diminution du pouls et souvent même son irrégularité. Durant cette période, les chiens sont affaiblis, ils se tiennent difficilement sur leurs pattes, et, le plus souvent, ils se couchent. Les chevaux sont abattus, et leur extérieur témoigne une dépression marquée. Dans cet état, la sensibilité nous a toujours semblé diminuée.

« *Troisième période.* — Lorsque les doses de vératrine sont plus considérables, les accès de tétanos ne tardent pas à se manifester. Les membres antérieurs et postérieurs s'étendent et se roidissent, les muscles du thorax et de l'abdomen se contractent, et la respiration devient anxieuse et pénible, le trismus des mâchoires met un nouvel obstacle au renouvellement du sang, et l'asphyxie se prononce de plus en plus.

« Dans les premiers moments, les accès tétaniques sont courts et séparés par des intervalles considérables; mais l'action de la vératrine, se manifestant de plus en plus, provoque des accès plus longs et plus rapprochés; souvent l'animal succombe après une demi-heure ou une heure; mais, si la vie prend le dessus, les accès diminuent progressivement. L'augmentation de la sensibilité accompagne toujours les phénomènes tétaniques. Si l'on touche l'animal, ne fût-ce que légèrement, on provoque de nouvelles contractions musculaires. A l'autopsie des animaux qui ont succombé à la suite du tétanos, on trouve des traces manifestes d'asphyxie.

« La vératrine n'agit pas toujours suivant l'ordre que nous avons établi. Les périodes ne se succèdent pas toujours avec la rigueur qu'indiquent nos descriptions. Ainsi l'action sur le tube digestif peut être plus ou moins marquée et se continuer, soit pendant la période de dépression, soit pendant la période d'excitation; de même le ralentissement de la circulation et les phénomènes tétaniques peuvent avoir une

durée et une intensité variables. Si les doses du médicament sont toxiques, le tétanos se produira aussitôt, sans que l'action sur le tube intestinal et la circulation soient manifestes. Dans ce cas, la mort est rapide, et l'asphyxie qui la cause survient brusquement.

« L'action de la vératrine étant connue, on peut se demander quelle place il convient d'assigner à cet agent dans la classification thérapeutique.

« D'après nous, elle doit être rangée parmi les médicaments excitants du système musculaire : la noix vomique, la strychnine, etc., bien qu'elle en diffère cependant d'une manière notable. Comme ces médicaments, elle produit le tétanos ; comme eux, elle augmente la sensibilité ; comme eux, enfin, elle détermine l'asphyxie et la mort. Mais les agents excitateurs ne portent guère leur action que sur le système nerveux de la vie animale ; ils ne ralentissent pas la circulation et n'irritent pas l'intestin. La vératrine, au contraire, et c'est ce qui en fait un des précieux agents de la thérapeutique, agit à la fois et sur la circulation, qu'elle ralentit, et sur le tube intestinal, fait contracter.

« La connaissance de l'action physiologique de la vératrine nous amène à l'indication des maladies dans lesquelles on peut employer rationnellement ce médicament. Il est indiqué comme purgatif énergique dans le cas d'obstruction du gros intestin par des matières fécales ; son action puissante sur la muqueuse nasale en fait un excitant et un sternutatoire. Son mode d'action sur le système nerveux de la vie animale justifie son emploi dans les névralgies, dans certaines paralysies, et dans la chorée, l'hystérie et le tétanos. Sans doute, son action spécifique sur le rhumatisme articulaire aigu s'explique et par l'action révulsive exercée sur l'intestin et par l'excitation ou l'hyposténisation qu'il produit.

« La vératrine pourra aussi être employée avec avantage dans la médecine vétérinaire, chez le cheval dans le vertige abdominal, dans les cas de pelottes stercorales et les diverses névroses. Chez le chien, elle rendra des services dans le rhumatisme articulaire aigu, la chorée, le tétanos, les névralgies, les contipations opiniâtres et le catarrhe nasal des jeunes chiens. On pourrait faire entrer la vératrine comme sternutatoire dans le vinaigre administré aux bœufs atteints de pneumonie et de pleuropneumonie.

« Un agent aussi énergique et aussi dangereux que la vératrine ne doit pas être manié sans précautions. Il est de la plus haute importance d'en fixer, aussi rigoureusement que possible, les doses toxiques et les doses médicamenteuses chez l'homme et chez les animaux. A cet égard, nos expériences nous ont donné les résultats suivants :

« Chez le chien, la dose toxique est de 15 à 20 centigrammes, suivant la taille, et la dose médicamenteuse est de 5 à 8 centigrammes. Chez le cheval, la dose toxique est d'environ 3 grammes, et la dose médicamenteuse, de 50 centigrammes à 1 gramme. D'après les proportions ordinaires, la dose toxique de l'homme variera entre 75 et 80 centigrammes, et la dose médicamenteuse pourra être portée de 20 à 25 centigrammes.

« Nous supposons, dans tous ces cas, que la vératrine a été administrée par la bouche, ou, mieux encore, par l'œsophage. En faisant pénétrer cet agent par le rectum, en l'injectant dans les veines et en le déposant sous la peau, nous avons obtenu les résultats suivants :

« A. *Injection dans l'intestin par le rectum :* chez le chien, à la dose de 15 centigrammes, purgation très-violente ; chez le cheval, 1 gramme produit un effet de la même nature, mais moins rapide et moins violent.

« B. *Injection dans les veines :* chien, 6 centigrammes produisent des coliques et une légère purgation.

« Cheval : 50 centigrammes ne produisent que de légères coliques. Légère diminution du pouls dans les deux cas.

« C. *Vératrine déposée sous la peau :* chien, 25 centigrammes, tétanos et mort. Cheval : action marquée sur l'intestin et diminution sensible du pouls. La quantité déposée était de 1 gramme.

« Chez les animaux, on administrera de préférence le médicament, soit en dissolution dans l'éther, soit sous forme d'électuaire. »

CHOLÉRA.

M. Lehu adresse, sous pli cacheté, un mémoire annoncé aomme destiné au concours pour le prix du *legs Bréant* (renvoyé à la section de médecine et de chirurgie).

— L'Académie renvoie à la même section une note de M. Guimberteau, relative à un remède préservatif du *choléra*, dont il annonce avoir constaté l'efficacité, mais qu'il ne fait pas connaître ; et un opuscule imprimé de M. Dechenaux, concernant les moyens de prévenir ou de traiter la même maladie par la méthode homéopathique.

ABSORPTION INTESTINALE.

MM. F. Marfels et Jac. Moleschott, de Heidelberg, adressent une note intitulée :

Sur la voie par laquelle de petits corpuscules passent de l'intestin dans l'intérieur des vaisseacx chylifères et des vaisseaux sanguins.

« Nous avons prouvé par un grand nombre d'expériences faites sur la grenouille, que de petits corpuscules à surface lisse (les molécules de matière noire de la choroïde de l'œil et les corpuscules sanguins de la brebis et du bœuf), passent de la cavité de l'intestin dans les capillaires sanguins du mésentère et dans le cœur.

« Des expériences et des observations réitérées, faites sur la grenouille, le lapin, le bœuf, le chien, l'homme, nous ont démontré que les particules passent de l'estomac et de l'intestin dans les cellules qui tapissent la muqueuse de ces organes et qui, comme M. Brücke, l'illustre physiologiste de Vienne, l'a bien dit, ne sont fermées que par un mucus mou et perméable pour de petites mollécules de graisse. Après avoir franchi ce système de cellules, les corpuscules entrent dans les lacunes des villosités de la muqueuse, et de là dans les racines librement ouvertes des vaisseaux chylifères que M. Brücke a décrites, et qui ne commencent qu'au delà des villosités dans la muqueuse de l'intestin. Nous avons depuis trouvé les molécules de la matière noire de l'œil, que nous avions mêlées à la viande et au lait qui formaient la nourriture de nos chiens, dans les vaisseaux chylifères du mésentère et dans le canal thoracique de ces animaux. La voie que suivent les corpuscules, à partir de la cavité intestinale jusque dans les vaisseaux sanguins, a donc été constatée dans toute son étendue par l'observation directe.

« Le passage de la matière noire de l'œil dans les cellules épithéliales de l'intestin se fait aussi après la mort, surtout si on la favorise par une chaleur de 34 degrés centigrades environ et une pression de 9 à 10 centimètres de mercure.

« Cette perméabilité des cellules épithéliales des organes digestifs n'est pas une propriété générale des cellules ; elle manque aux corpuscules du sang de la grenouille, ainsi qu'aux cellules polygonales de la langue humaine.

« Ajoutons que la digestion de la plus grande portion de la graisse, comme l'a très-bien reconnu M. Brüke, doit être regardée comme s'opérant en vertu d'un transport mécanique, et non pas comme une simple solution, les sucs digestifs ne jouissant, en effet, du pouvoir saponifiant que pour une petite quantité de la graisse que nous digérons. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Séance solennelle pour la distribution des prix et la proclamation des nouveaux internes et externes des hôpitaux.

Hier a eu lieu à l'administration centrale des hôpitaux, sous la présidence de M. Davenne, qui était accompagné de MM. Blondel, inspecteur, Dubost, secrétaire général, Ségalas, membre du conseil municipal, la distribution des prix aux internes et externes des hôpitaux. Nous n'avons donc qu'à nous associer ici aux dignes sentiments si bien exprimés par le directeur général de l'assistance publique et à ceux qu'ont exprimés après lui MM. Depaul, Lallié et Cusco, au nom des différents jurys de concours. M. Depaul a particulièrement terminé par des paroles, que l'auditoire a accueillies avec une chaleureuse et juste faveur, et qui, nous l'espérons, seront, *à l'avenir*, une vérité. A propos de cette séance, nous devons rétablir encore un nom que la typographie a estropié ; c'est celui de M. *Dupuy* qu'on a transformé en M. *Luys* ; cette erreur a été reproduite par tous les journaux qui nous ont copié, et même par un journal qui nous a copié, et même par un journal qui ne nous a pas copié, l'*Estafette*, lequel a été renseigné ou n'ose soupçonner par qui, car il a parlé du *grand* concours des internes des hôpitaux. Jusqu'à ce jour on ne connaissait qu'un concours pur et simple. On ne sait ce qui a pu transformer celui de cette année en grand.

— L'honorable M. Grisolle a donné hier à l'Académie, sur l'état de M. Requin, des détails à peu près conformes à ceux que nous avons donné nous-mêmes dans notre dernier numéro.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Git-le-Cœur, 7.

1re Série. Tome 2. — N° 155. 2me ANNÉE. Samedi 30 Décembre 1854.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
Journal des Progrès
DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE PRATIQUES

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : Le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX: Rue de l'Ancienne Comédie, 12. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS { 3 mois, 7 fr. 6 mois, 12 fr. 1 an, 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal, sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal; *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats de poste.

Dans les quelques lignes d'introduction qu'on va lire, l'auteur du mémoire que nous allons publier expose trop bien le but et l'importance de son travail pour que nous croyons utile de les signaler nous-même. Nous ne doutons pas que nos lecteurs lisent avec le même intérêt que nous un mémoire où le point de vue scientifique marche constamment de pair avec les nombreuses applications pratiques.

H. de C.

La question de concours qui fait l'objet de ce travail était ainsi posée : *Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans le cas d'adhérences morbides du placenta ? Existe-t-il des signes auxquels on peut reconnaître cette adhérence pendant la gestation ?* — Mon but n'a donc pas été d'étudier le placenta lui-même, mais ses connections anormales avec l'utérus, afin d'en tirer des inductions pratiques. Je me suis, autant que possible, renfermé dans le cadre qui m'était présenté, et je me suis appliqué à rendre mon travail le plus pratique que j'ai pu, en insistant surtout sur le traitement. Mais il est indispensable de connaître la nature et les causes d'une affection pour en bien formuler le traitement; aussi j'ai du commencer par consacrer quelques pages à l'étude du mécanisme et à l'étrologie des adhérences placentaires. La sanction donnée à mon opinion sur ce sujet par une société savante, m'enhardit à publier aujourd'hui le résultat de mes recherches sur ce point de pathogénie qui est encore peu connu.

30 août 1844.

—

Recherches sur les Affections morbides et anormales du Placenta

(Mémoire couronné par la société de médecine de Gand, dans sa séance du 10 janvier 1854),

Par le docteur AMBROISE MORDRET (du Mans),
Professeur d'accouchements, lauréat de l'Académie de chirurgie de Madrid, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

« Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. »
BAUDELOQUE.

Ne pas confondre un état physiologique avec un état pathologique.

L'expulsion du délivre est un acte physiologique, et les circonstances dans lesquelles la nature ne suffit pas à son accomplissement, sont plus rares qu'on ne le croit en général.

Deux circonstances principalement nécessitent l'intervention de l'art ; le chatonnement et l'adhérence trop grande du placenta aux parois de l'utérus. Sans être fréquent, le chatonnement est pourtant bien plus commun que l'adhérence, et je crois que c'est presque toujours à celui-là qu'il faut rapporter les exemples assez nombreux de rétention du délivre, qui ont été publiés ou qui sont journellement observés. L'adhérence morbide ou anormale du placenta est très-rare, si rare, que Baudeloque écrivait à Alibert : « Le mot adhérence extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare. On masque son ignorance par ces deux grands mots; on explique par là tout ce qu'on ne peut pas comprendre faute de connaissances. Nombre de fois, j'ai été appelé pour des placentas très-adhérents qui n'étaient pas même retenus par la plus faible attraction du col de la matrice. »

Cependant cette adhérence ne saurait être mise en doute, et c'est elle seule qui va faire l'objet de cette étude. Elle peut du reste exister seule ou se compliquer de chatonnement.

L'adhérence trop intime du placenta mérite une sérieuse attention de la part des accoucheurs, à cause des graves accidents qui peuvent en être le résultat. Aussi tous ont, dans leurs ouvrages, consacré un chapitre à cette importante question. Elle a aussi été plusieurs fois traitée dans les recueils périodiques de médecine, qui contiennent en outre des observations intéressantes de cette complication de la délivrance.

Malgré cela, le mécanisme suivant lequel se font les adhérences anormales du placenta est encore peu connu. C'est que les accoucheurs se sont plus occupés de ce qu'il convenait de faire en pareil cas, et cela se conçoit, que de rechercher les causes qui pouvaient donner lieu à l'accident. Celles qu'ils ont signalées sont insuffisantes et ne satisfont nullement l'esprit.

Un autre point non moins important et qui n'a guère encore fixé l'attention, est celui de la séméiotique de ces adhérences. L'absence de tout symptôme percurseur et le petit nombre de ceux qui annoncent leur existence, rendent très-difficile leur diagnostic.

Enfin, le traitement est, il est vrai, très-riche de préceptes et de procédés. Mais ceux-ci, qui sont épars, ont peut-être besoin d'être rassemblés et comparés, pour que le praticien puisse, suivant les circonstances, en tirer tout le parti possible.

Je n'ai point encore rencontré l'adhérence morbide du placenta, mais le fait est assez rare, pour qu'il ne soit pas donné à tous les praticiens de l'observer. Madame Lachapelle, si exacte et si précise dans ses descriptions, ne l'a pas signalé une seule fois. Elle en dit à peine quelques mots dans son VIe mémoire. Le manque d'observations personnelles ne saurait donc être un motif d'incompétence absolue dans l'étude de cette question. C'est une chose regrettable seulement. D'ailleurs, un ou deux faits nouveaux n'ajouteraient probablement pas beaucoup aux matériaux déjà existants, que je me suis efforcé de rassembler et que j'ai longtemps médités avant que d'entreprendre ce travail.

J'aurais peut-être dû ne pas reproduire des observations qui ne sont pas les miennes et faire un moins grand nombre de citations; mon travail eut été plus court et eut paru plus à moi, deux

mérites incontestables. Mais d'une autre part, il eut été moins consciencieux et moins complet. Les faits que j'ai rapportés sont en petit nombre relativement à ceux dont je me suis servi.

Presque tous sont extraits de divers journaux de médecine où il eut été très-difficile de les rechercher si je me fusse borné à les indiquer. Je me suis efforcé de les analyser afin de les présenter le plus brièvement possible, tout en n'omettant rien d'important dans leur exposition. Enfin, je crois que le plus grand nombre d'entre eux sont peu connus. Si j'ai cité souvent, c'est qu'en exposant les opinions des autres, je n'espérais pas rendre mieux leur pensée qu'ils ne l'ont fait eux-même. C'est un sentiment de délicatesse que chacun comprendra.

1° *Causes, — mécanisme, — anatomie, — physiologie, — histoire, etc.*

L'école de Smellie pensait que les squirrhes de la matrice ou du placenta étaient la principale cause des adhérences morbides de ce dernier. Non-seulement cette opinion manque de preuves, mais elle a encore les faits contre elle. Moriceau, qui rapporte neuf exemples de squirrhes de la matrice et quatre de squirrhes du placenta n'a noté dans aucun d'eux l'adhérence du délivre. Mais il dit, et son observation me paraît très-juste : « qu'il a souvent remarqué que les arrière-faix qui sont fort épais, et principalement ceux qui sont comme *squirrheux*, sont bien plus difficilement tirés de la matrice, que ceux dont la substance est molle, et qui n'ont qu'une médiocre épaisseur, qui, les rendant plus pliables que les autres, leur permet de s'enfiler plus facilement dans le passage. » On voit que l'adhérence est ici hors de cause. Le véritable squirrhe du placenta n'a peut-être jamais été observé, mais on a parfois rencontré le tissu de cet organe converti en une substance d'une couleur blanc jaunâtre et d'une consistance assez considérable, quoique moindre que celle du squirrhe; c'est ce qu'on a appelé des placentas gras. Cette substance, lorsqu'elle existe, forme des masses homogènes, sans organisation et qui sont disséminées dans le tissu placentaire. Désormeaux, qui a vu des placentas formés presque en entier de cette substance, « de sorte qu'il était difficile de concevoir comment la vie avait pu continuer de s'entretenir, ajoute qu'aux endroits où cette substance perce jusqu'à la surface utérine, l'adhérence du placenta à l'utérus paraît, sinon totalement détruite, au moins très-affaiblie. » M. Velpeau, qui a aussi observé cette transformation, se range à l'avis de Désormeaux et dit : « Qu'au lieu d'être plus fortes, les adhérences du placenta étaient sensiblement moindres dans ces divers cas. » Enfin, pour achever de ruiner cette opinion, le même auteur rappelle ce fait déjà connu depuis longtemps, « que le placenta contracte une union en général moins intime avec les tumeurs fibreuses sur lesquelles il s'est quelquefois greffé et développé qu'avec l'utérus lui-même. »

Les dégénérescences osseuses, les concrétions calcaires, ne sauraient non plus être regardées comme une cause efficace des adhérences morbides du placenta. Au dire de M. Cazeaux, « le docteur Durban raconte que, dans un cas d'adhérences anormales du placenta, celui-ci était recouvert d'une substance osseuse et crétacée. Mais Gooch, qui rapporte le fait, dit avoir rencontré trois fois sur la même femme le placenta ossifié et n'avoir jamais eu aucune difficulté pour opérer la délivrance. Enfin, dans plusieurs cas cités par Monro et Merriman, dans lesquels ils ont remarqué des points ossifiés à la surface utérine du placenta, celui-ci adhérait peut-être, disent-ils, un peu plus qu'à l'ordinaire. » En regard de ces faits très-peu concluants comme on le voit, on peut en mettre un grand nombre, dans lesquels il n'est nullement fait mention que l'adhérence du placenta à l'utérus ait été plus considérable. Ruisch et Lobstein ont rencontré l'ossification du tissu cellulaire qui recouvre la face utérine du placenta. Un fait du même genre a été publié par le docteur Garin; ce fait est rapporté en substance dans le dictionnaire des sciences médicales, et l'on remarque que l'expulsion du placenta de se fit pas longtemps attendre. On y trouve aussi la relation accompagnée d'une planche, d'un fait jusqu'alors inédit. L'ossification occupait plus de la moitié de la face utérine du placenta, et cependant, dans ce cas comme dans le précédent, la délivrance se fit promptement, et l'accouchement fut heureux. De Haller et Puzos ont aussi trouvé des pierres d'un volume considérable dans la substance du placenta, mais ils ne parlent pas que les adhérences de celui-ci fussent augmentées.

M. le professeur Négrier (d'Angers), a rencontré une fois « un placenta dont les cotylédons contenaient des noyaux durs; trois de ces noyaux avaient au moins deux centimètres de largeur. La surface de ces portions malades était blanchâtre, et plutôt lisse que granulée comme les autres portions de l'organe. » Ce placenta était largement induré sur le col utérin, mais loin d'être adhérent il se décolla dès le commencement du travail, et cet accident détermina une hémorrhagie qui devint mortelle. Une des parois du col offrait des *rugosités*, comme des *nodus* séparés par des *fungosités* molles; les autres portions du col étaient souples et béantes. C'est à l'état morbide du col que l'habile professeur rapporte l'altération placentaire. « La proposition inverse serait bien peu probable, dit-il. » (*Hémorrhagies utérines*, p. 99).

Comment concilier avec ce qui précède les faits plus récemment publiés par M. Godefroy, de Rennes, dans un très-bon mémoire sur les adhérences intimes du placenta (*Journ. des conn. méd. chir.* 1846)? Ce professeur donne la relation très-fidèle et très-détaillée de sept observations d'adhérences placentaires, et dans les six dernières, qui se terminent toutes par la guérison, il a constaté que les adhérences étaient formées par des dégénérescences diverses du placenta, dégénérescences qui paraissent se rapporter parfaitement à ce qu'on a appelé placentas gros, indurés, ossifiés, etc. Devant revenir sur ces faits (obs. 12, 18, 19, 21, 22, 23), je m'abstiens de les exposer ici.

L'école moderne s'accorde assez généralement à considérer l'union intime du placenta à l'utérus, comme le résultat de l'inflammation de l'un ou de l'autre de ces organes. Cette inflammation peut en effet survenir pendant la grossesse, sous l'influence de plusieurs causes; comme un coup sur le ventre, une chute, ou bien l'impression du froid, la fatigue, etc., etc. Mais ces causes sont bien vagues, bien banales, et dans l'ignorance presque absolue où nous sommes sur tout ce qui se rapporte à la pathologie de l'œuf, nous avons peut-être trop de tendance à expliquer toutes les lésions par une production inflammatoire probablement plus rare qu'on ne le suppose. Quoiqu'il en soit, on admet que sous certaines influences, il s'épanche une lymphe plastique et coagulable entre l'utérus et le placenta; cette lymphe s'organise en fausses membranes plus ou moins résistantes et devient ainsi le lien qui unit indissolublement les deux organes. Si l'inflammation est récente, les adhérences sont faibles, parce qu'alors la lymphe plastique n'a pas encore eu le temps de se condenser. Si les adhérences sont intimes, c'est que l'inflammation elle-même est ancienne et chronique. Les adhérences sont aussi totales ou partielles, selon que toute la surface utérine du placenta, ou bien une portion seulement de cette surface a participé à l'inflammation.

Cette théorie satisfait parfaitement l'esprit, mais elle a aussi contre elle les faits presque toujours, et de plus la physiologie pathologique. Les faits, parce que les violences extérieures sur l'utérus, et les causes générales des inflammations, lorsqu'elles exercent leur action sur le délivre, produisent plus souvent le décollement de celui-ci que son adhérence. Cependant Desormeaux fait observer, « qu'on a quelquefois noté qu'après un coup reçu sur la paroi antérieure de l'abdomen, une douleur fixe avait été ressentie pendant le cours de la grossesse, vers le lieu correspondant où l'on a trouvé le placenta adhérent. » Mais il ne cite aucun fait à l'appui de cette assertion. Il s'en trouve deux toutefois dans le mémoire de M. Négrier (*loco cit.*, p. 68 et 85). L'une des femmes était robuste, l'autre chétive; la première était arrivé au septième mois de sa grossesse, la seconde au cinquième mois seulement. Toutes les deux, dans une chute, se heurtèrent violemment le ventre contre l'anse d'un panier qu'elles portaient au bras gauche. Il y eut une douleur vive et profonde dans le côté, qui ne disparut jamais entièrement. Une saignée fut pratiquée chez la première femme qui garda aussi quelques jours de repos au lit,

l'autre continua de vaquer à ses occupations. Cependant, chez toutes deux, la grossesse arriva à son terme, et chez toutes deux le travail fut naturel et assez prompt. Mais chez toutes deux aussi, le placenta resta adhérent en partie, et il fallut en décortiquer un tiers chez l'une, cinq à six centimètres chez l'autre, chez cette dernière on dut même laisser quelques débris de l'organe dans l'utérus, le tampon fut le principal moyen opposé à l'hémorrhagie, dans l'un et l'autre cas. Du reste ces deux femmes se rétablirent; la première assez promptement, et la seconde, qui eut une métrite partielle, conserva longtemps après sa guérison une douleur dans le côté droit, douleur parfaitement limitée au point sur lequel avait eu lieu le choc de l'anse du panier. L'inflammation du placenta doit du reste être une chose extrêmement rare, et les auteurs qui en ont parlé sont loin d'avoir donné une description convenable de cette maladie. Le plus souvent, ils ont appelé placentite les cas où la couleur et la densité du délivre leur ont paru altérées, et jamais ils n'ont signalé en ces circonstances, l'adhérence anormale de celui-ci.

La physiologie pathologique s'oppose aussi à ce qu'on puisse regarder l'inflammation comme une des causes probables de l'adhérence anormale de l'arrière-faix, car selon la judicieuse remarque de M. Velpeau « on sait que l'inflammation des membranes muqueuses a pour caractère spécial d'augmenter leur sécrétion et de ne se terminer que très-rarement par l'adhésion de leur surface aux corps qui les touchent. »

Je ne parle que pour mémoire de ceux qui ont considéré les adhérences placentaires comme causées par l'engrenage des crêtes utérines dans les anfractuosités du placenta. On sait aujourd'hui que ces crêtes utérines n'existent pas.

De la Motte, après avoir dit (obs. 104), « qu'il trouva beaucoup de difficulté à tirer le délivre parce qu'il était fort petit et très-desséché, » ajoute : « j'ai toujours remarqué que ces arrière-faix qui ont si peu d'épaisseur et qui paraissent plus membraneux que charnus, sont pour l'ordinaire beaucoup plus adhérents. » De la Motte ne motive pas son opinion et je ne saurais dire si l'expérience a confirmé son observation.

En voilà assez pour démontrer que ni les squirrhosités, ni les ossifications, ni les autres dégénérescences de l'arrière-faix, pas plus que son inflammation, ne peuvent être regardées comme cause habituelle de son adhérence insolite. Loin de là, il est à peu près prouvé que toutes ces affections de l'œuf, diminuent la solidité de ses connexions naturelles.

Il me reste à parler d'une cause bien plus efficace à mon sens, c'est l'hémorrhagie. On sait en effet, sous combien d'influences diverses, il peut dans le cours de la grossesse survenir une petite hémorrhagie entre l'utérus et le placenta. Le caillot décolle une petite surface, puis se résorbe en partie. La portion restante devient fibrineuse et adhère fortement aux deux surfaces contiguës. Lorsqu'après l'accouchement le délivre se détache, les portions qui correspondent aux coagulum restent adhérentes d'une manière toute mécanique, car elles ne sauraient participer au travail physiologique qui opère le décollement, puisqu'elles ont perdu par avance leurs connexions avec l'utérus. M. Cazeaux parle d'un cas cité par M. Stolz, « dans lequel l'adhérence du placenta était évidemment formée par une couche de sang coagulé qui avait arrêté une hémorrhagie au quatrième mois de la grossesse. » La fausse membrane inter-utéro-placentaire décrite par Wrisberg dans un cas d'adhérence, et qui était épaisse d'une ligne et demie sur les cotylédons, et de deux lignes et demies au-dessus des espaces interlobaires, me paraît pouvoir être rapportée à une hémorrhagie, tout aussi bien qu'à l'inflammation, comme l'a fait M. Cazeaux. Le cas de la femme de Noortwyk que reproduit Desormeaux, est de même nature, quoique Desormeaux cherche à l'interpréter différemment. « L'épouse de Noortwyk, enceinte pour la cinquième fois, éprouva au quatrième mois de sa grossesse une perte dont elle guérit par les moyens ordinaires. Le reste de la grossesse fut heureux. Après l'accouchement le placenta adhérait si étroitement à l'utérus, qu'il ne pût être détaché que par l'action immédiate et réitérée de la main. La surface utérine de ce placenta était recouverte, dans toute son étendue, de la membrane homogène qui lui est propre, si ce n'est dans le lieu où il était adhérent, et avait été déchirée lors de la délivrance. » Je ne comprend pas que ce recollement si solide du placenta après l'hémorrhagie puisse s'être opéré autrement que par l'intermédiaire du caillot.

Le sang quand il s'épanche en lames minces, forme quelquefois des enduits membraniformes; il n'est personne qui n'ait rencontré des plaques pseudo-membrrneuses de cette origine; à la surface interne du cœur par exemple, où elles sont souvent très-adhérentes aux colonnes charnues. Dans d'autres circonstances, le caillot plus volumineux, devient le centre d'un travail de transformation, qui, commencé, ne s'arrête plus que lorsque le tissu nouveau, d'abord mou et fibrineux, est arrivé à l'état osseux, crétacé même, dernier terme des modifications que peuvent subir les tissus animaux. Il est dans l'économie nombre de produits accidentels, morbides ou non, qui se font ainsi. Le placenta, organe éminemment vasculaire, organe doué d'une grande vitalité, d'une grande force d'absorption, semble être dans les conditions les plus favorables à ces sortes de transformations; elles doivent même s'y opérer plus vite que dans les autres tissus, et cela en raison de sa caducité. Si l'on observe que les petites hémorrhagies placentaires ou inter-utéro-placentaires sont assez fréquentes et qu'elles peuvent très-bien passer inaperçues, on concevra assez bien, comment il se fait qu'un épanchement sanguin puisse devenir tantôt le point de départ d'une adhérence insolite du délivre, tantôt au contraire la cause d'un décollement prématuré. On comprendra de même, comme il est arrivé, que les auteurs ont tant différé dans l'interprétation étiologique du même fait. Ceux qui ont trouvé ces placentas dégénérés adhérents, ont du voir la cause du phénomène dans la lésion organique; ceux qui, les ayant toujours trouvés libres dans la cavité utérine, ont au contraire rencontré des adhérences, lorsqu'il n'y avait aucune dégénérescence du délivre, aucun épanchement fibro-plastique, aucune induration, ont nié que ces lésions fussent la cause de l'accident. Quoiqu'il en soit, je ne doute pas qu'il ne faille expliquer de cette manière un grand nombre de faits connus.

Mais il s'en faut que l'hémorrhagie se termine toujours par une concrétion plastique capable de déterminer l'adhérence. Vers la fin de la grossesse surtout, il en doit être rarement ainsi. Presque toujours alors les caillots que forme le sang épanché demeurent très-mous, et loin d'augmenter l'union, ils tendent à la diminuer, puisque le placenta n'est plus retenu que par sa circonférence. Dans ces circonstances pourtant, il arrive quelquefois que la délivrance ne se fait pas, et que l'art est obligé d'intervenir. Quelle est alors la cause de l'adhérence? Plus ordinairement même, celle-ci existe plus ou moins intime, et dure plus ou moins de temps, sans qu'il y ait eu aucune modification dans le placenta qu'on parvient à extraire, aucune modification dans sa texture. Quelle est encore dans ces cas la cause de l'adhérence?

On le voit, le mécanisme de ces adhérences est encore bien peu connu, et le moindre tort des explications proposées, c'est d'être insuffisantes. Sans nier ce qu'elles peuvent contenir de vérité, il m'a semblé que les unions placentaires trop intimes, pouvaient bien ne pas se rattacher toujours à un état morbide, et qu'elles devaient n'être le plus souvent qu'une perversion physiologique. Cette pensée m'est venue lorsqu'après avoir lu un grand nombre d'observations, je me suis aperçu que je cherchais en vain un symptôme auquel je pusse reconnaître ces adhérences. Tout état morbide, doit, en effet, avoir des signes indicateurs. Partant de cette loi pathogénique, je me suis dit : puisque les adhérences anormales du placenta ne peuvent être reconnues qu'au moment où l'on cherche à opérer la délivrance; puisque les observations les plus minutieusement recueillies n'indiquent aucun symptôme sur lequel on puisse, pendant la grossesse, fonder le diagnostic de cette lésion; puisque rien ne peut même la faire soupçonner; il se peut qu'elle n'existe pas, au moins dans la majorité des cas; car, tout porte à croire que ses symptômes quelques fugaces qu'ils soient, n'eussent point échappés à la sagacité des observateurs.

Si l'adhérence anormale du placenta n'est pas un état morbide, c'est donc un état physiologique dont les conditions n'ont pas encore été déterminées.

Entreprendre des recherches directes pour éclairer ce point eut été, sans contredit le meilleur. Mais pour cela, il faut être favorisé par un concours de circonstances qui ne se présenteront probablement jamais à la même personne. En attendant, il faut commencer par émettre l'idée, afin que les observateurs puissent en vérifier l'exactitude ou la fausseté, s'ils en trouvent l'occasion. Un autre moyen consiste à interroger les travaux des embryologistes. La théorie que je propose est nécessairement mauvaise, si elle ne peut être logiquement déduite de nos connaissances anatomiques et physiologiques. Elle a chance d'être bonne et mérite vérification s'il en est autrement. Le travail auquel je me suis livré, peut donc indifféremment être considéré comme le complément de celui que je n'ai pu faire, ou comme son préliminaire.

C'est de l'étude des convections normales du placenta avec l'utérus, que je vais m'efforcer de déduire le mécanisme suivant lequel se produisent les adhérences anormales de ces deux organes.

Quelques uns ont admis que leurs rapports consistaient dans une simple superposition. Ruysch croyait même qu'un feuillet très-mince du chorion doublait la face utérine du placenta. Heister a reproduit cette opinion; « La connection, dit-il, de la partie convexe et spongieuse avec l'utérus est faite par le moyen d'une membrane fort mince et veloutée qui est une continuation du chorion. » Verligen pensait que les anfractuosités de la face utérine du placenta servaient à son union avec la matrice. « *Placentæ superficies convexa multis fossiculis, monticulis, et extantiis scabrosa est, quo nimirum utero conjungantur firmius.* » Stein, Merg, Astruc croyaient qu'il n'y avait que juxtaposition au moins pendant les premiers mois de la grossesse. Le dernier dit : « que les éminences et les sillons qui sont propres au placenta, s'impriment sur la surface pulpeuse de la matrice, comme un cachet sur la cire. » C'est, jusqu'ici, l'opinion de Stein, mais Astruc ajoute « qu'il faut des attaches plus fortes pour soutenir le fœtus quand il devient plus grand... Alors les veines de la matrice s'allongeant et se dilatant, s'enfoncent dans le placenta et y font ces trous circulaires qu'on y observe. Ces insertions de veines plusieurs fois répétées, sont les dernières attaches du placenta avec la matrice, qui, jointes aux premières, suffisent pour supporter l'arrière-faix et l'enfant pendant toute la grossesse. » Cette dernière opinion parait être plus particulièrement celle de Méry, à laquelle s'est aussi rattaché Hunter.

Mais ces moyens d'union ont semblé insuffisants à bien des auteurs. Asdrubali a cru que le placenta tenait à l'utérus comme la pulpe d'une pêche tient à son noyau. Warthon, Rensi, Rœderer, ont admis plus ou moins qu'il se formait des fongosités sur le point de l'utérus en contact avec le délivre et que ces fongosités étaient le moyen d'union. Leroy dit même que, « dans le principe, l'arrière faix n'est qu'une production de la matrice. » Baudelocque se rangeant à l'avis des anatomistes de son temps, admettait « qu'il s'élevait des mamelons valvulaires de la surface du placenta, qui s'engageaient dans l'embouchure des sinus utérius. » Mais il ajoute un peu plus loin : « Quelle que soit la force d'adhésion du placenta à la matrice, elle n'a lieu que par un tissu cellulaire plus ou moins dense et serré. »

Cette opinion est à peu près la seule qu'on a professée depuis. C'est, qu'en effet, les vaisseaux inter-utéro placentaires, n'offrent pas assez de résistance pour qu'ils puissent être considérés comme un moyen d'union solide. M. Velpeau dit très-explicitement, « la membrane qui couvre et unit les lobes du placenta m'a paru être le seul lien qui existât entre ce corps et l'utérus. » Maigrier dit aussi : « la membrane utéro-placentaire semble être le seul mode d'union existant entre les deux surfaces. » Enfin, j'ajouterai que cette opinion, si généralement admise, trouve sa raison d'être dans l'existence de ce tissu mince et comme feutré qu'il est si facile de constater quand on sépare avec précaution de la surface utérine un placenta qui lui est adhérent. Ce tissu inter-utéro placentaire, étant incontestablement le principal moyen d'union de l'arrière-faix avec la matrice, sinon le seul, il reste à savoir quelle est la nature de ce tissu et à rechercher dans quelles circonstances il peut ou doit acquérir une densité trop considérable.

J'ai déjà dit que pour Rugsch et Heiston, cette membrane était un feuillet très-mince du chorion; pour Lobstein, Arnsberg, elle n'existe que vers le cinquième mois de la grossesse, et s'unit très-faiblement avec la caduque au pourtour du placenta. Chaussier pense au contraire que le feuillet interposé entre le placenta et l'utérus, n'est autre chose que la continuation de l'épichorion, qui prend alors une apparence celluleuse. Jugleby, Stauley, Mago ont la même opinion; pour eux, le placenta se développe entre les deux lames de la caduque. M. Velpeau se rapproche de Lobstein, selon lui, « il n'y a pas vestige de la membranale qui revêt la face fongueuse du placenta, jusque vers la sixième semaine. » Dès que les groupes fomenteurs du chorion sont agglomérés en entier, elle se manifeste au contraire, pour voiler leur sommet, et bientôt on la voit se continuer et se confondre avec le cercle de réunion du double feuillet de la membrane ankyste. » Warthon, qui le premier a dit que le placenta se greffait sur une production fongeuse de l'uterus, a regardé cette production comme un véritable placenta utéria et a pensé que le délivre n'était que la portion fatale du placenta, Son opinion, reproduite par Hunter et par Blumenbach, a aussi été adoptée par Meckel. M. Velpeau s'est fortement élevé contre cette manière de voir; non-seulement il ne croit pas qu'une moitié du placenta reste adhérente à la matrice, et en cela il a raison, mais il nie, contrairement à ce que tous les modernes ont adopté, qu'il y ait un placenta fœtal et un placenta maternel. Pour lui, le gâteau placentaire est tout entier une production et une dépendance du fœtus.

Cependant, s'il n'est pas possible d'isoler chez la femme les deux portions du placenta, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont distinctes et qu'une partie de cet organe est une production de l'utérus. L'anatomie comparée ne laisse aucun doute à cet égard, puisqu'il est des espèces animales chez lesquelles le placenta fœtal se sépare au moment de la partarition et est seul expulsé; tandis que la portion maternelle de cet organe reste et subit simplement un mouvement de retrait, d'atrophie, pour resservir lors d'une nouvelle gestation. Les femelles des ruminants, des solipèdes, les truies, etc., sont dans ce cas. Dans d'autres espèces au contraire, les femelles se rapprochent d'avantage de la femme sur ce point, et ont comme elle un placenta qui est tout entier caduc. Tels sont les carnassiers, les rongeurs, etc. E. H. Veber s'est même servi de ce caractère pour diviser les placentas en placentas persistants et en placentas non persistants. Il fait observer que chez les animaux de la première classe le port ne blesse pas la matrice et qu'il la blesse au contraire chez ceux de la deuxième.

L'existence du placenta maternel chez la femme est aussi un fait démontré par des recherches directes. Plusieurs anatomistes sont parvenus à l'injecter, et l'on sait aujourd'hui que les injections poussées convenablement par l'aorse ventrale, après ligature des branches qui peuvent porter le sang ailleurs qu'à l'utérus, pénètrent de toutes parts le placenta, puis reviennent par les veines utérines, sans jamais entrer dans les vaisseaux du fœtus. Si c'est par une des veines utérines qu'on introduit l'injection, elle se comporte de même mais suit une marche inverse. Réciproquement on n'injecte que le placenta fatal, quand on pousse par la veine ombilicale, et le liquide revient alors par les veines du même nom; ou bien le liquide revient par la veine s'il a d'abord été poussé par les artères, mais alors il passe plus difficilement.

Ces expériences et bien d'autres si propres à jeter le jour sur la structure du placenta, ont été faites par un grand nombre d'anatomistes. Rugsch, Haller, Reuss, Rœderer, Wrisberg, etc. Reprises par MM. Dubois, Gendrin, Velpeau, Blandin, Jacquemier, Flourens, Bonani; elles ont tout récemment encore été contrôlées et complétées par les recherches de MM. Reid, Weber, Coste, Eschricht, Robin, etc. Sans exposer des détails inutiles à la solution de la question qui fait l'objet de ce mémoire, qu'il me suffise de dire, qu'il est aujourd'hui parfaitement démontré que

chez la femme comme chez les femelles des mammifères, le gâteau placentaire est formé de deux parties, l'une qui est une dépendance de l'utérus et qui est produite par la mère ; l'autre qui est une dépendance du fœtus et qui est produite par lui. Ces deux parties sont évidemment vasculaires et ne communiquent point l'une avec l'autre. Unies toutes deux par des liens assez faibles chez plusieurs espèces de mammifères, elles sont tellement intriquées chez la femme, qu'il est non-seulement de toute impossibilité de les séparer, mais encore qu'on ne peut les distinguer que par la couleur des injections.

Voyons maintenant comment les histologistes ont compris la formation du placenta maternel et celle du placenta fœtal.

A. Hunter regarda d'abord la caduque comme une exfoliation de la membrane interne de l'utérus, qui tombait après chaque grossesse. Mais bientôt modifiant son opinion, il admit que sous l'influence de l'imprégnation, la muqueuse utérine se phlogosait un peu et s'enduisait par exsudation, d'une sorte de lymphe, qui formait une couche molle, floconneuse, épaisse, au milieu de laquelle se nichait l'œuf fécondé lorsqu'il quittait la trompe. Cette exsudation pseudo-membraneuse, c'était la caduque. Cette seconde opinion a depuis eu cours presque exclusivement dans la science. Seulement chaque accoucheur, ou plutôt chaque ovologiste lui a fait subir quelque modification. La plus importante et la seule dont il soit besoin de parler ici, est relative à la manière dont l'ovule se comporte lorsqu'il arrive au contact de la caduque. Quelques accoucheurs ont adopté dans toute sa pureté la manière de voir de Hunter, par exemple Dugès ; mais le plus grand nombre, et il faut ici nommer M. Velpeau, a pensé que l'ovule arrivé au contact de la caduque, « la déprimait et glissait entre elle et l'utérus à la surface interne duquel il finissait par se greffer. » C'est aussi à très-peu de chose près, ce que professe M. Moreau.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

Maladies des Yeux. — M. TAVIGNOT.

(Voir le numéro 154.)

L'exploration, à l'aide des images appliquées, comme vient de le faire M. Laugier, au diagnostic des opacités de la cornée ne nous paraît guère plus heureuse.

En effet, si l'albugo, qui n'est qu'un épanchement plastique interstitiel, diffère du leucoma, qui est une réparation cicatricielle, en ce que une lamelle cornéale transparente recouvre l'épanchement plastique interstitiel, tandis que la réparation cicatricielle n'est tapissée par aucune membrane transparente, il pourra se faire, comme l'a vu M. Laugier, que la lumière d'une bougie mise en regard de l'albugo, soit réfléchie par la lamelle cornéale qui le renverse et donne ainsi naissance à une image plus ou moins bien accentuée ; tandis qu'aucune image ne sera produite s'il s'agit d'un leucoma, précisément parce qu'il est dépourvu de membrane transparente à la partie antérieure.

Mais, s'il en est ainsi, à quoi bon cet examen de l'œil avec la bougie, lorsqu'il suffit de regarder l'opacité de face et surtout de côté pour distinguer très-rapidement et très-sûrement s'il y a ou s'il n'y a pas de lamelle transparente devant l'opacité ?

Il y a plus, la simple inspection est encore préférable à l'examen au moyen de la bougie ; voici pourquoi :

Il peut exister, dans le leucoma, comme dans l'albugo, une lamelle au devant de l'opacité. Je tiens le fait pour incontestable.

Bien que ces deux membranes diaphanes ne soient pas de même nature, puisque celle qui tapisse l'albugo n'est autre chose qu'une lamelle normale de la cornée, tandis que celle qui recouvre le leucoma provient d'une organisation du suc cornéal, lequel produit, dans d'autres circonstances, les cicatrices transparentes de la cornée et l'espèce de cupule diaphane qui ne tarde à recouvrir l'iris hernié. Il n'en est pas moins vrai que, si l'on s'en tient à l'image produite, toutes deux paraîtront de même nature.

L'exploration directe au contraire, permettra de résoudre plus facilement cette question, puisqu'on sait que la lamelle cornéale, placée devant l'albugo, présente toujours une surface régulièrement convexe, tandis que la lamelle pseudo-cornéale, située devant le leucoma, est plus ou moins irrégulière à sa surface, parceque la couche de suc cornéal, en s'organisant, s'est moulée, en quelque sorte, sur les anfractuosités du produit plastique qui comblait l'ulcération.

3° *Exploration avec le réflecteur.* — On a imaginé différents systèmes de réflecteurs destinés à diriger, vers le fond de l'œil, une vive lumière artificielle, pour explorer plus particulièrement le corps vitré et la rétine.

De ces instruments, auxquels on a donné le nom d'ophthalmoscopes, le plus simple est encore celui qui vient d'être perfectionné par le docteur Anagnostakis.

Il se compose d'un miroir concave percé d'un trou à sa partie centrale et monté sur un support à manche.

Le malade dont la pupille, s'il y a lieu, a été préalablement dilatée par la belladone, est conduit dans un lieu obscur. L'ophthalmoscope est placé en regard de l'œil à examiner, et un peu obliquement, de telle sorte qu'il puisse recevoir, par sa concavité, la lumière d'une lampe sans globe placée de côté à quelque distance.

Le chirurgien regarde alors par l'ouverture centrale du miroir les points de l'œil qu'il désire plus particulièrement explorer, par exemple le corps vitré et la rétine.

La rétine devra surtout fixer son attention. Cette membrane est vasculaire à l'état normal, et il faut bien se garder de prendre pour un état morbide les divisions naturelles de son artère centrale ; mais il importe de constater avec soin l'existence d'un réseau vasculaire à mailles plus ou moins serrées ; la présence de taches sanguines disséminées, çà et là, dans son épaisseur, ainsi que l'observation en a été faite dans quelques cas d'affections amaurotiques.

Toutefois, il ne faut pas trop s'abuser sur la valeur de cette vascularisation pathologique de la rétine ; elle est loin d'indiquer toujours que l'on ait affaire à une amaurose congestive réclamant l'emploi des antiphlogistiques.

En effet, l'injection de la rétine ne peut-elle pas être un phénomène consécutif à l'amaurose névralgique que nous avons décrite ailleurs(1) ; et puisqu'un état névralgique des nerfs ciliaires peut amener la congestion des membranes extérieures de l'œil, pourquoi ne pourrait-il pas également produire celle d'une membrane plus profondément située ?

Quoiqu'il en soit, toutes les fois que l'on fera usage de l'ophthalmoscope, on aura soin que la lumière soit aussi blanche que possible. La lumière artificielle supplée, en effet, toujours très-mal, la lumière naturelle, et lorsque la flamme que la bougie projette sur le réflecteur est rougeâtre, le fond de l'œil prend un aspect safrané qui, non-seulement masque la coloration véritable des tissus, mais qui peut être encore faussement interprété pour un état pathologique.

Le mieux serait encore, si la réalisation n'offrait pas quelques difficultés, de se placer dans une chambre obscure, et de recevoir sur le miroir concave, à travers un trou circulaire pratiqué dans l'un des volets de la fenêtre, un pinceau de rayons lumineux émanés d'un soleil bien brillant.

§ II. *De l'exploration physique en particulier.* — Il ne suffit pas de connaître les différents procédés d'exploration physique des yeux, il importe encore de savoir les employer à l'occasion et de les utiliser d'une manière convenable et méthodique.

L'inspection d'un malade doit être faite d'abord à distance, puis de près ; en voici les motifs :

D'abord, il est des affections des yeux qui ne se manifestent d'une manière évidente qu'en regardant les malades de loin : telle espèce de strabisme est dans ce cas.

Puis, il est des maladies des yeux que l'on peut reconnaître d'emblée, et avant toute exploration directe, telles sont l'amaurose, la cataracte, la conjonctivite, la kératite, etc.

(1) Voy. Tavignot, trait. cliniq. des mal. des yeux, p. 84.

Or, par cette inspection à distance, on s'est mis, de suite, sur la voie de l'état morbide, et on n'a recours qu'aux moyens explorateurs indiqué dans l'espèce : ce qui abrège singulièrement les préliminaires du diagnostic.

Lorsque l'exploration à distance est terminée, ce qui ne demande que quelques instants, on procède à l'exploration de près.

Il est toujours bon, et parfois il est très-important de procéder avec ordre à l'examen direct des yeux et de leurs annexes.

On inspectera successivement : 1° l'état de la région circum-orbitaire ;

2° L'état des paupières depuis leur base jusqu'à leur bord libre ;

3° L'état des cils, sous le rapport de leur nombre et surtout de leur direction ;

4° L'état de la conjonctive oculo-palpébrale, surtout au double point de vue ; de l'espèce d'injection qu'elle présente et de la nature des fluides qui baignent sa surface, et qui proviennent des larmes en excès, d'une secrétion muqueuse et d'une secrétion purulente ;

5° L'état de la cornée ;

6° De la partie antérieure de la sclérotique ;

7° L'état de la chambre antérieure, eu égard à ses dimensions et à la nature du liquide qu'elle contient ;

8° L'état de l'iris considéré en lui-même et dans ses rapports avec les parties voisines ;

9° L'état de la chambre postérieure et de l'appareil cristallinien ;

10° L'état de l'humeur vitrée ;

11° L'état de la rétine et de la choroïde ;

12° L'état du globe de l'œil pris d'une manière générale et sous le triple point de vue de sa forme, de sa consistance et de ses mouvements ;

13° L'état de l'orbite dans sa partie antérieure, le seul qui soit accessible à l'exploration digitale ;

14° L'état des voies lacrymales, comprenant la voie lacrymale, les conduits lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal ;

15° Enfin l'état de la caroncule lacrymale qui peut être garnie de cils anormaux ou modifiée dans sa texture.

Mais il ne faut jamais oublier qu'un pareil examen successif des différentes parties de l'appareil oculo-palpébral ne peut être fructueux qu'autant qu'on a bien présents à l'esprit, non-seulement les caractères normaux qui sont propres aux membranes et humeurs de l'œil, mais encore les modifications que l'âge imprime à ces différentes parties, tout en les laissant dans les limites de l'état physiologique.

ART. 2. — DE L'EXPLORATION PHYSIOLOGIQUE.

Malgré sa haute importance pratique, l'exploration physique est loin de suffire toujours à la connaissance des maladies des yeux ; il faut encore avoir recours, dans beaucoup de cas, à ce que nous appelons l'exploration physiologique, soit comme complément, soit même comme élément principal de diagnostic.

Nous admettons deux sortes d'explorations physiologiques : l'une locale, l'autre générale.

§ 1. — *Exploration physiologique locale.*

Elle consiste à tenir compte, d'une manière exclusive, de la ésion fonctionnelle en dehors de tout état morbide matériellement appréciable. Voici plusieurs exemples tout à fait démonstratifs :

Un sujet est atteint d'un larmoiement qui ne s'explique ni par une lésion matérielle de la glande lacrymale, ni par une déviation et une obstruction des conduits lacrymaux, du sac lacrymal ou du canal nasal : il s'agit, dans l'espèce, d'une affection nerveuse du nerf lacrymal s'accompagnant d'une hypersécrétion de la glande à laquelle il se distribue.

Une personne distingue tous les objets pendant le jour, sa vue suffit parfaitement à ses travaux ordinaires, mais dès que le soleil est couché, il y a cécité complète. Il s'agit, dans l'espèce, d'une héméralopie produite par une sorte de névrose intermittente.

Un malade ne voit que la moitié des objets ; ceux-ci paraissent coupés en deux verticalement, horizontalement ou obliquement ; cet état morbide n'est que momentané, mais il peut se répéter à différents intervalles : cette hémiopie n'est autre chose qu'une paralysie partielle de la rétine.

Dans ces différents cas, comment reconnaître la maladie par l'exploration physique qui n'accuse rien d'anormal dans la texture des tissus de l'œil?... Il faut avoir recours à d'autres moyens de diagnostic. Ce sont : le commémoratif, l'expression du regard, l'expérimentation.

A. *Le commémoratif.*

C'est l'exposé fait par le malade lui-même, (ce qui n'est plus possible quand on a affaire à un enfant), du trouble survenu dans l'exercice des fonctions visuelles, de la manière dont les accidents se sont succédé, de leur époque de début, de ce qu'ils ont été et de ce qu'ils sont encore actuellement.

Selon les circonstances, le praticien devra écouter le récit du patient ou préciser lui-même les questions sur lesquelles il veut faire porter les réponses.

Dans beaucoup de cas, les renseignements ainsi obtenus constituent un élément précieux de diagnostic, soit par rapport à la nature de la maladie, soit relativement à sa forme spéciale.

B. *L'expression du regard.*

Elle peut varier de plusieurs manières :

C'est ainsi que l'on s'aperçoit que l'amaurotique a les yeux hagards et convulsés en haut ;

Que les cataractés, de même que les personnes atteintes d'amblyopie névralgique, recherchent de préférence un demi-jour, bien que le motif de cette préférence ne soit pas le même dans l'un et l'autre cas ;

Que les myopes ont les yeux peu mobiles, souvent ternes et sans expression.

C. *L'expérimentation.*

Il faut encore s'assurer d'une manière plus directe de l'état de la vision, soit en explorant les deux yeux en même temps, soit surtout en les faisant fonctionner isolément.

On fait lire le malade à l'œil nu, ensuite avec des verres de différents numéros ; et on arrive à lui faire regarder des objets éloignés et plus ou moins volumineux ; souvent on constate dans ces expériences ce que le sujet ignorait :

Que les deux yeux qui étaient parallèles, à un pied, ne le sont plus à deux ;

Que la personne que l'on croyait myope, parce qu'elle ne voit bien que de près, ne l'est pas, puisque les verres concaves n'améliorent en rien la portée de la vue ; ainsi qu'on l'observe tous les jours, la brachyopie, sorte de vue courte, ne doit pas être confondue avec la vue basse, qui caractérise la myopie.

En faisant regarder le malade qui accuse un trouble plus ou moins prononcé de la vue lorsqu'il regarde les objets éloignés à travers un trou d'épingle percé dans un carton, on s'assurera s'il s'agit d'une mydriase simple ou d'une mydriase amaurotique : en effet, la netteté de la vue sera rétablie dans le premier cas et ne le sera pas dans le second.

Si le sujet accuse la perception de corps voltigeants, et s'il ne fournit pas de renseignements bien précis sur leur aspect et leur configuration, on provoquera le développement d'une mydriase artificielle, au moyen d'une solution de belladone : s'il s'agit de mouches volantes, elles disparaîtront complétement ou à peu près ; si l'on a affaire à des scotômes, ils ne seront modifiés en rien par la dilatation pupillaire.

Le patient étant exposé à une lumière assez vive, on passera la main devant l'œil à explorer, l'autre étant fermé, afin de s'assurer si la rétine perçoit encore l'ombre des objets, malgré les obstacles qui peuvent s'opposer au passage direct de la lumière.

Enfin, après avoir fait passer le malade dans une pièce obscure, on pressera méthodiquement et d'une manière un peu saccadée, avec la pulpe de l'index, sur le globe de l'œil, protégé par les paupières, et plus particulièrement vers l'angle interne et l'angle externe de l'orbite.

Si, sous l'influence de ces attouchements, la personne n'accuse rien, cela indiquera une paralysie complète de la rétine.

Si elle accuse, dans un point opposé à la pression, la sensation d'une sorte de lumière électrique, cela fera connaître que la rétine fonctionne encore dans le point exploré.

Ce phénomène physiologique, développé sous l'influence d'une cause toute mécanique, et qui a été longuement étudié, sous le nom de phosphènes, par M. Serre (d'Uzès), doit être considéré moins comme un élément principal que comme un complément de diagnostic.

§ 2. *Exploration physiologique générale*.

A quoi sert de connaître le siége du mal, si l'on ignore sa nature, alors que cette connaissance doit nous guider dans la thérapeutique? Or, le plus grand nombre des maladies des yeux étant l'expression d'un trouble général de l'économie, ce serait s'arrêter à mi-chemin que de borner son examen à la partie, là où l'étude de l'ensemble est si nécessaire.

C'est alors que, quittant son rôle de spécialiste pour celui de médecin, l'homme de l'art doit interroger avec soin les fonctions importantes de l'économie, inspecter les principaux rouages de la machine humaine.

Il reconnaîtra bientôt, pour ne citer que quelques exemples, que telle kératite chez l'enfant est liée à un état scrofuleux ;

Que telle autre kératite chez l'adulte, est sous la dépendance d'un état chloro-anémique ;

Que telle iritis reconnaît pour cause l'infection syphilitique, accusée par l'ensemble des caractères propres aux accidents secondaires ;

Que la suppression de telle ou telle sécrétion normale ou accidentelle, comme la menstruation à l'âge de retour, la sueur qui était produite avec abondance dans certaines régions, aux pieds, par exemple, le flux hémorrhoïdal, etc., a pu amener une adultération donnant naissance, soit à l'amaurose dynamique, soit à l'amaurose organique ;

Que telle ou telle espèce d'amblyopie est le résultat du trouble général produit par le diabète ou l'affection granuleuse des reins, etc.

Sans cette exploration physiologique générale, que nous ne faisons qu'indiquer ici, de quelle utilité pourraient être les données fournies par l'exploration physique et même par l'exploration physiologique locale?

Académie des Sciences.

Addition à la Séance du 18 décembre 1854.

ENDOSMOSE.

M. Lhermitte communique la note suivante :

« Dutrochet a donné le nom d'*endosmose* au transport d'un liquide vers un autre liquide, au travers d'une cloison séparatrice capable de livrer un passage plus facile au premier fluide qu'au deuxième. Guidé, ou plutôt abusé par l'expérience bien connue de Porret, l'ingénieux observateur crut devoir attribuer le phénomène à l'électricité.

« Poisson en donna une explication fondée sur la capillarité ; mais il ne fit jouer à l'attraction de la matière solide sur les liquides d'autre rôle que de déterminer l'occupation de la multitude de petits canaux (dont on peut supposer la cloison formée) par l'un de ces liquides de préférence à l'autre, et d'empêcher l'interruption des filets fluides. Il abandonna l'action ultérieure à l'attraction mutuelle des deux liquides.

« Dutrochet, dans les derniers Mémoires qu'il a donnés sur ce sujet, avait beaucoup rendu à l'action chimique réciproque des liquides ; mais il laissa toujours dans le vague le mode d'action de la membrane, tout en inclinant encore vers l'électricité.

« M. Graham a fait, dans ces derniers temps, sur l'endosmose, de nombreuses expériences qui l'ont amené à cette conclusion : que l'altération de la cloison semble être une condition indispensable à la manifestation de la force osmotique. Suivant le physicien anglais, l'une des faces de la membrane est acide et l'autre basique. Ce fait se lie à celui de la décomposition continue de sa substance.

« Je pense avoir démontré, par la discussion des expériences de mes devanciers et des miennes, que l'endosmose n'est point le résultat d'une force particulière, mais de l'affinité elle-même, en étendant l'acception de ce mot à l'attraction capillaire qui en est le premier degré.

« Poisson, qui a traité la question en mathématicien et non en expérimentateur, admet qu'une fois le mouvement commencé, la cloison n'y a plus aucune part. Mais si l'action se passait tout entière entre le fluide A qui imbibe actuellement la cloison, et le fluide B qui l'attire avec une force supérieure à celle de A sur ses propres molécules, il n'y aurait pas de raison pour que le mouvement n'eût pas lieu aussi bien dans un sens que dans l'autre.

« Si l'on considère le phénomène au moment où les pores de communication sont remplis du liquide A, et qu'on explique le mouvement plus rapide des filets fluides A vers le liquide B, que du liquide B vers les filets, par la plus petite masse de ceux-ci, il en résultera que si l'on imbibe à l'avance la cloison au moyen du liquide B, comme tout est réciproque dans les phénomènes d'attraction, les filets sont attirés par la masse A, et le mouvement s'exécutera en sens contraire du premier.

« Dutrochet et M. Graham ont objecté à cette théorie le peu d'élévation des liquides dans les tubes capillaires, comparé aux grandes hauteurs de colonnes liquides que donne l'endosmose. Ces savants n'ont peut-être pas pris garde que, dans les tubes ordinaires les hauteurs ne mesurent, à vrai dire, que l'action du liquide sur lui-même. Ce qui le prouve, c'est qu'à l'égalité de diamètre les ascensions sont les mêmes dans les tubes de toute substance qui se laisse bien mouiller, comme si la première couche de liquide appliquée sur la paroi du tube était le siége réel de la force agissante, tandis que la partie de la force capillaire essentielle dans les phénomènes d'endosmose est l'action de la matière solide sur le liquide.

« Pour qu'elle ait toute son efficacité, il faut que les diamètres des tubes soient réduits à n'être plus que le double de la distance à laquelle la force attractive cesse de se faire sentir. Les tubes capillaires ordinaires sont beaucoup trop éloignés de satisfaire à ces conditions pour donner un mouvement osmotique appréciable.

« A ces considérations près, le seul côté faible de la théorie de Poisson, au moins en ce qui concerne les cloisons poreuses, est d'avoir supprimé l'action élective de la matière solide, juste au moment où elle devient nécessaire. Tant que les deux faces sont baignées, l'une par un liquide de moindre affinité, l'autre par un fluide miscible au premier, mais sur lequel la matière solide exerce une attraction plus puissante, il y aura au point de rencontre des deux liquides, expulsion de l'un par l'autre, et par conséquent mouvement : mouvement qui cesserait à l'instant où le liquide envahisseur toucherait seul la cloison en tous ses points.

« Les vases poreux d'argile offrent des canaux dont la ténuité est accusée par la lenteur avec laquelle ils laissent filtrer les liquides. Ils sont néanmoins bien inférieurs aux liquides pour la faculté endosmotique. Nul doute que cela ne résulte de la différence de l'écartement physique des molécules de ceux-ci comparé aux lacunes mécaniques ou accidentelles des premiers. Les liquides sont les agents d'endosmose par excellence. En plaçant dans une éprouvette cylindrique deux liquides de densités différentes séparés par une troisième d'un poids spécifique intermédiaire, et qui ne dissolve que l'un des deux en quantité notable, on voit celui-ci passer peu à peu dans l'autre. Par exemple, si l'on met au fond du chloroforme, au-dessus une couche d'eau, puis une couche d'éther, le chloroforme augmente peu à peu le volume, l'éther diminue et finit par disparaître, la couche d'eau semble avoir à peine varié. On peut multiplier des expériences analogues, et en prédire à chaque fois le résultat d'après les solubilités connues des corps mis en présence.

« Il manque ici, il est vrai, ce que l'on a l'habitude de considérer comme le caractère de l'endosmose : l'accroissement de pression. Pour qu'il ait lieu, il faut immobiliser la couche intermédiaire, ce qui est facile, dans une certaine limite. A cet effet, on imbibe un vase poreux du liquide auquel on veut faire jouer le rôle de cloison, et l'on dispose l'expérience comme s'il s'agissait d'essayer le vase poreux lui-même, en mettant néanmoins de préférence à l'extérieur le liquide qui se mélange le mieux à l'intermédiaire, et qu'on suppose, par suite, devoir donner le mouvement endosmotique principal, lequel est plus facilement appréciable quand l'accumulation de liquide a lieu dans l'endosmomètre. En imprégnant le vase poreux d'huile de ricin, le remplissant d'eau en le plongeant dans l'alcool, on a endosmose vers l'eau, tandis que dans le vase non préparé le mouvement principal a lieu de l'eau vers l'alcool.

L'absorption d'un liquide par un tissu est l'inverse de la solution d'un solide dans un liquide. Les membranes animales, par la faculté qu'elles ont de s'imbiber d'eau et de la partager avec d'autres liquides, sont tout à fait assimilables aux liquides eux-mêmes, mais avec cet

laventage qu'on peut les fixer entre deux fluides sans qu'elles se disloquent et s'éparpillent comme il arrive aux liquides dont on imprègne es flancs d'un vase poreux.

« Le sens du mouvement osmotique peut également être prédit pour les vases poreux et pour les membranes animales, quand on connaît la rapidité avec laquelle les deux liquides filtrent au travers. La vitesse de filtration n'est pas toujours en rapport avec la mobilité du liquide. Les membranes, comme on le sait depuis longtemps, et les vases poreux eux-mêmes, ce qu'on n'eut peut-être pas soupçonné, laissent passer l'alcool en moindre proportion que l'eau, malgré la plus grande fluidité du premier.

« On démontre d'une manière péremptoire l'erreur où est tombé M. Graham, en attribuant le mouvement osmotique à la décomposition chimique que subit la membrane, et en affirmant que ce mouvement entraîne toujours l'acide vers la base. En effet, d'une part, j'ai vérifié que la solution d'acide oxalique qui produit le plus grand effet est précisément un agent conservateur. D'un autre côté, avec une solution alcaline dans l'alcool et un acide très-étendu d'eau, on obtient le mouvement de la base vers l'acide, à travers la membrane animale ou l'argile dégourdie préalablement imprégnée d'huile de ricin. »

HELMINTHOLOGIE.

M. Kuchenmeister fait connaître les résultats d'une observation de laquelle il résulte que les métamorphoses des helmithes, déjà constatées dans les animaux, s'opèrent également dans l'organisme humain. De jeunes ténias ont été trouvés dans les intestins peu de jours après l'injestion de cysticerques cellulaires introduits avec les aliments. Tous portaient encore une ou plusieurs paires de crochets; l'un des quatre qui ont été examinés avait encore la couronne presque complète; il y manquait seulement deux des crochets de la première série.

Chez ces parasites, qui avaient de 4 à 8 millimètres de longueur, la forme, le nombre et la grandeur des crochets étaient ceux du *Tænia solium*; mais les bourses des crochets qui se voient dans les individus plus âgés étant chez ceux-ci privées de matière colorante, ne pouvaient être que soupçonnées; six autres ténias semblables en tout aux quatre premiers, sauf l'absence des crochets, ont été trouvés dans le mucus intestinal.

CORRESPONDANCE.

A M. le rédacteur en chef du MONITEUR DES HOPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

M. le docteur Clerc vient de publier, dans le n° 153 de votre journal un mémoire sur ce qu'il appelle le chancroïde syphilitique. Le but de ce travail est d'établir qu'il existe deux variétés de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré et infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant ou chancre simple.

A l'appui de sa théorie, M. Clerc cite treize faits dont le dernier a trait à une malade qu'il est venu voir dans mon service à l'hôpital de Lourcine et dont il avait soigné l'amant affecté de chancres simples non indurés.

Je ne puis ni ne veux discuter actuellement la théorie, mais je dois à la vérité de faire connaître l'observation entière de cette malade. La voici telle qu'elle a été rédigée par M. Henry, interne du service :

La nommée Elise P..., 18 ans, couturière, entrée à l'hôpital de Lourcine, salle St-Louis, n° 5, le 3 août 1854.

A son entrée, on constate à la partie postérieure de la vulve cinq ulcérations rangées en forme de croissant; elles siègent sur de petites élevures mamelonnées; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic. Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente. Le col utérin est intact. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents; ils forment une pléiade manifeste surtout dans les plus internes. — Traitement : pansement simples, bains émollients, injections vaginales avec l'eau aluminée, quatre portions.

M. le docteur Clerc, qui vient visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de chancres au prépuce, non indurés, et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a, à son tour, communiqué des chancres simples. M. Clerc pense, d'après cela, que notre malade n'a pas de symptômes secondaires.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours, les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent; la malade se plaint de perdre ses cheveux, cependant on ne voit rien dans le cuir chevelu.

Le 23. Les chancres tendent vers la cicatrisation, il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres : On constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de roséole. La chûte des cheveux persiste et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipitaux-cervicaux. — Traitement par la liqueur de Van-Swieten.

Le 4 septembre. Les chancres sont presque entièrement cicatrisés; quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8. Cicatrisation complète des chancres. Même état général.

Le 18. Rougeur vive du pharynx mais sans ulcération. La roséole disparaît. Les cheveux continuent à tomber. Même traitement mercuriel; de plus, le vagin est touché deux fois par semaine avec la solution de nitrate d'argent.

Le 1 novembre. Tout a disparu à peu près; mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant, puisqu'il n'a commencé que longtemps après l'entrée de la malade, et lorsque les symptômes constitutionnels se sont manifestés,

Le 30 novembre. Sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, M. le rédacteur en chef, l'observatiou dont le commencement seulement a été publié par M. Clerc. Il est fâcheux que cet honorable confrère n'ait pas pu la compléter, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance puisque des chancres simples, considérés comme non infectants, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis, communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis chez cette femme, de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux et de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de quatre-vingt-huit jours à l'hôpital.

Agréez, etc.

CULLERIER.

26 décembre 1854.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, à l'usage des colléges, des maisons d'éducation, des gens du monde, etc., par le Dr A. L. Nicolas, médecin honoraire des dispensaires, médecin des bureaux de bienfaisance, etc. 1 vol. in-8, de VIII-166 pages. — Lecoffre, rue du Vieux-Colombier, 29.

Résumé de la discussion académique sur le traitement des déviations de l'utérus, par les moyens mécaniques, suivi du rapport de M. le docteur Depaul, sur les pessaires intra-utérins. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Du Chancroïde syphilitique ou **Chancre non infectant,** par M. le docteur Clerc. — Prix : 1 fr. 50 c.

Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses, professées à l'hôpital Cochin par le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital Cochin; recueillies et publiées par le docteur Alexis FAVROT. — Ouvrage orné de très-belles planches. — Prix des deux premières livraisons : 5 fr.

Des Hernies crurales, par le docteur A. DEVILLE, ancien prosecteur de l'École anatomique des hôpitaux de Paris. Broch. in-8°. — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Prix : 1 fr 50.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, professées à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur BOUILLAUD, recueillies et rédigées par le docteur RACLE, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Broch. in-8. — Au bureau du journal. — Prix : 1 fr. 50 c.

Sous presse. — **Examen critique de la discussion** qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine sur l'enseignement de la parole aux sourds-muets en France. — Recueil de tous les discours prononcés à cette occasion, accompagnés de notes explicatives et rectificatives, et précédés d'un exposé précis de la question, par M. H. DE CASTELNAU, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, inspecteur général-adjoint des établissements d'aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. et 5 fr. par la poste. — Se vend au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*. — Les souscripteurs qui enverront le prix d'un abonnement d'un an pourront faire prendre *gratis* dans les bureaux un exemplaire de cet ouvrage. — En ajoutant 1 franc au prix de leur abonnement, ils le recevront *franco* par la poste.

Mémoire sur les applications médico-chirurgicales du caoutchouc vulcanisé, couronné par l'Académie des sciences (prix de 1851). — Broch. in-8. — Prix : 1 fr. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Typographie de Gaittet et Cie, rue Gît-le-Cœur, 7.

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS.

Paris. — Typographie de WALDER, rue Bonaparte, 44.